

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

Sendes på e-post: im@im.dk

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

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

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

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

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

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

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

Med venlig hilsen

Adam Lebech
Specialkonsulent

7. januar 2005

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

Sagsnr. 64383
Dok-id 327147

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

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

Sendes på e-post: im@im.dk

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

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

Med venlig hilsen

Bente Olsen
Chefkonsulent

7. januar 2005

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

Sagsnr. 64383
Dok-id 327144

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

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

sendes på e-post: im@im.dk

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

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

Med venlig hilsen

Bente Olsen
Chefkonsulent

7. januar 2005

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

Sagsnr. 64383
Dok-id 327138

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

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

Sendes på e-post: im@im.dk

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

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

Med venlig hilsen

Bente Olsen
Chefkonsulent

7. januar 2005

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

Sagsnr. 64383
Dok-id 327132

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

Nanna Frydensberg Høygaard

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



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

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

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

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

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

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

Med venlig hilsen

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotholmsgade 10 – 12
1216 København K

Sendes på e-post: im@im.dk

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

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

Procedurer for fordeling af forskningsmidler

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

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

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

Regioners og sygehuses engagement i selskabsdannelser

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

7. januar 2005

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

Sagsnr. 64383
Dok-id 327123

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

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

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

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

Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling

For at sikre sammenhæng med den nye lov om teknologioverførsel bør der således i forbindelse med den nye regionsstruktur sikres mulighed for at udbygge samarbejdet mellem universiteter og sygehuse om kommercialisering af ideer og opfindelser fra forskningen. Herunder bør der fastholdes mulighed for sygehusejerne til at deltage finansielt og ledelsesmæssigt i kommercielle selskabsdannelser med henblik på overførsel af viden og teknologi fra forskning til erhvervsliv. Endvidere vil det være naturligt, at de nye regioner via lovgivningen sikres generel hjemmel til at fremme sådanne selskabsdannelser.

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

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

Med venlig hilsen

Nils Agerhus
Kontorchef

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

Sendes på e-post: im@im.dk

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

7. januar 2005

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

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

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

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

Sagsnr. 64383
Dok-id 327141

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

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

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

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

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

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

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

Med venlig hilsen

Adam Lebech
Specialkonsulent

**Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling**



Århus Kommune
Rådmanden for Magistratens 3. Afdeling
Sundhed og Omsorg

Kopi til USA, 2.S.
Mau 20
Nils 20

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.Ø

Den 7. januar 2005

Høringssvar vedørende forslag til Sundhedslov m.v.

Hermed fremsendes Århus Kommunes officielle høringssvar vedrørende forslag til Sundhedsloven m.v.

Forslag til Sundhedsloven

Generelle kommentarer

- Det er overordnet set fornuftigt at samle de love, der regulerer aktiviteten på sundhedsområdet i een sundhedslov.
- Det er positivt, at kommunerne med udkast til sundhedslov overtager flere af de opgaver på sundhedsområdet, som idag varetages af amterne. Kommunerne varetager idag en række sundhedsrelaterede opgaver, og overordnet set vil en samling af de borgerrettede opgaver på sundhedsområdet i kommunerne kunne styrke den indsats.
- Århus Kommune har tradition for samarbejde med Århus Amt i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse fra sygehus samt ved varetagelse af genoptræningsopgaver. Det har givet gode erfaringer, der kan bygges videre på - også efter strukturreformen. Overordnet skønnes udkast til sundhedslov ikke at fjerne alle "gråzone-områder" på sundhedsområdet. Nye gråzoneområder kommer til. En vigtig erfaring fra samarbejdet mellem amt og kommune er at få defineret begreberne, så der er en fælles forståelse af opgaven. I udkast til sundhedslov anvendes begreber som f.eks.: "genoptræning" og "færdigbehandlet patient" uden nærmere at blive defineret - og det er meget uheldigt. Det er f.eks. svært at definere, hvad en psykiatrisk færdigbehandlet patient er
- I forlængelse af ovenstående kan peges på andre "gråzoneområder" - f.eks.:
 - Hvornår i indlæggelsesforløbet starter "genoptræningen" og dermed den kommunale medfinansiering?
 - Hvad skal konsekvensen være af for tidlig sygehusudskrivelse, som resulterer i hurtig genindlæggelse?
 - Hvis økonomiske ansvar er træning/behandling i eget hjem? Skal det opfattes som indlæggelse eller ambulans behandling?
 - Kan kommunerne stille krav til regionerne om behandlingsindsats? Erfaringen viser, at det bliver kommunerne, der i sidste ende kommer til at stå med opgaven i forhold til de borgere, hvor amtet/regionen ikke har et behandlingstilbud. Det gælder f.eks. i forhold til den store gruppe af borgere med psykiatiske lidelser (som ikke entydigt kan diagnosticeres), og det kan være borgere med kroniske ryglidelser eller psyko-somatiske

lidelser (funktionelle lidelser). Kommunen har bl.a. udgifterne til sygedagpenge og forskellige aktiveringstilbud.

- Hvem har indflydelse ("det sidste" ord), hvis en borger/pårørende insisterer på behov for indlæggelse, mens kommunen har et andet forslag til indsats ?

- Af udkast til sundhedslov fremgår det på mange væsentlige områder, at området reguleres "efter nærmere regler fastsat af Indenrigs- og sundhedsministeren". Det gør det vanskeligt at vurdere lovudkastet. Herudover lægges der op til en tilsyneladende mere centralistisk linje, der ikke levner megen plads til regioner og kommuner om et fleksibelt samarbejde på sundhedsområdet.

Sundhedsfremme og forebyggelse

- Hvis kommunerne skal tilskyndes til at investere i den primære forebyggende indsats via medfinansiering af ydelserne under indlæggelse, skal regionerne tvinges til at nedlukke den sengekapalet, der bliver ledig i forbindelse med, at kommunerne overtager opgaver på sundhedsområdet. Ellers vil kommunerne blive "straffet" økonomisk i forbindelse med, at der kommer nye patienter i de ledige sengepladser ("størekasse-princippet").
- Der skelnes i udkast til sundhedslov mellem den "borgerrettede forebyggelse", og den "patientrettede forebyggelse". Målgruppen for sidstnævnte er især borgere med en kronisk sygdom, hvortil der er behov for at udvikle nye sundhedstilbud. Der er dog ikke en helt klar afgrænsning af, hvad der er rehabilitering (f.eks. hjerterehabilitering), og hvad der er patientrelateret forebyggelse. Det fremgår fornuftigvist, at det er et område, der skal reguleres i den kommende sundhedsaftale mellem region og kommune. Udgiftsmæssigt er det ikke ligegyldigt hvilket budgetår, der bliver udgangspunkt, når der skal ske bud-getoverførsel til disse opgaver. Rehabilitering i forhold til borgere med kronisk sygdom er et forholdvist nyt tiltag i amterne idag, som må formodes at få stigende omfang.
- Det er fornuftigt, at regionerne tillægges en tværgående funktion; herunder med opgaver som at overvåge regionens sundhedstilstand, kvalitetsarbejdet og den specialiserede rådgivning bl.a. i forhold til metodevalg og udvikling på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

Genoptræning

- Genoptræning er et af de traditionelle "gråzoneområder". Det bedste skøn er, at "gråzonen" ikke forsvinder med det nye forslag til sundhedslov - men at nye potentielle konfliktområder opstår. Mange af konfliktområderne kan muligvis reguleres via sundhedsaftalerne. Det er f.eks. væsentligt, at det præciseres, at kommunernes forpligtelser på genoptræningsområdet alene omfatter den rent fysiske træning - til forskel fra "rehabilitering", som er et bredere begreb.
- Det er også væsentligt, at kommunerne tilføres tilstrækkeligt med ressourcer til at kunne løse opgaven. Med kommunernes overtagelse af genoptræningsopgaven ligger et vist forventningspres - fra borgere og fagprofessionelle - om, at nu får borgeren den genoptræning, borgeren har "krav" på. Der er eksempler på, at amterne idag ikke løser genoptræningsopgaven fuldt ud (f.eks. patienter med hoftebrud eller lårbensbrud). Det forudsættes, at sygehusene udarbejder en genoptræningsplan til patienter, der efter sygehusindlæggelse lægefagligt vurderes at have behov for genoptræning. *"Genoptræningsplanen skal være patientens dokumentation for hvilket funktionsniveau, den faglige ekspertice mener, han/hun kan nå med genoptræning efter udskrivelsen"* (Specielle bemærkninger til forslag til sundhedslov side 48). Den bemærkning kan hurtigt stille borgeren et genoptræningstilbud (og resultat) i sigte, som kommunen måske ikke kan

honorere. Eller borgeren opnår (mod forventning) måske ikke det ønskede genoptræningsresultat. Hvis ansvar er det?

- Der savnes en præcisering af, hvad "specialiseret genoptræning" er. Den opgave påhviler regionen. Denne skelnen mellem specialiseret genoptræning og "almindelig" genoptræning vil variere over tid og sted. Det forhold skal nødvendigvis reguleres via sundhedsaftalen. Det samme må ske generelt for behovet for genoptræning. I takt med den teknologiske udvikling og udviklingen af nye behandlingstilbud, ændres behovene for genoptræning.
- Af §167 fremgår, at kommunerne fremover skal dække udgifterne til befordring til genoptræning. Det forudsætter, at der overføres budget svarende til udgifterne dertil.
- Det fremgår af forslag til ny sundhedslov, at både regioner og kommuner skal arbejde med kvalitetssikring og faglig dokumentation indenfor rammerne af den danske kvalitetsmodel. Det er fornuftigt at lave kvalitetssikring af ydelserne, men det er en omfattende opgave, og kan vanskeligt løses uden tilførsel af administrative ressourcer.

Fysioterapi

- Det må formodes, at opgaver i forhold til de privat praktiserende fysioterapeuter; herunder den vederlagsfrie fysioterapi, overgår fra amterne til regionerne. I relation hertil - og ønsket om at skabe sammenhængende patientforløb, er det væsentligt, at der også sker kvalitetssikring og vidensspredning til denne gruppe.

Kommentarer vedr. finansieringsmodel

- Grundlæggende er der problemer med den incitamentstruktur, der ligger indbygget i finansieringsmodellen i forslag til sundhedslov. Det er et problem, at kommunerne skal afregne i forhold til antal indlæggelser og udskrivelser. Regionerne har ikke et reelt incitament til at begrænse antallet af indlæggelser eller sikre, at patienterne ikke udskrives for tidligt. Det kan opfattes som en reel "blanco-check" til regionerne. Antal indlæggelser/udskrivelser er ikke et validt mål for "aktivitetsafhængigt" bidrag, og vil dermed næppe være økonomisk neutralt for kommunerne.
- Afregning sker efter bestemte procentsatser i DRG systemet. Kommunerne har ikke kendskab til dette afregningssystem, og har derfor ikke mulighed for nøjagtigt at beregne de udgifter, kommunen vil få fremover på sundhedsområdet.
- Ud fra et borgersynspunkt kan det være betænkeligt, at sundhedsvæsenet i så høj grad er reguleret af faste takster og aktivitetsafhængige bidrag. Bliver der plads til fleksible løsninger i forhold til borgere, der ikke har det typiske patientforløb? Bliver "kassetænkningen" ikke forstærket?

Administrative overvejelser

- Det forudsættes, at forslag til sundhedslov kan gennemføres uden tilførsel af ekstra ressourcer, idet udgangspunktet er, at der alene er tale om opgaveflytning mellem amter (regioner) og kommuner.
- Med forslag til sundhedslov lægges op til en gennemgribende omlægning af finansieringen af sundhedsopgaverne; bl.a. med kommunal medfinansiering af sundhedsydelserne. Det vil kræve administrative ressourcer i kommunerne bl.a. til: 1) regningsbetalinger, 2) udvikling af og løbende opfølgning på analyser over forbrug, 3) udarbejdelse og opfølgning på sundhedsaftaler mellem region og kommune, 4) sekretariatsbetjening af samarbejdsorganer mellem region og kommune; herunder samarbejdet med praktiserende læger 5) arbejde med kvalitetssikring indenfor rammerne af den danske kvalitetsmodel o.s.v.

Forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Forslaget er en samling af centrale lovbestemmelser i andre love vedrørende patienters adgang til at klage og få erstatning i forbindelse med behandling, undersøgelse m.v. inden for sundhedsvæsenet.

Fra den 1. januar 2004 blev kommunerne omfattet af reglerne i lov om patienters retsstilling, således at kommunerne også skulle yde erstatning efter denne lov for de patient-skader, der måtte ske ved undersøgelse, behandling eller lignende, der foretages af autoriserede sundhedspersoner, der er ansat under de kommunale sundhedsordninger. Disse regler videreføres i den nye lov.

Forslag til lov om ændring af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og andre love

Der er alene tale om konsekvensrettelser

Forslag til lov om ændring af lov om almene boliger samt støttede private andelsboliger m.v., lov om fremme af privat udlejningsbyggeri og forskellige andre love

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at:

- Eksisterende amtskommunale ældreboliger overføres til regionerne. Det er lidt overraskende.
- Kommunalbestyrelsen er som udgangspunkt byg- og driftsherre på nye (amtskommunale) ældreboliger, men kan beslutte, at disse skal opføres og drives af Regionsrådet. Kommunen skal dog finansiere grundkapitalindskudslånet. (Der står 7% grundkapital i bemærkningerne. Det er jo kun midlertidigt at det er 7%. Fra udgangen af 2005 er indskuddet 14%).
- Kommunalbestyrelsen har anvisningsret til boliger for personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne - også selv om Regionsrådet er byg- og driftsherre.
- Tilsynet med boligerne ligger også hos kommunen.
- Finansieringsansvaret for amtskommunale ældreboliger flyttes til kommunerne, hvilket medfører kommunale merudgifter
- Begrænsede kommunale merudgifter som følge af, at anvisningsretten overgår til kommunerne.
- Kommunernes merudgifter modsvares af mindreudgifter ved amterne.
- Det kan ikke umiddelbart vurderes, hvilke konsekvenser det får, at kommunerne bliver byg- og driftsherre på alle almene ældreboliger for fysisk og psykisk handicappede.
- Det er overraskende, at eksisterende amtskommunale ældreboliger overføres til de nye regioner. Umiddelbart virker det uhensigtsmæssigt at overføre denne opgave til regionerne når nye byggerier placeres hos kommunerne.

Forslag til Lov om social service.

Lovforslaget medfører ikke ændringer i forhold til tilbuddenes indhold, borgernes ret til ydelser og deres ret til at klage over afgørelser.

Forslaget indebærer, som led i udmøntningen af strukturaftalen, derimod ændrede regler om myndighedsstrukturen på det sociale område. Forslaget indebærer, at myndigheds-, forsynings- og det fulde finansieringsansvaret samles i kommunerne (grundtakstfinansieringen bortfalder dermed), og at de nye regioner får et leverandøransvar i forhold til kommunerne, der omfatter de opgaver, som amtskommunerne hidtil har varetaget.

Forslag om ændring af ...grundlæggende social- og sundhedsuddannelser:

Generelle kommentarer:

Århus Kommune har ved hver given lejlighed påpeget, at arbejdsgiverne og arbejdstagerne er tiltænkt en alt for tilbagetrukket rolle i den nye lov set i lyset af, at kommunen er ansættende myndighed og derved har udgiften i hele uddannelsesperioden til de elever, vi skal stille praktikplads til rådighed for.

Alligevel er der ikke taget højde for disse forbehold i lovforslaget.

I yderste konsekvens kan det betyde, at kommunerne skal stille praktikplads til rådighed uden nogen former for indflydelse på hvem og hvor mange der optages på uddannelsen. Det er af afgørende betydning, at loven indeholder bestemmelser for, at de ansættende myndigheder får væsentlig indflydelse på disse forhold.

Der vil ikke være øgede udgifter forbundet med lovforslaget med mindre elevantallet øges.

- *Kommentar til side 11, § 20a, stk. 2:*

I lovforslaget står: "...Undervisningsministeren fastsætter nærmere regler om bestyrelsens sammensætning og virke..."

Det bør fremgå af lovteksten, at de ansættende myndigheder får en fremtrædende plads i institutionernes bestyrelse.

- *Kommentar til side 16, stk. 7.*

I lovforslaget står: "Institutionernes bestyrelse godkender institutionernes grundforløbs- og uddannelsesordninger og de praktiksteder, hvortil institutionen henviser elever"

Det bør fremgå af lovteksten, at de ansættende myndigheder inddrages aktivt ved godkendelsen.

- *Kommentar til side 16, stk. 10.*

I lovforslaget står: "De offentlige arbejdsgivere, der har stillet praktikpladser til rådighed, har, med mindre særlige omstændigheder gør sig gældende, pligt til at ansætte de af institutionen henviste elever"

Lovteksten bør udgå, med mindre det vil fremgå af lovtekstens §20, at de ansættende myndigheder får en fremtrædende plads i bestyrelsen eller på anden måde aktivt inddrages i hvem der optages.

- *Kommentar til side 16, stk. 15*

I lovforslaget står: Hver institution...**kan** nedsætte..." (min fremhævelse)

*Lovteksten bør ændres til "Hver institution...**skal** nedsætte..."*

Kommentar til side 17, stk. 16

I lovforslaget står: "Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal stille praktikpladser til rådighed ...

Lovteksten bør udgå, med mindre kommunerne får en dominerende indflydelse.

I lovteksten står endvidere: "Undervisningsministeriet fastsætter og fordeler et årligt antal uddannelsespladser i overensstemmelse med behovet for færdiguddannede"

Lovteksten bør ændres til: "Institutionerne samt de lokale arbejdsgivere og arbejdstagere fastsætter og fordeler et årligt antal uddannelsespladser i overensstemmelse med behovet for færdiguddannede."

Forslag til lov om regionernes finansiering

I lovforslaget fastsættes de generelle regler for regionernes økonomi og finansiering omfattende det generelle tilskud fra staten samt grundbidraget og udviklingsbidraget fra kommunerne.

Reglerne om de aktivitetsbestemte tilskud fra henholdsvis staten og kommunerne fastsættes i sundhedslovgivningen.

Som lovforslaget er udformet, er det på nuværende tidspunkt ikke muligt at beregne de konkrete beløbsstørrelser for 2007 og fremefter.

Det skyldes, at det i væsentlig omfang overlades ministeren at fastsætte de nærmere regler. Det gør det meget vanskeligt at foretage økonomiske vurderinger, når så mange væsentlige finansieringsmæssige spørgsmål udskydes til senere afklaring.

De økonomiske konsekvenser af lovforslaget for kommunerne kan således ikke opgøres på nuværende tidspunkt.

Med hensyn til opgørelsen af regionernes udgiftsbehov bemærkes, at fordelingen af vægterne bør analyseres nærmere.

"Antallet af enlige i aldersgruppen 65 år og derover" vægter eksempelvis med 25%.

Denne relativt høje vægning synes at favorisere hovedstadsområdet.

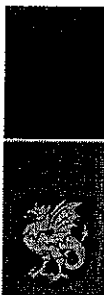
I opgørelsen af udgiftsbehovet indgår endvidere to kriterier vedrørende psykiatriske patienter.

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår, at "disse variable er medtaget, fordi der kan konstateres betydelige forskelle i belastningen på det psykiatriske område. Der er således en betydeligt højere belastning på det psykiatriske område i hovedstadsområdet end andre steder i landet".

Det bør undersøges, om ikke også Århus-området ligger over landsgennemsnittet på det psykiatriske område.

Med venlig hilsen

Niels Erik Eskildsen
Sundhedsrådmand

Kopi til NPH
Mam 20
Nils 20
Lisa 25

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

INDGÅET I
- 7 JAN. 2005

1.Ø

7. januar 2005

Høringssvar – strukturreform

Bornholms Regionsråd vil indledningsvis takke for de fremsendte udkast til lovforslag. Regionsrådet finder således, at forslagene ligger i naturlig forlængelse af de forhandlinger som Bornholms Regionskommune har haft med indenrigs- og sundhedsministeren.

Regionsrådet har dog følgende bemærkninger:

• *Forslag til lov om regional statsforvaltning*

Bornholms Regionskommune kan med tilfredshed konstatere, at der bliver et fast bemandet afdelingskontor på Bornholm, der kan varetage de borgerrelaterede førsteinstans opgaver, samt sekretariatsbetjening af Psykiatrisk Patientklagenævn.

For at kunne sikre en kontinuerlig betjening af borgerne på Bornholm må afdelingskontoret have en rimelig størrelse, således at ferie, sygdom mv. ikke vil betyde forringet service af borgerne på Bornholm.

For at fastholde flest mulige af de øvrige arbejdspladser på øen – og i øvrigt bevare lokalkendskabet i behandlingen af disse sager og i vejledningen af Bornholms Regionskommunes medarbejdere – kunne arbejdspladser i tilknytning til det Sociale Nævn og det kommende Beskæftigelsesnævn (som får tilført opgaver fra det nuværende sociale nævn, fra Arbejdsmarkedsrådet og fra Arbejdsmarkedsstyrelsen) tilbydes arbejdspladser på Bornholm i tilknytning til det lokale afdelingskontor.

Af hensyn til Bornholms geografiske beliggenhed, bør der opretholdes en sekretariatsbetjening for jordbrugskommissionen på Bornholm under samme vilkår som beskrevet ovenfor.

• *Forslag til lov om regionernes finansiering*

Bornholms Regionskommune konstaterer, at der med lovforslaget gives hjemmel til finansieringen af de regionale udviklingsopgaver, som henlægges til Bornholms Regionskommune – både i form af en forholdsmæssig del af statens tilskud til Region Hovedstaden og ved fritagelse for betaling af en forholdsmæssig del af udviklingsbidraget til Region Hovedstaden.

I bemærkningerne til § 7 er det anført ”... at indenrigs- og sundhedsministeren kan bestemme, at en forholdsmæssig del af statens tilskud...”

Bemærkningerne bør konsekvensrettes, således at det ikke anføres som en *kan*-bestemmelse i bemærkningerne, når det er fastsat i selve paragraffen.

Da de regionale udviklingsopgaver – som hovedregel – er henlagt til Bornholm, er det Bornholms Regionskommunes opfattelse, at udviklingsbidraget til Region Hovedstaden skal modsvare opgaverne og endeligt fastsættes efter forhandling med Bornholms Regionskommune.

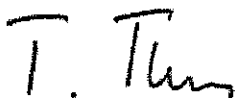
• *Forslag til Sundhedsloven*

Med udgangspunkt i Bornholms geografiske beliggenhed bør det lovgivningsmæssigt sikres, at:

- patientkontoret fortsat er repræsenteret fysisk på Bornholm
- embedslægefunktionen fortsat er repræsenteret fysisk på Bornholm
- at det nedenfor nævnte kontaktforum blandt andet forudsættes at skulle følge og evaluere udviklingen på Bornholms Centralsygehus og dets behandlingstilbud, jf. regionsrådets tidligere fremsendte ønsker:
 - Aktivitetsniveauet på Bornholms Centralsygehus fastholdes på mindst samme niveau som ved regionkommunens etablering 1. januar 2003
 - Kvaliteten i det bornholmske sygehusstilbud udvikles på lige fod med udviklingen indenfor sundhedsvæsenet i det øvrige Danmark
 - Der foretages tilstrækkelige investeringer i bygninger og udstyr til aktiviteterne kan foregå i moderne og tidssvarende rammer.

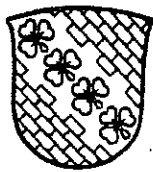
Bornholms Regionskommune går ud fra, at der i relation til det i bemærkningerne forudsatte kontaktforum etableres et sekretariat på Bornholm, og at Region Hovedstaden og Bornholms Regionskommune deler finansieringen af sekretariatsfunktionen ligeligt imellem sig.

Med venlig hilsen



Thomas Thors
Regionsborgmester

Dir. tlf.: +45 5692 1030
mail: thomas.thors@brk.dk



Høje-Taastrup Kommune

Bygaden 2, 2630 Taastrup

Telefon: 43 59 13 31

Direkte: 13 31

Ekspeditionstid:

Man., tir. og ons. 8.30 - 14.30

Torsdag 8.30 - 18.00

Fredag 8.30 - 13.30

Fax:

Email: post@htk.dk

www.htk.dk

Giro: 3 01 80 08

Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.0

Deres ref.	Sagsbehandler	Dok.nr.	J. nr.	Dato
		806327	511313 00.01	7. januar 2005

Høje-Taastrup Kommunes høringssvar vedr. kommunalreformens lovkatalog

Høje-Taastrup Kommune fremsender hermed sit høringssvar vedr. det samlede lovkatalog, som skal udmønte den politiske aftale om en reform af den offentlige sektors inddeling og opgaver, i daglig tale kommunalreformen. Byrådet besluttede høringssvaret torsdag den 6. januar 2005.

Høje-Taastrup Kommune beklager, at der kun har været afsat godt en måned til at sætte sig ind i og kommentere de 48 lovforslag på i alt ca. 2.800 sider. Der kunne have været mere rimelige vilkår at vurdere en så indgribende reform under.

På økonomi- og finansieringssiden finder Høje-Taastrup Kommune det kritisabelt, at regeringen dels ikke har lagt stor vægt på at beskrive de økonomiske konsekvenser af de enkelte lovforslag, dels ikke har konkretiseret sine overvejelser om indholdet i nyt udligningssystem. Dette gør det umuligt for Høje-Taastrup Kommune at vurdere, om der følger tilstrækkelige ressourcer med til at løfte de meget udgiftstunge opgaver som kommunen fra 2007 får finansieringsansvaret for.

Høje-Taastrup Kommune stiller sig uforstående overfor, hvis regeringen vil gennemføre modellerne i Finansieringsudvalgets betænkning, da de rammer kommuner med højt socialt udgiftsbehov. Konsekvensen vil være et udligningssystem, hvor kommuner med store sociale problemer finansierer lavere skatter i kommuner uden sociale problemer.

Høje-Taastrup Kommune ønsker en garanti for, at kommunernes udgifter i forbindelse med opgaveomlægningen finansieres krone for krone. Dette er helt afgørende. Hvis ikke risikerer man, at de nye kommuners første opgave bliver at gennemføre omfattende nedskæringer eller tvungne skattestigninger, og dette kan ingen være tjent med.

De første omlægninger på lignings- og inkassoområdet varsler ilde. Når der lægges op til at reducere kommunernes bloktilskud med et beløb, som langt overgår kommunernes faktiske udgifter, så begynder de økonomiske advarselsslamper for alvor at blinke. Høje-Taastrup Kommune kan alene her risikere at miste op til 20 mio. kr. årligt.

Kommunens budgetlægning vil være forbundet med så stor usikkerhed, at de kommende budgetter meget vel kan risikere at blive enten nedskæringsbudgetter eller med tvungne skattestigninger. Det hænger blandt andet sammen med, at aftalen om kommunalreformen ikke indeholder et loft over, hvor meget kommunen maksimalt kan tabe som følge omlægningen af tilskuds- og udligningssystemet. Det konstateres blot, at det årlige tab maksimalt kan være på 0,2 pct. af beskatningsgrundlaget. Alene det forhold at kommunen kan tabe 0,2 pct. som følge af omlægningen af tilskuds- og udligningssystemet er i sig selv uacceptabelt.

Regeringen har udtrykt, at den samlede reform vil være udgiftsneutral, idet der i det store hele alene er tale om flytning af budgetter. Byrådet skal i den forbindelse påpege, at startomkostningerne selv for kommuner, der

Kopi til USA, Z.S.
Pernille, HK
Anja, HK
Lina, HK
Louise, HK
2x Henrik, 40

skal forblive selvstændige som Høje-Taastrup Kommune, vil være så betragtelige, at det selv med en ekstraordinær indsats og over en årrække bliver svært at undgå nedskæringer eller skattestigninger.

For at sikre, at borgerne i deres hverdag kommer til at mærke en mere sammenhængende offentlig sektor med forenklinger og mindre bureaukrati, er det derfor også i denne sammenhæng afgørende, at staten krone for krone finansierer kommunens udgifter i forbindelse med opgaveomlægningen.

Fra 2007 får kommunerne andel i finansieringsansvaret for regionernes sygehusvæsen. Den overordnede logik er, at jo mere kommunens borgere anvender sygehusvæsenet, jo mere skal kommunen betale til regionerne.

I Københavns Amt er der mellem kommunerne betydelige forskelle i borgernes dødelighed, sygelighed og brug af sundhedsvæsenet. Det er slående, at Høje-Taastrup Kommunes borgere har en svagere helbredstilstand end de andre kommuners borgere. Borgerne i Høje-Taastrup må derfor forventes at have et relativt stort forbrug af sundhedsydelse. Det er derfor afgørende, at Høje-Taastrup Kommune i tilskuds- og udligningssystemet fuldt ud kompenseres for borgernes forbrug af sundhedsydelser.

Høje-Taastrup Kommune udtrykker sin bekymring for, at tidspresset for hele lovgivningsprocessen vil resultere i usammenhængende lovgivning, hvor kommunerne og medarbejderne meget vel kan blive sorteper. Det gør sig især gældende med processen på skatte- og inkassoområdet, som allerede overtages af staten pr. 01.07.2005.

Generelt om lovforslagene er der på flere lovområder et misforhold mellem den lovprisning af det kommunale selvstyre som står i de almindelige bemærkninger til lovforslagene og så indholdet af de enkelte lovparagraffer. Særligt tydeligt gør dette misforhold sig gældende på planområdet, hvor kommunernes handlerum er blevet særligt snævert. Tillige indeholder lovforslagene en række særlige ministerbemyndigelser, så ministrene uden at konsultere Folketinget kan træffe afgørelse indenfor deres område. Denne nye tendens i lovgivningen virker betænkelig ud fra en demokratisk vinkel. Høje-Taastrup Kommune kan ikke umiddelbart overskue konsekvenserne af disse beføjelser, men vil vurdere konsekvenserne, når lovene har været i drift et par år.

Høje-Taastrup Kommune vil knytte sine kommentarer til flere opgaveområder:

Beskæftigelsesområdet

Høje-Taastrup Kommune har gennem flere år og med stor succes organiseret sin indsats på området som beskrevet i lovforslaget. Kommunen er derfor klar til at håndtere de udfordringer, der ligger i at få status som C-center og blive pilot-jobcenter. Høje-Taastrup Kommune har ved brev af 24.09.2004 anmodet om at blive pilot-jobcenter. Kommunen har formelt inden jul 2004 sendt sin ansøgning herom.

Høje-Taastrup Kommune må vurdere, at det nye system hverken fremtræder så enstregt eller stringent, som regeringen havde opsat som mål. Der synes ikke at være andre forenklinger end bofællesskabet med AF. Den delte ledelse i A- og B-center grundmodellen rummer alle tegn på at kunne skabe uklare ansvarsplaceringer i det daglige.

Høje-Taastrup Kommune mener, at det bør revurderes, at der i det lokale beskæftigelsesråd kommer en repræsentant for Byrådet, således at den direkte kontakt mellem Byrådet og det kommunale beskæftigelsesråd sikres.

Høje-Taastrup Kommune ser med bekymring på modellen, hvor en ministerudnævnt regionsdirektør som embedsmand får en vidtstrakt kompetence i forhold til den lokalt besluttede beskæftigelsespolitik, dette ses som en udhuling af det kommunale selvstyre. Modellen kan efter kommunens umiddelbare vurdering ikke genfindes mange andre steder i den offentlige sektor. Høje-Taastrup Kommune finder modellen meget udansk og problematisk, idet en embedsmand tildeles kompetence over et demokratisk valgt organ – det fremtidige kommunale beskæftigelsesudvalg. Initiativet anses således for at være i dårlig overensstemmelse med den almindelige opgave- og ansvarsfordeling i den offentlige forvaltning.

Høje-Taastrup Kommunes gode resultater er blandt andet sikret ved et meget tæt samarbejde mellem de sagsbehandlere, der varetager ydelsesdelen, og de sagsbehandlere, der formidler beskæftigelsestilbud. Høje-Taastrup Kommune vil derfor udtrykke bekymring for den organisatoriske adskillelse, der lægges op til i lov-

forslaget, idet det kan medføre unødigt administration og mest af alt at borgerne skal forholde sig til to organisatoriske enheder, hvormed den enstrengede indgang for borgerne ikke opleves.

Høje-Taastrup Kommune vurderer, at det er uhensigtsmæssigt at lægge hele sygedagpenge indsatsen i jobcentret. Det bør "kun" være den del, hvor der er tale om en fastholdelse til arbejdsmarked såvel ordinær som f.eks. flexjob, da kommunen er bekymret for, at der ikke bliver nok fokus på den specifikke sygedagpengeopfølgning. Der henvises til regeringens handlingsplan december 2003, hvor der iværksættes en række initiativer for at effektivisere området og dermed mindske sygefraværet. Det er efter kommunens vurdering vigtigt at fastholde denne fokus.

Sundhedsområdet

Høje-Taastrup Kommune ser frem til at løse de mange nye opgaver på sundhedsområdet.

Høje-Taastrup Kommune er bekymret for økonomien som følge af den foreslåede finansieringsmodel. Incitamentet til at investere i forebyggelse og sundhedsfremme er, at kommunerne hermed kan mindske udgifterne til sygehusindlæggelser, men logikken synes svag, når der kræves samme betaling for alle typer af sygehusindlæggelser.

I samme forbindelse er det aldeles uhensigtsmæssigt, at der initieres et opkrævningssystem baseret på en regning for hver eneste behandling (konsultation), uanset baggrund og indhold. Anslået vil det betyde udveksling af bilag af denne karakter på ikke mindre end 600.000 transaktioner årligt alene vedrørende borgerne i Høje-Taastrup Kommune, angiveligt ud fra et overordnet ønske fra lovgiverne om, at kommunen derved skulle få en tilskyndelse til at forebygge, at kommunens borgere skal til lægebehandling.

Det afgørende her er i stedet spørgsmålet om handlemulighed eller ej: Kommunen har ikke – og vil aldrig få – indflydelse på behovet for behandling. Det er derfor helt nødvendigt med en differentiering mellem de forskellige lidelser, hvis man ønsker dette mønster lagt til grund for afregninger.

Betalingsmodellen bør indrettes således, at betaling alene sker i forhold til sygehusindlæggelser, som kommunen reelt har mulighed for at forhindre gennem en forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Det er afgørende, at Høje-Taastrup Kommune i forbindelse med omlægningen af tilskuds- og udligningssystemet fuldt ud kompenseres for kommunens borgeres træk på regionernes sundhedsvæsen.

Det sociale område (0-17 år)

Høje-Taastrup Kommune ser frem til at løse mange af de nye udfordringer på børneområdet med nye opgaver og et mere enstrengt system, hvor borgerne har én indgang. Kommunen føler sig fuldt ud rustet, såvel organisatorisk som fagligt, til at løse de nye opgaver.

Kommunen ser store fordele i at have en bedre mulighed for at tage den fulde og udelte styring af området, fordi dette giver gode muligheder for at foretage helhedsorienterede løsninger i nærmiljøet. På denne baggrund vurderes det også at være meget hensigtsmæssigt, at kommunen i fremtiden selv vil have mulighed for eksempelvis at oprette egne døgninstitutioner.

Det er kommunens opfattelse, at det må være afgørende, at tildelingen af de økonomiske midler, der nu ligger i amtet, følger børnene - altså bliver udregnet i forhold til de faktiske udgifter kommunerne har haft de senere år.

Det sociale område (18-65 år)

Høje-Taastrup Kommune er bekymret for økonomien som følge af lovforslagene. Da den statslige refusionsordning, som til dels afløser grundtakstordningen, ikke udgør nær samme sikkerhedsnet for store udgifter, øges risikoen for, at enkelte borgere kan medvirke til budgetoverskridelser.

Høje-Taastrup Kommune undrer sig over, at kommunerne ikke har fået tildelt ansvar i driften af institutioner i aldersgruppen for 18-65 år, når dette er tilfældet for institutioner for aldersgruppen 0-18 år. Høje-Taastrup Kommune anmoder om en nærmere vurdering af dette.

Specialundervisning
Ingen bemærkninger.

Planlægning

Kommunen finder det uheldigt, at der ønskes lovgivet særligt om planlægningen i Hovedstadsområdet. Det må tages som udtryk for en detaljeret styring af planlægningen. Dette er uheldigt, fordi den detaljerede regelstyring vil være hæmmende for udviklingen i Hovedstadsområdet.

Særligt er Høje-Taastrup Kommune utilfreds med måden, som stationsnærhedsprincippet bliver fortolket på i hovedstadsområdet, fordi princippet fastlægger, at erhverv med mange ansatte skal lokaliseres inden for 1000 meter fra en jernbanestation. Lovforslaget kommer til at umuliggøre det arbejde, som Høje-Taastrup i samarbejde med en række vestegnskommuner, Københavns Amt og Miljøministeriet har sat i gang om revitalisering af ældre erhvervsområder. Med lovforslaget lægges der op til at fasttømre dette princip gennem lovgivning og dermed lukke af for en lokalpolitisk diskussion om udviklingen af disse områder. Regeringen bør ændre holdning på dette punkt og reelt give hovedstadskommunerne mulighed for at fortsætte dette vigtige udviklingsarbejde.

Kommunen finder det endvidere uhensigtsmæssigt, at det foreslås, at de grønne kiler ikke kan anvendes til bymæssige fritidsaktiviteter, da borgernes brug af de grønne områder derved begrænses væsentligt. Kommunen vurderer, at det er vigtigt at intensivere anvendelsen af de allerede udlagte arealer til byformål. Hvis dette skal kunne ske, bør det være muligt at lokalisere visse bymæssige fritidsaktiviteter i de grønne kiler.

Kommunen vurderer, at det vil være mere hensigtsmæssigt at følge rammelovgivningens princip – også for hovedstadsområdet. Dette vil sikre en løbende politisk proces og afvejning omkring de overordnede planlægningsprincipper.

Teknik- og miljøområdet

Høje-Taastrup Kommune beklager, at kommunens henvendelse vedr. Ring 5/Tværvej ikke er imødekommet i udkastet til lovforslag. Kommunen har i flere år i samarbejde med en række kommuner presset på for, at staten påtager sig ansvaret for at anlægge Ring 5, som vil få vital betydning for trafikafviklingen i hovedstadsområdet. Ring 5 strækker sig reelt fra Køgeområdet til Hillerødområdet, og det er almindeligt anerkendt, at anlæggelsen af denne vej er helt central for at løse trafikproblemerne i hovedstadsområdet. Kommunen ønsker derfor, at Ring 5/Tværvej får status som statsvej, og at (færdig)anlæggelsen af vejen gives højeste prioritet de kommende år.

Roskildevejs beliggenhed gennem en række kommuner udgør et muligt problem, idet man kan nære bekymring for, at de forskellige myndigheder vil prioritere vejvedligeholdelsen forskelligt. Roskildevejs status som vigtig indfaldsvej til København nødvendiggør, at dette prioriteringsproblem løses af staten eller regionen.

Høje-Taastrup Kommune kan nære bekymring for, at kommunen får overdraget en række uløste trafikale problemer. Eksempelvis er krydset Hveen Boulevard/Sydvej særdeles problematisk. Lysreguleringerne ved Høje Taastrup Vej og Blekinge Boulevard, rundkørslen ved Roskildevej og krydset ved Holbækmotorvejen er også problematiske. Hertil kommer, at der i flere af krydsene mellem amtsvejene og motorvejene kun er anlagt halve rampeanlæg. Høje-Taastrup Kommune skal opfordre til, at disse problemer enten afklares inden overdragelsen, eller at der følger ressourcer med.

Høje-Taastrup Kommune skal desuden opfordre til, at kommunen kompenseres økonomisk for driften og vedligeholdelsen af ikke kun de "gamle" amtsveje men også for drifts- og vedligeholdelsesudgifterne til bygningsværkerne i tilknytning til disse.

Høje-Taastrup Kommune påpeger i øvrigt den manglende samordning mellem de udsendte lovforslag på vejområdet og på planområdet. Detailstyringen på planområdet hænger slet ikke sammen med, at man på vejområdet i det nuværende Københavns Amt nedklassificerer samtlige amtsveje til kommuneveje. Det vil sige, at en relativ stor del af det overordnede vejnet i Storkøbenhavn i løbet af få år risikerer at blive behandlet uden logisk og trafikalt sammenhæng.

På miljøområdet er Høje-Taastrup Kommune tilfreds med, at jordforureningsopgaven fremover skal varetages af regionerne. Ligeledes på naturbeskyttelses- og vandområdet er kommunen tilfreds med her at få tillagt en række nye opgaver, som har tæt sammenhæng til nogle af de opgaver, som løses allerede i dag.

Kultur

Høje-Taastrup Kommune er bekymret for, at staten med lovforslagene har taget de første skridt til helt at trække sin støtte til de tre kulturinstitutioner Taastrup Teater, Teater Hedeland og Kroppedal. Kroppedal har som museum en bred folkelig interesse ud over kommunens grænser og varetager samtidig opgaver for kommunerne i hele Storkøbenhavn. Tilsvarende henter Taastrup Teater i betydelig grad sit publikum uden for kommunen. Høje-Taastrup Kommune kan især frygte for Teater Hedeland, hvis ikke det nuværende amtslige tilskud fortsætter som et statsligt tilskud. En fortsættelse af dette tilskud er afgørende for både Hedeland og Teater Hedelands fremtid.

Borgerservice

Høje-Taastrup Kommune er en af de kommuner, der er længst fremme i forhold til lovens intentioner om etablering af servicecentre. Kommunen tilbyder borgerne service i to decentrale centre samt et centralt placeret center på rådhuset. Servicecentrene varetager borgerrettede opgaver på alle opgaveområder og opgavetyper. Høje-Taastrup Kommune hilser derfor hovedtendenserne i lovforslaget velkommen

Høje-Taastrup Kommune oplever dog forslaget til skatteforvaltningslov som en klar forringelse af servicen over for borgerne, når kommunen ikke længere kan udskrive skattekort og forskudsopgørelser, således som det fremgår af lovforslaget. Det vil betyde, at intentionerne om servicecentre som borgernes indgang til den offentlige sektor udvandes. Borgernes mulighed for helhedsorienteret sagsbehandling i forbindelse med ændringer i livssituationer vil ikke altid længere være til stede. Også tilgængelighedsprincippet i lovforslaget vurderes problematisk på dette område, dels ved etablering af skattecentre, der skal dække en region, dels ved kommunernes manglende mulighed for at udføre myndighedsopgave - i forbindelse med forskudsregistrering og ændring af skattekort.

Høje-Taastrup Kommune har i flere år haft meget fokus på og succes med digitale løsninger, udvikling af medarbejdernes IT-kompetencer og de seneste tilbud til borgerne om undervisning i Internet, selvbetjeningsløsninger og borger-pc. Derfor ses det med anerkendelse fra Høje-Taastrup Kommunes side, at loven understøtter denne udvikling.

Høje-Taastrup Kommune vil indskærpe, at kommunen fortsat ønsker, at man ikke kun i lovgivningen men også i praksis sikrer, at udveksling af oplysninger ikke er en barriere. Tidligere erfaring har vist, at realisering af den digitale administration af f.eks. boligstøtte ikke har kunnet lade sig gøre på grund af manglende adgang til Huslejerregistrering og Lønregistrering. Den slags barrierer vil være afgørende for, om de kommunale servicecentre kan yde den borgerservice, som loven lægger op til.

Skat og inkasso

Skatteområdet

Skattecenter København Vest blev dannet med baggrund i de meget klare opfordringer fra regeringen og i den daværende lov (L 131 af 12.04.2003). Høje-Taastrup Kommune beklager derfor, at regeringen ikke har fulgt kommunens udtalelse fra marts 2004, hvorefter kommunerne selv skulle aftale en hensigtsmæssig organisering, der på samme tid respekterer allerede indgåede samarbejder/ligningscentre og en ny kommunal organisering.

Lovforslagets konkrete udspil med hensyn til fuldtidsstillinger og driftsomkostninger i de kommende DUT-forhandlinger er aldeles uacceptable. De udtrykker en mangel på realitetssans og vil isoleret set medføre et alvorligt driftstab for Høje-Taastrup Kommune på 10-15 mio. kr. årligt.

Høje-Taastrup Kommune udtaler også, at der naturligvis skal kompenseres fuldt ud for et eventuelt huslejetab og etableringsomkostninger ved statens overtagelse af ligningsopgaven.

Lovforslaget rammer lige ned i den henvendelse, som borgmester Anders Bak rettede til Indenrigsministeriet i efteråret 2004 forud for de kommende opgaveoverførsler. Heri udtrykker kommunen bekymring for, at kommunerne kompenseres ud fra forkerte gennemsnitstal uden sammenhæng med den enkelte kommunes reelle omkostninger til opgaverne. En kommune som Høje Taastrup, der hidtil har klaret en opgave effektivt og med relativt lave omkostninger, bliver altså straffet voldsomt med dette forslag.

Inkassoområdet

Det er Høje-Taastrup Kommunes opfattelse, at lovforslagets konkrete udspil med hensyn til fuldtidsstillinger og driftsomkostninger i de kommende DUT-forhandlinger er aldeles uacceptable. Forslaget er lige som på skattedelen udtryk for en mangel på realitetssans, og det vil give Høje-Taastrup Kommune et årligt økonomisk tab på 4-5 mio. kr.

Kommunen deler samtidig KL's holdning og frygt for, at lovforslaget vil medføre dårligere borgerservice og mere administration. Borgerne risikerer at skulle rette henvendelse om samme sag flere steder.

Byrådet finder det endelig meget magtpåliggende at nævne, at usikkerheden for de berørte medarbejdere er stor. Høje-Taastrup Kommune ønsker derfor også en hurtig afklaring af lovforslagets konsekvenser.

Evalueringsinstitut

Høje-Taastrup Kommune deler KL's frygt for øget statslig detailstyring og kontrol. Der er dermed risiko for, at forslaget vil udhule hele det kommunale selvstyre. Det er samtidig uholdbart, hvis instituttets sammenligninger i fremtiden kan blive anvendt som forsimplet grundlag for fordeling af midler og tilskud (taxameterprincipper), uden nuancerede hensyn til en kommunes sociale, sundhedsmæssige og strukturelle problemer.

Efter Høje-Taastrup Kommunes opfattelse er der desuden en risiko for, at kommuner uretmæssigt hænges ud (gabestokken) – bl.a. ved anvendelse af ufuldstændige sammenligninger.

Brugt rigtigt vil instituttets evalueringer kunne løfte den kommunale og regionale opgavevaretagelse. Høje-Taastrup Kommune imødeser derfor et evalueringsinstitut, der formår at udnytte den indsamlede viden og sin ekspertise til et fælles bedste

I Høje-Taastrup Kommune lægges der stor vægt på udvikling af kvalitetsarbejdet i kommunen med fokus på at måle og synliggøre resultater og output overalt i organisationen og i forhold til borgere/brugere. Dette har Byrådet senest pointeret i forbindelse med budget 2005. Som sådan er Høje-Taastrup Kommune altså på forkant med intentionerne bag oprettelsen af evalueringsinstituttet.

Regioner

Høje-Taastrup Kommune udtrykte i marts 2004 i sin tilkendegivelse over for Strukturkommissionens betænkning,

- at kommunen gerne så etableret 1-3 regioner på Sjælland og
- at det med en strukturreform, der understøtter kommunen som borgerens primært indgang til den offentlige sektor, ville være naturligt at begrænse opgavemængden på det regionale niveau.

Høje-Taastrup Kommune udtrykker sin anerkendelse af, at kommunens tilkendegivelser er imødekommet.

Ses der bort fra driften af sygehusene, fremstår det for kommunen noget uklart, hvilken status og kompetence de nye regioner får på opgaveområder som erhvervsudvikling og fysisk planlægning. Denne usikkerhed forstærkes, når man læser lovforslagene, hvor der fra statens side lægges op til en meget tæt (detail)styring af hovedstadsområdet.

Øvrige områder

Erhvervsområdet

Høje-Taastrup Kommune ønsker, at der bliver etableret et selvstændigt vækstforum for Vestegnen, og at muligheden for at etablere mindst to vækstfora i regionen dermed bringes i anvendelse.

Det er vigtigt, at der tages højde for områdets særlige forhold i arbejdet med erhvervsudviklingsstrategier, og at disse særlige forhold kommer til at indgå i den overordnede regionale udviklingsplan.

Forslaget om, at erhvervsservice fremover er en kommunal opgave, er i overensstemmelse med Høje-Taastrup Kommunes initiativ til at samarbejde med Erhvervsrådet om et erhvervsservicetilbud.

Gymnasieområdet

Høje-Taastrup Kommune udtrykte ligeledes i marts 2004, at man gerne ville overtage ansvaret for gymnasieområdet. Kommunen så det således som en god mulighed for at kunne koordinere uddannelsesindsatsen i grundskolen og gymnasiet.

Høje-Taastrup Kommune vil i det lys udtrykke sin beklagelse over, at kommunens holdning ikke er imødekommet.

Konklusion

Vi er opmærksomme på, at den bærende idé bag reformen er et ønske om at styrke og fremtidssikre det danske kommunestyres centrale rolle i velfærdssamfundet. Det, vi er helt enige om, er et tiltrængt og nødvendigt skridt i retningen af en indgang for borgere og virksomheder i fremtidens Danmark. Det kunne også give bedre og mere sammenhængende service for borgerne. Vi er helt enige i behovet for en kommunalreform, der kan opfylde disse mål. Som det har fremgået af gennemgangen af de fleste lovforslag, kommenteret i dette høringsmateriale, trækker mange af de nye regler desværre i en helt anden retning, hvorfor vi skal anmode om en re-vurdering af de af os påpegede punkter.

Der vedlægges supplerende mindretalsudtalelse fra Socialistisk Folkeparti og Dansk Folkeparti.

Kommunens tilkendegivelse fremsendes enslydende til KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Venlig hilsen

Sign. 7.1.2005
Anders Bak
Borgmester



Dato	Sagsbehandler	SagsID	J.nr.	Dok.nr
7. januar 2005	ThomasSoe	511313	00.01	806622

Kommunalreform. Mindretalsudtalelse fra SF og DF ved byrådsmøde 6.1.2005

Socialistisk Folkeparti og Dansk Folkeparti kunne på byrådsmødet den 6. januar 2005 ikke tilslutte sig, at følgende udtalelse indgår i Høje-Taastrup Kommunes høringssvar til Indenrigs- og Sundhedsministeriet:

”Kommunen finder det endvidere uhensigtsmæssigt, at det foreslås, at de grønne kiler ikke kan anvendes til bymæssige fritidsaktiviteter, da borgernes brug af de grønne områder derved begrænses væsentligt. Kommunen vurderer, at det er vigtigt at intensivere anvendelsen af de allerede udlagte arealer til byformål. Hvis dette skal kunne ske, bør det være muligt at lokalisere visse bymæssige fritidsaktiviteter i de grønne kiler.

Kommunen vurderer, at det vil være mere hensigtsmæssigt at følge rammelovgivningens princip – også for hovedstadsområdet. Dette vil sikre en løbende politisk proces og afvejning omkring de overordnede planlægningsprincipper.”

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

6. januar 2005

Att. Ole Kopp Christensen

INDGÅET I
- 7 JAN. 2005

1.Ø

Høringssvar vedr. lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område (2.s.kt.j.nr. 2004-1200-59)

Center for Hjerneskade modtog d. 1. december 2004 udkast til forslag til sundhedsloven, forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet mhp eventuelle bemærkninger.

Center for Hjerneskade har følgende bemærkninger:

Center for Hjerneskade har noteret sig, at vi ifølge §79, stk. fortsat er kategoriseret som privat specialsygehus med driftsoverenskomst med regionsrådet, hvilket vi finder korrekt vurderet ud fra Centrets specialiserede tilbud. Den opgave, som Centret udfører ved specialiseret behandling og revalidering, vil det ikke være muligt at løfte i den enkelte kommune.

Center for Hjerneskade har siden etableringen i 1985 i forhold til patienter med akut opstået hjerneskade forestået behandling i form af indlæring af kompensationsstrategier og træning af fysiske og kognitive funktioner samt revalidering i form af genetablering af tilknytningen til arbejdsmarkedet og sikring af denne tilknytning på kortere og længere sigt. Delt finansiering består således af sygehusbehandling betalt af amterne og forrevalidering/revalidering betalt af primærkommunerne. I 1992 fik Centret med Lov om sygehusvæsenet status som specialsygehus med en kvotedækning på ca. 50% af Centrets optræningsindtægter, idet det skønnedes, at den resterende del af Centrets optræningsindtægter var at betragte som en revalideringsindsats.

Som følge af usikkerhed vedr. betalingsforholdene fra nogle kommuners side, blev der allerede dengang i brev af d. 28.6.1994 af Social- og Sundhedsministeriet (vedlagt) i fællesskab præciseret, at behandlingsmæssige opgaver ved Center for Hjerneskade skulle afholdes inden for den amtskommunale betalingsforpligtelse (sygehuskvoten), mens erhvervmæssige foranstaltninger for personer med nedsat erhvervsevne skulle afholdes inden for det primærkommunale beslutningsområde (revalideringsindsatsen).

Det blev yderligere fastlagt, at såfremt der i den konkrete sag er tale om en kombination af behandling og revalidering på grundlag af visitationen og forundersøgelsen, skal udgiften deles ligeligt efter Lov om sygehusvæsenet og revalideringsbestemmelserne.

Da langt den største del af Centrets virksomhed er baseret på delt finansiering, lå der heri samtidig en forudsætning om en primærkommunal medfinansiering af minimum samme størrelsesorden som den tildelte sygehuskvote.

Dette finansieringssystem fungerede indtil ca. år 2000 tilfredsstillende, men herefter oplevede vi i stigende omfang, at kommunerne meddelte afslag på den kommunale medfinansiering, uden at dette kunne henføres til ændringer af lovgivningen på det revalideringsmæssige område. Kommunerne vurderede, at der på Center for Hjerneskade var tale om ren behandling – på trods af at optræningen på Centret har et klart erhvervmæssigt sigte (tilbagevenden til arbejdsmarkedet for mere end 70 % af patienterne), hvilket altid er konkretiseret tydeligt i en revalideringsplan.

Den konkrete betydning af dette er, at visitationen for den enkelte patient bliver længere – der er eksempler hvor det har taget kommuner 1-1½ år at træffe afgørelsen på grund af ankebehandling og forhandling frem og tilbage. I sådanne tilfælde vil det altid få store konsekvenser for patienten, hvis situation erhvervmæssigt og socialt forværres betragteligt af ikke at komme i gang med behandling/revalidering. Det betyder selvfølgelig også, at Centret bruger væsentlig flere resurser på visitation.

Centret har tidligere henvendt sig til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet med henblik på stillingtagen til denne problemstilling.

Af udkast til forslag til sundhedsloven fremgår, at vilkårene for Center for Hjerneskade er uændrede i forhold til hidtil. Der er således fortsat tale om delt finansiering af udgiften mellem sygehuskvoten og primærkommunen.

Fra primo 2005 har Centret ændret programtilbuddet, således at det nu i højere grad er muligt at optage patienter med kort tid siden sygdomsdebut, hvilket er et tilbud, som Centret har erfaret, er i overensstemmelse med henvisernes ønske. Tidligere havde vi to årlige faste terminer for optagelse i Centrets programmer; nu er der løbende optag og et i højere grad individualiseret program med mulighed for at tilpasse intensitet, længde og trænings-/revalideringsindholdet til den enkeltes behov, hvilket samlet vurderes at ville afkorte tiden fra sygdomsdebut til tilbagevenden til arbejdsmarkedet betragteligt, idet der ikke opstår unødige venteperioder med cementering eller forværring af symptomer og præcisionen i trænings- og revalideringsindsatsen øges.

I relation til diskussionen om primærkommunal finansiering og sygehuskvoten medfører ændringen af Centrets tilbud en tendens til øget henvisning til den del af Centrets tilbud, der typisk er finansieret af sygehuskvoten, hvilket den nuværende finansieringsordning ikke giver grundlag for. Problemet for Centret er herved, at primærkommunerne i disse tilfælde ikke føler sig forpligtede til at indgå i den delte finansiering så tidligt i forløbet.

Med indførelsen af en ny struktur på det kommunale område kan vi på Center for Hjerneskade frygte, at ovenstående problematik fortsætter eller ligefrem forværres, idet hensynet til kommunernes økonomi (f.eks. ved at skulle sende patienterne over kommunegrænser) samt belastningen i forbindelse med de mange nye opgaver, som kommunerne skal overtage, vil kunne

betyde, at relevante patienter ikke visiteres til Centret, men nedprioriteres, pensioneres eller måske visiteres til knapt så kvalificerede og mindre intensive tilbud i kommunernes eget regi – til trods for at patienterne i henhold til lov om frit sygehusvalg har ret til behandling og træning på Center for Hjerneskade.

Center for Hjerneskade har således tre forslag:

1. At sygehuskvoten forhøjes til at dække den fulde udgift til behandling/træning på Centret. Det vil kunne lade sig gøre udgiftsneutralt ved en flytning af den kommunale udgift og den statslige refusion til den regionale udgiftsramme. (Kommunernes udgift til revalidering refunderes p.t. med min. 50% af staten).
2. At Indenrigs- og Sundhedministeriet, Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet tager stilling til problematikken om definition af behandling og revalidering og (gerne i samarbejde med Center for Hjerneskade) informerer primærkommunerne herom, idet klare linier på området ville kunne afhjælpe de proceduremæssige problemer.

Center for Hjerneskade står naturligvis til rådighed for uddybning og yderligere oplysning.

Med venlig hilsen

Frank Humle
Direktør

Bianca Lund Sørensen

Kopi til Lisa, 25

Fra: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sendt: 7. januar 2005 15:38
Til: Kontorpostkasse 1 økonomiske kontor; Charlotte Bidsted
Emne: VS: Høringssvar til forskellige love på sundhedsområdet (37-39)

INDGÅET I

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

Fra: Camilla Hesselby (DEP) [mailto:CHE@OEM.DK]
Sendt: 7. januar 2005 15:34
Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Cc: Lone Neerhøj (DEP); 2 - KS Direktionssekretariatet; Letbyrder (EOGS)
Emne: VS: Høringssvar til forskellige love på sundhedsområdet (37-39)

-7 JAN. 2005

1.0

Høringssvar til forslag til sundhedsloven, forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt forslag til ændring af forskellige love på sundhedsområdet

Økonomi- og Erhvervsministeriet har modtaget ovennævnte i høring. Økonomi- og Erhvervsministeriet har følgende bemærkninger.

Lovforslagene indeholder en række ændringer som følge af kommunalreformen. Det medfører blandt andet en tilpasning af den eksisterende lovgivning til den nye regionale struktur, og medfører dermed ændrede myndighedskompetencer og betegnelser inden for sundhedsområdet. Økonomi- og Erhvervsministeriet foreslår på den baggrund følgende tekst til den del af lovforslagenes bemærkninger, der omhandler forslagens økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet:

"Forslaget har været sendt til Erhvervs- og Selskabsstyrelsens Center for Kvalitet i ErhvervsRegulering (CKR), som har vurderet, at forslaget ikke er erhvervsrelevant. Forslaget bør således ikke forelægges et af Økonomi- og Erhvervsministeriets virksomhedspaneler med henblik på vurdering af eventuelle, administrative konsekvenser for erhvervslivet."

Økonomi- og Erhvervsministeriet har ikke yderligere bemærkninger

Med venlig hilsen

Camilla Hesselby
Økonomi- og Erhvervsministeriet
Juridisk Sekretariat
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Dir. tf.: 33923168



Rigsrevisionen
Kt. C.2.

Dato: 7. januar 2005
J.nr.: 2004-6000-6
(Angiv venligst j.nr. ved besvarelse)
Ref.: BG

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10 - 12
1216 København K

Vedr.: Høring af forslag til lov om ændring af love til udmøntning af kommunalreformen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ved skrivelse af 1. december 2004 fremsendt udkast til forslag til lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab samt udkast til forslag til lov om revision af den kommunale inddeling til høring i Rigsrevisionen.

Rigsrevisionen har anmodet om fremsendelse af yderligere 6 udkast til lovforslag til høring og har samtidig foretaget gennemgang af de resterende lovforslag, der er udtaget fra ministeriets hjemmeside.

Rigsrevisionen har gennemgået alle 12 udkast til lovforslag på ministeriets område. Gennemgangen har været koncentreret om bestemmelser om regnskab, revision samt placering af ansvar for økonomistyring.

I relation til udkast til forslag til lov om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen, § 29, stk. 2, 3. punktum, finder Rigsrevisionen, at ministeriet på grund af de ikke helt præcise lovbemærkninger vedrørende bl.a. udgiftsopgørelsen bør overveje at erstatte "kan fastsætte" med "fastsætter".

Rigsrevisionen har ingen bemærkninger til de øvrige udkast til lovforslag.

Med venlig hilsen

Bent Glæsner

Fuldmægtig

Adresse:
St. Kongensgade 45
1264 København K

Telefon/Telefax:
33 92 84 00
33 11 04 15

E-mail/Homepage:
rigsrevisionens-email@rigsrevisionen.dk
www.rigsrevisionen.dk



INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1. Ø

LÆGGMIDDEL
INDUSTRI
FORENINGEN

Kopi til Lisa 25

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sjotsholmsgade 10-12
1216 København K

POSTBOKS 829
STRØDAMVEJ 50A
2100 KØBENHAVN Ø
TEL 39 27 60 60
FAX 39 27 60 70
WEB www.lifdk.dk

Overbringes

07.01.2005

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

J.nr. LFU 45

Lif har modtaget regeringens forslag til udmøntning af aftalen med Dansk Folkeparti om kommunalreformen og de heraf afledte forslag til ændringer i lovgivningen med høringsfrist den 7. januar 2005.

Lif er generelt positive over for de intentioner og mål, som den ændrede struktur for sundhedsvæsenet i Danmark lægger op til. Lif er tilfreds med, at målene om sammenhængende patientforløb og kvalitet i behandlingstilbudene har fået en så fremtrædende plads, som det er tilfældet.

Lif mener, at reformen peger i den rigtige retning og giver grundlag for en endnu bedre patientbehandling i Danmark. Som en central samarbejdspartner i forhold til sundhedsvæsenet vil Lif opfordre til, at de nødvendige ressourcer afsættes til at implementere reformen i praksis.

Lif hilser det velkomment, at den samlede lovgivning på området samles i sundhedsloven. Da den nye sundhedslov i stort omfang er en sammenskrivning af eksisterende lovgivning, har Lif kun få ændringsforslag til det udarbejdede lovforslag, idet Lif dog har en række konkrete forslag til, hvorledes den ny sundhedslov kan styrkes primært i forhold til lægemiddelområdet. Der henvises dog til de konkrete bemærkninger, Lif i november 2004 fremførte i forhold til ændringer i loven om offentlig sygesikring, der indgår som en del af den samlede sundhedslov, og som Lif fortsat finder aktuelle.

Lif har i forbindelse med det forberedende arbejde til loven om offentlig sygesikring anført en række bemærkninger om bl.a. mulighederne for etablering af en uafhængig ankeinstans for beslutninger omkring tilskud.



Side 2

Lif foreslår endvidere etableringen af et uafhængigt institut til udarbejdelsen af brede behandlingsvejledninger, der sikrer et fælles og veldokumenteret grundlag for sammenhængende patientforløb af høj kvalitet og vurdering af lægemidlers samfunds-mæssige betydning.

Lif ser en række interessante udviklingsmuligheder inden for sundhedssektoren med strukturreformen, men finder på den anden side også, at lægemiddelområdet fortjener en mere central placering i reformovervejelserne.

Efter Lifs vurdering spiller lægemidler en central rolle i et effektivt sundhedsvæsen, og Lif mener ikke, at den måde, vurderingen af lægemidler forvaltes på i dag, lever op til de mål, der er skitseret i forslagene bag strukturreformen.

Lif finder det helt grundlæggende u hensigtsmæssigt, at lægemiddelområdet isoleres i forhold til den øvrige lovgivning, der regulerer sundhedsområdet, jfr. de almindelige bemærkninger til forslaget om sundhedsloven. Efter Lifs opfattelse er det inkonsekvent at betragte lægemiddelområdet og Lægemiddelstyrelsens rolle på området isoleret, når målene i sundhedsloven i vid udstrækning handler om sammenhængende patientforløb, optimal kvalitet i behandlingerne og ingen forskel i behandlingstilbudene, uanset hvor i landet man bor.

Lif savner placering af lægemiddelområdet i strukturreformen

Lif ønsker, at strukturreformen indeholder overvejelser om, hvorledes lægemiddelområdet placeres og koordineres i forhold til det nye sundhedsvæsen. Foreningen finder det beklageligt, at lægemidler ikke betragtes på lige fod med andre ydelser, da lægemidler udgør et vigtigt element inden for både forebyggelse og behandling af de fleste sygdomsområder. Derfor må lægemidler nødvendigvis ses i sammenhæng med den nye struktur for sundhedsvæsenet og de fastlagte mål om kvalitet i behandlinger og sammenhængende patientforløb.

Det er veldokumenteret, at lægemidler udgør økonomisk effektive behandlingstilbud set i relation til sundhedsvæsenets samlede behandlingstilbud – og ikke mindst på en lang række forebyggelsesområder. Det er velkendt, at effektive behandlinger og forebyggelse med lægemidler er med til at øge patienternes livskvalitet, ligesom de frigør betydelige ressourcer i både sundhedsvæsenet og mere generelt i samfundet via mindre sygefravær, mindre behov for sociale ydelser osv.

Lifs bemærkninger skal også ses i naturlig forlængelse af anbefalingerne fra Medicinudvalget og det på Finansloven prioriterede indsatsområde om patienternes compliance. Det er velkendt, at patienter af forskellige årsager (økonomi, forglemmelser, frygt for bivirkninger etc.) ikke tager medicinen, som foreskrevet af lægen. Lif må derfor betvivle effektiviteten af sammenhængende patientforløb og en sygehusbehandling, der er specialiseret til bedst tænkelige niveau, hvis patienterne alligevel ikke



Side 3

tager den medicin, der dokumenteret mindsker risikoen for tilbagefald og nye sygehusindlæggelser.

I den sammenhæng spiller regionsrådenes etablering af nye samarbejdsudvalg efter Lifs opfattelse en vigtig rolle (§ 199), da de har som formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af regionale og kommunale ansvarsområder ud fra brede og mere generelle vurderinger.

Regionsrådene og kommunalbestyrelserne skal indgå lovpligtige sundhedsaftaler, som bl.a. indeholder præciseringer af udskrivningsforløb for ældre og svage patienter, aftaler omkring indlæggelsesforløb og forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, der i vid udstrækning handler om patient-compliance.

Sundhedsplanerne (§ 200, stk. 3) skal godkendes af Sundhedsstyrelsen, ligesom de skal indsendes til Lægemiddelstyrelsen (side 65 i bemærkningerne). Dette betragter Lif som en vis styring og koordinering af lægemiddelområdet, selv om det ikke er eksplicit formuleret i lovgivningen. Lif ønsker, at det eksplicit beskrives, hvorledes der sikres sammenhæng og koordination på lægemiddelområdet.

For at nå målet om ensartet kvalitet i ydelserne til borgerne i alle regioner taler dette for, at der fastlægges mere overordnede retningslinjer for lægemiddelbehandlingen fra eksempelvis Sundhedsstyrelsen. Lif anbefaler, at der etableres en uafhængig institution, der udarbejder behandlingsvejledninger for de overordnede sygdomsområder. Disse vejledninger bør basere sig på vurderinger af de samfundsmæssige konsekvenser af en given behandlingsstrategi set i relation til sammenhængende patientforløb. Lif mener, at brede behandlingsvejledninger baseret på den bedst mulige dokumentation er et vigtigt redskab for de nye regioner, for at de realistisk set kan nå målet om ensartet kvalitet og adgang til forebyggelse, behandling og pleje.

Sammenhængende patientforløb og høj kvalitet over alt

Med kommunalreformen skabes efter Lifs opfattelse et forbedret grundlag til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af administrative grænser. Målet er at sikre let og lige adgang til forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje på et højt fagligt niveau. Endvidere skal ensartet høj kvalitet over hele landet sikres.

Lif er af den opfattelse, at patienters adgang til lægemidler varierer fra region til region på grund af et uensartet antal speciallæger, forskelligt brug af tilskudsordninger og varierende lokale rekommandationer hvad angår brug af forskellige lægemidler. En praksis og adfærd der medfører en ulige fordeling og adgang til behandling.

Kommunerne får med den nye struktur en større grad af betalingsansvar for sundhedsvæsenets ydelser. Lif vil i denne sammenhæng rejse spørgsmålet om, hvorledes den nuværende kommunale finansiering af medicinforbruget i henhold til den sociale



Sida 4

lovgivning og pensionslovens tænkes videreført. Primærkommunernes finansierungsandel udgør ca. 7 pct. af den samlede offentlige finansiering af lægemidler i primærsektoren svarende til ca. 450 mio. kr. Spørgsmålet skal ses i lyset af, at der i dag eksisterer tankevækkende udvikling i hhv. kommunernes og sygesikringens udgifter til medicin i den forstand, at primærkommunerne siden introduktionen af det behovsafhængige tilskudssystem tilsyneladende har haft kraftigt forøgede udgifter i de perioder, hvor egenbetalingen generelt set er størst - nemlig i 2. kvartal.

Styrkelse af Sundhedsstyrelsen

Strukturreformen lægger op til en styrket Sundhedsstyrelse og integration med embedslægeinstitutionen. Sundhedsstyrelsen får en central placering, hvad angår både den koordinerende rolle og rådgivende funktion i forhold til de enkelte regioners sundhedsplaner samt med hensyn til specialeplanlægningen, sundhedsberedskab og sundhedsaftalerne.

Netop denne styrkelse af Sundhedsstyrelsen peger efter Lifs opfattelse samtidig på behovet for en øget koordinering i forhold til Lægemiddelstyrelsen, eller alternativt etableringen af et uafhængigt institut, der udarbejder behandlingsvejledninger inden for sygdomsområder, og som sikrer koordineringen af sammenhængende patientforløb også i en medicinsk sammenhæng.

Lif skal særligt pege på følgende forhold, der taler for et styrket fokus på lægemiddelområdet:

- Udarbejdelsen af brede behandlingsvejledninger er et nødvendigt redskab i regionernes udarbejdelse af sundhedsaftaler og sundhedsplaner.
- Behandlingsvejledninger er samtidig et redskab, der giver de samme forudsætninger for alle regioner, og dermed mindsker regionale uligheder i behandlingstilbud mv.
- Lægemiddelbehandling kan ikke ses isoleret, men indgår som en del af et bredere behandlingstilbud. Behandlingen af hjertepatienter er et oplagt eksempel. Dette taler for en større integration af eksisterende kompetencer hos flere centrale myndigheder.
- Fokus på samlede patientforløb på tværs af regioner og kommuner taler for anvendelsen af en bred og alsidig metodik til vurdering af, hvorvidt der opnås god sundhed for pengene.
- Vurdering af mulige kvalitetsforbedringer (og de forbundne omkostninger) kræver en organisation til håndteringen af disse spørgsmål. Den nuværende skabelon for medicinske teknologivurderinger med fokus på teknologien, patienten, organisationen og økonomien bør være primær inspirationskilde.

Da Sundhedsstyrelsen og embedslægeinstitutionerne samtidig integreres i en enhedsorganisation, der skal understøtte en tættere relation mellem den centrale admi-



Side 5

nistration og den regionale udvikling, taler det efter Lifs opfattelse samtidig for etableringen af en uafhængig faglig instans til vurdering af ikke blot lægemidler - men nye teknologier i det hele taget. I modsat fald vil der kunne opstå tvivl om Sundhedsstyrelsens uafhængighed ikke mindst i lyset af den centraliserede finansieringsmodel, der lægges op til.

Vedrørende forslag til Lov om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Lif har i forbindelse med behandling af forslag til ændring af Lov om offentlig sygesikring anbefalet etableringen af en uafhængig ankeinstans til vurdering af de faglige og proceduremæssige spørgsmål vedrørende Lægemedelstyrelsens beslutninger om tilskud. Forslaget vedrører både virksomhedernes ansøgninger om generelt tilskud og borgernes ansøgninger om individuelle tilskud i de situationer, hvor der ikke ydes generelt tilskud.

Lif fastholder dette synspunkt også i forhold til sundhedsloven, da Lif finder det forvaltningsmæssigt problematisk at fratage borgere og virksomheder retten til at anke skønmæssige beslutninger truffet af Lægemedelstyrelsen.

Generelt mener Lif, at et vigtigt mål er at sikre et sundhedsvæsen, der på alle tænkelige måder lever op til et gennemsigtigt og forståeligt system, og som lever op til EU-direktiverne om gennemsigtighed.

Som det fremgår af § 1, skal regionerne oprette patientkontorer, der skal bistå patienterne med vejledning og rådgivning med henvisning til sundhedsloven. Lif bemærker i den forbindelse, at klageadgangen via de regionale patientkontorer ikke vedrører klager, for hvilke der i øvrigt i lovgivningen er foreskrevet særlig klageadgang (§ 2). Dette vil med nuværende formulering af sygesikringsloven betyde, at der ikke kan klages over tilskudsbeslutninger truffet vedr. medicin.

Lif finder denne praksis u hensigtsmæssig, når man tager de mange ankeinstanser inden for sundhedsområdet (f.eks. Patientskadeankenævn, Lægemedelskadeankenævn) i betragtning.

Lif har vanskeligt ved at se rationalet i, at det er muligt at anke afgørelser over andre tilskudsformer i sundhedsvæsenet, mens denne mulighed ikke gør sig gældende på lægemiddelområdet. I bemærkningerne til forslag til Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet fremgår det, at afgørelser truffet af myndigheder, som varetager opgaver efter sygesikringsloven § 24, stk. 2 kan påklages til Ankestyrelsen. Det fremhæves, at dette bl.a. vedrører tilskud til tandlæge, ernæringspræparater, fysioterapi, psykologbehandling, fodbehandling, kiropraktik, Teddy Øfeldt og tilskud til briller. Lif savner derfor en begrundelse for, hvorfor patienter på udvalgte områder, hvor der ydes offentlig tilskud baseret på individuelle skøn, har en ankemulig-



Side 6

hed og ikke har det på eksempelvis afgørelser om individuelle tilskudsansøgninger på medicinområdet.

Takster for udarbejdelse af ansøgninger

Lif foreslår, at der i overenskomsterne fastlægges en takst for lægernes ansøgninger om enkelttilskud og forhøjet tilskud, på samme måde som det er tilfældet med ansøgninger om kroniker- og terminaltilskud. Dette skal ikke mindst ses i lyset af ønsket om at minimere regionale forskelle i de behandlingsmæssige tilbud eller variationer mellem de enkelte læger.

Det anføres i den sammenhæng, at klager om forhold, der er dækket af overenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de enkelte faglige foreninger, kan indbringes for et særligt klagesystem (regionale samarbejdsudvalg). Det fremgår af lovtæksten, at *"Klager vedr. forhold, der er dækket af overenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de enkelte faglige foreninger, kan indbringes for et særligt klagesystem på dette område (regionale samarbejdsudvalg). Klagerreglementet omfatter amter, kommuner, alle sikrede og alle overenskomstomfattede ydere, f.eks. læger for så vidt angår overenskomsten om almen lægegørring"*. Da lægernes udarbejdelse af fx ansøgninger om kroniker- eller terminaltilskud på medicinområdet er fastlagt i overenskomsten mellem PLO og Sygesikringens Forhandlingsudvalg, må loven tolkes således, at det er muligt at påklage ad denne vej. Heraf følger dog også, at da der ikke er overenskomstfastsat ydelse for udarbejdelse af en enkelttilskudsansøgning eller ansøgning om forhøjet medicin tilskud, vil det ikke være muligt for en patient at påklage, hvis eksempelvis ens læge ikke har gjort opmærksom på, at en individuel tilskudsmulighed foreligger, eller hvis lægen efter patientens vurdering opkræver et urimeligt honorar herfor.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg (§ 221)

Sygesikringens Forhandlingsudvalg (jfr. Sygesikringsloven § 26, stk. 1) erstattes af et nyt centralt udvalg bestående af repræsentanter fra regioner og som noget nyt kommunerne.

Lif skal i den sammenhæng bemærke, at Sygesikringens Forhandlingsudvalg er repræsenteret i Medicintilskudsnævnet, der er Lægemiddelstyrelsens faglige rådgivende organ i tilskudsspørgsmål. Med den forestående strukturreform vil det være naturligt, at sammensætningen af Medicintilskudsnævnet tages op til fornyet drøftelse for at sikre en bredere repræsentation af myndighedsansvaret i det nye sundhedsvæsen og dermed også grundlaget for en bredere vurdering af lægemidlers betydning for såvel sundhedsvæsenet som samfundet. Lif har tidligere foreslået Lægemiddelstyrelsen, at Medicintilskudsnævnets sammensætning drøftes med henblik på at sikre en relevant



Sida 7

og tidssvarende repræsentation også i forhold til centrale og nødvendige ekspertiser i udvalget.

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

Af lovforslagets § 163 fremgår det, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan fastsætte nærmere regler for tilskud til varer købt i et andet EU/ EØS land. Det fremgår af bemærkningerne, at ministeriets beføjelser udvides til også at omfatte ydelser, som kommunalbestyrelsen giver tilskud til. Det fremgår endvidere, at ministeriet foreløbig vil udmønte bemyndigelsen som hidtil.

Det er efter Lif's opfattelse uklart, hvor langt denne bemyndigelse til ministeriet går. Herunder skal Lif påpege, at det er uhensigtsmæssigt, hvis ministeriet udelukkende ved en bemyndigelse kan indføre tilskud til medicin købt i udlandet. En sådan ændring af reglerne vil få store konsekvenser for det danske lægemiddelmarked – herunder åbne mulighed for betydelige misbrugsmuligheder af lægemidler, jf. også konklusionerne i Medicinudvalgets betænkning.

Lif skal derfor opfordre til, at det af bemærkningerne kommer til at fremgå, at en ændring af reglerne i relation til tilskud til lægemidler købt i udlandet forudsætter en egentlig lovændring.

Patientsikkerhed

Det fremgår af § 197, stk. 1, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan fastsætte nærmere regler for inddragelse af den primære sundhedssektor i rapporteringsordningen vedr. utilsigtede hændelser i patientbehandlingen. En vurdering af, hvorvidt praksissektoren skal inddrages, vil ske efter, at systemet har været i drift i 2 år i sekundærsektoren.

Lif finder det helt afgørende, at primærsektoren også inddrages i systemet, så der skabes en total registrering og oversigt over fællesmedicinering i hele sundhedssektoren, ligesom det muliggør en identificering af complianceproblemer.

Statens Serum Institut

Lovforslagets § 217 omhandler Statens Serum Institut, som i hovedtræk videreføres på gældende bestemmelser. Lif stiller sig uforstående over for, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet som led i udarbejdelse af en ny sundhedslov ikke samtidig har fremlagt en samlet plan for Serum Institutets fremtid.



Side 8

Ministeriet har tidligere orienteret bl.a. Folketingets Sundhedsudvalg om, at man var ved at vurdere, hvorvidt der skulle ske en reform af reglerne vedr. Statens Serum Institut. Ministeriet har endnu ikke offentliggjort et oplæg herom.

Ministeriet behandler endvidere fortsat en 2½ år gammel klage fra Lif om, hvorvidt anskaffelsen af vacciner til børnevaccinationsprogrammet burde finde sted ved hjælp af en licitation i henhold til EU's udbudsdirektiver. Efter Lifs opfattelse et væsentligt juridisk spørgsmål at få afklaret.

Dertil kommer, at Rigsrevisionen i sommeren 2004 påviste, at det danske monopol på distribution af børnevacciner har den konsekvens, at de danske vaccinepriser er tre gange så høje som i Sverige, hvor der ikke findes et tilsvarende distributionsmonopol på vaccineområdet.

I forbindelse med en reform af sundhedsstrukturen i Danmark ville det efter Lifs opfattelse have været naturligt også at forholde sig til ovennævnte spørgsmål om Statens Serum Institut.

Offentlig sundhedsforskning

Idet Lif også henviser til foreningens kommentarer til Lov om erhvervsfremme, savner Lif tilkendegivelser af, at man med strukturreformen sikrer ressourcer til sundhedsforskningen generelt. Hospitalssektoren og den kliniske forskning, der gennemføres her, bør med strukturreformen både sikres og styrkes.

Lif ønsker en fortsat indsats, så der i Danmark skabes de bedst mulige vilkår for forskning. Lif ser det som en naturlig opfølgning på regeringens forskningspolitiske mål. Lif håber, at også sundhedsloven kan bidrage til en styrket forskning.

Lif er naturligvis opmærksom på, at der er mange hensyn at tage, når en stor reform og den underliggende økonomiske bæreevne skal fastlægges. Lif finder dog ikke, at økonomiske midler til forskningen på landets hospitaler er placeret tilstrækkeligt centralt i forbindelse med reformen. Det finder Lif meget bekymrende, både i forhold til den fremtidige patientbehandling og til udnyttelsen af vor innovationsevne.

Det er vigtigt, at den sundhedsvidenskabelige forskning prioriteres højt i forbindelse med reformen, så regionerne får et stærkt og kraftfuldt mandat til at påtage sig opgaven. Samtidig er det afgørende, at de finansielle rammer styrkes, så regionerne kan afsætte de nødvendige økonomiske ressourcer til forskningen.

En strategisk satsning på forskning skal ske ved, at de uddannelsesmæssige og forskningsmæssige aspekter tilgodeses også i sundhedsvæsenet. Lif skal derfor opfordre til, at det i loven tydeligt fremgår, at også regionerne får til opgave at bakke op om forskningsmæssige initiativer – det være sig via finansierede initiativer, forskerpar-



Side 9

ker samt via udbygning af samarbejdsrelationer mellem den private og offentlige sektor.

Forskning bør derfor eksplicit medtages i lovtæksten, således at der med loven skabes de nødvendige incitamentør til et en øget forskningsindsats og samarbejde herom sektorerne imellem.

Med venlig hilsen

P.f.v.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ida Sofie Jensen'. The signature is written in a cursive, flowing style with some loops and flourishes.

Ida Sofie Jensen
Adm. direktør

- 7 JAN. 2005

Kopi til Lisa ZS

07-01-2005
DRA/MKA/400/00007



1.Ø

Danmarks Apotekerforening

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Bredgade 54 · Postboks 2181 · DK 1017 København K
Telefon: 33 76 76 00 · Telefax: 33 76 76 99
E-post: apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk
www.apotekerforeningen.dk

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ved brev af 1. december 2004 (2.skt.j.nr. 2004-1200-59) sendt udkast til forslag til sundhedsloven, forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet i høring.

Danmarks Apotekerforening skal i den anledning bemærke følgende:

Vedrørende udkast til forslag til sundhedslov

Sundhedsloven omfatter de forhold, der hidtil har været reguleret i en lang række love på sundhedsområdet, herunder bl.a. lov om patienters retsstilling, sygesikringsloven, sygehusloven, lov om patientsikkerhed og centralstyrelsesloven.

Der er i det væsentligste tale om ændringer som følge af den kommende regionale struktur.

Apotekervæsenet har hidtil kun i begrænset omfang været omfattet af de nævnte regler på området. Det fremgår da også af lovudkastets *indledende bestemmelser*, at apotekerne og apotekspersonalet ikke synes at være omfattet af den foreslåede sundhedslov.

Danmarks Apotekerforening finder imidlertid anledning til at bemærke, at apotekernes placering som en integreret del af sundhedsvæsenet blev understreget senest i forbindelse med Folketingets vedtagelse af ændringen af apotekerloven i 2001, jf. således bemærkningerne til lov nr. 493 af 7. juni 2001. Tilsvarende er apotekere og apotekspersonale omfattet af Patientklagenævnets kompetence, jf. bekendtgørelse nr. 544 af 14. juni 2001 om persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed.

På den baggrund synes det efter foreningens opfattelse relevant at overveje, hvorvidt den foreslåede bestemmelse i § 3, stk. 2, sammenholdt med den foreslåede bestemmelse i § 6, er tilstrækkelig præcis. Det kan således overvejes, om der – evt. i lovens bemærkningerne – er behov for en yderligere præcisering, hvoraf fremgår, at den anførte afgrænsning alene vedrører de opgaver, ydelser m.v., som reguleres i sundhedsloven, og at der også af andre, herunder apoteker, udføres opgaver inden for sundhedsvæsenet, som er reguleret i anden selvstændig lovgivning.

Tilsvarende bemærkninger kan anføres i relation til definitionen af sundhedspersoner i den foreslåede bestemmelse i § 6. Apotekere og apotekspersonale er ikke *autoriserede* sundhedspersoner, og er derfor ikke omfattet af definitionen. På den anden side anses apotekere og apotekspersonale i anden lovgivning som sundhedspersoner, jf. således bl.a. lægemiddelovens § 27.

I lovudkastets *afsnit IX om kommunale sundhedsydelser* henvises til en række opgaver, der fremover skal varetages af kommunerne ikke mindst på det forebyggende område. Rygestop, svær overvægt, fysisk aktivitet og seksuelt overførte sygdomme og uønskede graviditeter anføres som væsentlige opgaver for kommunerne på den borgerrettede forebyggende indsats.

Tilsvarende anføres i bemærkningerne om tilrettelæggelsen af indsatsen, at denne kan ske i form af henvisning til rygestopkurser, kostvejledning, motion m.v. eventuelt i samarbejde med sygdomsbekæmpende foreninger.

Danmarks Apotekerforening skal i den forbindelse bemærke, at apotekerne gennem en årække har bidraget til løsning af de nævnte opgaver. I dag har hovedparten af amterne således indgået aftale med de lokale apoteker, specielt på rygeafvænningsområdet. Apotekerforeningen finder det naturligt, at et godt samarbejde videreføres selv om opdragsgiver bliver en anden. Foreningen finder derfor, at der i bemærkninger også bør henvises til landets apoteker på linie med de sygdomsbekæmpende foreninger.

Landets apoteker har fordel i en geografisk spredning, hyppig kontakt til store dele af landets befolkning og erfaringer med rådgivning og sundhedsfremme. Dette bør nyttiggøres i forhold til de aktiviteter, som kommunerne skal forestå. Der bør derfor efter Apotekerforeningens opfattelse opfordres til lokale samarbejder, hvor et eller flere apoteker kan være med til at påtage sig en del af arbejdsopgaverne på tværs af faggrænser til gavn for borgerne. Det være sig i form af henvisning til ydelser udført på apotekerne, i sundhedscentre eller andre lokationer. I tilrettelæggelsen af indsatsen bør tænkes i fleksible løsninger til gavn for alle parter.

Lovudkastet indebærer endvidere, at ansvaret for lægelig behandling af stofmisbrugere med euforiserende stoffer (substitutionsbehandling) henlægges til kommunerne. Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe tilbuddet om lægelig behandling ved at etablere egne behandlingstilbud, ved indgåelse af aftale med regionsrådet, samt ved indgåelse af driftsoverenskomst med private institutioner.

Det fremgår ikke udtrykkeligt at loven eller bemærkningerne hertil, om dette vil indebære ændringer i den i dag gældende praksis, hvor apotekerne ofte dagligt udleverer metadon til en stor del af landets stofmisbrugere. Ifølge foreningens opfattelse er der i dag et godt fungerende samarbejde mellem de ansvarlige amtslige institutioner og landets apoteker, der blandt andet tilgodeser stofmisbrugere, der er samfundsmæssigt velfungerende og således på baggrund af dette samarbejde har mulighed for at føre et normalt liv med arbejde og familie.

Foreningen lægger til grund, at der ikke tilsigtes ændringer i denne praksis og skal opfordre ministeriet til at overveje, om dette bør præciseres i bemærkningerne.

Det modtagne lovudkast indeholder i *afsnit X* en videreførsel af de gældende bestemmelser i sygesikringsloven om tilskud til lægemidler (dvs. §§ 7-7i). De ændringer af sygesik-

ringsloven, som er vedtaget af Folketinget i december 2004 og som træder i kraft 1. april 2005 – vil ifølge ministeriets fremsendelsesbrev - blive indarbejdet i Sundhedsloven.

Apotekerforeningen skal i den forbindelse opfordre til, at ministeriet – når disse ændringer af sygesikringsloven er indarbejdet – sender denne del af lovudkastet i en kort separat høring hos relevante parter, herunder Apotekerforeningen.

Foreningen skal endvidere foreslå, at der - af hensyn til læsevenligheden og i lighed med andre steder i loven – indsættes overskrifter i afsnittet om tilskud til lægemidler. Det synes således bl.a. relevant at synliggøre, at bestemmelsen om registeret over Personlige Elektroniske Medicinprofiler findes i kapitlet om tilskud til lægemidler.

Afsnit XII vedrører bl.a. betingelserne for ydelse af befordring eller befordringsgodtgørelse i forbindelse med behandling.

Det fremgår heraf, at pensionister i sygdomstilfælde og andre sikrede i akutte tilfælde kan have ret til befordringsgodtgørelse. Endvidere fremgår det, at bestemmelser om kørselsgodtgørelse til vagtlæger fastsættes ved overenskomst eller - i mangel af en overenskomst herom – af indenrigs- og sundhedsministeren.

Danmarks Apotekerforening skal i den forbindelse bemærke, at apoteker i vagt i henhold til bekendtgørelse om apotekers åbningstid og vagttjeneste er forpligtet til vederlagsfrit at lade udbringe lægemidler og forbindsstoffer til patienter, hvis den ordinerende læge skønner det nødvendigt at det bringes til veje, inden det kan skaffes på sædvanlig måde.

Vagtapotekers udgifter til f.eks. taxaudbringning af lægemidler godtgøres således ikke, hvorimod befordring af patienten selv eller lægen godtgøres.

Apotekerforeningen skal opfordre Indenrigs- og Sundhedsministeriet til at tilvejebringe hjemmel til, at apotekers udgifter godtgøres svarende til § 170 for lægernes vedkommende.

Afsnit XVI regulerer kommunernes og regionernes pligt til at planlægning af sundhedsberedskab.

Ministeren bemyndiges efter loven til at fastsætte nærmere regler for planlægningen og varetagelsen af sundhedsberedskabet. Det fremgår af bemærkningerne, at der i medfør af sådanne bestemmelser bl.a. vil kunne fastsættes regler vedrørende sygehusberedskab, lægemiddelberedskab, beredskab i primærsektoren m.v. Det fremgår endvidere, at bestemmelserne om spredning af lager, der er fastsat i medfør af lægemiddelloven forudsættes videreført.

Bestemmelserne giver umiddelbart ikke anledning til kommentarer, idet det lægges til grund, at foreningen vil blive hørt i forbindelse med fastsættelse af administrative regler, der vedrører apotekerne.

Vedrørende udkast til forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Der er i det væsentligste tale om en uændret videreførsel af gældende bestemmelser i en række love på området.

Danmarks Apotekerforening finder, at en samling i én lov af reglerne vedrørende klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet kan medvirke til at forbedre overblikket for den enkelte patient/bruger.

Lovudkastet giver ikke Apotekerforeningen anledning til at fremkomme med bemærkninger.

Vedrørende udkast til forslag om ændring af forskellige love på sundhedsområdet
Lovudkastet omfatter bl.a. en ændring af apotekerloven. Der er ifølge bemærkningerne tale om tilpasninger til den nye regionale struktur.

For så vidt angår den foreslåede ændring af apotekerlovens § 4, stk. 2, nr. 3, om inddelingen i apoteksregioner (fremover "områder") fremgår det af bemærkningerne, at den nuværende geografiske udstrækning så vidt muligt søges fastholdt. Ændringen giver ikke anledning til bemærkninger.

Reglerne om offentlige sygehusapoteker ændres som følge af amternes nedlæggelse, således at regionerne fremover tillægges adgang til at oprette sygehusapoteker og sygehusapoteksfilialer, ligesom sygehusapoteker eller sygehusapoteksfilialer fremover vil kunne levere lægemidler til regionens egne sygehuse og tilknyttede behandlingsinstitutioner.

Det er i bemærkningerne understreget, at der ikke med ændringerne tilsigtes en udvidelse af sygehusapotekernes leveranceadgang.

Apotekerforeningen er opmærksom på, at disse ændringer kan anses som en konsekvensændring af den kommende regionale struktur. Foreningen skal imidlertid bemærke, at ændringen risikerer at medføre en yderligere nedgang i/bortfald af lægemiddelleverancer fra private apoteker til sygehusene og tilknyttede behandlingsinstitutioner, idet der sker en udvidelse af det område, inden for hvilket et sygehusapotek eller sygehusapoteksfilial vil kunne levere lægemidler m.v. Dette fremgår ikke af lovforslagets bemærkninger, herunder lovforslaget bemærkninger om de økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.

Øvrige bemærkninger

Danmarks Apotekerforening skal i forbindelse med forslaget om ændring af apotekerloven rejse problemstillingen om lovens bestemmelser om pensionering, som optager flere af foreningens medlemmer meget. En række medlemmer har således oplevet at få deres funktionsperiode forlænget i henhold til apotekerlovens § 23, stk. 2.

Det har medført, at der i medlemskredsen er rejst ønske om indførelsen af et fast opsigelsesvarsel, således at apotekeren kan regne med fratræden højst seks måneder efter det tidspunkt, hvor ansøgning om fratræden er indgivet.

På den baggrund skal apotekerforeningen foreslå, at apotekerlovens bestemmelser på dette affattes således:

§ 22. Apotekerbevilling bortfalder

- 1) med udgangen af den måned, hvori indehaveren fylder 70 år, jf. dog § 15, stk. 3. Indehaveren skal dog søge om pension mindst 6 måneder før fratrædelsestidspunktet
 - 2) – 6) uændret
- Stk. 2.* En apoteker kan til enhver tid efter ansøgning med mindst 6 måneders varsel fritages for bevillingen. Der kan i tilfælde af en apotekers sygdom dispenseres fra opsigelsesvarslet.

§ 23

Stk. 2. Ved fratræden efter § 22, stk. 1, nr. 1 og 3, og stk. 2, kan Lægemiddelstyrelsen efter aftale med apotekeren bestemme, at bevillingen for en periode på indtil et år ikke bortfalder, og at apotekeren i denne periode fortsætter driften.

De foreslåede ændringer sikrer myndighederne en periode på mindst 6 måneder til beslutning om og opslag af den pågældende bevilling. Samtidig sikres apotekerne, at en forlængelse af funktionsperioden kun kan ske efter aftale med den pågældende. Dette er efter Apotekerforeningens opfattelse en rimelig balance.

Med venlig hilsen


Merete Kaas

Pr mail: im@im.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

INDGÅET I
- 7 JAN. 2005

1.Ø

Vores ref. JE/hl

Journalnr. 1.3.1.4-012

Deres ref. 2.s.kt.j.nr.2004-1200-59 Dato 07.01.2005

Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet - Sundhedsloven - patientforsikring - patientklagenævn - patientretsstilling - rejsesygesikring

Forsikring & Pension har med brev af 1. december 2004 modtaget udkast dels til forslag til Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, dels til forslag til Sundhedsloven, idet Indenrigs- og Sundhedsministeriet har benyttet kommunalreformen som lejlighed til at sammenskrive en lang række love på sundhedsområdet til to love.

F&P har i den anledning følgende kommentarer, der relaterer sig til regler om patientforsikring, regler om klage til Patientklagenævnet over nægtet aktindsigt, regler om aktindsigt i journaloplysninger og videregivelse af helbredsoplysninger samt til regler om den offentlige rejsesygesikring.

ad udkast til forslag til Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

I dette udkast videreføres *Patientforsikringsloven*, og F&P har noteret sig, at den særlige ordning for tandlæger kan fortsætte uændret. Det fremgår af bemærkningerne, at ingen amtskommuner tegner forsikring, idet det dog forudsættes, at Patientforsikringsforeningen fortsat består af forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder.

Desuden videreføres regler om *Patientklagenævnet*. F&P vil gerne have bekræftet, at Patientklagenævnet stadig vil være klageinstans, dersom en patient f.eks. bliver nægtet aktindsigt i journalmateriale.

ad udkast til forslag til Sundhedsloven

Patientretsstillingslovens regler om aktindsigt i journaloplysninger skal videreføres i henhold til udkast til forslag til Sundhedsloven. F&P finder det væsentligt at få fastslået, at der ikke herved sker ændringer i forhold til, at en patient kan give tredjemand, f.eks. et forsikringsselskab eller sin pensionskasse, fuldmagt til at indtræde i hans eller hendes ret til aktindsigt. Det vil sige i medfør af lovudkastets kapitel 8.

F&P går således ud fra, at Sundhedsloven ikke vil føre til ændringer i ministeriets vejledning om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger, afsnittet "Særligt om aktindsigt til tredjemand" eller i Sundhedsstyrelsens vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v., pkt. 5.1, næstsidsste afsnit om fuldmagt til aktindsigt og samtykke til videregivelse.

Den Almindelige Danske Lægeforening har over for F&P givet udtryk for, at patienter ikke kan give tredjemand (forsikringsselskaber og pensionskasser) fuldmagt til at indtræde i sin ret til aktindsigt, og at læger således kun kan videregive helbredsoplysninger til tredjemand (forsikringsselskaber og pensionskasser) med et samtykke i medfør af patientretsstillingslovens regler om videregivelse af helbredsoplysninger. Det vil sige, hvad der svarer til lovudkastets kapitel 9.

F&P mener ikke, at Lægeforeningens opfattelse af indholdet af de patientretsstillingsregler, der nu skal videreføres i Sundhedsloven, er korrekt. F&P skal hermed anmode om ministeriets vurdering af sagen.

Den offentlige rejsesygesikring skal tilsyneladende fortsat betale for alle udgifter, herunder til ikke receptpligtig medicin, i forbindelse med f.eks. skituristernes uheld i alperne. F&P har tidligere givet udtryk for, at det ville være naturligt, om de pågældende ikke belastede det offentlige i den anledning, og det er stadig F&P's opfattelse.

Det anføres i bemærkningerne, at der er udvidet med en henvisning til Forordning 1408/71 med hensyn til, at ministeren kan fastsætte regler om, i hvilket omfang ydelser i henhold til overenskomst med en anden stat træder i stedet for ydelser efter den offentlige rejsesygesikring. F&P kan derimod ikke af bemærkningerne se, om denne udvidelse er et skridt i retning af, at den offentlige rejsesygesikring tænkes væsentligt indskrænket. F&P finder, at den betydning, som udvidelsen vil kunne få, bør tydeligt omtales i bemærkningerne.

* * *

F&P har herudover ikke bemærkninger til de to lovudkast, men imødeser ministeriets svar på baggrund af ovennævnte.

Med venlig hilsen

Jane Emke

7. januar 2005
Journal: /

INDGÅET I
- 7 JAN. 2005

1.Ø

Kopi til Lise, SIAB
Danmarks
Naturfredningsforening



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

im@im.dk

Vedr. høring af forslag til lov om forpligtende kommunale samarbejder

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sendt forslag til lov om forpligtende kommunale samarbejder i høring 1. december 2004 med frist for hørings svar 7. januar 2005.

Indledning

Lovforslaget er en del af regeringens samlede forslag til udmøntning af en kommunalreform. Et væsentligt led i reformen er etablering af et betydeligt færre antal primærkommuner end nu samt nedlæggelse af amterne og heraf følgende fordeling af amternes opgaver mellem de nye kommuner, de nye regioner samt staten. Danmarks Naturfredningsforening har den opfattelse, at man altid bør være rede til at overveje myndighedsstrukturer ud fra en effektivitets- og enkelhedsbetragtning.

Natur-, miljø- og planområdet er karakteriseret ved at beskæftige sig med spørgsmål, der geografisk rækker vidt – f.eks. vandløb, skabelse af sammenhængende natur og luftforurening.

På natur-, miljø- og planområdet har amterne hidtil været den centrale myndighed. Reformen er karakteriseret af at regeringen generelt uddelegerer amternes hidtidige opgaver til kommunerne. Det synes Danmarks Naturfredningsforening er en dårlig ide. Amterne har den fordel, at de er relativt tæt på borgerne samtidig med, at der trods alt er en armslængdes afstand. Dermed kan amterne træffe beslutninger, som ikke er styret af de helt nære økonomiske interesser i kommunen, men dog er baseret på et godt kendskab til landsdelen.

Danmarks Naturfredningsforening frygter, at kommunerne vil favorisere lokal, økonomisk vækst på bekostning af langsigtede natur- og miljøinteresser. Endvidere bekymrer det foreningen, at de faglige miljøer til forvaltning af natur-, miljø- og planområdet atomiseres ved at den faglige kompetence i store træk flyttes fra 14 amter til 100 kommuner.

Danmarks Naturfredningsforening skal derfor foreslå, at regionerne bliver den centrale myndighed for natur-, miljø- og planområdet. Subsidiært at staten overtager hovedparten af myndighedsopgaverne på natur-, miljø- og planområdet. Denne opgavefordeling vil svare til de effektivitetsbetragtninger, der ligger bag reformen på f.eks. skatte- og sygehusområdet.