

12. august 2020

Til Sundheds- og Ældreministeriet

sum@sum.dk

sagl@sum.dk

Alkohol & Samfunds høringssvar vedr. høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.fl. (Bedre styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug...) sagsnr. 2005856

Alkohol & Samfund takker for at blive inddraget i høring over lovforslaget, der dels er en udmøntning af et element af aftale om kommunernes økonomi 2019 og 2020, dels er tilsigtet at bidrage til at løfte kvaliteten i behandling for alkoholproblemer.

Ambitionen om at løfte kvaliteten i behandlingen har sundheds- og ældreministeren også adresseret, da ministeren i 2019 bad Sundhedsstyrelsen gennemføre et serviceeftersyn af tilbuddene, der mundede ud i rapporten Sundhedsstyrelsens servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling, januar 2020. Derfor opfordrer Alkohol & Samfund i høringssvaret ministeren til at inddrage de indsigter og entydige anbefalinger, rapporten allerede nu giver, i det lovforslag, som ministeren vil fremlægge for Folketinget. Det folketing, der opfordrede ministeren til at gennemføre servicetjekket.

Kommentarer til afsnit og paragraffer i høringsudkastet til lovforslag

Ad §141 samt i Overskriften Kap. 40 - og bemærkning 1 side 44 med videre

Vi foreslår, at ministeren udskriver ordet "alkoholmisbrug" med "alkoholproblemer" i lovtekst og vejledning. Det underbygger og gør det tydeligt for borgerne og behandlende enhed, at behandling er rettet mod at afhjælpe problemer hos borgere med et storforbrug – særligt i form af et skadeligt eller afhængigt alkoholforbrug jævnfør Sundhedsstyrelsens definitioner på side 5 i Forebyggelsespakke Alkohol, 2018. Dette vil også dække genstanden for behandlingen, som ministeriet beskriver det i høringsmaterialets bemærkninger side 43.

Ministerens tydeliggørelse af de tilstande, der er omfattet af loven i bemærkningerne side 43, synes vi er en vigtig tydeliggørelse af tilstande, hvor borgeren har ret til behandling – og hvor hjemkommunen har forsyningspligt. Det anerkender vi som en vigtig forbedring.

Vi foreslår i forlængelse heraf, at ministeren i bemærkningerne til lovforslaget opfølgende definerer, at alkoholbehandling skal rette sig mod at "afhjælpe eller helbrede de fysiske, psykiske og sociale problemer, som alkoholforbruget medfører".

Vi anser en sådan eksplicit målsætning som en væsentlig tilkendegivelse af, at personalet, der indgår i behandlingen, bør besidde socialfaglige og sundhedsfaglige kompetencer, hvilket ikke er tilfældet i alle tilbud i dag jf. serviceeftersynets rapport kapitel 4.

Ad §141 stk. 4: Det fremgår af bemærkningerne, at ministeren ikke har intentioner om en indholdsmæssig ændring af bestemmelsen.

I forlængelse af servicetjekket mener Alkohol & Samfund, at det vil understøtte lovforslagets formål om at styrke sammenhængen mellem pris og kvalitet i behandlingstilbuddene, hvis ministeren indfører:

1. en specificering af, at det både er en socialfaglig, og misbrugsfaglig "aktuelt bedste faglige viden om metoder og indsatser", der skal indgå i godkendelsen.
2. at socialtilsynet skal inddrage misbrugsfagligt personale i godkendelsen.
3. nationale kvalitetsstandarder jf. servicetjekkets anbefalinger s. 4.
"Nationale kvalitetsstandarder kan ligeledes være en ramme, der er med til at strukturere og systematisere tilsynsarbejdet samt tydeliggøre for tilbuddene, hvilke kvalitetsparametre de skal leve op til for at kunne tilbyde alkoholbehandling i Danmark - offentligt finansieret eller ej."

Ad § 141,stk. 6: Ministeren foreslår krav om, at et behandlingssted skal være godkendt af to kommuner for at være omfattet af borgernes adgang til uvisiteret ambulant behandling. Hensigten med denne bestemmelse er jf. bemærkningerne s. 48, at dette "alt andet lige vil skabe sikkerhed for behandling af god kvalitet".

Hvad denne forudsætning bygger på, er helt ubeskrevet. Alkohol & Samfund er imidlertid bekendt med, at tilbud, der i dag er godkendt af to kommuner, ikke har et rimeligt forhold mellem pris og kvalitet efter en lang række andre kommuners opfattelse.

Alkohol & Samfund anser derfor initiativet som utilstrækkeligt til at sikre borgerne kvalitet i behandlingen og tredjepart – en given kommune - sikkerhed for værdi for pengene.

Vi opfordrer ministeren til at følge anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens servicetjek s. 4:

Forpligtigende nationale kvalitetsstandarder for alle behandlingssteder, både offentlige og private, kan bidrage til at øge kvalitetsniveauet og patientsikkerheden. Nationale kvalitetsstandarder, som alle, der ønsker at tilbyde alkoholbehandling, skal følge, kan øge sandsynligheden for, at den behandling, som patienten får, er evidensbaseret og kvalitetssikret. For at øge gennemsigtigheden, særligt for den drikke og pårørende, bør behandlingsstederne gøre deres egen kvalitetsstandard offentligt tilgængeligt.

Derudover vil det styrke sammenhængen for patienternes behandling, når hospitaler og almen praksis får tydeligere og bedre indsigt i, hvilke muligheder de respektive behandlingssteder – kommunale og private - stiller til rådighed for patienterne med alkoholproblemer.

Ad § 141,stk.12 Forslaget om, at ministeren fastsætter definitioner af ambulant, dag- og døgnbehandling, bakker Alkohol & Samfund op om. Det vil give både borgerne, hospitaler og almen praksis og samarbejdspartnerne i det øvrige sundhedsvæsen tydeligere og bedre indsigt i, hvilke muligheder kommunerne stiller til rådighed for patienterne.

Af bemærkningen under 2.1.3.2. side 26 fremgår, at ministeren vil anvende definitionerne i NAB-registret som udgangspunkt for at beskrive intensitetsniveauer ved ambulant, dag- og døgnbehandling. Alkohol & Samfund er enig i, at denne rammefastsættelse kan bidrage væsentligt til at løfte kvaliteten og kvalitetsudviklingen i den ambulante indsats i både private og kommunale tilbud. Vi opfordrer ministeren til at inddrage sagkyndige i alkoholbehandlingen i arbejdet med at definere niveauerne i lighed med arbejdet om nationale kliniske retningslinjer for alkoholbehandling og stiller vores eksperter til rådighed.

Udover kommentarerne til den foreliggende tekst, opfordrer Alkohol & Samfund sundheds- og ældreministeren til at tilføje to initiativer, der vil styrke tilgængeligheden, leveringssikkerheden og kvaliteten af det offentlige og private samarbejde om behandling for alkoholproblemer. .

1. Telemedicin

Alkohol & Samfund opfordrer til, at ministeren bemyndiges til at definere præmisser for, hvordan behandlingsstederne kan levere behandling via fx videolink og andre telemedicinske metoder i stedet for eller som supplement til behandling ved fremmøde. Behandlingsformen har mange fortrin og kan øge behandlingssøgning, compliance og effekt af behandlingen. Desuden er der i en tid med Corona behov for, at videolink-behandling udvides, således særligt sårbare og udsatte mennesker – blandt andet som følge af alkoholforbruget - ikke behøver at udsætte sig for smitterisiko for at få behandling, ligesom telemedicin kan afhjælpe indskrænkninger i behandlingsstedernes tilbud i fremmødebehandlingen.

2. Pårørendes adgang til rådgivning og behandling

Succesfuld behandling af alkoholproblemer kræver en indsats fra familie eller andre pårørende til den drikkende¹. Det vil derfor bidrage til compliance og reduktion af hele familiens problemer, at ministeren giver pårørende adgang til rådgivning og nødvendig behandling i forbindelse med behandling af en drikkende.

Sammenfattende finder Alkohol & Samfund, at lovforslaget er et godt skridt i retning af at styrke gennemsigtigheden af sammenhæng mellem pris og kvalitet. Klarhed om kvaliteten – indholdet - af behandlingen er dog ikke tilstrækkeligt sikret ved den foreliggende tekst, hvilket ministeren kan imødegå ved at inddrage anbefalingerne fra ministerens eget serviceeftersyn.

Venlig hilsen

Peter Konow
Direktør

¹ Lindgaard. (2006). *Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlings effekter*. Center for Rusmiddelforskning, Sundhedsstyrelsen, s. 1-81.

Fra: Lars Holsaae <lh@ato.dk>
Sendt: 9. september 2020 14:01
Til: DEP Sundheds- og Ældreministeriet
Cc: Sabine Godsvig Laursen
Emne: Høring af lovforslag om behandling for alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion m.v. - frist den 12. august 2020

Til Sundhedsministeriet

Jeg er klar over, at høringsfristen for længst er udløbet.

Det er imidlertid min opfattelse, at tandpleje efter § 134 a stk. 1 bør være omfattet af lovforslagets § 249 stk. 2

I bemærkningerne til lovforslagets § 249 stk. 2 anføres:

nr. 8.

Det fremgår af sundhedsloven § 249, at bopælskommunen afholder udgifter forbundet med tandpleje efter §§ 131, 133, 134 a og 135.

Med forslaget til sundhedslovens § 249, stk. 2, foreslås det, at bopælskommunen har ret til mellemkommunal refusion for udgifter forbundet med tandpleje efter §§ 131, 133, og 135, til personer, der som følge af en afgørelse

truffet af en anden kommune eller anden offentlig myndighed i medfør af lov om social service, har bopæl i kommunen. Refusionen skal svare til kommunens faktiske udgifter ved at levere ydelsen.

Efter den foreslåede bestemmelse vil den kommune, som er bopælskommune for borgere – som efter en afgørelse fra en anden kommune eller anden offentlig myndighed truffet i medfør af lov om social service har fået bopæl i kommunen – kunne få refusion for de udgifter, som kommunen afholder til tandpleje til borgeren. Refusionen skal svare til kommunens faktiske udgifter forbundet med at levere ydelsen. De faktiske udgifter omfatter en forholdsmæssig andel af fællesudgifter og udgifter til ledelse og administration, der er en følge af driften af sundhedstilbuddet.

Den foreslåede ordning vil kun gælde i tilfælde, hvor borgerens handlekommune, en tidligere handlekommune eller anden offentlig myndighed har visiteret borgeren i henhold til lov om social service til et tilbud i anden kommune, hvor borgeren får bopæl.

Ved anden offentlig myndighed forstås f.eks. regioner eller retsvæsenet, som har kompetence til at træffe afgørelse om borgerens bopæl.

Bestemmelsen af, hvem der er borgerens handlekommune, en tidligere handlekommune eller anden offentlig myndighed, som har visiteret borgeren til et tilbud, i henhold til lov om social service i en anden kommune, og som dermed har medvirket til, at borgeren får bopæl i bopælskommunen, følger af de generelle regler fastlagt i § 9 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Borgere der er anvist plads på forsorgshjem eller lignende i en anden kommune efter servicelovens § 104 eller 110 adskiller sig ikke fra de øvrige tilfælde beskrevet i § 249 stk. 2, hvorfor social tandpleje bør indgå i den mellemkommunale udligning også for disse borgere, der jo skifter folkeregisteradresse efter en anden kommunes afgørelse. Der vil jo være mellemkommunal udligning for de med serviceloven forbundne udgifter.

Det foreslåede stk. 3 sikrer, at en opholdskommune kan tilbyde en hjemløs med anden bopælskommune (folkeregister kommunen) social tandpleje efter lovens § 134 stk.1 med refusion fra bopælskommunen (folkeregistrerings kommunen) af de faktiske omkostninger.

Begge de mellemkommunale udligningsmuligheder bør derfor være til stede for social tandpleje.

Håber ovenstående giver mening i forhold til at opfylde intentionerne dels med social tandpleje dels med udvidelsen af mulighederne for mellemkommunal udligning.

Med venlig hilsen

Lars Holsaae

Direktør

Mobil: +45 40 26 61 81

Hovednr: +45 33 14 00 65

Web: www.ato.dk

Peter Bangs Vej 30, 4 sal
DK-2000 Frederiksberg

Sekretariatets åbningstider:

Mandag-fredag: Kl. 9 -15



Høringssvar til Sundheds- og ældreministeriet angående ændring af Sundhedsloven §141 m.m.

Indledningsvis undrer det os, at Blå Kors Danmark ikke er medtaget på høringslisten for lovforslaget. Blå Kors er en ganske betydelig aktør på alkoholbehandlingsområdet. Således havde vi i 2019 over 600 i ambulant alkoholbehandling og vores arbejdsgrene omkring TUBA og 5 Barnets Blå Huse havde over 3500 børn og unge i behandling for skader som følge af alkoholproblemer i hjemmet. Vi skal derfor anmode om at blive optaget på listen som høringspart angående kommende ændringer i lovgivning m.v. omkring alkoholproblemer.

I medfør af ovenstående tillader vi os at indgive høringssvar til påtænkt lovforslag:

Blå Kors vil gerne pointere, at hovedproblemet omkring alkoholbehandling i Danmark ikke er manglende kommunal styrbarhed, men netop underbehandling af problemet. Sundhedsstyrelsen anslår, at 140.000 danskere er afhængige af alkohol- og at omkring 560.000 danskere har et problematisk forbrug af alkohol. Tilmed vurderer Sundhedsstyrelsen, at omkring 144.000 børn mellem 0 og 18 år vokser op i hjem, hvor deres opvækst præges af alkoholproblemer i hjemmet. Henset hertil er 17500 personer (2018) i offentligt finansieret alkoholbehandling alt for lidt – og alt for mange går med en ubehandlet afhængighed med betydelige ulemper for deres børn og partnere.

I øvrigt bemærkes det, at ifølge Rådet for Socialt Udsattes oversigt over udgifter på udsatteområdet, så er de kommunale udgifter på alkoholområdet i 2019 405 mio. kr., hvilket kun er marginalt over udgiftsniveauet i 2015, som var på 390 mio. kr. i (2019-pl). Der var en stigning fra 2017 til 2018, men mon ikke den skal ses i lyset af, at man netop i nogle år via kampagner fra Alkohol og Samfund og TrygFonden motiverede til at flere skulle gå i behandling. Antallet steg da også fra 16.700 personer i 2015 til 17.500 i 2018. Til gengæld er der et reelt fald i de kommunale udgifter fra 2018 til 2019. Problemet er for Blå Kors at se ikke udgiftsniveauet, men snarere at udvikle og sikre kvaliteten i alkoholbehandlingen i Danmark.

Blå Kors Danmark anerkender, at der er et behov for, at der ses nærmere på kvaliteten blandt nogle af de private aktører. Behandlingen er meget tvivlsom hos flere af dem. Desværre ser vi også at nogle kommunale behandlingsindsatser, særligt i mindre kommuner er kvalitetsmæssigt meget varierende. Sidstnævnte problem bliver dog slet ikke adresseret ved det påtænkte lovforslag.

Vores anbefaling i den sammenhæng vil være at give Socialtilsynet større beføjelser til at kræve minimumsstandards med hensyn til uddannelsesmæssige kompetencer og faglige forhold for at kunne blive godkendt som alkoholbehandlingsenhed under offentlig finansiering. Dette vil udelukke meget små og ikke fagligt funderede private aktører - og for den sags skyld og små kommunale enheder, der ikke har den fornødne faglige bredde og dybde. Dette vil sikre kvaliteten bedre, hvilket ikke nødvendigvis vil ske med lovforslagets initiativer.

Hovedelementet i lovforslaget omkring alkohol er, at private aktører fremover skal have skriftlige aftaler med to kommuner mod kun én kommune i dag for at kunne få godkendelse til at levere ambulant alkoholbehandling og dermed levere behandling til borgere fra andre kommuner.

Det er svært at finde argumenter for, at udvide kravet om samarbejdsaftale fra en til to kommuner. Af bemærkningerne side 18 indikeres det dog, at "det ikke kan udelukkes, at hensyn til f.eks. den lokale beskæftigelse kan spille en rolle i forhold til indgåelse af aftaler med private behandlingssteder". Det virker søgt og næppe realistisk, at en kommune vil indgå en aftale med en privat aktør, der måske giver 5-6 mands beskæftigelse i kommunen. Omvendt har Blå Kors i den nuværende situation jævnligt haft dialoger med kommunale embedsmænd, der gerne så flere alkoholbehandlingstilbud i kommunen, men hvor alene økonomistyringen bevirker, at man ikke tør indgå den fornødne aftale. Vores oplevelse er således, at kommunerne allerede har økonomistyringen inde som dominerende argument.

Blå Kors er bekymret for, at lovændringen vil føre til at færre med alkoholproblemer søger og kommer i alkoholbehandling og især langt færre end der burde gå i behandling.

Samtidig ved Blå Kors fra tidligere opinionsundersøgelser, at der en andel af befolkningen, som klart foretrækker et privat behandlingstilbud, hvis de oplever behov for rådgivning eller behandling mod alkoholproblemer. Derfor er det afgørende, at der er en passende god forsyning af private – vel at mærke kvalificerede – behandlingstilbud over hele landet.

Navnlig i udkantsområder og områder, hvor kommunen har en stor geografi, forekommer det helt urealistisk, at private vil kunne oprette behandlingstilbud forudsat godkendelse fra to kommuner. Hvilken motivation skulle andre kommuner have for at indgå aftaler med private behandlingssenheder på Bornholm, Tønder eller Thisted? Lovændringen vil reelt afvikle eller forhindre oprettelse af private enheder i disse dele af landet.

Vi finder det meget kærkomment, at der i lovforslaget tydeligt fremgår, at borgeren har selvbestemmelse ift., hvor han eller hun ønsker sin behandling. Det er allerede almindelig praksis. Men har indtil videre ikke været tilstrækkeligt lovgivningsmæssigt formuleret.

Ud fra en ren kommunal styringslogik, kan man til nød forstå tænkningen, at der skal være to kommuner, der har godkendt en given privat behandlingssenhed, når borgere kan komme "ind fra gaden" og opnå ambulant behandling uden forudgående kommunal godkendelse/visitation. Denne logik kan imidlertid ikke overføres til den nye bestemmelse i §141 stk. 7. og 8., hvor det forudsættes, at der også skal være to kommuner, der skal have godkendt, at det private behandlingssted indgår i kommunens forsyning vedrørende dagbehandling og døgnbehandling. Til disse ydelser er der jo i alle sager forudsat visitation fra kommunen og dermed styring over antallet af bevillinger. Stramningen forekommer således at være unødig.

Man kan derfor være bekymret for at forslaget vil reducere navnlig private aktører – da der jo ikke tilsvarende bestemmelser angående de kommunale eller regionale behandlingssenheder. Dette skal ydermere ses på baggrund af, at antallet af døgnbehandlinger har været meget presset de senere år

og vi kan være bekymret for om denne lovændring vil blive dråben til, at endnu flere døgnbehandlingsenheder vil lukke i de kommende år.

I øvrigt finder Blå Kors det fint, at der med lovforslaget sker præciseringer omkring, hvad der må anses for ambulant behandling, dagbehandling og døgnbehandling.

Når det er sagt, så finder Blå Kors det problematisk, at der ikke er i udkastet, er lagt op til ændringer i forhold til, hvem der er beslutningsmyndighed angående den tildelte behandlingsindsats; om det skal være ambulant, dag- eller døgnbehandling er udelukkende op til kommunen trods relevante fagfolks tydelige vurderinger sammen med borgerens ønsker. Det ser for ofte ud til, at det er kommunens økonomi, som afgør behandlingstilsagnet og ikke borgerens behandlingsbehov. Særligt for borgere med dobbelt diagnoser er det et stort problem, at de for ofte får afslag på mere intensiv behandling og må nøjes med ambulant behandling.

Særligt positivt finder Blå Kors det, at sprogbrugen ændres fra "alkoholmisbruger" til "personer, der har et alkoholmisbrug". Tak for denne ændring!

Blå Kors er endvidere meget glad for, at der nu foreslås en ordning om mellemkommunal refusion for sundhedsudgifter. Vi har ofte borgere fra forskellige kommuner på samme institutioner. Kommunale sundhedsydelser kan i nogle tilfælde være en belastning for den kommune, hvori en institution er beliggende – særligt for mindre kommuner.

Som det fremgår af ovenstående, så finder Blå Kors det problematisk med den foreslåede lovændring om med krav om skriftlige samarbejdsaftaler med mindst to kommuner og anbefaler, at man i stedet via flere krav fra Socialtilsynene skærper kvalitetskravene til alle – også de offentlige – behandlingsenheder.

Blå Kors stiller sig gerne til rådighed for en uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen
Blå Kors Danmark

Christian Bjerre
Generalsekretær

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Sendt pr. e-mail til sum@sum.dk med kopi til
sagl@sum.dk

Den 12. august 2020

Høringssvar til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love.

Dansk Erhverv takker for muligheden for at afgive høringssvar og har følgende bemærkninger:

Generelle bemærkninger:

Socialområdet og alkoholbehandlingen kan bedst styrkes med et frit marked, hvor der er konkurrence om at levere den bedste kvalitet for borgeren til prisen.

Dansk Erhverv ser positivt på intentionen om at sikre bedre styring med og kvalitet i alkoholbehandlingen i Danmark, herunder ønsket om at tydeliggøre rammerne og skabe øget gennemsigtighed i taksterne for alkoholbehandlingen.

Dansk Erhverv ser også positivt på, at der indføres hjemmel til den mellemkommunale refusion af sundhedsudgifter, ligesom det er positivt, at det præciseres, at ambulant alkoholbehandling og rådgivning kan foregå anonymt og på borgerens præmisser.

Dansk Erhverv finder det imidlertid problematisk, at private behandlingssteder underlægges unødigt stramme godkendelseskrav sammenlignet med kommunale behandlingssteder. Der savnes argumenter for, hvorfor Socialtilsynets godkendelse ikke er tilstrækkeligt for kunne tilbyde behandling. Såfremt Socialtilsynet godkender ikke vurderes tilstrækkelige, burde fokus i lovforslaget være at styrke denne frem for at opbygge yderligere bureaukrati og dobbelte processer.

Specifikke bemærkninger:

Vedr. forslag om, at private behandlingssteder fremadrettet skal indgå aftale med minimum to kommunalbestyrelser for at være omfattet af borgerens frie valg (§141, stk. 6 – 8).

Dansk Erhverv finder det grundlæggende problematisk, at private og selvejende tilbuds muligheder for at levere tilbud inden for alkoholbehandling i dag er betinget af den enkelte kommunes vilje til at indgå en aftale med tilbuddet. Dansk Erhverv ser gerne, at tilbud inden for alkoholbehandling tilvejebringes ud fra en objektiv og uafhængig faglig vurdering af tilbuddets kvalitet.

Forslaget om, at der fremadrettet skal indgås aftale med to kommunalbestyrelser vil kun forstærke den i forvejen problematiske retsstilling, der gælder for ikke-offentlige leverandører af alkoholbehandling i dag, og det vil ikke nødvendigvis bidrage til øget kvalitet. Fra Dansk Erhvervs perspektiv bør det være et uafhængigt tilsyns opgave at føre tilsyn med kvaliteten af et givent tilbud. Antallet af aftaler mellem kommuner og et givent tilbud er fra Dansk Erhvervs perspektiv ikke en saglig indikator på, om et tilbud leverer kvalitet.

Det er afgørende for Dansk Erhverv, at det frie valg sikres for borgeren, og at udviklingen på socialområdet bevæger sig mod styrket retsstilling samt øget kvalitet og effekt for borgeren og for de virksomheder og organisationer, der leverer de sociale tilbud. Ikke-offentlige leverandører bør have mulighed for at etablere tilbud og konkurrere på lige vilkår med offentlige tilbud.

Dansk Erhverv foreslår derfor, at denne del af lovforslaget fjernes og at der i stedet stilles forslag om et styrket uafhængigt tilsyn med rette kompetencer til at føre tilsyn med kvaliteten og godkendelse af tilbud inden for også alkoholbehandling, således at spørgsmålet om kvalitet ikke bliver afgjort på baggrund af antallet af skriftlige aftaler mellem kommune og tilbud. Det er vigtigt for arbejdet med at øge tilliden til socialområdet, at det ikke er kommunerne, der skal føre tilsyn med konkurrerende eller egne tilbud på området.

Vedr. udkastets s. 23, hvor det forudsættes, at offentlige behandlingssteder leverer den forventede kvalitet til en passende takst.

Dansk Erhverv bemærker, at det i udkastets s. 23 forudsættes, at der er sammenhæng mellem kvalitet og takst i offentlige tilbud på området for alkoholbehandling. Det er Dansk Erhvervs opfattelse, at taksterne på Tilbudsportalen i dag ikke altid giver et retvisende udtryk for reelle omkostninger, der er forbundet med at drive et tilbud. Dette eksemplificeres i Dansk Erhverv og Selveje Danmarks pjece 'Mest velfærd for pengene'¹.

Dansk Erhverv foreslår konkret, at der stilles samme krav til offentlige såvel som ikke-offentlige leverandører om revision på enhedsniveau, hvilket er relevant for området for alkoholbehandling såvel som socialområdet bredt.

¹ <https://www.danskerhverv.dk/siteassets/mediafolder/dokumenter/o4-politik/for-2020/politiske-rapporter/pjece.-mest-velfard-for-pengene.pdf>

Vedr. den foreslåede ordning afsnit 2.2.3. om bopælskommunens ret til mellemkommunal refusion samt vedr. den foreslåede ordning afsnit 2.3.3. om indregning af sundhedsydelser i taksten for tilbuddet

Dansk Erhverv støtter forslaget om bopælskommunens ret til mellemkommunal refusion, da ændringen kan bidrage positivt til etableringen og tilstedeværelsen af offentlige eller ikke-offentlige behandlingstilbud på området i den enkelte kommune, fordi kommunens økonomi ikke belastes.

Der kan være ræson i at lade visse sundhedsudgifter indgå i taksten for et tilbud. Dansk Erhverv finder det dog uhensigtsmæssigt, hvis enkelte tilbud selv kan beslutte, om det skal indregnes i taksten, da taksterne på socialområdet i dag i forvejen er udfordret af manglende gennemsigtighed og sammenlignelighed, hvilket kan vanskeliggøre den styring og udvikling af kvalitet på området, lovforslaget tilsigter.

Dansk Erhverv foreslår, at offentlige såvel som ikke-offentlige tilbud bør beregne taksterne efter en ensartet model, hvor alle væsentlige elementer og omkostninger er medregnet.

Dansk Erhverv står til rådighed for at uddybe ovenstående bemærkninger.

Med venlig hilsen,

Christian Keller Hansen
Politisk konsulent
Dansk Erhverv



Dansk Socialrådgiverforening

faglig handlekraft

Til
Sundheds- og Ældreministeriet
Sendt pr. e-mail til: sum@sum.dk med kopi til sagl@sum.dk

Toldbodgade 19 B · DK 1253 København K · T 7010 1099 · ds@socialraadgiverne.dk · www.socialraadgiverne.dk · CVR DK 6335 6018

Høringssvar vedr.

Forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love (Bedre styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug)

Dansk Socialrådgiverforening takker for muligheden for hermed at fremsende vore bemærkninger til Sundheds- og Ældreministeriets *udkast til forslag om lov om ændring af sundhedsloven m.fl. omhandlende bedre styring af offentligt finansieret behandling af alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion, ...*).

Dansk Socialrådgiverforening og Faggruppen Alkoholbehandlere under Dansk Socialrådgiverforening hilser initiativet til at revidere SUL §141 velkommen, og vi støtter intensjonen med ændringerne, at sikre bedre og tydeligere rammer for styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug, og dermed øge gennemsigtigheden med reglerne på alkoholområdet og samlet set løfte kvaliteten af behandlingen for alkoholmisbrug.

Grundlæggende er vores holdning, at der skal stilles de samme krav til kvaliteten i kommunale og private behandlingstilbud, og at det skal være muligt for den enkelte kommune at sætte opgaven med alkoholbehandling i udbud til kompetente private behandlingstilbud, hvis kommunen ønsker det.

Dansk Socialrådgiverforening tilslutter sig, at prisen for alkoholbehandling skal afspejle de faktiske omkostninger. Leverer en kommune alkoholbehandling til en anden kommune, enten via et kommunalt drevet tilbud eller via en privat leverandør, skal prisen for en ydelse til nabokommunen være den samme som den er for pågældende kommune, der har etableret et eget tilbud eller indgået aftale med en privat leverandør om varetagelse af den kommunale alkoholbehandling.

Dansk Socialrådgiverforening hilser ændringerne omhandlende retten til frit valg i SUL §141 stk. 7 og stk. 8 velkommen. Det styrker gennemsigtigheden, at den nuværende retspraksis om ret til frit valg indenfor alkohol dag- og døgnbehandling gøres eksplicit i lovtæksten.

På det konkrete plan er vi uforstående overfor forslaget om, at det skal være et krav, at private behandlingssteder fremadrettet skal indgå aftale med minimum to kommunalbestyrelser for at være omfattet af borgerens frie valg (jf. § 141 stk. 6-8). En sådan ændring vil ikke af sig selv øge gennemsigtigheden eller løfte kvaliteten, hvilket i stedet bør ske ved de øvrige forslag til ændringer, som kommenteret nedenfor. At kræve aftale med to kommuner vil udfordre nogle nuværende behandlingstilbud, som i dag kun



har aftale med én kommune og lever transparent behandling af høj faglighed og kvalitet i indsatsen. Vi frygter at kravet om aftaler med to kommuner i sidste ende kan lukke et mindre antal velfungerende behandlingstilbud.

Dansk Socialrådgiverforening finder, at den faglige kvalitet i tilbuddene og gennemsigtigheden omkring både tilbuddenes faglige profil og økonomi skal sikres ved at udvide Socialtilsynets beføjelser og ved centralt udformede kvalitetsstandarder for den kommunale alkoholbehandling.

Tilsynet kan gå mere kritisk til værks i forhold til at sikre, at den faglige kvalitet er i orden ved øget fokus på lægefaglighed i tilbuddene og på de øvrige medarbejderes behandlingsmæssige kompetencer.

Tilsynet kan øge fokus på tilbuddenes takster, og sikringen af, at der er fornuftig sammenhæng imellem tilbuddenes pris og deres kvalitet.

Dansk Socialrådgiverforening vil afslutningsvis understrege, at vi gerne havde set en lovrevision, der ikke blot havde fokus på styring, ensartethed og gennemsigtighed, men også styrkede ambitionerne for de behandlingsmæssige indsatser på området.

Socialrådgivere på området (samlet i Faggruppen Alkoholbehandlere) fremhæver bl.a. behovet for, at pårørende til mennesker med alkohol-afhængighed sikres et tilbud om pårørende-behandling, eftersom det fremgår af NKR at en sådan indsats har stor betydning for den alkohol-afhængiges behandlingsudbytte eller i første omgang understøtter at den alkohol-afhængige påbegynder behandling.

Tilsvarende beskrives behovet igen og igen for at sikre den intensitetsmæssige rigtige behandling for borgere med alkoholafhængighed og samtidig psykisk lidelse (dobbeltdiagnose), for hvem ambulant behandling ofte ikke er tilstrækkeligt, og derfor efterspørges en præcisering af, at de pågældende har ret til et behandlingstilbud med en dag- eller døgnbehandlingstilbud med en intensitet, som afspejler den enkeltes problemstilling.

Således bemærkningerne fra Dansk Socialrådgiverforening og vore medlemmer, som til daglig arbejder med de omtalte lovregler. Vi ser frem til at vore bemærkninger kan understøtte Ministeriet og Folketingets videre lovarbejde, og stiller os gerne til rådighed for uddybende dialog såfremt dette vurderes hjælpsomt.

Med venlig hilsen

Ditte Brøndum

Næstformand
Dansk Socialrådgiverforening



DANSKE HANDICAPORGANISATIONER

Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup, Danmark
Tlf.: +45 3675 1777
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

12. februar
2020165310477070

Høringssvar om lovforslag om behandling for alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion m.v.

Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har et par bemærkninger til den del af lovforslaget, som handler om mellemkommunal refusion og indregning af sundhedsfaglige udgifter i taksten for tilbud efter lov om social service.

Der lægges op til at give kommunerne mulighed for mellemkommunal refusion for kommunale sundhedsydelser for borgere visiteret til eller anbragt på tilbud beliggende i en anden kommune end bopælskommunen.

Der stilles endvidere forslag om at skabe hjemmel til, at udgifter til sundhedsfaglige indsatser, der ydes som led i ophold på sociale tilbud, kan indgå i beregningen af taksterne for tilbuddet.

DH mener, at det grundlæggende er rimeligt nok. Det kan være med til at understøtte en velfungerende organisering af de sociale tilbud. Der foregår sundhedsbehandling på mange botilbud, og det er fair, at den visiterende kommune betaler for det.

DH kan dog være bekymret for, at det bliver noget bureaukratisk at gøre op.

Endvidere har vi en specifik bemærkning vedr. § 2 i lovforslaget. Her åbnes for, at sociale tilbud kan medregne udgifter til sundhedsbehandling i taksterne. Og der lægges op til, at social- og indenrigsministeren kan fastsætte regler herom.

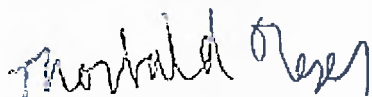
Men hvad er det så for udgifter? Det fremgår ikke klart, hvilke udgifter der tænkes på.

Der sker dog en negativ afgrænsning. Det er en række sundhedsudgifter, det ikke kan være, og de er nævnt i bemærkningerne (s. 38). Det drejer sig om alle de kommunale sundhedsydelse (genoptræning, tandpleje, hjemmesygepleje osv.), bopælskommunen foreslås kompenseres for via mellemkommunal refusion.

Fra DH side savner vi en positiv afgrænsning gennem konkrete eksempler på, hvad det er for sundhedsudgifter. Er det motionsfremme? Bedre kost? Afsætte tid til at følge borgere til lægen? Vejlede og hjælpe borgere med at deltage i forbyggende undersøgelse som f.eks. kræftscreeninger? Hjælp til diabetesbehandling?

Bemærkningerne bør således angive mere klart, hvad den kommende ændring af takstbekendtgørelsen kommer til at indeholde.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Thorkild Olesen'.

Thorkild Olesen, formand

Høringssvar fra Danske Regioner på høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om socialservice mv.

Danske Regioner har følgende bemærkninger til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service mv.

Mellemkommunal refusion og indregning af sundhedsfaglige udgifter i taksten for tilbud efter lov om social service

Danske Regioner formoder, at lovforslaget indebærer, at udgifterne til de sundhedsfaglige ydelser, som borgere har behov for at modtage under et ophold på et socialt botilbud, skal finansieres af samme kommune, som skal finansiere den øvrige del af opholdet på tilbuddet i henhold til serviceloven. Det er positivt, idet det økonomiske ansvar for borgeren samles hos betalingskommunen.

Formuleringen af de almindelige bemærkninger vedrørende muligheden for indregning af udgifter til sundhedsfaglige ydelser i taksten skaber dog tvivl.

Det fremgår af de almindelige bemærkninger, afsnit 2.3., at *"Der vil således efter bemyndigelsen ikke kunne fastsættes regler om, at udgifter til kommunale sundhedsydelser (behandlinger), der ydes efter sundhedsloven kan indregnes i taksterne for tilbud efter serviceloven..."*

Bemærkningen kan tolkes således, at udgifterne til behandlinger, som hører under de kommunale sundhedsydelser efter sundhedsloven, ikke kan indregnes i taksterne for sociale tilbud.

De sundhedsydelser, der leveres af personalet på sociale botilbud, er primært ydelser, der opgavemæssigt er kommunale sundhedsydelser efter sundhedsloven. Ydelserne vil skulle leveres af hjemmesygeplejen, hvis ydelsen ikke leveres af personalet på det sociale botilbud.

Det bør derfor præciseres, at det alene er de kommunale sundhedsydelser efter sundhedsloven, der leveres af den kommunale hjemmesygepleje mv., der ikke kan indregnes i taksterne.

Bedre styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug

Det er positivt, at man vil hæve kvaliteten af alkoholbehandling i de private tilbud, og at man samtidig bevarer fleksibiliteten og tilgængeligheden i alkoholbehandling for kommunale og regionale tilbud.

Psykiatriloven

Nugældende § 15 stk. 1 og 2 samles til ny § 15 stk. 1. Det er velbegrundet i og med opdelingen skyldes, at kompetencen til at beslutte bælte før lovændringen i 2015 lå hos læge, mens brug af remme skulle besluttet af overlæge. Efter lovændringen i 2015 er beslutningskompetencen i alle tilfælde ved overlægen.

Den foreslåede ændring præciserer den ordinerende overlæges forpligtelse til at tilse patienten personligt før en beslutning om brug af remme.

Det er for nuværende ikke muligt at registrere beslutning om brug af en enkelt rem med begrundelsen, at patienten grundet sin kropsbygning kan komme ud af bælte.

Det anbefales at indføre en sådan registreringsmulighed, hvor brug af en enkelt rem er begrundet i patientens kropsbygning, og derfor følger med beslutningen om anvendelse af bælte.

Det foreslås desuden at præcisere psykiatrilovens § 24, så det anføres direkte, at patientrådgiver beskikkes i motivationsfasen ved påtænkt beslutning om tvangsbehandling. Således vil der være overensstemmelse med § 4 stk. 3 i bekendtgørelse 1078 af 27/10 2019.

Der er fastsat frister for at påklage patientklagenævnets afgørelser til henholdsvis retten og Det Psykiatriske Ankenævn, men der er ikke en frist for at klage over tvang.

En patient kan således flere år efter en tvangssituation påklage denne til Patientklagenævnet, hvis patienten ikke tidligere har påklaget tvangen til Patientklagenævnet – og med videre klageadgang til domstolene eller Det Psykiatriske Ankenævn.

Det foreslås derfor, at der i psykiatrilovens § 35 indsættes en klagefrist for patientens mulighed for at indbringe klage over tvang til Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Vi vil afsluttende bemærke, at det anses for uhensigtsmæssigt at sende forslag i høring i en ferieperiode.

Høringssvar til "Forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love (Bedre styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion for kommunale sundhedsydelser, der leveres til borgere på sociale tilbud og indregning af udgifter til sundhedsfaglig behandling i taksten for sociale tilbud m.v.)"

Opfordring til at gøre personkredsen omfattet af mellemkommunal refusion i sundhedsloven kongruent med den, der er omfattet af retssikkerhedslovens regler om den generelle betalingsforpligtelse i dennes §9c, stk. 1

Nærværende udkast til lovforslag tilsigter blandt andet at indføre ret til mellemkommunal refusion for en række af de kommunale sundhedsydelser i sundhedslovens afsnit IX.

Retten til mellemkommunal refusion udmøntes dels som en ret til at kræve refusion for faktiske sundhedslovsudgifter til (i alt væsentligt) anbragte borgere, dels som en mulighed for at indregne sundhedslovsudgifter i tilbudstaksten, når ydelsen efter sundhedsloven ydes som led i et botilbud.

Som udkastet til lovforslaget er formuleret, vil der formentlig kun være ret til mellemkommunal refusion for de personer, der er anbragt i anden kommune omfattet af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven) §9c, stk. 2-3 – og dette ikke i alle tilfælde.

Det kan anbefales også at udstrække retten til mellemkommunal refusion efter sundhedsloven til personkredsen i retssikkerhedslovens §9c, stk. 2-6 samt §9, stk. 13 og 14 i visse tilfælde.

Opfordringens baggrund

Mellemkommunal refusion efter retssikkerhedsloven

Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område ([lbkg. 826/2019](#)) (retssikkerhedsloven) indeholder dansk rets generelle regler om mellemkommunal refusion.

Efter retssikkerhedslovens §9c, stk. 1 har en kommune den generelle betalingsforpligtelse (forpligtelsen til at betale refusion for udgifterne efter en række nærmere definerede love), når de nærmere betingelser i stk. 2-6 er opfyldt. Disse regler kan generelt karakteriseres som følger:

§9c, stk. 2-3: Anbringelsesreglerne. Borgerens tidligere opholdskommune skal betale refusion til borgerens nuværende opholdskommune, når borgeren ved en offentlig myndigheds medvirken er anbragt i den nuværende opholdskommune – herunder når borgeren opholder sig i visse selvvisiterende tilbud, hvis ledelse sidestilles med en offentlig myndighed.

§9c, stk. 4: Efterværsreglen. En kommune, som har anbragt en mindreårig udenfor hjemmet, skal yde refusion til den unges opholdskommune, når denne efter det fyldte 18. år og potentielt frem til det fyldte 23. år modtager visse nærmere bestemte ydelser i servicelovens §76.

§9c, stk. 5: Fritvalsreglen. En kommune skal yde refusion til en borgers opholdskommune, når borgeren har udnyttet sit frie valg til at flytte til opholdskommunen efter reglerne om frit valg af botilbud.

§9c, stk. 6: Passivitetsreglen. En tidligere opholdskommune skal yde refusion til en borgers opholdskommune, selvom den senere opholdskommune selv har foretaget anbringelsen af borgeren, når det var åbenlyst, at den tidligere opholdskommune burde have ydet borgeren støtte på et tidligere tidspunkt.

§9, stk. 13 og 14: Uenighedsreglen. En kommune skal yde refusion til borgerens midlertidige handlekommune, når der har været ført en uenighedssag efter retssikkerhedslovens §9, stk. 13 eller 14. (Reglerne findes i §9, stk. 12-13 i lbkg. 826/2019. De er blevet flyttet til stk. 13-14 med §4 i [1558/2019](#))

Udover refusionsreglerne med generel betalingsforpligtelse efter retssikkerhedslovens §9c, stk. 1 findes i retssikkerhedsloven tillige 2 regler om refusion af specifikke udgifter i enkelte love. Det drejer sig om retssikkerhedslovens §9c, stk. 7 om retten til refusion for udgifter til hjemmehjælp, plejevederlag og sygeplejeartikler efter "sommerhusreglen" og "døendereglen" i retssikkerhedslovens §9b, og det drejer sig om retssikkerhedslovens §9c, stk. 8 om refusion for udgifter til førtidspension i visse situationer (6-årsreglen). Disse regler er irrelevante i forhold til nærværende udkast til lovforslag.

Uklarheder i det nærværende udkast til lovforslag

Nærværende lovforslags §1 tilsigter at indføre hjemmel til mellemkommunal refusion i en række af de paragraffer i sundhedslovens afsnit XIX, som bestemmer, at de pågældende udgifter afholdes af kommunerne.

Hjemlerne til mellemkommunal refusion er formuleret således, at der vil være ret til refusion for personer, *"der som følge af en afgørelse truffet af en anden kommune eller anden offentlig myndighed i medfør af lov om social service har bopæl i kommunen."*

Denne formulering er således ikke kongruent med servicelovens §9c, stk. 2, som anvender formuleringen: *"Opholdskommunen har ret til refusion, når den tidligere kommune eller anden offentlig myndighed har medvirket til, at en person får ophold i..."*.

Følgende forhold giver anledning til tvivl:

Efter de foreslåede hjemler til mellemkommunal refusion i sundhedsloven vil det for det første kun være afgørelser *"i medfør af lov om social service"*, der giver ret til refusion. Det vil sige, at afsoning i en institution under Kriminalforsorgen og indlæggelse på sygehus ikke medfører ret til refusion. Det gør de ellers efter retssikkerhedslovens §9c, stk. 2, nr. 3-4, fordi det efter denne lov er institutionens beskaffenhed, der er afgørende – ikke hvorvidt foranstaltningen er hjemlet i serviceloven.

Ligeledes vil institutionsophold hjemlet i f.eks. straffuldbyrdslovens ([lbkg. 1333/2019](#)) §78 og lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet ([l. 1705/2018](#)) heller ikke udløse ret til mellemkommunal refusion efter sundhedsloven ifølge nærværende udkast til lovforslag. Dette synes at være i modstrid med intentionen bag bestemmelserne, idet der flere steder i lovforslagsudkastets kommentar til de enkelte numre i §1 står: *"Ved anden offentlig myndighed forstås f.eks. regioner eller domstolene, som har kompetence til at træffe afgørelse om barnet eller den unges bopæl."*

Nærværende udkast til lovforslag anvender ikke retssikkerhedslovens §9c, stk. 2s formulering om *"medvirken"*. Derimod anvender det formuleringen *"der som følge af en afgørelse truffet af en anden kommune eller anden offentlig myndighed i medfør af lov om social service har bopæl i kommunen."*

Det er i Ankestyrelsens afgørelsespraksis i henhold til retssikkerhedsloven veletableret, at medvirkenskriteriet kun omfatter retssikkerhedslovens §9c, stk. 2-3 – ikke stk. 4-6. Derimod er det ikke helt klart, hvilke tilfælde nærværende udkast til lovforslag ønsker at ramme.

Fritvalsreglen i retssikkerhedslovens §9c, stk. 5 forudsætter, at fraflytningskommunen har truffet en afgørelse om visitation, som kan ligge til grund for borgerens frie valg af tilbud i en anden kommune. Flytninger efter fritvalsreglen kan derfor måske omfattes under ordlyden i nærværende udkast til lovforslag, men det er tvivlsomt.

Eftervænsreglen i retssikkerhedslovens §9c, stk. 4 forudsætter, at en tidligere handlekommune på et tidspunkt har truffet afgørelse om anbringelse udenfor hjemmet. Derimod behøver det ikke være en følge af den tidligere handlekommunes afgørelse, at den unge, som modtager

efterværn, har bopæl i den nuværende opholdskommune. Efterværnsreglen kan derfor i visse tilfælde, men ikke alle, være omfattet af ordlyden i nærværende udkast til lovforslag.

Passivitetsreglen i retssikkerhedslovens §9c, stk. 6 forudsætter netop, at den tidligere opholdskommune ikke har truffet nogen afgørelse vedrørende borgeren. Passivitetsreglen kan derfor ikke være omfattet af nærværende lovforslag.

Refusion efter retssikkerhedslovens uenighedsregel i §9, stk. 13-14 indebærer i visse tilfælde blot, at en midlertidig handlekommune skal afholde udgifter efter de socialministerielle love nævnt i bkg. 993/2020 (retssikkerhedsbekendtgørelsen) §1, stk. 1, uden at borgeren i øvrigt bliver anbragt eller omfattet af andre forhold, der ville udløse refusion efter retssikkerhedslovens §9c, stk. 2-6. I disse tilfælde, vil borgerens bopælskommune (eller opholdskommunen for så vidt angår sundhedsloven §§250 og 261) efter sundhedslovgivningen selv skulle afholde de kommunale sundhedsudgifter. I de tilfælde, hvor CPR-kommunen i medfør af retssikkerhedslovens §9, stk. 13-14 handler på en borger, som er eller bliver omfattet af reglerne i §9c, stk. 2-6, gør de samme forhold sig gældende som i øvrigt ved anvendelsen af disse regler. I disse tilfælde bør retten til refusion efter retssikkerhedslovens §9, stk. 13-14 også udløse ret til refusion efter sundhedsloven.

I kommentarerne til nærværende udkast til lovforslag pkt. 2.2.3. er det anført, at der vil være ret til "*mellemkommunal refusion fra den kommune, der i henhold til lov om social service har visiteret en borger til ophold eller anbragt borgeren i et tilbud*". Denne sondring mellem visitation og direkte anbringelse kunne tyde på, at det er intentionen med lovforslaget i hvert fald at udstrække retten til refusion til forhold omfattet af retssikkerhedslovens fritvalsregel i §9c, stk. 5, men dette fremgår ikke klart af den påtænkte lovteksts ordlyd.

Sammenfattende tyder meget således på, at den påtænkte refusionsordning efter sundhedsloven er en ordning, som er selvstændig i forhold til retssikkerhedslovens refusionsbetingelser. Den dækker ikke alle de anbringelsestilfælde, der er omfattet af retssikkerhedslovens §9c, stk. 2-3, den dækker delvis de efterværnstilfælde, der er omfattet af retssikkerhedslovens §9c, stk. 4, det er uklart, om den dækker fritvalgstilfældene, der er omfattet af retssikkerhedslovens §9c, stk. 5, og den dækker ikke passivitetstilfældene omfattet af retssikkerhedslovens §9c, stk. 6.

Forarbejderne til nærværende udkast til lovforslag anvender i mange tilfælde sprogbrug, der lægger sig op af retssikkerhedsloven – og for så vidt angår handlekommunereglerne i forhold til foretagelse af anbringelse på/visitation til tilbuddet, henviser forarbejderne direkte til retssikkerhedsloven.

Fordele ved at anvende retssikkerhedslovens terminologi

Den i udkastet til lovforslaget anvendte formulering vil give anledning til betydelig usikkerhed hos kommunerne, der er vant til at administrere retssikkerhedslovens refusionsregler. Der vil blive et betragteligt ressourcetilfælde for kommunerne ved at skulle afprøve disse regler i praksis.

Med hensyn til mellemkommunal refusion efter retssikkerhedsloven har kommunerne et kompetent og gratis klageorgan i Ankestyrelsen. Hvis retssikkerhedslovens refusionsregler bliver

overført til sundhedsloven, vil en tvist om, hvorvidt en borger udløser ret til refusion efter sundhedsloven, samtidig indebære en tvist om, hvorvidt dette også er tilfældet efter retssikkerhedsloven. Herefter vil kommunerne kunne få afprøvet spørgsmålet ved Ankestyrelsen. (Dermed ikke sagt, at der ikke vil kunne komme til at foreligge andre tvistepunkter end spørgsmålet om selve refusionspligten, som alene har relevans for refusion efter sundhedsloven, og som derfor ikke vil kunne afprøves af Ankestyrelsen). Som situationen ellers ville foreligge, ville domstolene være eneste alternativ.

Det synes endvidere som om, det med nærværende udkast til lovforslag er Sundheds- og Ældreministeriets intention faktisk at indføre en ordning, der næsten fuldkommen er overensstemmende med retssikkerhedslovens. Således har jeg ovenfor redegjort for, hvorledes det af kommentarerne til lovforslaget synes at fremgå, at ministeriet egentlig tænker sig refusionsbetingelserne mere omfattende, end de er efter lovforslagets ordlyd.

Med hensyn til retssikkerhedslovens passivitetsregel synes hensynene bag denne også at gøre sig gældende i forhold til refusion på sundhedslovens område. Reglen er til for at sikre, at kommuner ikke overvælter betalingsforpligtelsen for en trængende borger på en anden kommune ved ikke at handle i forhold til borgeren. Den passive kommune burde have anbragt borgeren, men har ikke gjort det. De samme overvejelser som med hensyn til anbringelse gør sig her gældende.

Med hensyn til retssikkerhedslovens fritvalgsregler er det samme tilfældet. Betingelserne for anbringelse er opfyldt med hensyn til, at fraflytningskommunen visiterer borgeren til et botilbud. Idet denne har et frit valg, vælger denne så blot det faktiske botilbud i en anden kommune. På tilbud oprettet efter servicelovens §108 er langt hovedparten anbragt, mens en lille del af borgerne bruger deres ret til frit valg med hensyn til denne type tilbud. Omvendt er forholdet med hensyn til almennyttige plejeboliger. Her er det alt overvejende fritvalgsreglen, der ligger til grund for borgerens ophold, mens meget få er direkte anbragt i tilbuddet af en tidligere opholdskommune.

Forholdet vil også give betydelige vanskeligheder i forhold til beregning af tilbudstaksten. Med nærværende udkast til lovforslag vil botilbuddet skulle beregne forskellig takst for borgerne, alt efter om de udløser ret til refusion efter sundhedsloven eller ej. Der vil således være borgere, der er "mellemkommunale" efter både retssikkerhedsloven og sundhedsloven, mens der vil være borgere, der alene er "mellemkommunale" efter retssikkerhedsloven. Beregningen af taksterne skal herefter foretages med udgangspunkt i, hvor mange af botilbuddets brugere, der er henholdsvis ikke er "mellemkommunale" efter sundhedsloven. Botilbuddet har på den baggrund brug for at vide, om den enkelte borger er domsanbragt eller ej, er flyttet efter fritvalgsreglerne eller ej, opholder sig på botilbuddet som led i et efterværn, og om det er den tidligere opholdskommune, der har foranstaltet, at borgeren opholder sig i den nuværende kommune, eller om en anden kommune er betalingskommune efter retssikkerhedsloven i medfør af passivitetsreglen. Dette gælder både kommunale, regionale og private tilbud. Beregningen og administrationen af taksterne vil blive besværliggjort, og rent persondataretligt vil det optimale være at begrænse botilbuddets behov for konkret kendskab til det nøjagtige grundlag for borgerens ophold på botilbuddet.

Forslag til remediering af problemstillingen

Det anbefales at omformulere reglerne for mellemkommunal refusion for de enkelte bestemmelser omfattet af nærværende udkast til lovforslag, således at:

"Bopælskommunen har ret til mellemkommunal refusion for udgifter til ... efter §... til borgere, for hvem der er ret til mellemkommunal refusion efter reglerne i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område §9c, stk. 2-6 og i §9, stk. 13-14 i det omfang, der herved i øvrigt ville blive ret til refusion efter §9c, stk. 2-6. Refusionen skal svare til kommunens faktiske udgifter ved at levere ydelsen."

Herved ville sundhedsloven blive lovfafhængig af retssikkerhedsloven og skulle ændres, hver gang retssikkerhedsloven ændres på disse punkter.

Alternativt kunne de relevante udgiftshjemler i sundhedslovens §§247, 248, 249, 250, 251, 251a, 252, 261 og 263 skrives direkte ind i retssikkerhedslovens §9c, stk. 1, hvorved hele forholdet blev reguleret af retssikkerhedsloven.

Dette ville dog forøge arbejdspresset på Ankestyrelsen og muligvis også have andre omfattende konsekvenser i forhold til Indenrigs- og Socialministeriets ressort i et sådant omfang, at det falder udenfor rammerne af de overvejelser, der ligger til grund for nærværende udkast til lovforslag.

Det skal blot bemærkes, at retssikkerhedslovens §9c, stk. 8 i forvejen håndterer refusion efter lov om kommunernes finansiering af visse offentlige ydelser udbetalt af kommunerne, Udbetaling Danmark og arbejdsløshedskasserne ([lbkg. 1086/2017](#)), som er en beskæftigelsesministeriel lov.

Med venlig hilsen

Esben Schmidt

12. august 2020

FLORS høringssvar vedrørende:

Forslag til:

Lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love

Tak for muligheden for at afgive høringssvar.

Høringstidsperioden; juli, august har, som tidligere fremført i mail 9. august 2020 været en udfordring og får betydning for nuancering og konkretiseringer i FLORs besvarelse.

FLOR ser positivt på intentionerne i lovforslaget.

FLOR påpeger behovet for samordning af lovgivning og retningslinjer mellem Sundheds- og ældreministeriet og Social- og indenrigsministeriet på offentlig finansieret alkohol- og stofbehandling og uddannelse.

Aftaler mellem kommuner og private udbydere af rusmiddelbehandling:

- A. FLOR peger på KKR fællesskaberne (og forsyningsforpligtelsen som regulerende faktor for omfanget af tilbud med adgang til offentlig finansiering) som det rette **aftaleforum** for indgåelse af aftaler med private aktører.
- B. FLOR ser kravet om at private tilbud skal have en skriftlig aftale med to kommuner mod i dag én, for at være en del af det offentlige alkoholbehandlingstilbud som et skridt, der i nogen omfang, men ikke tilstrækkeligt, kan bidrage til at dæmme op for opkomsten af mindre professionelle private tilbud og fri prisfastsættelse hos private udbydere af alkoholbehandling.

Såfremt B. bliver besluttet imødeser FLOR Sundheds- og Ældreministeriets præcisering af "aftalebegrebet"; hvad skal en aftale indeholde, herunder "aftalernes" rækkevidde (satellitter s. 52 afsnit 4 i lovforslaget), takstfastsættelse og varighed.

FLOR påpeger at der, ikke mindst i lyset af at to kommunerne kan forpligte 96 andre, bør medtænkes klageadgang og sikres opsigelighed.

Definition af ambulant behandling, hvad er der "frit valg" til?

"Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om aftaler mellem kommunalbestyrelser og private behandlingssteder og om definitioner af ambulant, dag- og døgnbehandling".

FLOR billiger selvhenvender princippet, men det vil fortsat vanskeliggøre kommunernes arbejde med og udfordre budgetrammen for RUS-behandling, at **en national fastsat definition af grundydelse**erne i ambulant behandling er **fraværende**, ud over intensitet og varighed.

Der er, i høj grad, brug for en indholdsmæssig præcisering af hvad, der er "frit valg" til jf. begrebet "ambulant behandling".

FLOR efterspørger en **national definition af grundelementer** i "ambulant behandling", der rækker ud over intensitet og varighed. FLOR forudser at intensitet og varighed ikke i tilstrækkelig grad er rammesættende, og efterlader plads til fortsatte fortolkning og stridigheder mellem kommunerne og private aktører og mellem kommuner indbyrdes omkring ydelser (og pris).

En national definition af grundydelse i ambulant behandling, vil ikke udelukke afgørelser om yderligere ydelser til behandlingssøgende, disse øvrige ydelser vil være betinget af en forudgående kommunal visitation (og give mulighed for økonomistyring).

FLOR efterlyser ud over en nationalt fastsat definition på ambulant behandling, en lov om **kvalitetsstandard** på alkoholområdet, som allerede findes på stofområdet.

En national definition af "ambulant behandling" betyder IKKE, at den enkelte kommune kan udarbejde egne kvalitetsstandarder (med flere ydelser: udredning for samtidige andre belastninger, pårørendeinddragelse osv.).

Socialtilsyn

FLOR peger på "Socialtilsyn" som den instans, der relevant kan og bør varetage tilsyn med tilbud, herunder vurdering af sammenhæng mellem ydelser, kvalitet og pris/takstfastsættelse.

Kommunale og private tilbud

FLOR ønsker at påpege, at der i dag ikke er lige vilkår for kommunale og private aktører, et faktum, der er konkurrenceforvridende.

Bl.a. mht.: budget og takstberegning- og -oplysninger og forpligtelser omkring indskrivning/afvisning af borgere, råderum og mobilitet i form af døgndekning og udkørende funktioner

Takstfastsættelse:

FLORs bestyrelse forstår tekststykkerne vedrørende taksering forskelligt. Teksten er uklar.

Det bør fremgå tydeligt, hvordan der skal, og hvem der har opgaven med og retten til at takstfastsætte.

Indholdet i ambulant behandlingen (der er uden forudgående visitation) bør også af den grund defineres.

Refusionsadgang for sundhedsydelserne jf. §141 og §142

Det er uklart, om der er refusionsadgang til udgifterne jf. §§ 141 og 142 til ambulant behandling for borgere, der har taget ophold på forsorgshjem uden hjælp / visitation fra hjem-/bopælskommune?

Det er ligeledes uklart hvem der skal inddrive udgiften.

Refleksioner:

FLOR kan være i tvivl om hvorvidt B. kravet om to kommuner skal indgå aftale vil kunne komme til at vanskeliggøre det frie valg i forhold til døgnbehandling unødigt.

I FLORs bestyrelse undrer vi os over at der lægges op til, at de private dag- og døgntilbud (hvor der altid skal ske en forudgående visitation) tænkes at skulle have en aftale med to kommuner.

Kravet om at private tilbud skal have aftaler med to kommuner på det uvisiterede ambulante område kan i noget omfang dæmme op for fejlskud. I forhold til dag- og døgnbehandling, hvor kommunerne har myndighed; afgørelses- og visitationsret, vurderer FLOR ikke umiddelbart, at der er basis for et krav om at to kommuner skal have en aftale?

Opsamlende:

Intentionen med lovforslaget om at "at skabe øget gennemsigtighed med taksterne" og sikre kvalitet, er god og længe ønsket.

Med mindre der sker en indholdsmæssig præcisering af "ambulant behandling", ud over intensitet og varighed og en præcisering af Socialtilsyns tilsynsforpligtelse vedr. pris og sammenhæng mellem pris, ydelser, intensitet og varighed, tvivler FLOR på om intentionen opnås i tilstrækkelig grad.

Vedrørende refusionsadgang på §§ 141 og 142, ses der plads til fortolkninger i det foreliggende lovudspil.

Vel vidende at lovgivning ikke "udrydder" alle de gråzoner/fortolkningsrum, der opstår i den daglige praksis, kunne FLOR ønske at lovtæksten bliver mere præcis og konkret. Særligt på definitionen af ambulant alkoholbehandling, takstfastsættelsen og refusionsadgang.

På FLORs vegne

Karin Raahauge

Forkvinde for FLOR og centerleder i Frederiksberg Kommunes Rådgivningscenter

Sabine Godsvig Laursen

Fra: Nana Hostrup Mørch <nana-flor@outlook.dk>
Sendt: 18. august 2020 10:42
Til: DEP Sundheds- og Ældreministeriet
Cc: Sabine Godsvig Laursen; Karin Raahauge
Emne: RETTELSE til høringssvar fra FLOR vedr. udkast til lovforslag
Vedhæftede filer: FLOR høringssvar 12.08.20.PDF

Sag: 2009734
Sagsdokument: 1311690

Til rette vedkommende

Vi er blevet opmærksomme på, at der er en meningsforstyrrende fejl i tidligere fremsendte høringssvar. Høringssvaret med rettelse er vedhæftet. Det er følgende afsnit, hvor der manglede et 'ikke':

En national definition af "ambulant behandling" betyder IKKE, at den enkelte kommune ikke kan udarbejde egne kvalitetsstandarder (med flere ydelser: udredning for samtidige andre belastninger, pårørendeinddragelse osv.).

Med venlig hilsen

Nana Hostrup Mørch
Sekretær for FLOR bestyrelsen

FLOR

Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelfbehandling

Til
Sundheds- og Ældreministeriet
sum@sum.dk
cc. sagl@sum.dk

Høringssvar vedr. "Forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love (Bedre styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion for kommunale sundhedsydelser, der leveres til borgere på sociale tilbud og indregning af udgifter til sundhedsfaglig behandling i taksten for sociale tilbud m.v.)"

FOA har noteret, at lovforslaget er en udmøntning af aftalen om kommunernes økonomi mellem regeringen og KL for 2021. I den forbindelse er der peget på behov for bedre styring, "da kommunerne oplever, at de har svært ved at styre udgifter til og rammerne for behandling for alkoholmisbrug". Det er anført i høringsbrevet, at "bedre rammer for styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug vil medføre et løft af kvaliteten i behandlingen". Det er videre anført, at forslaget skal bidrage til at "understøtte et velfungerende marked for sociale tilbud".

FOA er skeptiske overfor, om lovforslaget giver de forbedringer, der hermed er stillet i udsigt. FOA mener umiddelbart ikke, at bedre rammer for styring alene bliver skabt ved at præcisere dele af lovgrundlaget og ved at afklare tvivlsspørgsmål. Selve den tydeliggørelse af rammerne for en offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug giver formodentlig i sig selv kun en marginal forbedring af selve budgetstyringen og -opfølgningen.

FOA anerkender, at den del af styringsproblemet, der er knyttet til borgernes muligheder for at vælge behandlingsform og -sted med dertil hørende forskellige udgifter for kommunen, er det største styringsproblem. Men her synes der ikke at blive skabt bedre rammer for styring med lovforslaget.

FOA har svært ved at se at lovforslaget reelt bidrager til bedre rammer ved at skabe et omkostningseffektivt marked. Efter FOAs opfattelse bliver der kun skabt et pseudo-marked, hvor en kommune ud fra egne overvejelser om pris, kvalitet og evt. geografisk placering kan godkende en privat leverandør, som andre kommuner, der eventuelt har helt andre overvejelser og vurdering af pris og kvalitet så skal betale til via borgeres (uoplyste) valg efter helt egne kriterier. Det er vanskeligt at forstå, hvordan det skulle bidrage til at skabe en markeds konkurrence, der befordrer både mål- og omkostningseffektivitet.

Dertil kommer fortsat uklarhed om krav til prisberegningen. Mens prisen for et kommunalt tilbud "skal svare til kommunens faktiske udgifter ved at levere behandlingen" er kravene til de private tilbud noget løsere med fokus på at sikre, at der "er sammenhæng mellem indhold og pris". Dette skal primært ske ved at tilbuddet skal godkendes af minimum to kommuner. Det foreslås dog, at sundheds- og ældreministeren bemyndiges til at fastsætte regler om indgåelse af aftaler mellem kommunalbestyrelser og private behandlingssteder.

FOA anbefaler i stedet, at der i lovforslaget indarbejdes klare retningslinjer for godkendelse af private leverandører, der som minimum pålægger at anvende omkostningsbestemte priser og i øvrigt regulerer markedet efter samme principper, som der i dag gælder for de frie grund- og efterskoler. FOA anbefaler generelt, at denne regulering omfatter alle institutioner indenfor servicelovens område, også institutioner, der tilbyder alkoholbehandling.

Forslaget fremstår desuden med et stærkt fokus på at styrke kvaliteten ved at give kommunerne bedre muligheder for styring, men koblingen til at sikre en høj og ensartet kvalitet i alle tilbud er ikke overbevisende. Derfor bør der gøres mere for at sikre høje kvalitetsstandarder for alle tilbud uanset forankring.

Det er udmærket at få en bedre styring med skriftlige aftaler og klare definitioner på hhv. ambulant, dag- og døgnbehandling. Kravet om, at private behandlingssteder skal indgå aftaler med to kommuner for at blive en del af fritvalgsordningen, virker som en pragmatisk måde at begrænse mulighederne for dårlige tilbud. Det ændrer nemlig ikke på, at den faglige sammenhæng mellem pris og kvalitet stadig er den enkelte kommunes ansvar. Det kunne i stedet tilsigtes, at vurderingen blev gjort til et centralt anliggende, så der sikres mere ensartethed og høj kvalitet på tværs af landets tilbud.

Med venlig hilsen

Thomas Enghausen
Forbunds næstformand

Sundheds- og Ældreministeriet

Er sendt via mail til sum@sum.dk med kopi til sagl@sum.dk

10. august 2020

Novavi
Peter Bangs Vej 7A,
2. etage
2000 Frederiksberg

Telefon 39 45 54 55
novavi@novavi.dk
novavi.dk

CVR.nr. 56753117

Høringssvar – lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om social service mv. (bedre styring af offentlig finansieret behandling af alkoholmisbrug mv.)

Fonden Novavi har modtaget lovforslaget i høring med frist den 12. august 2020.

Fonden Novavi er Danmarks største private leverandør af ambulant misbrugsbehandling med mere end 60 års erfaring indenfor misbrugsbehandling. Vi er en erhvervsdrivende – not for profit – fond.

Vi behandler ca. 20 % af de omkring 15.000 borgere, der årligt er i behandling for et alkoholmisbrug i Danmark. Blot omkring 10% af disse henvises fra kommunerne. Langt den største del af de borgere, der modtager alkoholbehandling i Novavi, er ikke kendte hos kommunen. Borgerne giver udtryk for, at det har stor betydning for dem, at de kan vælge behandling i et andet regi end det kommunale. Dette understøtter vigtigheden af et reelt frit valg for borgerne, idet der fortsat er stor stigmatisering og skam forbundet med at gå i alkoholbehandling. Derfor er det vigtigt, at borgernes ret til anonymitet og frit valg af behandlingssted fastholdes, og at behandlingstilbuddet kan igangsætte ambulant behandling uden forudgående kommunal visitation.

Novavi bakker op om tydelige rammer, både når det gælder økonomistyring og krav til kvalitet i behandlingen. Det er emner, der er helt centrale for, at vi kan gøre noget ved den voldsomme underbehandling, vi har i Danmark. Det er vurderet relativt konstant over de senere år, at kun ca. 10 % af de borgere, der har et misbrug af alkohol, er i behandling.

Bag disse tal ligger store menneskelige konsekvenser og en årlig samfundsudgift som KORA (nu VIVE) har beregnet til ca. 13 mia. kr. Nye lovgivningstiltag, der understøtter styring og kvalitet, bør derfor vurderes i forhold til, om de understøtter målet om at få flere i behandling, da dette er en meget stor samfundsmæssig udfordring.

10. august 2020

I forhold til det fremlagte lovforslag har vi følgende generelle bemærkninger:

Det beskrives indledningsvis i bemærkningerne til lovforslaget, at afsættet for det nye lovforslag har været gennemførelsen af 'Sundhedsstyrelsens servicetjek' samt 'Aftale om kommunernes Økonomi'. Det er tydeligt, at lovforslaget har sit klare afsæt i 'Aftalen om kommunernes økonomi', og den styringsmæssig dagsorden. Til gengæld mangler lovforslaget generelt tiltag, der understøtter konklusionerne fra 'Sundhedsstyrelsens servicetjek'.

I 'servicetjekket' var konklusionen blandt andet, at der blev fundet svingende kvalitet i misbrugsbehandlingen, både blandt offentlige og private tilbud. Sundhedsstyrelsen pegede på, at man bør møde den samme sundhedsfaglighed i misbrugsbehandlingen, som i den øvrige del af sundhedsvæsenet. Derfor undrer det, at der ikke er tiltag i lovforslaget, der understøtter dette ved at stille krav til kvalitet, medarbejdernes faglighed, kompetencer mv. Et led heri er også, at der bør stilles krav om, at alle behandlingstilbud skal følge Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for alkoholbehandling. Endelig bør kravene til kvalitet i behandlingen afspejles, når elementerne i takstfastsættelsen skal udarbejdes. Det gælder fx udgifter til kompetent og relevant uddannet personale, specialistkompetencer, ledelse, organisering mv.

I forbindelse med offentliggørelse af 'Sundhedsstyrelsens servicetjek' blev det urimeligt i, at borgerne modtager alkoholbehandling af meget varierende kvalitet - alt efter hvilken kommune de bor i - drøftet. Det nuværende lovforslag bidrager ikke til at der handles på denne allerede kendte forskel på kvaliteten i de kommunale behandlingstilbud.

Novavi finder det positivt, at der arbejdes med at skabe gennemsigtighed i taksterne. Der bør fastlægges en model for takstfastsættelse, der gælder såvel kommunale som private aktører, hvor det tydeligt fremgår, hvilke omkostninger, der skal medtages. En sådan fælles model finder vi vil understøtte fokus på sammenhængen mellem kvalitet og pris, men den er samtidig vigtig i forhold til at sikre grundlag for konkurrenceudsættelse. En tydelig model for takstfastsættelse vil også tilgodese de kommuner, der vælger at samarbejde med private aktører fx efter udbud, hvor kommunen har et ønske om at løfte opgaver sammen med mere specialiserede parter.

Omkostninger til fx husleje, vand, varme, HR, ledelse, IT, økonomistyring og andre supportfunktioner medtages i dag på meget forskellig vis, hvilket gør det vanskeligt at sammenligne pris og kvalitet på behandling i de forskellige tilbud. Lovgivningen bør sikre ensartethed og transparens i forhold til takstfastsættelsen.

10. august 2020

Vi er bekymrede for om et tiltag som det med, at der skal indgås samarbejdsaftale med minimum to kommuner, langsomt vil betyde, at borgernes frie valg mindskes. I den debat, der har været i kommunalt regi omkring styring af alkoholbehandlingen og anvendelsen af private aktører, har der kommunerne imellem været rundsendt opfordringer til ikke at indgå samarbejdsaftaler med private aktører. Også for en fond som Novavi, der i dag varetager en stor del af behandlingsopgaven i Danmark og som yderligere bidrager med ny viden via deltagelse i forskning, giver det anledning til usikkerhed om, hvorvidt vi på sigt kan forblive på området.

Novavi finder, at der bør stilles klare såvel styringsmæssige som kvalitative krav til private aktører, der ønsker at tilbyde offentlig finansieret misbrugsbehandling, men det er efter vores opfattelse ikke hensigtsmæssigt, at det overlades til den kommunale sektor at beslutte, om der skal være private aktører på markedet. Der bør derfor indsættes en anden form for godkendelse af private aktører end kravet om aftaler med kommunerne. Sundheds- og Ældreministeriet opfordres til at sikre en lovgivning, der indeholder et reelt frit valg – også på sigt.

Ministeriet bør i den sammenhæng forholde sig til, hvordan retstillingen er for en privat aktør, der etablerer sig i en kommune efter kommunalt udbud. Som forslaget er fremlagt på nuværende tidspunkt, vil det kræve en samarbejdsaftale med yderligere en kommune for at andre kommuners borgere, må benytte behandlingstilbuddet efter reglerne om frit valg. En sådan konstruktion vil betyde en stor usikkerhed for eventuelle tilbudsgivere, og derved modarbejde formålet med udbud.

Sundheds- og Ældreministeriet skriver på side 23 i det fremsendte materiale, at det forudsættes, at offentlige behandlingssteder leverer den forventede kvalitet til en passende takst. Fra Sundhedsstyrelsens servicetjek ved vi, at der i dag er stor forskel i kvaliteten af kommunernes behandlingstilbud. Ministeriet kan derfor ikke tage for givet, at behandlingen har den nødvendige kvalitet alene fordi opgaven varetages af kommunen. Ministeriets forudsætning kan derfor efter vores opfattelse ikke anvendes som argument for, at der ikke skal stilles krav til aftaler mellem offentlige behandlingssteder.

Der argumenteres endvidere med, at det vil være uhensigtsmæssigt med sådanne krav, da det kan afskære kommuner fra at behandle andre kommuners borgere. Novavi opfordrer til, at man ligestiller kravene til private og offentlige leverandører, så borgerne sikres høj kvalitet hos såvel de kommunale som de private aktører. Hvis en kommune ikke har et behandlingstilbud af den rette kvalitet, bør det på samme måde som for private aktører ikke være en del af tilbuddet til borgerne.

10. august 2020

I forhold til de fremsatte forslag om mellemkommunal refusion og indregning af sundhedsfaglige udgifter i taksten for tilbud efter lov om social service finder Novavi, at det er meget positivt, at der kommer klare regler på området, og at det kan være med til at højne kvaliteten på misbrugsbehandlingen på sociale tilbud.

Et område som fortsat ikke er afklaret, er finansiering af behandling for autoriserede sundhedspersoner, der for at opretholde deres autorisation skal modtage misbrugsbehandling efter afgørelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Det opfordres til, at der indsættes regler i loven, der sikrer klarhed om betaling af behandling i hele den periode, hvor behandlingen skal pågå, og hvor der skal ske kontrol af borgeren.

Bemærkninger til konkrete punkter i lovforslaget

Lovens §252 stk. 2

Det fremgår, af lovteksten at "såfremt en kommune, hvis behandlingssted er valgt, ikke har fastsat en takst, fastsætter kommunen en pris, som bopælskommunen skal betale. Prisen skal svare til de faktiske udgifter ved at levere behandlingen".

Novavi mener, at det bør fremgå tydeligt, at der her skal anvendes den samme takstberegningsmodel som andre aktører (private som kommunale) skal anvende ved beregning af takster for alkoholbehandling.

Der bør endvidere tages stilling til, hvordan beregningsmodellen skal være for kommuner, der har etableret behandlingstilbud efter udbud, hvor der ikke er beregnet takster for de enkelte ydelser, men hvor der er indgået aftale om en fast årlig kontraktsum.

Lovens §141, stk. 9

Det bør præciseres, at behandlingen reelt skal være påbegyndt senest 14 dage efter ønske om at komme i behandling. Heri ligger, at der skal være påbegyndt en lægelig udredning eller igangsat egentlig samtalebehandling senest 14 dage efter borgerens ønske om at komme i behandling. Den nuværende paragraf definerer ikke i tilstrækkelig grad, hvad der ligger i ordet iværksat.

Øvrige bemærkninger

Novavi har noteret, at der stilles krav om skriftlige samarbejdsaftaler og er enig i at dette skaber et mere tydeligt fundament for samarbejdet.

10. august 2020

Novavi finder, at det er vigtigt, at der vedtages en lovgivning, der sikrer gode rammer for den kommunale styring, men som samtidig også højner kvaliteten af alkoholbehandlingen generelt på landsplan.

Frit valg og plads til både kommunale og private aktører er afgørende i arbejdet med at få flere i behandling. Covid-19 har vist, hvor vigtigt samarbejdet er mellem kommuner og private aktører. I en periode hvor mange kommuner lukkede ned for behandling, har Novavi i hele perioden holdt åbent og sikret, at borgerne har kunnet modtage såvel lægelig behandling ved behov for afrusning, som løbende ambulant samtalebehandling.

Der henstilles derfor til, at kommunernes ønsker om at sikre bedre styring på området, ikke fører til en samlet dårligere og mere sårbar indsats i forhold til borgere med alkoholmisbrug.

Med venlig hilsen

Mikael Jakshøj
Direktør



Til Sundheds- og Ældreministeriet
Sendt til: sum@sum.dk
Cc: sagl@sum.dk

Vordingborg
12. august 2020

Høringssvar til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love (Bedre styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion for kommunale sundhedsydelser, der leveres til borgere på sociale tilbud og indregning af udgifter til sundhedsfaglig behandling i taksten for sociale tilbud m.v.)

Foreningen af kommunale social-, sundheds- og arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD) takker for muligheden for at afgive høringssvar til ovennævnte lovforslag og fremsender hermed følgende bemærkninger til lovforslaget:

AFTALEINDGÅELSE

FSD finder det positivt, at lovforslaget lægger op til, at der nu skal udarbejdes en skriftlig aftale mellem en privat leverandør og kommunerne, samt at aftalen fremover skal indgås mellem den private leverandør og som minimum to kommuner modsat én kommune, som tilfældet er i dag. Denne praksis vil styrke gennemsigtigheden, og den vil overordnet set skabe større troværdighed omkring aftalerne.

Men da aftaleformen også fremover vil have opsættende virkning for alle landets kommuner, vil vi anbefale en markant styrkelse af kvalitetssikringen af aftalerne, der trods ændringerne fortsat bør styrkes på en række centrale områder.

Vi anbefaler følgende tiltag ved en aftales indgåelse:

- **Spørgeperiode:** Når en aftale planlægges indgået mellem en specifik privat leverandør og en kommune, bør aftaleteksten, når den er udarbejdet i sin endelige form, være offentlig tilgængelig i en periode på 14 dage inden dens endelige ikrafttræden. Dette vil give andre kommuner og private leverandører mulighed for at stille spørgsmål af faglig eller kapacitetsmæssig karakter til såvel den private leverandør som kommunen. Offentliggørelsen af aftaleteksten kan f.eks. ske på Tilbudsportalen (i et dedikeret faneblad), hvor kommunerne selv kan orientere sig om dels nye aftaler, der afventer indgåelse, dels eksisterende aftaler der er indgået og således er gældende.
- **Standardiseret aftalegrundlag:** Der bør udarbejdes en konkret skabelon for aftalerne mellem aktørerne inden for den ambulante, anonyme alkoholbehandling. Dette for at sikre ensartethed i aftalerne samt for at sikre den generelle kvalitet heraf.

AFTALEOPHØR

FSD finder det problematisk, at det trods nærværende lovforslag fortsat er meget vanskeligt at bringe en aftale mellem en privat leverandør og en kommune til ophør.



Vi anbefaler derfor følgende:

- **Tidsbegrænsede aftaler:** En aftale mellem en privat leverandør og en kommune bør automatisk udløbe efter to år. Aftalen kan herefter fornyes, men som foreslået ovenfor i forbindelse med aftalens indgåelse, bør spørgeperioden ligeledes gælde ved forlængelsen af en aftale.
- **Gennemgang af aftale:** To af hinanden uafhængige kommuner bør kunne kræve en aftale gennemgået af Socialtilsynet, såfremt kommunerne kan redegøre for problematiske forhold i aftalen, eksempelvis i kvaliteten af alkoholbehandlingen hos den private leverandør. Den private leverandør bør kunne fortsætte varetagelsen af den ambulante alkoholbehandling under gennemgangen af aftalen, men skal stå til rådighed ved spørgsmål m.v.

TAKST- OG PRISBEREGNING

Med fokus på formuleringen "passende takst" ønsker FSD, at nærværende lovforslag inkluderer en nærmere præcisering af, hvad der forstås med en "passende takst", herunder hvordan denne udregnes, hvilke udgifter, der kan inkluderes heri, samt hvordan det sikres, at der er sammenhæng mellem pris og kvalitet i alkoholbehandlingen – uagtet om den udføres i privat eller offentligt regi.

Med afsæt i en hensigtsmæssig og kritisk anvendelse af offentlige, skattefinansierede midler til finansiering af alkoholbehandlingstilbud i såvel private som offentlige behandlingstilbud anbefaler vi således følgende:

- **Gennemsigtighed i takst- og prisfastsættelsen:** Det bør fremgå tydeligt, hvilke udgifter den private eller offentlige leverandør af et ambulant alkoholbehandlingstilbud lægger til grund for fastsættelsen af takst / pris. Endvidere bør det tydeligt fremgå, hvad tilbuddet præcist indeholder.
- **Én ydelse – én pris:** Der bør fastsættes et generelt gældende niveau for taksten / prisen på et ambulant alkoholbehandlingstilbud. Logikken bag forslaget er én ydelse – én pris. Den fastsatte pris bør maksimalt kunne svinge med 5-7 %, hvilket vurderes at tilstrækkeligt til at kunne tilgodese lokale forskelle i omkostningsniveauet i tilbudsproduktionen. Da offentlige aktører, herunder kommuner, er anderledes økonomisk funderet end private aktører, bl.a. gennem en selvejende boligmasse, bør der dog tages hensyn til private leverandører, der som udgangspunkt opererer på andre præmisser end de offentlige. Også her er det vores ønske, at der foreligger en klar og tydelig beskrivelse af, hvilke særlige forhold der kan berettige en højere takst / pris for et ambulant behandlingstilbud udført af en privat aktør, samt hvor høj den forøgede pris kan være. Dette skal ses i forlængelse af et generelt ønske om øget gennemsigtighed i, hvilke produktionsudgifter, der kan medtages i pris- og takstfastsættelsen af det enkelte ambulante alkoholbehandlingstilbud.
- **Ensartet behandlingstilbud – fælles standard:** I forlængelse af punktet ovenfor bør lovforslaget inkludere en præcisering af, hvad et ambulant alkoholbehandlingstilbud som minimum skal indeholde, herunder hvilke faglige elementer, der indgår i tilbuddet. Socialtilsynene skal herefter sikre, at såvel offentlige som private leverandører lever op til den fælles standard for ambulante alkoholbehandlingstilbud. Afviges standarden kan det kun ske "opad", således, at der lægges mere kvalitet ind i tilbuddet. En forøgelse af indholdet i tilbuddet bør ikke kunne lægges på den generelle pris / takst, men bør kunne aftales bilateralt mellem leverandør og bopælskommune. Sidstnævnte bør dog til enhver tid kunne afslå den højere pris, og således kun betale den generelt fastsatte takst / pris ved alkoholbehandling af en borger med bopæl i kommunen. Tiltræder en kommune den ændrede (højere) pris for et udvidet behandlingstilbud, bør dette endvidere ikke have betydning for



landets øvrige kommuner, da det ses som en lokal, selvstændig aftale mellem leverandør og bopælskommune.

ANONYMITETSPROBLEMATIKKEN

FSD finder det overordnet positivt, at det for den enkelte borger er muligt at modtage anonym, ambulant alkoholbehandling i Danmark samtidig med, at vedkommende selv kan vælge, hvor behandlingen skal foregå. FSD er dog meget bekymrede over, at den nuværende faktureringsstruktur ikke giver nogen form for garanti for, at der reel overensstemmelse mellem den konkrete borger i et udført alkoholbehandlingsforløb og den kommune, der efterfølgende faktureres herfor. Den for kommunerne manglende adgang til at efterprøve, hvorvidt det ambulante alkoholbehandlingsforløb, som kommunen modtager en faktura på, rent faktisk vedrører en borger med folkeregisteradresse i kommunen, gør således det umuligt for den enkelte kommune at føre økonomisk tilsyn med udgiften.

FSD anbefaler derfor følgende:

- **Sporingsmulighed:** FSD anbefaler, at der udvikles en sporingmulighed, som gør det muligt for kommunerne / Socialtilsynene at føre kontrol med, om der rent faktisk er overensstemmelse mellem den konkrete borger, som modtager det ambulante alkoholbehandlingstilbud, og den kommune som efterfølgende faktureres som bopælskommunen for ydelsen.

Såfremt det ikke er muligt at udvikle en sådan sporingmulighed, anbefaler FSD følgende:

- **Ændring af anonymitetsforholdet:** Kommunerne er som bekendt allerede underlagt særlige regler om tavshedspligt og videregivelse af oplysninger og har indarbejdet dette som en fast bestanddel i daglig praksis. Således mener vi ikke, at diskretionshensynet tilsidesættes, såfremt borgeren af behandlingsstedet bedes sikre et betalingstilsagn hos bopælskommunen. Et forslag kan være, at tilsagnet gives af kommunen ved, at borgeren eksempelvis logger ind på NemId og anmoder om en art voucher, som efterfølgende forevises behandlingsstedet. Herefter kan behandlingsforløbet påbegyndes. Voucheren indeholder ikke personlige oplysninger af nogen art. Den dokumenterer blot, at person har bopæl i kommune X og således kan modtage ambulant alkoholbehandling efter gældende regler for private og offentlige leverandører af ambulante alkoholbehandlingstilbud. Efter at have udleveret voucheren til borgeren slettes alle personhenførbare oplysninger om borgeren i kommunen, og vedkommende identificeres i betalingssituationen således kun via eksempelvis en kode i voucheren, som stemmer overens med den aktuelle kommune.

Med venlig hilsen

Helle Linnet
Landsformand

Høringssvar om lovforslag om behandling af alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion m.v.

DATO: 5. august 2020

KABS er et behandlingscenter under Glostrup Kommune, som årligt behandler 1.000 borgere med alkohol eller stofproblemer fra mere end 40 kommuner.

Vores kommentarer tager udgangspunkt i vores praksiserfaringer med såvel behandling af borgere med alkoholproblemer samt samarbejdet og mellemkommunal afregning med såvel kommuner og eksterne behandlingssteder.

Lovændringer vil medfører klarhed

Vi er af den opfattelse at de foreslåede lovændringer på alkoholområdet vil medføre klarhed over reglerne. Lige så vigtigt er hensynet til at (opholds)kommuner kan få refusion for såvel alkoholbehandling som lægelige stofmisbrugsbehandling hos (oprindelig) bopælskommune.

Kvalitetsløft i alkoholbehandling skal inkludere øget efteruddannelse v Sundhedsstyrelse og forpligtende kvalitetsstandarder

I henhold til Aftale om kommunernes økonomi 2020 er hensigten at skabe bedre sammenhæng mellem kvalitet i alkoholtilbuddene, takster og øvrig hjælp til borgerne. Alkoholbehandlingen skal tage udgangspunkt i borgerens behov og dermed vil alkoholbehandlingen også variere i indhold og intensitet fra borger til borger. Sammenhæng mellem kvalitet og pris må derfor også kvalificeres af forpligtende kvalitetsstandarder for alkoholmisbrug og Sundhedsstyrelsens nationale alkoholuddannelsesprogram må udvides således at behandlingen funderes i de kliniske nationale retningslinjer.

Sproglige ændringer udvider personkreds der kan modtage behandling jf §141

I afsnit 2.1.3 begrundet ministeriet sine hensigter med at minimere risiko for stigmatiserende sprogbrug. Vi bemærker at det sproglige skift fra "Alkoholmisbrugere" til "personer som har et alkoholmisbrug" og "personer, som ønsker behandling for alkoholmisbrug" udvider målgruppen, som er berettiget til offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug – med en personkreds "som ønsker at reducere sit forbrug af alkohol". Tidligere har behandlingstilbuddet 'kun' rettet sig mod personer med afhængighed eller skadeligt brug.

Beskrivelse af anonyme behandlingsforløb giver kommuner journaliseringsudfordringer

Det anføres i bemærkningerne s. 47 til §141 stk 7 at behandlingsstedet ved opkrævning skal beskrive anonyme behandlingsforløb og indhold. Dette er uhensigtsmæssigt, idet kommunen vil have svært ved at håndtere dette i sagsbehandlingsøjemed. Mange ydelser i serviceloven tilgodeser jo ikke at borgere er anonyme. Vores erfaring er at kommunerne derfor frabeder sig anonymiseret dokumentation, hvorimod kommunerne gerne ser anonyme borgere på et behandlingssted kontrolleret af en uvildig revisor for berigtigelse af såvel opkrævet behandling samt borgerens tilhørsforhold til kommunen.

Indgåelse af aftaler mellem kommunalbestyrelser og private behandlingssteder

Indgåelse af skriftlige aftaler mellem et privat behandlingssted og mindst to kommuner er godt. Der bør imidlertid gives vejledning i, hvilket indhold der skal indgå i de skriftlige aftaler. Det bør præciseres om de skriftlige aftaler skal omfattes af bestemmelser om både gyldighedsperiode for aftalen og om vilkår misvedligeholdelse af aftalen.

KKR's styringsregler og bekendtgørelser skal være fællesgrundlag for takstberegninger

Takstberegninger og omkostningsægthed bør være reguleret i generel lovgivning og KKR styringsaftaler fremfor at være en del af en lokal skriftlig aftale mellem det private behandlingssted og to kommuner. Dette for at sikre at lokale interesser ikke får en uhensigtsmæssig betydning for de øvrige kommuner som vil blive forpligtet af aftalen.

Selvhenvenderprincip skal bevares

Borgerens ret til frit valg og til at være anonym har til formål at sikre borgeren ubesværet adgang til behandling. Tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser at kun en mindre del af de behandlingskrævende borgere med alkoholmisbrug kommer i behandling. Selvhenvenderprincippet (retten til frit valg og anonym behandling uden kommunal visitation på alle godkendte behandlingssteder) skal derfor fastholdes på bekostning af den kommunale visitation.

Anonym behandling vanskeliggør kommuners visitation til andre ydelser

Den manglende kommunale visitation betyder imidlertid også at kommunerne kan få sværere ved at sikre anden hjælp og støtte til anonyme borgere i alkoholbehandling.

Afvisning af frit valg skal præciseres mere gennem skriftlige aftaler

Offentlige behandlingssteders mulighed for at afvise personer som ønsker at gøre brug af det frie valg ved kapacitetsproblemer skal præciseres yderligere, idet offentlige behandlingssteder ikke er omfattet af kravet om skriftlige aftaler og kommunerne derfor kan have svært ved at vide hvor mange "pladser" de

har behov på et offentligt behandlingssted (hvilken kapacitet der skal omfattes af en forsyningspligt).

Takstfastsættelse for behandling for alkoholmisbrug

Takstfastsættelse og afregning er vigtigt at få præciseret. I KKR-rammeaftalen (teknisk bilag til Styringsaftalen) fremgår det, at takstmodellen omfatter misbrugsbehandling efter Sundhedsloven. Det omfatter jo både stof- og alkoholbehandling. I Bekendtgørelsen, som Styringsaftalen tager udgangspunkt i, er kun Servicelovens § 101 nævnt. Misbrugsbehandling efter sundhedsloven bør derfor ligeledes omfattes.

Ensartethed i takstgrundlaget for kommuner, som anvender det samme behandlingssted er godt og i forvejen anvendt på stofmisbrugsområdet.

Mellemkommunal refusion

Præciseringen af vilkår for mellemkommunal refusion har været er god. I udkastet skal det dog præciseres om mulighed for refusion også gælder borgere på herberger og krisecentre, hvor borgeren opholder sig uden medvirken fra bopælskommunen.

Indregning af sundhedsfaglige udgifter i taksten for tilbud efter lov om social service

Beliggenhedskommunen (opholdskommunen i et borgerperspektiv) har ikke altid mulighed for at indregne udgifter jf Sundhedsloven i takstgrundlaget på herberger og krisecentre idet de ofte drives af andre end beliggenhedskommunen (regioner eller private).

Det bør præciseres at opholdskommunen i disse tilfælde berettiges til mellemkommunal refusion hos bopælskommunen, i de tilfælde hvor borgeren har behov for ydelser jf sundhedsloven.



Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

KL's bemærkninger til udkast til ændringer af sundhedsloven og mellemkommunal refusion på sundhedsydelser

KL har modtaget udkast til ovennævnte lovforslag i høring fra Sundheds- og Ældreministeriet. Ministeriet udbeder sig KL's bemærkninger senest den 12. august 2020. Grundet den korte tidsfrist har det ikke været muligt at behandle udkastet politisk, hvorfor KL tager forbehold for eventuelle senere politiske bemærkninger.

KL er enig i behovet for bedre styringsmuligheder på alkoholområdet, og den deraf nødvendige regulering.

KL ser en lang række positive elementer i de foreslåede ændringer, som fremgår af lovforslaget, men er også af den opfattelse, at de foreslåede ændringer ikke i tilstrækkelig grad løser nogle af de centrale problemer.

KL har følgende bemærkninger:

Alkoholbehandlingen

Det opstillede forslag løser ikke i tilstrækkelig grad udfordringerne på alkoholområdet. I teksten til lovarbejdet nævnes det, at kommunerne skal "Vide hvad de betaler for". KL gør opmærksom på, at det med den kommunale forsyningsforpligtelse ikke er tilstrækkeligt for kommunerne at vide, hvad man betaler for, men at kommunerne ønsker indflydelse på hvilke ydelser, der skal leveres og til hvilken pris. I udkastet henvises til, at kommunen og den private leverandør aftaler i kontrakten, hvad der skal leveres, men der er jo netop ikke visitation til den ambulante alkoholbehandling. Der er selvmøderprincip og borgeren møder op uden kommunal medvirken. Desuden er der ikke en definition af, hvad den ambulante behandling indeholder. Det står derfor den private leverandør frit for at beslutte hvilke ydelser borgeren tilbydes.

Lovforslaget foreslår, at der fremadrettet kræves, at en privat leverandør indgå en kontrakt med to kommuner fremfor som i dag, en enkelt kommune. Dette ændrer dog ikke på, at de øvrige betalingskommuner ikke har nogen indflydelse på, hvad indholdet i den ambulante behandling skal bestå af, idet aftalen vil være indgået af andre og muligvis fjerntliggende kommuner med andre lokale forhold og behov.

Dato: 11. august 2020

Sags ID: SAG-2013-01147
Dok. ID: 2950638

E-mail: RAF@kl.dk
Direkte: 3370 3486

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 6



KL vil derfor foreslå en tværkommunal model, hvor aftaleindgåelsen forankres i regi af KKR. Det kræver en særlig konstruktion, hvor en af kommunerne i hvert KKR indgår aftale på vegne af de øvrige kommuner.

Der er flere fordele ved en model, der er forankret under KKR. Modellen betyder, at kommunerne bedre kan sikre en tilstrækkelig bred vifte af tilbud, som passer til mange forskellige typer af behandlingsbehov. Det vil også være lettere at lave et mere ensartet indhold af tilbuddene samt en bedre kvalitetssikring af tilbuddene i den pågældende KKR-region. Endelig kan modellen sikre en bedre kommunal styring af området. Modellen strider heller ikke mod borgerens frie valg, idet borgeren forsat vil kunne benytte et tilbud i en anden region.

Den foreslåede model, hvor en privat leverandør kan indgå en aftale med to kommuner i hver sin ende af landet, vil ikke kunne sikre en mere ensartet kvalitet eller tilstrækkelige forskelligartede tilbud og vil dermed ikke sikre kommunerne en bedre styring. I forhold til godkendelse af tilbuddene er det KL's opfattelse, at underafdelinger/satellitter mv. også vil skulle have en selvstændig godkendelse og indgå særskilte kontrakter med to kommuner.

Set i lyset af den teknologiske udvikling er der behov for opstilling og regulering af fx en virtuel behandling. Dette gælder både i forhold til datasikkerhed, det faglige indhold samt den metodiske tilgang.

Den manglende definition af indholdet i den ambulante behandling er en anden central problemstilling, som lovforslaget heller ikke løser i tilstrækkelig grad. I lovforslaget er der lagt op til en definition af ambulante alkoholbehandling, som kun forholder sig til intensitet og behandlingslængde. Det vil således forsat være op til den private leverandør at bestemme indholdet i behandling. Det er den manglende definition af indholdet, som udgør et af de væsentligste problemer i forhold til taksterne.

I de seneste år har der været en del kritik af kommunerne med henvisning til manglende overholdelse af behandlingsgarantien. KL er ikke enig i denne kritik, og den obligatoriske registrering i SMDB viser med al tydelighed, at kommunerne overholder tidsfristen. Der er ingen ventetid på at modtage ambulante alkoholbehandling.

KL er enig i, at der kan være tvivlsspørgsmål i forhold til visitationen til dag- og døgnbehandling, som det kunne være gavnligt at få belyst. Det er dog nødvendigt at gøre opmærksom på, at der ofte er tale om borgere med komplekse problemstillinger, der kræver en rusmiddel-, en psykologisk-, og en somatisk udredning. Disse udredninger er typisk afgørende for en korrekt visitation af borgeren, så borgeren modtager det bedst egnede behandlingstilbud, men desværre er disse udredninger også tidskrævende. Der er derfor brug for en tydeliggørelse af, hvilke initiativer skal være sat i værk for, at man kan sikre, at tidsfristen er overholdt.

Det er KL's opfattelse, at overgangsperioden kan kortes ned således, at ikrafttræden er 1. juli 2021. Dette begrundes med, at kommunerne modtager regninger på betydelige beløb på et område, hvor kommunerne har forsyningsforpligtelsen uden at have nogen form for styringsmuligheder.

Dato: 11. august 2020

Sags ID: SAG-2013-01147
Dok. ID: 2950638

E-mail: RAF@kl.dk
Direkte: 3370 3486

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 6



Mellemkommunal refusion på sundhedsydelser i tilbud efter serviceloven

KL er enig i, at der er en række udfordringer i forhold til, at det er opholdskommunen, der leverer og betaler for en række sundhedsydelser til udsatte borgere, der opholder sig på tilbud under serviceloven i andre kommuner end bopælskommunen.

Det er KL's opfattelse, at indførsel af mellemkommunal refusion eller mulighed for at indregne sundhedsudgifterne i taksten vil kunne afhjælpe nogle af de udfordringer der er i forhold til levering af sundhedsydelser til borgere, som opholder sig fx på tilbud efter servicelovens § 107-108 eller 110.

KL har dog en række anbefalinger og kommentarer til lovforslaget, som uddybes i det følgende.

Der er brug for en ændring af reglerne i retssikkerhedsloven

KL anbefaler, at nye regler om mellemkommunal refusion for sundhedslovsydelser skrives ind i regelsættet om mellemkommunal refusion, der allerede findes i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område § 9 c, stk. 1 (som en af de love, kommuner kan opkræve refusion for) i stedet for eller parallelt med en eventuel ændring af sundhedsloven.

En ændring af retssikkerhedsloven fremfor sundhedsloven for så vidt angår refusionsbestemmelserne har følgende fordele:

- Eventuelle uenigheder mellem kommuner om deres forpligtelser vil kunne blive afgjort af Ankestyrelsen, jf. retssikkerhedslovens § 61. Der findes ikke en højere administrativ instans, hvor kommuner kan få afgjort sager om uenighed om deres forpligtelser efter sundhedsloven. En eventuel uenighed vil derfor skulle blive indbragt for domstolene, hvilket efter vores opfattelse ikke er ønskeligt. De fleste kommuner og regioner har – heldigvis – den samme opfattelse, hvorefter offentlige myndigheder ikke stævner hinanden i civile retssager, medmindre spørgsmålet er yderst principielt, eller af stor økonomisk betydning. Dette betyder dog, at nogle uenigheder får lov at fortsætte i meget lang tid, med omfattende korrespondance myndigheder i mellem, og nogle gange til ulempe for borgerne. En adgang til at få uenigheder afgjort i Ankestyrelsen vil derfor være ønskeligt.
- Refusionen vil gælde de samme borgere, for hvem der allerede er refusion for efter retssikkerhedsloven. Da kommunerne kender disse borgere, er det administrativt let at tilføje sundhedslovsydelser til refusionskravet.
- Refusionen vil også omfatte de borgere, der opholder sig på øvrige botilbud, herunder fx boliger opført efter almenboligloven.

Dato: 11. august 2020

Sags ID: SAG-2013-01147
Dok. ID: 2950638

E-mail: RAF@kl.dk
Direkte: 3370 3486

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 6

- Refusionen vil følge de gældende regler og den praksis, som offentliggøres af Ankestyrelsen, og eventuelle praksisændringer vil derfor gælde hele refusionsområdet. Hvis bestemmelserne om refusion for sundhedslovsydelser udskilles fra de øvrige refusionsbestemmelser, er der risiko for, at eventuelle praksisændringer ikke følges ad. Dette vil medføre usikkerhed og uklarhed over refusionsreglerne i hhv. retssikkerhedsloven og sundhedsloven.

Det er ikke entydigt, hvilken kommune, der har et betalingsansvar

Det fremgår ikke af lovtæksten, hvilken kommune, der skal yde refusionen. Af bemærkningerne (s. 33 samt s. 55) fremgår det, at det vil være den kommune, der har anbragt barnet eller den unge på anbringelsesstedet. KL forslår, at det skrives ind i lovtæksten, at refusionen ydes af den kommune, der er refusionspligtig efter reglerne i § 9 c i retssikkerhedsloven.

Det er ikke i alle tilfælde, at det er den kommune, der har anbragt barnet eller den unge, som skal afholde udgifterne hertil. Dette gælder fx i de sager, hvor en tidligere opholdskommune ikke har anbragt barnet, mens anbringelsesgrundlaget allerede var til stede under barnets ophold i denne kommune, hvorfor den tidligere opholdskommune er blevet pålagt refusionspligt efter reglerne om passivitet, jf. retssikkerhedslovens § 9 c, stk. 6. Også for unge over 18, der er bevilget efterværn efter servicelovens § 76, stk. 3, vil handlekommune og betalingskommune ikke altid være den samme. For at undgå uklarheder og uenigheder forslås det derfor at henvise til refusionsbestemmelsen § 9 c, fremfor opholds- og handlebestemmelserne i §§ 9 og 9 a.

I øvrigt bemærkes det til bemærkningerne på s. 35, at reglerne for børns og unges opholdskommune ikke fremgår af retssikkerhedslovens § 9, men af § 9 a i samme lov.

Ligesom for børn kan der også for voksne være forskel mellem borgerens handlekommune, og den kommune, der endeligt skal afholde udgifterne til borgeren. Dette er fx tilfældet for borgere, der allerede inden d. 1. oktober 2010 havde ophold på et botilbud, og for hvem deres tidligere opholdskommune inden d. 1. oktober 2010 har truffet afgørelse om, at kommunen ikke ønskede at tage handlepligten for pågældende borger tilbage (jf. § 3, stk. 4 i lov nr. 550 af 26-05-2010).

Også for voksne forslår KL derfor, at refusionen for ydelser efter sundhedsloven skal ydes af den kommune, der har refusionspligt for den pågældende borger efter § 9 c i retssikkerhedsloven.

Det bemærkes i den forbindelse, at teksten i lovforslaget også kan misforstås i de tilfælde, hvor en borger ikke visiteres til opholdet af en kommune, men af anden offentlig myndighed. Dette gælder fx borgere på tilbud efter servicelovens §§ 109 og 110, hvor det er forstanderen for krisecentret eller forsorgshjemmet, der visiterer borgeren.

Bemærkningen på s. 33 under pkt. 2.2.3, om at refusionen skal ydes af den kommune, der har visiteret eller anbragt borgeren, er således ikke

Dato: 11. august 2020

Sags ID: SAG-2013-01147
Dok. ID: 2950638

E-mail: RAF@kl.dk
Direkte: 3370 3486

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 6



dækkende for de tilbud efter §§ 109 og 110, der er selvvisiterende. Her mangler lovforslaget – både i lovteksten og i bemærkningerne – at adressere, hvilken kommune, der skal yde refusionen.

KL gør desuden opmærksom på, at det i forhold til udsatte borgere fx hjemløse, som opholder sig på et herberg mv. jf. servicelovens § 109 ikke altid er oplagt at udpege en betalingskommune, idet borgeren kan have haft ophold i mange kommuner uden at modtage hjælp eller ofte skifter opholdskommune.

Lovforslaget omfatter ikke alle relevante tilfælde

Lovteksten i det forelagte lovforslag omfatter borgere, "der som følge af en afgørelse truffet af en anden kommune eller anden offentlig myndighed i medfør af lov om social service" har bopæl i kommunen.

Det udelukker kommuner fra at indhente refusion for visse borgere, herunder:

- 1- Borgere, der er tilflyttet kommunen ved at benyttet sig af deres ret til frit valg, jf. almenboliglovens § 58 a, samt bekendtgørelse nr. 1387 af 12. december 2006 om betaling for botilbud m.v. efter servicelovens kapitel 20 samt om flytteret i forbindelse med botilbud efter § 108.

Efter reglerne omkring borgernes ret til frit valg, herunder Ankestyrelsens praksis herom, kan en borger, der er visiteret til et varigt botilbud, vælge et andet tilsvarende tilbud. Dette gælder både botilbud, oprettet efter servicelovens § 108, samt boliger oprettet efter almenboligloven. Når en borger er tilflyttet en kommune på grund af, at borgeren selv har valgt dette efter reglerne om frit valg, vil borgeren formelt ikke være visiteret til netop dette botilbud.

Ved at begrænse muligheden for mellemkommunal refusion for ydelser efter sundhedsloven til de borgere, der er direkte visiteret til deres nuværende tilbud, afskærer man bopælskommuner fra at indhente refusion for borgere, der er tilflyttet kommunen via borgerens brug af retten til frit valg. Det er lige præcis den skelnen, som søgtes ophævet ved retssikkerhedslovens § 9 c, stk. 5, samt ved Ankestyrelsens principafgørelse nr. 77-14.

- 2- Borgere, der opholder sig på botilbud efter anden lovgivning end serviceloven, men som får omfattende støtte efter serviceloven, herunder servicelovens §§ 83, 85, 103 og 104.

Mange kommuner har de seneste 15 år omdannet deres plejehjem samt deres sociale botilbud efter serviceloven til boliger efter almenboliglovgivningen. Udviklingen i både samfundet og i den sociale lovgivning er således gået i retningen af at skelne mellem borgerens fysiske bolig og den støtte, som borgeren modtager i boligen. Denne udvikling har været båret af et politisk ønske, og fremgår bl.a. af forarbejderne til serviceloven, 1996/1 LSF 229, Almindelige bemærkninger, pkt. 6.5.

Dato: 11. august 2020

Sags ID: SAG-2013-01147

Dok. ID: 2950638

E-mail: RAF@kl.dk

Direkte: 3370 3486

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 5 af 6



Denne udvikling tages der også højde for i retssikkerhedslovens § 9 og 9 c, som ikke kun indeholder regler for handlepligt og mellemkommunal refusion for borgere, der opholder sig på botilbud efter servicelovens §§ 107-110, men også omfatter andre, lignende botilbud (jf. retssikkerhedslovens § 9, stk. 7, nr. 5, samt § 9 c, stk. 2, nr. 5).

Ved at lovtæksten i det nuværende lovforslag kun henviser til afgørelser, truffet jf. serviceloven afskæres kommuner fra at kunne indhente refusion for sundhedslovsydelser for størstedelen af borgere med betydelig og/eller varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne i botilbud, fordi deres bolig er opført efter almenboligloven mv. Dette vurderer KL vil betyde, at lovændringen ikke vil opfylde kommunernes behov.

Det er uklart, hvordan sundhedsydelser afgrænses og hvilke ydelser, der kan indregnes i taksterne

Det bemærkes i bemærkningerne til lovforslaget, at social- og indenrigsministeren med lovændringen får mulighed for at fastsætte regler om, at udgifter til andre ydelser end alene ydelser efter serviceloven kan indregnes i taksterne for tilbud efter serviceloven (s. 37).

Det bemærkes således, at der vil kunne fastsættes regler om *"indregning af omkostninger til sundhedsfaglig behandling, der ydes til borgeren af det pågældende sociale tilbud"* (s. 38).

Samtidig bemærkes det dog, at der efter bemyndigelsen *"ikke vil kunne fastsættes regler om, at udgifter til kommunale sundhedsydelser (behandling), der ydes efter sundhedsloven kan indregnes i taksterne for tilbud efter serviceloven"* (s. 38).

Og videre at *"sociale tilbud ikke nødvendigvis [kan få] dækket de udgifter, som de måtte have til at levere sundhedsfaglig behandling, der ikke ydes efter sundhedslovens regler om de kommunale sundhedsydelser (...)".*

Disse bemærkninger virker umiddelbart modstridende. Det fremstår således uklart, hvilke sundhedslovsydelser, der vil kunne ydes på et socialt tilbud (og som dermed efter en bemyndigelse vil kunne indregnes i taksten), uden samtidig at være kommunale sundhedsydelser.

KL foreslår derfor, at det præciseres i lovbemærkningerne, hvilke ydelser, der efter en bemyndigelse fremover påtænkes at kunne blive indregnet i taksten og hvilke, der vil kun indhentes mellemkommunal refusion for.

Med venlig hilsen

Janet Samuel

Dato: 11. august 2020

Sags ID: SAG-2013-01147
Dok. ID: 2950638

E-mail: RAF@kl.dk
Direkte: 3370 3486

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 6



Høringssvar på lovforslag om behandling for alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion m.v.

Relevante tiltag, men behov for at fastsætte faglige kvalitetsstandarder for alkoholbehandlingen

12. august 2020

Sagsnr: 2020-5010

Aktnr: 2815372

Lægeforeningen bakker op om de foreslåede tiltag i lovforslaget, eftersom alle tiltag, der kan være med til at sikre øget kvalitet på dette område, må hilses velkommen. Det foreslåede krav om, at private behandlingssteder fremover skal indgå aftaler med mindst to kommuner må formodes at medføre en forbedret kvalitet blandt de mindste private behandlingssteder og etableringen af hjemmel til mellemkommunal refusion vil give beboerne på botilbud m.v. adgang til bedre sundhedsfaglig behandling (hjemmesygepleje, genoptræning mv.) og øget patientsikkerhed.

Samtidig vil Lægeforeningen gerne understrege, at de foreslåede tiltag på ingen måde er tilstrækkelige til at sikre en højere og mere ensartet kvalitet på området. Lægeforeningen er fortsat bekymret for kvaliteten af den kommunale alkoholbehandling og mener, at der er et stort og veldokumenteret behov for at indføre nationale og bindende faglige minimumsstandarder for kvaliteten af alkoholbehandlingen, som også bør omfatte krav til uddannelsesniveaut hos behandlerpersonalet.

Senest har [Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling](#) fra 2019 afdækket et klart behov for at styrke særligt den sundhedsfaglige del af alkoholbehandlingen. Der er således belæg for at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at indføre forpligtende nationale kvalitetsstandarder, som vil bidrage til at øge såvel kvalitetsniveauet og patientsikkerheden.

Det er ærgerligt, at ministeriet ikke følger op på Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området, og sikrer en reel forbedring af kvaliteten i såvel offentlige og private behandlingstilbud.

Med venlig hilsen

Camilla Noelle Ratchke
Formand

Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500

Tlf.: +45 3544 8222 (direkte)

E-post: dadl@dadl.dk

E-post: clv@DADL.DK

www.laeger.dk

Fra: [Redacted]
Sendt: 11. august 2020 20:17
Til: DEP Sundheds- og Ældreministeriet
Cc: Sabine Godsvig Laursen
Emne: Høringssvar behandling for patienter med alkoholmisbrug

Til rette vedkommende,

Jeg står ikke på listen i forhold til høring, men har deltaget i møder via Sundhedsstyrelsen og Covi.

Det lyder rigtig godt med stramningen i forhold til de private behandlingssteder.

Det jeg savner er en egentlig kvalitetsstandard med minimumskrav ikke kun til de private tilbud men også til de kommunale. Dette for at sikre mere ensartethed og størrelse i tilbuddene på landsplan og sikring af evidensbaseret behandling.

Svarende til kvalitetskravene på f.eks. sygehusafdelinger under sundhedsloven.

Kan være det kommer i bemærkninger til loven – eller?

Med venlig hilsen

[Redacted signature]

[Redacted text]

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
sum@sum.dk

RÅDET FOR
SOCIALT
UDSATTE

11. august 2020

Høringssvar til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love (Bedre styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion for kommunale sundhedsydelser, der leveres til borgere på sociale tilbud og indregning af udgifter til sundhedsfaglig behandling i taksten for sociale tilbud m.v.)

Rådet takker for høring om forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love.

Lovforslaget om bedre styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug

Rådet forholder sig overordnet positivt til lovforslaget om bedre styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug. Rådet bemærker dog, at forslaget alene har fokus på at styrke kvaliteten ved at give kommunerne bedre muligheder for styring frem for at sikre en høj og ensartet kvalitet i alle tilbud. Styringen alene kan virke begrænsende for borgernes frie valg, da man må formode, at den vil medføre mindre udbud af behandlingssteder herunder også sikkerhed for alternativer til det kommunale ambulante tilbud, hvis borgeren ikke er tilfreds med kvaliteten af det. Det kan være et særligt problem i udkantkommuner. Derfor bør der gøres mere for at sikre høje kvalitetsstandarder ikke kun i de private tilbud, men også i de offentlige tilbud.

Derudover ser Rådet det som udemærket at få en bedre styring med skriftlige aftaler og klare definitioner på hhv. ambulant, dag- og døgnbehandling. Kravet om, at private behandlingssteder skal indgå aftaler med to kommuner for at blive en del af fritvalgsordningen, virker som en pragmatisk måde at begrænse mulighederne for dårlige tilbud. Det ændrer dog ikke på, at den faglige sammenhæng mellem pris og kvalitet stadig er den enkelte kommunes ansvar. Det kunne i stedet tilsigtes, at vurderingen blev gjort til et centralt anliggende, så der sikres mere ensartethed, sammenhæng mellem pris og kvalitet, og en generel høj kvalitet på tværs af landets private og offentlige tilbud.

Rådet understreger vigtigheden af fastholdelse af retten til anonym ambulant behandling af alkoholafhængighed.

Lovforslaget om mellemkommunal refusion

Rådet er enig i, at det er afgørende for socialtandplejens succes, at borgerne kan få hjælp der, hvor de opholder sig. Rådet læser forslaget således, at borgere med lovændringen vil kunne visiteres til socialtandpleje i og af opholdskommunen, og at opholdskommunen derefter kan

søge mellemkommunal refusion. Rådet er enig i, at socialt udsatte skal sikres en let og smidig adgang til socialtandplejen der, hvor de opholder sig.

Med venlig hilsen



Vibe Klarup

Formand, Rådet for Socialt Udsatte

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Att: sum@sum.dk med kopi til sagl@sum.dk

10. august 2020

Høringssvar vedr. forslag til ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love

Overordnede bemærkninger

Selveje Danmark har den 2. juli 2020 modtaget et forslag til ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love i høring. Selveje Danmark har med både interesse og bekymring læst forslagene. Selveje Danmark stiller sig positivt over for forslaget om skabe hjemmel til at modtage mellemkommunalrefusion for sundhedsudgifter. Selveje Danmark stiller sig derimod særdeles kritisk over for, at det er kommunernes villighed til at indgå aftaler med et privat, herunder selvejende, alkoholbehandlingstilbud, der afgør, hvorvidt tilbuddet kan yde alkoholbehandling – og ikke tilbuddets kvalitet vurderet ud fra objektive kriterier og kontrolleret af et uvildigt tilsyn. Forslagene vil i praksis medføre, at det bliver umuligt at oprette nye private, herunder selvejende, alkoholbehandlingstilbud.

Det fremgår af lovforslagets indledning, at forslagene udspringer af økonomiaftalen mellem regering og Kommunernes Landsforening 2021 og begrundes med, at "kommunerne oplever, at de har svært ved at styre udgifterne til alkoholmisbrug." (s. 11). Selveje Danmark undrer sig over begrundelsen, da Rådet for Socialt Udsatte i juni 2020 har udarbejdet et notat, der viser, at kommunernes udgifter til alkoholmisbrug blot er steget under 4 procent i perioden 2015 – 2019 (2019-pl). Der er derfor svært at se økonomi som en væsentlig årsag til lovforslagets indgreb i de private tilbuds rammevilkår.

Specifikke bemærkninger til forslaget

Vedr. §141 stk. 2, 6, 7 og 8 om krav til private alkoholbehandlingstilbud om indgåelse aftale med minimum to kommunalbestyrelser om levering af alkoholbehandling

Selveje Danmark mener, at kravet om, at et privat tilbud skal indgå en aftale med to kommuner for at levere behandling, reelt umuliggør, at nye private alkoholbehandlingstilbud, herunder også selvejende tilbud, kan etablere sig. For hvordan kan en kommune sige ja til at anvende et alkoholbehandlingstilbud, før tilbuddet er godkendt af socialtilsynet, og en godkendelse af socialtilsynet kræver, som det fremgår af forslaget, en aftale med mindst én kommune (jf. side 47: "Socialtilsynet vil således ikke skulle starte en godkendelsesproces, før et alkoholbehandlingssted kan

fremvise en gyldig aftale med minimum én kommune.”)?

Desuden vil de kommuner, som det private tilbud forsøger at indgå en aftale med om levering af behandling, stå i en uforholdsmæssig gunstig forhandlingssituation i forhold til at forhandle takster, da en kommune vil kunne betinge sig en særlig gunstig takst for at indgå en aftale med den pågældende private behandlingstilbud. En aftale som er en forudsætning for behandlingstilbuddets godkendelse og dermed også det eksistens.

Endelig gælder det, at hvis et privat tilbud lykkes med at indgå aftaler med to kommuner om levering af alkoholbehandling og bliver godkendt, så er de øvrige kommuner, som måtte anvende det private behandlingstilbud, kun forpligtet på at betale den takst, som der er fastlagt ved indgåelsen af aftale ml. det private tilbud og de to kommuner jf. lovforslaget § 252 stk. 2, 3 og 4.

Lovforslaget forstærker urimelig retsstilling

Lovforslaget vil forstærke den urimelige retsstilling, som private, herunder selvejende, alkoholbehandlingstilbud befinder sig i, når det ikke er det konkrete alkoholbehandlingstilbuds kvalitet, der afgør, hvorvidt tilbuddet må levere alkoholbehandling, men i stedet kommunernes vilje til at indgå (nu skriftlige) aftaler med det enkelte tilbud. En kvalitet som tilmed er vurderet ud fra objektive kriterier og kontrolleret af et uvilidigt socialtilsyn. Private alkoholbehandlingstilbuds retsstilling bliver dermed markant ringere, end de offentlige alkoholbehandlingstilbud, som ikke er underlagt de samme krav.

Sundheds- og Ældreministeriet begrunder lovforslagets krav til private alkoholbehandlingstilbud om skriftlig indgåelse af aftale med to kommuner om levering af alkoholbehandling med, at det vil skabe større sikkerhed for ”at behandlingsstedet yder en behandling af god kvalitet”. Selveje Danmark påpeger, at det netop er Socialtilsynets opgave at sikre, at behandlingsstedet tilbyder en tilstrækkelig høj kvalitet til at kunne levere alkoholbehandling, og at det allerede fremgår af lovforslagets §141 stk 4, at et privat alkoholbehandlingstilbud skal være godkendt og underlagt driftsorienteret tilsyn af socialtilsynet. Det foreliggende lovforslag synes på den baggrund at udtrykke en underlige form for underkendelse af socialsynets faglighed og kompetence, som ikke er rimelig. Selveje Danmark mener desuden ikke, at kommunerne er de rette til at kontrollere kvaliteten af egne tilbud eller med konkurrerende alkoholbehandlingstilbud.

Offentlige tilbud leverer ikke pr. definition kvalitet eller har en retvisende takst

Selveje Danmark mener ikke, at det kan ”forudsættes, at offentlige behandlingssteder leverer den forventede kvalitet til en passende takst”, sådan som det fremgår af lovforslaget (s. 23). Det er tværtimod Selveje Danmarks oplevelse, at en række af de kommunale alkoholbehandlingstilbud er af så lav intensitet, at det er vanskeligt at se, hvordan det kommunale tilbud kan levere en tilstrækkelig behandlingseffekt og kvalitet. F.eks. tilbyder Herning Kommune ambulant alkoholbehandling, hvor

antallet af borgerrettede "timer" er under 30 minutter/uge¹. Andre kommuner fastsætter takster, der er så lave, at det ikke er muligt at drive et reelt kvalificeret tilbud. Se f.eks. Hvidovre Kommunes ambulante alkoholmisbrugsbehandling, der koster 1 kr i timen².

Forslag: Underlæg alle offentlige som ikke-offentlige alkoholbehandlingstilbud socialtilsynet

Selveje Danmark mener, at den nuværende ordning, hvor socialtilsynet træffer afgørelse om, hvorvidt det konkrete tilbud er omfattet af socialtilsynets godkendelse og tilsyn, eller om tilbuddet er omfattet af tilsyn efter §§ 150 og 151 i lov om social service, bør bringes til ophør (jf. lov om socialtilsyn §4 stk. 4). I stedet foreslår Selveje Danmark, at for at sikre uvildigt tilsyn og kvalitetskontrol med alle alkoholbehandlingstilbud bør alle tilbud efter §141 i sundhedsloven pr. definition blive underlagt Socialtilsynet.

Vedr. § 141 Stk. 5 om anonym rådgivning om og ambulant behandling for alkoholmisbrug

Selveje Danmark finder det positivt, at det bliver præciseret, at rådgivning om og ambulant behandling for alkoholbehandling skal ydes anonymt, hvis borgeren ønsker det.

Forslag: Indfør krav om at borgere i anonym alkoholbehandling skal bekræfte behandling ved lægen

Anonym behandling stiller dog selvejende alkoholbehandlingstilbud i en vanskelig situation, når nogle kommuner afviser at betale for behandlingen af en borger med begrundelsen, at tilbuddet ikke har fremlagt dokumentation for, at det er den pågældende kommunes borger, som de har ydet behandling af. Ikke-offentlige alkoholbehandlingstilbud bliver på den måde fanget mellem at fastholde borgerens ret til anonymitet og behovet for at dokumentere sin behandling og krav på betaling. Selveje Danmark foreslår derfor, at borgere i anonym alkoholbehandling, senest 14 dage efter opstart af behandlingen, skal kontakte (fysisk/digitalt/telefonisk) egen læge og bekræfte at være gået i behandling. Borgerens læge vil herefter over for kommunen kunne bekræfte, at en borger fra kommunen er gået i behandling på det pågældende private behandlingstilbud, samtidig med at borgerens anonymitet i relation til kommunen vil kunne opretholdes.

Vedr. § 141 stk. 6 - 8 vedr. frit valg

Selveje Danmark finder det positivt, at borgerens ret til frit valg af alkoholbehandlingssted præciseres for ambulant behandling, dagbehandling og døgnbehandling. Selveje Danmark mener, som det fremgår af ovenstående, ikke, at kravet til private alkoholbehandlingstilbud om indgåelse af aftale med minimum to kommunalbestyrelser om levering af alkoholbehandling, er hverken rimeligt eller gavnligt (jf. ovenstående bemærkninger vedr. §141 stk. 2, 6, 7 og 8)

¹ Jf. Tilbudsportalen: <https://tilbudsportalen.dk/tilbudssoegning/tilbudDetaljeside/index?tilbudsid=YZC-3452&afdelingsid=0db6d06f-de6b-4aa2-a414-b454ca310058&aktivtMenupunkt=VOKSNE>

² Se Tilbudsportalen: <https://tilbudsportalen.dk/tilbudssoegning/tilbudDetaljeside/index?tilbudsid=SAF-9792&afdelingsid=1c92b63f-dcec-481f-9a85-c4668a71b6fe&aktivtMenupunkt=>

Vedr. §§ 247-251 om bopælskommunens ret til mellemkommunalrefusion

Selveje Danmark finder det relevant og helt rimeligt, at der med lovforslaget skabes hjemmel til, at bopælskommunen kan få refusion for nogle af de sundhedsudgifter, der knytter sig til borgere fra andre kommuner. Lovforslaget er med til at sikre, at det ikke er en økonomisk belastning for den enkelte kommune at huse et behandlingstilbud med borgere fra andre kommuner, som har brug for kommunale sundhedsydelser, hvad enten det er privat eller offentligt. Selveje Danmark ser også retten til mellemkommunal refusion som vigtig i forhold til at sikre, at det ikke er en økonomisk belastning for en kommune at have et ikke-offentlig behandlingstilbud, som typisk har borgere fra mange kommuner, beliggende i kommunen.

Selveje Danmark påpeger, at det er vigtigt, at udgifter til forbindingsstoffer bliver betragtet som en del af hjemmesygeplejen, så der også kan opnås mellemkommunal refusion for disse udgifter.

Selveje Danmark opfordrer til, at hjemlen til mellemkommunalrefusion udvides til flest mulige kommunale sundhedsydelser.

Vedr. § 174, stk. 3 om social- og indenrigsministerens bemyndigelse til at fastsætte regler for indregning af visse former for sundhedsfaglig behandling

Ifølge forslaget vil social- og indenrigsministeren få bemyndigelse til at fastsætte regler om, at omkostninger til visse former for sundhedsfaglig behandling, der ydes af tilbuddet til borgere som led i opholdet på tilbuddet kan indregnes i taksten for tilbuddet efter servicelovens § 174, stk. 1 (jf. s. 37). Selveje Danmark mener, at det vil være stærkt uhensigtsmæssigt at lade det være op til det enkelte tilbud selv at afgøre, hvorvidt tilbuddet vil lade omkostningerne ved tilbuddets sundhedsfaglige behandlinger indgå i taksten. Det vil betyde, at nogle tilbud indregne udgifterne i deres takst, mens andre ikke vil. Dermed vil sammenligneligheden i taksterne på tværs af tilbudene gå fløjten og dermed også true konkurrencen. Selveje Danmark mener derfor, at alle tilbud offentlige som ikke-offentlige bør forpligtes til at indregne de samme omkostninger i taksterne, herunder også omkostningerne til sundhedsfaglig behandling.

Afsluttende bemærkninger

Sundhedsstyrelsen har ved flere lejligheder påpeget, at der er en underbehandling af mennesker med alkoholmisbrug i Danmark, og ifølge Sundhedsstyrelsens *Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling* (udarbejdet af Decide og COWI i 2019) kan de private medføre et mere differentieret tilbud til målgruppen. Det er også Selveje Danmarks medlemmers erfaring, at offentlige og ikke-offentlige tilbud, når ud til forskellige målgrupper. Der derfor fortsat brug for både offentlige og ikke-offentlige behandlingstilbud for at få flest mulige borgere ud af deres misbrug.

Med venlig hilsen

Kåre Skarsholm, chefkonsulent, Selveje Danmark

Kontakt:
Lotte Lyhne
lee@sl.dk
Dok.nr.

Sagsnr.
2019-SLCPP-00842

10-08-2020

Høringssvar vedr. ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love (Alkoholbehandling)

Socialpædagogerne vil hermed gerne afgive høringssvar til forslaget om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love.

Socialpædagogerne bakker op om størstedelen af de foreslåede ændringer, herunder præciseringen af at alkoholbehandling kan foregå anonymt, at borgeren selv kan vælge behandlingssted, og at der skabe hjemmel til mellemkommunal refusion for sundhedsydelse, der er tilknyttet sociale indsatser. Ligeledes er det positivt, at ambulant, dag- og døgnbehandling skal defineres nærmere af Sundhedsstyrelsen. Det er i den forbindelse vigtigt at have for øje, at behandlingen rummer både socialfaglige og sundhedsfaglige indsatser.

Socialpædagogerne er kritiske overfor begrundelsen for kravet om, at et privat behandlingssted fremover skal have indgået aftaler med to kommuner for at kunne levere offentlige ydelser. Lovforslaget begrundes med, at det skal medvirke til at sikre mere kvalitet og bedre økonomisk styring.

For Socialpædagogerne er høj kvalitet i alkoholbehandlingen tæt forbundet med, at medarbejderne har den rette faglighed, relevant uddannelse og specialiseret indsigt i misbrugsproblematikker og -behandlingsformer. Kvalitetskontrollen med de sociale og sundhedsfaglige ydelser på dette område skal derfor entydigt ligge hos socialtilsynene, arbejdstilsyn og de sundhedsfaglige tilsyn og ikke henlægges til aftaler mellem kommuner og private leverandører.

Med venlig hilsen

Verne Pedersen
Forbunds næstformand

Sundheds- og Ældreministeriet

Høringssvar vedrørende:

Forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love (Bedre styring af offentligt finansieret behandling for alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion for kommunale sundhedsydelser, der leveres til borgere på sociale tilbud og indregning af udgifter til sundhedsfaglig behandling i taksten for sociale tilbud m.v.)

5. august 2020

ulbe@sdu.dk
T +4565507740

Kommentarer

Generelt

- **Elektronisk behandling**
Der er i lovforslaget intet forslag til løsning af det problem som den stigende anvendelse af elektroniske medier til behandling udgør. Denne form for behandling, for eksempel videobaseret behandling, går på tværs af kommunegrænser og på grund af anonymitet er der ikke sikkerhed for hvem der i givet fald skal finansiere ydelsen som udgiftsmæssig ikke adskiller sig væsentligt fra face to face behandling.
i årene fremover vil disse former for behandling få større og større udbredelse.
- **Kvalitet i alkoholbehandling**
Lovforslaget har til formål at højne og sikre kvaliteten i alkoholbehandling. Det er et helt afgørende problem hvordan dette gøres.
Det anføres på side 26 at der skal udarbejdes definitioner af ambulant, dag- og døgnbehandling, og at definitionerne alene omhandle intensiteten og varigheden af de forskellige behandlinger og dermed ikke indholdet i behandlingen. Definitionerne vil dog kunne skabe grænser for, hvad der kan betegnes som behand-

ling.

Det er vanskeligt at forstå begrundelsen for ikke at definere indholdet i behandling.

Der er efter vores opfattelse intet i lovforslaget der sikrer et løft af kvaliteten i behandling, idet der ikke er defineret hvad god behandling er. Det har i mange år været et ønske fra det faglige miljø at der etableres bindende retningslinjer for alkoholbehandling i form af kliniske guidelines, minimumsstandarder der dækker både over behandlingens indhold, personale-sammensætning og -uddannelse.

Det vil have den klare fordel at både kommuner og tilsynsmyndigheder vil have et klart og valideret materiale at forholde sig til. Det vil ikke nødvendigvis være nogen større opgave. Det har fra forskellige side og forskerside været foreslået at oversætte de meget autoritative og valide NICE guidelines på området til dansk og bearbejde dem i en dansk kontekst.

Herudover skønner vi at en autorisationsordning for alkoholbehandlere vil kunne højne kvaliteten betydeligt især indenfor det private behandlingssystem. Dette indebærer også et minimumskrav om et mellemlang social-faglig, sundhedsfaglig eller pædagogisk grunduddannelse som betingelse for videreuddannelse som alkoholbehandler.

En måde er at beskrive minimumsstandarder for alkoholbehandling indeholdende

- Strukturelt

- Minimumsstørrelse for den enkelte institution, antal behandlede patienter, personale
- Minimumsstandard for personalesammensætning , kompetencer og efteruddannelse
- Minimumsstandard for hvor stor en andel af den pågældende kommunes alkoholafhængige man skal nå

- Indhold i behandling

- Minimumsstandard for hvilke behandling der skal kunne udføres
- Udredning, metoder, efterbehandling etc.
- Dette gælder også akut behandling

- Tilsyn

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det at godkendelse og driftsorienteret tilsyn foretages på baggrund af centralt fast-

lagte retningslinjer om bl.a. kvalitet, økonomi og organisation. Det fremgår imidlertid ikke hvilke retningslinjer der er tale om og vi opfordrer til at der i forbindelse med en eventuel bekendtgørelse udarbejdes sådanne vidensbaserede bindende kliniske retningslinjer i henhold til det der beskrives ovenfor.

- Egenbetalte tilbud
Lovforslaget tager ikke højde for egenbetalte private behandlingstilbud. Disse er ikke omfattet af tilsyn. Det er et alvorligt problem idet man må antage at der blandt disse patienter er en del med meget indgribende alvorlige problemer, som har været igennem flere tidligere behandlingsforsøg. Det er både uværdigt og fra enhver synsvinkel urimeligt at disse behandlinger ikke er reguleret. Det bør indgå i lovforslaget idet disse private tilbud er helt uregulerede i øjeblikket. Ingen kender omfanget og ingen kender tilbuddenes kvalitet.

Specifikke kommentarer

- Ad Sundhedslovens §141, stk. 3
I henhold til §141, stk 3 skal regionsrådet efter aftale med de enkelte kommunalbestyrelser i regionen stille behandlingspladser m.v. til rådighed for kommunerne og yder faglig bistand og rådgivning. Det er en bestemmelse der anvendes meget lidt og os bekendt er der kun én regional institution der stiller pladser til rådighed og os bekendt har ingen regioner systematiseret faglig rådgivning og faglig bistand indenfor alkoholområdet. Man bør derfor overveje om punktet bør udgå.
- Ad sundhedsloven § 141, stk 9
14 dages behandlingsgaranti giver ikke megen mening med mindre man definerer hvad det er der er garanti for. Hidtil har fortolkningen været at indskrivning i behandling er tilstrækkelig for at opfylde behandlingsgarantien. Foreslår at det ændres til at indskrivning i behandling skal været foregået senest 14 dage efter henvendelsen.
- Ad sundhedsloven § 141 b, stk. 1 m.fl.
Det er en positiv og velbegrundet tanke at ændre italesættelsen af alkoholproblemer til ikke stigmatiserende begreber. Imidlertid opfatter vi fortsat alkoholmisbrug, alkoholmisbruger og personer som ønsker at komme i behandling for alkoholmisbrug som stigmatiserende benævnelser. Den foreslåede ændring giver

derfor ikke meget mening.

Vi foreslår derfor at benævnelsen ændres til det neutrale udtryk "personer som har et alkoholproblem".

Som beskrevet i bemærkninger til lovforslaget er der ikke tale om en udvidelse af målgruppen for behandling. Det kan være borgere, som har en alkoholafhængighed, borgere, som har et skadeligt alkoholforbrug og borgere, som ønsker at reducere sit forbrug af alkohol. Alternativt kunne man anvende disse tre betegnelser i lovteksten.

- Side 18.

Det er vanskeligt at forstå at man ikke blot kræver af private behandlingssteder at man kun kan afkræve en kommune finansiering af en borgers ophold såfremt man har en aftale med borgers bopælskommune. Det er en simpel administrerbar ordning som sikrer entydighed.

Alternativt kunne man forlange at private behandlingsinstitutioner altid skal have aftaler med den kommune hvor behandlingsinstitutionen fysisk har adresse inklusive de adresser hvor institutionen har afdelinger eller satellitter. Dermed kan man undgå at udhule den kommunale behandlingsinstitutions behandlingsgrundlag og budget.

På vegne af Statens Institut for Folkesundhed

Med venlig hilsen

Ulrik Becker

Professor, dr.med.

ulbe@sdu.dk

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

D. 12. august 2020

Høringssvar vedr. forslag til ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love

Sundhed Danmark, foreningen af danske sundhedsvirksomheder, har d. 2. juli 2020 modtaget høringsforslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og forskellige andre love.

Sundhed Danmark repræsenterer privathospitaler- og klinikker indenfor både somatikken og psykiatrien, herunder virksomheder der tilbyder offentlig finansieret alkoholbehandling.

Sundhed Danmark støtter lovforslagets intention om at tydeliggøre rammerne og skabe større synlighed og kvalitet omkring behandlingen for alkoholmisbrug, herunder forslaget om mellemkommunal refusion. Sundhed Danmark har dog også en række kritiske bemærkninger til lovforslaget, særligt vedrørende kommunernes rolle som godkender af, om et privat behandlingssted kan yde alkoholbehandling.

Sundhed Danmark har nedenstående specifikke bemærkninger til forslaget:

Vedr. krav om at private alkoholbehandlingssteder skal lave aftale med minimum to kommunalbestyrelser for at indgå i kommunalt tilbud om alkoholbehandling

Sundhed Danmark støtter ikke forslaget om, at der fremadrettet skal stilles krav om, at et privat behandlingssted skal indgå skriftlig aftale med to forskellige kommuner, før behandlingsstedet kan tilbyde alkoholbehandling. Det fremgår af lovforslaget, at begrundelsen herfor er, at det 'vil skabe større sikkerhed for, at behandlingsstedet yder en behandling af god kvalitet'. Dette på trods af at socialtilsynet, som offentlig myndighed, har til opgave at godkende og føre tilsyn med, om sociale tilbud, herunder misbrugstilbud, har en tilstrækkelig høj kvalitet.

Der lægges dermed i lovforslaget op til en 'dobbelt' godkendelsesproces, hvor behandlingsstederne skal godkendes af både socialtilsynet og af kommunerne, der dermed reelt skal godkende egne eller konkurrerende, private behandlingstilbud. Det fremgår endvidere, at baggrunden for lovforslaget er, at det ikke kan udelukkes, at fx hensyn til den lokale beskæftigelse i kommunen kan spille en rolle i forhold til indgåelse af aftaler med private behandlingssteder.

Sundhed Danmark ser en fortsat problematik i, at det trods kravet om indgåelse af aftaler med to kommuner fortsat ikke kan udelukkes, at kommunale hensyn til fx økonomi på bekostning af kvalitet, vil få betydning for indgåelse af aftalerne.

Forslaget vil ramme alkoholbehandlingsstederne forskelligt, idet det alt andet lige er nemmere for de store behandlingssteder at indgå aftaler med flere kommuner end de små. Desuden vil det

være særligt vanskeligt for nye alkoholbehandlingstilbud at etablere sig, da der er lagt op til, at nye behandlingssteder skal have indgået skriftlig aftale med minimum én kommune, før socialtilsynet vil opstarte en godkendelsesproces. Mange kommuner vil formentlig være tilbageholdende med at indgå aftale med behandlingssteder, der ikke er godkendt af socialtilsynet. Desuden vil de kommuner, som det private tilbud forsøger at indgå en aftale med, stå i en meget gunstig forhandlingssituation, idet aftalen med kommunen kan være afgørende for det private behandlingssted.

Det er Sundhed Danmarks holdning, at alle alkohol behandlingstilbud – ambulante og døgntilbud – bør godkendes af socialtilsynet, hvorefter den enkelte borger skal have mulighed for frit at vælge behandlingssted, såfremt valget ligger indenfor det, vedkommende er visiteret til. Hermed sikres det, at alle godkendelser sker ud fra et nationalt, ensartet og objektivt grundlag. Socialtilsynet skal styrkes i forhold til denne rolle, så de bl.a.:

- Har kendskab til aktuel bedste viden på området – anbefalinger fra styrelse og forskningsmiljøer
- Udgangspunktet for godkendelse skal være baseret på en beskrivelse af målgruppe, opgaver og tilgange/metoder og omfattet af aktuelt bedste viden

Sundhed Danmark mener desuden, at der bør etableres forpligtigende nationale kvalitetsstandarder for alle alkohol behandlingssteder, både de offentlige og private. Dette vil bidrage til at øge kvalitetsniveauet og patientsikkerheden. Alle behandlingssteder, som ønsker at tilbyde alkoholbevilling, skal følge disse kvalitetsstandarder og behandlingsstedernes kvalitetstandard bør gøres offentligt tilgængelige. Nationale kvalitetsstandarder kan ligeledes være en ramme, der er med til at strukturere og systematisere tilsynsarbejdet og tydeliggøre, hvilke kvalitetsparametre behandlingsstederne skal leve op til for at kunne tilbyde alkoholbehandling i Danmark - offentligt finansieret eller ej. Samtidig giver det kommunerne mulighed for at afvise at betale for alkoholbehandling, der ikke er evidensbaseret og kvalitetssikret, hvilket de nuværende regler ikke giver mulighed for.

Vedr. borgerens ret til anonym ambulant alkoholbehandling

Sundhed Danmark støtter op om forslaget til præcisering af, at rådgivning om og ambulant behandling for alkoholbehandling skal ydes anonymt, hvis borgeren ønsker det. Der opleves dog i få tilfælde en udfordring med, at nogle kommuner afviser at betale for behandlingen af en anonym borger, da kommunen ikke kan få dokumentation for, hvilken borger der har modtaget behandlingen. Denne problemstilling foreslår Sundhed Danmark, at ministeriet i samarbejde med Socialtilsynet ser nærmere på, således at der udarbejdes en standard for fakturering og revision ved denne gruppe borgere, så de fortsat kan blive behandlet anonymt.

Vedr. muligheden for mellemkommunal refusion og indregning af udgifter til visse sundhedsfaglige indsatser

Sundhed Danmark støtter forslaget om at give kommunerne mulighed for mellemkommunal refusion for borgere fra andre kommuner og at visse udgifter til sundhedsfaglige indsatser, der ydes som led i ophold på sociale tilbud, kan indgå i beregningen af taksterne. Forslaget er med til at sikre, at det ikke bliver en økonomisk byrde for kommunerne at oprette specialiserede behandlingstilbud, der også kan benyttes af borgere fra andre kommuner. Dog mener Sundhed Danmark ikke, at det bør være op til det enkelte tilbud at afgøre, hvorvidt omkostningerne til

sundhedsfaglige behandlinger skal indgå i taksten, men at alle både offentlige og private tilbud bør forpligtes til at indregne de samme sundhedsfaglige omkostninger i taksterne. Hermed sikres det, at der er sammenlignelighed på tværs af de enkelte takster.

Sundhed Danmark stiller sig naturligvis meget gerne til rådighed for uddybning af ovennævnte.

Med venlig hilsen



Mette Nord
Sekretariatschef, Sundhed Danmark

Til Sundheds- og Ældreministeriet
Sabine Godsvig Laursen
Fuldmægtig, Center for Forebyggelse og Psykiatri

Rektorsekretariatet

Høring af lovforslag om behandling for alkoholmisbrug, mellemkommunal refusion m.v

11. august 2020

Relevante parter på Det Sundhedsvidenskabelige og Samfundsvidenskabelige Fakultet på SDU er adspurgt og der er indkommet følgende bemærkninger:

niha@sdu.dk
T +4565502954

Overordnede kommentarer:

Det er dejligt at der med loven tages initiativ til at skabe klarhed på alkoholbehandlingsområdet.

Det fremgår af bemærkninger til lovforslaget (side 26 i det tilsendte dokument), at Sundheds- og Ældreministeriet skal bemyndiges til at definere ambulant behandling. Det er udmærket, for der er behov for en præcisering, om end dette bør ske med stor omtanke for ikke at komme til gøre behandlingen rigid og ufleksibel. Der er også behov for at definere, at alkoholbehandling skal rette sig mod at afhjælpe eller helbrede de fysiske, psykiske og sociale problemer som alkoholforbruget medfører. Et sådant krav vil være et væsentligt signal om, at personalet på et behandlingssted bør besidde både socialfaglige og sundhedsfaglige kompetencer.

Der opfordres til, at der i samme anledning stilles faglige krav til indholdet af behandlingen samt at den udføres af autoriseret personale eller på autoriseret personales ansvar. Endvidere foreslås det, at man forholder sig til og definerer ambulant behandling, der tilbydes via internettet og/eller videokonference, samt finansieringen heraf.

Lovspecifikke kommentarer:

Ad § 141 (lovens s. 2). Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling til personer, som ønsker at komme i behandling for alkoholmisbrug....

Stk. 4:

Kommentar: Det vil være en styrkelse af alkoholbehandlingstilbuddene, hvis der stilles mere konkrete krav til kommunens samlede alkoholbehandlingstilbud, fx at kommunen er forpligtet til at sikre både familieorienterede behandlingstilbud, individuelle

behandlingstilbud, farmakologisk behandling etc. "Aktuel bedste faglige viden om metode og indsatser" er elastisk i metermål.

Stk. 6:

Kommentar: Dette kan muligvis formuleres enklere, fx: En person, som ønsker at komme i behandling for alkoholmisbrug, kan uden visitation fra bopælskommunen vælge at modtage ambulant behandling ved andet offentligt behandlingstilbud, der er godkendt, eller ved et privat behandlingssted, der er godkendt, og som har en skriftlig aftale med minimum to kommunalbestyrelser (hvoraf mindst den ene skal være den kommune, hvor tilbuddet er fysisk placeret) om at indgå i disse kommuners kommunale tilbud om ambulant behandling for alkoholmisbrug.

Stk. 8:

Kommentar: Det skønnes, at langt de fleste kommuner køber døgnpladser enkeltvist. Dermed skønnes det ikke, at andre døgninstitutioner end Blå Kors' i Tåstrup, som sådan indgår i det kommunale tilbud. Heraf følger, at formuleringen bør være: En person, som ønsker at komme i behandling for alkoholmisbrug, kan efter at være blevet visiteret af bopælskommunen til døgnbehandling vælge at modtage døgnbehandling ved et andet offentligt behandlingssted, der er godkendt, eller ved et privat behandlingssted, der er godkendt, såfremt behandlingsvarighed, indhold og pris modsvare det tilbud, som personen er visiteret til.

Ad. § 8(lovens side 9). Loven træder i kraft den 1. januar 2021, jf. dog stk. 2....

Stk. 4:

Kommentar: Det bør fremgå, at det private behandlingstilbud ikke blot skal have en skriftlig aftale med mindst to kommuner, men også at det private tilbud (og det skal gælde for hver afdeling af det private tilbud) skal have en skriftlig aftale med den kommune, som tilbuddet eller afdelingen af tilbuddet er fysisk placeret i, - for at undgå at skabe en situation, hvor et privat tilbud kan lave en aftale med fx to nordsjællandske kommuner og derefter ikke blot åbne for borgere fra resten af landet kan gå i behandling i denne afdeling i Nordsjælland (hvad der er helt legitimt og efter lovens ånd), men også kan etablere en stribe satellitter op langs den Jydske vestkyst og hævde, at der også er frit valg til disse behandlingstilbud, fordi de er at betragte som et og samme private tilbud, som det tilbud, som har etableret efter aftale med kommunerne i Nordsjælland.

Med andre ord: for at blive en del af det kommunale behandlingstilbud (og dermed den fritvalgsordning, som kommunen betaler for), bør det kræve en aftale med den kommune, hvor en afdeling af tilbuddet er fysisk placeret. Så man med rette kan sige, at det private tilbud indgår i kommunens forpligtelse for at stille behandling til rådighed for borgerne. Dette bør altså således gælde hver gang, det private tilbud etablerer en ny behandlingsinstitution eller satellit. Det vil sikre, at borgerne på den ene side kan vælge frit at rejse til andre kommuner og stadig få den gode, gratis behandling som disse kommunerne tilbyder selv eller tilbyder via private aktører, som de har tegnet kontrakt

med, men også på den anden side forebygge, at enkeltkommuner pludseligt kan invaderes af behandlingstilbud i en ureguleret markedsstruktur, hvor kommunerne skal betale regningen uden mulighed for at sikre sammenhæng i indsatserne.

Med venlig hilsen

Nisrin Adel Hamad
Kontorchef

Dansk IT – Råd for IT-og persondata-sikkerhed, Dansk Neurokirurgisk Selskab, Dansk Neurologisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi, Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Dansk Selskab for Retsmedicin, Dansk Standard, Dansk Tatovør Laug, Dansk Transplantations Selskabs, Danske Dental Laboratorier, Danske Diakonhjem, Danske Seniorer, De Videnskabsetiske Komiteer for Region Hovedstaden, De Videnskabsetiske Komiteer for Region Midtjylland, Den Uvil-dige Konsulentordning på Handicapområdet, Den Videnskabsetiske Komité for Region Nordjylland, Den Videnskabsetiske Komité for Region Sjælland, Den Videnskabsetiske Komité for Region Syddanmark, Demenskoordinatorer i Danmark, Den Danske Dommerfor-ening, Det Centrale Handicapråd, Det Etske Råd, DiaLab, Dignity – Dansk Institut mod Tor-tur, Faglige Seniorer, FLOR, Forbrugerrådet, Forbundet Kommunikation og Sprog, Forenin-gen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Foreningen for Parallelimportører af Medicin, Foreningen af Platformøkonomi i Danmark, Forsikring & Pension, GCP-enheden ved Aalborg og Aarhus Universitetshospitaler, GCP-enheden ved Odense Universitetshospital, GCP-enheden ved Københavns Universitet, Industriforenin-gen for Generiske og Biosimilære Lægemidler, Institut for Menneskerettigheder, Landbrug & Fødevarer, Landsforeningen Børn og Forældre, Landsforeningen for ansatte i sundheds-fremmende forebyggende hjemmebesøg, Lægemiddelindustriforeningen, MEDCOM, Me-dicoindustrien, Patienterstatningen, Pharmadanmarke, Pharmakon, Psykiatrifonden, Rådet for Socialt Udsatte, Samvirkende Menighedsplejer, Retspolitisk Forening, Tandlægefor-eningens Tandskadeerstatning, Ankestyrelsen, Tjellesen Max Jenne A/S, ViNordic, VIVE, Datatilsynet, Den Nationale Videnskabsetiske Komité, Aalborg Universitet, Aarhus Univer-sitet, Danske Universiteter, Danmarks Tekniske Universitet, IT-Universitet i København, Københavns Universitet, Roskilde Universitet, Syddansk Universitet.

Sundheds- og Ældreministeriet har sendt udkast til lovforslag og høringsbrev til orientering til Rigsombudsmanden for Færøerne og Rigsombudsmanden for Grønland.

Lovforslaget har desuden været offentliggjort på høringsportalen.

Nedenfor er gengivet de væsentligste punkter i de modtagne høringssvar. Sundheds- og Ældreministeriets kommentarer til høringsdelene er anført i *kursiv*.

Sundheds- og Ældreministeriet kan for en fuldstændig gennemgang af samtlige synspunk-ter henvise til høringssvarene, som er sendt til Folketingets Sundhedsudvalg.

2. Bemærkninger til lovforslaget

Sundheds- og Ældreministeriet har modtaget 23 høringssvar med bemærkninger fra følgende organisationer og myndigheder (i alfabetisk rækkefølge):

Alkohol & Samfund, ATO, Blå Kors, Dansk Erhverv, Dansk Socialrådgiverforening, Danske Handicaporganisationer, Danske Regioner, Dataproces, FLOR, FOA, Fonden Novavi, FSD, KABS, KL, Lægeforeningen, Privatperson, Ringgården, Rådet for Socialt Udsatte, Selveje Danmark, Socialpædagogerne, Statens Institut for Folkesundhed, Sundhed Danmark og Syddansk Universitet.

A) Behandling for alkoholmisbrug

1. Generelle bemærkninger

Alkohol & Samfund bifalder lovforslaget og finder, at lovforslaget er et godt skridt i retning af at styrke gennemsigtigheden af sammenhæng mellem pris og kvalitet. De opfordrer til, at anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens Servicetjek afspejles mere i lovforslaget.

