

Til lovforslag nr. L 74. Betænkning afgivet af Sundhedsudvalget den 7. juni 2005

Betænkning

over

Forslag til sundhedsloven

[af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen)]

1. Ændringsforslag

Der er stillet 27 ændringsforslag til lovforslaget. Socialistisk Folkepartis og Enhedslistens medlemmer af udvalget har stillet ændringsforslag nr. 1, 2 og 6. Indenrigs- og sundhedsministeren har stillet ændringsforslag nr. 3-5 og 7-27.

2. Udvalgsarbejdet

Lovforslaget blev fremsat den 24. februar 2005 og var til 1. behandling den 16. marts 2005. Lovforslaget blev efter 1. behandling henvist til behandling i Sundhedsudvalget.

Møder

Udvalget har behandlet lovforslaget i 10 møder.

Teknisk gennemgang af lovforslaget

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har på et møde den 2. marts 2005 givet udvalget en teknisk gennemgang af lovforslaget.

Høring

Et udkast til lovforslaget har inden fremsættelsen været sendt i høring, og indenrigs- og sundhedsministeren sendte den 1. december 2004 dette udkast til udvalget, jf. folketingsåret 2004-05, 1. samling, alm. del – bilag 105. Den 10. januar 2005, 14. januar 2005 og 24. februar 2005 sendte indenrigs- og sundhedsministeren de indkomne høringssvar til udvalget, jf. folketingsåret 2004-05, 1. samling, svar på spørgsmål 86, og folketingsåret 2004-05, 2. samling, alm. del – bilag 1. Den 24. februar 2005 sendte indenrigs- og

sundhedsministeren endvidere et notat om høringssvarene til udvalget.

Politisk aftale

Lovforslaget er en del af den samlede lovgivningsmæssige gennemførelse af kommunalreformen.

Lovforslaget er således et led i udmøntningen af regeringens aftale fra juni 2004 med Dansk Folkeparti om en strukturreform og den efterfølgende aftalte udmøntningsplan fra september 2004.

Tilkendegivelse fra indenrigs- og sundhedsministeren

Behandling af traumatiserede flygtninge.

Rehabilitering af traumatiserede flygtninge indgår som en af sygehusvæsenets opgaver. Dette er bl.a. en opfølgning på anbefalingerne fra arbejdsgruppen om rehabilitering af traumatiserede flygtninge og på økonomaftalen for 2002 mellem den daværende regering og Amtsrådsforeningen.

Arbejdsgruppen anbefalede i sin rapport fra 2001, at der inden for sygehuslovens rammer stilles et særligt tværfagligt og tværkulturelt rehabiliteringstilbud til rådighed for en nærmere afgrænset kreds af traumatiserede personer, og at der etableres frit valg til de daværende tre centre OASIS, CEPAR og RCT-Jylland inden for nærmere fastlagte økonomiske rammer.

Der er tale om et specialiseret tilbud, som supplerer de øvrige tilbud i amtskommunal og kom-

munal regi. Det særlige behandlingstilbud bør således alene tilbydes personer, hvor de øvrige eksisterende behandlingstilbud er utilstrækkelige.

I forbindelse med økonomiaftalen mellem den daværende regering og amterne for 2002 tilføres den amtskommunale økonomi 40 mio. kr. med henblik på en gradvis udbygning af behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge. Amtskommunerne kan vælge selv at etablere behandlingstilbuddet i sygehusvæsenet eller benytte private institutioner som led i løsningen af opgaven.

Fra 1. januar 2005 er der indført frit valg til de to centre OASIS og RCT-Jylland. Der vil endvidere fra 1. januar 2006 blive indført frit valg til RCT-København.

Genoptræning efter sundhedslovens § 141.

Sundhedslovforslagets § 141 fastlægger en klar og utvetydig ret for patienterne til genoptræning i overensstemmelse med den genoptræningsplan, som regionerne er forpligtet til at udarbejde til enhver patient, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. lovforslagets § 85. I de obligatoriske sundhedsaftaler mellem region og kommune, skal der sikres et sammenhængende forløb. Det vil bl.a. blive sikret ved formaliserede retningslinjer for kommunikationen i forbindelse med udskrivning.

Klagemulighederne på genoptræningsområdet adskiller sig ikke fra klagemulighederne på sundhedsområdet i øvrigt. Faglige klager vedrørende genoptræning kan således indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, og klager over serviceniveauet kan indbringes for den politisk ansvarlige myndighed (her kommunalbestyrelsen).

Som det fremgår af bemærkningerne til sundhedslovforslagets § 141, vil der blive fastsat regler om patienternes valgmuligheder i forhold til den genoptræning, kommunerne får ansvaret for. Patienterne er i medfør af sundhedslovforslagets § 87 – ligesom i dag – sikret frit sygehusvalg i de tilfælde, hvor det af genoptræningsplanen fremgår, at der er behov for specialiseret genoptræning i sygehusregi.

Det vil i en bekendtgørelse blive fastsat, at patienterne herudover har mulighed for – hvor det af genoptræningsplanen fremgår, at der er behov

for »almindelig genoptræning« – at vælge mellem de genoptræningstilbud, bopælskommunen har etableret eller indgået aftale om, og at vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner.

Når den nye kommunale opgavevaretagelse har fundet sit leje, efter at sundhedsloven er trådt i kraft, vil det være oplagt at vurdere, hvorvidt der er grundlag for yderligere styrkelse af patienternes frie valg på genoptræningsområdet, herunder frit valg til private tilbud.

Sammenhængen i sundhedsvæsenet.

Kommunalreformen indebærer, at kommunerne får en styrket rolle i sundhedsvæsenet. Kommunerne får således et medansvar for sundhedsvæsenets finansiering, og de får selv ansvar for genoptræning efter udskrivning og for alkohol- og misbrugsbehandling. Derfor er det afgørende, at de initiativer, der skal sikre kvalitet, sikkerhed og sammenhæng ikke alene kommer til at gælde for regionernes, men også for kommunernes del af sundhedsvæsenet.

Dette er sikret i lovforslaget. Bestemmelserne om kvalitetsudvikling og IT i § 194 vedrører udtrykkeligt så vel regionernes som kommunernes opgavevaretagelse.

På det generelle kvalitetsområde er Den Danske Kvalitetsmodel et afgørende initiativ. Udbredelsen af akkreditering efter modellen vil starte i sygehussektoren, men perspektivet er klart, at det også skal omfatte praksissektoren og kommunerne. Tilsvarende gælder for initiativerne på IT-området – elektronisk patientjournal, kommunikationsstandarder og sundhedsportalen.

For så vidt angår patientsikkerhed, er det i forbindelse med lovens vedtagelse besluttet, at ordningen evalueres efter to år, bl.a. med henblik på en vurdering af, hvordan og hvornår ordningen skal udvides til at omfatte primærsektoren og det kommunale område.

Reglerne om patientklager gælder allerede for alle autoriserede sundhedspersoner, uanset hvilken sektor de arbejder i.

Endelig er det afgørende sigte med lovforslagets regler om samarbejde og obligatoriske aftaler, at regioner og kommuner skal sikre sammenhæng og samarbejde i sektorernes konkrete arbejde i de enkelte regioner.

Patienters ret til at indberette utilsigtede hændelser.

I forbindelse med den enighed, som regeringen i januar 2003 opnåede med Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Det Radikale Venstre og Kristeligt Folkeparti, blev det aftalt, at patient-sikkerhedssystemet efter 2 års drift skulle evalueres med henblik på at vurdere, hvordan patienter og pårørende vil kunne inddrages under ordningen.

Patientsikkerhedsordningen trådte i kraft den 1. januar 2004 og har nu været i drift i lidt over 1 år. Ministeriet er i samarbejde med Sundhedsstyrelsen i færd med at forberede den evalueringsordning, som blandt andet skal undersøge muligheden for at give patienter og pårørende adgang til at rapportere utilsigtede hændelser og fejl i ordningen. Når denne evaluering foreligger i foråret 2006, tages der stilling til, hvordan og hvornår patienter og pårørende kan inddrages under ordningen.

Sundhedsstyrelsens godkendelseskompetence vedr. lands- og landsdelsfunktioner.

Sundhedsstyrelsens kompetence til at stille krav til og godkende placeringen af lands- og landsdelsfunktioner (II-funktioner) findes i sundhedslovforslaget § 209.

Sundhedsstyrelsen varetager allerede efter de nu gældende regler den overordnede planlægning af II-funktionerne i Danmark. Styrelsen udarbejder med nogle års mellemrum en specialevejledning efter indgående drøftelser mellem fagfolk på de enkelte områder og amterne/H:S. Vejledningen angiver, på hvilke sygehuse de enkelte højt specialiserede funktioner placeres. Denne vejledning følges som den helt overvejende hovedregel af amterne/H:S. Hvis et amt ønsker at oprette en II-funktion, som ikke er forudset i vejledningen, vil det altid ske efter en forhandling, ligesom det vil være tilfældet ved væsentlige ændringer i eksisterende II-funktioner. Specialeplanlægningen har således præg af en samarbejdsproces. Ministeren har imidlertid – og det vil i praksis være efter Sundhedsstyrelsens indstilling – som en »nødbremse« mulighed for at bestemme, hvor en bestemt slags patienter skal behandles og dermed mulighed for at lukke for behandlingen andre steder, jf. sygehuslovens § 13, stk. 5.

Bestemmelserne i lovforslaget styrker styrelsens beføjelser derved, at II-funktioner udtrykkeligt skal godkendes, og at en sådan godkendelse kan inddrages. Men det er stadig en forudsætning, at processen vil foregå i et samarbejde med fagfolk og regioner, og at der i langt de fleste tilfælde vil være enighed mellem regioner og styrelse om planlægningen. Samarbejdet om planlægningen understreges af bestemmelserne i § 208 om det rådgivende udvalg for specialeplanlægning med deltagelse af de lægefaglige selskaber og regionerne. Drøftelserne i udvalget vil være en vægtig del af grundlaget for Sundhedsstyrelsens godkendelser m.v. efter § 209.

Beføjelserne efter § 209 indebærer, at styrelsen skal godkende II-funktionernes placering på sygehuse, altså ikke blot f.eks. på regioner. Baggrunden er, at kravene til en II-funktion sjældent alene knytter sig til den enkelte sygehusafdeling, der er tale om. De højt specialiserede funktioner fordrer meget ofte tilstedeværelse på samme sygehus af og samarbejde med en række andre afdelinger på tilgrænsende områder og adgang til hjælpe- og specialfunktioner på højt niveau. Derfor indgår de samlede relevante faciliteter og funktioner på sygehuset i grundlaget for styrelsens vejledning – og efter forslaget for godkendelserne. Dertil kommer, at II-funktionernes geografiske placering i sagens natur har betydning også uden for egen region. Også regionerne vil selvsagt være opmærksomme på disse sammenhænge. Derfor må det forventes, at der helt overvejende vil være enighed mellem styrelse og regioner også om den geografiske placering af II-funktioner.

Psykiatri.

Psykiatrien lægges på linje med andre lægelige specialer i regionerne sammen med den øvrige del af det behandlende sundhedsvæsen. Ansvar for den sociale indsats for sindslidende samles i kommunen.

Med sundhedsloven bliver det obligatorisk for kommuner og regioner at indgå sundhedsaftaler med det formål at sikre samordning og sammenhæng for de sindslidende, som har behov for en samlet indsats, som går på tværs af to myndighedsniveauer. For regioner og kommuner bliver det herefter et obligatorisk element i disse sundhedsaftaler at fastlægge ansvaret for at koordinere indsatsen for de såkaldte dobbeltdiagnosepa-

tienter, som ved siden af deres sindslidelse har et misbrug.

Specialtandpleje efter sundhedslovens § 134.

Sundhedslovforslagets § 134 fastlægger kommunernes pligt til at give et specialiseret tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, praksistandplejen eller i omsorgstandplejen.

Det vil (ligesom i dag) fremgå af den kommende bekendtgørelse vedrørende specialtandpleje, at sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl. vil kunne henvises direkte til specialtandpleje. Den målgruppe, der vil kunne henvises direkte til specialtandpleje, vil være den samme som i dag. Det vil samtidig blive fastsat, at personer, der er henvist til specialtandpleje, og som efter *tandlægefaglig* visitation og rådgivning i specialtandplejen ikke skønnes at have behov for specialiseret behandling, kan henvises til behandling i omsorgstandplejen eller i sygesikringstandplejen.

Det vil ligesom i dag blive fastsat i en bekendtgørelse, hvad specialtandplejetilbudet skal omfatte (indholdet). Der vil blive tale om, 1) individuel og kollektiv forebyggelse inklusiv hjælp til og instruktion i tandpleje for den enkelte patient samt systematisk undervisning, oplysning m.v. til nøglepersoner omkring patienten. Herudover skal tilbuddet omfatte 2) undersøgelse af tand-, mund- og kæberegionens sundhedstilstand med individuelt fastsatte intervaller, samt 3) behandling af læsioner, sygdomme og funktionsforstyrrelser i tand-, mund- og kæberegionen, således at denne bevares i god funktionsdygtig stand under hensyntagen til den enkeltes samlede tilstand.

Skriftlige henvendelser

Udvalget har i forbindelse med udvalgsarbejdet modtaget skriftlige henvendelser fra

Amtsrådsforeningen,
 Amtstandlægekollegiet,
 Bornholms Regionskommune,
 Dansk Kiropraktor Forening,
 De Samvirkende Invalideorganisationer,
 Den politiske formandsgruppe i Kalundborg,
 Det Nationale Råd for Folkesundhed,

Sundhedsrådmænd Niels Erik Eskildsen,
 Århus Kommune,
 Forbrugerrådet,
 Foreningen af Speciallæger,
 Benny Kristensen, Odense,
 LO Faglige Seniorer,
 Lægemedelindustriforeningen,
 Ólrunn í Hjöllum Nielsen, Odense SV,
 Overlægeforeningens Psykiatriudvalg,
 Praktiserende Lægers Organisation,
 Rådet for Socialt Udsatte,
 Kurt Stoldt, Lystrup og
 Tandlægenes Nye Landsforening.

Indenrigs- og sundhedsministeren har over for udvalget kommenteret henvendelserne.

Deputationer

Endvidere har følgende mundtligt over for udvalget redegjort for deres holdning til lovforslaget:

Den politiske formandsgruppe i Kalundborg,
 Sundhedsrådmænd Niels Erik Eskildsen,
 Århus Kommune
 Foreningen af Speciallæger,
 Landsforeningen SIND,
 Ólrunn í Hjöllum Nielsen, amtstandlæge Fyn
 m.fl. og
 Tandlægenes Nye Landsforening.

Møder

Udvalget har haft møder om lovforslaget med følgende:

Amtsrådsforeningen,
 Lægemedelindustriforeningen og
 Overlægeforeningens Psykiatriudvalg.

Høringer over kommunalreformen

Udvalget har været inviteret til at deltage i Det Politisk-Økonomiske Udvalgs høring om kommunalreformens økonomiske konsekvenser den 6. april 2005 og Retsudvalgets høring om retssikkerhedsmæssige konsekvenser af kommunalreformen den 3. maj 2005.

Spørgsmål

Udvalget har stillet 207 spørgsmål til indenrigs- og sundhedsministeren til skriftlig besvarelse, som denne har besvaret med undtagelse af 4 spørgsmål, som forventes besvaret af indenrigs- og sundhedsministeren inden 2. behandling.

11 af udvalgets spørgsmål og indenrigs- og sundhedsministerens svar herpå er optrykt som bilag 2 til betænkningen.

3. Indstillinger og politiske bemærkninger

Et flertal i udvalget (udvalget med undtagelse af SF og EL) indstiller lovforslaget til *vedtagelse* med de af ministeren stillede ændringsforslag. Flertallet vil stemme imod de af et mindretal stillede ændringsforslag.

Flertallet kan tiltræde indenrigs- og sundhedsministerens tilkendegivelse under punkt 2 i betænkningen.

Venstres, Dansk Folkepartis og Det Konservative Folkepartis medlemmer af udvalget finder, at kommunalreformen som helhed skaber grundlaget for en moderne, fremtidssikret offentlig sektor på borgernes præmisser. Opgaverne fordeles bedre, og de lokale og regionale enheder indrettes efter de opgaver, som de skal løse.

Reformen tegner en ny offentlig sektor i Danmark, hvor kommuner, regioner og stat har hver deres rolle og identitet. V, DF og KF finder, at reformen på sundhedsområdet sikrer borgerne et bedre sundhedsvæsen og skaber større sammenhæng og mere kvalitet i sundhedsvæsenets indsats. V, DF og KF konstaterer således med tilfredshed, at sundhedsloven udmønter de visioner for det danske sundhedsvæsen, som tog form med Strukturkommissionens betænkning, regeringens udspil »Det nye Danmark« og aftalen fra juni 2004 mellem DF og regeringen om strukturreformen.

Med sundhedsloven gennemføres reformen, og samtidig samles i én lov bestemmelserne om borgernes rettigheder i forhold til sundhedsvæsenet, om sundhedsvæsenets ydelser og om de centrale myndigheders opgaver. V, DF og KF finder, at der dermed er skabt en mere overskuelig og sammenhængende lovgivning, som det vil være lettere for borgere og myndigheder at få indblik i og overblik over.

De regioner, som etableres ved reformen, er indrettet med udgangspunkt i målsætningen om at sikre et fremtidigt stærkt, regionalt sundhedsvæsen. Med 5 regioner bliver der grundlag for at samle flere behandlinger, udnytte fordelene ved specialisering bedre og sikre den bedst mulige udnyttelse af ressourcerne. Samtidig vil de 5 regioner give et stærkt planlægningsgrundlag og gøre det muligt at give kvaliteten et markant løft.

Med de nye stærkere kommuner er der endvidere skabt grundlag for, at kommunerne får en væsentlig styrket rolle på sundhedsområdet.

V, DF og KF mener, at reformen på sundhedsområdet skaber et forbedret grundlag for at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af administrative grænser samt let og lige adgang til forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje på et højt fagligt niveau, samtidig med at der sker en styrkelse af borgernes frie valgmuligheder. Endvidere skabes der grundlag for en stærkere indsats for at sikre kvalitet, effektivitet og faglig udvikling i sundhedsvæsenet i et samspil med de centrale sundhedsmyndigheder, der tildeles styrkede beføjelser.

Socialdemokratiets og Det Radikale Venstres medlemmer af udvalget konstaterer, at regeringen har været fuldstændig fastlåst i den hovedarkitektur, som den aftalte med Dansk Folkeparti i juni 2004. Hovedarkitekturen har derfor været en præmis, som det ikke har været muligt at ændre på under forhandlingerne om lovforslagene. Det gælder også i forhold til regeringens finansieringsmodel på sundhedsområdet, som S og RV er uenige i. S' og RV's holdning til strukturreformens hovedarkitektur fremgår af det fælles betækningsbidrag til lovforslag nr. L 65 (lov om regioner og nedlæggelse af amtskommuner m.v.), som der henvises til.

Regionernes finansiering

S og RV har noteret sig, at regeringen og Dansk Folkeparti på eget initiativ har valgt at tage finansieringsdelen ud af nærværende lovforslag og indsætte den i forslag til lov om regionernes finansiering (L 71), som S og RV vil stemme imod. Sundhedsloven rummer herefter ikke bestemmelser om regionernes finansiering.

S og RV er grundlæggende uenige i den måde, regeringen har valgt at indrette regionernes finansiering på, og kan derfor heller ikke tage et medansvar for den valgte model. S og RV har uændret den opfattelse, at regionerne bør sikres egen ret til at udskrive skatter – i tråd med det anerkendte forvaltningsprincip om, at opgaver og økonomisk ansvar bør følges ad. Al erfaring tilsiger, at skatteudskrivningsretten holder de folkevalgte fast på deres økonomiske ansvar. Den giver politikerne det bedst mulige udgangspunkt for at prioritere og træffe vanskelige beslutninger til gavn for effektiviteten og omkostningsbe-

vidstheden i opgaveløsningen. Skatteudskrivningsretten vil på den måde kunne modvirke behovet for stigende skatter.

I sidste ende skal udgifterne til sundhedsområdet under alle omstændigheder finansieres gennem skatter og afgifter. Dette er værd at understrege, for mens regeringen med den ene hånd fjerner skatteudskrivningsretten fra regionerne – stik imod sagkundskabens mange advarsler – indfører den med den anden hånd en statslig sundhedsskat. Alt sammen øger i sidste ende uigenkendskueligheden for borgerne samt sandsynligheden for, at det bliver sværere at styre de offentlige sundhedsudgifter. Det er symbolpolitik af værste art.

Grundlæggende er S og RV enige i, at kommunerne fremover bør bidrage til finansieringen af sundhedsområdet. Økonomiske incitamenter er et redskab, der rigtigt anvendt kan være med til at styrke kommunernes indsats på området. Men S og RV har noteret sig, at regeringens finansieringsmodel, hvor kommunerne bl.a. betaler en ensartet takst for hver indlæggelse på sygehuset, har været genstand for massiv kritik – både blandt uafhængige eksperter/forskere og de faglige organisationer. Den helt generelle finansieringsmodel, regeringen har valgt, vil medføre kommunal medfinansiering på alle områder og udløse cirka 60-70 millioner posteringer som følge af de aktivitetsafhængige kommunale bidrag. S og RV ønsker ikke dette både uoverskuelige og uhensigtsmæssige bureaukrati, som der samtidig ikke er sandsynlighed for vil virke.

På den baggrund har S og RV i forhandlingerne stillet forslag om at få undersøgt en fleksibel finansieringsmodel, hvor hver region aftaler med sine kommuner, hvordan den kommunale medfinansiering i deres område konkret skal indrettes. S' og RV's udgangspunkt er, at denne fleksible aftalemodel skal omfatte både et kommunalt grundbidrag og et vist niveau af aktivitetsbestemt bidrag. Hvis ikke den enkelte region og dens kommuner kan blive enige, har S og RV foreslået, at man undersøger en central tilbagefaldsmodel med en kommunal medfinansiering, der primært rettes mod de medicinske behandlinger.

S' og RV's ønske om at få vurderet en fleksibel aftalemodel skal ses i lyset af, at der eksisterer bemærkelsesværdig lille viden om effekten af et kommunalt medfinansieringssystem. Rege-

ringen har under udvalgsbehandlingen ikke kunnet fremlægge nogen form for udredning eller erfaringer fra udlandet for den valgte model. Derfor har det været ekstra vigtigt for S og RV, at de myndigheder, der skal varetage sundhedsopgaven, er med til at tilrettelægge finansieringen – med afsæt i den indsigt og de særlige forhold, der gør sig gældende på sundhedsområdet.

Regeringens model skaber en risiko for, at den kommunale medfinansiering ender som en pengemaskine, der mest af alt avler frustration, afmagt og endeløs kritik hos så vel kommuner som regioner. S og RV frygter, at regeringens model vil medføre uhensigtsmæssig kassetænkning og stigende sundhedsudgifter – i lodret konflikt med regeringens erklærede mål om udgiftsneutralitet. Der henvises desuden til S' og RV's betænkning bidrag til forslag til lov om regionernes finansiering (L 71), som S og RV stemmer imod.

Sundhedsloven – generelt

Sundhedsloven er en slags sundhedsvæsenets »grundlov«, idet loven samler 15 eksisterende love under ét. Derudover omfatter loven de ændringer, der følger af strukturreformen.

S og RV hilser det velkomment, at sundhedsområdet på denne måde får sin egen lov. Det øger gennemsigtigheden for borgerne i forhold til reguleringen af sundhedsvæsenet og forbedrer mulighederne for en koordineret opgaveløsning på sundhedsområdet.

S og RV deler regeringens mål om et stærkt offentligt sundhedsvæsen, der tilbyder patienterne fri, lige og gratis adgang til forebyggelse, behandling og pleje på et højt niveau. S og RV har noteret sig ministerens svar på spørgsmålene 33-36. Heri bekræfter ministeren, at borgerne også fremover skal have adgang til vederlagsfri behandling på sygehuse samt hos alment praktiserende læger, speciallæger m.v. Ministeren fastslår, at forslaget til sundhedsloven fuldstændig uændret viderefører de nugældende regler, for så vidt angår vederlagsfri behandling. Det står derfor klart, at regeringen ikke uden en lovændring kan indføre brugerbetaling på nye områder.

S og RV mener, at det er en styrke, at det samlede sundhedsvæsen fremover placeres i fem folkevalgte regioner. De har det nødvendige befolkningsunderlag for at yde en behandling af

Bet. o. f. t. sundhedsloven

høj kvalitet i trit med den teknologiske og medicinske udvikling.

S og RV støtter, at kommunerne får et centralt medansvar for forebyggelsen.

Det er positivt, at sundhedsloven lægger op til en stærkere Sundhedsstyrelse, der løbende kan bidrage til et ensartet, højt fagligt niveau i det danske sundhedsvæsen. S og RV har dog ikke fået sikkerhed for, at Sundhedsstyrelsen også fremover får tilstrækkelige ekstra ressourcer til at løfte sine nye opgaver. Risikoen er derfor, at Sundhedsstyrelsen snarere kommer til at bremse end fremme udviklingen i sundhedsvæsenet.

Regionernes handlefrihed

Det er vigtigt, at regionerne fremover får den nødvendige plads til at udvikle det danske sundhedsvæsen til glæde for patienterne. S og RV mener uændret, at regionerne bør omfattes af kommunalfuldmagten helt på linje med kommunerne og dermed gives samme adgang til at udvikle deres opgavefelter.

I erkendelse af, at regeringen ønsker regionernes ansvar positivt afgrænset, har S og RV dog som konkrete forbedringer foreslået, at regionerne i loven skal gives en positiv ret og pligt til at udvikle sundhedsvæsenet, og at kravet om ministerens godkendelse skal udgå fra § 79, stk. 3 og 4. Det vil give regionerne den nødvendige frihed til at tage de initiativer, de skønner er nødvendige for at skabe det bedst mulige sundhedsvæsen.

Regeringen har ikke ønsket at imødekomme S' og RV's ønsker, men har forsikret, at regionerne vil få samme handlefrihed, som amterne har i dag. Det er dog en imødekommelse, at regeringen har stillet et ændringsforslag til § 79, så en regions samarbejde med offentlige myndigheder eller private virksomheder som udgangspunkt er godkendt, medmindre ministeren inden en måned har givet afslag. Det vil sikre regionerne en hurtigere sagsbehandling.

S og RV er skeptiske over for Sundhedsstyrelsens nye beføjelse til at gribe ind og beslutte, hvor højt specialiserede funktioner skal placeres, og om funktioner skal lukkes ned. Dette ansvar bør som udgangspunkt påhvile regionerne. Sundhedsstyrelsen skal naturligvis kunne skride ind, hvis lands- og landsdelsfunktionerne ikke efterlever styrelsens faglige krav. S og RV noterer dog med tilfredshed, at regeringen i sit betækningsbidrag har tilkendegivet, at ministeren

efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen kun vil bruge denne beføjelse som en »nødbremse«.

S og RV skal i den forbindelse stille sig undrende over for, at det rådgivende udvalg, som Sundhedsstyrelsen nedsætter til at lade sig rådgive af bl.a. i forbindelse med specialeplanlægningen, skal have Sundhedsstyrelsens egen øverste chef, medicinaldirektøren, som født formand. Det står tvivl om, hvorvidt Sundhedsstyrelsen på den måde sikres den nødvendige uafhængige rådgivning på området. S og RV havde foretrukket en ekstern, uafhængig formand.

Genoptræning

Genoptræningen har fra første færd stået i centrum af strukturdebatten. S og RV har derfor lagt afgørende vægt på at sikre landets patienter en bedre genoptræning og ikke mindst bedre genoptræningsforløb.

S og RV har under forhandlingerne om sundhedsloven lagt stor vægt på at sikre patienterne en ubetinget ret til genoptræning helt i overensstemmelse med deres genoptræningsplan. Med regeringens betækningsbidrag anser S og RV det for juridisk bindende, at patienterne har en klar og utvetydig ret til genoptræning i overensstemmelse med genoptræningsplanen.

Derudover er det glædeligt, at patienterne sikres mulighed for frit at kunne vælge blandt alle kommuners almindelige genoptræningstilbud. Dermed vil patienterne bl.a. kunne modtage genoptræning tæt på et midlertidigt opholdssted uden for hjemkommunen, f.eks. i deres sommerhuskommune.

S og RV skal dog beklage, at regeringen har nedsat en arbejdsgruppe, der skal undersøge hele området, men at analyser og anbefalinger først kommer efter strukturreformens vedtagelse. Dermed har forhandlingerne om genoptræningen i høj grad foregået på et mangelfuldt grundlag. S og RV vil nøje følge området – og ikke mindst, om lovens hensigt efterleves.

Forebyggelse

Et hovedformål med reformen på sundhedsområdet er at styrke den samlede indsats, når det gælder forebyggelse og sundhedsfremme. S og RV kan varmt støtte dette formål, men tvivler grundlæggende på, om det også vil ske i praksis. Et hovedproblem er i den forbindelse reformens påståede udgiftsneutralitet. Det betyder, at kom-

munerne forventes at styrke forebyggelsen uden at få tilført de nødvendige ekstra ressourcer. S og RV noterer sig dog i den forbindelse, at forebyggelse og sundhedsfremme indgår som en obligatorisk del af de sundhedsaftaler, som regionerne skal indgå med deres kommuner.

S og RV har samtidig ønsket en præcisering af regionernes ansvar for den patientrettede forebyggelse. Dette ønske har regeringen imødekommet med et ændringsforslag til § 120, der herefter utvetydigt fastslår, at regionerne har ansvar for den patientrettede forebyggelse på sygehusene og i praksissektoren.

Sammenhængen i sundhedsvæsenet

I fremtidens sundhedsvæsen skal patienterne opleve et sammenhængende system, hvad enten behandlingen foregår hjemme, på det kommunale sundhedscenter, hos egen læge eller på sygehuset, hvad enten dette er offentligt eller privat.

S og RV har i forhandlingerne ønsket, at det af sundhedsloven fremgår, at så vel kommunerne som private klinikker og hospitaler på sigt bør omfattes af samme krav til kvalitet, patientsikkerhed, patientrettigheder og it, som gælder for det øvrige sundhedsvæsen. For kommunernes vedkommende rummer sundhedsloven denne intention, dog ikke når det gælder indberetningen af utilsigtede hændelser.

Regeringen har i ministerens tilkendegivelse imødekommet S og RV på dette punkt, idet regeringen nu konstaterer, at det i forbindelse med en evaluering af patientsikkerhedsloven skal vurderes, »hvordan og hvornår ordningen skal udvides til at omfatte primærsektoren og det kommunale område«.

S og RV skal dog beklage, at regeringen ikke har ønsket at imødekomme ønsket om, at også de private klinikker og sygehuse omfattes af samme krav som det øvrige sundhedsvæsen, også når det gælder kvaliteten af behandlingen. Det svækker det sammenhængende sundhedsvæsen og skaber en unødvendig usikkerhed for patienterne.

Psykatri

Der har i forbindelse med strukturreformen været udtrykt bekymring for strukturen på det psykiatriske område, herunder specielt for, om reformen skaber tilstrækkelig sikkerhed for en sammenhængende indsats på området, og om re-

gionerne får mulighed for at fortsætte den positive udvikling på det psykiatriske område, som amterne har taget fat på.

For S og RV er det magtpåliggende, at den nye sundhedslov bidrager til en mere effektiv koordination end i dag, ikke mindst når det gælder behandlingstilbuddet til de sindslidende patienter, der også har misbrugsproblemer, de såkaldte dobbeltdiagnosepatienter. I dag oplever mange patienter med dobbeltdiagnose, at de får et utilstrækkeligt behandlingstilbud, i det omfang de overhovedet får et tilbud.

S og RV anser det for et fremskridt, at regeringen i ministerens tilkendegivelse fastslår en entydig ansvarsplacering af den behandlende psykiatri hos regionerne og af den sociale indsats for sindslidende hos kommunerne. Samtidig præciseres det, at regioner og kommuner er forpligtede til at samordne og koordinere indsatsen for dobbeltdiagnosepatienterne, så disse mennesker får et egnet behandlingstilbud og ikke bliver kastebolde mellem to myndighedsniveauer. S og RV vil nøje følge, om lovens hensigt efterleves.

Specialtandplejen

Mindretallet konstaterer, at regeringen i sit betænkingsbidrag fastslår, at sindslidende, psykisk udviklingshæmmede og andre af de svageste grupper i vores samfund også fremover vil have ret til tandlægebehandling i specialtandplejen. Mindretallet vil nøje følge området og specielt, om denne hensigt også udmøntes i praksis.

Patienten i centrum

Sundhedsoplysninger:

Sundhedsloven lægger som noget nyt op til, at sygehuset automatisk skal kunne informere patientens egen læge om behandlingen. Det mener S og RV er u hensigtsmæssigt i erkendelse af, at der fortsat vil være patienter, der ikke ønsker, at deres egen læge er bekendt med alt. De risikerer i det foreslåede system ikke at vide, at denne nye automatiske viderefremstilling til egen læge sker. Læger på sygehusene bør derfor fortsat skulle indhente patientens mundtlige eller skriftlige samtykke, før oplysninger om den pågældende patient sendes videre til egen læge.

Patientkontorer:

S og RV noterer sig, at det i sundhedslovens bemærkninger er præciseret, at patientkontorer-

ne skal »styrke patienternes retsstilling gennem en forbedret og uafhængig rådgivning og bistand«. Der er i forbindelse med høringssvarene til sundhedsloven rejst tvivl om, hvorvidt patienterne også sikres denne »uafhængige« rådgivning, idet patientvejlederne/patientkontorerne er placeret direkte under regionerne. Der er ifølge regeringen ikke hidtil gennemført tilfredshedsundersøgelser og eksterne evalueringer af patientkontorerne. Det vil S og RV opfordre til sker for på den baggrund at vurdere, om ordningen lever op til kravet om »uafhængighed«. S og RV vil nøje følge udviklingen på området.

Et *mindretal* i udvalget (SF og EL) indstiller lovforslaget til *forkastelse* ved 3. behandling. Mindretallet vil stemme for de af et mindretal under nr. 1, 2 og 6 stillede ændringsforslag og de af ministeren under nr. 3-5, 8-12, 14-22 og 25-27 stillede ændringsforslag. Mindretallet vil stemme imod det af ministeren under nr. 13 stillede ændringsforslag og stemme hverken for eller imod de af ministeren under nr. 7, 23 og 24 stillede ændringsforslag.

Socialistisk Folkepartis og Enhedslistens medlemmer af udvalget mener, det er helt umuligt at overskue, om ændringsforslagene under nr. 7, 23 og 24 er en forbedring eller forringelse af det fremsatte forslag. SF og EL finder det også mærkværdigt, at disse ændringsforslag først kommer så sent og ikke var indarbejdet i det fremsatte lovforslag.

SF og EL henviser til betænkningsbidraget til lovforslag nr. L 65, hvori SF's og EL's generelle indvendinger mod kommunalreformen oplistes.

SF og EL mener, at alle sundhedsydelser skal være gratis for befolkningen. SF og EL har derfor stillet ændringsforslag om, at man i formålsparagraffen (§ 2) skriver, at der skal være »fri og lige« adgang til sundhedsvæsenet. Dernæst foreslår SF og EL et stk. 2 til § 2 om, hvor undtagelser kan forekomme. Undtagelserne gør det muligt at fortsætte med den brugerbetaling, der er i dag, f.eks. på behandling hos tandlæge.

Med finansieringen af regionerne er opfundet en brugerbetaling for kommunerne, som opkræves hver gang en af kommunens borgere bliver indlagt på sygehus eller går til læge/speciallæge. Denne medfinansiering er SF og EL meget skeptiske over for, fordi den indbyder til, at kommunerne søger at forhindre indlæggelse og besøg hos lægen. Der vil blive lagt et pres på de prak-

tiserende læger for ikke at indlægge borgeren, og på plejehjemmet vil de ansatte blive presset til at forhindre beboeren i at søge læge.

SF og EL finder desuden, at det er u hensigtsmæssigt at flytte genoptræning og forebyggelsesarbejdet over i mindre enheder, fordi det faglige miljø smadres og kvaliteten forringes. § 120, der omhandler forebyggelse og sundhedsfremme er en generel og alvorlig forringelse. Det vil fremover være kommunerne, der alene skal løfte opgaverne, mens det i den nuværende struktur er amterne, som har sikret udvikling og koordination. Det betyder, at (de fleste) kommuner ikke har den nødvendige faglige kapacitet til at udvikle eksisterende forebyggende og sundhedsfremmende tiltag. Den nødvendige viden kan ikke tilvejebringes umiddelbart, for de ansatte i amtet kan jo ikke bare deles ud på flere kommuner og fungere på samme sæt og vis som nu. De faglige miljøer går i opløsning.

SF og EL kunne ønske sig, at der i lovforslaget blev indbygget en passus om, at relevante faggrupper og borgergrupper aktivt skal inddrages i, hvordan kommunerne vil tilrettelægge det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

Tjóðveldisflokkurinn, Inuit Ataqatigiit, Siumut og Fólkaflokkurinn var på tidspunktet for betænkningens afgivelse ikke repræsenteret med medlemmer i udvalget og havde dermed ikke adgang til at komme med indstillinger eller politiske udtalelser i betænkningen.

En oversigt over Folketingets sammensætning er optrykt i betænkningen.

4. Ændringsforslag med bemærkninger

Ændringsforslag

Af et *mindretal* (SF og EL):

Til § 2

1) I nr. 1 ændres »let« til: »fri« og efter »sundhedsvæsenet« indsættes: », jf. dog stk. 2«.

[Præcisering af, at sygehusbehandling og behandling hos alment praktiserende læger og speciallæger er vederlagsfri]

2) Som *stk. 2* indsættes:

»Stk. 2. Uanset stk. 1, nr. 1, kan der opkræves egenbetaling for ydelser efter følgende bestemmelser:

- 1) § 51, stk. 2, (betaling for tolkebistand for personer, der har boet i Danmark mere end 7 år).
- 2) § 61, stk. 2, (tilskud til lægehjælp hos alment praktiserende læge (sikringsgruppe 2)).
- 3) § 65, stk. 2, (tilskud til lægehjælp hos praktiserende speciallæge (sikringsgruppe 2)).
- 4) § 65, stk. 3, (tilskud til lægehjælp hos speciallæge (inden for hvis speciale, der ikke findes en godkendt overenskomst med det offentlige)).
- 5) §§ 66 og 73 (tilskud til behandling hos tandlæge).
- 6) §§ 67 og 73 (tilskud til behandling hos kiropraktor).
- 7) §§ 68 og 73 (tilskud til behandling hos fysioterapeut).
- 8) §§ 69 og 73 (tilskud til behandling hos fodterapeut).
- 9) §§ 70 og 73 (tilskud til behandling hos psykolog).
- 10) §§ 71 og 73 (tilskud til briller til børn under 16 år).
- 11) §§ 72 og 73 (tilskud til anden behandling).
- 12) § 74 (kommunalbestyrelsen kan undtagelsesvis yde hjælp til supplerende af de i §§ 61 og 65-72 omhandlede ydelser).
- 13) § 130, stk. 2, (tilskud til tandpleje til børn og unge i privat tandlægepraksis, hvor dette ikke er en del af det tilbud, som kommunalbestyrelsen stiller vederlagsfrit til rådighed).
- 14) § 130, stk. 4, (for børn og unge under 18 år, der vælger tandpleje på en anden kommunes tandklinik, der er dyrere end børne- og ungdomstandplejen i bopælskommunen).
- 15) §§ 144-152 (tilskud til lægemidler).
- 16) § 160 (tilskud til ernæringspræparater).
- 17) § 161 (begravelseshjælp).
- 18) § 162 (visse ydelser til søfarende m.v.).
- 19) § 167 (tilskud til tandpleje til visse kræftpatienter samt patienter med Sjøgrens Syndrom).
- 20) § 169 (tilskud til ydelser købt eller leveret i et andet EU/EØS-land).
- 21) § 172 (befordringsgodtgørelse til personer, der har ret til vederlagsfri sygehusbehandling).«

[Fastlæggelse af, hvilke ydelser fra sundhedsvæsenet der kan opkræves egenbetaling for]

Af *indenrigs- og sundhedsministeren*, tiltrådt af *udvalget*:

Til § 7

3) I *stk. 2* udgår », jf. dog § 8«.

[Konsekvensrettelse]

Til § 8

4) Paragraffen udgår.

[Fjernelse af karenstiden til ydelser i praksissekto- ren og i sygehusvæsenet]

Til § 65

5) I *stk. 3* udgår »godkendt«.

[Redaktionel ændring]

Af et *mindretal* (SF og EL):

Til § 79

6) I *stk. 2* indsættes som 2. *pkt.*:

»Et regionsråd kan dog uanset 1. pkt. ikke udleje lokaler eller udstyr, som knytter sig til den primære sygehusdrift (f.eks. sengeafdelinger, operations- og undersøgelsesstuer samt dertil hørende udstyr), til private virksomheder.«

[Muligheden for, at private virksomheder kan leje lokaler og udstyr relateret til den primære sygehusdrift på offentlige sygehuse, fjernes]

Af *indenrigs- og sundhedsministeren*, tiltrådt af et *flertal* (udvalget med undtagelse af SF og EL):

Til § 79

7) I *stk. 3* indsættes efter 1. pkt. som nye punk- tummer:

»Et sådant samarbejde anses for godkendt, medmindre regionsrådet modtager afslag på godkendelse inden en måned efter, at indenrigs- og sundhedsministeren har modtaget orientering fra regionsrådet om samarbejdet. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, hvilke oplysninger orienteringen skal indeholde, herunder om udsættelse af fristen, såfremt de nødvendige oplysninger ikke foreligger ved ori- enteringen.«

[Regionsrådet kan ved orientering om samarbej- de efter § 79, stk. 3, opnå godkendelse inden for en måned.]

Af *indenrigs- og sundhedsministeren*, tiltrådt af *udvalget*:

Til § 80

8) I *stk. 2* ændres »Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter« til: »RehabiliteringsCenter for Muskelsvind«.

[Konsekvensrettelse]

Til § 86

9) I *stk. 1* ændres »§ 279, stk. 7« til: »§ 279, stk. 8«.

[Redaktionel ændring]

Til § 120

10) I *stk. 3* indsættes efter »Regionsrådet tilbyder«: »patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt«.

[Præcisering af regionernes pligt til at tilbyde patientrettet forebyggelse i forbindelse med undersøgelse og behandling]

Til § 176

11) I *2. pkt.* udgår »godkendt«.

[Redaktionel ændring]

Til § 208

12) I *stk. 2* indsættes efter »lægevidenskabelige selskaber«: », sygeplejefaglige selskaber«.

[De sygeplejefaglige selskaber bliver repræsenteret i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning].

Af *indenrigs- og sundhedsministeren*, tiltrådt af *et flertal* (udvalget med undtagelse af SF og EL):

Til § 210

13) I *stk. 1* indsættes efter »sygehuse«: »samt på private sygehuse«.

[Videreførelse af sygehuslovens § 13, stk. 1, 1. pkt., hvorefter regionerne både skal indgå aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsfunktioner på fremmede regionale sygehuse og private sygehuse (godkendt af Sundhedsstyrelsen)].

Af *indenrigs- og sundhedsministeren*, tiltrådt af *udvalget*:

Til § 216

14) Efter *stk. 1* indsættes som nyt stykke:

»*Stk. 2.* Sundhedsstyrelsen kan iværksætte skærpet tilsyn over for den i *stk. 1* nævnte personkreds, såfremt styrelsen har begrundet formodning om, at den pågældende sundhedspersons virksomhedsudøvelse vil udgøre en forringet sikkerhed for patienter. Sundhedsstyrelsens beslutning om skærpet tilsyn kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.«

Stk. 2-4 bliver herefter *stk. 3-5*.

[Præcisering af begrebet skærpet tilsyn]

15) I *stk. 2*, der bliver *stk. 3*, ændres »*stk. 1*« til: »*stk. 1* og *2*«.

[Konsekvensrettelse]

Til § 220

16) I *stk. 1, 1. pkt.*, ændres », jf. § 140 i lov om social service« til: »omfattet af lov om social service«.

[Redaktionel ændring]

17) I *stk. 2, 2. pkt.*, ændres »jf. § 112 a i lov om social service, og til det kommunale ælde- rådsråd, jf. § 30 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.« til: »jf. lov om social service, og til det kommunale ælde- rådsråd, jf. lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.«

[Redaktionel ændring]

Til § 230

18) I paragraffen udgår »godkendt«.

[Redaktionel ændring]

19) Efter »honorarer, tilskud« indsættes: », udbetaling af tilskud, regler om henvisning til behandling«.

[Redaktionel ændring]

Til § 235

20) *Stk. 2-4* udgår.

[Bestemmelserne om kommunal medfinansiering af regionernes ydelser i praksissektoren og om statsligt aktivitetsafhængigt tilskud til regionernes ydelser i praksissektoren udgår]

Til § 239

21) Paragraffen udgår.

[Bestemmelserne om kommunal medfinansiering af regionernes ydelser i sygehusvæsenet udgår]

Til § 244

22) Paragraffen udgår.

[Bestemmelsen om statsligt aktivitetsafhængigt tilskud til regionernes sygehusvæsen udgår]

Af *indenrigs- og sundhedsministeren*, tiltrådt af et flertal (udvalget med undtagelse af SF og EL):

Til § 275

23) Paragraffen affattes således:

»§ 275. Medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning, straffes med bøde den, som undlader at efterkomme en forpligtelse efter § 216, stk. 3 og 5, eller som overtræder regler, påbud eller forbud udstedt i medfør af §§ 220 og 221.« [Straffebestemmelse]

Ny paragraf

24) Efter § 277 indsættes som ny paragraf:

»§ 01. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i forskrifter, der udstedes i medfør af § 230, fastsætte bestemmelser om straf af bøde for overtrædelse af bestemmelser i forskrifterne.«

[Bemyndigelse til at fastsætte straf]

Af *indenrigs- og sundhedsministeren*, tiltrådt af udvalget:

Til § 279

25) I stk. 2, nr. 10, ændres »Kapitel 1« til: »§§ 1-3 og 4 a«.

[Konsekvensrettelse]

26) I stk. 4 indsættes efter 1. pkt. som nyt punktum:

»Samtidig ophæves § 13 i lov om sygehusvæsenet.«

[Konsekvensrettelse]

27) Efter stk. 4 indsættes som nyt stykke:

»Stk. 01. § 216 træder i kraft den 1. januar 2006. Samtidig ophæves § 4 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 790 af 10. september 2002.«

[Ikrafttrædelsesbestemmelse]

Bemærkninger

Til nr. 1 og 2

Ændringsforslagene har til formål at sikre, at der ikke hersker nogen tvivl om, at det fundamentale princip i det danske sundhedssystem om, at ydelser fra det danske sundhedsvæsen som udgangspunkt og alt overvejende hovedregel er vederlagsfri, også gælder uændret fremover. SF og EL finder det vigtigt at få fastslået, at lovforslaget ikke indebærer ændringer i forhold til gældende regler om, hvilke ydelser borgerne har ret til vederlagsfrit. Således præciserer ændringsforslagene, at sygehusbehandling og behandling hos alment praktiserende læger og speciallæger m.v. forbliver vederlagsfri ydelser for borgerne.

SF og EL mener nemlig ikke, at der i lovforslaget er fuld sikkerhed for en sådan fortolkning, jf. at det oprindelige »fri og lige adgang« i lovforslagets formålsbestemmelse (§ 2) er ændret til »let og lige adgang«, og at indenrigs- og sundhedsministeren i et brev til udvalget oplyser, at ministeriet ved en fejl ikke har fået præciseret i bemærkningerne til § 2, at princippet om vederlagsfri adgang til sygehusydelser, lægehjælp, kommunale sundhedsydelser m.v. fastholdes, jf. L 74 – bilag 4.

SF og EL havde på den baggrund gerne set, at indenrigs- og sundhedsministeren af egen drift havde stillet ændringsforslag til præcisering af, at dette grundlæggende princip fastholdes, men det har indenrigs- og sundhedsministeren afvist, jf. ministerens svar på spørgsmål 36.

Den i ændringsforslag nr. 1 foreslåede ændring indeholder en præcisering af, at det fundamentale udgangspunkt i det danske sundhedssystem om, at ydelser fra det danske sundhedsvæsen er vederlagsfri, fastholdes.

Det i ændringsforslag nr. 2 foreslåede stk. 2 fastlægger, hvilke ydelser der kan opkræves egenbetaling for. De nævnte ydelser baserer sig på indenrigs- og sundhedsministerens svar på spørgsmål 33, hvor ministeren bl.a. har oplyst, hvilke ydelser der efter lovforslaget kan opkræves egenbetaling for. SF og EL har samtidig noteret sig, at indenrigs- og sundhedsministeren i sit svar på spørgsmål 33 tillige har oplyst, at der er tale om en fuldstændig videreførelse af gældende regler.

Med ændringsforslagene tilsigtes således en præcisering af, at de gældende regler for, hvilke ydelser der er vederlagsfrie, og hvilke ydelser der kan opkræves egenbetaling for, fastholdes, ligesom ændringsforslagene har til formål at understøtte princippet om, at ydelser fra det danske sundhedssystem som udgangspunkt også fremover skal være vederlagsfrie.

Til nr. 3

Ændringen er en konsekvens af, at § 8 udgår.

Til nr. 4

Med ændringsforslaget fjernes karenstiden til ydelser i praksissektoren og i sygehusvæsenet, således at der ikke er karenstid for ydelser efter sundhedsloven.

Enhver person, der har bopæl i Danmark, har i dag ret til ydelser efter sygesikrings- og sygehusloven. Personer, der flytter til landet, har dog først ret til ydelser seks uger efter tilflytningen, medmindre de er omfattet af særlige undtagelsesregler. Endvidere har enhver person, der opholder sig i Danmark, ifølge sygehusloven ret til vederlagsfri akut sygehusbehandling.

Undtaget for karenstid er personer, der flytter til eller får arbejde i Danmark, i det omfang disse personer kan sammenlægges seks ugers forsikringstid optjent i en anden stat, jf. overenskomster med andre stater og EF-retten, her reglerne i Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger for arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet.

Der gælder i dag heller ingen karenstid for personer, der vender tilbage for at tage bopæl her i landet efter at have opholdt sig i udlandet som udsendte repræsentanter for en dansk offentlig myndighed, ansat i et dansk firmas filial eller underselskab eller i øvrigt beskæftiget i dansk interesse eller med henblik på uddannelse, jf. bekendtgørelser fastsat i medfør af § 1, stk. 3, i sygesikringsloven og § 5, stk. 7, i sygehusloven.

Endelig gælder der i dag ingen karenstid for ret til ydelser efter loven om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme, loven om forebyggende sundhedsordninger for børn, loven om hjemmesygeplejerskeordninger samt loven om tandpleje m.v.

Ændringsforslaget medfører en forenkling af den kommunale administration med karenstidsordningen.

Når en person flytter til Danmark, skal kommunen efter de gældende regler således tage stilling til, om personen er omfattet af seks ugers karenstid. Mere end halvdelen af de borgere, der årligt flytter til Danmark, skønnes at være omfattet af undtagelsesreglerne, således at de umiddelbart har helt eller delvis ret til lovens ydelser fra det tidspunkt, hvor de er registreret i folkeregisteret. Der er dog tale om en konkret stillingtagen fra kommunens side i hvert enkelt tilfælde. Der er således forbundet en væsentlig administration med karenstidsordningen.

Med ændringsforslaget imødekommes derudover en af anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens redegørelse for sundhedsbetjeningen af flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark, hvad angår smitsomme sygdomme, april 2002.

Ifølge Sundhedsstyrelsen udgør karenstiden et særligt problem for helbredsundersøgelse af udlændinge, der kommer til Danmark fra risikoområder. Det skønnes derfor hensigtsmæssigt, at de pågældende kan undersøges inden for de seks uger, herunder for smitsomme sygdomme. Med en ophævelse af karenstiden vil alle personer, der flytter til Danmark, få mulighed for at opsøge egen læge allerede fra tilmeldingen til folkeregisteret. Der henvises herom til 1. behandlingen af beslutningsforslag nr. B 42 den 28. april 2005.

Ændringsforslaget vil medføre en merudgift for regionerne og en besparelse for kommunerne. De samlede offentlige merudgifter ved ændringsforslaget skønnes at udgøre i størrelsesordenen 2 mio. kr. årligt.

Til nr. 5

Der er tale om en redaktionel ændring, der er en følge af, at de faglige organisationers overenskomster med det offentlige, jf. § 228, ikke skal godkendes.

Til nr. 6

Det følger af den i lovforslaget foreslåede § 79, stk. 2, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at et regionsråd mod betaling kan tilbyde behandlinger og ydelser på re-

gionens sygehuse, herunder udlejning af lokaler og udstyr til offentlige myndigheder og private virksomheder.

Ændringsforslaget har til formål at sikre, at der ikke vil kunne fastsættes bestemmelser om, at et regionsråd kan udleje lokaler og udstyr på et af regionens sygehuse til private virksomheder, når der er tale om lokaler og udstyr, som benyttes i forbindelse med den primære sygehusdrift (dvs. patient-behandling og -undersøgelser og lign.).

Ændringsforslaget ændrer derimod ikke på, at der fortsat vil være mulighed for, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at regionsrådet fortsat kan udleje lokaler og udstyr til private virksomheder i forbindelse med, at disse forestår f.eks. cafeteria- og kioskdirften på sygehuset (dvs. accessoriske ydelser i sygehusvæsenet).

Til nr. 7

Efter sundhedslovens § 79, stk. 3, 1. pkt. kan et regionsråd efter indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver efter lovens afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og påtage sig dermed forbundne udgifter.

Det foreslås, at et sådant samarbejde anses for godkendt, medmindre regionsrådet modtager afslag på godkendelse inden en måned efter, at indenrigs- og sundhedsministeren har modtaget orientering fra regionsrådet om samarbejdet.

Formålet med ændringsforslaget er at sikre regionerne en hurtig godkendelse. Bestemmelsen understøtter endvidere den adgang, regionerne har til at udvikle sundhedsvæsenet inden for lovgivningens rammer, jf. bl.a. § 75.

Med ændringsforslaget kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om, hvilke oplysninger orienteringen skal indeholde, herunder om udsættelse af fristen, såfremt de nødvendige oplysninger ikke foreligger ved orienteringen.

Denne hjemmel vil blive benyttet til at fastsætte, at orienteringen bl.a. skal indeholde følgende oplysninger:

- En beskrivelse af samarbejdet, herunder samarbejdets sammenhæng med regionernes opgaveløsning efter sundhedsloven.

- Selskabsform.
- Samarbejdets finansiering og budget.
- Samarbejdspartnere.

Endvidere vil det blive fastsat, at fristen kan forlænges med den tid, det tager regionerne at fremlægge de oplysninger, som indenrigs- og sundhedsministeren skønner nødvendige for at tage stilling til spørgsmålet om godkendelse, såfremt de ikke forelå ved orienteringen om samarbejdet.

Til nr. 8

Ændringsforslaget er en konsekvens af, at Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter har ændret navn til RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, hvilket centeret i april 2005 har fået Civilstyrelsens tilladelse til.

Til nr. 9

Der er tale om en redaktionel ændring af en henvisning.

Til nr. 10

Med ændringsforslaget præciseres det, at regionerne er forpligtede til – på samme måde som amterne er det i dag – at give forebyggelsestilbud til den enkelte patient som led i undersøgelse og behandling af patienten på sygehus og i praksissektoren, jf. § 5.

Eksempler på forebyggelsestilbud kan være diætvejledning til f.eks. diabetikere, patienter med hjertesygdomme og overvægtige, vejledning om rygeafvænning til f.eks. patienter med kræft og hjerte- og kredsløbssygdomme.

Med bestemmelsen i § 120 fastlægges det her efter, at regionsrådet skal tilbyde dels patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og praksissektoren m.v., dels rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats med henblik på at skabe rammer for sund levevis og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Til nr. 11

Der er tale om en redaktionel ændring, der er en følge af, at de faglige organisationers overenskomster med det offentlige, jf. § 228, ikke skal godkendes.

Til nr. 12

Med ændringsforslaget bliver de sygeplejefaglige selskaber repræsenteret i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

Til nr. 13

Ændringsforslaget sigter på en uændret videreførelse af sygehuslovens § 13, stk. 1, 1. pkt., hvorefter det påhviler hver amtskommune at indgå aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsfunktioner på fremmede amtskommunale sygehuse samt på private sygehuse.

En forudsætning for, at regionsrådene vil være forpligtet til at indgå aftale om lands- og landsdelsfunktioner med så vel offentlige som private sygehuse, er, at Sundhedsstyrelsen har godkendt placeringen i medfør af lovforslagets § 209.

Det er ikke tilstrækkeligt til at indgå i den overordnede specialeplanlægning efter § 209 vedrørende lands- og landsdelsfunktioner, at et sygehus opfylder de nødvendige krav vedrørende behandlingskvalitet m.v. Der skal også være behov for den pågældende sygehusafdeling i forhold til den overordnede specialeplanlægning på landsniveau. Det gælder også med hensyn til private sygehuse. Private sygehuse kan f.eks. være kvalificerede til at foretage nærmere bestemte højt specialiserede operationer uden samtidig at varetage lands- eller landsdelfunktioner som sådan inden for det pågældende område, herunder udvikling, uddannelse og forskning mv. Det bemærkes, at ingen private sygehuse i dag varetager lands- og landsdelsfunktioner, ud over det foreningsjede epilepsihospital Dianalund.

Til nr. 14

Den foreslåede ændring indebærer, at Sundhedsstyrelsen kan iværksætte skærpet tilsyn over for personer inden for sundhedsvæsenet, såfremt der er en begrundet formodning om, at sundhedspersonens virksomhedsudøvelse vil udgøre en forringet sikkerhed for patienter.

Efter lovforslagets § 216, stk. 1, fører Sundhedsstyrelsen et generelt tilsyn med sundhedspersoners faglige forhold. Efter bestemmelsens stk. 2, der bliver stk. 3, kan styrelsen afkræve personer inden for sundhedsvæsenet de oplysninger, der er nødvendige for tilsynet. De oplysninger, som Sundhedsstyrelsen kan afkræve en sundhedsperson i medfør af bestemmelsen – der

svarer til § 4, stk. 2, i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. – vil typisk relatere sig til belysning af en sundhedspersons håndtering af en faglig problemstilling. Der kan f.eks. være tale om journalmateriale, redegørelser om en konkret behandling af en patient, herunder baggrunden herfor, hvilken information patienten har modtaget i forbindelse med behandlingen m.v. Sundhedsstyrelsens indhentning af oplysninger kan være foranlediget af oplysninger i pressen, henvendelse fra faglige selskaber eller patienter m.v.

Sundhedsstyrelsens tilsyn kan resultere i, at sagen oversendes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn efter centralstyrelseslovens § 12, stk. 2 – hvorefter styrelsen skal indbringe sager til nævnet, som styrelsen finder vil kunne give grundlag for kritik eller anden sanktion over for personer inden for sundhedsvæsenet – eller at Sundhedsstyrelsen finder grundlag for at iværksætte yderligere undersøgelser vedrørende den pågældendes virksomhedsudøvelse m.v. Tilsynet kan også resultere i, at sagen henlægges.

Med det foreslåede stk. 2 får Sundhedsstyrelsen mulighed for at iværksætte et såkaldt skærpet tilsyn over for den pågældende sundhedsperson. Det er efter bestemmelsen en betingelse, at styrelsen har en begrundet formodning om, at sundhedspersonens virksomhedsudøvelse vil udgøre en forringet sikkerhed for patienter. Dette kan f.eks. være tilfældet, såfremt en praktiserende speciallæge flere gange har fået kritik fra Patientklagenævnet for ikke at udrede forhold om patienter, hvor der var mistanke om kræft, eller såfremt en sygeplejerske har fået en indskærpelse fra Patientklagenævnet i forbindelse med, at den pågældende har opsat blod med forkert blodtype til en patient. Sundhedsstyrelsen vil imidlertid også kunne iværksætte skærpet tilsyn alene på baggrund af borgerhenvendelser vedrørende en sundhedsperson, som eventuelt samtidig også er i offentlighedens søgelys, f.eks. fordi vedkommende anvender ikkeanerkendte behandlingsmetoder.

Sundhedsstyrelsens begrundede formodning kan være baseret på de undersøgelser m.v., som Sundhedsstyrelsen har foretaget i medfør af lovforslagets § 216, stk. 1, eller baseret på afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, det overenskomstbaserede tandlægekagesystem eller domstolene.

Sundhedsstyrelsen har efter centralstyrelseslovens § 5 a, stk. 3, mulighed for at påbyde en sundhedsperson specifikke ændringer af kritisable forhold i dennes virksomhedsudøvelse, eller at indstille til indenrigs- og sundhedsministeren, at den pågældendes virksomhedsområde delvis indskrænkes. Der vil imidlertid i flere tilfælde være situationer, hvor Sundhedsstyrelsen ikke umiddelbart finder fornødent grundlag for et påbud eller indskrænkning af virksomhedsområdet. Styrelsen kan imidlertid finde behov for, at der rettes særlig opmærksomhed mod den pågældende sundhedspersons virksomhedsudøvelse, idet den pågældendes hidtidige virksomhedsudøvelse giver begrundet formodning om en forringet sikkerhed for patienter.

I disse situationer vil Sundhedsstyrelsen over en given tidsperiode kunne iværksætte et skærpet tilsyn efter den foreslåede bestemmelse. Det skærpede tilsyn kan f.eks. indebære, at sundhedspersonen skal indsende journaler til embedslægen, at embedslægen foretager kontrolbesøg hos sundhedspersonen, at tilsynsmyndighederne kan indkalde den pågældende til samtale, eller at sundhedspersonen skal afgive en redegørelse vedrørende et eller flere særlige faglige forhold.

Det skærpede tilsyn kan også vedrøre en læges ordinationsmønster af afhængighedsskabende lægemidler. Efter lægelovens § 5 a kan Sundhedsstyrelsen pålægge en læge at føre nøjagtige optegnelser om ordination af euforiserende stoffer og at indsende disse optegnelser til embedslægen (den såkaldte »listepligt«). I tilknytning til et sådant påbud kan styrelsen med ændringsforslaget nu iværksætte skærpet tilsyn i relation til den pågældendes ordinationsmønster, såfremt det formodes, at den pågældendes ordinationer vil udgøre en forringet sikkerhed for patienter.

Det bemærkes, at betingelsen for iværksættelse af de nævnte foranstaltninger ved skærpet tilsyn ikke er så strenge som kravene efter centralstyrelseslovens § 7, hvor Sundhedsstyrelsen i påtrængende tilfælde midlertidigt kan fratage en sundhedsperson autorisationen, såfremt sundhedspersonens fortsatte virksomhed skønnes at frembyde overhængende fare for patienten.

Iværksættelse af skærpet tilsyn forudsætter, at den pågældende sundhedsperson underrettes herom, ligesom Sundhedsstyrelsen i forbindelse med iværksættelse af skærpet tilsyn vil have

pligt til at følge almindelige forvaltningsretlige principper (kontradiktion m.v.). I øvrigt vil Sundhedsstyrelsens beslutning om at iværksætte et skærpet tilsyn ikke kunne indbringes for anden administrativ myndighed, da beslutningen om skærpet tilsyn vil vedrøre sundhedsfaglige skøn, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet i givet fald ikke vil kunne tage stilling til.

Det forventes, at Sundhedsstyrelsen vil iværksætte skærpet tilsyn over for ca. 40-50 sundhedspersoner årligt.

En retlig regulering af skærpet tilsyn skal bl.a. ses i sammenhæng med det ændringsforslag, som ministeren har stillet til lovforslaget om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (L 75) vedrørende offentliggørelse af klagesager og tilsynssanktioner, herunder skærpet tilsyn. Bestemmelsen foreslås at træde i kraft den 1. januar 2006, jf. ændringsforslag nr. 27, samtidig med offentliggørelsesordningen.

Til nr. 15

Ændringen er en konsekvens af ændringsforslag nr. 14.

Til nr. 16 og 17

Med ændringerne henvises der ikke længere til en specifik bestemmelse i serviceloven og retssikkerhedsloven, men til disse love i deres helhed.

Der er i nr. 16 tale om fjernelse af paragrafhenvisningen til plejehjem omfattet af servicelovens regler og i nr. 17 af paragrafhenvisningen til bruger- og pårønderrådet samt det kommunale ældreråd efter henholdsvis servicelovens og retssikkerhedslovens regler. Dette sker med henblik på at sikre fuld overensstemmelse mellem sundhedsloven og de to love på det sociale område – også efter aktuelle og eventuelle senere ændringer af paragrafnummereringen af serviceloven og retssikkerhedsloven.

Det tilsigtes således med ændringerne hverken at ændre dækningsområdet for Sundhedsstyrelsens tilsynsforpligtelse eller modtagerkredsen for Sundhedsstyrelsens tilsynsrapport.

Til nr. 18 og 19

Der er tale om en redaktionel ændring, som bl.a. er en følge af, at de faglige organisationers

overenskomster med det offentlige, jf. § 228, ikke skal godkendes.

Til nr. 20

Bestemmelserne om kommunal medfinansiering af regionernes ydelser i praksissektoren og om statsligt aktivitetsafhængigt tilskud til regionernes ydelser i praksissektoren udgår af sundhedsloven, men overføres til forslag til lov om regionernes finansiering, L 71.

Til nr. 21

Bestemmelserne om kommunal medfinansiering af regionernes ydelser i sygehusvæsenet udgår af sundhedsloven, men overføres til forslag til lov om regionernes finansiering, L 71.

Til nr. 22

Bestemmelsen om statsligt aktivitetsafhængigt tilskud til regionernes sygehusvæsen udgår af sundhedsloven, men overføres til forslag til lov om regionernes finansiering, L 71.

Til nr. 23

Med ændringen, hvorefter der medtages en henvisning til lovens § 216, stk. 3 og 5, videreføres adgangen i centralstyrelseslovens § 4, stk. 2 og 4, til med bøde at straffe sundhedspersoner, der ikke afgiver de oplysninger, som er nødvendige til brug for Sundhedsstyrelsens tilsyn.

Til nr. 24

Ændringsforslaget er en videreførelse af sygesikringslovens § 12 a, stk. 5, 1. pkt., hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren i forskrifter, der udstedes i medfør af stk. 2 og 3, kan fastsætte

bestemmelser om straf af bøde for overtrædelse af bestemmelserne i forskrifterne.

I sygesikringslovens § 12 a, stk. 2 og 3, er det fastlagt, at indenrigs- og sundhedsministeren kan bestemme, at praktiserende læger ikke må tage et større honorar for de enkelte ydelser efter § 6 end de efter stk. 1 fastsatte tilskud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere bl.a. bestemme, at tandlæger, fysioterapeuter m.fl. ikke må tage større honorar for de enkelte ydelser efter §§ 8 og 9 end de efter stk. 1 fastsatte tilskud med tillæg af den efter lovgivningen fastsatte egenbetaling. For ydelser, der gives af praktiserende læger, tandlæger m.fl., og hvor der ikke tidligere har været aftalt overenskomstmæssige vilkår, kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte tilskud og honorar efter reglerne i stk. 1 og 2.

Til nr. 25 og 27

Ændringsforslaget indebærer, at reglerne om skærpet tilsyn – sammen med de øvrige bestemmelser i lovforslagets § 216 om Sundhedsstyrelsens individtilsyn – træder i kraft den 1. januar 2006. Samtidig med bestemmelsens ikrafttræden ophæves § 4 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v., der fastsætter de nugældende regler om individtilsyn.

Til nr. 26

Der er tale om en konsekvensrettelse, hvorefter specialeplanlægningsbestemmelserne i sygehuslovens § 13 ophæves, samtidig med at specialeplanlægningsbestemmelserne i lovforslagets §§ 208-210 træder i kraft den 1. januar 2006.

Inge-Lene Ebdrup (V) Joan Erlandsen (V) Birgitte Josefsen (V) Preben Rudiengaard (V) nfm.

Jørgen Winther (V) Birthe Skaarup (DF) fmd. Karin Nødgaard (DF) Helle Sjelle (KF)

Pia Christmas-Møller (KF) Karen Hækkerup (S) Lone Møller (S) Karen J. Klint (S)

Lene Hansen (S) Charlotte Fischer (RV) Morten Østergaard (RV) Anne Baastrup (SF)

Pernille Rosenkrantz-Theil (EL)

Tjóðveldisflokkurinn, Inuit Ataqatigiit, Siumut og Fólkaflokkurinn havdu ekki meðlimmer í udvalget.

Folketingets sammensætning

Venstre, Danmarks Liberale Parti (V)	52	Enhedslisten (EL)	6
Socialdemokratiet (S)	47	Tjóðveldisflokkurinn (TF)	1
Dansk Folkeparti (DF)	24	Inuit Ataqatigiit (IA)	1
Det Konservative Folkeparti (KF)	18	Siumut (SIU)	1
Det Radikale Venstre (RV)	17	Fólkaflokkurinn (FF)	1
Socialistisk Folkeparti (SF)	11		

Bilag 1

Oversigt over bilag vedrørende L 74

Bilagsnr.	Titel
1	Høringsnotat, fra indenrigs- og sundhedsministeren
2	Orientering om høringssvar over lovforslagene vedrørende kommunalreformen på sundhedsområdet
3	Orientering om Indenrigs- og Sundhedsministeriets tekniske gennemgang af lovforslagene vedrørende kommunalreformen på sundhedsområdet
4	Orientering om, at princippet om vederlagsfri adgang til sygehusydelse, lægehjælp, kommunale sundhedsydelse m.v. fastholdes, fra indenrigs- og sundhedsministeren
5	Kopi af svar fra indenrigs- og sundhedsministeren vedrørende kommunal medfinansiering af sundhedsudgifterne
6	Oversigt over samtlige forslag vedrørende kommunalreformen fordelt på udvalg
7	Materiale modtaget ved Indenrigs- og Sundhedsministeriets tekniske gennemgang af lovforslag på sundhedsområdet vedrørende kommunalreformen
8	Henvendelse af 24/2-05 fra Ólrunn í Hjöllum Nielsen, Odense SV
9	Henvendelse af 15/2-05 fra Lægemiddelindustriforeningen
10	Tidspunkt for udvalgets møde med Lægemiddelindustriforeningen
11	Henvendelse af 16/11-04 fra Overlægeforeningens Psykiatriudvalg
12	Tidspunkt for udvalgets møde med Foreningen af Speciallæger
13	Tidligere modtaget materiale fra Dansk Sygeplejeråd
14	Henvendelse af 9/3-05 fra Amtsrådsforeningen
15	Henvendelse af 2/3-05 fra Kurt Stoldt, Lystrup
16	Korrektion af oplysning i høringsnotat af 24/2-05, fra indenrigs- og sundhedsministeren
17	Henvendelse af 22/3-05 fra Bornholms Regionskommune
18	Henvendelse af 30/3-05 fra Amtsrådsforeningen
19	Tidsplan for besvarelse af spørgsmål
20	Materiale modtaget af Overlægeforeningens Psykiatriudvalg ved møde den 30/3-05
21	Materiale modtaget af Lægemiddelindustriforeningen ved møde den 30/3-05
22	Svar på spørgsmål nr. S 324, om den kommende sygehusstruktur giver anledning til igen at oprette neurofysiologi som selvstændigt speciale, fra indenrigs- og sundhedsministeren
23	Henvendelse af 1/4-05 fra Praktiserende Lægers Organisation
24	Henvendelse af 8/4-05 fra Tandlægerne Nye Landsforening
25	Henvendelse af 31/3-05 fra Den politiske formandsgruppe i Kalundborg
26	Henvendelse af 7/4-05 fra Lægemiddelindustriforeningen
27	Henvendelse af 21/3-05 fra Foreningen af Speciallæger
28	Oplægsholdernes plancher fra Det Politisk-Økonomiske Udvalgs høring den 6/4-05
29	Kopi SUU alm. del – svar på spm. 11 om kommentar til henvendelse af 7/12-04 fra De Samvirkende Invalideorganisationer vedrørende brugerinddragelse i relation til sundhedssektoren, fra indenrigs- og sundhedsministeren
30	Tidspunkt for udvalgets møde med Amtsrådsforeningen
31	Henvendelse af 11/4-05 fra De Samvirkende Invalideorganisationer

Bilagsnr.	Titel
32	Orientering om notat fra Fyns Amts budgetafdeling vedrørende kommunernes fremtidige medfinansiering af regionernes udgifter på sundhedsområdet og indenrigs- og sundhedsministerens kommentar hertil
33	Materiale modtaget af sundhedsrådmand Niels Erik Eskildsen, Århus Kommune ved foretræde den 13/4-05
34	Oversigt over bemyndigelsesbestemmelserne i lovforslaget samt udmøntningsplanerne for disse
35	Henvendelse af 14/4-05 og 18/4-05 fra Kurt Stoldt, Lystrup
36	Foreløbig fastsat tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget
37	Kopi af svar på spørgsmål nr. S 483 om et amtsråd kan forlænge et forsøg i 2005, således at det rækker ind i et kommende regionsråd, fra indenrigs- og sundhedsministeren
38	Henvendelse af 21/4-05 fra Amtsrådsforeningen
39	Kopi KOU L 65 – svar på spørgsmål 17, om udfordringsretten omfatter så vel sundheds- som sygehusopgaver, der udføres af det offentlige, fra indenrigs- og sundhedsministeren
40	Kopi KOU L 65 – svar på spørgsmål 29 om statens fremtidige rolle i relation til Righospitalet, fra indenrigs- og sundhedsministeren
41	Henvendelse af 28/4-05 fra LO Faglige Seniorer
42	Henvendelse af 27/4-05 fra Dansk Kiropraktor Forening
43	Kopi SOU L 38 – svar på spørgsmål om genoptræning og rehabilitering, fra socialministeren
44	Kopi SUU alm. del – svar på spørgsmål 32 om alkoholbehandling i forbindelse med kommunalreformen, fra indenrigs- og sundhedsministeren
45	Kopi KOU L 71 – svar på spørgsmål 2 om kommunernes fremtidige medfinansiering af regionernes udgifter på sundhedsområdet, fra indenrigs- og sundhedsministeren
46	Kopi SOU L 38 – svar på spørgsmål 156 om vederlagsfri fysioterapi, fra socialministeren
47	Kopi SOU L 38 – svar på spm. 161 om videreførelse af MarselisborgCentret efter Århus Amts nedlæggelse, fra socialministeren
48	Kopi SOU L 38 – svar på spørgsmål 119, om servicelovens og sundhedslovens helhedsbetragtninger indebærer, at den samlede familie om fornødent indgår i den kommunale rehabilitering, fra socialministeren
49	Kopi SOU L 38 – svar på spørgsmål 155 om, hvordan fysioterapi efter lovforslagets §§ 85 og 86 afgrænses fra det allerede gældende tilbud om fysioterapi, fra socialministeren
50	Kopi SOU L 38 – svar på spørgsmål 188 om beskrivelse af projektet om Landsindsatsen mod depression, fra socialministeren
51	Kopi KOU L 65 – svar på spørgsmål 11 og 12 om beskrivelse af sundhedsmodeller fra andre lande, hvor opgaven styres af direkte folkevalgte uden nogen indflydelse på egne indtægter, fra indenrigs- og sundhedsministeren
52	Kopi KOU L 65 – svar på spørgsmål 13 om beskrivelse af regionernes sundhedsopgaver, fra indenrigs- og sundhedsministeren
53	Referat af Det Politisk-Økonomiske Udvalgs høring om kommunalreformens økonomiske konsekvenser den 6/4-05
54	Henvendelse af 9/5-05 fra Landsforeningen SIND
55	Ændringsforslag, fra indenrigs- og sundhedsministeren
56	Kopi SOU L 38 – svar på spørgsmål 132 om, hvorvidt regionerne har pligt til at sikre faglig udvikling af rehabiliteringsindsatsen, fra socialministeren

Bilagsnr.	Titel
57	Kopi SOU L 38 – svar på spørgsmål 200 om kommentar til henvendelse af 14/4-05 fra Netværk Socialpsykiatri, fra socialministeren
58	Svar på spørgsmål nr. S 973, om ministeren vil medvirke til at samle indsatsen for spiseforstyrrede under et ministerium, fra indenrigs- og sundhedsministeren
59	1. udkast til betænkning
60	Henvendelser af 27/4-05, 13/5-05 og 14/5-05 fra Kurt Stoldt, Lystrup
61	Kopi KOU L 71 – svar på spørgsmål 8 om oversigt over den »brugerbetaling«, som kommunerne kommer til at betale for sine borgere til regionerne, fra indenrigs- og sundhedsministeren
62	Kopi KOU L 71 – svar på spørgsmål 32 om løn- og prisregulering, fra indenrigs- og sundhedsministeren
63	Henvendelse af 13/5-05 fra Rådet for Socialt Udsatte
64	2. udkast til betænkning
65	Henvendelse af 20/5-05 fra Forbrugerrådet
66	Henvendelse af 18/5-05 fra Benny Kristensen, Odense
67	Henvendelse af 24/5-05 fra Kurt Stoldt, Lystrup
68	Kopi KOU L 71 – svar på spørgsmål 26-29 om udgiftsbehov i regionerne, fra indenrigs- og sundhedsministeren
69	Kopi KOU L 71 – svar på spørgsmål 10-12 om regionernes udgiftsbehov, fra indenrigs- og sundhedsministeren
70	Kopi § 71-tilsynet – svar på spørgsmål 4 om psykiatrien og kommunalreformen, fra indenrigs- og sundhedsministeren
71	Kopi KOU L 65 – svar på spørgsmål 52 om beskrivelse af sundhedsmodeller fra andre lande, fra indenrigs- og sundhedsministeren
72	Ændringsforslag, fra indenrigs- og sundhedsministeren
73	Henvendelse af 31/5-05 fra Det Nationale Råd for Folkesundhed
74	Henvendelser af 29/5-05 og 31/5-05 fra Kurt Stoldt, Lystrup
75	Nyt tidspunkt for afgivelse af betænkning over lovforslaget
76	Kopi KOU L 71 – svar på spørgsmål 38 om kriterierne for udregningen af regionernes udgiftsbehov på sundhedsområdet, fra indenrigs- og sundhedsministeren
77	3. udkast til betænkning
78	Henvendelse af 31/5-05 fra Amtstandlægekollegiet
79	Skriftligt bidrag til betænkningen, fra indenrigs- og sundhedsministeren
80	4. udkast til betænkning

Oversigt over spørgsmål og svar vedrørende L 74

Spm.nr.	Titel
1	Spm. om kommentar til henvendelse af 24/2-05 fra Ólrunn í Hjöllum Nielsen, Odense SV, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
2	Spm. om, hvilke bestemmelser der »skaber et forbedret grundlag for at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af administrative grænser«, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
3	Spm. om, på hvilken måde patienten sikres et sammenhængende patientforløb, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Spm.nr.	Titel
4	Spm. om, hvordan ministeren vil sikre rehabilitering med en sammenhængende indsats, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
5	Spm. om, hvilken sikkerhed den enkelte borger har for, at sundhedsvæsenets tilbud er karakteriseret af kontinuitet, sammenhæng og tryghed, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
6	Spm., om ministeren vil konkretisere forudsætningerne om rehabilitering gennem en efterfølgende bekendtgørelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
7	Spm., om ministeren vil udarbejde fælles retningslinjer for sundhedsloven og serviceloven vedrørende rehabilitering, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
8	Spm., om genoptræning forudsætter en forudgående sygehusindlæggelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
9	Spm., om den enkelte borger har en egentlig ret til genoptræning i overensstemmelse med genoptræningsplanen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
10	Spm. om, hvorvidt »genoptræning anbefales« vil være i overensstemmelse med lovens krav om udarbejdelse af en egentlig plan, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
11	Spm., om ministeren vil garantere, at reglerne om vederlagsfri fysioterapi ikke forringes med baggrund i sundhedsloven, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
12	Spm., om den enkelte borger fremover vil have ret til vederlagsfri fysioterapi i fornødent omfang, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
13	Spm. om, hvorledes ministeren vil sikre, at serviceniveauet efter §§ 65-70 ikke begrænses gennem forhandlinger om en honoreringsoverenskomst, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
14	Spm. om, hvorledes ministeren vil sikre, at brugerorganisationer inddrages i fastlæggelsen af serviceniveauet i fysioterapibehandlingen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
15	Spm. om, hvorledes fysioterapibehandling forudsættes at indgå i genoptræningen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
16	Spm., om ministeren vil fremsætte teknisk ændringsforslag til § 80, der tager højde for, at Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter har ændret navn til RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
17	Spm., om ministeren løbende vil vurdere de fastsatte økonomiske rammer for de foreningsejede behandlingssteder, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
18	Spm. om MarselisborgCentrets fremtidige arbejde, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
19	Spm. om, hvorledes sundhedsloven vil påvirke de fremtidige relationer mellem Århus Kommune og MarselisborgCentret, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
20	Spm. om, hvorledes den fremtidige relation vil være mellem sundhedslovens § 172 og den nuværende servicelovs § 84, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
21	Spm. om, hvilken befordringsgodtgørelse efter sundhedslovens § 172 der vil kunne ydes til personer, som ikke modtager social pension, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Bilag til bet. o. f. t. sundhedsloven

- | Spm.nr. | Titel |
|----------------|---|
| 22 | Spm., om servicelovens § 204 har nogen relation til rehabiliteringsbegrebet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 23 | Spm. om, hvorledes de i § 234, stk. 2, omtalte forsøg finansieres, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 24 | Spm. om oversigt over samtlige bemyndigelsesbestemmelser på sundhedsområdet i forbindelse med kommunalreformen og udmøntningen heraf, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 25 | Spm. om en oversigt over de lovparagraffer fra de enkelte love, der ikke er med i sundhedsloven, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 26 | Spm. om en oversigt over de nye initiativer i forhold til den nuværende lovgivning, der er indeholdt i den nye sundhedslov, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 27 | Spm., om der ikke opbygges en ny stor administrativ byrde i forbindelse med udskrivelse og betaling af regninger, som ikke findes i dag, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 28 | Spm. om kommentar til henvendelse af 2/3-05 fra Kurt Stoldt, Lystrup, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 29 | Spm. om kommentar til henvendelse af 22/3-05 fra Bornholms Regionskommune, og ministerens svar herpå |
| 30 | Spm. om kommentar til henvendelse af 30/3-05 fra Amsrådsforeningen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 31 | Spm. om kommentar til materiale modtaget af Overlægeföreningens Psykiatriudvalg ved møde den 30/3-05, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 32 | Spm. om kommentar til materiale modtaget af Lægemiddelindustriföreningen ved møde den 30/3-05, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 33 | Spm. om oversigt over, hvilke behandlinger m.v. der er vederlagsfri, og hvilke der er forbundet med egenbetaling, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 34 | Spm. om, hvorvidt ministeren er enig i, at princippet fri og lige adgang til det danske sundhedsvæsen skal opretholdes, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 35 | Spm. om hvorvidt ministeren er enig i, at der ikke kan lovgives i form af udvalgsbilag til et lovforslag, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 36 | Spm., om ministeren vil stille ændringsforslag, så der ikke er tvivl om, hvilke behandlinger der er vederlagsfrie, og hvilke der opkræves egenbetaling for, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 37 | Spm. om regionernes finansieringsmuligheder, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 38 | Spm. om ministerens vurdering af forebyggelsesindsatsen i økonomisk belastede kommuner, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 39 | Spm., om ministeren er enig i, at det er en væsentlig prioritet at sikre borgerne lige adgang til sundhedsfremme og forebyggelsestilbud af høj kvalitet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 40 | Spm. om beskrivelse af indholdet og omfanget af kommunernes sundhedsfremmende indsats og forebyggelsesindsats, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 41 | Spm., om ministeren er enig i, at kvalitet i behandlingen og patientsikkerheden bør have en væsentlig prioritet i det danske sundhedssystem, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |

Spm.nr.	Titel
42	Spm., om ministeren er enig i, at den danske kvalitetsmodel på sundhedsområdet også skal gælde for kommuner og privathospitaler, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
43	Spm., om bestemmelserne om rapportering af fejl og utilsigtede hændelser også skal omfatte det kommunale sundhedsvæsen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
44	Spm. om, hvor langt man er med evalueringen af amtsspecialtandpleje, som ved indførelsen blev forudsat skulle ske efter 2 år, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
45	Spm., om det er korrekt, at man på landsplan kun har nået 50 pct. af målgruppen for omsorgstandplejen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
46	Spm. om, hvordan amtstandplejen i Vestsjællands Amt er tilrettelagt, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
47	Spm., om det er korrekt, at der ikke er klageadgang over omsorgstandplejens afgørelser om at afvise en patient til behandling under omsorgstandplejen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
48	Spm. om, hvornår arbejdsgruppen, der bl.a. skal komme med forslag til den indholdsmæssige afgrænsning af den kommunale genoptræningsopgave, forventes at afrapportere, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
49	Spm. om kommunernes kommende ansvar for behandling af stof- og alkoholmisbrug, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
50	Spm. om, hvem der har ansvaret for den patientrettede forebyggelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
51	Spm., om det er muligt for en region og en kommune i henhold til deres sundhedsaftale at aftale andre betalingsretningslinjer end dem i lovforslagets § 239, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
52	Spm. om, hvordan den nye finansieringsform sikres en koordination med den fremtidige elektroniske patientregistrering, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
53	Spm. om kommentar til henvendelse af 1/4-05 fra Praktiserende Lægers Organisation, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
54	Spm. om kommentar til henvendelse af 8/4-05 fra Tandlægenes Nye Landsforening, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
55	Spm. om kommentar til henvendelse af 31/3-05 fra Den politiske formandsgruppe i Kalundborg, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
56	Spm. om kommentar til henvendelse af 21/3-05 fra Foreningen af Speciallæger, fra indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
57	Spm. om, hvorfor Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre i København ikke er nævnt i lovforslaget, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
58	Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre i København bliver omfattet af lovforslaget inden ikrafttrædelsen i 2007, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
59	Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at kommunerne varetager deres fulde forpligtelse om genoptræning af patienterne, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
60	Spm. om, hvorfor retskrav til patienterne om genoptræningsplaner er udeladt i lovforslaget, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
61	Spm. om den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering af regionale sundhedsydelser, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

- | Spm.nr. | Titel |
|----------------|---|
| 62 | Spm. om, hvilket omfang og hvilken karakter af sundhedstilbud, ministeren forventer, at kommunerne kan etablere, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 63 | Spm. om, hvordan kommunale substitutions-, genoptrænings- og forebyggelsestilbud skal finansieres, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 64 | Spm. om, hvordan ministeren forventer, at kommunerne skal kunne dække udgifterne til et funktionsdygtigt sundhedscenter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 65 | Spm. om, hvilke andre redskaber ministeren vil benytte for at få kommunerne til at oprette substitutions-, genoptrænings- og forebyggelsestilbud, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 66 | Spm., om det vil være muligt for kommuner og regioner at forhandle sig til en anden økonomisk aftale end den, der er foreslået i lovforslaget, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 67 | Spm., om ministeren vil være åben for at differentiere den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering af regionale sundhedsydelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 68 | Spm. om, hvordan ministeren vil undgå, at kommunernes muligheder for at oprette substitutions-, genoptrænings- og forebyggelsestilbud vil få de samlede sundhedsudgifter til at stige, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 69 | Spm., om ministeren kan bekræfte, at den måde, som finansieringen er bygget op på, indebærer, at regionernes eneste variable indtægtsmulighed er den del, der kommer fra kommunerne, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 70 | Spm., om ministeren kan bekræfte, at finansieringsmodellen bl.a. bygger på en forudsætning om, at kommunerne kan forebygge sig ud af sygdomsforekomster, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 71 | Spm., om ministeren kan bekræfte, at der er en lang række sygdomsforekomster og behandlinger, som det ikke er muligt for kommunerne at forebygge, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 72 | Spm., om ministeren kan bekræfte, at en konsekvens af takstfinansieringen er, at regionerne får flere indtægter fra kommunerne, hvis de laver stationære indlæggelser og behandlinger frem for ambulante, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 73 | Spm., om ministeren kan bekræfte, at den foreslåede finansieringsmodel har den konsekvens, at kommuner med mange dårligt stillede må forvente at få større udgifter end andre mindre belastede kommuner, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 74 | Spm. om illustration af virkningen af den foreslåede finansieringsmodel for nogle repræsentativt udvalgte kommuner, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 75 | Spm. om, hvad borgernes demokratiske reaktionsmulighed er i en situation, hvor en region foretager nedskæringer på grund af manglende økonomiske midler, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 76 | Spm., om ministeren kan bekræfte, at der i lovforslaget ikke er en sanktionsmulighed over for kommuner, der ikke efterlever forpligtelsen til at sørge for genoptræning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 77 | Spm., om ministeren kan bekræfte, at megen genoptræning de senere år er flyttet ud fra sygehusene, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |

Spm.nr.	Titel
78	Spm. om ministerens holdning til, at genoptræning hører under regionerne, så længe det sker som led i behandlingen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
79	Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at patienter gøres opmærksom på, at lovforlaget medfører en undtagelse i forhold til det overordnede princip om, at patienten skal give samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
80	Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at kvinder informeres om overbehandling i forbindelse med mammografiscreening, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
81	Spm., om patienter får mulighed for at indberette fejl, mangler og utilsigtede hændelser i forbindelse med deres behandling, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
82	Spm. om, hvorfor det fortsat ikke er muligt at opnå erstatning for psykiske skader som konsekvens af brug af lægemidler, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
83	Spm. om, hvordan ministeren vil opretholde sundhedsforskningens tætte samspil med erhvervslivet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
84	Spm. om uddybning af fordelingen af de 240,5 mio. kr. til udvikling og forskning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
85	Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at Region Hovedstaden kan følge med udviklingen inden for teknologi, medicin m.v., til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
86	Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at der sker en meningsfyldt personalefordeling på genoptræningsområdet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
87	Spm. om ministerens kommentar til Kjeld Møller Pedersens synspunkt om, at det planlagte aktivitetsbestemte tilskud fra kommunerne til regionerne i forbindelse med sygehusbehandling vil gøre mere skade end gavn, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
88	Spm. om dokumenteret eksempel på, hvordan det økonomiske incitament, som kommunerne får til at forebygge sygehusudgifter, vil udløse mere forebyggelse og lavere samlede offentlige udgifter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
89	Spm. om, hvorfor ministeren har valgt en model, hvor de aktivitetsbestemte kommunale tilskud til regioner på sundhedsområdet afregnes efter få faste takster, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
90	Spm., om det ikke er en forudsætning for, at kommunerne skal kunne lave målrettet forebyggende arbejde, at de kan se enkelte specifikke regninger, til afdækning af, hvor der bl.a. er behov for forebyggelsesindsats, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
91	Spm. om, hvordan regnings- og betalingssystemet vil blive indrettet i praksis, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
92	Spm. om kommentar til Kjeld Møller Pedersens oplæg »Økonomiske konsekvenser på sundhedsområdet«, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
93	Spm. om kommentar til henvendelse af 11/4-05 fra De Samvirkende Invalideorganisationer, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Spm.nr.	Titel
94	Spm. om kommentar til materiale modtaget af sundhedsrådmand Niels Erik Eskildsen, Århus Kommune, ved foretræde den 13/4-05, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
95	Spm. om, hvilke nye opgaver og funktioner Sundhedsstyrelsen tildeles, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
96	Spm., om Sundhedsstyrelsen tildeles yderligere ressourcer, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
97	Spm. om, hvilke initiativer amterne driver i dag på sundhedsområdet, som er omfattet af kommunalfuldmagten, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
98	Spm. om, hvilke former for regionalt samarbejde efter lovforslagets § 79, stk. 2, ministeren skal godkende, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
99	Spm. om, hvordan henholdsvis regeringens og amternes aktivitetsfremmende finansiering er kommet de forskellige patientgrupper til gode siden 2001, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
100	Spm., om det er regeringens mål, at den kommunale medfinansiering i sig selv fører til færre behandlinger i sygehusregi, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
101	Spm. om alternativer til den generelle model for kommunal med- og takstfinansiering, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
102	Spm. om, hvornår ministeren forventer at være klar med et takstsystem på det psykiatriske område, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
103	Spm., om ministeren har planer om at foretage en mere gennemgribende analyse af konsekvenserne af den stigende takstfinansiering af sundhedsvæsenet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
104	Spm. om, i hvilket omfang ministeren forventer, at taksterne for henholdsvis indlæggelse og ambulant behandling vil påvirke beslutningstagere i regionerne/sygehuset/afdelingen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
105	Spm. om liste over, hvilke behandlinger kommunerne vil have mulighed for at forebygge, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
106	Spm. om genindlæggelsesfrekvensen for de 30 mest anvendte DRG-diagnoser, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
107	Spm. om, hvilke 30 DRG-diagnoser der har den højeste genindlæggelsesfrekvens, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
108	Spm., om en midlertidig udskrivelse med en planlagt genindlæggelse vil tælle som en indlæggelse eller to indlæggelser, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
109	Spm. om, hvornår ministeren forventer, at alle kommuner har fuldt udviklede sundhedstilbud klar, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
110	Spm., om ministeren forventer, at kommunerne også ansætter læger som led i deres styrkede sundhedsindsats, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
111	Spm., om ministeren kan bekræfte, at sygehusene med lovforslaget mister ansvaret for al genoptræning, der foregår i patientens eget hjem, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
112	Spm., om sygehusene planlægger at tilbyde genoptræning uden for sygehusene, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Spm.nr.	Titel
113	Spm. om, hvor mange ressourcer kommunerne samlet tilføres på sundhedsområdet i forbindelse med kommunalreformen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
114	Spm. om, hvor mange ressourcer der vil gå til finansiering af regionen, og hvor mange til egne tiltag, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
115	Spm. om, hvordan bloktilskuddet til regionerne vil blive udmålt, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
116	Spm. om, i hvor høj grad den statslige sundhedsskat på 8 pct. vil dække statens sundhedsudgifter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
117	Spm., om ministeren kan udelukke, at reformen i sig selv vil medføre øgede offentlige sundhedsudgifter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
118	Spm. om beskrivelse af, hvordan administrationen af den kommunale medfinansiering udmøntes i praksis, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
119	Spm. om, hvilke udgifter til administration henholdsvis kommunerne, regionerne og staten vil få som følge af den kommunale medfinansiering, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
120	Spm., om ministeren forventer, at det vil spare ressourcer, hvis en læge ansat på et sygehus fremover kan videregive oplysninger om en patient uden vedkommendes samtykke, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
121	Spm. om, hvorfor ministeren ikke vil forpligte den enkelte sundhedsperson til at informere patienten direkte om hans eller hendes ret til at nægte videregivelse af oplysninger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
122	Spm. om, hvor mange patientvejledere amterne har ansat i dag, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
123	Spm., om der i amterne er gennemført en evaluering af patientvejlederordningen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
124	Spm., om ministeren er enig i, at den foreslåede finansiering af regionerne er et mere kompliceret system end den nuværende finansiering af amterne, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
125	Spm. om forhøjelse af grundbidraget til regionerne, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
126	Spm. om, hvorfor det statslige embedsværk i Sundhedsstyrelsen skal godkende lokalt indgåede sundhedsaftaler mellem regionsråd og kommuner, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
127	Spm. om, i hvilke tilfælde Sundhedsstyrelsen kan afvise at godkende en indgået sundhedsaftale, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
128	Spm. om kommentar til henvendelser af 14/4-05 og 18/4-05 fra Kurt Stoldt, Lystrup, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
129	Spm., om allerede indgåede gældende samarbejdsaftaler kan videreføres efter lovforslaget, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
130	Spm., om det nuværende personale inden for bl.a. diabetes- og hjerteområdet på sygehusene forventes overført til de kommende sundhedscentre, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
131	Spm., om ministeren er enig i, at et stort antal bemyndigelsesbestemmelser kan gøre det meget vanskeligt at danne sig et kvalificeret overblik over lovforslagets konsekvenser, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Spm.nr.	Titel
132	Spm. om uddybning af, at ministeren kan fastsætte regler om, at bestemte former for samarbejde kan indgås uden godkendelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
133	Spm. om, hvordan ministeren vil undgå, at der fortsat sker nedskæringer på svangerskabsområdet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
134	Spm. om kommentar til henvendelse af 21/4-05 fra Amtsrådsforeningen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
135	Spm. om specialiserede genoptræningsinstitutioner, som f.eks. Montebello, vil overgå til regionerne, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
136	Spm. om udgiftsniveauet i H:S pr. indbygger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
137	Spm., om de eksisterende stærke sundheds- og medicinalforskningsmiljøer i Hovedstadsområdet ikke vil ødelægges, hvis de offentlige midler delvis forsvinder fra Hovedstadsområdet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
138	Spm. om ministerens målsætning for forskningen med sundhedsloven, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
139	Spm. om aftaler, som et amtsråd har indgået efter styrelsesloven for et sygehus, også er gældende efter den 1. januar 2007, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
140	Spm. om kommentar til henvendelse af 28/4-05 fra LO Faglige Seniorer, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
141	Spm. om kommentar til henvendelse af 27/4-05 fra Dansk Kiropraktor Forening, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
142	Spm. om redegørelse for, i hvilke situationer regioner kan opkræve betaling i henhold til § 241, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
143	Spm. om redegørelse for, hvilke økonomiske forpligtelser regionerne kan pålægges som følge af allerede indgåede aftaler, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
144	Spm. om, hvorfor lovforslaget ikke er blevet kønsmainstreamet, som det skal ifølge ligestillingsloven, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
145	Spm. om, hvilke konkrete forbedringer i behandlingen den enkelte psykiatripatient, gigtpatient, medicinske patient m.fl. kan opleve med lovforslagets nuværende form, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
146	Spm. om, hvorfor stofmisbrugere i døgnbehandling betaler udgifterne til deres ophold under behandlingen, mens alkoholmisbrugere i døgnbehandling ikke betaler noget, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
147	Spm. om uddybning af reglerne om, at et regionsråd mod betaling kan tilbyde behandlinger og ydelser på regionens sygehuse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
148	Spm. om, hvilke partier der står bag de enkelte love, som indgår i lovforslaget, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
149	Spm. om uddybning af sammensætningen af det rådgivende udvalg for specialeplanlægning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
150	Spm., om ministeren mener, at borgerne bør have frit valg, når det gælder kommunernes sundhedscentre, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
151	Spm., om ministeren vil være positiv over for et ændringsforslag, som ligestiller narkomaner med alkoholikere, således at narkomaner ikke afkræves egenbetaling for den sociale behandling, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

Spm.nr.	Titel
152	Spm., om ministeren vil være positiv over for et ændringsforslag om gratis tandpleje, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
153	Spm. om ministerens holdning til et krav om frister i genoptræningsplaner, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
154	Spm., om kommunerne må tilbyde genoptræning mod betaling, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
155	Spm. om redegørelse for, hvordan nye behandlingsformer uden for hospitalet kan etableres, set i lyset af at regionerne ikke har kommunalfuldmagt, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
156	Spm. om, hvordan opsøgende psykoseteam skal fungere fremover, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
157	Spm. om, hvordan man fremover vil kunne sikre samarbejdet mellem regionen og kommunen i relation til de sociale tilbud, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
158	Spm. om redegørelse for, hvordan den fremtidige psykiatri kommer til at se ud, til indenrigs- og sundhedsministeren og socialministeren, og ministerens svar herpå
159	Spm., om ministeren vil stille ændringsforslag om, at der udarbejdes en bindende plan for den genoptræningsindsats, der ikke sker i forlængelse af sygehusindlæggelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
160	Spm. om kommunernes ansvar for rehabiliteringsindsatsen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
161	Spm., om ministeren vil stille ændringsforslag, som fastlægger regler om en rehabiliteringsplan, som der endnu ikke er fastsat regler om i sundhedsloven, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
162	Spm., om det i dag er muligt mod betaling at tilbyde behandlinger og ydelser på amts sygehuse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
163	Spm. om, hvordan patientens rettighed til frit valg af genoptræningstilbud sikres, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
164	Spm. om eksempler på, hvilke indsatsområder sundhedsaftalerne skal indeholde, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
165	Spm. om kontrol af forebyggelsesindsatsen, der fremover skal ligge i kommunerne, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
166	Spm. om, hvor patienten skal henvende sig, hvis kommunen ikke følger den lægefagligt udarbejdede genoptræningsplan, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
167	Spm. om ventetidsgaranti på genoptræning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
168	Spm. om beregning af Region Hovedstadens finansiering på sundhedsområdet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
169	Spm., om ministeren kan bekræfte, at det overvejes at omlægge takstsystemet for sygehusbehandling, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
170	Spm. om, hvordan de særlige forpligtelser, der påhviler afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner, påtænkes indfanget af DRG-systemet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
171	Spm. om, hvorfor ministeren i en konkret sag vælger at afvige fra Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende specialeplanlægning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
172	Spm. om, hvorfor de samfundsøkonomiske ressourcehensyn ikke skal indgå ved specialeplanlægning i privat regi, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

- | Spm.nr. | Titel |
|----------------|--|
| 173 | Spm. om, hvordan ministeren vil sikre den faglige kvalitet i højt specialiserede behandlinger, som varetages i privat regi, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 174 | Spm. om Sundhedsstyrelsens undersøgelse om lægelig forsvarlighed i en konkret sag, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 175 | Spm. om, hvorfor Sundhedsstyrelsen har ændret holdning til behandlingsmuligheder i en konkret sag, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 176 | Spm. om varetagelse af uddannelses- og forskningsforpligtelser, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 177 | Spm. om, hvordan ministeren sikrer, at Rigshospitalets forskning ikke ødelægges ved fjernelse af 240 mio. kr. til forskning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 178 | Spm. om kommentar til henvendelse af 9/5-05 fra Landsforeningen SIND, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 179 | Spm. om dækningsgraden for omsorgstandplejen og den amtslige specialtandpleje, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 180 | Spm. om redegørelse for norske erfaringer med omlægning af tandplejen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens foreløbige svar herpå |
| 181 | Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at de kommende specialtandplejepatienters behandlingsmuligheder ikke påvirkes negativt af kommunale politisk-økonomiske prioriteringer, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 182 | Spm. om kommentar til artiklen »Storebæltsbroen var også længe undervejs« af Muskelsvindfondens formand Evald Krog, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 183 | Spm. om antal embedslæger i regionerne, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 184 | Spm. om forholdet mellem normerede embedslægestillinger, faste ansættelser, midlertidigt ansatte og ubesatte stillinger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 185 | Spm. om, efter hvilke retningslinjer patientrådgivere skal indkaldes i forbindelse med indlæggelse af psykiatriske patienter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 186 | Spm., om regionerne har mulighed for at oprette psykiatriske dialogfora, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 187 | Spm., om en person, som efter sygehusbehandling modtager en genoptræningsplan, der indeholder fysioterapi, vil være afskåret fra at modtage vederlagsfri fysioterapi med sygesikringsfinansiering, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 188 | Spm. om, hvor lang tid der skal gå efter udskrivning fra sygehusbehandling med en genoptræningsplan, før en patient igen er berettiget til vederlagsfri fysioterapi, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 189 | Spm. om, hvem der fastlægger varigheden, det faglige indhold og serviceniveauet i vederlagsfri fysioterapi, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 190 | Spm. om, hvor mange personer der hvert år får stillet diagnosen apopleksi, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |
| 191 | Spm., om det er ministerens vurdering, at udgifter til vederlagsfri fysioterapi til personer med apopleksi vil falde med sundhedslovens ikrafttræden, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå |

Spm.nr.	Titel
192	Spm. om uddybning af målgrupper, som kan modtage fysioterapibehandling, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
193	Spm. om apopleksipatienters ret til fysioterapibehandling, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
194	Spm. om apopleksipatienters ret til valg af behandlingssted, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
195	Spm. om kommentar til henvendelser af 27/4-05, 13/5-05 og 14/5-05 fra Kurt Stoldt, Lystrup, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
196	Spm. om, i hvilket omfang Vejlebjerg Centret bliver påvirket af lovforslaget, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
197	Spm. om kommentar til henvendelse af 13/5-05 fra Rådet for Socialt Udsatte, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
198	Spm. om kommentar til henvendelse af 20/5-05 fra Forbrugerrådet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
199	Spm., om ministeren vil støtte et ændringsforslag, der sikrer, at Sundhedsstyrelsen fastsætter antallet af forebyggende helbredsundersøgelser hos jordmoder ved graviditet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
200	Spm. om kommentar til henvendelse af 18/5-05 fra Benny Kristensen, Odense, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
201	Spm. om, hvilken konkret personkreds eller instans, ministeren forestiller sig skal kunne foreskrive »et lægefagligt begrundet behov for genoptræning«, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
202	Spm. om opfølgning på ministerens svar på spørgsmål 196 om tilhørsforhold for Vejlebjerg Centret, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
203	Spm. om kommentar til henvendelse af 24/5-05 fra Kurt Stoldt, Lystrup, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
204	Spm. om opfølgning på ministerens besvarelse af spørgsmål 171 om Center for Rygkirurgi, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
205	Spm. om kommentar til henvendelse af 31/5-05 fra Det Nationale Råd for Folkesundhed, til indenrigs- og sundhedsministeren
206	Spm. om kommentar til henvendelser af 29/5-05 og 31/5-05 fra Kurt Stoldt, Lystrup, til indenrigs- og sundhedsministeren
207	Spm. om kommentar til henvendelse af 31/5-05 fra Amtstandlægekollegiet

Bilag 2

Nogle af udvalgets spørgsmål til indenrigs- og sundhedsministeren og dennes svar herpå, indenrigs- og sundhedsministerens brev til udvalget samt henvendelse fra Det Nationale Råd for Folkesundhed

Spørgsmålene og indenrigs- og sundhedsministerens svar herpå, indenrigs- og sundhedsministerens brev til udvalget og henvendelse fra Det Nationale Råd for Folkesundhed er optrykt efter ønske fra udvalget.

Spørgsmål 33:

Ministeren bedes tilsende udvalget en oversigt over, hvilke behandlinger m.v. som nævnt i lovforslaget der er vederlagsfri, og hvilke der er forbundet med egenbetaling. Oversigten bedes tillige indeholde en henvisning til relevante paragraffer i lovforslaget for de enkelte behandlingsformer. Det bedes endvidere for de enkelte behandlingsformer oplyst, om der er ændringer vedrørende betalingsspørgsmålet i forhold til gældende regler, og i bekræftende fald omfanget og indholdet af disse ændringer.

Svar:

Jeg vil gerne indledningsvis understrege, at det er regeringens grundlæggende politik, at borgerne skal have adgang til vederlagsfri behandling på sygehus samt hos alment praktiserende læger og speciallæger m.v. Regeringen ændrer ikke på denne politik.

Forslaget til sundhedslov ændrer derfor ikke i de gældende regler vedrørende betalingsspørgsmålet og spørgsmålet om vederlagsfrihed. Der er tale om en fuldstændig uændret videreførelse af de nugældende regler.

Forslaget indeholder de nedenfor anførte bestemmelser om *ret til* vederlagsfri behandling m.v. og om *ret til* ydelser med egenbetaling for borgere med bopæl i Danmark.

Det bemærkes, at sundhedslovforslaget i et vist omfang giver regionerne og kommunerne *mulighed for* at tilbyde borgerne sundhedsydelser herudover.

1. Vederlagsfri behandling:**Tolkebestand**

- Tolkebestand i forbindelse med lægehjælp hos praktiserende læge og sygehusbehandling, jf. § 51, stk. 1.

Behandling i praksissektoren

- Lægehjælp hos alment praktiserende læge (sikringsgruppe 1), jf. § 61, stk. 1.
- Forebyggende helbredsundersøgelser samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet, jf. § 62, stk. 1.
- Vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder, jf. § 63, stk. 1.
- Forebyggende helbredsundersøgelser af børn under den undervisningspligtige alder ved alment praktiserende læger, jf. § 64.
- Lægehjælp hos praktiserende speciallæge (sikringsgruppe 1), jf. § 65, stk. 1.
- Vederlagsfri fysioterapi til visse grupper af handicappede personer (tilskud på 100 %), jf. §§ 68 og 73.

Sygehusbehandling

- Sygehusbehandling til personer med bopæl i Danmark, jf. § 80, stk. 1, herunder behandling ved de i § 80, stk. 2, nævnte private specialsygehuse m.fl.
- Forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder samt jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet, jf. § 84.
- Genoptræningsplan til patienter med lægefagligt begrundet behov, jf. § 85.
- Brystundersøgelse til kvinder mellem 50 og 69 år, jf. § 86 og 279, stk. 8 vedr. ikrafttræden.
- Behandling på andre regionale sygehuse efter reglerne om frit sygehusvæsen, jf. § 87.
- Behandling på private og udenlandske sygehuse efter den udvidede fritvalgsordning, jf. § 88.

- Højt specialiseret, forskningsmæssig og eksperimentel behandling i udlandet m.v. efter § 90.
- Svangerskabsafbrydelse, jf. § 93.
- Fosterreduktion, jf. § 96.
- Sterilisation, jf. § 106.
- Kastration, jf. § 116.
- Beløb til personlige fornødheder, hvis betingelserne er opfyldt, jf. § 92.

Kommunale sundhedsydelser

- Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, jf. §§ 122 og 123.
- Forebyggende og behandlende tandpleje til børn og unge under 18 år, jf. § 128.
- Kommunalbestyrelsen tilbyder omsorgstandpleje, jf. § 132. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at personer, der modtager omsorgstandpleje, selv skal betale en del af udgiften til tandpleje, jf. § 133.
- Kommunalbestyrelsen tilbyder specialtandpleje til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., jf. § 134. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at patienten skal betale en del af udgiften, jf. § 135.
- Betaling for tandproteser til personer ved ulykkesbetingede tandskader, jf. § 136.
- Hjemmesygepleje, jf. § 139.
- Genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 141.
- Behandling for alkoholmisbrug, jf. § 142.
- Lægelig behandling for stofmisbrug, jf. § 143.

Øvrige ydelser

- Vaccination mod visse sygdomme, jf. § 159.
- Visse ydelser til søfarende m.v., jf. § 162.
- Regionstandpleje til børn og unge under 18 år, jf. § 163.
- Højt specialiseret odontologisk rådgivning, udredning og behandling, jf. § 164.
- Tilskud til sygehjælp m.v. til personer under midlertidigt ophold i udlandet (den offentlige rejsesygesikring), jf. § 168.

Befordring

- Godtgørelse for befordring til og fra alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge (når betingelser er opfyldt), jf. § 171.
- Befordring eller befordringsgodtgørelse til personer, der har ret til vederlagsfri sygehus-

- behandling, og som modtager social pension (når betingelserne er opfyldt), jf. § 172, stk. 1.
- Befordring med ambulance eller særligt køretøj, jf. § 172, stk. 3.
- Befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning til personer, der har behov for genoptræning efter endt behandling på sygehus (når betingelser er opfyldt), jf. § 173.

2. Ydelser med egenbetaling:

Tolkebistand

- Betaling for tolkebistand for personer, der har boet i Danmark mere end 7 år, jf. § 51, stk. 2.

Behandling i praksissektoren

- Tilskud til lægehjælp hos alment praktiserende læge (sikringsgruppe 2), jf. § 61, stk. 2.
- Tilskud til lægehjælp hos praktiserende speciallæge (sikringsgruppe 2), jf. § 65, stk. 2.
- Tilskud til lægehjælp hos speciallæge (inden for hvis speciale, der ikke findes en godkendt overenskomst med det offentlige), jf. § 65, stk. 3.
- Tilskud til behandling hos tandlæge, jf. §§ 66 og 73.
- Tilskud til behandling hos kiropraktor, jf. §§ 67 og 73.
- Tilskud til behandling hos fysioterapeut, jf. §§ 68 og 73.
- Tilskud til behandling hos fodterapeut, jf. §§ 69 og 73.
- Tilskud til behandling hos psykolog, jf. §§ 70 og 73.
- Tilskud til briller til børn under 16 år, jf. §§ 71 og 73.
- Tilskud til anden behandling (Teddy Øfeldt), jf. §§ 72-73.
- Kommunalbestyrelsen kan undtagelsesvis yde hjælp til supplerende de i §§ 61, 65-72 omhandlede ydelser, jf. § 74.

Kommunale sundhedsydelser

- Tilskud til tandpleje til børn og unge i privat tandlægepraksis, hvor dette ikke er en del af det tilbud, som kommunalbestyrelsen stiller vederlagsfrit til rådighed, jf. § 130, stk. 2
- For børn og unge under 18 år, der vælger tandpleje på en anden kommunes tandklinik, der er dyrere end børne- og ungdomstandplejen i bopælskommunen, kan behandlerkommunen opkræve en egenbetaling, jf. § 130, stk. 4.

Lægemedler

– Tilskud til lægemedler, jf. §§ 144 -152.

Øvrige ydelser

- Tilskud til ernæringspræparater, jf. § 160.
- Begravelseshjælp, jf. § 161.
- Visse ydelser til søfarende m.v., jf. § 162.
- Tilskud til tandpleje til visse kræftpatienter samt patienter med Sjøgrens Syndrom, jf. § 167.
- Tilskud til ydelser købt eller leveret i et andet EU/EØS-land, jf. § 169.

Befordring

- Befordringsgodtgørelse til personer, der har ret til vederlagsfri sygehusbehandling (når betingelserne er opfyldt), jf. § 172.

Spørgsmål 34:

Er ministeren enig i, at princippet fri og lige adgang til det danske sundhedsvæsen (vederlagsfri behandling til sygehusbehandling, behandling hos alment praktiserende læger og speciallæger m.v.) er så fundamentalt i det danske sundhedssystem, at der ikke må herske tvivl om, hvorvidt dette princip skal og kan opretholdes fremover?

Svar:

Jeg er enig i – og det er regeringens politik – at borgerne fortsat skal have adgang til vederlagsfri sygehusbehandling, vederlagsfri behandling hos alment praktiserende læger og speciallæger og en række andre ydelser. Derfor er alle bestemmelser om vederlagsfrihed for en lang række sundhedsydelser i den nuværende lovgivning videreført fuldstændig uændret i forslaget til sundhedslov, jf. min besvarelse af spørgsmål 33.

Netop på grund af spørgsmålets vigtighed finder jeg det uheldigt og urimeligt over for borgerne, at der søges skabt og vedligeholdt en usikkerhed herom, som er fuldstændig uden grundlag.

Jeg kan tilføje, at når der i lovforslagets § 2 tales om »let og lige adgang« og ikke fri adgang, er årsagen alene, at sundhedsloven omfatter samtlige ydelser i sundhedsvæsenet, herunder ydelser der både nu og efter forslaget er forbundet med egenbetaling, f.eks. tandpleje. Det ville derfor være direkte misvisende at anføre »fri« –

i betydningen gratis – adgang som et mål i lovforslagets indledende bestemmelser.

Spørgsmål 35:

Er ministeren enig i, at der ikke kan lovgives i form af udvalgsbilag til et lovforslag?

Svar:

Ja, jeg er enig i, at der ikke kan lovgives i udvalgsbilag. Det kan der i øvrigt heller ikke i et lovforslags bemærkninger, men begge dele kan være et fortolkningsbidrag til loven.

Hvis der med spørgsmålet sigtes til det brev af 25. februar 2005 (L 74 – bilag 4) om vederlagsfri behandling, som jeg har sendt til Folketingets Sundhedsudvalg, bemærkes, at der i dette tilfælde hverken er behov for at lovgive eller fortolke yderligere. Vederlagsfriheden på de områder, hvor den gælder i den nuværende lovgivning, er utvetydigt sikret gennem bestemmelserne i lovforslaget om de enkelte ydelser, jf. min besvarelse af spørgsmål 33. Disse bestemmelser giver borgerne en klar, direkte ret til vederlagsfrihed på de pågældende områder, hvilken ingen fortolkning eller præcisering af lovens brede og generelle formålsbestemmelse vil kunne give.

Spørgsmål 36:

Vil ministeren med henvisning til

- a) høringsnotatet (L 74 – bilag 1), hvoraf fremgår, at der vil ske en præcisering af bemærkningerne til § 2 med henblik på at sikre, at der ikke skal være tvivl om, at princippet om vederlagsfri adgang til sygehusydelser m.v. fastholdes,
- b) ministerens brev af 25. februar 2005 til udvalget (L 74 – bilag 4), hvoraf det fremgår, at den i høringsnotatet oplyste præcisering af bemærkningerne til § 2 ved en fejl ikke er kommet med i lovforslaget,
- c) debatten herom under 1. behandlingen af lovforslaget,
- d) almindelige lovkvalitetshensyn og
- e) at den fri og lige adgang er et fundamentalt princip i det danske sundhedssystem

stille ændringsforslag til lovforslaget, som sikrer, at der ikke kan rejses tvivl om, at der med lovforslaget ikke ændres ved gældende principper og regler for, hvilke former for behandling der er vederlagsfri, og hvilke der opkræves egenbetaling for?

Svar:

Som det fremgår af mine besvarelser af spørgsmål 33-35, kan der ikke rejses nogen som helst berettiget tvivl om, at vederlagsfriheden på de områder, hvor den findes i dag, opretholdes med lovforslaget, jf. også min besvarelse af spørgsmål 35.

Spørgsmål 97:

Hvilke initiativer driver amterne i dag på sundhedsområdet, som er omfattet af kommunalfuldmagten? Og hvilke af disse vil efter ministerens opfattelse fremover ikke skulle drives i regionalt regi, men i kommunalt regi, og hvilke vil slet ikke skulle videreføres?

Svar:

Langt de fleste initiativer til udvikling i sygehusvæsenet bliver taget af amterne uden anvendelse af kommunalfuldmagtsreglerne. Regionerne vil derfor med sundhedslovforslaget have samme vide rammer som hidtil for udvikling af sygehusvæsenet. I de sammenhænge, hvor amterne under anvendelse af kommunalfuldmagtsreglerne har iværksat initiativer, tager sundhedslovforslagets § 79 højde herfor.

Som det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, har § 79, stk. 3 og 4, til formål at skabe grundlag for, at regionerne kan videreføre eksisterende samarbejder – som i dag er hjemlet i kommunalfuldmagtsreglerne – mellem amtskommunerne i kommunale selskaber eller mellem det offentlige sygehusvæsen og private virksomheder samt dels at skabe grundlag for lignende samarbejder i fremtiden.

Stk. 3 giver f.eks. mulighed for at videreføre det kommunale selskab AMGROS I/S. Endvidere giver § 79, stk. 4, mulighed for, at et regionsråd kan påtage sig opgaver og dermed forbundne udgifter, som ikke er omfattet af loven, såfremt det har væsentlig betydning for varetagelsen af regionsrådets sundhedsopgaver.

§ 79, stk. 2, giver bl.a. grundlag for at videreføre en række ydelser i sygehusvæsenet, der i dag er hjemlet i kommunalfuldmagtsreglerne, som f.eks. cafeterier, patienthoteller og udlejning af operationsstuer til private under forudsætning af ubenyttet kapacitet m.v. Bestemmelsen giver også mulighed for, at sygehusene mod betaling f.eks. kan levere diagnostiske undersøgelser til private sygehuse m.v.

Jeg er i øvrigt af Amdrårdsforeningen blevet forelagt eksempler på amtslige aktiviteter på sundhedsområdet med henblik på en vurdering af, om de drives i henhold til kommunalfuldmagtsreglerne, og hvordan de i givet fald kan videreføres efter sundhedslovforslaget m.v. Når denne vurdering er foretaget, vil jeg orientere Sundhedsudvalget herom.

Supplerende svar på spørgsmål 97 og 134:

Amtsborgmester Kristian Ebbensgaard
Amdrårdsforeningen
Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

København, den 1. juni 2005

Kære Kristian Ebbensgaard

Tak for dit brev af 21. april 2005 vedrørende regionernes råderum og frihedsgrader i forbindelse med deres opgavevaretagelse. Du har anført, at der er en vis usikkerhed om, hvordan regionerne kan samarbejde med private, kommunerne og staten inden for de overordnede opgaver, regionerne fremover skal varetage, idet kommunalfuldmagtsreglerne ikke vil finde anvendelse for regionernes virksomhed. Du har i den forbindelse vedlagt et notat, der indeholder beskrivelse af en række opgaver især på social- og sundhedsområdet, som amtskommunerne efter egen vurdering varetager efter kommunalfuldmagtsreglerne. Du har anført, at du forventer, at de i notatet beskrevne opgaver – og lignende opgaver – fremover vil kunne varetages af regionerne uden forudgående tilladelse fra ministeriet.

I den anledning skal jeg henvise til vedlagte notat, der indeholder ministeriets stillingtagen til de rejste spørgsmål.

Som det fremgår af notatet, varetages langt de fleste opgaver, herunder udviklingsopgaver på sundhedsområdet, i dag med hjemmel i blandt andet sygehusloven. Disse opgaver vil med kommunalreformen fremover dels blive varetaget af regionerne, og dels af kommunerne. Regionerne er med lovgivningen, der gennemfører kommunalreformen, sikret store frihedsgrader i

opgavevaretagelsen, vide samarbejdsmuligheder i forhold til kommunerne og fuldt ud de samme muligheder for at udvikle sundhedsvæsenet inden for rammerne af sundhedsloven, som amtskommunerne har det i dag. På den baggrund finder jeg ikke behov for at ændre i de fremsatte lovforslag, der skal gennemføre kommunalreformen.

Med venlig hilsen

Lars Løkke Rasmussen

Indenrigs- og sundhedsministerens notat af
30. maj 2005

Gennemgang og vurdering af regionernes mulighed for at videreføre en række amtskommunale aktiviteter

I det følgende foretages en vurdering af, hvorvidt aktiviteter som omtalt af Amtsrådsforeningen i notat af 21. april 2005 kan fortsætte efter den 1. januar 2007 i henhold til lovgivningen til gennemførelse af kommunalreformen, herunder forslag til sundhedsloven.

Ministeriet skal indledningsvis bemærke, at langt de fleste initiativer til udvikling i sygehusvæsenet bliver taget af amtskommunerne med hjemmel i den skrevne lovgivning. Regionerne vil derfor med sundhedslovforslaget have samme vide rammer som hidtil for udvikling af sygehusvæsenet. I de sammenhænge, hvor amtskommunerne under anvendelse af kommunalfuldmagsreglerne har iværksat initiativer, tager sundhedslovforslagets § 79 højde herfor.

Ad sygehusvæsenet m.v.

Udvikling og forskning

I notatet peger Århus Amtskommune på, at en række amtskommunale forskningssamarbejder med private virksomheder, universiteter m.v. vil blive vanskeliggjort som følge af, at kommunalfuldmagsreglerne ikke vil gælde for regionerne.

Endvidere opregner Fyns Amtskommune en række forsknings- og udviklingsprojekter om kommercialisering på sundhedsområdet og sundheds-it, som amtskommunen varetager i samarbejde med en tredjepart. Det drejer sig om forskning i stamceller, plantemedicin, Life

Science-projektet om produktudvikling og kommercialisering inden for sygehusvæsenet, projektet om udvikling af digital kommunikation på sundhedsområdet samt projektet om telemedicin.

Udvikling og forskning, herunder uddannelse, indgår i dag som et led i amtskommunernes almindelige driftsansvar for sundhedsvæsenets opgaver. Med sundhedslovforslagets § 195 kodificeres denne praksis, idet det fastsættes, at regionsrådet skal sikre udviklings- og forskningsarbejde, således at ydelser efter denne lov samt uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på et højt fagligt niveau.

Som det fremgår af bemærkningerne til § 195, omfatter regionernes forskningsforpligtelse forskning på universitetssygehuse og andre sygehuse m.v. samt i praksissektoren, hvor forskningssamarbejde sker som led i overenskomstfalterne. Størstedelen af regionernes forskningsopgaver, herunder samarbejder med private og andre offentlige myndigheder, vil derfor uden videre kunne varetages i medfør af sundhedslovforslagets § 195 om regionernes udviklings- og forskningsarbejde, ligesom det sker i dag inden for rammerne af sygehusloven og lov om Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Det fremgår videre af bemærkningerne til sundhedslovforslaget, at § 79, stk. 3 og 4, har til formål dels at skabe hjemmel til at videreføre eksisterende samarbejder – som i dag er hjemlet i kommunalfuldmagsreglerne – mellem amtskommunerne i kommunale selskaber, eller mellem det offentlige sygehusvæsen og private virksomheder samt dels skabe grundlag for lignende samarbejder i fremtiden.

På forskningsområdet har de offentlige sygehusejere i dag en pligt til at arbejde for erhvervs-mæssig nyttiggørelse af forskningsresultater frembragt ved hjælp af offentlige midler, jf. lov nr. 347 af 2. juni 1999 om opfindelser ved offentlige forskningsinstitutioner. En sådan pligt vil fremover gælde for regionerne, og regionerne vil i den forbindelse – ligesom amtskommunerne – efter nærmere betingelser have mulighed for at oppebære indtægter.

Efter sundhedslovforslaget § 79, stk. 3, kan et regionsråd efter indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver

efter lovens afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og påtage sig dermed forbundne udgifter. Efter § 79, stk. 3, 2. pkt., kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte, at bestemte former for samarbejde kan indgås uden godkendelse.

§ 79, stk. 3, 2. pkt., giver, som anført i bemærkningerne til denne bestemmelse, bl.a. grundlag for at fastsætte, at eksisterende samarbejder mellem sygehuse, private virksomheder og andre offentlige myndigheder umiddelbart kan videreføres. Med bestemmelsen er der bl.a. skabt grundlag for, at forsknings- og udviklings-samarbejde mv. mellem sygehuse og universiteter eller private virksomheder ikke behøver godkendelse. Der tænkes her på en lang række samarbejder med henblik på fx kommerciel udnyttelse af forskningsresultater. Uddybende regler om, hvilke samarbejder som i medfør af § 79, stk. 3, 2. pkt., kan fortsætte uden videre, vil blive fastsat i en bekendtgørelse.

Angående de af Århus Amtskommune og Fyns Amtskommune nævnte forsknings- og udviklingsprojekter bemærkes, at der ikke i Amtsrådsforeningens notat foreligger oplysninger, som umiddelbart giver anledning til, at disse projekter ikke vil kunne videreføres. Hvilke samarbejder der vil kunne indgås uden godkendelse, vil blive fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren i den nævnte bekendtgørelse.

Uddannelsesydelser

Amtsrådsforeningen oplyser i notatet, at Århus og Ringkøbing Amtskommuner tilbyder en række sundhedskurser.

Som det fremgår af sundhedslovforslagets § 195, skal regionerne også bidrage til, at uddannelse af sundhedspersoner (som omfattet af loven) kan varetages på et højt fagligt niveau. Med hjemmel i denne bestemmelse vil en region – ud over at kunne tilbyde kurser på sundhedsområdet til eget sundhedspersonale – også kunne tilbyde kurser til kommunalt sundhedspersonale og sundhedspersonale fra praksissektoren. Efter sundhedslovforslagets § 79, stk. 2, vil det kunne fastsættes, at regionerne kan opkræve betaling for sådanne uddannelsesydelser. Der forventes derfor ikke at være noget til hinder for, at sundhedskurser, som de af Århus og Ringkøbing Amtskommuner nævnte, kan videreføres af regionerne.

Ydelser til andre offentlige myndigheder og private virksomheder

Ringkøbing Amtskommune har blandt andet anført, at det er usikkert, om kioskvirksomhed på sygehuset, salg af sundhedsydelser, f.eks. scanninger til privathospitaler, kan fortsætte.

Efter sundhedslovforslagets § 79, stk. 2, kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om, at et regionsråd mod betaling kan tilbyde behandlinger og ydelser på regionens sygehuse, herunder udlejning af lokaler og udstyr til offentlige myndigheder og private virksomheder.

Bestemmelsen er i al væsentlighed en videreførelse af gældende bestemmelser i sygehusloven, som er præciseret i § 33 i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v. Bestemmelsen giver endvidere, som anført i bestemmelsens bemærkninger, mulighed for at videreføre en række accessoriske ydelser i sygehusvæsenet, som i dag er hjemlet i kommunalfuldmagtsreglerne.

I forhold til de af Ringkøbing Amtskommune nævnte eksempler kan det oplyses, at der i medfør af § 79, stk. 2, forventes fastsat regler om, at regionerne på samme vilkår som i dag kan varetage accessoriske ydelser som f.eks. cafeteria- og kioskvirksomhed på sygehuset. Det indebærer, at ydelserne så vidt muligt skal bortforpagtes. Det forventes endvidere fastsat, at sygehuse- ne på samme vilkår som i dag, jf. kommunalfuldmagtsreglerne, kan udleje sygehuslokaler til private virksomheder til brug for f.eks. forskning, samt at regionerne kan sælge diagnostiske undersøgelser – f.eks. scanninger – til privathospitaler m.v.

Driftssamarbejder

I forhold til Ringkøbing Amtskommunes deltagelse i Jysk Linnedservice A/S kan det oplyses, at dette selskab i dag er omfattet af lov om kommuners og amtskommuners samarbejde med aktieselskaber m.v. (lovbekendtgørelse nr. 608 af 28. juni 1996). Efter denne lov kan Jysk Linnedservice A/S sælge ydelser til private og opnå fortjeneste derved. Det fremgår af L 46 (forslag til lov om ændring af lov om bygnings- og boligregistrering, lov om kommuners og amtskommuners samarbejde med aktieselskaber m.v.), at denne lov foreslås ikke at finde anvendelse for regionerne.

Bilag til bet. o. f. t. sundhedsloven

Det bemærkes, at sundhedslovforslagets § 79, stk. 3, som ovenfor nævnt indeholder hjemmel til regionernes samarbejde med private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsning af de i bestemmelsen nærmere angivne fælles opgaver. Bestemmelsen indeholder således også hjemmel til, at regionerne kan deltage i selskaber, hvor der også er private deltagere, om løsningerne af de nævnte fælles opgaver. Den enkelte region må dog ikke have bestemmende indflydelse. Bestemmelsen indeholder i overensstemmelse med kommunalfuldmagtsreglerne, som bestemmelsen på dette punkt har til formål at videreføre, ikke hjemmel til, at regionerne kan indgå i selskaber, der udfører opgaver, udover hvad regionerne selv kan varetage. Regionerne er derfor afskåret fra at deltage i selskaber, der har til formål at opnå fortjeneste. Endvidere må selskabet som udgangspunkt ikke sælge ydelser til private. Dog vil selskabet i begrænset omfang kunne udnytte eventuel overkapacitet for at undgå værdispild og i den forbindelse sælge en sådan overskydende kapacitet til private til markedspris.

Det bemærkes, at i det omfang Jysk Linnedservice A/S har til formål at opnå fortjeneste, vil selskabet ikke kunne videreføres i medfør af sundhedsloven med regionernes deltagelse. Der foreligger ikke i notatet oplysninger vedrørende Jysk Linnedservice A/S' aktiviteter, som i øvrigt giver anledning til, at selskabet ikke vil kunne videreføres med denne begrænsning.

I forhold til Ringkøbing Amtskommunes deltagelse i Åkanden I/S, der i dag er organiseret som et kommunalt fællesskab, jf. § 60 i lov om kommunernes styrelse, skal det bemærkes, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet efter § 79, stk. 3, på samme vilkår som i dag endvidere vil kunne godkende samarbejder, der vil medføre indskrænkning i de deltagende regionsråds beføjelser. Der foreligger ikke i notatet oplysninger, som giver anledning til, at selskabet ikke vil kunne videreføres. Som nævnt vil det i en bekendtgørelse blive fastsat, hvilke samarbejder der kan indgås uden godkendelse.

Psykiatriske døgnhuse

For så vidt angår de af Viborg Amtskommune oprettede psykiatriske døgnhuse, kan det oplyses, at det fremgår af lovforslagets § 75, stk. 2, og bemærkningerne hertil, at regionerne har adgang til at etablere behandlingsinstitutioner, her-

under psykiatriske døgnhuse, efter sundhedslovforslagets § 75, stk. 2, som amtskommunerne i dag kan etablere efter servicelovens § 93, stk. 2.

Ad samarbejde om forebyggelse

Vejle, Ringkøbing og Viborg Amtskommuner har i notatet henvist til en række projekter på det forebyggende og sundhedsfremmende område. Det drejer sig bl.a. om projekt røgfrit amt, Vejle Amt et hjerteamt, motion på recept og misbrugsforebyggelse.

Herudover yder Ringkøbing Amtskommune tilskud til kræftrådgivningen og Patientforeningernes Information.

Hertil bemærkes, at efter sundhedslovforslagets § 120, stk. 1, får kommunerne ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis for borgerne. Bestemmelsen har til formål at sikre den forebyggende og sundhedsfremmende indsats en forankring i kommunerne. Herudover skal kommunerne efter stk. 2 etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Regionerne er forpligtede til – på samme måde som amtskommunerne er det i dag – at give forebyggelsestilbud til den enkelte patient som led i undersøgelse og behandling af patienten på sygehus og i praksissektoren, jf. sundhedslovforslagets § 5.

Eksempler på sådanne patientrettede forebyggelsestilbud kan være kostvejledning til f.eks. diabetikere, patienter med hjertesygdomme og til overvægtige, vejledning om rygestop til f.eks. patienter med diabetes og hjerte- og kredsløbssygdomme.

Med bestemmelsen i sundhedslovforslagets § 120, stk. 3, fastlægges det, at regionsrådet herudover skal tilbyde rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats med henblik på at skabe rammer for sund levevis og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Regionerne forudsættes endvidere at få tværgående opgaver i relation til kvalitetsudvikling og kvalitetssikring i forhold til den patientrettede forebyggelse. Regionernes tværgående opgaver forventes løst i samarbejde med kommunerne.

I forhold til de af Amtsrådsforeningen nævnte eksempler på forebyggelsestiltag betyder kommunalreformen, at regionerne som udgangspunkt ikke kan påtage sig generelle borgerrettede forebyggelsesopgaver.

I forbindelse med kommunernes og regionernes pligt til at yde patientrettet forebyggelse i praksissektoren og i sygehusvæsenet vil de samme aktiviteter, som f.eks. tilbud om rygestop, kostvejledning og tilbud om fysiske aktiviteter, komme på tale.

Det vil derfor være naturligt i forbindelse med indgåelse af de obligatoriske sundhedsaftaler om sundhedsfremme og forebyggelse, at regionerne og kommunerne indgår nærmere samarbejder om løsning af disse forebyggelsesopgaver.

Opgaver, som regionerne selv kan varetage, f.eks. information om forebyggelse og behandling af sygdomme, vil regionerne også kunne varetage gennem tilskud til f.eks. foreninger såsom kræftfrådgivningen og Patientforeningernes Information.

Ad praksissektoren m.v.

Ringkøbing Amtskommune har i notatet henvist til § 2-aftaler med praktiserende læger og speciallæger. Det lægges til grund, at der hermed henvises til § 2 i landsoverenskomst om almen lægegerning, hvoraf fremgår, at aftaler ud over landsoverenskomsten inden for den offentlige sygesikring skal indberettes til overenskomstens parter. Det lægges endvidere til grund, at der også henvises til § 3 i overenskomst vedrørende speciallægehjælp, der regulerer lokal indgåelse af aftaler på området. Ringkøbing Amtskommune har i notatet endvidere henvist til lokale aftaler med fysioterapeuter og kiropraktorer vedr. motion på recept.

Med kommunalreformen videreføres muligheden for, at lokale aftaler og overenskomster kan indgås på regionalt niveau med sygesikringens ydere, herunder aftaler vedrørende motion på recept, jf. sundhedslovsforslagets § 228. Aftalerne skal indgås af det regionale lønnings- og takstnævn.

Ad socialområdet

Fyns Amtskommune har anført, at amtsskommunen med hjemmel i kommunalfuldmagtsreglerne har ydet tilskud til en række aktiviteter på det sociale område. Viborg Amtskommune har tillige henvist til en række opgaver, som amtsskommunerne varetager på det sociale område.

Angående regioners opgaver på socialområdet har Socialministeriet oplyst, at regionerne kun kan udføre de opgaver på det sociale område, der

er beskrevet i § 5 i forslaget til lov om social service. Andre mindre opgaver, der i dag varetages i amtsskommunerne, herunder tilskud til selv-ejende institutioner m.v., vil som udgangspunkt blive overdraget til kommunerne. I en overgangsperiode på fire år finansieres opgaverne på den måde, at staten overtager amtsskommunernes hidtidige tilskud og videregiver dette til de pågældende institutioner m.v. Efter periodens udløb overføres det tilskud, som staten overtager fra amtsskommunerne, fuldt ud til det kommunale bloktilskud. I løbet af perioden søges etableret aftaler om kommunal støtte til videreførelse af institutionerne m.v.

Det indebærer, at de i notatet nævnte opgaver på det sociale område med kommunalreformens ikrafttræden overgår til kommunerne.

Spørgsmål 98:

Hvilke former for regionalt samarbejde med myndigheder og private virksomheder vil ministeren efter lovforslagets § 79 stk. 3, skulle godkende, og hvilke kan indgås uden godkendelse?

Svar:

Sundhedsforslagets § 79, stk. 3 giver mulighed for, at et regionsråd efter indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse kan samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver efter lovens afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og påtage sig dermed forbundne udgifter.

Baggrunden for godkendelsesbeføjelsen er, at indenrigs- og sundhedsministeren dermed bl.a. kan sikre sig, at det eller de relevante regionsråd direkte indgår i de relevante samarbejder.

Som følge af hørings svarene til § 79 har jeg foreslået et nyt stk. 3, 2. pkt., hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at bestemte former for samarbejder kan indgås uden godkendelse.

Formålet med denne bestemmelse er at skabe grundlag for, at eksisterende samarbejder mellem sygehuse og andre offentlige myndigheder eller private virksomheder umiddelbart kan videreføres. Som nævnt i lovforslagets bemærkninger skaber bestemmelsen bl.a. grundlag for at fastsætte, at samarbejde om sundhedsberedskab, herunder præhospital indsats over landegrænser

– f.eks. det planlagte samarbejde over Øresund – ikke kræver godkendelse.

Endvidere giver § 79, stk. 3, 2. pkt., mulighed for, at forsknings- og udviklingssamarbejde m.v. mellem sygehuse og universiteter eller private virksomheder ikke behøver godkendelse. Der tænkes her på samarbejder i selskabsform med henblik på f.eks. kommerciel udnyttelse. Det bemærkes i den forbindelse, at langt størstedelen af regionernes forskningsopgaver, herunder samarbejder med private og andre offentlige myndigheder, uden videre vil kunne varetages i medfør af forslaget § 195 om regionernes udviklings- og forskningsarbejde, ligesom det sker i dag inden for rammerne af sygehusloven.

Uddybende regler om, hvilke samarbejder som i medfør af § 79, stk. 3, 2. pkt., kan fortsætte uden videre, vil blive endeligt fastsat i en bekendtgørelse. Bekendtgørelsen vil naturligvis blive sendt i høring, inden den udstedes.

Spørgsmål 198:

Ministeren bedes kommentere henvendelsen af 19. maj 2005 fra Forbrugerrådet, jf. L 74 – bilag 65.

FORBRUGERRÅDET

Udgiver af Tænk+Test

Margrethe Nielsen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K

19. maj 2005

Patientrettigheder på svangreområdet

Det fremgår af forslag til sundhedslov, at gravide og fødende kvinder har ret til forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder samt til jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet (§84).

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen, at »formålet med sundhedsvæsenets sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode er at styrke og bistå kvinden og familien under hele forløbet. Det er målet, at denne vigtige livsperiode gennemleves som en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig ud-

vikling, tryghed og sikkerhed for kvinden, barnet og den øvrige familie«. Sundhedsstyrelsens undersøgelse af jordemoderydelserne på landets fødesteder i 2003 viser imidlertid, at der rundt i amterne er store problemer med at leve op til Sundhedsstyrelsens retningslinjer til trods for den gode hensigtserklæring.

Det fremgår af den samlede vurdering i Sundhedsstyrelsens notat, at:

»Der ses en vis reduktion af jordemoderkonkakterne i graviditeten, efterfødselssamtalerne og tilbudene om forældre-fødselsforberedelsen i forhold til anbefalingerne fra 1998. Der var dog store variationer på de enkelte fødesteder. Sundhedsstyrelsen anbefaler at der skabes mulighed for jordemoderens kontinuerlige tilstedeværelse under fødslen. Denne mulighed skabes i de fleste tilfælde. Der er dog fortsat rum for forbedringer, f.eks. ved at fritage de jordemødre, der passer de fødende, fra at skulle klare akutte obstetriske henvendelser samtidig«.

Forbrugerrådet må på baggrund af Sundhedsstyrelsens notat konkludere, at nogle fødende ikke får den hjælp og støtte, de har behov for under graviditeten, under fødslen eller efter fødslen. Dette foregår samtidigt med, at der ses en stigning i kejsersnit uden medicinsk indikation. Størstedelen af disse kejsersnit foregår på andengangs fødende, som har haft et traumatisk fødselsforløb første gang, og som derfor ikke ønsker at føde normalt. Det er en meget dyr udvikling, og der er evidens for, at kontinuerlig støtte under fødslen giver bedre fødsler, større tilfredshed, mindre smertelindring og færre indgreb. Det er fuldstændig basalt, at den fødende har en jordemoder hos sig under fødslen.

Det fremgår ikke af loven, og Sundhedsstyrelsens retningslinjer er kun anbefalinger, så til trods for de gode hensigter i retningslinjerne er de gravide og fødende ikke garanteret denne ret.

Ifølge Sundhedsstyrelsens notat tilbyder nogle fødesteder et meget lavt antal jordemoderkonsultationer i løbet af graviditeten. 3-4 konsultationer er det laveste antal, der tilbydes i løbet af en graviditet. Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer bør antallet af jordemoderkonsultationer være behovsbestemt, og der anbefales 7 kontakter. I de tidligere retningslinjer var anbefalingen 5. De gravide er ikke sikret et minimumsantal konsultationer hos jordemoderen. Jordemoder-

konsultationerne er en væsentlig del af forberedelsen til fødslen og familiedannelsen.

Efter Forbrugerrådets opfattelse bør de gravide tilbydes forældre- og fødselsforberedelse, men også her er der sket nedskæringer. Ligesom der er behov for at sikre muligheden for efterfødselssamtaler – ikke kun i forbindelse med hjemme- og ambulant fødsel, men også i forbindelse med en almindelig overstået fødsel – for at give parret mulighed for at få oplevelsen talt igennem og bearbejdet. Det indgår også i forberedelsen til en eventuel efterfølgende graviditet.

Efter Forbrugerrådets opfattelse er der her kun tale om basale behov i relation til graviditet og fødsel.

Det fremgår af ministerens svar på spørgsmål nr. 133 til L74, at de decentrale myndigheder er forpligtet til at sikre en høj faglig kvalitet i sundhedsydelserne. Det fremgår endvidere af forslaget til sundhedsloven, at indenrigs- og sundhedsministeren fastlægger i samarbejde med regionsrådene og kommunalbestyrelserne en fælles ramme for kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. Forbrugerrådet vil gerne spørge, om ministeren vil benytte sig af denne bemyndigelse til på svangreområdet at sikre kvinder i Danmark svangreomsorg på et minimumsniveau med hensyn til kontinuerlig jordemodertilstedeværelse under fødslen, minimum 7 jordemoderkonsultationer under graviditeten, forældre- og fødselsforberedelse og efterfødselssamtale?

Med venlig hilsen

Villy Dyhr

Chef for Politisk Afdeling

Margrethe Nielsen

Sundhedspolitisk medarbejder

Svar:

Forbrugerrådet har i brev af 19. maj 2005 rettet forespørgsel til mig, om jeg vil benytte bestemmelsen i forslaget til sundhedslov (lovforslagets § 194) om kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet til at sikre gravide og fødende kvinder i Danmark svangreomsorg på et minimumsniveau i form af kontinuerlig jordemodertilstedeværelse under fødslen, minimum 7 jordemoderkonsultationer, forældre- og fødselsforberedelse og efterfødselssamtale.

Til orientering vedlægger jeg kopi af mit svar til Forbrugerrådet, hvoraf det fremgår, at § 194 i forslag til sundhedslov ikke kan anvendes til at detailregulere ydelser til bestemte grupper i sundhedsvæsenet, sådan som Forbrugerrådet foreslår.

Det fremgår videre, at gravide og fødende allerede har ret til en række ydelser på området, og at yderligere regulering af svangreomsorgen efter min opfattelse vil reducere muligheden for optimal arbejdstilrettelæggelse på fødeafdelingerne, ligesom det vil reducere muligheden for at differentiere indsatsen efter ønsker og behov hos den enkelte kvinde.

Forbrugerrådet

Fiolstræde 17

Postboks 2188

1017 København K

København, den 1. juni 2005

Forbrugerrådet har i brev af 19. maj 2005 rejst spørgsmål om gravide og fødende kvinders retigheder på svangreområdet.

Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens undersøgelse af jordemoderydelserne på landets fødesteder i 2003 og med henvisning til min besvarelse af 4. maj 2005 på spørgsmål nr. 133 fra Folketingets Sundhedsudvalg spørges, om jeg vil benytte mig af bestemmelsen i forslaget til sundhedslov (lovforslagets § 194) om kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet til at sikre gravide og fødende kvinder i Danmark svangreomsorg på et minimumsniveau i form af kontinuerlig jordemodertilstedeværelse under fødselen, minimum 7 jordemoderkonsultationer, forældre og fødselsforberedelse og efterfødselssamtale.

Jeg skal i den forbindelse gøre opmærksom på, at amtskommuner og kommuner allerede i dag skal sikre, at sundhedsvæsenets ydelser generelt har høj kvalitet, og at dette indgår som et naturligt led i det decentrale driftsansvar for sundhedsvæsenet. Det er derfor naturligvis også regeringens opfattelse og forventning, at tilbudene i svangreomsorgen i hvert enkelt forløb skal have en høj kvalitet, hvilket jf. min besvarelse af spørgsmål nr. 133 bl.a. sikres ved, at det er kvalificeret personale som f.eks. uddannede jordemødre, der leverer ydelserne.

Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er imidlertid ikke nogen ny opgave, selvom forpligtelsen ikke tidligere har været lovreguleret, og bestemmelsen kan ikke anvendes til at detailregulere ydelser til bestemte grupper i sundhedsvæsenet, sådan som Forbrugerrådet foreslår.

Det skal i øvrigt bemærkes, at gravide jf. lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, i forvejen har en række rettigheder, som er videreført uændret i forslaget til sundhedslov (ret til indtil fem gratis forebyggende undersøgelser hos en læge, ret til forebyggende undersøgelser hos en jordemoder, ret til gratis fødselsbetjening på sygehus, ret til at føde hjemme og ret til gratis jordemoderhjælp i den forbindelse).

De tilbud, som Forbrugerrådet foreslår, at gravide og fødende sikres på et minimumsniveau, er i dag indeholdt som anbefalinger i Sundhedsstyrelsens svangreretningslinjer. Det er faglige anbefalinger, som regeringen fuldt ud støtter og forventer, at de driftsansvarlige decentrale myndigheder i størst muligt omfang realiserer på landets fødesteder.

Jf. min besvarelse af spørgsmål nr. 133 er anbefalingerne blevet indskærpet over for amterne og fødestederne, og de er blevet opfordret til at forbedre arbejdstilrettelæggelsen lokalt samt udnytte jordemoderressourcerne bedre. Jeg tror, at yderligere regulering af svangreomsorgen i form af minimumsstandarder vil reducere muligheden for optimal arbejdstilrettelæggelse på afdelingerne, ligesom det ikke harmonerer med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at differentiere indsatsen efter ønsker og behov hos den enkelte kvinde.

Jeg skal i den forbindelse minde om, at et positivt resultat fra Sundhedsstyrelsens undersøgelse af jordemoderydelserne var, at der er sket en større individualisering af tilbuddene i svangreomsorgen, herunder i form af særlig opmærksomhed på svage grupper.

Med venlig hilsen

Lars Løkke Rasmussen

Spørgsmål 199:

Ministeren bedes oplyse, om han vil støtte et ændringsforslag, der sikrer, at den nuværende bestemmelse i loven om svangreomsorg om, at

Sundhedsstyrelsen fastsætter et antal jordemoderbesøg, man mindst har ret til, kommer ind i lovforslaget, f.eks. i § 84, på samme måde som der i lovforslagets § 62 står, at Sundhedsstyrelsen fastsætter antallet af forebyggende helbredsundersøgelser hos læge ved graviditet.

Svar:

Adgangen til forebyggende helbredsundersøgelser ved en jordemoder er fastsat i lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp § 1, stk. 2, hvoraf det fremgår, at gravide har ”ret til vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder”. Af § 2, stk. 1, fremgår, at Sundhedsstyrelsen fastsætter retningslinier for bl.a. antallet af forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder.

I Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorgen er det anbefalet, at den gravide tilbydes ca. 7 kontakter med jordemoderen. Der er imidlertid ikke tale om, at gravide som minimum har ret til et bestemt antal undersøgelser ved jordemoder. Det fremgår i stedet af retningslinierne, at nogle gravide vil have behov for flere kontakter, mens andre vil have behov for færre. Den gennemgående tanke i svangreretningslinjerne er således, at svangreomsorgen skal differentieres med udgangspunkt i den enkelte gravides ønsker og behov.

I § 84 i forslaget til sundhedslov er de i dag gældende bestemmelser fra lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp om gravides adgang til vederlagsfri, forebyggende undersøgelser ved en jordemoder videreført, hvilket også er tydeliggjort i bemærkningerne til bestemmelsen.

Lovforslaget medfører således ingen ændring for gravides rettigheder i forbindelse med graviditet og fødsel. Lovforslaget medfører heller ingen ændring af Sundhedsstyrelsens kompetence til at fastsætte retningslinier for svangreomsorgen – jf. min besvarelse af spørgsmål nr. 25 (L 74), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet den 21. marts 2005. Heraf fremgår bl.a., at Sundhedsstyrelsen i kraft af sine rådgivende myndighedsopgaver fortsat skal fastsætte retningslinier, herunder også for de forebyggende helbredsundersøgelser i svangreomsorgen.

På den baggrund finder jeg ikke, at et ændringsforslag er nødvendigt.

Spørgsmål 200:

Ministeren bedes kommentere henvendelsen af 18. maj 2005 fra Benny Kristensen, Odense, f. L. 74 – bilag 66.

Odense, den 18. maj 2005

Kære Birthe Skaarup

Jeg skriver til dig, fordi du er formand for sundhedsudvalget og fordi, Dansk Folkeparti ved gentagne lejligheder har udtrykt, at de små handicapgrupper har partiets bevågenhed.

Jeg henvender mig som privatperson og er til daglig selvstændig arbejds- og organisationspsykolog. Mit arbejde består primært i rådgivning af offentlige virksomheder (såvel primærkommunale som amtslige), samt foredragsvirksomhed – bl.a. for patientforeninger. Min henvendelse er mine forskellige arbejdsgivere ganske ukendt.

Emnet er den del af udkastet til den nye sundhedslov, der lægger den nuværende amtstandpleje sammen med omsorgstandplejen til en fremtidig specialtandpleje i kommunalt regi.

Min interesse for emnet skyldes dels, at jeg har faet indsigt/interesse i emnet i forbindelse med løsningen af konsulentopgaver for amtstandplejen og dels haft dialog med/holdt foredrag for en række patientforeninger, der udtrykte stor usikkerhed mht. medlemmernes tandpleje efter kommunalreformen – og jeg kan godt forstå deres bekymring!

Jeg valgte at kigge lidt nærmere på emnet, og min anbefaling til Dansk Folkeparti er, at I bestræber Jer på at overbevise regeringen om, at amtstandplejen (og evt. også omsorgstandplejen) bliver placeret i de fremtidige regioner.

Amtstandplejen blev indført for godt 3 år siden – og skal vel ses som et forsøg på at sikre, at også vore svageste medborgere bliver omfattet af tandplejelovens formål:

§ 1. Tandplejens mål er, at befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet.

Amtstandplejens målgruppe er børn og voksne, der pga. nedsat funktionsevne ikke på tilfredsstillende vis kan anvende de alm. tilbud i børne- og ungdomstandplejen, sygesikringsstandplejen og omsorgstandplejen. Der er først og fremmest tale om svært udviklingshæmmede og sindslidende samt personer, der er alvorligt handicappede pga. f.eks. Parkinsons sygdom, cerebral parese, autisme, sklerose, mm.

I alt skønnes ca. 23.000 personer at være omfattet af amtstandplejen. En meget stor del af disse kan kun behandles i fuld narkose, og behandlingerne er tit ret komplicerede – bl.a. fordi målgruppen ofte ikke kan styre proteser og derfor må have implantater.

Det kendetegner endvidere målgruppen, at langt de fleste af dem er ressourcetsvage og derfor heller ikke formår at gøre deres rettigheder gældende overfor de bevilgende myndigheder.

Efter en lidt træg start er amtstandplejen langt de fleste steder ved at komme rigtig godt i gang. På 3 år er det således lykkedes amtstandplejen at få fat i næsten halvdelen af målgruppen. Tilsvarende har omsorgstandplejen efter 11 år kun formået at tilbyde 1/3 af omsorgstandplejepatienterne behandling. *Se vedlagte tabeller bagest i henvendelsen.* Det er også værd at bemærke, at amterne udfører en del specialopgaver for den kommunale omsorgstandpleje. Det drejer sig primært om behandling i fuld narkose. I nogle amter er det op til 40 % af alle patienter, der kommer fra omsorgstandplejen. Det skal bemærkes, at disse patienter tæller med i kommunernes statistik – og ikke i amternes.

Nu skal – ifølge udkast til ny sundhedslov – amtstandplejen så lægges ud til kommunerne. Dermed flyttes de svageste patienter fra et system, der fungerer nogenlunde (og viser en stigende dækningsgrad) til et system, der fungerer dårligere (og viser en nedadgående tendens mht. dækningsgrad).

Jeg finder det uansvarligt at løbe risikoen for væsentlige forringelser for vore svageste medborgere ved udlægningen af amtstandplejen. Det fremtidige system vil (hvis loven vedtages i sin nuværende form) blive præget af kassetækning, hvor de små kommuner (ud fra økonomiske overvejelser) bestiller et (begrænset) antal pladser hos større kommuner eller regioner på specialtandplejeområdet. Flerårige rammeafta-

ler sikrer, at det er de økonomiske prioriteringer og ikke patientbehovet, der bestemmer behandlingen.

Vi har faktisk allerede eksempler på den fremtidige model. I Vestsjællands amt har 24 kommuner indgået rammeaftaler med amtet om at behandle omsorgstandplejepatienter (da kommunerne ikke selv magter denne opgave). Kommunerne har forud defineret deres »behov«, og en omsorgstandplejepatient kan først blive behandlet, når der bliver en plads ledig (når der er en, der dør). Det fremgår af vedlagte statistik, at kommunerne i Vestsjællands Amt hører til blandt de kommuner med den laveste dækningsgrad på omsorgstandplejeområdet. Jeg ser dette som en forsmag på, hvorledes den fremtidige specialtandpleje – baseret på rammeaftaler – kommer til at fungere.

Ved at nærlæse Danmarks Statistiks »Socialstatistik« kan man endvidere se, at der tegner sig et klart billede af omsorgstandplejen. De store kommuner klarer sig bedre end de mindre kommuner. Dårligst af alle klarer de såkaldte »praksiskommuner« sig. Praksiskommunerne har ikke selv kommunal tandpleje, men får opgaverne løst hos de privatpraktiserende tandlæger eller hos andre kommuner.

Konklusionen er,

- 1) der skal en væsentlig population til at drive en bæredygtig specialtandpleje
- 2) hvis finansieringsansvar og behandling skilles ad, bliver behandlingsfrekvensen lav

Sundhedsstyrelsen har lavet nogle beregninger over, hvor stort befolkningsgrundlaget skal være for at drive en bæredygtig amtstandpleje. Man er nået frem til et tal mellem 150.000 og 200.000. Da der på landsplan skønnes at være ca. 23.000 personer, der skal have tilbudt amtstandpleje, svarer det til, at der er 1 amtstandplejepatient pr. ca. 235 indbyggere (og for øvrigt 1 omsorgstandplejepatient pr. ca. 50 indbyggere).

Der er ligeledes foretaget beregninger, der viser, at et amtstandplejeteam kan behandle ca. 550 patienter årligt. Et omsorgstandplejeteam kan behandle ca. 700 patienter årligt. Forskellen afspejler forskellen i specialiseringsniveauet samt kravene til opsøgende arbejde i amtstandplejen.

En population på 150.000 – 200.000 vil have et skønnet antal amtstandplejepatienter på 640 – 850. Svarende til ca. 1½ amtstandlægeteam. Ideelt betragtet skal der dog være 2 teams (ca. 1.100 patienter og et befolkningsgrundlag på ca. 260.000) for at sikre bæredygtighed og vidensudveksling.

Ovenstående tal er baseret på en dækningsgrad på 100 %. Den nuværende amtstandpleje kan kun udvise en dækningsgrad på knap 50 % – hvilket i virkeligheden fordobler populationskravet til 520.000. Af samme grund har Viborg og Ringkøbing amter slået sig sammen om at løse amtstandplejen – tilsvarende for Storstrøm og Roskilde. På den led rammer Landsforeningen Evnesvages Vel plet, når de i deres høringsvar bl.a. skriver:

Det kan på den ene side konstateres, at det er gået langsomt med udviklingen af amtstandplejen på trods af de ekstra ressourcer, der for få år siden blev tilført til området til udbygningen af amtstandplejen. For at opnå effektivitet er der i bl.a. tre amter lavet en fælles amtstandpleje til betjening af især mennesker med udviklingshæmning. Disse erfaringer tyder på, at grundlaget for en specialiseret amtstandpleje endda burde være større end de nuværende amter.

LEV repræsenterer den største del af målgruppen for amtstandplejen.

Hvis amtstandplejen dækningsgrad ved udlægningen til kommunerne kommer ned på omsorgstandplejens dækningsniveau (ca. 33 %) vil det kræve et befolkningsgrundlag på 780.000 at sikre bæredygtigheden. Begynder det at lugte af regioner?

Der findes adskillige eksempler på, at mange kommuner hidtil har nedprioriteret behandlingen af vore svageste medborgere. Der findes f.eks. kommuner med mere end 10.000 indbyggere, der har mindre end 10 omsorgstandplejepatienter. Jeg har kontaktet klinikcheferne i nogle af disse kommuner for at høre, hvorfor de ikke havde flere borgere tilknyttet omsorgstandplejen. Alle har samstemmende sagt, at det skyldes politiske prioriteringer. Desværre er følgende presseklip heller ikke enestående:

Omsorgstandplejen i Haslund strammer kriterierne

Syv personer i Hashøj Kommune kan ikke få tandpleje gennem Omsorgstandplejen, fordi kommunen skal spare.

Ifølge Kurt A. Nielsen, der er formand for Arbejdsskadeforeningen i Hashøj Kommune, viser det, at det er de svage der rammes, når kommunerne gennemfører nedskæringer.

Sagen kommer frem som følge af en afvisning af en scleroseramt kvindes ansøgning til Omsorgstandplejen.

Hashøjs borgmester Troels Christensen (V) mener, at grænsen er trukket det rigtige sted. – Vi har foretaget en politisk prioritering, fastholder han.

Sjællands Tidende 13.01.2004

Hvis ansvaret for de svageste borgeres tandsundhed bliver lagt ud til kommunerne, frygter jeg, at man vil opleve en kraftig nedprioritering af de nuværende amtstandplejepatienter. Hvordan skal kommunerne kunne argumentere for, at 50 % af denne gruppe skal have behandling, når kun 33 % af omsorgstandplejepatienterne får det? Der er vist (desværre) overvejende sandsynlighed for, at amtstandplejen bliver trukket ned på omsorgstandplejens niveau. Kan Dansk Folkeparti tage ansvar for det?

Fortalerne for amtstandplejens udlægning til kommunerne er få. KL, Tandlægernes Nye Landsforening (TNL) og overtandlægen i regionkommune København er vist de eneste – ud over regeringen og DF (?). Jeg har tidligere refereret LEV's høringssvar, og amtsrådsforeningens svar går også imod udlægningen. Sundhedsstyrelsen udtaler sig ikke politisk, men deres beregninger på området taler klart for en regional placering.

Tandlægernes egne »meningsdannere« er delte. TNL består næsten 100 % af kommunalt ansatte tandlæger, der gerne ser flere arbejdspladser i kommunen – og flere medlemmer i en forening, der med ca. 1.000 medlemmer i forvejen udfører en overlevelseskamp. Overtandlægen i København (der både er amt og kommune) er som den eneste amtstandlæge fortaler for udlægning til kommunen. Det er også den eneste mu-

lighed han har for stadig at være chef for den samlede specialtandpleje. Dansk Tandlægeforening (DTF) har med sine ca. 6.000 – primært privatpraktiserende – medlemmer den stik modsatte holdning. DTF mener helt klart, at amtstandplejen skal placeres i regionerne. Man mener simpelt hen ikke, at kommunerne vil kunne klare opgaven. Dette er vel at mærke fra en organisation, der ikke har specielle politiske interesser i en placering det ene eller andet sted.

Det er i debatten blevet fremført, at nærhedsprincippet bedre tilgodeses ved at samle specialtandplejen i kommunerne. Det er noget vrøvl. Der vil være mindst lige så stor afstand mellem de behandlende enheder i kommunerne, som der vil være i regionerne. Det er altså befolkningsunderlaget – og ikke antallet af kommuner – der er afgørende. Hvis vi f.eks. tager udgangspunkt i Fyn, så vil Amtstandplejen i løbet af nogle få måneder have klinikker i både Nyborg og Odense. Hvis kommunerne skal overtage, er det vel kun realistisk at antage, at Odense kan klare opgaven. Vil Odense så etablere og drive klinikker rundt omkring på Fyn for at støtte nærhedsprincippet?

Endelig fremgår det også af lovudkastet, at regionerne er forpligtiget til at servicere de kommuner, der ikke selv kan klare specialtandplejeopgaven. Selvfølgelig kan amterne ikke have et specialtandlægeberedskab stående, hvis der ikke er klare aftaler om opgavemængden. Derfor opereres der da også med 1-3 årige rammeaftaler. Man glemmer imidlertid, hvor stort befolkningsgrundlaget skal være for at drive en bæredygtig specialtandpleje. Hvis kommunerne vil lægge niveauet for den kommende specialtandpleje på niveau med den nuværende omsorgstandpleje, vil der kun være en amtstandplejepatient pr. ca. 700 indbyggere. En region skal således have aftaler i hus med kommuner med en samlet population på ca. 400.000 indbyggere bare for at kunne oprette 1 tandlægeteam – og aftaler med kommuner med i alt ca. 800.000 indbyggere, for at opnå en tilfredsstillende bæredygtighed (dvs. 2 tandlægeteams).

Man kan så indvende, at sammenlægningen af omsorgs- og amtstandplejen giver et bedre befolkningsgrundlag for at drive store, bæredygtige enheder. Her undervurderer man helt klart forskellene de 2 målgrupper imellem – inkl. specialiseringsgraden i behandlingen. Jeg gad nok

se reaktionen fra de »normale« ældre patienter, der nu skal dele venteværelse og klinikker med alvorligt sindslidende og udviklingshæmmede patienter. Amtstandplejen på Fyn forsøgte i en periode at leje klinikplads hos den kommunale tandpleje i Odense. Dette gik man hurtigt bort fra, da patienterne fra den kommunale børne- og ungdomstandpleje følte sig usikre ved samværet med amtstandplejepatienterne. På den baggrund har Fyns Amtsråd bevilget ny selvstændig amtstandplejeklinik i Odense (den åbner om 2 måneder).

Da kravene til en tandlæge i amtstandplejen anses for at være større end til en tandlæge i omsorgstandplejen, har de 2 grupper forskellige overenskomster. Ved en sammenlægning skal man enten operere med fortsat at have 2 overenskomster – eller ensrette kvalifikationskravene (og dermed aflønningen). Sandsynligvis vil man rette ind efter den nuværende overenskomst på omsorgstandplejeområdet, da den er billigst. Derved må man slække på specialiseringskravet og derved også på behandlingskvaliteten. Dette skal ses i lyset af, at der i dag er reel tandlægemangel – især hvad angår tandlæger med specielle kompetencer.

Kære Dansk Folkeparti. Vis nu, at I er de svage medborgeres advokater – og sørg for at den

nuværende amtstandpleje bliver placeret i de kommende regioner – alt andet vil blive et administrativt ragnarok – og de svageste kommer til at betale prisen!

Tag gerne omsorgstandplejen med over i regionerne, så de ældre ikke længere skal spises af med et behandlingsniveau på 1/3 af det optimale.

Sørg for at placere såvel drift som finansieringsansvar i regionerne, så bevillingerne kan baseres på reelle behov (bloktilskud/kommunal medfinansiering) og ikke på de enkelte kommunalbestyrelses politisk/økonomisk prioriteringer. Historien viser nemlig, at dette ikke fungerer – og i realiteten handicapper vore mest handicappede medborgere yderligere.

Tak fordi du gav dig tid til at læse brev.

Venlig hilsen

Benny Kristensen

Arbejds- og organisationspsykolog

Dronningensgade 23

5000 Odense C.

Tlf. 66 14 24 20

Mail: benny.kristensen@post.tele.dk

Bilag: 2 tabeller over omsorgstandplejens og amtstandplejens dækningsgrad.

TABEL 1 Dækningsgrader på hhv. omsorgstandpleje og amtstandpleje

Område	Befolkningsandel i procent	Omsorgstandpleje 2004			Amtstandpleje 2005		
		Omsorgstandpleje ideelt	Omsorgstandpleje reelt	Dækningsgrad i procent	Amtstandpleje ideelt	Amtstandpleje reelt	Dækningsgrad i procent
Hele landet	100%	103.500	34.422	33,3%	23.000	10.762	46,8%
København	9,3%	9.626	3.400	35,3%	2.139	1.520	71,5%
Frederiksberg	1,7%	1.760	688	39,1%	391	50	11,0%
Kbh. Amt	11,5%	11.903	9.328	78,4%	2.645	1.632	61,7%
Fr.borg Amt	6,9%	7.142	2.315	32,4%	1.587	576	36,3%
Roskilde Amt	4,4%	4.544	916	20,2%	1.012	81*)	8,0%
Vestsj. Amt	5,6%	5.796	1.411	24,3%	1.288	824	64,0%
Storstr. Amt	4,85%	5.020	1.414	28,2%	1.112	370	33,3%
Bornholm	0,8%	828	212	25,6%	184	Ca. 60	35,3%
Fyns Amt	8,8%	9.108	2.155	23,7%	2.024	800	39,5%
Sønderj. Amt	4,7%	4.865	1.570	32,3%	1.081	275	25,4%
Ribe Amt	4,16%	4.306	833	19,1%	957	Ca. 310	32,4%
Vejle Amt	6,56%	6.790	1.657	24,4%	1.509	380	25,2%
Ringk. Amt	5,1%	5.279	1.262	23,9%	Ringk./Vib. har fælles amtstandpleje		
Viborg Amt	4,36%	4.513	929	20,6%	2.176	2.050	94,2%
Århus Amt	12,06%	12.482	3.944	31,6%	2.774	1.319	47,5%
Nordj. Amt	9,2%	9.522	2.388	25,1%	2.116	515	24,3%

*) Amtstandplejen i Roskilde Amt har kun eksisteret i 1 år. De øvrige amter i 2-3 år.

Ribe Amt har endnu ikke etableret selvstændig amtstandpleje, men får opgaverne løst hos private tandlæger. Viborg og Ringkøbing amter har fælles amtstandpleje - og succes dermed!

Tallene for den kommunale omsorgstandpleje i hhv. Vestsjællands og Roskilde amter er større end tallene fra Danmarks Statistik. Det skyldes, at 24 kommuner i de 2 amter, har valgt at lade amtstandplejen i Vestsjællands Amt udføre omsorgstandplejeopgaverne for dem, da kommunerne ikke selv magter denne opgave. Det drejer sig om ca. 1.000 omsorgstandplejepatienter, der altså ikke er medtaget i opgørelsen fra Danmarks Statistik. Tallene for amtstandplejen i Vestsjællands Amt indeholder ikke omsorgstandplejepatienter.

For regionskommune Bornholm samt Ribe Amts er amtstandplejetallene baseret på oplysninger fra Amtsrådsforeningen. De øvrige tal er oplyst direkte fra de respektive amtstandplejeledere.

Skønnet antal patienter: *Kilde Maria Malling, Sundhedsstyrelsen*

Omsorgstandpleje totalt	100.000	Amtstandpleje totalt:	31.000
Yderligere visiteret fra amtstandplejen	3.500	visiteres til omsorgstandplejen	3.500
		Visiteres til sygesilQingstandpl.	4.500
I alt OMSORGSTANDPLEJE:	103.500	Rest AMTSTANDPLEJE:	23.000

TABEL 2 Dækningsgrader på hhv. omsorgstandpleje og amtstandpleje – med korrektion for ældreandel

Tabel, hvor ideal-tallene for omsorgstandplejen tager højde for de enkelte amters »ældre-andel«, da omsorgstandplejen i stor udstrækning er knyttet til ældre medborgere.

Område	Ældreandel i procent	Omsorgstandpleje 2004			Amtstandpleje 2005		
		Omsorgs- tandpleje ideelt	Omsorgs- tandpleje reelt	Dæknings- grad i procent	Amts- tandpleje ideelt	Amts- tandpleje reelt	Dæknings- grad i procent
Hele landet	100%	103.500	34.422	33,3%	23.000	10.762	46,8%
København	7,5%	7.763	3.400	43,8%	2.139	1.520	71,5%
Frederiksberg	2,2%	2.277	688	30,2%	391	50	11,0%
Kbh. Amt	12,5%	12.938	9.328	72,1%	2.645	1.632	61,7%
Fr.borg Amt	6,3%	6.521	2.315	35,5%	1.587	576	36,3%
Roskilde Amt	3,2%	3.312	916	27,7%	1.012	81*)	8,0%
Vestsj. Amt	5,6%	5.796	1.411	24,3%	1.288	824	64,0%
Storstr. Amt	5,6%	5.796	1.414	24,4%	1.112	370	33,3%
Bornholm	1,1%	1.139	212	18,6%	184	Ca. 60	35,3%
Fyns Amt	9,2%	9.520	2.155	22,6%	2.024	800	39,5%
Sønderj. Amt	5,2%	5.382	1.570	29,2%	1.081	275	25,4%
Ribe Amt	4,3%	4.451	833	18,7%	957	Ca. 310	32,4%
Vejle Amt	6,4%	6.624	1.657	25,0%	1.509	380	25,2%
Ringk. Amt	5,0%	5.175	1.262	24,4%	Ringk./Vib. har fælles amtstandpleje		
Viborg Amt	4,6%	4.761	929	19,7%	2.176	2.050	94,2%
Århus Amt	10,8%	11.178	3.944	35,3%	2.774	1.319	47,5%
Nordj. Amt	10,0%	10.350	2.388	23,1%	2.116	515	24,3%

Ældreandelen er beregnet på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik.

Beregningsgrundlaget baseres på antallet af 80-årige (af begge køn) i de enkelte områder pr. 1. januar 2005.

Selv om hovedparten af omsorgstandplejens målgruppe er ældre, skal det dog nævnes, at gruppen også omfatter bl.a. udviklingshæmmede og sindslidende, der kan nøjes med et mindre specialiseringsniveau end amtstandplejen.

Svar:

Benny Kristensen giver i sin henvendelse udtryk for, at specialtandplejen bør placeres i de nye regioner i stedet for i kommunerne.

Benny Kristensen finder, at befolkningsgrundlaget i kommunerne vil være for lille til at

skabe fagligt bæredygtige enheder for specialtandplejen. Patienternes tandplejetilbud vil derfor blive forringet i forhold til i dag. Samtidig gives udtryk for, at behandlingsansvar og finansieringsansvar for den omhandlede patientgruppe ikke bør skilles ad. Derfor anser Benny Kristensen ikke lovforslagets model om regionernes forpligtelse til at stille behandlingspladser til rådighed for kommunerne baseret på en rammeaftale mellem kommunerne og regionen for hensigtsmæssig.

Jeg har ved besvarelse af tidligere spørgsmål haft lejlighed til at kommentere den rejste problemstilling.

Som jeg gav udtryk for ved min besvarelse af spørgsmål 1, deler jeg ikke Benny Kristensen bekymring for, at borgerne ikke får et tilstrække-

ligt behandlingstilbud i kommunerne. Der vil som hidtil blive fastsat detaljerede regler om, hvad tandplejetilbuddet til disse patienter skal omfatte. Det vil således 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.

Det er kommunens ansvar, at borgerne får det tilbud, de har krav på. Men kommunen vil med de detaljerede regler, der vil blive fastsat ikke være i tvivl om, hvad det er for et tilbud, der skal gives, for at kommunen lever op til sit ansvar. Er det klart, at kommunen ikke lever op til sin forpligtelse, kan sagen indbringes for tilsynsmyndigheden.

Kan kommunen ikke selv løfte opgaven, har den mulighed for at få varetaget den af andre. Kommunen forpligtes til at indgå en rammeaftale med regionsrådet, hvis den ikke selv eller sammen med andre (kommuner eller private) kan løfte opgaven. Dermed får disse borgere sikkerhed for fortsat at få tilbudt tandpleje på et tilstrækkeligt fagligt niveau.

Jeg er, som jeg gav udtryk for i mit svar på spørgsmål 181, ikke bekymret for, at de kommende specialtandplejepatienters behandlingsmuligheder vil blive påvirket negativt af kommunale politisk-økonomiske prioriteringer, idet jeg ikke har grundlag for at antage, at kommunerne ikke vil leve op til deres forpligtelse efter lovgivningen.

Jeg skal endelig henvise til mit svar på spørgsmål 45 vedrørende kommunernes tilbud om omsorgstandpleje.

Spørgsmål 201:

Ministeren bedes oplyse, hvilken mere konkret personkreds eller instans, ministeriet forestiller sig skal kunne foreskrive »et lægefagligt begrundet behov for genoptræning« jf. §§ 85 og 141. Der tænkes her i særlig grad på eksempelvis hjerneskadeproblematikken, hvor der kan være behov for langvarig genoptræning, og hvor det konkrete genoptræningsbehov kan udkrystallisere sig længe efter udskrivning fra primært behandlende sygehus.

Svar:

Med sundhedsloven videreføres den nugældende sygehuslovs bestemmelse om udarbejdelse af genoptræningsplaner til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Genoptræningsplanen er patientens sikkerhed for en målrettet indsats også i forhold til den træning, der foregår efter udskrivning fra sygehuset.

Det er et grundvilkår for ordination af behandling til syge mennesker på sygehuse – herunder genoptræning – at det sker på lægens ansvar. Samtidig er det også helt sikkert, at opgaven – udarbejdelse af genoptræningsplaner – sker og fortsat vil ske i et tværfagligt samarbejde mellem de faggrupper, der er relevante, typisk ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Med kommunalreformen får kommunerne et mere samlet ansvar for rehabilitering af mennesker med funktionsnedsættelse. I det øjeblik patienten har forladt sygehuset, er det kommunens ansvar at sikre den videre rehabilitering. Som jeg også har understreget i tidligere svar, sker rehabiliteringen efter mange forskellige lovgivninger – genoptræningen som ydelse efter sundhedsloven er én af dem.

For så vidt angår hjerneskadeområdet, er rehabiliteringsindsatsen også her reguleret efter forskellige lovgivninger. Det afspejler netop, at patienternes behov for rehabilitering kan være langvarigt og ændre sig over tid i forhold til fysisk genoptræning, kognitiv træning, taleundervisning, revalideringsindsatser osv. I overensstemmelse med anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens redegørelse om behandling af traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser fra 1997 er der i dag oprettet hjerneskadesamråd. Disse samråd har til formål at sikre et sammenhængende og kvalificeret, opfølgende tilbud til patienterne efter hospitalsfasen. Når regioner og kommuner med sundhedsloven fremover er forpligtede til at samarbejde om genoptræningsindsatsen er der således på hjerneskadeområdet de fleste steder etableret et samarbejde, hvor der allerede er gode forudsætninger for at skabe sammenhæng og kvalitet i hele rehabiliteringsindsatsen over for den enkelte patient.

I medfør af lov om social service etableres som led i kommunalreformen en national videns- og specialrådgivningsorganisation, VISO. I VISO indgår bl.a. Videnscenter for Hjerneskade. VISO

vil blive organiseret som en netværksorganisation. VISO vil til løsning af sine opgaver inddrage den relevante ekspertise fra de miljøer, hvor ekspertisen er og udvikles. I den forbindelse vil VISO også kunne inddrage ekspertise og viden af den karakter, der nu findes i de amtslige hjerneskadesamråd i sine rådgivningsfunktioner over for kommunerne og over for borgere med følger efter en erhvervet hjerneskade.

Etableringen af VISO betyder, at både borgere og kommuner får mulighed for rådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager, ligesom VISO får til opgave at sikre og udvikle viden til brug for rådgivningen.

Spørgsmål 204:

Med henvisning til udvalgets spørgsmål 171 bedes ministeren for god ordens skyld bekræfte og dermed præcisere, at den konkrete sag vedrørende Center for Rygkirurgi ikke alene gav anledning til en konkret besvarelse, men også en principiel stillingtagen til, hvilke kvalitetsmæssige krav der bør stilles til private klinikker, der ønsker aftale med Amtsrådsforeningen om udførelse af højt specialiseret behandling i medfør af det frie sygehusvalg.

Svar:

Det er korrekt, at den konkrete sag har givet anledning til principiel stillingtagen til, hvilke kvalitetsmæssige krav der bør stilles til private sygehuse og klinikker, der ønsker aftale med Amtsrådsforeningen om udførelse af højt specialiseret behandling i medfør af det udvidede frie sygehusvalg.

Jeg skal i øvrigt henvise til min besvarelse af spørgsmål 171.

Indenrigs- og sundhedsministerens brev af 25. februar 2005 til udvalget

25. februar 2005

Folketingets Sundhedsudvalg

I det høringsnotat, som jeg har fremsendt til Sundhedsudvalget vedrørende forslaget til sundhedslov (L 74) er det anført, at der ikke skal være tvivl om, at princippet om vederlagsfri adgang til sygehusydelser, lægehjælp, kommunale sundhedsydelser m.v. fastholdes. Det er endvidere

anført, at dette er præciseret i bemærkningerne til § 2.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er blevet opmærksom på, at denne præcisering ved en beklagelig fejl ikke er kommet med i det fremsatte lovforslag.

Jeg vil imidlertid gerne understrege, at regeringen ikke har nogen planer om ændringer af de gældende regler om vederlagsfri sygehusbehandling og vederlagsfri behandling hos alment praktiserende læger og speciallæger m.v.

Adgang til vederlagsfri behandling er således fastlagt mange steder i lovforslaget, jf. bestemmelserne i § 51 om tolkebistand, i §§ 61, 62, 63, 64 og 65 om ydelser i praksissektoren, i § 82 om sygehusbehandling, i §§ 122 og 123 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, i §§ 128 og 130 om tandpleje til børn, i § 139 om hjemmesygepleje, i § 141 om genoptræning, §§ 141 og 142 om misbrugsbehandling, i § 159 om vaccinationer, i § 163 og 164 om specialiserede tandplejetilbud og i § 172 om befordring samt en række steder i lovbemærkningerne.

Når der i lovforslagets § 2 tales om »let og lige adgang« og ikke fri adgang, er årsagen alene, at sundhedsloven omfatter samtlige ydelser fra sundhedsvæsenet, herunder ydelser der både nu og efter forslaget er forbundet med egenbetaling, f.eks. tandpleje. Derfor ville jeg ikke finde det korrekt at anføre »fri« – i betydningen gratis – adgang som et mål i lovforslagets indledende bestemmelser.

Med venlig hilsen

Lars Løkke Rasmussen

Henvendelse fra Det Nationale Råd for Folkesundhed

Det Nationale Råd for Folkesundhed

København, den 31.05.05

Folketingets Sundhedsudvalg

Som bidrag til de igangværende overvejelser om tilrettelæggelsen af kommunernes arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme vil Det Nationale Råd for Folkesundhed over for Folke-

tingets Sundhedsudvalg gerne redegøre for rådets overvejelser og ideer.

Med kommunalreformen bliver det pr. 1. januar 2007 en lovpligtig opgave for kommunerne at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme (sund livsstil).

Spørgsmålet om kommunernes pligt til at beskæftige sig med forebyggelse reguleres i forslaget til sundhedsloven.

Det Nationale Råd for Folkesundhed finder det som udgangspunkt positivt, at forebyggelse og sundhedsfremme nu bliver en lovpligtig opgave for kommunerne. Kommunerne har efter rådets opfattelse gode forudsætninger for at varetage opgaven. Kommunerne er tæt på borgerne, og hvis kommunerne i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af deres serviceopgaver har forebyggelsesaspektet i baghovedet hele tiden, er der store gevinster. Kommunerne har også gode muligheder for at arbejde tværgående på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet. Alle kommunale ansatte skal ikke være forebyggelsesmedarbejdere, men forebyggelsestanken skal være en naturlig del af opgaveløsningen.

Rådet finder imidlertid samtidig, at den rammeprægede form i lovforslaget på forebyggelsesområdet giver et betydeligt behov for opfølgning i form af vejledninger og i forbindelse med ministerens bekendtgørelse af obligatoriske emner for sundhedsaftaler mellem region og kommuner. Rådet finder endvidere, at der for så vidt angår den patientrettede forebyggelse er en risiko for, at patienter falder mellem to stole, når kompetencen er delt mellem regioner og kommuner. Regionerne skal varetage al forebyggelse under sygehusindlæggelse, mens kommunerne står for forebyggelsen efter indlæggelsen. Det er efter rådets mening særligt påkrævet, at der findes en afklaring af, hvem der gør hvad, når det drejer sig om eksempelvis patientskoler, udgående sygehusfunktioner m.v.

Rådet anbefaler, at kommunerne indgår aftaler med regionerne om tværgående opgaver, herunder om den rådgivning og overvågning, der er beskrevet i lovforslagets § 120, stk. 3. Rådet mener, at der er behov for en præcisering og uddybning af rådgivningsopgaven, f.eks. med hensyn til ansvaret for gennemførelse af det dokumentationsarbejde, der er en forudsætning herfor. Ligeledes er der behov for en stillingtagen til, hvem der i fremtiden skal varetage de mere ud-

viklingsorienterede opgaver i forhold til den patientrettede forebyggelse, herunder modelprojekter m.v. Opgaver, der i dag primært varetages af amtskommunerne, og som flertallet af de nye kommuner formentlig fortsat vil være for små til at løfte.

Endelig finder rådet, at der mellem kommunerne og regionerne tages stilling til, hvem der i fremtiden skal varetage forebyggelsen af ulykker.

Det er afgørende, at forebyggelse og sundhedsfremme bliver en driftsopgave på linje med andre kommunale opgaver. Kun på den måde kan det sikres, at forebyggelsen ikke forsvinder, nedprioriteres eller igangsættes gradvis, efterhånden som kommunerne vokser med opgaven. Det er samtidig vigtigt, at de aktiviteter og tilbud, der sættes i værk, tager udgangspunkt i, hvad der virker.

Det Nationale Råd for Folkesundhed har tre forslag til, hvordan dette kan ske:

1. *Prioritering af opgaverne.* Rådet finder det altafgørende, at kommunerne prioriterer ud fra de væsentligste sundhedsproblemer i dag, hvor rygning, fysisk inaktivitet og dårlig ernæring er blandt de største trusler for danskernes sundhedstilstand. Rådet finder samtidigt, at det er helt centralt, at forebyggelsesarbejdet baseres på et dokumenteret vidensgrundlag. Rådet vil i den forbindelse som hjælp til kommunerne lave en matrix over kan- og skal-opgaver – en form for pyramide med forslag til, hvilke områder kommunerne skal arbejde med, f.eks. rygestop og fysisk aktivitet, og hvilke områder der kan inddrages. Der vil også være behov for i projektform at afprøve nye forebyggelsesmetoder. Det centrale er, at der som led i sådanne projekter er en målrettet erfaringsopsamling og erfaringsudveksling.
2. *Økonomi.* Rådet vil understrege, at kommunerne skal have økonomisk incitament til at forebygge – også på kort sigt. Det er vigtigt at kommunerne fra starten har tilstrækkelige midler hertil. De økonomiske midler skal gå til evidens-baseret forebyggelse – det er vigtigt, at forebyggelsen ikke bliver grebet amatøragtigt an. Rådet vil anbefale, at staten afsætter projektmidler til brug for udviklingsorienterede opgaver, til evaluering og til erfaringsopsamling ved nye projekter.

3. *Kortlægning af danskernes sundhed.* Rådet finder, at der er behov for en kortlægning af danskernes sundhed. Rådet vil invitere kommunerne til en undersøgelse af danskernes sundhed. En sådan undersøgelse bør involvere alle kommuner og udgøre et repræsentativt udsnit af danskerne (alder, køn, sociale status etc.). Undersøgelsen skal dels omfatte objektive mål (f.eks. vedrørende kondition, kropsvægt og blodtryk) dels omfatte borgernes svar på en række spørgsmål (f.eks. ved-

rørende mental sundhed, rygning og alkohol). En sådan undersøgelse af sundhedstilstanden i de enkelte kommuner vil være et uvurderligt værktøj, når de enkelte kommuner skal planlægge og målrette forebyggelsesindsatsen. Det er Rådets håb, at Folketinget vil afse midler til at støtte dette initiativ.

Med venlig hilsen

Bente Klarlund Pedersen

Formand for Det Nationale Råd for Folkesundhed