

Helse- og omsorgsminister
Sylvia Brustad
Postboks 8011 Dep,
0030 Oslo

Deres ref:
Vår fil:B08AA-001
Vårt arkiv:401
Saksbehandler:A. Aarnes

Oslo 24. januar 2008

FFOs KRAV TIL STATSBUDDSJETTET 2009

FFO oversendte 27. november 2007 Regjeringen noen krav knyttet til nødvendige hovedinnsatser i politikken for funksjonshemmede i Statsbudsjettet for 2009. I dette brevet har vi, som tidligere varslet i kontaktutvalget med regjeringen den 17. desember 2007, valgt å presisere samt oversende andre sentrale krav til viktige prioriterte områder i politikken for funksjonshemmede. Her presenteres de mer konkrete kravene knyttet til Helse- og omsorgsdepartementets områder. De tidligere tilsendte kravene er også tatt med inn i dette brevet, slik at departementet nå får en samlet oversikt over FFOs krav til statsbudsjettet 2009.

Kamp mot sosiale helseforskjeller

En mer rettferdig egenandelspolitikk

- *FFO ber om at skatt på sykdom (egenandeler) blir vurdert i sammenheng med nytt skatteopplegg/skattemodell.*
- *FFO ber Regjeringen som ledd i å bygge ned sosiale helseforskjeller, å redusere egenandelstak-1 til 1.500 kr, som er en reduksjon på 240 kr. fra dagens nivå på 1.740 kr.*
- *FFO ber om at det oppnevnes et utvalg som skal utarbeide forslag til en helhetlig skjermingsordning mot høye egenandeler, der både statlige og kommunale egenandeler blir sett i sammenheng.*
- *FFO ber om en gjennomgang av tak-2 ordningen med formål om å utvide ordningen til å omfatte flere tjenester, herunder visse medisiner på hvitresept, foterapi for diabetespasienter og refusjonsberettiget tannbehandling.*

Legemiddelpolitikken

- *FFO ber om at arbeidet med å overføre legemidler fra individuell refusjon til forhåndsgodkjent refusjon intensiveres.*

- FFO ber om at det utarbeides en egen DRG kode for kostbar medikamentell behandling, slik at dette kan overføres fra rammefinansiering til den innsatsstyrte finansieringen.

Sterkere satsing på habilitering og rehabilitering

- FFO ber Regjeringen legge fram en konkret handlingsplan med en forpliktende økonomisk opptrapping, som kan sikre realisering av den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering for perioden 2008-2011. En slik plan må senest legges fram for Stortinget ved behandling av revidert nasjonalbudsjett i 2008.
- FFO ber Regjeringen øke innsatsen av forskning innenfor habilitering og rehabilitering, og at det etableres fire nasjonale sentra for forskning på kjerneinnholdet i habilitering og rehabilitering.
- FFO ber Regjeringen legge frem handlingsplan for habilitering av barn og ungdom i 2008, og at det avsettes midler til denne i budsjettet for 2009.

Helsetjenestetilbudet til mennesker med kroniske sykdommer og funksjonshemninger

Tydelige styringsvirkemidler for å bedre den økonomiske situasjonen i de regionale helseforetakene.

- FFO ber om at staten benytter sine styringsvirkemidler for å bygge ned behandlingsskapiteten på de områder der det er identifisert en overkapasitet, og at de økte ressursene som frigis benyttes på områder hvor en kapasitetsøkning er nødvendig.
- FFO ber regjeringen sørge for at helseforetakene benytter den innsatsstyrte finansieringen i samsvar med forutsetningene for ordningen.

Nasjonale helsestrategier

- FFO ber Regjeringen konkretisere tiltakene i, og øremerke midler til å gjennomføre tiltakene i de nasjonale helsestrategiene.

Opplæring av pasienter og pårørende

- FFO ber om at opplæring av pasienter og pårørende rettighetsfestes i pasientrettighetsloven.
- FFO ber om at staten som sykehuseier sørger for systemer i helseforetakene som sikrer at pasienter og pårørende som har et behov for opplæring får det.
- FFO ber om at opplæringstakstene økes slik at lærings- og mestringstiltak prioriteres, og at også andre yrkesgrupper enn i dag kan utløse opplæringstakst.
- FFO ber om at det også innføres takster for opplæring av pårørende.

Bedre samhandling en nødvendighet

- *FFO ber om at praksiskoordinatorordningen styrkes ytterligere som ledd i strategien for å bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.*
- *FFO ber om at det gjennomføres årlige evalueringer av resultatene av samhandlingsstrategiene, og at brukernes erfaringer blir en sentral del av evalueringen.*
- *FFO ber om at nødvendigheten av samhandling tydeliggjøres både gjennom oppdragsdokumentet og i foretaksmøtene.*

Styrking av skolehelsetjenesten

- *FFO ber om en kraftig styrking av skolehelsetjenesten i budsjettet for 2009*

Ferietilskudd

- *FFO ber om at det etableres en egen ferietilskuddsordning for personer med store bistandsbehov.*

Tilskudd til omsorgsboliger og sykehjemsplasser (Kap 586)

- *FFO ber Regjeringen sikre at retningslinjene for det nye investeringstilskuddet for omsorgsboliger og sykehjemsplasser blir slik at vi ikke får flere og større omsorgsghettoer enn vi har i dag.*
- *FFO ber Regjeringen om å øremerke 2.800 boliger i det nye investeringstilskuddet til personer med psykiske lidelser.*

Kamp mot sosiale helseforskjeller

Høye egendeler kan medvirke til å opprettholde sosial ulikhet til helse

FFO var veldig fornøyd med at Regjeringen gjennom St.meld.nr.20 (2006-2007) satte ulikhet i helse på den politiske dagsorden, men hadde ikke på bakgrunn av signalene i meldingen forventet en økning av egenandelene i forslag til statsbudsjett 2008.

I St.meld.nr.20 (2006.2007) skriver Regjeringen: ” *I en vurdering av eventuelle endringer i egenandelsordningene på helsetjenester, vil utjevning av sosiale forskjeller være et viktig hensyn å ta*”. FFO er derfor overrasket over at Regjeringen i budsjettet for 2008 valgte å øke egenandelstaket med hele 4,5 prosent altså 2 prosent mer en den forventede prisstigningen. Sett opp i mot Regjeringens egen tiltredelseserklæring om at egenandelene skal reduseres og holdes på et lavt nivå, er det vanskelig for FFO å forstå at regjeringen i statsbudsjettet foreslår en økning også utover forventet prisstigning, istedenfor å foreta en reduksjon slik som forventningene har vært sett i lys av både St.meld. nr.20 og Soria-Moria erklæringen.

FFO er kritisk til at økning av egenandelstaket benyttes som virkemiddel for redusere den totale andelen frikort som utstedes. Dette er en politikk som først og fremst rammer de svakeste hardest, fordi dette er grupper som er mest følsomme for prisøkninger.

Erfaringer viser at mange med dårlig økonomi opplever at høye egenandeler er en betydelig belastning for økonomien. Dette kan medføre at enkelte ser seg tvunget til å velge bort nødvendig behandling av økonomiske grunner. En slik situasjon er uholdbar og FFO mener dette strider i mot prinsippet om likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av personlig økonomi og kan slik FFO ser det medvirke til å sementere sosiale ulikheter i helse.

FFO ber om at Regjeringen i statsbudsjettet for 2009 reduserer egenandelstak -1 til 1.500 kr. Dette vil innebære en reduksjon på 240 kr. sammenlignet med dagens nivå på 1.740 kr. En slik reduksjon vil gi et signal om at Regjeringen faktisk har som intensjon at egenandelsnivået skal ned. Det å vise vilje til å redusere noe på egenbetalingen kan være et skritt i riktig retning for å redusere sosiale helseforskjeller. Det vil også være i tråd med løftet i Soria-Moria erklæringen.

Egenandeler som skatt på sykdom

Regjeringen har, som tidligere nevnt, i sin tiltredelseserklæring gitt løfter om at egenandelene skal reduseres og holdes på et lavt nivå. FFO mener at Regjeringen i budsjettframlegget for 2009 må fremme konkrete forslag, slik at dette løftet innfries.

FFO mener at i en strategi for å redusere egenandelene slik Regjeringen har som mål, bør man se egenandeler som beskatning av mennesker med dårlig helse, og dermed som en del av det totale skatteopplegget. FFO vil derfor anmode helse- og omsorgsministeren om å ta hensyn til skatt på sykdom som ett av mange elementer i et helhetlig skatteopplegg fra Regjeringen fra 2009.

Nytt utvalg som skal vurdere skjerming for kronikere

Regjeringen viste i St.prp.nr.1 (2006-2007) til Statistisk sentralbyrås undersøkelse om egender i 2000, som konkluderte med at personer med kronisk sykdom og funksjonshemming hadde mye høyere utgifter til egender enn befolkningen for øvrig, henholdsvis 8000 kr og 3000 kr i året i gjennomsnitt. Dette er en klar indikasjon på at mange kronisk syke og funksjonshemmede har betydelige utgifter til helsetjenester og medisiner. I en rapport om kommunale egenandeler som ECON har utarbeidet for Sosial- og helsedirektoratet i 2006 framgår det at det er store variasjoner kommuner i mellom når det gjelder nivå på egenbetaling.

FFO mener det er svært uheldig at det er bostedskommune som er avgjørende for hvor mye den enkelte skal betale i egenandeler. FFO mener derfor at effektive skjermingsordninger er viktig for å skape mest mulig likt egenandelsnivå uavhengig av bosted.

I utgangspunktet la Stortinget til grunn at også kommunale egenandeler skulle tas inn under tak-2 ordningen. I Innst.O.nr.44 (2002 – 2003) uttalte Stortinget:

”Stortinget ber Regjeringen i samarbeid med brukerorganisasjonene og senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2004 fremme sak om hvilke og hvordan kommunale egenandeler kan innlemmes i tak -2 ordningen.”

I Innst.O.nr.44 (2002 – 2003)

Dette er ikke fulgt opp, og Regjeringen har i St.meld.nr.25 (2005-2006) varslet at de ikke ønsker kommunale egenandeler inn under tak-2 ordningen:

”De økte utgiftene til staten vil i begrenset grad gi bedre skjerming for de som trenger det mest. Regjeringen mener på dette grunnlag at en innlemming av kommunale egenandeler ikke er hensiktsmessig, men at man ut fra fordelingsmessige hensyn bør behandle de kommunale egenandelene separat”.

St.meld.nr.25 (2005-2006)

For å få til en helhetlig skjerming av kronikergruppene mener FFO at det må settes ned et utvalg med bred brukermedvirkning som skal utarbeide forslag til tiltak for å få til en helhetlig skjerming av kronikerne.

En viktig del av dette arbeidet må være å se på den samlede egenandelsbelastningen som denne gruppen har. Dette innebærer at kommunale og statlige egenandeler må sees i sammenheng. For mennesker med kroniske sykdommer, ofte med svak økonomi, er det ikke avgjørende hvorvidt det er stat eller kommune som ilegger storbrukere av medisiner og helsetjenester egenandelene. Det avgjørende er hva disse egenandelsutgiftene samlet sett sumerer seg til. Det er dette som må ivaretas i mandatet for et nytt utvalg eller arbeidsgruppe der representanter fra brukerorganisasjonene også må være godt representert.

Tak-2 ordningen

Tak-2 ordningen var i utgangspunktet innført for å sikre at storforbrukere av helsetjenester skulle skjermes mot høye egenandeler. Erfaringen med ordningen så langt, er at det er egender på fysioterapi som utgjør den store gruppen som utløser frikort under tak-2 ordningen. Når det gjelder de andre områdene som er omfattet av tak-2 så utgjør en mindre del av de utgiftene som dekkes gjennom ordningen. FFO mener at det er et behov for å inkludere flere tjenester i ordningen. Eksempelvis vil utgifter til dekning av visse legemidler på hvit resept, utgifter til dekning av nødvendig fotterapi for pasienter med diabetes, og egenandeler i forbindelse med refusjonsberettiget tannbehandling.

Når det gjelder fotterapi er slik behandling nødvendig for mange med diabetes for å unngå fotamputasjon, og er således en svært viktig behandling for denne pasientgruppen. Dette er en kostbar behandling som mange ikke har råd til. FFO mener at det er svært uheldig at slik nødvendig forebyggende behandling ikke fanges opp av skjermingsordningene og vil be om at dette inkluderes i tak-2 ordningen.

FFO mener at visse typer legemidler på hvit resept også må tas inn i tak-2 ordningen. Dette dreier som om medisiner som er relatert til kronisk sykdom og behandlingen av den. Eksempel på medikamenter som ikke er på blå resept er blodfortynnende medisiner til hjertepasienter, og medisiner til smertelindring som store pasientgrupper er avhengig av.

FFO mener at så lenge medisinbruken er relatert til og brukes som en konsekvens av den kroniske tilstanden, må brukeren skjermes for denne kostnaden.

FFO ber derfor departementet om å påbegynne arbeidet med å se på hvilke typer medisiner som kan inngå i skjermingsordningen, og fremme et konkret forslag om dette i budsjettet for 2009.

Hensikten med dette forslaget fra FFOs side, er at medisiner på hvit resept som er forskrevet til behandling av den kroniske lidelsen eller til behandling av følgetilstander av den kroniske lidelsen, bør inkluderes i tak-2 ordningen.

1. januar 2008 trådte det i kraft en ny forskrift om refusjonsberettiget tannbehandling, der tannbehandling som ble refundert etter bidragsordningen nå er overført til § 5-6 i folketrygdloven. Dette har vært et veldig bra grep som har gitt pasientene bedre rettigheter. Selv om denne omleggingen har vært et positiv tiltak omfattes refusjonsberettiget tannbehandling fortsatt av både egenandeler og mellomlegg mellom refasjonstakst og pasientens faktiske utgifter. Mange med rettigheter til refusjonsberettiget tannbehandling har store utgifter til egenandeler også på andre egenbetalingsområder, og samlet sett vil dette således utgjøre en betydelig utgift for mange med funksjonshemninger og kroniske sykdommer. For å skjerme disse gruppene mener FFO at all refusjonsberettiget tannbehandling bør inngå i tak-2 ordningen, slik som blant annet tannkjøttssykdommer allerede gjør i dag.

FFOs krav:

- FFO ber om at skatt på sykdom (egenandeler) blir vurdert i sammenheng med nytt skatteopplegg/skattemodell.
- FFO ber Regjeringen som ledd i å bygge ned sosiale helseforskjelle, om å redusere egenandelstak-1 til 1.500 kr, som er en reduksjon på 240 kr. fra dagens nivå på 1.740 kr.
- FFO ber om at det oppnevnes et utvalg som skal utarbeide forslag til en helhetlig skjermingsordning mot høye egenandeler, der både statlige og kommunale egenandeler blir sett i sammenheng.
- FFO ber om en gjennomgang av tak-2 ordningen med formål om å utvide ordningen til å omfatte flere tjenester, herunder visse medisiner på hvitresept, fotterapi for diabetespasienter og refusjonsberettiget tannbehandling.

Omfattende bruk av individuell refasjon kan bidra til sosiale helseforskjeller

En omfattende bruk av individuell refasjon for legemidler kan slik FFO ser det bidra til ulikhet i tilgangen til nødvendige legemidler. Tilgangen til legemidler gjennom individuell refasjon virker i praksis begrensende, siden pasientene må gå via spesialist for å få forskrevet nødvendige legemidler. Erfaringer viser at det er de ressurssterke som i størst grad oppsøker spesialist for å få forskrevet nødvendige legemidler. Dette indikerer at de mindre ressurssterke ikke får like god tilgang til samme behandling, og FFO mener at omfattende bruk av individuell refasjon vil ha en sosial slagside.

FFO mener det uheldig å ha omfattende bruk av individuell refusjon, fordi ordningen i større grad forutsetter kjennskap til regelverk og framgangsmåter enn det et system med forhåndsgodkjent refusjon fordrer, noe som antakelig favoriserer ressurssterke grupper.

Individuell refusjon var i utgangspunktet en ordning for mindre pasientgrupper, og det har aldri har vært meningen denne ordningen skulle bli så omfattende som den er i dag.

FFO vil i den sammenheng vise til behandlingen av St.meld.nr.18 (2004-2005) rett kurs mot riktigere legemiddelbruk i Stortinget der en samlet sosialkomité uttalte:

”Ordningen med individuell refusjon er ment å være et sikkerhetsnett for mindre pasientgrupper, og den skal etter komiteens mening ikke være bærende element i refusjonspolitikken. En utstrakt bruk av ordningen med individuell refusjon for nye legemidler, innebærer ulik tilgang til viktige legemidler for norske pasienter avhengig av bosted, kunnskap om reglene og egne ressurser”.

(Innst.S.nr.197 (2004-2005))

For å illustrere problematikken rundt individuell refusjon vil FFO vise til en artikkel i Dagens medisin 2. februar 2007 som viser til en undersøkelse gjort av IMS Health for legemiddelfirmaet sanofi-novartis. Her framkommer det at det er en betydelig skjevfordeling mellom Oslos bydeler når det gjelder salg av nye og dyrere insulinpreparater. I de typisk vestlige bydeler selges det mye av de dyre insulinpreparatene, mens det i typisk østlige bydeler selges mest av de gamle og billige preparatene. De nye langtidsvirkende insulinene refunderes etter individuell refusjon mens de middels langtidsvirkende refunderes etter forhåndsgodkjent refusjon.

Årsakene til forskjellene kan være slik professor Ivar Sønbo Kristiansen begrunner det med, at ordningen med individuell refusjon kan diskriminere folk med lav inntekt. Først og fremst fordi folk med god økonomi kan kjøpe de insulinene de selv ønsker, selv om de får avslag på refusjonssøknaden. Dernest kan man regne med at pasienter med høy inntekt og utdanning har større mulighet for å få i gjennom sine refusjonssøknader med positivt resultat. FFO mener at omfattende bruk av individuell refusjon kan være med på å forsterke de sosiale helseforskjellene, og illustrasjonen over gir ytterligere næring til en slik antakelse.

Helse- og omsorgsministeren sa i sitt svar til sak 4 i Stortingets møte 25. oktober 2007 i interpellasjon fra stortingsrepresentant Harald T. Nesvik, at hun ville be sosial- og helsedirektoratet utrede det som har med legemidler å gjøre i forhold til sosiale helseforskjeller. FFO syntes dette er positivt, og ser fram til resultatet av en slik utredning.

FFO vil be regjeringen intensivere arbeidet med å overføring av legemidler fra individuell refusjon til forhåndsgodkjent refusjon slik Stortinget har bedt om i Innst.S.nr.197 (2004-2005)

Kostbar medisinsk behandling som finansieres gjennom de regionale helseforetakenes rammetilskudd

Utgifter til kostbar medikamentell behandling har i sin helhet blitt overført til de regionale helseforetakene. Denne omleggingen har medført at ulike helseforetak har ulik praksis i forhold til å tilby kostbar medikamentell behandling som f. eks behandling med TNF-hemmere. Bevilgninger til denne type behandling inngår i RHFenes rammetilskudd, og vil av

den grunn ikke kunne betraktes som avsatt til bestemte formål. Dette medfører at det er det enkelte foretak som må vurdere hvorvidt kostbare medisiner skal benyttes eller ikke. I en anstrengt økonomisk situasjon for foretakene er det fare for at slik behandling taper i prioriteringen.

Tilbakemeldinger FFO har fått fra brukerne er at det er svært ulik praksis i helseforetakene i forhold til det å sette i gang behandling med f eks TNF hemmere og MS-medisinen Tysabri. Dette medfører en forskjellsbehandling som ikke er akseptabel. Det må være de medisinske behovene til pasientene som skal danne grunnlag for hvilken behandling som skal benyttes og ikke foretakenes økonomiske situasjon. FFO mener i utgangspunktet at tilskudd til kostbar medikamentell behandling bør finansieres gjennom folketrygden, men at dette slik situasjonen er ikke er realistisk politikk. FFO mener derfor at det isteden kan utarbeides en DRG kode for denne type behandling, slik at en sikrer en likebehandling av pasientene uavhengig av hvilket sykehus behandlingen gis.

FFOs krav:

- FFO ber om at arbeidet med å overføre legemidler fra individuell refusjon til forhåndsgodkjent refusjon intensiveres.
- FFO ber om at det utarbeides en egen DRG kode for kostbar medikamentell behandling, slik at dette kan overføres fra rammefinansiering til den innsatsstyrte finansieringen.

Forpliktende økonomisk opptrappingsplan

FFO vil be om at det i statsbudsjettet for 2009 gjøres en betydelig økonomisk prioritering slik at den nødvendige satsningen og styrkingen av habilitering og rehabilitering lar seg gjennomføre. Det er bred politisk enighet om at habilitering og rehabilitering må bli det neste store nasjonale satsningsområde, og en samlet helse- og omsorgskomiteé uttaler i Budsjett innstilling S.nr. 11 (2007-2008) at det skal sikres rehabilitering og opptrening til alle som trenger det.

I lys av dette og den fremlagte nasjonale strategien for området er det, etter FFOs mening avgjørende med økte bevilgninger for at satsingen skal bli reell. FFO frykter at den manglende prioriteringen av rehabiliteringsfeltet vil vedvare uten en særskilt bevilgning, og forpliktende økonomisk opptrappingsplan.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 mangler en beskrivelse av dagens udekkede behov for habilitering og rehabilitering. En forpliktende oppfølging av strategien må derfor omfatte konkrete innsatser dersom en skal nå målet om at alle som trenger det skal få habilitering og rehabilitering. FFO ber Regjeringen arbeide for at det blir utarbeidet en nasjonal plan samt lokale handlingsplaner for habilitering og rehabilitering. Planene må danne grunnlag for en mer offensiv satsning på feltet.

FFO mener videre at planene som utvikles må handle om langt mer enn helsetjenester. Barn, unge og voksne som har behov for et bredt spekter av tjenester utfordrer flere sektorer. Blant annet tiltak knyttet til oppvekst og familie, skole og utdanning, arbeid og tilrettelegging, egen bolig og service knyttet til bolig. En økt satsing må også inkludere bygging av økt

fagkompetanse knyttet til habilitering og rehabilitering med sikte på deltakelse i arbeids- og samfunnsliv

For at den nasjonale strategien ikke skal bli noe annet en satsing i ord, må Regjeringen legge fram en forpliktende handlings- og opptrappingsplan som også beskriver den økonomiske satsningen på feltet, og som omfatter flere departementer og sektorer. FFO ber om at en slik plan legges fram for Stortinget allerede ved behandling av Revidert Nasjonalbudsjett 2008, og at det avsettes midler til oppfølgingen av denne i budsjettet for 2009.

Kommunene har hatt en lovpålagt plikt til å tilby habilitering og rehabilitering siden 80-tallet. Nå 20 år senere er det mange kommuner som fortsatt ikke oppfyller denne plikten. FFO ber regjeringen arbeide for at kommunene tar det ansvaret de har for å tilby habilitering og rehabilitering, herunder etablering av koordinerende enhet for rehabilitering.

Økt satsning på forskning innenfor habilitering og rehabilitering

FFO ber Regjeringen arbeide for økt kompetanse- og kunnskapsoppbygging innen habilitering og rehabilitering ved å satse på forskning. FFO støtter anbefalinger i rapporten fra forskerutvalget innen habilitering og rehabilitering. ”*Forslag til etablering av nasjonale miljøer for forskning innen habilitering og rehabilitering*” (Rapport til Sosial- og helsedirektoratet fra forskerutvalg innen habilitering og rehabilitering, oktober 2006), og ber Regjeringen arbeide for at disse kan realiseres.

Det er behov for en sterkere innsats og forskning på effekt av habilitering og rehabilitering, herunder nye behandlingsmetoder og organisering av tjenestetilbudet. Det er i tillegg behov for en sterkere koordinering av dagens forskning på tvers av ulike fagområder.

Habilitering av barn og ungdom

FFO er kjent med at det i forbindelse med Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 skal utarbeides en handlingsplan som oppfølging av ”Strategiplan Habilitering av barn”. FFO mener at en slik handlingsplan er en viktig del av arbeidet med strategien og ber om at denne legges frem i 2008, og at det avsettes midler til denne i 2009. FFO ber om at det øremerkes midler til egen satsing for barn og ungdom med behov for habilitering og rehabilitering på alle forvaltnings- og tjenestenivåer.

Habilitering er for mange barn med funksjonshemming og kronisk sykdom planlegging for livet. Overgangen fra barnehabilitering til voksenhabilitering kan være svært problematisk. FFO ber derfor om at det som en del av handlingsplanen mener må utvikles kvalitetsindikatorer for å se på behandlingsforløp i habiliteringen. FFO ber regjeringen om å etablere et kompetansesenter for barn og ungdom med funksjonsnedsettelse innen fagfeltet habilitering, slik også Helse- og omsorgskomiteen ber om i Budsjett – innstilling S.nr.11 (2007 – 2008).

FFOs krav:

- *FFO ber Regjeringen legge fram en konkret handlingsplan med en forpliktende økonomisk opptrapping, som kan sikre realisering av den nasjonale strategien for*

habilitering og rehabilitering for perioden 2008-2011. En slik plan må senest legges fram for Stortinget ved behandling av revidert nasjonalbudsjett i 2008.

- *FFO ber Regjeringen øke innsatsen av forskning innenfor habilitering og rehabilitering, og at det etableres fire nasjonale sentra for forskning på kjerneinnholdet i habilitering og rehabilitering.*
- *FFO ber Regjeringen legge frem handlingsplan for habilitering av barn og ungdom i 2008, og at det avsettes midler til denne i budsjettet for 2009.*

Helsetjenestetilbudet til mennesker med kroniske sykdommer og funksjonshemning

Bruk av styringsvirkemidler for å bedre den økonomiske situasjonen i de regionale helseforetakene.

Regjeringen tilkjenner i St.prp.nr.1 (2007-2008) en betydelig bekymring for den økonomiske utviklingen i de regionale helseforetakene. Til tross for tilføring av betydelig mer penger til RHFene for 2008 så viser økonomiske analyser at RHFene også i 2008 vil ha store underskudd på driften og dermed ikke nå Stortingets krav om budsjettmessig balanse. Dette er en situasjon som er uholdbar, og som vil ha konsekvenser for behandlingstilbudet.

Det kan være vanskelig å få et klart bilde av alle forhold som påvirker den negative trenden med voksende underskudd, men det er viktig å gripe tak i forhold hvor det åpenbart bør gjøres justeringer som kan føre til bedre utnyttelse av de samlede ressurser. Overkapasitet er et slikt forhold. FFO mener at det er et paradoks at det på noen områder er overkapasitet mens det på andre områder er store udekkede behov. FFO stiller spørsmål om hvorvidt styringen av prioriteringene fungerer slik at ressursene benyttes på en hensiktsmessig måte?

FFO mener at staten som eier av de regionale helseforetakene må bli bedre til å benytte sine styringsvirkemidler for å sikre at behandlingsskapasiteten tilpasses de reelle behovene. Kapasitetsreduisering på de områder det er overkapasitet må gjennomføres, slik at ressursene kan utnyttes på bedre måte.

En annen viktig problemstilling som FFO vil bemerke er den aktivitetsbaserte finansieringen, og hvordan denne ordningen benyttes. FFO vil i denne sammenheng vise til Sosial- og helsedirektoratets rapport om innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten, der det framgår at ordningen i stor grad benyttes som et gjennomgående finansieringssystem helt ned på avdelingsnivå. Dette er ikke ordningen ikke er konstruert for. Innsatsstyrt finansiering er først og fremst et finansieringssystem for de regionale helseforetakene for å understøtte aktivitet.

FFO mener det er bekymringsfullt at det for dårlig kunnskap blant de som skal forvalte ordningen om hvordan ordningen er ment å fungere. Dette betyr at ISF i en mange tilfeller benyttes til å oppnå budsjettbalanse på avdelingsnivå. Ved en slik bruk av ISF er det stor fare for at det aktivitetsnivå som er lagt til grunn i Stortingets bevilgninger overskrides. Siden ISF ikke fullt ut dekker de reelle kostnadene ved behandling vil dette kunne innebære dårligere kostnadskontroll for helseforetakene. Dårligere kostnadskontroll vil sannsynligvis medvirke til at helseforetakenes bestrebelse på å oppnå budsjettbalanse blir vanskeligere.

FFO mener derfor det er viktig at det iverksettes tiltak som kan føre til bedre styring av den innsatsstyrte finansieringen. FFO er kjent med at departementet og SHdir jobber med disse problemstillingene, og vil i den sammenheng henstille til departementet om å benytte nødvendige styringsvirkemidler for å sikre at finansieringssystemene brukes i samsvar med gjeldende forutsetninger.

FFOs krav:

- FFO ber om at statens styringsvirkemidler benyttes på en så tydelig måte at det skjer en nedbygging av behandlingsskapasiteten på de områder der det er identifisert en overkapasitet, og at de økte ressursene som frigis benyttes på områder hvor en kapasitetsøkning er nødvendig.
- FFO ber Regjeringen sørge for at helseforetakene bruker den innsatsstyrte finansieringen benyttes i samsvar med forutsetningene for ordningen.

Oppfølging av de nasjonale helsestrategiene

I løpet av de siste to årene har det blitt lansert nasjonale helsestrategier på flere områder slik som diabetes, kols og kreft samt at vi har fått en nasjonal plan for rehabilitering og habilitering, i tillegg kommer det i 2008 også en nasjonal strategi på astma- og allergifeltet. Til tross for at strategiene inneholder mange gode tiltak og planer, er det et gjennomgående trekk at strategiene og tiltakene i for liten grad konkretiseres og følges opp med nødvendige midler. Tiltakene er i stor grad tenkt gjennomført innen eksisterende budsjettammer. Dette mener FFO vil gjøre det vanskelig å innfri de planene som er skissert.

FFO mener at dersom slike nasjonale strategier skal bidra til nødvendig prioritering på de ulike strategiområdene, må det følge øremerket finansiering med de enkelte tiltakene, slik at strategienes målsettinger kan nås.

FFOs krav:

- FFO ber Regjeringen konkretisere tiltakene i, og øremerke midler til å gjennomføre tiltakene i de nasjonale helsestrategiene.

Opplæring av pasienter og pårørende

Opplæring av pasienter og pårørende er en av fire lovpålagte hovedområder som helseforetakene har et ansvar for å ivareta. Det skal sikre at pasienter og pårørende som har behov for det skal få opplæring om hvordan klare å mestre, og leve med en kronisk sykdom. Til tross for at pasientopplæring er definert som et hovedområde er det mange som ikke får et slikt tilbud.

Både studier og praktiske erfaringer har vist at pasientopplæring har god effekt, noe som gjenspeiler seg i bedre livskvalitet, mindre sykkelighet, mindre behov for legetjenester, reduserte akuttinnleggelser i sykehus, mindre feilbruk av medisiner samt vesentlig lavere sykemeldingsfrekvens blant de som har fått opplæring. I en randomisert studie om opplæring av astmapasienter gjort av Frode Gallefoss ved Sykehuset Sørlandet fremkommer det for eksempel at sykemeldinger over fjorten dager ble redusert med 70 % hos de som fikk

opplæring sammenlignet med de om ikke fikk slik opplæring. Samtidig viser også studien beregninger om at hver krone investert til pasientopplæring gir en innsparing på fem kroner knyttet til utgifter sykepengeutbetalinger og kostnader ved sykehusinnleggelse. Pasientopplæring er altså både god pasientbehandling og helseøkonomisk lønnsomt.

I dag skal det være etablert Lærings- og mestringssentre ved alle helseforetak, men det er høyst forskjellig hvordan disse fungerer. Eksempelvis finnes det lærings- og mestringssentre som bare består av et kontor med en PC, mens andre har ansatte som jobber med læring og mestring på heltid. Dette gjør at innholdet i disse sentrene er veldig forskjellig. Antallet lærings- og mestringssentre og hvordan de er organisert sier faktisk lite om omfanget av pasientopplæringen, og mye tyder på at det er mange med behov som ikke får noe tilbud i det hele tatt. Dette viser blant annet en undersøkelse som Opinion gjorde for FFO i 2003, hvor så mange som tre av fire personer i undersøkelsen sa at de hadde behov for pasientopplæring men ikke hadde fått tilbud om dette.

FFO mener at lærings- og mestringssentrene har blitt en sovepute for helseforetakene. Flere foretak har ikke forankret pasientopplæringen i tilstrekkelig grad i virksomheten noe som medfører at dette ikke blir prioritert slik det burde i henhold til Lov om spesialisthelsetjenester. FFO mener at opplæring av pasienter og pårørende må forankres i mye sterkere grad i foretakenes ledelse dersom dette skal bli et fullverdig tilbud til pasientene. Mye av opplæringen skjer ved den enkelte sykehusavdeling, og det bør derfor legges til rette for at dette utvikles videre slik at alle som har et behov for opplæring, får tilbud om dette.

For at opplæring av pasienter og pårørende skal kunne tilbys i tilstrekkelig grad er det nødvendig at opplæringstakstene justeres slik at de er mer i samsvar med foretakenes faktiske utgifter. FFO vil derfor be Regjeringen foreta en slik oppjustering av opplæringstaksten. FFO mener også at det vil være viktig at andre personellgrupper enn leger også kan utløse takst for opplæring av pasienter og pårørende.

Opplæring av pårørende utløser ingen takst for sykehuset slik takstordningen er innrettet i dag. FFO mener at dette er uheldig, siden pårørende i mange tilfeller har et like stort behov for opplæring som den som har sykdommen. Ikke minst gjelder dette foreldre til barn. FFO mener at det må legges tilrette for at også opplæring av pårørende må kunne utløse opplæringstakst, og ber Regjeringen legge til rette for at også pårørende inkluderes i opplæringstaksten.

Opplæring av pasienter og pårørende må rettighetsfestes i pasientrettighetsloven

FFO mener at pasientopplæringen må styrkes gjennom å gi pasientene tydeligere rettigheter. Et enstemmig Wisløffutvalg *NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt* anbefalte at pasientopplæring bør rettighetsfestes i pasientrettighetsloven. Dette ble det også vist til av en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet som skulle komme med forslag til organisatoriske endringer for å bedre samhandlingen i helsetjenesten, som kom med sin innstilling i juni 2006.

FFO mener derfor at Regjeringen må følge opp disse anbefalingene gjennom å utarbeide forslag til en endring av pasientrettighetsloven, der retten til opplæring for pasienter og

pårørende innarbeides i loven.

FFOs krav:

- FFO ber om at opplæring av pasienter og pårørende rettighetsfestes i pasientrettighetsloven.
- FFO ber om at staten som sykehuseier sørger for systemer i helseforetakene som sikrer at pasienter og pårørende som har et behov for opplæring, får tilbud om dette.
- FFO ber om at opplæringstakstene økes slik at lærings- og mestringstiltak prioriteres.
- FFO ber om at det innføres takster for opplæring av pårørende.

Bedre samhandling en nødvendighet

Det er bred enighet om at samhandlingen i helsetjenesten ikke er god nok. Dette gjelder både innad i sykehusene og mellom tjenestenivåene. FFO er derfor glad for at Regjeringen har iverksatt tiltak for å oppnå en bedre samhandling, slik at pasientene skal oppleve at behandlingsskjeden blir helhetlig. FFO er svært positiv til at staten og Kommunenes sentralforbund har inngått en rammeavtale som skal danne grunnlag for lokale avtaler mellom helseforetak og enkeltkommuner. Slike avtaler vil forhåpentligvis bidra til tettere kontakt og bedre planlegging for oppfølging av pasienter som har behov for tjenester fra begge tjenestenivåer.

For å få avtalene til å fungere er det etter FFOs oppfatning nødvendig at det utvikles gode samarbeidsrelasjoner mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Her vil blant annet praksiskoordinatorordningen være et viktig virkemiddel som bør styrkes ytterligere. Videre bør avtalene følges opp av årlige evalueringer slik at en er sikker på at avtalene faktisk bidrar til en bedre samhandling. I slike evalueringer vil brukernes erfaringer være en viktig målstokk på om samhandlingen faktisk har blitt bedre som følge av tiltakene. Et ytterligere virkemiddel bør være at staten tydeliggjør nødvendigheten av økt samhandling både gjennom oppdragsdokumentet og i foretaksmøtet.

FFOs krav:

- FFO ber om at praksiskoordinatorordningen styrkes ytterligere som ledd i strategien for å bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.
- FFO ber om at det gjennomføres årlige evalueringer av resultatene av samhandlingsstrategiene, og at brukernes erfaringer blir en sentral del av evalueringen.
- FFO ber om at nødvendigheten av samhandling tydeliggjøres både gjennom oppdragsdokumentet og i foretaksmøtene.

Styrking av skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten og helsesøstertjenesten innehar en nøkkelrolle i det forbyggende helsearbeidet blant ungdom. Dagens utfordringer er i større grad knyttet opp til kroniske sykdommer som astma- og allergi, diabetes og i tillegg kommer en stadig økende forekomst av psykiske lidelser. Det er vanskelig å forvente gode tjenester når helsesøster skal dele fire timer i uken på 500 elever, slik som forholdene dessverre er flere steder i landet. For at skolehelsetjenesten skal bli det lavterskeltilbudet den er ment å være, må det rekrutteres flere helsesøstere. Av de 800 stillingene skolehelsetjenesten etter planen skulle styrkes med er kun 440 årsverk på plass. FFO vil derfor be Regjeringen styrke dette arbeidet i forbindelse statsbudsjettet for 2009.

FFOs krav:

- FFO ber om en kraftig styrking av skolehelsetjenesten i budsjettet for 2009

Ferietilskuddsordning

I funksjonshemmedes organisasjoner har det lenge vært erkjent at mulighetene til reiser og ferie for mange funksjonshemmede og kronisk syke har vært små, både på grunn av økonomi og av mer praktiske årsaker som mangel på tilrettelagte ferietilbud. At dette samsvarer med virkeligheten bekreftes i ECONs undersøkelse gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, *Ferievaner blant personer med store bistandsbehov* (Rapport 2005-030). Funnene viser at personer med store bistandsbehov reiser mindre på ferie enn befolkningen for øvrig og årsaken synes først og fremst å være dårlig økonomi.

Utredningen fra ECON konkluderer med en anbefaling om en ferietilskuddsordning for personer med store bistandsbehov finansiert gjennom folketrygden. I forslag til statsbudsjettet for 2008 viste departementet til at det vil være vanskelig å etablere en slik støtteordning, med begrunnelse om at det også er andre økonomisk vanskeligstilte grupper som reiser mindre på ferie enn andre.

FFO ser problemet knyttet til en forskjellsbehandling mellom vanskeligstilte grupper. Når det gjelder ferie for personer med store bistandsbehov er det imidlertid merkostnadene på grunn av funksjonshemming eller sykdom som bør være avgjørende for tildeling av et slikt tilskudd. Slike merkostnader kan skyldes behov for ledsager, nødvendighet for store hotellrom på grunn av hjelpemidler osv.

Departementet viser til Arbeids- og inkluderingsdepartementets tilskuddsordning til ferie- og velferdstilbud for personer med nedsatt funksjonsevne, som i 2008 vil målrettes mer mot sommerleirer for barn med særskilt store hjelpebehov. Dette er et positivt tiltak, men dekker ikke samme formål eller gruppen som helhet, slik en egen ferietilskuddsordning vil gjøre.

Opposisjonspartiene på Stortinget har i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet bedt Regjeringen om å vurdere saken på nytt:

Flertallet ber Regjeringen komme til Stortinget med en ny vurdering av problemstillingen, der utgifter til reise, lønn og opphold til ledsagere/pleiere er tatt med i vurderingen.

(Budsjett-innst.S.nr.11 (2007-2008), s.68))

FFO ber Regjeringen følge opp dette og etablere en egen ferietilskuddsordning for personer med store bistandsbehov fra og med 2009.

FFOs krav:

- FFO ber om at det etableres en egen ferietilskuddsordning for personer med store bistandsbehov.

Tilskudd til omsorgsboliger og sykehjemsplasser

Det nye investeringstilskuddet til omsorgsboliger og sykehjemsplasser er et positivt bidrag til å gi et nødvendig løft for å øke tilfanget av hensiktsmessige boliger av denne type. Det er imidlertid viktig at både stat og kommune utvikler det nye tilskuddet i tråd med erfaringer fra forrige periode med omsorgsboligbygging.

Unngå flere *omsorgsghettoer*

FFO var gjennom hele perioden kritiske til at mange kommuner etablerte til dels svært ensidige boligløsninger med lite valgfrihet for brukerne. I løpet av denne perioden oppstod da også begrepet *omsorgsghettoer*. Personer med behov for pleie- og omsorgstjenester fikk tilbud om bolig i eller i umiddelbar nærhet til kommunens omsorgssenter.

Retningslinjene oppfordret kommunene til å tenke mer variert i forhold til lokalisering, men ingen reaksjoner ble brukt når kommunene valgte å la effektivitet for egen organisasjon komme først. FFO mener at kravene knyttet til det nye tilskuddet må sikre at vi ikke får flere og større omsorgsghettoer enn vi allerede har. FFO vil understreke at det ikke er feil i seg selv at det finnes et godt boligtilbud i nærheten av et omsorgssenter. Mange ønsker selv en slik boliglokalisering. Men det må ikke være det eneste tilbudet kommunen har. Størrelse og variasjon i boligtype må også vurderes nøye. FFO mottar blant annet tilbakemeldinger om at omsorgsboliger gjerne er for små til at par kan flytte dit sammen, og valget kan stå mellom hensiktsmessig bolig eller samlivsbrudd.

Det nye investeringstilskuddet bør ses i en større sammenheng med satsing på tilgjengelige boliger generelt. Dersom tilbudet av tilgjengelige boliger hadde vært større og kommunene hadde hatt et bedre tilbud med hensyn til pleie- og omsorgstjenester i eget hjem, kunne flere bodd i eget hjem til tross for sykdom eller funksjonshemming.

Omsorgsboliger - psykisk helse

Et viktig tiltak for å bedre bosituasjonen til mennesker med psykiske lidelser har vært satsingen på omsorgsboliger innenfor *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Måltallet for planperioden var 3.400 boliger og i forslag til statsbudsjett for 2008 rapporteres det at alle tilsagn nå er gitt.

FFO har flere ganger argumentert for at det er behov for flere omsorgsboliger ut over måltallet på 3.400 boliger. I St.prp.nr.1 (2006-2007) refereres det til kartlegginger som viser et behov på om lag 2.800 boliger i tillegg til de 3.400 som allerede har fått tilsagn (Byggforsk 2006:401).

Personer med psykiske lidelser er innenfor målgruppen for det nye investeringstilskuddet. FFO er imidlertid usikker på om et åpent investeringstilskudd vil ivareta hensynet til personer med psykiske lidelser på en tilstrekkelig måte, da tilskuddet synes å dekke mange grupper og være åpent for kommunal prioritering.

Nyhetsbrevet *Psykisk* nr. 4:2006 viser til en spørreundersøkelse blant rådmenn og administrasjonssjefer gjennomført av SINTEF Helse i 2005. Resultatene viser at syv av ti kommuner er uenige i at rammetilskudd i stedet for øremerking ville gitt samme prioritet av psykisk helsearbeid, og åtte av 10 kommuner sa seg enige i at øremerking er nødvendig for en økt satsing. FFO mener at dette underbygger argumentet om en fortsatt øremerking av antall boliger innenfor feltet psykisk helse.

FFO ber derfor Regjeringen om å øremerke 2.800 boliger i det nye investeringstilskuddet til personer med psykiske lidelser.

FFOs krav:

- FFO ber Regjeringen sikre at retningslinjene for det nye investeringstilskuddet for omsorgsboliger og sykehjemsplasser blir slik at vi ikke får flere og større *omsorgsghettoer* enn vi har i dag.
- FFO ber Regjeringen om å øremerke 2.800 boliger i det nye investeringstilskuddet til personer med psykiske lidelser.

Likelydende krav er sendt til Kommunal- og regionaldepartementet.

Anmodning om møte

FFO ber med dette også om et møte med politisk ledelse i departementet for å gjennomgå de mer spesifikke kravene for budsjettet 2009 som angår dette fagdepartementet. Som kjent dreide møte i Kontaktutvalget med Regjeringen seg 17. desember 2007 kun om FFOs hovedkrav.

Med vennlig hilsen

FUNKSJONSHEMMEDES FELLESGORGANISASJON

Margaret S. Ramberg (s)
leder

Liv Arum
generalsekretær

Kopi: Kontaktutvalget med Regjeringen v/barne- og likestillingsminister Manuela Ramin Osmundsen