

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Genoptrænings/rehabilitering

(Bl. a §§ 140 og 247)

Hele

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

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

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

Århus Amt har følgende bemærkninger:

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

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

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

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

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

Forskning (Bl. a. §§ 188-192)

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

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

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

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

Århus Amt finder, at denne økonomiske ligestilling bør ske ved, at hvert universitetshospital tilføres forskningsmidler svarende til H:S' nuværende interne midler til forskning eventuelt under hensyntagen til forskelle i kvalitet og omfang af forskningen. En sådan forøgelse af de offentlige midler til sundhedsforskning vil være med til at i mødekomme det markante behov, der er for at styrke den kliniske forskning, der finder sted på universitetshospitalerne.

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

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

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

Forebyggelse.

(Bl. a §§ 119-126 og 243)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bemærkninger til enkelte paragraffer

§ 118 – Kommunalbestyrelsens ansvar

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

Kommentarer:

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

§§ 165 -170 - Befordring

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

Kommentarer:

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

§ 188 - Kvalitetsudvikling

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

Kommentarer:

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

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

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

§§ 202 - 204 - Specialeplanlægning

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

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

Kommentarer:

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

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

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

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

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

Afsluttende bemærkninger

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

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

Kopi til Lisa, 25

ÅRHUS AMT



IV
COP/N
HBT
TD

DIREKTIONEN

Min. sek

Amtsrådsforeningen
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

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

Bemærkninger til udkast til Sundhedslov

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

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

Med venlig hilsen

Leif Vestergaard Pedersen
direktør

IM 1. Ø.kt. J.nr. 2005-2413-466

- 6 JAN. 2005

Antal bilag 0 Aktnr. 78

Kopi: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

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

Sundhedsstabens høring om sundhedsloven.

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

Bemærkninger til de enkelte paragraffer:

§§ 29-36 - Biologisk materiale

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

Kommentar:

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

§§ 41-46 - Tavshedspligt og videregivelse

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

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

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

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

Kommentar:

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

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

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

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

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

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

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

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

Kommentar:

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

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

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

§ 78 - I relation til forskning og vidensdeling

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

Kommentar:

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

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

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

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

Det bør overvejes at give regionerne de fornødne frihedsgrader og mulighed for fleksibelt at indgå i forskellige samarbejdsformer, dels med henblik på at sikre forskningen optimale vilkår og dels med henblik på at kunne arbejde tilfredsstillende med "Lov om opfindelser ved offentlige forskningsinstitutioner".

§ 201 - Planlægning

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

Kommentar:

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

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

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

§ 217 - Statens Serum Institut

I lovforslaget videreføres reglerne for driften af Statens Serum Institut.

Kommentar:

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

§ 220 – Internationale sundhedsopgaver

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

Kommentar:

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



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotholmsgade 10-12
1216 København K.

Dato: 9. december 2004
Sagsbehandler: EM/tv/DTF
E-mail: tv@dtf-dk.dk
Journalnummer: tv-04-12-HBopflg
Sider: 1

Dansk Tandlægeforenings hørings svar vedr. lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område - Sundhedsloven

Under henvisning til det fremsendte høringsbrev af 1. december 2004 skal Dansk Tandlægeforening fremkomme med følgende bemærkninger til udkast til forslag til Sundhedsloven.

I lovforslaget skal kommunalbestyrelsen tilbyde et specialiseret tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan benytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, praksisstandplejen eller omsorgstandplejen, mens regionsrådet efter aftale driver et specialiseret tandplejetilbud til de nævnte personer.

Dansk Tandlægeforening mener, at regionsrådet efter aftale ligeledes skal kunne drive omsorgstandpleje til de i § 131 nævnte omsorgstandplejepatienter. Dette vil også være i overensstemmelse med lovforslagets intentioner om at sidestille disse to gruppers muligheder. Muligheden findes efter de gældende regler, og den bør således også medtages i loven.

Konkret betyder det, vi foreslår, at der tilføjes følgende i § 131.

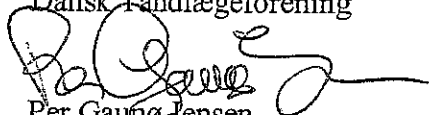
"Stk. 3 Kommunalbestyrelsen kan opfylde sit ansvar efter stk. 1 ved brug af egne klinikker, ved samarbejde med andre kommuner, regioner eller private klinikker.

Stk. 4. Regionsrådet kan efter aftale drive omsorgstandpleje til de i stk. 1 nævnte personer."

Lovforslaget er grundlæggende en videreførelse af den gældende opbygning af tandplejen med bevarelse af den hidtidige organisering i form af praksissektoren i regionsregi, tandpleje af børn og unge samt omsorgstandpleje i kommunalt regi og en regionsspecialtandpleje.

Denne organisering kan Dansk Tandlægeforening helt tilslutte sig, og den er også i overensstemmelse med de synspunkter, foreningen tidligere er fremkommet med over for ministeren og Sundhedsudvalget.

Med venlig hilsen
Dansk Tandlægeforening


Per Gaunne Jensen
Formand

H:\TV\HB\Opfølgning\2004\HB 12-04\tv-04-12 HB opfølgning
brev af 9. dec. til I og S ministeriet.doc

IM 1. Ø.kt. J.nr. 2005-2413-466

- 6 JAN. 2005

Dansk Tandlægeforening
Telefon 7025 7711
Telefax 7025 1637
E-mail dtf@dtf-dk.dk
www.dtfnet.dk

Tandlægebladet
Telefon 7025 7711 Antal bilag 0 Aktnr. 29
Telefax 3348 7730
E-mail tb@dtf-dk.dk
www.tandlaegebladet.dk

Adresse
Amaliegade 17
Postboks 143
1004 København K
CVR nr. 2131 8418

IM 3.s.kt. J.nr. 2004-119-24

13 DEC. 2004

Høringsvar fra Foreningen af Kliniske Diætister:

Høring over lovforslag til udmøntningen af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område...senest den 7.januar 2005

Foreningen af kliniske Diætister vil gerne pege på følgende paragraffer og formuleringer i: udkastet til Forslag til sundhedsloven og i Udkast til forslag til Sundhedsloven specielle bemærkninger

Udkast til forslag til sundhedsloven

Side 31

Afsnit IX

Kommunale sundhedsydelser

Kapitel 36

Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge

§120-126

Foreslår vi at der tilføjes: Kommunalbestyrelsen bidrager til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. **Og at formidling af sundhedsbudskaber til disse grupper varetages af tværfaglige team**

Udkast til forslag til Sundhedsloven specielle bemærkninger

Side 39

kap 34

Kommunalbestyrelsens ansvar

Til §118

Et styrket kommunalt ansvar på sundhedsområdet skaber også forudsætningerne for, at kommunerne – eventuelt på tværs af kommunegrænser og i samarbejde med regionerne – udvikler og anvender nye organisatoriske løsninger. **Der kan på pleje-, forebyggelses – og genoptræningsområdet** være gevinster i form af styrket kvalitet, tværfaglighed, rekruttering eller stordriftsfordele mv. ved organisatorisk samling af opgaveløsningen i sundhedscentre el.lign. efter lokale behov.

Foreslår vi at der tilføjes: Der kan på pleje-, forebyggelses –, **ernærings-** og genoptræningsområdet

T.o. → 10

Nopi 111 Lisa, C.S.

INDGÅET I

- 6 JAN. 2005

1.0

IV
VN
HBT
TO

Min. sekkr.

Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen
Indenrigs- og sundhedsministeriet.
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Holstebro den 4.1.2005

Kommentar til "Udkast til forslag til ny Sundhedslov".

Vi er en kreds af amtslige og kommunale forebyggelseskonsulenter inden for rusmiddelområdet, som hermed ønsker at gøre opmærksom på nogle, efter vor mening, vigtige forebyggelsesmæssige aspekter i forbindelse med strukturreformen.

Det er snart 35 år siden Danmark sidst fik en kommunalreform. Netop derfor finder vi det passende at kigge de offentlige systemer efter i sømmene med henblik på at sikre, at borgerne også inden for sundhed og social service får de mest effektive tilbud.

Forebyggelsens sociale dimension.

Det glæder os, at der i de nye lovudkast er lagt op til at forebyggelsen bliver en opgave som kommunerne skal tage sig af, hvilket vi ser som en opprioritering af det forebyggende arbejde. Vi bemærker dog, at alko/narkoforebyggelse blandt unge ikke er nævnt i lovtekst og/eller bemærkningerne.

Ifølge de foreliggende lovudkast er der megen fokus på den sundhedsmæssige forebyggelse. Vi vil gerne fremhæve vigtigheden af, at også den sociale dimension af forebyggelsen synliggøres og opprioriteres. Specifikt tænkes der også her i forhold til børn og unge, hvor mange vokser op under meget belastende forhold med forældre med misbrugsproblemer, psykiske problemer etc., og hvor vi har erfaring med, at særlige forebyggende indsatser kan være med til at nedbryde den negative sociale arv.

Det er derfor overordentligt vigtigt, at der bevidst tages stilling til eksisterende netværker og faglige miljøer. Både på kort sigt – for ikke at tabe væsentlig viden, kompetence og engagement i en overgangsfase fra nu af og til ikrafttræden af strukturreformen, og på langt sigt – for at bevare og fastholde udviklingstakten og ikke anvende megen energi til reetablering og opbygning af nye netværk og faglige miljøer.

Forebyggelsens organisering.

Staten og regionerne har og vil i den nye struktur fortsat have forebyggende opgaver, og dette anser vi som centralt for, at kommunernes forebyggelse kan udvikles, virke effektivt og udnytte ressourcerne hensigtsmæssigt.

I bemærkningerne til par. 13 i udkast til forslag til lov om social service lægges der i bemærkningerne omkring VISO- den nationale videns- og specialrådgivningsfunktion- blandt andet op til nogle af de overordnede og koordinerende opgaver som i dag ligger i amterne, placeres her.

Vi mener, det er af afgørende betydning at fastholde regionale videnscentre, der kan være sparringspartner for såvel de enkelte kommuner, som det nationale niveau- for eksempel varetaget

IM 1 Ø.kt. J.nr. 2005-2413-466

- 6 JAN. 2005

Antal bilag 0 Aktnr. 31

af Sundhedsstyrelsen. Dette samarbejde med Sundhedsstyrelsen, kan også være med til at kvalitetssikre den kommunale indsats, samt fortsætte det koordinerende og motiverende arbejde i forhold til kommunernes forebyggende arbejde på rusmiddelområdet, som amternes alko/narkokonsulenter varetager i dag.

Der bør etableres regionale centre i samtlige regioner for at være med til at sikre den nuværende forebyggelsesindsats fastholdes og forbedres til fordel for borgerne. Uanset i hvilken størrelse kommune man i fremtiden er borger i, må der sikres adgang til en kvalificeret forebyggelsesindsats.

Fremover vil kommunerne være de centrale aktører i forebyggelsen, og på rusmiddelområdet har amterne i flere år samarbejdet med kommunerne om at formulere og implementere kommunale rusmiddelpolitikker. Det er en metode, som vil være brugbar inden for alle aspekter af forebyggelse til at synliggøre holdninger og indsatser, etablere netværk på tværs af forvaltninger, sikre en organisering af de forskellige indsatser og en politisk involvering.

I forhold til den nye struktur med store, mellemstore og mindre kommuner vil en kommunal forebyggelsespolitik, som for eksempel bygger på erfaringerne fra arbejdet med kommunale rusmiddelpolitikker efter vores opfattelse være en rigtig god måde at organisere en fremtidig forebyggende indsats i kommunerne på, så man sikrer en fælles, politisk vedtaget indsats inden for den sociale og sundhedsmæssige forebyggelse, og dermed også kan være med til at sikre et fagligt velfunderet kommunalt forebyggelsesmiljø.

Som alkohol- og narkotikakonsulenter ønsker vi med denne henvendelse at gøre opmærksom på vigtigheden af at fastholde forebyggelsens sociale dimension, og i det fremtidige arbejde lade sig inspirere af de strukturelle og organisatoriske erfaringer, der er oparbejdet gennem årene i arbejdet med at forebygge misbrugsproblemer.

Vi vil også tillade os at gøre opmærksom på, at kommuner kan være fristet til at oprette kombinationsstillinger, hvor behandling og forebyggelse indgår. Man bør her være opmærksom på, at behandlingen vil få førsteprioritet, da denne altid vil presse sig på. Det er derfor vigtigt, at der oprettes fuldtidsstillinger til varetagelse af forebyggelsen.

Vi stiller gerne op til en yderligere faglig uddybning af vore tanker om forebyggelsen i Danmark i den nye kommunale struktur.

Med venlig hilsen


Svend Ebbesen

Forebyggelseskonsulent i Ringkjøbing Amt/for flg. konsulenter:

Alice Thaarup, Nordjyllands Amt
Bettina Bisp Jensen, Nordjyllands Amt
Lisbet Harder, Ringkjøbing Amt
Tom Folting, Storstrøms Amt
Lars Erik Nielsen, Storstrøms Amt
Kai Frost, Odense Kommune
Hanne Dam, Århus Kommune
Eva Olsson, Frederiksberg Kommune

Charlotte West, BornholmsRegionskommune
Ulla Lorentzen, Ribe Amt
Steen Bach, Ribe Amt
Jesper Schwartz, Ribe Amt
Helle Hallmann, Sønderjyllands Amt
Ole Schack, Sønderjyllands Amt
Lene Jensen, Århus Kommune
Erik Linde, Københavns Amt

Lars Ørbæk, Viborg Amt
Henrik Lunde, Viborg Amt
Inger Lis Rasmussen, Viborg Amt
Helle Jensen, Randers Kommune

Tina Møller, Viborg Amt
Malene Wendtland, Viborg Amt
Henrik Bille, Randers Kommune
Morten B. Hansen, Vejle Amt

1 + 344 s kt
Fra 2.S
Kopi til IV, VN,
HBT, TO
KL

Finansminister Thor Petersen
Finansministeriet
Christiansborg Slotsplads 1
1218 København K

DUT-forhandlingerne om strukturreformen

KL har d.d. afgivet de fleste høringssvar vedr. lovforslagene, der udmønter strukturreformen. De økonomiske konsekvenser drøftes fortsat bilateralt med fagministerierne lovforslag for lovforslag. Under forhandlingerne har der imidlertid vist sig en række generelle problemstillinger, som KL skal henlede opmærksomheden på.

Overordnet er det efter KL's opfattelse helt centralt, at kommunerne med strukturreformen får tilstrækkelige økonomiske ressourcer til at løfte de opgaver, de skal overtage. Der er tale om den beløbsmæssigt væsentligste DUT-sag i nyere tid. Reformen indebærer på flere områder helt nye opgaver, engangsomkostninger, overførsel af passiver og nye anlægsbehov. Det er vigtigt, at kommunerne sikres finansiering til de nye udgifter også i de tilfælde, hvor merudgifterne ikke modsvares af mindreudgifter andetsteds.

Som led i strukturreformen vil en lang række ikke-forsikrede amtslige tjenestemænd skulle overgå til bl.a. kommunal ansættelse. KL har i forbindelse med DUT-forhandlingerne forstået, at det er Finansministeriets udgangspunkt, at den fulde pensionsbyrde vedr. disse tjenestemænd skal bæres af de kommuner, hvortil tjenestemændene overgår. Det er Finansministeriets synspunkt, at der er tale om en særlig situation når en offentlig myndighed (amterne) nedlægges, hvilket forudsætter en løsning vedr. tjenestemandspensioner, der afviger fra de løsninger, man hidtil har valgt i forbindelse med opgaveflytninger, og som indgår i DUT-vejledningen.

KL er ikke enig i dette synspunkt.

Efter KL's opfattelse må den løsning som vælges vedr. tjenestemandspensioner ikke påføre kommunerne væsentlige ufinansierede byrder. Løsningen bør endvidere tage højde for byrdefordelingsproblematikken mellem kommuner og bør udformes på en måde, så fordelingen af de amtslige tjenestemænd på kommuner kan forløbe så smidigt som muligt.

Den 22. december 2004

Ref OCO
oco@kl.dk
Dir 3370 3382

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Tlf 3370 3370
Fax 3370 3371

www.kl.dk

1/1

IM 1. Ø.kt.

J.nr.

2005-2413-466

- 5 JAN. 2005

Antal bilag 0 Aktnr. 32

Flytningen af opgaver i forbindelse med strukturreformen indebærer, at der generelt skal tages stilling til, hvad der skal ske med de tilhørende aktiver og passiver. Af udkastet til lovforslaget om visse proceduremæssige spørgsmål fremgår det bl.a., at den eller de myndigheder, som en opgave overføres til, overtager de af den afgivende myndigheds aktiver og passiver samt rettigheder og pligter, der udelukkende knytter sig til den opgave, der overføres.

Det er i den forbindelse KL's opfattelse, at det også i denne sammenhæng bør sikres, at kommunerne ikke overtager en væsentlig ufinansieret gældsbyrde, ligesom der bør tages hensyn til den mellemkommunale byrdefordeling.

KL har konstateret, at der i flere af de modtagne DUT-notater vedr. strukturreformlovforslagene indgår væsentlige kommunale besparelser som følge af postulerede synergi- og stordriftsfordele. Det vurderes typisk, at de engangsomkostninger, der erkendes at være en konsekvens af lovforslagene skønnes at blive modsvaret af synergi- og stordriftsfordele, der dog i vid udstrækning hverken er beskrevet eller nærmere dokumenteret. Det skal hertil bemærkes, at fremgangsmåden efter KL's opfattelse ikke er i overensstemmelse med DUT-princippet. Såfremt DUT-princippet kan fortolkes således, at dokumenterbare udgifter kan modsvares af mere eller mindre elastiske beregninger af eller postulater om besparelspotentiale, er der en risiko for, at hensigten med DUT-princippet fortabes.

Det er generelt vigtigt, at der sikres sammenhæng mellem den økonomi, der bliver resultatet af forhandlingerne om strukturreformen og det personale, som overføres, således at kommunerne kan finansiere det personale, der overgår til kommunal ansættelse. KL har forstået, at forhandlingerne om fordelingen af overhead/amternes hovedkonto 6 først vil finde sted i løbet af 2005. I den forbindelse skal KL gøre opmærksom på, at det for KL er væsentligt, at det ved fordelingen af amternes hovedkonto 6 på modtagende myndigheder sikres, at kommunerne kan finansiere det hovedkonto 6 personale, som de skal overtage.

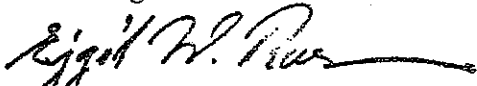
KL modtog ultimo oktober 2004 størsteparten af lovforslagene vedr. strukturreformen med tilhørende DUT-notater. DUT-forhandlingerne blev påbegyndt umiddelbart herefter.


Det er en meget omfattende reform. Det er derfor vigtigt, at de økonomiske konsekvenser er veldokumenterede og gennemanalyserede. I første omgang for kommunerne under ét, men derefter som led i en kommende udlignings- og finansieringsreform også for enkeltkommuner. De hidtidige drøftelser af DUT har været præget af, at dele af datagrundlaget er tilvejebragt forholdsvis sent i forløbet og i mange tilfælde endnu ikke er analyseret til bunds af parterne.

Strukturreformen er den beløbsmæssigt væsentligste DUT-sag i nyere tid. Et betryggende og fuldstændigt datagrundlag er derfor af særlig betydning og for KL en afgørende forudsætning for, at der kan skabes opbakning til at gennemføre den samlede reform. Viser det sig, at DUT-kompensation, personale og opgaver ikke passer sammen, når de mange love, der tilsammen udgør grundlaget for reformen, skal føres ud i livet, vil opgave- og strukturreformen ikke kunne leve op til de politiske mål, den skal opfylde.

Det er på den baggrund KL's opfattelse, at det ikke vil være muligt allerede medio januar 2005 at nå til enighed om reformens økonomiske konsekvenser, hverken på de konkrete opgaveområder eller vedrørende de mere overordnede principielle spørgsmål.

Med venlig hilsen


Ejgil W. Rasmussen


Peter Gorm Hansen

Kopi:

Indenrigs- og sundhedsministeren

Økonomi- og erhvervsministeren

Samtlige fagministre med ansvar for strukturreformlovforslag

Amtsrådsforeningen

Københavns Kommune

Frederiksberg Kommune



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10 -12
1216 København K

Opgave- og strukturreform

KL's høringssvar om udkast til forslag til ændring af forskellige love på sundhedsområdet

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. december 2004 sendt udkast til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet (mindre konsekvensændringer som følge af kommunalreformen) i høring.

Formålet med lovforslaget er at tilpasse den eksisterende lovgivning til den nye regionale struktur i et antal love på sundhedsområdet, hvor der er tale om mindre konsekvensændringer.

KL har ingen bemærkninger til lovforslaget.

./ De økonomiske konsekvenser af lovforslaget forhandles særskilt. Vedrørende KL's bemærkninger til de økonomiske konsekvenser henvises derfor til de igangværende DUT-forhandlinger af lovforslaget. Der henvises i øvrigt til vedlagte brev til finansministeren vedr. DUT-forhandlingerne om strukturreformen

Med venlig hilsen


Ejgil W. Rasmussen


Peter Gorm Hansen

Den 22. december 2004

J.nr. 09.06.00 K04
sagsid 000148172

Ref KVI
kvi@kl.dk
Dir 3370 3268

Weldekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Tlf 3370 3370
Fax 3370 3058

www.kl.dk

1/1

Kopi: Amtsrådsforeningen, Frederiksberg og Københavns kommuner



Finansminister Thor Petersen
Finansministeriet
Christiansborg Slotsplads 1
1218 København K

DUT-forhandlingerne om strukturreformen

KL har d.d. afgivet de fleste høringsvar vedr. lovforslagene, der udmønter strukturreformen. De økonomiske konsekvenser drøftes fortsat bilateralt med fagministerierne lovforslag for lovforslag. Under forhandlingerne har der imidlertid vist sig en række generelle problemstillinger, som KL skal henlede opmærksomheden på.

Overordnet er det efter KL's opfattelse helt centralt, at kommunerne med strukturreformen får tilstrækkelige økonomiske ressourcer til at løfte de opgaver, de skal overtage. Der er tale om den beløbsmæssigt væsentligste DUT-sag i nyere tid. Reformen indebærer på flere områder helt nye opgaver, engangsomkostninger, overførsel af passiver og nye anlægsbehov. Det er vigtigt, at kommunerne sikres finansiering til de nye udgifter også i de tilfælde, hvor merudgifterne ikke modsvares af mindredgifter andetsteds.

Som led i strukturreformen vil en lang række ikke-forsikrede amtslige tjenestemænd skulle overgå til bl.a. kommunal ansættelse. KL har i forbindelse med DUT-forhandlingerne forstået, at det er Finansministeriets udgangspunkt, at den fulde pensionsbyrde vedr. disse tjenestemænd skal bæres af de kommuner, hvortil tjenestemændene overgår. Det er Finansministeriets synspunkt, at der er tale om en særlig situation når en offentlig myndighed (amterne) nedlægges, hvilket forudsætter en løsning vedr. tjenestemandspensioner, der afviger fra de løsninger, man hidtil har valgt i forbindelse med opgaveflytninger, og som indgår i DUT-vejledningen.

KL er ikke enig i dette synspunkt.

Efter KL's opfattelse må den løsning som vælges vedr. tjenestemandspensioner ikke påføre kommunerne væsentlige ufinansierede byrder. Løsningen bør endvidere tage højde for byrdefordelingsproblematikken mellem kommuner og bør udformes på en måde, så fordelingen af de amtslige tjenestemænd på kommuner kan forløbe så smidigt som muligt.

Den 22. december 2004

Ref OCO
oco@kl.dk
Dir 3370 3382

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Tlf 3370 3370
Fax 3370 3371

www.kl.dk

/1/

Flytningen af opgaver i forbindelse med strukturreformen indebærer, at der generelt skal tages stilling til, hvad der skal ske med de tilhørende aktiver og passiver. Af udkastet til lovforslaget om visse proceduremæssige spørgsmål fremgår det bl.a., at den eller de myndigheder, som en opgave overføres til, overtager de af den afgivende myndigheds aktiver og passiver samt rettigheder og pligter, der udelukkende knytter sig til den opgave, der overføres.

Det er i den forbindelse KL's opfattelse, at det også i denne sammenhæng bør sikres, at kommunerne ikke overtager en væsentlig ufinansieret gældsbyrde, ligesom der bør tages hensyn til den mellemkommunale byrdefordeling.

KL har konstateret, at der i flere af de modtagne DUT-notater vedr. strukturreformlovforslagene indgår væsentlige kommunale besparelser som følge af postulerede synergi- og stordriftsfordele. Det vurderes typisk, at de engangsomkostninger, der erkendes at være en konsekvens af lovforslagene skønnes at blive modsvaret af synergi- og stordriftsfordele, der dog i vid udstrækning hverken er beskrevet eller nærmere dokumenteret. Det skal hertil bemærkes, at fremgangsmåden efter KL's opfattelse ikke er i overensstemmelse med DUT-princippet. Såfremt DUT-princippet kan fortolkes således, at dokumenterbare udgifter kan modsvares af mere eller mindre elastiske beregninger af eller postulater om besparelspotentiale, er der en risiko for, at hensigten med DUT-princippet fortabes.

Det er generelt vigtigt, at der sikres sammenhæng mellem den økonomi, der bliver resultatet af forhandlingerne om strukturreformen og det personale, som overføres, således at kommunerne kan finansiere det personale, der overgår til kommunal ansættelse. KL har forstået, at forhandlingerne om fordelingen af overhead/amternes hovedkonto 6 først vil finde sted i løbet af 2005. I den forbindelse skal KL gøre opmærksom på, at det for KL er væsentligt, at det ved fordelingen af amternes hovedkonto 6 på modtagende myndigheder sikres, at kommunerne kan finansiere det hovedkonto 6 personale, som de skal overtage.

KL modtog ultimo oktober 2004 størsteparten af lovforslagene vedr. strukturreformen med tilhørende DUT-notater. DUT-forhandlingerne blev påbegyndt umiddelbart herefter.

Det er en meget omfattende reform. Det er derfor vigtigt, at de økonomiske konsekvenser er veldokumenterede og gennemanalyserede. I første omgang for kommunerne under ét, men derefter som led i en kommende udlignings- og finansieringsreform også for enkeltkommuner. De hidtidige drøftelser af DUT har været præget af, at dele af datagrundlaget er tilvejebragt forholdsvis sent i forløbet og i mange tilfælde endnu ikke er analyseret til bunds af parterne.

Strukturreformen er den beløbsmæssigt væsentligste DUT-sag i nyere tid. Et betryggende og fuldstændigt datagrundlag er derfor af særlig betydning og for KL en afgørende forudsætning for, at der kan skabes opbakning til at gennemføre den samlede reform. Viser det sig, at DUT-kompensation, personale og opgaver ikke passer sammen, når de mange love, der tilsammen udgør grundlaget for reformen, skal føres ud i livet, vil opgave- og strukturreformen ikke kunne leve op til de politiske mål, den skal opfylde.

Det er på den baggrund KL's opfattelse, at det ikke vil være muligt allerede medio januar 2005 at nå til enighed om reformens økonomiske konsekvenser, hverken på de konkrete opgaveområder eller vedrørende de mere overordnede principielle spørgsmål.

Med venlig hilsen


Ejgil W. Rasmussen


Peter Gorm Hansen

Kopi:

Indenrigs- og sundhedsministeren

Økonomi- og erhvervsministeren

Samtlige fagministre med ansvar for strukturreformlovforslag

Amtsrådsforeningen

Københavns Kommune

Frederiksberg Kommune



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Opgave- og strukturreformen KL's høringssvar om udkast til forslag til sundhedsloven

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. december 2004 sendt udkast til sundhedsloven i høring i KL.

KL mener, at forslaget til den nye sundhedslov overordnet set er i god overensstemmelse med de bærende principper bag opgave- og strukturreformen om blandt andet at sætte borgeren i centrum og lade kommunerne være hovedindgangen til den offentlige sektor.

Endvidere er det KL's generelle vurdering, at forslaget til sundhedslov vil være et godt grundlag for, at sundhedsmyndighederne, herunder kommunerne, kan imødegå de betydelige udfordringer, som det danske sundhedsvæsen er stillet over for.

KL finder det således positivt, at kommunerne får ansvaret for genoptræning efter udskrivning, for forebyggelse og sundhedsfremme, for en del af den hidtidige amtstandpleje, samt for behandling for alkohol- og stofmisbrug.

Ligeledes finder KL det positivt, at der indføres en aktivitetsbaseret betalingsordning, der vil give kommunerne et stærkere incitament til at udbygge de lokale sundhedstilbud, herunder fx i form af kommunale sundhedscentre.

Endelig vil forslaget om, at kommunerne fremover repræsenteres i det forhandlingsudvalg, som skal indgå overenskomster med praksissektoren, efter KL's opfattelse bidrage til, at der sikres en bedre koordinering på tværs i sundhedsvæsenet, herunder at der sker en samordning mellem praksissektoren og udviklingen af lokale sundhedstilbud i kommunalt regi.

De nævnte ændringer i opgavefordelingen og på finansieringssiden, vil efter KL's opfattelse skabe en mere klar og hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem de regionale og lokale myndigheder på sundhedsområdet. En arbejdsdeling,

Den 22. december 2004

Jnr 09.06.00 K04
Sagsid 000148170

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Tlf 3370 3370
Fax 3370 3358

www.kl.dk

1/6

hvor regionerne har ansvaret for den behandlende indsats, som i stigende grad er kendetegnet ved specialisering og centralisering, mens kommunerne har ansvaret for forebyggelse, pleje og rehabilitering, som er opgaver, der bedst kan tilrettelægges tæt på borgeren og i sammenhæng med en række andre opgaver, som løses lokalt.

Det er KL's opfattelse, at der er behov for en mere ligelig prioritering af den forebyggende og den behandlende del af sundhedsvæsenet. Der er i dag først og fremmest fokus på den behandlende og i stigende grad højteknologiske del af sundhedsvæsenet, mens bevillingerne til fx forebyggelse og genoptræning har været begrænsede. Den stigende udbredelse af livstils- og folkesygdomme nødvendiggør imidlertid, at denne prioritering ændres i de kommende årtier. Dels af hensyn til folkesundheden og dels for at undgå, at det på længere sigt fører til en eksplosiv stigning i udgiftsbehovene inden for det behandlende sundhedsvæsen.

Den styrkede kommunale rolle i sundhedsvæsenet er et godt udgangspunkt for, at det forebyggende element i sundhedsvæsenet styrkes. Men det vil dog samtidig forudsætte, at den offentlige udgiftspolitik – herunder prioriteringen af råderummet til henholdsvis kommuner og regioner – tager højde herfor fremover, således at der skabes et tilstrækkeligt økonomisk råderum i kommunerne til at udbygge den forebyggende og rehabiliterende indsats.

Bemærkninger til de enkelte dele af lovudkastet

1. Forebyggelse og sundhedsfremme

Med den nye lov sikres forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne en entydig forankring i lovgivningen. KL kan kun udtrykke tilfredshed med, at kommunerne får en mere klar rolle i forhold til de borgervendte forebyggelsesopgaver, der ikke foregår under indlæggelse. Det er netop i kommunerne, man i forskellige opgavesammenhænge har den tætte kontakt til borgeren og dermed mulighed for at integrere forebyggelse i hverdagen.

Med den klare rolle til kommunerne forventer KL, at forebyggelseselementet i højere grad end i dag vil blive integreret på en række af de kommunale serviceområder, fx inden for børne-, skole-, fritids- og ældrepolitikken.

2. Genoptræning

På genoptræningsområdet overtager kommunerne ansvaret for og finansiering af al genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse. Samlet set giver dette efter KL's opfattelse mulighed for, at den enkelte borger modtager en mere helhedsorienteret genoptræning, idet de øvrige elementer i rehabiliteringsindsatsen, fx borgerens boligforhold, hjælpemidler, integration på ar-

bejdsmarkedet, allerede findes i kommunerne. Endvidere elimineres hermed en gråzone, som hidtil har været et stort problem i praksis. Det gælder den eksisterende usikkerhed om, hvornår amternes ansvar for genoptræning ophører og kommunernes ansvar for vedligeholdelsestræning begynder.

KL må dog også pege på en række problemstillinger på genoptræningsområdet, som der efter KL's opfattelse ikke er taget tilstrækkelig højde for i lovudkastet.

For det første finder KL ikke, at bestemmelserne om genoptræningsplaner er udformet, så det giver en tilstrækkelig sikring af den nødvendige sammenhæng mellem kompetence og ansvar.

Det bør således efter KL's opfattelse klart fremgå, at sygehuset gennem udarbejdelse af genoptræningsplanen ikke foretager en egentlig visitation, men giver en lægefaglig vurdering af genoptræningsbehovet, og at det ikke er sigtet med genoptræningsplanerne, at disse omhandler, hvordan genoptræningen af patienten skal tilrettelægges og udføres. Dette råderum må overlades til den ansvarlige og betalende myndighed.

Endvidere finder KL, at det klart bør fremgå, at genoptræningsplanerne skal beskrive, hvilken genoptræning, patienten har modtaget under indlæggelsen.

For det andet er det KL's vurdering, at lovforslaget mangler en klar afgrænsning af ansvaret for specialiserede genoptræningsinstitutioner, såvel driftsmæssigt som økonomisk. Ifølge lovudkastet er det udskrivning fra sygehuset, der afgør om det specialiserede tilbud forbliver et regionalt ansvar eller om det overgår til kommunerne. KL finder imidlertid ikke, at der hermed sker en klar afgrænsning af, hvornår ansvaret for en række mere specialiserede genoptræningsinstitutioner overgår til kommunerne, og hvornår de bliver et regionalt ansvar. KL opfordrer derfor til en nærmere afgrænsning på feltet.

For det tredje må KL gøre opmærksom på, at foretagne opgørelser viser, at amterne ikke på nuværende tidspunkt udarbejder nær det antal genoptræningsplaner, som der skønnes behov for, og det i øvrigt er en vidt udbredt opfattelse, at amterne generelt ikke har løftet genoptræningsopgaven i tilstrækkeligt omfang. Såfremt kommunerne kun kompenseres for opgaveoverdragelsen med et beløb svarende til amternes nuværende indsats, må forventningerne til kommunernes indsats efter overtagelsen af opgaven afstemmes hermed.

Endelig skal KL anbefale, at der sker en modernisering af hjælpemiddelcirkulæret fra 1975 – bl.a. med henblik på en vurdering af, om der er brug for at ændre eller præcisere ansvarsfordelingen mellem kommuner og sygehuse

på hjælpemiddelområdet i lyset af, at kommunerne overtager genoptræningsopgaven efter indlæggelse.

3. Den kommunal tandpleje

KL tilslutter sig, at ansvaret for tandplejen for sindslidende, udviklingshæmmede mv., som ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud, overføres til kommunerne. Dette vil fremme mulighederne for et sammenhængende patientforløb på tandplejeområdet, hvor kommunerne i øvrigt i forvejen har ansvaret for at tilbyde omsorgstandspleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud.

Med hensyn til den resterende del af amtstandplejen i form af målgruppen i den gældende amtstandplejelovs § 6 b, er KL dog ikke enig i, at ansvaret bør placeres i de kommende regioner. KL finder, at ansvaret, herunder finansieringen, bør overgå til kommunerne med en forsyningspligt på det regionale niveau, som svarer til regionernes forsyningspligt på fx det sociale område, hvor kommunerne har mulighed for at oprette egne tilbud.

4. Behandling for stof- og alkoholmisbrug

Ifølge lovudkastet kan regionsrådene efter aftale med de enkelte kommuner yde faglig bistand og rådgivning. KL skal gøre opmærksom på, at der i dag ydes faglig bistand og rådgivning fra såvel amtslige som private behandlingssinstitutioner. Af hensyn til ens konkurrencevilkår for alle leverandører bør rådgivning og vejledning derfor finansieres over de takster, som kommunen betaler for brug af de regionalt drevne tilbud.

5. Samarbejdsudvalg og sundhedsaftaler

Det er KL's opfattelse, at samarbejdsudvalgene på sundhedsområdet og sundhedsaftalerne kan blive et godt redskab til at håndtere grænseflader mellem kommunernes og regionernes sundhedsopgaver.

KL må dog tage afstand fra, at sundhedsaftalerne skal godkendes af Sundhedsstyrelsen. Aftalerne må have til formål at tilgodese forskellige regionale/lokale behov for samarbejde og ikke at være et instrument til central styring og regulering.

Endvidere finder KL, at det i den efterfølgende regeludstedelse bør være overladt til parterne selv at aftale organiseringen af sekretariatsbetjeningen af samarbejdsudvalgene på sundhedsområdet.

I forhold til de regionale sundhedsplaner udarbejdet af regionerne anbefaler KL, at de regionale sundhedsplaner sendes i egentlig høring i kommunerne eller det regionale samarbejdsudvalg forud for vedtagelsen i regionsrådet.

6. Kvalitetsudvikling

I sundhedsloven lovfæstes de decentrale myndigheders, og altså herunder også kommunernes, forpligtigelse til at sikre kvalitet i sundhedsydelserne.

Det fremgår endvidere af bemærkningerne til lovforslaget, at rammerne for den fortsatte kvalitetsudvikling hermed lovfæstes, og at arbejdet med at etablere en fælles ramme for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet i form af Den Danske Kvalitetsmodel er i fuld gang i samarbejde mellem de centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne. Modellen skal i første omgang udbredes til sygehusområdet, hvorefter modellen gradvis skal udvides til også at omfatte hele sundhedsvæsenet, herunder ydelser i praksissektoren og i kommunerne.

KL kan principielt ikke tilslutte sig, at kommunerne pålægges at arbejde med kvalitetsudvikling efter en bestemt model. KL finder det endvidere generelt problematisk, at Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet primært har et sygehusfaglig udgangspunkt og kommunerne indtil videre ikke har haft indflydelse på modellens udvikling. Kommunernes behov for kvalitetsudvikling vil typisk tage udgangspunkt i et mere helhedsorienteret syn i forhold til borgerne.

Hvis kommunerne omfattes af Den Danske Kvalitetsmodel forudsætter KL, at kommunerne og KL hurtigst muligt inddrages som ligeværdig partner i udviklingen af modellen, så det sikres, at kvalitetsmodellen også tilpasses kommunale behov, herunder hensynet til en helhedsorienteret indsats for borgerne.

7. Model for kommunal medfinansiering

KL kan tilslutte sig forslaget om, at der indføres en aktivitetsafhængig kommunal betalingsordning i forhold til de regionale sundhedstilbud svarende til en samlet kommunale betaling på godt 10% af regionernes samlede sundhedsudgifter. Med det nuværende aktivitetsniveau vil det svare til en kommunal betaling i størrelsesordenen 8 mia. kr.

KL har i den løbende debat om udformningen af betalingsordningen tilkendegivet, at den kommunale betaling især bør knyttes til de sundhedsaktiviteter, hvor kommunernes umiddelbare muligheder for at påvirke efterspørgslen efter regionale sundhedsydelser er størst. Det gør sig efter KL's opfattelse især gældende i forhold til indlæggelser på somatiske og psykiatri-

ske sygehuse. KL finder på dette punkt, at der er sket væsentlige forbedringer i lovudkastet i forhold til den oprindelige skitse til betalingsordningen i den politiske aftale om opgave- og strukturreformen.

KL vil endvidere anbefale, at den kommunale betaling tilgår regionen og ikke sygehuset, samt at der indbygges en vis forsinkelse i betalingen – begge dele for at modvirke uhensigtsmæssige incitamentsvirkninger på sygehuse.

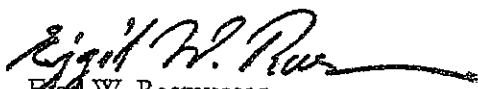
KL er enig i, at der – især i de første år efter ordningens indførelse – kan opstå behov for at justere det indbyrdes forhold mellem betalingsordningens elementer for at opnå den rette incitamentsvirkning. En sådan bemyndigelse til ministeren er dog efter KL's opfattelse kun acceptabel, hvis bemyndigelsen er begrænset til, at ministeren kan foretage ændringer, som samlet set ikke påvirker den kommunale finansieringsandel. I modsat fald vil der være tale om en hidtil uset vidtgående adgang for en minister til at regulere administrativt i kommunernes finansieringsforhold. KL forudsætter endvidere, at ændringer i den aktivitetsbaserede betalingsordning kun foretages efter dialog med de kommunale parter.

8. Øvrige

De gældende regler for begravelseshjælp videreføres i forslaget til den nye sundhedslov. KL vil imidlertid foreslå, at reglerne om begravelseshjælp flyttes fra sundhedsloven til lov om social service, da der snarere er tale om en transgbestemt økonomisk ydelse til de efterladte, end der er tale om en sundhedsopgave.

- ./. De økonomiske konsekvenser af lovforslaget forhandles særskilt. Vedrørende KL's bemærkninger til de økonomiske konsekvenser henvises derfor til de igangværende DUT-forhandlinger af lovforslaget. Der henvises i øvrigt til vedlagte brev til finansministeren vedr. DUT-forhandlingerne om strukturreformen

Med venlig hilsen


Ejgil W. Rasmussen


Peter Gorm Hansen

Kopi: Amtsrådsforeningen, Frederiksberg og Københavns kommuner



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

**Opgave- og strukturreform
KL's hørings svar om udkast til lov om klage- og erstatningsadgang på sundhedsområdet**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. december 2004 sendt udkast til Lov om klage- og erstatningsadgang på sundhedsområdet til høring i KL.

Lovforslaget indebærer, at der sker en tilpasning til lovgivningen i den nye struktur og en samling af lovgivningen. Formålet er endvidere at styrke patienters retsstilling ved at indføre en enklere klageadgang i forhold til kommuners og regioners administrative afgørelser.

Efter gældende lovgivning har der hidtil været adgang til at klage over en række administrative afgørelser på sundhedsområdet i kommuner og amter til Ankestyrelsen og de sociale nævn. Med lovforslaget overføres denne opgave til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

KL finder det positivt, at bestemmelserne vedrørende patienters adgang til at klage og få erstatning på sundhedsområdet samles i én lov og således bliver mere overskuelige for borgerne.

KL tilslutter sig endvidere forslaget om kommunal repræsentation i Patientklagenævnet, men finder dog, at kommunerne bør have samme antal repræsentanter som regioner og frivillige organisationer i nævnet.

Den 22. december 2004

J.nr. 09.06.00 K04
Sagsid 000148171

Ref KVI
kvi@kl.dk
Dir 3370 3268

Weldekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

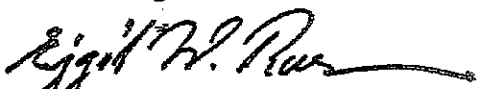
Tlf 3370 3370
Fax 3370 3058

www.kl.dk

1/1

- ./ De økonomiske konsekvenser af lovforslaget forhandles særskilt. Vedrørende KL's bemærkninger til de økonomiske konsekvenser henvises derfor til de igangværende DUT-forhandlinger af lovforslaget. Der henvises i øvrigt til vedlagte brev til finansministeren vedr. DUT-forhandlingerne om strukturreformen

Med venlig hilsen


Ejgil W. Rasmussen


Peter Gorm Hansen

Kopi: Amtsrådsforeningen, Frederiksberg og Københavns kommuner



Finansminister Thor Petersen
Finansministeriet
Christiansborg Slotsplads 1
1218 København K

DUT-forhandlingerne om strukturreformen

KL har d.d. afgivet de fleste høringssvar vedr. lovforslagene, der udmønter strukturreformen. De økonomiske konsekvenser drøftes fortsat bilateralt med fagministerierne lovforslag for lovforslag. Under forhandlingerne har der imidlertid vist sig en række generelle problemstillinger, som KL skal henlede opmærksomheden på.

Overordnet er det efter KL's opfattelse helt centralt, at kommunerne med strukturreformen får tilstrækkelige økonomiske ressourcer til at løfte de opgaver, de skal overtage. Der er tale om den beløbsmæssigt væsentligste DUT-sag i nyere tid. Reformen indebærer på flere områder helt nye opgaver, engangsomkostninger, overførsel af passiver og nye anlægsbehov. Det er vigtigt, at kommunerne sikres finansiering til de nye udgifter også i de tilfælde, hvor merudgifterne ikke modsvares af mindreudgifter andetsteds.

Som led i strukturreformen vil en lang række ikke-forsikrede amtslige tjenestemænd skulle overgå til bl.a. kommunal ansættelse. KL har i forbindelse med DUT-forhandlingerne forstået, at det er Finansministeriets udgangspunkt, at den fulde pensionsbyrde vedr. disse tjenestemænd skal bæres af de kommuner, hvortil tjenestemændene overgår. Det er Finansministeriets synspunkt, at der er tale om en særlig situation når en offentlig myndighed (amterne) nedlægges, hvilket forudsætter en løsning vedr. tjenestemandspensioner, der afviger fra de løsninger, man hidtil har valgt i forbindelse med opgaveflytninger, og som indgår i DUT-vejledningen.

KL er ikke enig i dette synspunkt.

Efter KL's opfattelse må den løsning som vælges vedr. tjenestemandspensioner ikke påføre kommunerne væsentlige ufinansierede byrder. Løsningen bør endvidere tage højde for byrdefordelingsproblematikken mellem kommuner og bør udformes på en måde, så fordelingen af de amtslige tjenestemænd på kommuner kan forløbe så smidigt som muligt.

Den 22. december 2004

Ref OCO
oco@kl.dk
Dir 3370 3382

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Tlf 3370 3370
Fax 3370 3371

www.kl.dk

.1/1

Flytningen af opgaver i forbindelse med strukturreformen indebærer, at der generelt skal tages stilling til, hvad der skal ske med de tilhørende aktiver og passiver. Af udkastet til lovforslaget om visse proceduremæssige spørgsmål fremgår det bl.a., at den eller de myndigheder, som en opgave overføres til, overtager de af den afgivende myndigheds aktiver og passiver samt rettigheder og pligter, der udelukkende knytter sig til den opgave, der overføres.

Det er i den forbindelse KL's opfattelse, at det også i denne sammenhæng bør sikres, at kommunerne ikke overtager en væsentlig ufinansieret gældsbyrde, ligesom der bør tages hensyn til den mellemkommunale byrdefordeling.

KL har konstateret, at der i flere af de modtagne DUT-notater vedr. strukturreformlovforslagene indgår væsentlige kommunale besparelser som følge af postulerede synergi- og stordriftsfordele. Det vurderes typisk, at de engangsomkostninger, der erkendes at være en konsekvens af lovforslagene skønnes at blive modsvaret af synergi- og stordriftsfordele, der dog i vid udstrækning hverken er beskrevet eller nærmere dokumenteret. Det skal hertil bemærkes, at fremgangsmåden efter KL's opfattelse ikke er i overensstemmelse med DUT-princippet. Såfremt DUT-princippet kan fortolkes således, at dokumenterbare udgifter kan modsvares af mere eller mindre elastiske beregninger af eller postulater om besparelspotentiale, er der en risiko for, at hensigten med DUT-princippet fortabes.

Det er generelt vigtigt, at der sikres sammenhæng mellem den økonomi, der bliver resultatet af forhandlingerne om strukturreformen og det personale, som overføres, således at kommunerne kan finansiere det personale, der overgår til kommunal ansættelse. KL har forstået, at forhandlingerne om fordelingen af overhead/amternes hovedkonto 6 først vil finde sted i løbet af 2005. I den forbindelse skal KL gøre opmærksom på, at det for KL er væsentligt, at det ved fordelingen af amternes hovedkonto 6 på modtagende myndigheder sikres, at kommunerne kan finansiere det hovedkonto 6 personale, som de skal overtage.

KL modtog ultimo oktober 2004 størsteparten af lovforslagene vedr. strukturreformen med tilhørende DUT-notater. DUT-forhandlingerne blev påbegyndt umiddelbart herefter.

Det er en meget omfattende reform. Det er derfor vigtigt, at de økonomiske konsekvenser er veldokumenterede og gennemanalyserede. I første omgang for kommunerne under ét, men derefter som led i en kommende udlignings- og finansieringsreform også for enkeltkommuner. De hidtidige drøftelser af DUT har været præget af, at dele af datagrundlaget er tilvejebragt forholdsvis sent i forløbet og i mange tilfælde endnu ikke er analyseret til bunds af parterne.

Strukturreformen er den beløbsmæssigt væsentligste DUT-sag i nyere tid. Et betryggende og fuldstændigt datagrundlag er derfor af særlig betydning og for KL en afgørende forudsætning for, at der kan skabes opbakning til at gennemføre den samlede reform. Viser det sig, at DUT-kompensation, personale og opgaver ikke passer sammen, når de mange love, der tilsammen udgør grundlaget for reformen, skal føres ud i livet, vil opgave- og struktur-reformen ikke kunne leve op til de politiske mål, den skal opfylde.

Det er på den baggrund KL's opfattelse, at det ikke vil være muligt allerede medio januar 2005 at nå til enighed om reformens økonomiske konsekvenser, hverken på de konkrete opgaveområder eller vedrørende de mere overordnede principielle spørgsmål.

Med venlig hilsen


Ejgil W. Rasmussen


Peter Gorm Hansen

Kopi:

Indenrigs- og sundhedsministeren

Økonomi- og erhvervsministeren

Samtlige fagministre med ansvar for strukturreformlovforslag

Amtsrådsforeningen

Københavns Kommune

Frederiksberg Kommune



Foreningen af
Socialchefer i
Danmark

Sekretariat
Rødovre Kommune
Social- og
Sundhedsforvaltningen
Gunnækær 64
2610 Rødovre

Tlf. 36 37 73 43
Fax 36 37 77 50
e-mail: rikke.aller@rk.dk
janne.egeland.andersen@rk.dk
www.socialchefer.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sundhedsafdelingen
Slotsholmsgade 10 – 12
1216 København K

Kopi til Lisa, 25.
CPP/VN
IV
HBT
TJ

Rødovre, 06 december 2005

Socialchefforeningens høringsvar til udkast til forslag til Sundhedslov

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. december 2004 sendt udkast til Sundhedslov til høring.

Foreningen af Socialchefer i Danmark (FSD) finder, at lovforslaget generelt er i god overensstemmelse med de anbefalinger og kommentarer, Foreningen afgav i sit høringsvar til Strukturkommissionens betænkning.

Vi er således fortsat positive over for et øget kommunalt engagement på sundhedsområdet. Her under en kommunal medfinansiering af sygehusdriften som incitament til at kommunerne opprioriterer den forebyggende indsats og den kommunale indsats, der kan substituere sygehusbehandling, typisk ved ind- og udskrivninger.

Vi finder dog i den anledning, at lovforslagets finansieringsmodel kan og bør strammes op, således at kommunal medfinansiering målrettes områder, hvor kommunen har en reel mulighed for at påvirke aktivitets og udgiftsniveauet.

Incitaments modellens succes afhænger i høj grad af etablering og udvikling af nye budgetstyringsmodeller og ledelsesinformationssystemer, en løbende analyse af ressourceforbrug, tilpasning til udviklingen i sygehussektoren og sidst men ikke mindst en løbende udvikling af nye og hensigtsmæssige alternative tilbud i kommunalt regi.

FSD savner i lovforslaget en belysning af de økonomiske konsekvenser af disse nye og nødvendige administrative opgaver.

På samme måde har vi noteret os, at der tilsyneladende ikke forventes øgede udgifter til en styrket forebyggende indsats. Vi er opmærksomme på, at øget forebyggelse også har og skal have en gunstig økonomisk effekt på "behandlingssiden", men skal ikke undlade at påpege, at det kræver investering i forebyggelsen før end den økonomiske gevinst opnås. Vi savner således en beskrivelse i lovforslaget af, hvorledes den øgede forebyggelsesindsats økonomisk tænkes løbet i gang.

FSD er yderst tilfreds med, at så store dele af genoptræningsområdet overgår til kommunerne. Herved formindskes et stort gråzoneområde og øger dermed muligheden for at etablere mere sammenhængende patientforløb.

Samtidig må vi dog advare imod, at der med lovforslaget kan skabes nye afgrænsningsproblemer og mulighed for gråzoner mellem genoptræning, behandling og rehabilitering, eksempelvis mellem genoptræning på højt specialiserede institutioner og sygehusbehandling af svært hjerneskadede o.l.

IM 1. Ø.kt. J.nr. 2005-2413-466

- 6 JAN. 2005

Antal bilag 0 Aktnr. 33

Kopi til Lisa, 25.
IV
CBP/VN
HBT
TJ

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

INDGÅET I

- 6 JAN. 2005

1.Ø

Att.: Sundhedsafdelingen 2.s.kt.. j.nr.2004-1200-59

I fortsættelse af Indenrigs- og Sundhedsministeriets brev af 1. december 2004 om konsekvensrettelser som følge af kommunalreformen på sundhedsområdet og Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udviklings svar af 3. januar 2005 følger hermed Videnskabsministeriets forslag til lov om ændring af de love på Videnskabsministeriets område, der henviser til lov om hovedstadens sygehusfællesskab, som er én af de love, som ophæves med ikrafttrædelsen af forslag til sundhedsloven.

5. 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

Efter en nærmere gennemgang har der ikke vist sig behov for at konsekvensrette lov nr. 375 af 14. juni 1995 om Teknologirådet med senere ændringer som følge af ophævelsen af de i Indenrigs- og Sundhedsministeriets brev af 1. december 2004 nævnte love på sundhedsområdet.

De nedenfor foreslåede ændringer sker med henvisning til forslag til lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab af 1. december 2004, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriets 1.k.kt., j.nr. 2004-2000-5.

Sagsnr. 64383
Dok-id 327249

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

Forslag

til

**Lov om ændring af forskellige love på Videnskabsministeriets område
(Konsekvensrettelser som følge af kommunalreformen)**

§ 1

I lov nr. 347 af 2. juni 1999 om opfindelser ved offentlige forskningsinstitutioner, som ændret ved lov nr. 145 af 25. marts 2002, foretages følgende ændringer:

1. I § 6 ændres "amtskommunerne, Bornholms Kommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab" til: "regionerne"

IM 1. Ø.kt. J.nr. 2005-2413-466

- 6 JAN. 2005

Antal bilag 0 Aktnr. 34

§ 2

I lov nr. 384 af 9. juni 2004 om teknologioverførsel m.v. ved offentlige forskningsinstitutioner foretages følgende ændringer:

1. I § 8, stk. 1, 1. pkt., ændres "amtskommuner, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Hovedstadens Udviklingsråd" til: "og regioner".

Bemærkninger til de enkelte bestemmelser i lovforslaget

Til § 1

Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling

Forslaget er en konsekvensændring som følge af kommunalreformen. Kommunalreformen indebærer, at amtskommunerne, Hovedstadens Sygehusfællesskab nedlægges, og at regionerne får ansvaret for sygehusvæsenet.

Til § 2

Forslaget er en konsekvensændring som følge af kommunalreformen. Kommunalreformen indebærer, at amtskommunerne, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Hovedstadens Udviklingsråd nedlægges, og at regionerne får ansvaret for sygehusvæsenet. Endvidere skal Hovedstadens Udviklingsråds opgaver fremover varetages af region Hovedstaden.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

Gældende formulering

Lovforslaget

Lov nr. 347 af 2. juni 1999, som ændret ved lov nr. 145 af 25. marts 2002, om opfindelser ved offentlige forskningsinstitutioner.

§ 6. Ved institution forstås i denne lov det universitet under Forskningsministeriet, den sektorforskningsinstitution, det offentlige sygehus eller den sundhedsvidenskabelige forskningsinstitution under amtskommunerne, Bornholms Kommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvor den pågældende arbejdstager er ansat.	§ 6. Ved institution forstås i denne lov det universitet under Forskningsministeriet, den sektorforskningsinstitution, det offentlige sygehus eller den sundhedsvidenskabelige forskningsinstitution under regionerne, hvor den pågældende arbejdstager er ansat.
---	---

**Lov nr. 384 af 9. juni 2004 om
teknologioverførsel m.v. ved offentlige forskningsinstitutioner**

§ 8. Et aktieselskab stiftet efter § 4 kan opfylde sit formål ved:

1) At stifte eller erhverve ejerandele i aktie- eller anpartsselskaber, der har samme formål som aktieselskaber efter § 6, sammen med andre aktieselskaber stiftet efter § 4, godkendte teknologiske serviceinstitutter, Vækstfonden, kommuner, amtskommuner, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Hovedstadens Udviklingsråd, i det omfang de pågældende myndigheder har hjemmel hertil i medfør af anden lovgivning. Deltagerne skal eje selskabet fuldt ud.

§ 8. Et aktieselskab stiftet efter § 4 kan opfylde sit formål ved:

1) At stifte eller erhverve ejerandele i aktie- eller anpartsselskaber, der har samme formål som aktieselskaber efter § 6, sammen med andre aktieselskaber stiftet efter § 4, godkendte teknologiske serviceinstitutter, Vækstfonden, kommuner og regioner, i det omfang de pågældende myndigheder har hjemmel hertil i medfør af anden lovgivning. Deltagerne skal eje selskabet fuldt ud.

Ministeriet for Videnskab,
Teknologi og Udvikling

Med venlig hilsen

Bente Olsen
Chefkonsulent

Kopi til Lisa, 25

CDP / VN
HBT
U

**Dansk Selskab
for Patientsikkerhed**

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

INDGÅET I
- 6 JAN. 2005

1.Ø

6. januar 2005

Høringssvar til Indenrigs- og Sundhedsministeriet vedrørende Udkast til forslag til Sundhedsloven af 1. december 2004

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i et brev af 1. december 2004 anmodet Dansk Selskab for Patientsikkerhed om udtalelse vedrørende Udkast til forslag til Sundhedsloven.

Gennemlæsning af lovforslag m.v. giver Dansk Selskab for Patientsikkerhed anledning til følgende kommentarer:

Selv om formålsbestemmelsen fra den nugældende Lov om patientsikkerhed ikke er medtaget i Udkast til forslag til Sundhedslov finder Selskabet det væsentligt, at det fortsat er formålet at forbedre patientsikkerheden i sundhedsvæsenet, som ligger til grund for Sundhedslovens kapitel om patientsikkerhed.

Af § 194 fremgår det, at Sundhedsstyrelsen vejleder sundhedsvæsenet om patientsikkerhed på baggrund af de modtagne rapporteringer fra regionerne om utilsigtede hændelser. Selskabet støtter dette og finder det yderst vigtigt, at der sker en systematisk national erfaringsopsamling og udmelding af retningslinjer for patientsikkerhed. Det er afgørende, at der finder en national læring og forebyggelse af utilsigtede hændelser sted på baggrund af indrapporteringer til Dansk Patient-Sikkerheds-Database.

§197 i Udkast til forslag til Sundhedslov giver Indenrigs- og Sundhedsministeren mulighed for at fastsætte regler for inddragelse af den primære sundhedssektor. Selskabet vil gerne opfordre til at primærsektoren omfattes af indrapporteringsforpligtelsen. Det er velkendt, at der også forekommer utilsigtede hændelser i primærsektoren, derfor er det væsentligt at forbedre patientsikkerheden i hele sundhedsvæsenet.

Det er ligeledes Selskabets opfattelse, at også patienter fremover bør have mulighed for at indrapportere utilsigtede hændelser til rapporteringssystemet.

Lisa L Gunnarsson

Fra: dbj@jm.dk
Sendt: 23. december 2004 13:56
Til: Lisa L Gunnarsson
Emne: Sundhedsloven

Kopieret. shh.

Kære Lisa Gunnarsson.

I forlængelse af telefonsamtale d.d. skal jeg hermed i anledning af Indenrigs- og Sundhedsministeriets høring af 1. december 2004 bekræfte, at der ikke på Justitsministeriets område vil være behov for konsekvensrettelser på lovniveau som følge af ophævelsen af de i høringen opregnede love.

Med venlig hilsen

Dan Bjerring
 Lovteknikkontoret
 Lovafdelingen
 Tlf: 3392 2935

Justitsministeriet
 Slotsholmsgade 10
 1216 København K

Telefon: 3392 3340
 Telefax: 3393 3510
 E-mail: jm@jm.dk
<http://www.jm.dk>

Fra 2.S.

*Kopi til IV
 VN
 HBT
 TO*

IM 1. Ø.kt.

J.nr. 2005-2413-466

- 6 JAN. 2005

Antal bilag 0 Aktnr. 36

23-12-2004

Kopi l.s.m.
BESKÆFTIGELSESMINISTERIET
2/5. 11.
JVB

Indgået i
Kommunalfællingen

16 DEC. 2004

Indenrigs- og sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Ved Stranden 8
1061 København K
Tlf. 33 92 59 00
Fax 33 12 13 78
bm@bm.dk
www.bm.dk
SE-nr. 10 17 27 48

Svar på høring

15. december 2004
J. nr.: 004-0019

Indenrigs- og sundhedsministeriet har hørt Beskæftigelsesministeriet over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på jeres område.

- Forslag til Lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet (Konsekvensrettelser som følge af kommunalreformen).
- Udkast til forslag til Sundhedsloven.

Kopi til
IU
VN
HBT
TO

Beskæftigelsesministeriet har ingen bemærkninger til høringen.

Med venlig hilsen

Pernille Jensen

Pernille Jensen
Kontorfuldmægtig,
Politisk Sekretariat

IM 1. Ø.kt. J.nr. 2005-2413-466

- 6 JAN. 2005

Antal bilag 0 Aktnr. 37

Til
 Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen
 Socialminister Eva Kjer Hansen
 Beskæftigelsesminister Claus Hjorth Frederiksen
 Undervisningsminister Ulla Tørnæs
 Trafikminister Flemming Hansen

2.1.2.12-2004-2047
 SK/FUJ
 6. januar 2005

Kopi til Lise, STAB

Lisa, 2S

IV

CDP/VN

HBT

TO

Min. sekkr.

Vedr. bemærkninger til forskellige udkast til lovforslag som følge af kommunalreformen.

Landsforeningen LEV har vurderet på de fremlagte 48 udkast til lovforslag på forskellige ministres områder. Af disse 48 har 26 udkast til lovforslag ikke haft relevans for landsforeningens målgruppe af mennesker med udviklingshæmning og deres pårørende. 22 udkast til lovforslag er således blevet vurderet, og der er knyttet bemærkninger til 11 udkast til lovforslag. Bemærkningerne er blevet til efter en administrativ forberedelse, et intensivt udvalgs arbejde og en demokratisk høring blandt landsforeningens 16 geografiske kredse og 19 tilsluttede foreninger.

Landsforeningens bemærkninger er delt i en generel del, der giver landsforeningens syn på kommunalreformen på tværs af de enkelte ministres områder, og en specifik del, hvor landsforeningen kommenterer de relevante udkast til lovforslag. Dertil kommer et særligt notat om VISO, der er vedlagt dette høringssvar.

Fra begyndelsen har landsforeningen været betænkelig ved en afskaffelse af et regionalt led med myndighedsansvar. Landsforeningen er usikker på, hvordan kommunerne og regionerne i den nye struktur kan opretholde tilbuddene til grupper af udviklingshæmmede med specielle og komplekse funktionsforstyrrelser og de heraf afledte specielle og komplicerede behov. Erfaringsmæssigt har de eksisterende kommuner - små som store - haft vanskeligt ved at dække behovene for landsforeningens brede målgruppe. På grund af den hidtidige opgavefordeling mellem amter og kommuner har kun få kommuner valgt at påtage sig opgaverne omkring udviklingshæmmede med de mest specialiserede behov. Derfor er det også forståeligt, at kommunernes erfaringer med disse opgaver, i dag, ikke er store. Kun praksis kan vise, om kommunerne med tiden kan løfte opgaverne i større udstrækning end de gør i dag. Det afgørende lige nu er at stille balancerede krav til kommunerne, give dem optimale betingelser for udvikling og ikke mindst give dem kvalificerede partnere.

Landsforeningen hilser det derfor velkomment, at regionerne kan fortsætte med at drive tilbuddene, som amtskommunerne i dag driver og har myndighedsansvaret for. Landsforeningen skal minde om, at indenrigs- og sundhedsministeren på regeringens vegne ved fremlæggelse af de 48 udkast til lovforslagene fremhævede, at *kommunalreformen skal ses som en fortsættelse af den glidende decentralisering, som pågår og har pågået i de seneste tre årtier.*

IM 1. Ø.kt.

J.nr.

2005-2413-466

- 6 JAN. 2005

Antal bilag 0 Aktnr. 38

Det er landsforeningens opfattelse, at regeringen samtidig med at indgyde kommunerne mod til at påtage sig flere opgaver også bør opfordre kommunerne til at vise besindighed og i samarbejde med de kommende regioner planlægge en balanceret udvikling af fremtidens tilbud til mennesker med udviklingshæmning. Hurtige hjemtagninger af tilbud til kommunens driftsansvar og der af følgende underminering af det overblik, som amtskommunerne har skabt over behovene, kan kun få som resultat, at der sker en afspecialisering og faglig fragmentering af tilbuddene til udviklingshæmmede. Der vil med de forventede kommunestørrelser blive behov for regional varetagelse af tilbud, når det gælder de mest specialiserede behov. Landsforeningen finder det betænkeligt, at regionerne ikke kan fokusere brugernes behov, men kun kan fokusere på de behov, som kommunerne markerer ved deres *skøn*. Regionerne må gives en udviklingspligt, så nye tilbud kan udvikles på tværs af de enkelte kommuners fremtidige *skøn*. I sidste ende må brugerne i grænselandet mellem flere leverandører sikres valgmuligheder mellem flere tilbud, så brugerne ikke stavnsbindes. Brugere og brugernes repræsentanter skal være en del af den *samlede* fremtidige planlægning. Regeringen og Folketinget skal præcist beskrive, hvordan kommuner, regioner og brugerne skal samarbejde om den fremtidige udvikling af tilbuddene.

Landsforeningen ser en række muligheder i de statslige jobcentre for at få en målrettet og systematisk indsats mod at få udviklingshæmmede i erhverv.

Der er også mange muligheder i skabelsen af en national videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), der kan samle viden og erfaringer på det sociale område, og kæde viden og erfaringer sammen med specialiseret udredning og specialrådgivning. Som det har indgået i de hidtidige forhandlinger med Amtsrådsforeningen i Udviklingscenter for Specialrådgivning forventer landsforeningen, at VISO bliver en selvstændig organisation uden om statslige styrelser og med sin egen bestyrelse. En faglig bestyrelse er *ikke* et tilstrækkeligt grundlag for VISOs opbygning og udvikling eller for sikring af den nødvendige brugerindflydelse. Landsforeningen mangler også, i forslaget, præcision omkring det tværsektorielle samarbejde i VISO mellem social-, undervisnings-, beskæftigelses- og sundhedsområdet. Der mangler et handlekraftigt udspil for at gøre udredningerne mere end vejledende, ligesom der også omkring den nationale organisation mangler regeringens handlekraft, når det gælder at udnytte den historiske chance for at tage skridt til etablering af handicapforskning i Danmark.

Når det gælder VISO vil landsforeningen gå så langt at sige, at VISOs muligheder for at samle og aktivere ekspertisen i Danmark omkring de specialiserede behov er en nødvendig forudsætning for, at kommunalreformen og den ændrede opgavefordeling skal få et positivt udfald for mennesker med udviklingshæmning i Danmark. Uden en klar forbedring af VISO på de nævnte områder kan landsforeningen ikke tilslutte sig reformen. (Landsforeningen skal henvise til det vedlagte notat om VISO)

Af statslige initiativer til gavn for mennesker med udviklingshæmninger savner landsforeningen en *klar* statslig forpligtelse, når det gælder en egentlig ungdomsuddannelse til unge med udviklingshæmning. Evalueringsrapporten fra december 2003 (Evalueringsinstituttet i Danmark - EVA) påpeger, at Danmark er langt bagud, når det gælder at sikre denne sidste gruppe retten til ungdomsuddannelse. Det er ikke godt nok at henvise til voksenspecialundervisningen i kommunerne. Ungdomsuddannelse skal give kompetencer, og udviklingshæmmede er kompetente, hvis de får muligheder for at blive det. Landsforeningen