

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 12. april 2005
Kontor: 2.s.kt.
J.nr.: 2005-1200-59
Sagsbeh.: JVB/fælles
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 30 (L 74), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 18. marts 2005

Spørgsmål 30:

"Ministeren bedes kommentere henvendelsen af 30. marts 2005 fra Amtsrådsforeningen, jf. L 74 - bilag 18."

Svar:

Amtsrådsforeningen har i sin henvendelse til Folketingets Sundhedsudvalg givet udtryk for sin opfattelse af sundhedslovforslaget, som det er fremsat efter høringsrunden.

Amtsrådsforeningen har i bilaget til henvendelsen foretaget en gennemgang af sundhedslovforslaget før og efter fremsættelsen og sammenholdt bestemmelserne i forslaget med bestemmelserne i den gældende lovgivning. Denne gennemgang medvirker til at give et overskueligt billede af bl.a. de ændringer, der er foreslået med lovforslaget.

Amtsrådsforeningen giver udtryk for, at det er foreningens samlede vurdering, at høringssvarene til sundhedslovforslaget har givet anledning til positive ændringer i lovforslaget.

Amtsrådsforeningen finder dog, at der henstår uløste problemer, især med hensyn til bortfald af kommunalfuldmagten, udformningen af den kommunale medfinansiering, den fremtidige varetagelse af forebyggelsesopgaven og rammerne for det Regionale Lønnings- og Takstnævn.

Herudover fremfører Amtsrådsforeningen sine synspunkter vedr. specialeplanlægning, sundhedskoordinationsudvalg, sammenhæng i psykiatrien, behandling af stof- og alkoholmisbrug og tandplejen.

Mine kommentarer hertil er følgende:

Ad bortfald af kommunalfuldmagten

Amtsrådsforeningen anbefaler, at der i sundhedslovforslaget indarbejdes en generel hjemmel for regionerne til at udvikle nye sundhedstilbud, og til at yde rådgivning eller bistand mod betaling, hvor kommunerne eller andre samarbejdspartnere mangler den fornødne indsigt eller viden til at løse en

opgave tilfredsstillende. Konkret anfører foreningen, at en række lokale sundhedstilbud ikke ville være udviklet – f.eks. udgående palliative team og gerontopsykiatriske team – uden en kommunalfuldmagt.

Jeg er ganske uenig i, at den form for videreudvikling af sundhedstilbudde-
ne, som foreningen nævner, forudsætter en kommunalfuldmagt. Videreud-
vikling af sundhedsvæsenet er fuldt ud hjemlet i den lovgivning, der pålæg-
ger amterne sundhedsopgaverne, og således også hjemlet i sundhedslo-
ven.

Efter sundhedslovforslaget kan regionerne som hidtil udvikle sundhedstil-
bud, herunder udgående palliative team og gerontopsykiatriske team.

I de tilfælde, hvor fx samarbejde med private eller andre myndigheder ikke
kan anses for hjemlet i de almindelige opgavebestemmelser giver sund-
hedslovforslagets § 79 grundlag for at videreføre eksisterende samarbej-
der, som i dag er hjemlet i kommunalfuldmagtsreglerne og skabe grundlag
for lignende samarbejder i fremtiden.

Regionsrådets samarbejder efter stk. 3 og 4, som er betinget af indenrigs-
og sundhedsministerens godkendelse, vedrører løsningen af opgaver, som
enten kun delvist eller slet ikke er omfattet af sundhedsloven, eller som har
et meget vidtrækkende omfang.

Jeg kan oplyse, at jeg på baggrund af høringssvarene i § 79 har tilføjet et
nyt stk. 3, 2. pkt., hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte
regler om, at bestemte former for samarbejder, kan indgås uden godken-
delse. Formålet er at skabe grundlag for, at eksisterende samarbejder mel-
lem sygehuse og andre offentlige myndigheder eller private virksomheder
umiddelbart kan videreføres. Endvidere er der bl.a. skabt mulighed for, at
forsknings- og udviklingssamarbejde mv. mellem sygehuse og universiteter
eller private virksomheder ikke behøver godkendelse. Bestemmelsens
nærmere udmøntning i en bekendtgørelse vil naturligvis blive sendt i høring
inden den udstedes.

På den baggrund finder jeg ikke, at Amtsrådsforeningen har grund til be-
kyrning vedrørende regionernes muligheder for en fortsat fleksibel udvik-
ling af og nytækning i sygehusvæsenet. Jeg finder derfor heller ikke behov
for at ændre i lovforslaget på dette punkt.

Ad finansieringsmodellen

Amtsrådsforeningen foreslår, at den kommunale medfinansiering målrettes
områder, hvor kommunernes muligheder for at påvirke sygehusforbruget er
særligt store, f.eks. forebygge indlæggelser som følge af hoftebrud, diabe-
tes mv. De pågældende behandlinger foreslås afregnet over for kommun-

erne med en relativt høj takst, f.eks. 40-50 pct. af DRG-taksten uden loft, mens der for øvrige behandlinger ikke foreslås medfinansiering. Foreningen foreslår desuden, at regioner og kommuner lokalt får mulighed for selv at aftale takster for den kommunale medfinansiering, hvis parterne kan enes herom.

Jeg vil gerne understrege, at målsætningen med lovforslagets finansieringsregler helt overordnet er at give kommunerne et synligt og forpligtende ansvar både for de sundhedsopgaver, de allerede i dag varetager, og for de nye sundhedsopgaver, de får som følge af kommunalreformen. Det er samtidig målsætningen at give kommunerne et fornuftigt og velafbalanceret incitament til at arbejde mere målrettet med tilbud, der kan øge kvaliteten og sammenhængen i patienternes behandling.

Det er efter min opfattelse ikke hensigtsmæssigt - i hvert fald ikke på nuværende tidspunkt - at afgrænse medfinansieringsmodellen til kun at vedrøre meget specifikke områder. F.eks. vil det være vanskeligt at afgrænse effekten af den forebyggende indsats til specifikke diagnoser.

Regeringen lægger derfor i stedet op til en relativt enkel model, hvor de økonomiske incitamenter virker for *alle typer* sygehusbehandlinger samt konsultationer hos praktiserende læger, speciallæger, tandlæger mv. Med en generel ordning lægges der op til, at kommunerne identificerer de områder, hvor der med fordel kan etableres nye tilbud og øget samarbejde.

Samtidig taler hensynet til kapacitets- og udgiftsstyring for, at den kommunale finansiering på marginalen ikke bliver for høj. F.eks. kan en ordning uden loft over medfinansieringen give en u hensigtsmæssig kommunal byrdefordeling i forhold til de meget dyre behandlinger.

Høje marginaltakster i forholdet mellem kommuner og regioner kan også skabe risiko for at skabe et system, der indbyder til kassetækning mellem parterne, således at økonomiske hensyn lokalt kan blive dominerende i forhold til de fagligt funderede.

Af de samme grunde mener jeg, det vil være forkert at basere den lokale udmøntning af rammerne for samarbejdet mellem regioner og kommuner alene på en diskussion af, om taksten for behandling x og y bør være 10 pct. højere eller lavere.

Regeringen lægger i stedet op til, at der i regi af de kommende sundhedskordinationsudvalg bliver etableret en tæt, lokal dialog om selve *indholdet* af det samarbejde, der skal finde sted. Det gælder, som det fremgår af lovforslaget, f.eks. samarbejdet om udskrivningsforløbene for de svage, ældre patienter, forebyggelse af unødige indlæggelser, træningsområdet, indsatsen for sindslidende mv.

En fokusering på indhold - frem for en løbende diskussion af takster - vil efter regeringens opfattelse lægge op til en mere hensigtsmæssig dialog.

Samlet set er en generel ordning derfor den mest fleksible model, hvor kommuner og regioner, på grundlag af lokale forhold og muligheder, i fællesskab på en fornuftig måde kan tilrettelægge og samordne deres indsats på sundhedsområdet.

Jeg skal understrege, at modellen for den kommunale medfinansiering naturligvis vil blive fulgt løbende af Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på at vurdere, om den opfylder formålene med ordningen.

For så vidt angår det statslige aktivitetsafhængige tilskud til regionerne anfører Amtsrådsforeningen, at der blot er tale om en ny type rammefinansiering, som ikke tilfører regionerne ekstra midler, ligesom foreningen i øvrigt foreslår en række konkrete justeringer af ordningen.

Jeg vil gerne præcisere, at regeringens lovforslag indebærer, at den nuværende statslige meraktivitetspulje på sygehusområdet gøres permanent og kommer til at indgå som en fast del af regionernes samlede finansieringsgrundlag. Det statslige aktivitetsbestemte tilskud vil blive fastlagt årligt, men udgør som udgangspunkt højst 5 pct. af regionernes sundhedsudgifter.

Amtsrådsforeningens bemærkning beror på den misforståelse, at hensigten med tilskuddet alene er et spørgsmål om at tilføre sundhedsområdet ekstra ressourcer. Spørgsmålet om, hvor mange midler, der skal anvendes på sundhedsområdet, og hvordan de skal tilføres, vil som nu komme til helt at bero på en overordnet og samlet prioritering - eksempelvis som led i de årlige økonomiforhandlinger, finanslove mv.

Bemærkningen overser, at erfaringerne med meraktivitetspuljen rækker videre end til et spørgsmål alene om størrelsen af de økonomiske rammer. Indførelsen af puljen i 2002 har således overordnet set bidraget til en øget aktivitet, tilført ny dynamik og givet lavere ventetider på sygehusområdet, som overstiger effekten af blot på sædvanlig vis at tilføre en tilsvarende mængde, ekstra ressourcer via bloktilskuddet.

Det er netop disse positive erfaringer med den nuværende meraktivitetspulje i forhold til at skabe et permanent incitament til at øge aktiviteten og reducere ventetiderne i sygehussektoren, som regeringen ønsker at videreføre. Der er dermed ikke blot tale om en ny type rammestyring. Det tyder de praktiske erfaringer ude på sygehusene heller ikke på.

Som det fremgår af lovforslaget, vil tilskuddet i første omgang pr. 1. januar 2007 blive etableret efter samme principper som regeringens nuværende meraktivitetspulje. Det kan overvejes på sigt at videreudvikle modellen, så tilskuddet – ud over ren aktivitet - også kommer til at afhænge af regionernes produktivitet, effektivitet el. lign. Ændringer af modellen drøftes altid med sygehusejerne.

Ad specialeplanlægning mv.

Amtsrådsforeningen fremfører også bemærkninger til områderne vedrørende specialeplanlægning, IT og kvalitet i sundhedslovsforslaget. Det overordnede indtryk af kommentarerne er, at foreningen er positiv og langt hen ad vejen enig i sundhedslovsforslaget, for så vidt angår disse områder.

Foreningen finder dog anledning til at problematisere og stille forslag på tre områder: 1) Sundhedsstyrelsens godkendelse af placering af lands- og landsdelsfunktionerne på de enkelte sygehuse, 2) proces for afprøvning, inddragelse og høring af sygehusejerne i forbindelse med fastsættelse af IT-standarder, 3) ministerens adgang til at fastsætte bindende kliniske retningslinjer. Det har jeg følgende kommentarer til:

Amtsrådsforeningen finder det problematisk, at Sundhedsstyrelsen skal godkende placering af lands- og landsdelsfunktionerne på de enkelte sygehuse.

Lovforslaget gør Sundhedsstyrelsens udmeldinger, for så vidt angår specialeplanlægning, bindende for regionerne. Dermed imødekommes et øget behov for en overordnet koordinering af de mest specialiserede behandlinger, der af ressource- og kvalitetsmæssige hensyn kun skal tilbydes få steder i landet. Det fremgår, at Amtsrådsforeningen er enig i dette behov.

I dag - hvor Sundhedsstyrelsens udmeldinger alene er vejledende - har der været eksempler på, at amter ikke har fulgt styrelsens anbefalinger. Den slags sager, hensynet til lokale ønsker sættes højere end hensynet til kvalitet og patienternes sikkerhed, vil vi med sundhedslovens bestemmelse om, at Sundhedsstyrelsen skal godkende lands- og landsdelsfunktionernes placering, undgå fremover.

Specialeplanlægning vil dog - som hidtil - foregå ved en dialog mellem alle parter. Det er derfor en forudsætning, at Sundhedsstyrelsen anvender sine beføjelser på dette område med baggrund i rådgivning fra det rådgivende udvalg for specialeplanlægningen.

Amtsrådsforeningen foreslår, at der i lovforslaget indarbejdes en beskrivelse af en proces for afprøvning, inddragelse og høring af sygehusejerne i forbindelse med fastsættelse af IT-standarder.

Ét af de væsentligste initiativer i den nationale IT-strategi - som sygehusejerne er medforfattere til - vedrører udvikling og indførelse af EPJ, herunder Sundhedsstyrelsens udvikling af fælles standarder, begreber, klassifikationer mv. for de elektroniske patientjournaler, der skal indføres i det danske sygehusvæsen.

Udvikling af fælles standarder og begreber for journaler og IT-systemer skal medvirke til at sikre effektiv understøttelse af tværfagligt, kvalitetsbetonet arbejde, og at data kan deles. Formålet er samtidig at sikre, at det bliver muligt at kommunikere data mellem EPJ og andre IT-systemer. Et særligt væsentligt standardiseringsinitiativ er Sundhedsstyrelsens nationale G-EPJ

projekt, som skal skabe grundlag for en koordineret udvikling af begrebsdannelsen i elektroniske patientjournaler i sygehusvæsenet.

Hjemlen til, at Sundhedsstyrelsen kan fastsætte krav til IT-anvendelsen i sundhedsvæsenet, afspejler et ønske om at sikre understøttelse af det gode patientforløb, sikre kvalitet i registre og at undgå situationer, hvor indførelse af standarder umuliggøres på grund af decentral hensyntagen til særlige ønsker om egne standarder el.lign.

Området har hidtil og vil også fremover være kendetegnet ved at blive udviklet i fællesskab mellem de centrale sundhedsmyndigheder og sygehus-ejerne og efter sædvanlige hørings- og afprøvningsprocedurer. Jeg har ikke fundet det nødvendigt at redegøre for sådanne procedurer i sundhedsloven.

At ministerens adgang til at fastsætte bindende kliniske retningslinjer kun bør anvendes undtagelsesvist og med inddragelse af dem, retningslinjerne retter sig mod, er jeg enig med Amtsrådsforeningen i. Det fremgår da også af bemærkningerne til bestemmelsen.

Ad sundhedskoordinationsudvalg

Amtsrådsforeningen finder det ikke meningsfuldt, at regionsrådet skal fremsende de indgåede sundhedsaftaler til Sundhedsstyrelsens godkendelse.

Med sundhedsloven sikres, at regionen og kommunerne indgår en sundhedsaftale, det vil sige har aftalt, hvorledes der på bestemte områder skal samarbejdes om opgaveløsningen og dermed, hvorledes borgeren sikres det bedste forløb.

Det vil blive centralt fastsat, hvilke områder det bliver obligatorisk at indgå aftale om. Og det bliver de områder, hvor erfaringen har vist, at borgeren kan falde mellem to stole, og hvor vi ønsker at sikre, at de fremtidige forbedrede rammer implementeres bedst muligt og altså på aftalebasis mellem region og kommuner.

Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalerne er et led i den styrkede centrale koordinering og kvalitetssikring og vil afhænge af, om regionen og kommunerne har indgået aftaler på de områder, der er udmeldt som obligatoriske. Sundhedsstyrelsens godkendelse vil således kun omfatte områder, hvor der er pligt til at indgå aftaler.

Meningen er at sikre, at der på disse områder fremover bliver samarbejdet - erfaringen siger, at det ikke altid sker i tilstrækkelig grad ad frivillighedens vej, f.eks. på genoptræningsområdet.

Ad sammenhæng i psykiatrien

Amtsrådsforeningen anfører, at sammenhængen i tilbuddene og bevægelsen væk fra unødige og unødigt lange indlæggelser er truet med sundhedsloven, idet ansvaret for tilbuddene til de svageste sindslidende nu deles mellem to myndigheder, regioner og kommuner.

Jeg er ikke enig i Amtsrådsforeningens vurdering. Med sundhedsloven bliver ansvaret for at behandle patienter med sindslidelse – herunder de svageste sindslidende – samlet i regionerne sammen med ansvaret for den øvrige del af det behandlende sundhedsvæsen. Alle de opgaver og aktiviteter på det behandlingspsykiatriske område, som hidtil har henhørt under amterne, videreføres dermed af regionerne, ligesom der fortsat er grundlag for at sikre sammenhæng i det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen.

Derudover samles ansvaret for den sociale indsats både for sindslidende og andre borgere i kommunerne. Derved skabes en klar og entydig ansvarsplacering på socialområdet. Hidtil har den sociale indsats for sindslidende været delt mellem amt og kommune. Med kommunalreformen reduceres antallet af overgange og risikoen for brud i det sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb for sindslidende.

For at sikre samordning og sammenhæng om patientforløb, som går på tværs af to myndighedsniveauer, bliver det med sundhedsloven endvidere obligatorisk for kommuner og regioner at indgå sundhedsaftaler om indsatsen for sindslidende. Sundhedslovens krav om obligatoriske samarbejdsaftaler sikrer derved en koordinering af behandlingsindsatsen og den sociale indsats for de sindslidende.

Med sundhedsloven bliver det ligeledes obligatorisk for regionerne at opkræve betaling fra kommunerne for færdigbehandlede patienter, herunder psykiatriske patienter, som f.eks. venter på en plads på en kommunal boinstitution. Den obligatoriske betaling for færdigbehandlede patienter vil øge kommunernes økonomiske incitament til at hjemtage færdigbehandlede patienter.

Samlet set sikrer servicelovens bestemmelser således, at ansvaret for den sociale indsats også over for de svageste sindslidende samles på ét myndighedsniveau. Samtidig sikrer sundhedslovens bestemmelser om forpligtende aftaler for de sindslidende, som har behov for såvel psykiatrisk behandling som for social støtte, en sammenhængende indsats for denne gruppe.

Ad genoptræning

Med kommunalreformen overgår myndighedsansvaret for at yde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har behov for genoptræning, fra amterne til kommunerne, jf. sundhedslovens § 141.

Amtsrådsforeningen peger på, at hensigten med opgaveflytningen er at skabe større klarhed om opgave- og ansvarsdelingen på genoptræningsområdet, men Amtsrådsforeningen mener ikke, at lovforslaget bidrager til at afklare begreberne på området, og dermed heller ikke afklarer, hvad det er for en opgave, kommunerne skal overtage ansvaret for. Amtsrådsforeningen finder det dog positivt, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe, der bl.a. skal se nærmere på snitfladen mellem behandling og genoptræning.

Det er korrekt, at formålet med flytningen af genoptræningsopgaven er at sikre en større klarhed om opgave- og ansvarsdelingen på genoptræningsområdet. Formålet er endvidere at skabe grundlag for, at genoptræning og vedligeholdelsestræning fremover vil kunne tilrettelægges i sammenhæng med kommunernes øvrige rehabiliteringsindsats efter bl.a. den sociale lovgivning. Med opgaveflytningen skabes en entydig samling af myndighedsansvaret for al vederlagsfri træning, der ikke foregår under sygehusindlæggelse, hos én myndighed – det vil sige hos kommunen.

Jeg deler derfor ikke Amtsrådsforeningens opfattelse af, at sundhedsloven ikke bidrager til større klarhed om opgave- og ansvarsdelingen på genoptræningsområdet.

Med henblik på at sikre implementeringen af den nye lovgivning på genoptræningsområdet vil en arbejdsgruppe i Indenrigs- og Sundhedsministeriets regi, hvori også Amtsrådsforeningen vil være repræsenteret, senest 1. april 2006 fremlægge anbefalinger vedrørende genoptræningsområdet, jf. også min besvarelse af spørgsmål 6.

Amtsrådsforeningen påpeger endvidere, at der den 1. januar 2006 skal foreligge aftaleudkast med henblik på delingsdrøftelserne i forbindelse med kommunalreformen, og at det derfor er u hensigtsmæssigt, at ovennævnte arbejdsgruppe først afslutter sit arbejde 1. april 2006. Jeg kan oplyse, at arbejdsgruppen vil afgive delrapportering i efteråret 2005 vedrørende forhold af betydning for den overførsel af aktiver og passiver, rettigheder og pligter samt ansatte i forbindelse med opgaveflytningen, som sker efter regler og procedurer i lov om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen (L 67).

Endelig anfører Amtsrådsforeningen, at det er af afgørende vigtighed – af hensyn til patienter med specialiseret genoptræningsbehov – at kommunen ikke kan sætte spørgsmålstejn ved den lægelige vurdering, der ligger til grund for genoptræningsplanen, og visitere til en anden og mindre kvalificeret genoptræningsindsats.

Jeg er fuldstændig enig med Amtsrådsforeningen i, at det er vigtigt, at kommunen ikke kan sætte spørgsmålstegn ved den lægelige vurdering, der ligger til grund for genoptræningsindsatsen.

Jeg vil derfor gerne understrege, at kommunerne er forpligtet til at tilbyde vederlagsfri genoptræning til enhver patient, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning i overensstemmelse med genoptræningsplanen, som regionerne er forpligtet til at udarbejde til denne patientgruppe, jf. også min besvarelse af spørgsmål 9.

Ad forebyggelsesområdet

Amtsrådsforeningen anfører, at det er tvivlsomt, om selv større kommuner har den faglige bæredygtighed og kritiske masse, der skal til for at udvikle den generelle forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Amtsrådsforeningen finder, at regionerne bør gives en egentlig forpligtelse til dels at varetage udviklingsopgaver mv. i relation til den primære forebyggelse og til dels at koordinere den primære forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunerne.

Amtsrådsforeningen finder endvidere, at det bør fastlægges, at den patientrettede forebyggelse er et klart regionalt ansvar.

Hertil skal jeg bemærke, at formålet med bestemmelsen i § 120, som er ny, er at sikre den forebyggende og sundhedsfremmende indsats en forankring i kommunerne. Kommunerne er nær på borgerne. Det er en væsentlig ressource i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

Ifølge lovforslagets § 206 vil der blive fastsat regler om, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå sundhedsaftaler. Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder den patientrettede forebyggelse vil blive omfattet af sundhedsaftalerne. Formålet med sundhedsaftaler er at sikre samordning og sammenhæng for de patientforløb, som går på tværs af de to myndighedsniveauer, regioner og kommuner.

Ad behandling af stof- og alkoholmisbrug

Amtsrådsforeningen bemærker, at foreningen ikke kan tilslutte sig, at ansvaret for misbrugsbehandlingen samles i kommunerne.

Kommunalreformen indebærer, at kommunerne fremover får en størrelse, der gør, at de som udgangspunkt vil have tilstrækkelig volumen til at varetage misbrugsbehandlingen. Kommuner, som måtte finde, at de ikke har de nødvendige forudsætninger herfor, vil kunne indgå aftale med en region, andre kommuner eller en privat behandlingsinstitution om at forestå be-

handlingen. Det bemærkes i den forbindelse, at Kommunernes Landsforening har tilkendegivet, at foreningen finder det positivt, at kommunerne får ansvar for misbrugsbehandlingen.

For den enkelte misbruger hænger en styrket sammenhæng i og koordination af behandlingsindsatsen i højere grad sammen med en entydig ansvarsplacering end med, hvor i lovgivningen de bagved liggende regler er indplaceret. Med kommunalreformen samles ansvaret for såvel den lægelige og den sociale misbrugsbehandling som for omsorgsindsatsen i øvrigt hos én myndighed - kommunen. Det giver mulighed for at finde mere sammenhængende og fleksible løsninger på den enkelte stofmisbrugers behov såvel under som efter selve behandlingsforløbet.

Med hensyn til kommunernes forventede behov for regionale misbrugsbehandlingspladser bemærkes, at det af lovforslaget følger, at regionsrådet skal stille behandlingspladser til rådighed for de enkelte kommunalbestyrelser i regionen efter aftale. Det enkelte regionsråd vil i forbindelse med indgåelse af sådanne aftaler kunne betinge sig løbende at blive forhåndsorienteret om, hvor mange regionale behandlingspladser den enkelte kommune forventer at have behov for.

Ad tandplejen

Med forslaget om placering af specialtandplejen flyttes den eksisterende skillelinie mellem omsorgstandplejen og amtstandplejen, så ansvaret for de omhandlede patienter samles i ét regi. Herved undgår vi, at patienter sendes frem og tilbage mellem de forskellige tandplejetilbud og myndigheder. Jeg mener, at det rigtigt at samle ansvaret hos kommunen. Kommunerne har allerede i dag ansvaret for at tilbyde omsorgstandpleje til bl.a. psykisk handicappede, som har svært ved at udnytte de almindelige tandplejetilbud, mens amterne i dag har ansvaret for tandpleje til patienter, der ikke kan udnytte de almindelige tilbud.

Hermed følger ansvaret den øvrige opgaveplacering på det sociale område for den omhandlede patientgruppe. Samtidig vil opgaven kunne løses tættere på borgerne i deres nærmiljø.

Amtsrådsforeningen er bekymret for at overføre ansvaret for tandplejetilbuddet til sindslidende og psykisk udviklingshæmmede til kommunerne, som i følge ARF ikke kan løfte opgaven på et tilstrækkeligt fagligt niveau. ARF henviser i den forbindelse til Sundhedsstyrelsens Rapport om tandplejens struktur og organisation, der opstiller idealmodeller for størrelsen af de organisatoriske enheder på tandplejeområdet – herunder også for amtstandplejen.

Jeg er naturligvis bekendt med de faglige anbefalinger for det befolkningsmæssige underlag for amtstandplejen i Sundhedsstyrelsens rapport, men jeg deler ikke Amtsrådsforeningens bekymring. Jeg går således ud fra, at

kommunerne, når de skal tage stilling til, hvordan de bedst løser opgaven, vil tage hensyn til de faglige forslag, der er indeholdt i rapporten.

Der vil som hidtil blive fastsat regler om, hvad tandplejetilbuddet til de omhandlede patienter skal omfatte. Det indholdsmæssige tilbud i amtstandplejen er i dag detaljeret beskrevet i bekendtgørelse om tandpleje § 16, stk. 1. Og det vil også klart komme til at fremgå af den bekendtgørelse, der vil blive udstedt i medfør af § 137, hvad det er for et specialiseret tandplejetilbud, kommunen skal tilbyde de sindslidende eller psykisk udviklingshæmmede borgere, der ikke kan udnytte de øvrige tandplejetilbud. Der vil ikke med baggrund i sundhedsloven ske ændringer i kravene til indholdet af tandplejetilbudet til de omhandlede grupper.

Kommunerne vil således ikke blive i tvivl om, hvad det er for en opgave, de skal løse. Derfor er der heller ikke grund til at antage, som frygtet af foreningen, at der vil blive tale om en afspecialisering af området.

Kan kommunen ikke selv eller sammen med andre (kommuner eller private) løfte opgaven, er den således forpligtet til at indgå en rammeaftale med regionsrådet. Dermed får borgerne sikkerhed for fortsat at få tilbudt tandpleje på et tilstrækkeligt fagligt niveau.

Til foreningens bemærkninger vedrørende koordination af tandplejen kan jeg oplyse, at både kommuner og regioner vil være forpligtet til at sikre en koordination af den offentlige tandpleje og tandplejen i privat praksis. Der vil, som det fremgår af § 138 stk. 2, i en bekendtgørelse blive fastsat nærmere regler om koordination, herunder hvordan koordinationsopgaven skal varetages. Der vil i den forbindelse også blive fastsat bestemmelser om nedsættelse af et koordinationsudvalg samt om udvalgets opgaver mv.

Ad det Regionale Lønnings- og Takstnævn

Jeg kan oplyse, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn bliver oprettet som en følge af regionernes etablering – og i medfør af § 37 i forslag til lov om regioner. Nævnet skal bl.a. aftale eller fastsætte løn- og andre ansættelsesforhold for personale i regional tjeneste. Nævnet får efter sundhedslovforslagets § 228 endvidere beføjelse til at indgå overenskomster med organisationerne på sundhedsområdet om vilkår for de sundhedsydelser, der leveres i praksissektoren (sygesikringen).

Amtsrådsforeningen finder, at det er uhensigtsmæssigt at samle så forskellige områder – sygesikrings- og det øvrige overenskomstområde – i samme beslutningsorgan, idet overenskomsterne på sygesikringsområdet bl.a. er et centralt redskab i forhold til samordning i sundhedsvæsenet, IT, kvalitet og sammenhængende patientforløb.

Regeringen finder, at det er hensigtsmæssigt, at det nye nævn også påtager sig at forhandle overenskomster for praksissektoren. På den måde

skabes det bedste grundlag for en sammenhængende opgaveløsning i hele sundhedsvæsenet.

Jeg vil i denne forbindelse gerne understrege, at sekretariatsbetjeningen af nævnet naturligvis også skal besidde de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer. Som også Amtsrådsforeningen påpeger, så er overenskomsterne for praksissektoren et meget vigtigt instrument til at sikre den faglige udvikling og kvaliteten i praksissektoren, herunder sikre sammenhængen til udviklingen af det øvrige sundhedsvæsen. Eksempelvis regulerer praksissektorens overenskomster også efteruddannelsesordninger, forskningsenheder og kvalitetsprojekter mv.

Det forudsættes således, at også virksomheden i det nye nævn skal basere sig på den nødvendige sundhedsfaglige kompetence, ligesom arbejdet i vidt omfang fortsat vil basere sig på et tæt samarbejde med de driftsansvarlige sundhedsmyndigheder – i dag amterne, og i fremtiden regioner.

Amtsrådsforeningen finder endvidere, at det er uacceptabelt, at de statslige repræsentanter i nævnet for vetoret i forhold til nævnets beslutninger mv.

Hertil vil jeg sige, at det klare udgangspunkt er, at nævnets beslutninger træffes ved stemmeflerhed. Regionerne indstiller 5 medlemmer til nævnet, kommunerne 2, finansministeren 1 og indenrigs- og sundhedsministeren 1 medlem. Det er korrekt, at de statslige medlemmer af nævnet kan modsætte sig nævnets beslutninger, idet statslig modsættelse dog kun forventes at ske i helt særlige tilfælde.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets medlem i nævnet kan således bl.a. modsætte sig nævnets beslutninger om overenskomster for praksissektoren af sundhedsfaglige hensyn. Jeg vil i denne forbindelse gøre opmærksom på, at indenrigs- og sundhedsministeren også efter de gældende regler skal godkende overenskomsterne for praksissektoren, før de får gyldighed. Regeringen lægger endvidere vægt på, at staten skal kunne sikre, at nævnets beslutninger er i overensstemmelse med målsætningerne for udviklingen i de offentlige udgifter, og at overenskomster og aftaler mv. ikke virker strukturelt forvridende.

Jeg finder således, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn vil udgøre en fornuftigt organisatorisk ramme også for forhandlingerne af praksissektorens overenskomster, så praksissektoren fortsat sikres den nødvendige faglig videreudvikling i naturlig sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen.