

**Indenrigs- og Sundhedsministeriet**

Dato: 4. maj 2005  
Kontor: 2.s.kt.  
J.nr.: 2005-1200-59  
Sagsbeh.: HES  
Fil-navn: Dokument 1

**Besvarelse af spørgsmål nr. 95 (L 74), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 18. april 2005**

**Spørgsmål 95:**

"Ministeren bedes konkretisere, hvilke nye opgaver og funktioner Sundhedsstyrelsens præcist tildeles som følge af forslaget til en ny sundhedslov – og hvad de i givet fald vil kræve af bemanning/ressourcer?"

**Svar:**

Som det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, er de generelle bestemmelser om Sundhedsstyrelsens placering og opgaver i den nugældende lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse overført uændret til lovforslaget.

Et væsentligt mål med kommunalreformen er imidlertid på sundhedsområdet at styrke den overordnede styring og koordinering og skabe det bedst mulige grundlag, for at nationale sundhedspolitiske målsætninger kan realiseres. For at nå dette mål får de centrale sundhedsmyndigheder med lovforslaget styrkede beføjelser, som det f.eks. også blev anbefalet af Strukturkommissionen. Forslagene herom er i øvrigt blevet positivt modtaget i langt de fleste hørings svar til sundhedsloven.

Den større centrale koordinering og styring har følgende elementer:

1. De centrale udmeldinger vedr. specialeplanlægning bliver bindende for regionerne. Det sker for at sikre:
  - at der er det nødvendige patientunderlag for sygehusvæsenets specialiserede funktioner – det er en forudsætning for høj klinisk kvalitet i patientbehandlingen.
  - at behandlinger, hvor der er opbygget den nødvendige rutine, udbredes fra de højt specialiserede afdelinger til basisniveau i sygehusvæsenet eller i primærsektoren og for samtidig sikre en koordineret anvendelse af de højt specialiserede ressourcer.
2. Sundhedsstyrelsen får med lovforslaget hjemmel til
  - at fastlægge krav til lands- og landsdelsfunktioner
  - at godkende lands- og landsdelsfunktioners placering på bestemte sygehuse
  - tilbagetrække godkendelser, såfremt de fastsatte krav ikke er opfyldt – trods pålæg herom.

Specialeplanlægning vil dog – som hidtil – foregå ved en dialog mellem alle parter. Det er derfor en forudsætning, at de centrale sundhedsmyndigheder anvender deres beføjelser på dette område i overensstemmelse med rådgivning fra det rådgivende udvalg for specialeplanlægningen.

3. De centrale sundhedsmyndigheder vil med reformen og lovforslaget få en styrket koordinerende rolle for så vidt angår udviklingen af en fælles kvalitetsmodel, gennemførelsen af kvalitetsstandarder og formidling af kvalitetsdata. På IT-området imødekommer lovforslaget et stigende krav til, at de centrale myndigheder ikke blot sikrer, at der er de fornødne standarder m.v., så de decentrale myndigheder (regioner og kommuner) har mulighed for at implementere IT på en hensigtsmæssig måde, men også sikrer at det rent faktisk sker.
4. Regioner og kommuner får pligt til dels at nedsætte et sundhedskoordinationsudvalg dels at indgå aftaler om centralt udmeldte områder. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke indsatsområder sundhedsaftalerne skal omfatte. Aftalerne skal godkendes af Sundhedsstyrelsen. Formålet med disse mere forpligtende samarbejdsbestemmelser er at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af myndighedsgrænserne. Det er hensigten, at etablere en balanceret ordning: De statslige myndigheder udpeger obligatoriske områder, som de decentrale sundhedsmyndigheder skal håndtere, mens løsninger i vidt omfang forventes fastlagt lokalt.

Sundhedsstyrelsen har allerede i dag væsentlige opgaver på de her nævnte områder, men har ikke den nu foreslåede hjemmel til at sikre gennemførelse af konkrete beslutninger. De ressourcemæssige konsekvenser af forslaget drøftes for nærværende, og vil inden endelig stillingtagen blive drøftet med de kommunale parter.