

Statsbudsjettet 2012

FFOs MERKNADER TIL STORTINGETS HELSE- OG OMSORGSKOMITE

avgitt 24. oktober 2011

FORORD

Samfunnsmessig likestilling og deltakelse

Samfunnsmessig likestilling og deltakelse for funksjonshemmede er Funksjonshemmedes Fellesorganisasjons (FFO) overordnede mål. Kravet om likestilling og deltakelse er et krav om politiske endringer. Det vil si endringer som krever politiske beslutninger. FFO arbeider for en rettferdig fordeling av samfunnets goder og at samfunnet blir tilrettelagt og gjort tilgjengelig for mennesker som lever med funksjonshemming og kronisk sykdom. FFOs årlige krav til Statsbudsjettet er en viktig del av dette arbeidet.

Nær en femtedel av befolkningen er funksjonshemmet. Derfor vil selv den strengest prioriterte kravlisten fra FFO måtte bli både bredspektret og lang. FFO har også denne gangen oversendt Regjeringen krav i to omganger. Den 18. november 2010 oversendte FFO foreløpige krav til Statsbudsjettet 2012, der vi prioriterte fire hovedsatsningsområder:

- En enklere hverdag for familier med funksjonshemmede barn
- Styrk NAV for de som trenger det mest
- Bedre helse der du bor – realisering av målene i samhandlingsreformen
- Tiltak for bedre rettsikkerhet – har du rett skal du få rett

Kravene dannet utgangspunkt for møte i Kontaktutvalget mellom Regjeringen og FFO 16. desember 2010. De endelige kravene til statsbudsjettet for 2012 ble oversendt 21. januar 2011, og er stilet til 11 ulike statsråder og omfatter 97 krav. Noen av kravene er likelydende, men stilet til forskjellige departementer.

Oslo, 24. oktober 2011

Liv Arum
generalsekretær

FFO er funksjonshemmedes organisasjoners samarbeidsorgan i Norge
FFO ble stiftet 21. september 1950
FFO har 71 medlemsorganisasjoner med over 335.000 medlemmer
FFO er organisert i 19 fylker
FFO er organisert i mer enn 100 kommuner

INNHOOLD

FORORD.....	2
SAMFUNNSMESSIG LIKESTILLING OG DELTAKELSE.....	2
KAP 732 REGIONALE HELSEFORETAK.....	4
BEHANDLINGSKAPASITET.....	4
SITUASJONEN I OUS	5
KAP 733 HABILITERING OG REHABILITERING.....	6
HABILITERING OG REHABILITERING - DET NESTE STORE SATSINGSOMRÅDE.....	6
FORPLIKTENDE ØKONOMISK OPPTRAPPINGSPPLAN	7
FRITT REHABILITERINGSVALG	7
POST 72 KJØP AV OPPTRENING MV.....	8
KAP 761 OMSORGSTJENESTE	9
BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTENT	9
UNGE PERSONER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE I ALDERS- OG SYKEHJEM.....	10
KAP 762 PRIMÆRHELSETJENESTE	11
SAMHANDLINGSREFORMEN	11
KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	11
KOMMUNAL MEDFINANSIERING	12
KOMMUNAL BETALING FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER.....	12
FASTLEGEORDNINGEN	13
FOREBYGGING OG FOLKEHELSEARBEID	14
SKOLEHELSETJENESTEN	14
FYSIOTERAPI.....	15
KAP. 2751 LEGEMIDLER MV.	17
BAGATELLGRENSEN.....	17
NY STORTINGSMELDING?	17

Kap 732 Regionale helseforetak

FFOs tilråding

- FFO ber komiteen medvirke til at bevilgningen til somatisk aktivitetsvekst i sykehusene økes til 1 prosent.
- FFO ber komiteen etterlyse en grundig redegjørelse overfor Stortinget om situasjonen i Oslo universitetssykehus, og hvordan krisen skal løses uten at det går utover pasientbehandlingen.

Situasjonen i spesialisthelsetjenesten er i søkelyset og i FFOs medlemsorganisasjoner er tilbudet som ytes til kronisk syke og mennesker som lever med funksjonshemming det som har størst oppmerksomhet. Den økonomiske situasjonen i de regionale helseforetak er utfordrende og alle oppslagene om underskudd og krav om innsparingstiltak skaper utrygghet hos dem som er helt avhengig av kompetent og god behandling fra spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen skal bidra til et mer helhetlig behandlingsforløp, særlig for dem med sammensatte og store behov slik som mange kroniskere har. Hvilke konsekvenser dagens situasjon vil få for spesifikke pasientgrupper er ikke lett å overskue, men ett symptom på situasjonen er f eks tiden den enkelte må vente for å få behandling.

Behandlingskapasitet

Det har vært et mål for regjeringen at ventetidene til behandling skal reduseres. FFO frykter at forslaget til statsbudsjett for 2012 kan føre til at ventetidene igjen øker.

FFO ser av budsjettet at sykehusene skal tilføres 1 408 mill. kroner for at flere pasienter skal kunne få behandling. Dette er i og for seg positivt, men FFO stiller spørsmål om 0,3 prosent aktivitetsvekst er tilstrekkelig for å hindre at ventetidene øker. I og med at veksten i somatisk behandling (ISF delen) er satt til 1.1 prosent, og det forventes at økt pasientbehandling i kommunene vil utgjøre 0,8 prosent utgjør veksten i den somatiske behandlingen i sykehus bare 0,3 prosent.

FFO mener at det er altfor ambisiøst å forvente at kommunene allerede i første året av samhandlingsreformen skal kunne ta hele 0,8 prosent av den somatiske behandlingen.

Fjorårets aktivitetsvekst lå på ca 1 prosent. Det medførte en svak nedgang i ventetidene fra 79 til 70 dager. Dersom det skal kunne forventes en ytterligere reduksjon i ventetidene, mener FFO 0.3 prosent vekst i sykehusbehandlingen vil være for svakt. FFO frykter at ventetidene vil øke ytterligere på bakgrunn av den svake veksten det legges opp til. For å sikre at ventetidene ikke øker ber FFO komiteen anmode regjeringen om å øke bevilgningen

til somatisk aktivitetsvekst i sykehusene, slik at aktivitetsøkningen tar høyde for 1 prosent vekst det samme som for 2011.

Situasjonen i OUS

FFO registrerer det krise-bildet som vises frem om den økonomiske situasjonen ved Oslo universitetssykehus (OUS) og til gjennomføringen av omorganiseringen av de sammenslåtte Oslo-sykehusene. Fra et pasientståsted er det bekymringsfulle meldinger som kommer fra OUS og det skapes frykt for at de kraftige økonomiske innsparinger skal gå ut over pasienttilbudet.

Etableringen av Oslo Universitetssykehus var et nødvendig grep for å utnytte ressursene bedre og samle funksjoner mellom sykehusene i hovedstaden. En konsekvens måtte på ett eller annet tidspunkt bli en reduksjon av antall ansatte. I høst beskrives imidlertid situasjonen som svært dramatisk av de ansatte, som heller ikke legger skjul på at innsparingene vil ramme pasientbehandlingen.

Dette skaper stor utrygghet og uro i pasientorganisasjonene. FFO mener derfor helseministeren må komme med en tydelig redegjørelse som kan klargjøre den faktiske situasjonen ved OUS.

FFO mener det er høyst sannsynlig at Osloprosessen er igangsatt uten at det er gjort grundige risiko- og konsekvensanalyser, f eks konsekvensanalyser av behandlingstilbudet til ulike pasientgrupper. Når vi nå opplever at det er betydelig problemer med store underskudd i tillegg til at det skapes et usikkerhetsbilde av hvilke konsekvenser den betydelige nedbemanningen vil få for pasienttilbudet, må ansvarlige myndigheter ta ansvar.

FFO ber derfor komiteen etterlyse en grundig redegjørelse fra helseministeren om situasjonen i OUS for Stortinget. FFO oppfordrer også komiteen til å etterspørre hvordan regjeringen har tenkt å løse krisen uten at det går utover pasientbehandlingen; slik at en faktisk oppnår hensikten med omorganiseringsprosessen i Oslo.

Kap 733 Habilitering og rehabilitering

FFOs tilråding

- FFO ber komiteen bekrefte at habilitering og rehabilitering må bli det neste store satsingsområde i arbeidet med å realisere samhandlingsreformen.
- FFO ber komiteen følge opp realiseringen av den nasjonale strategien for habilitering ved å be regjeringen legger frem en forpliktende økonomisk opptrappingsplan.
- FFO ber komiteen etterspørre en utredning av en ordning med fritt rehabiliteringsvalg.
- FFO ber komiteen øremerke midler for å sikre øke antall plasser i de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene.

Habilitering og rehabilitering - det neste store satsingsområde

FFO konstaterer med skuffelse at regjeringen nok en gang har lagt frem et statsbudsjett uten en satsning på habilitering og rehabilitering. Dette er etter FFOs mening særlig alvorlig når det er bred enighet, også politisk om at en satsning på habilitering og rehabilitering er avgjørende for å lykkes med samhandlingsreformen.

Det er dessverre nok en gang ingen indikasjoner i budsjettforslaget for 2012 om at habilitering og rehabilitering vil få det løftet som er nødvendig, og som regjeringen selv har beskrevet i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011. Dette beklager FFO sterkt, og viser i den forbindelse til følgende uttalelse fra en samlet komite:

”Komiteen understreker viktigheten av et godt og riktig rehabiliterings- og habiliteringstilbud blir gitt til alle som trenger det uavhengig av bosted, alder og funksjonsnedsettelse. Riktig mengde til riktig tid er avgjørende for folks mulighet til å stå i arbeid og greie seg selv i størst mulig grad.

Komiteen er av den oppfatning at det er sammenheng mellom omfanget av rehabilitering og høyt sykefravær.”

(Budsjettnstilling S.nr. 11 (2010-2011))

Når perioden for Nasjonal strategien for habilitering og rehabilitering 2008 -2011 nå snart er slutt kan vi bare konstatere at den ikke på noen måte ble det vendepunktet som regjeringen lovet – og som FFO faktisk hadde forventet. FFO har tidligere advart om at en strategi vil bli for lite forpliktende, og tok derfor til orde for en handlingsplan. I den forbindelse har FFO ved flere anledninger også bedt om en forpliktende opptrappingsplan, noe regjeringspartiene dessverre ikke har imøtekommet.

I Helsedirektoratets oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering heter det blant annet:

“Vi er ikke i mål. Altfor mange ender unødvendig opp som uføretrygget. Og unge uføre blir lett baksetepassasjerer i egne liv og mister styringen.”

(“Hva skjedde i 2010?” Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011)

Dette er også FFOs erfaring, og et av mange forhold vi har tatt opp med komiteen i flere år. Det er derfor etter FFOs mening på høy tid at komiteen tar manglene innen rehabiliteringsfeltet på alvor, og sørger for tilstrekkelig finansiering og gjennomføring av alle nødvendige tiltak.

Som tidligere påpekt har Stortingets Helse- og omsorgskomite ved flere budsjettbehandlinger de siste årene sagt seg enig i at habilitering og rehabilitering må bli det neste store satsingsområdet i helsesektoren. FFO mener at habilitering og rehabilitering til alle som trenger det fremdeles må være målet og oppfordrer komiteen til å bekrefte sin tilslutning til dette målet.

Forpliktende økonomisk opptrappingsplan

Det overordnede målet for Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering var å gi feltet den prestisje og posisjon som er nødvendig.

Ved utløpet av perioden kan vi konstatere at dette målet dessverre ikke er nådd, snarere viser statistikk at tilbudet til mange er svekket og redusert. FFO oppfordrer derfor komiteen til å be om at regjeringen følger opp strategien ved å legge frem en forpliktende økonomisk opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering slik at målene i strategien kan nås. En slik opptrappingsplan må legges frem i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett våren 2012.

FFO mener en forpliktende oppfølgingsplan må omfatte konkrete innsatser slik at man når målet om at alle som trenger det skal få habilitering og rehabilitering. Handlingsplaner for nasjonale og lokale innsatser som utarbeides med utgangspunkt i en slik opptrappingsplan må blant annet omfatte en kraftig økning i omfanget av rehabiliteringsinnsatsen, kvalitet og fagutvikling på området, økt satsing på forskning og videreutvikling av brukermedvirkning.

I Statsbudsjettet for 2012 omtaler ikke regjeringen hvordan den har tenkt å følge opp, og oppfylle målene i den nasjonale strategien når strategiperioden nå er over. FFO ber derfor om at komiteen etterspør en slik handlings- og opptrappingsplan.

Fritt rehabiliteringsvalg

Et annet utslag av at bevilgningen til kjøp av opptrening og rehabilitering i de private rehabiliteringsinstitusjonene nå finansieres som en del av rammetilskuddet til regionale helseforetakene er at tilbudet blir smalere.

Mange opplever at de ikke får et optimalt habiliterings- eller rehabiliteringstilbud i dag. Det er flere institusjoner og sykehus som har utviklet spesialtilbud innenfor klart definerte områder og for ulike diagnoser. Disse tilbudene, som bygger på spesiell kompetanse og har god kvalitet, blir i dag bare tilgjengelig for de som bor innenfor de ulike regionenes geografiske nedslagsfelt. FFO er opptatt av de ulike rehabiliteringstilbudene blir tilgjengelig for alle som trenger det uavhengig av bosted.

FFO ber derfor komiteen etterspørre en utredning av en ordning med fritt rehabiliteringsvalg. Dette kan bygges på rettighetene om fritt sykehusvalg som allerede er etablert FFO mener fritt rehabiliteringsvalg vil gi brukerne en mulighet til å få raskere og riktigere rehabilitering og det forutsetter også at bedre informasjon om de tilbudene som finnes er tilgjengelige.

Post 72 Kjøp av opptrening mv.

Et annet forhold FFO har tatt opp ved flere budsjettbehandlinger er kjøp av tjenester ved de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene. Etter at regjeringen fjernet den tidligere øremerkingen og flyttet midlene inn som en del av rammefinansiering til de Regionale helseforetakene, har FFO mottatt tilbakemeldinger om at tilbudet er redusert. Dette står i kontrast til følgende uttalelse i Budsjettinnstilling S.nr. 11 (2010-2011):

“Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er tilfreds med at det har vært en økning i kjøp av rehabilitering og opptrening i spesialistinstitusjonene og at flere har fått hjelp.”

Dette stemmer heller ikke med tall fra Samdata i spesialisthelsetjenesten 2010, som i sin rapport kapittel 10 “Rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten” blant annet skriver:

“Antall pasienter som mottok institusjonsbasert rehabilitering ved sykehus gikk ned med om lag 2 000 pasienter. Ved private rehabiliteringsinstitusjoner gikk antall pasienter ned med om lag 3 000.”

(Samdata i spesialisthelsetjenesten 2010)

Tallmaterialet i rapporten viser nedgangen fra 2009 til 2010, og denne aktivitetsnedgangen er i hovedsak en fortsettelse av utviklingen fra 2008 til 2009. Denne dokumentasjon av nedgang tyder på at FFO har hatt rett når vi tidligere har uttrykt bekymring i forhold til en fryktet reduksjon av tilbudet ved å fjerne den tidligere øremerkede bevilgningen.

Brukerne ivaretas rett og slett ikke godt nok når kjøp av opptrening og rehabilitering skal effektueres innenfor rammebevilgningen til de regionale helseforetakene.

Budsjettvedtakene i Stortinget, og oppfølgingen i oppdragsdokumentene har hatt en formulering hvor kjøp av tjenester fra de private skal være i minst like stor grad som året før, noe som i praksis betyr 2008 nivå som er det året hvor øremerkingen ble fjernet. Altså ingen reell vekst siden 2008.

Rapporten fra Samdata viser etter FFOs mening med all tydelighet at det har ikke vært tilstrekkelig å omtale dette i de årlige oppdragsdokumentene, da det har ført til en nedgang i tilbudet. Det var vel ikke det som var intensjonen med Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 -2011?

Kap 761 Omsorgstjeneste

FFOs tilråding

- FFO ber komiteen anmode regjeringen om å legge fram et forslag om rettighetsfesting av BPA innen sommeren 2012.
- FFO ber komiteen følge opp tidligere Stortingsvedtak om at ingen unge med funksjonsnedsettelser bosettes i alders- eller sykehjem.

Brukerstyrt personlig assistent

Regjeringen redegjør i budsjettproposisjonen om prosessen med utarbeidelse av lovutkast om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og nytt rundskriv. Det orienteres bl.a. om at en arbeidsgruppe nedsatt innenfor konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS i mai 2011 påpekte at "lønnskostnadene per time brukerstyrt personlig assistanse er lavere enn for den ordinære omsorgstjenesten" og at BPA "isolert sett er effektiv i betydningen at tidsbruken i all hovedsak er brukerrettet". FFO er glad for at det endelig er etablert enighet om dette.

For FFO er det, med dette utgangspunkt, vanskelig å forstå hvorfor regjeringen vektlegger påstanden om at "tall fra Statistisk sentralbyrå, forskning og erfaring fra kommuner (viser) at brukerne av brukerstyrt personlig assistanse, samlet sett, får tildelt mer omfattende tjenestetilbud enn brukere med tilsvarende tjenestebehov, som mottar ordinære omsorgstjenester". En ukritisk sammenligning av tjenestemottakere med og uten BPA er for FFO til ingen nytte. Den mest sannsynlige forklaringen på en ulikhet er at BPA-brukere har behov for mer omfattende bistand, og dermed rett til mer tjenester. En annen forklaring kan være at kommuner, historisk sett, har tildelt BPA brukere mer bistand enn de trenger, eller tildelt brukere av vanlige omsorgstjenester mindre tjenester enn de har rett til. Men slike betraktninger er irrelevante i forhold til FFOs krav om rettighetsfesting. Vi har ikke krevd endringer i vurdering av bistandsbehov. Vi har kun krevd at den enkelte selv skal kunne bestemme om allerede tildelte bistandstimer skal organiseres som BPA.

Utfra ovenstående om timekostnad og tidsbruk mener FFO tjenestetilbudet til en BPA-bruker vil bli billigere for kommunen enn tradisjonell tjenesteleveranse.

Dersom en under behandling av en søknad om BPA finner at noen er blitt tildelt mindre tjenester enn en har rett til i henhold til gjeldende lov, er det en sak som må behandles særskilt. En eventuell økning i antall timer vil i så fall være helt uavhengig av om kommunen tar søknaden til følge. En eventuell økning i antall bistandstimer må tildeles uansett om søknaden om BPA tas til følge eller ikke.

Uansett er det kommunene som sitter med all makt og beslutter over timeomfanget. Kommunene vurderer alle søknader og tildeler bistandstimer. Det betyr at eventuell økt

timeforbruk kontrolleres fullt ut av dem som betaler for fastsetting av et høyt antall bistandstimer til BPA-brukere. Bruker har ingen makt, kun klagerett.

FFO vil avslutningsvis påpeke at vi innser at regelverket rundt rettighetsfesting må ta høyde for at BPA ikke er en ordning for alle – kun for dem som, alene eller med hjelp av nærstående, kan påta seg arbeidslederopp gavene. Rettigheten bør derfor begrenses, ikke i forhold til alder eller antall tildelte timer, men i forhold til den enkeltes egnethet.

Unge personer med nedsatt funksjonsevne i alders- og sykehjem

FFO er representert i den kontaktgruppen som følger utviklingen av antall unge med funksjonsnedsettelse som bor i alders- og sykehjem, og har der tatt opp økningen av antall unge personer bosatt i sykehjem.

Antall unge med funksjonsnedsettelse på aldershjem øker. I følge statsbudsjettet for 2012 bodde 166 personer under 50 år på slike hjem i 2010. Dette er 29 flere enn året før, og en økning med 66 personer siden 2008. FFO er bekymret over utviklingen, og det faktum at vi for fjerde år på rad ser denne negative trenden.

Stortingets holdning er at unge funksjonshemmede ikke skal bo på institusjoner beregnet på eldre. Likevel viser tallene at antallet øker, stikk i strid med Stortingets mål om at alle i denne gruppen skulle flyttes innen utgangen av 2005.

Å bli plassert på alders- og sykehjem sammen med gamle mennesker går ut over livskvaliteten til de unge. Sett i lys av den vedtatte samhandlingsreformen mener FFO at alders- og sykehjemmene må brukes til å ta imot de aller eldste og sykeste, og ikke brukes til bosted for unge personer med funksjonsnedsettelse.

FFO ber om at komiteen følger opp tidligere Stortingsvedtak om at ingen unge personer skal bo i alders- eller sykehjem.

Kap 762 Primærhelsetjeneste

FFOs tilråding

- FFO ber komiteen understreke behovet for å styrke kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene.
- FFO ber komiteen bidra til at kommunal medfinansiering avgrenses mot spesialisthelsetjenester som ikke skal etableres lokalt.
- FFO ber komiteen medvirke til at finansieringen av utskrivningsklare pasienter øremerkes.
- FFO ber komiteen medvirke til at regjeringen lager en utviklingsplan for rekruttering av nye leger til kommunehelsetjenesten.
- FFO ber komiteen medvirke til at regjeringen øremerker deler av finansieringen til forebyggende og helsefremmende arbeid til sekundærforebygging.
- FFO ber komiteen anmode regjeringen kommer tilbake til Stortinget med en konkret satsingsplan for skolehelsetjenesten.
- FFO ber komiteen anmode regjeringen om å legge frem for Stortinget en konsekvensutredning av omleggingen av fysioterapitjenesten i kommunen.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er i veldig stor grad en kommunehelsetjenestereform. Reformen vil kreve mye av kommunene, og det er derfor viktig at de innsatser som staten gjør for å sette kommunene i stand til å bygge opp en god kapasitet er tilstrekkelige slik at reformen skal kunne lykkes. FFO er imidlertid usikker på om de innsatsene som foreslås i statsbudsjettet for 2012 er kraftfulle nok?

Kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet i kommunehelsetjenesten må bli bedre. I følge statens helsetilsyn har alt for mange kommuner dårlig eller ingen oversikt over kvaliteten på de helse- og omsorgstjenester som leveres. Dersom vi sammenligner den oppmerksomheten kvalitet og pasientsikkerhet får i spesialisthelsetjenesten med den oppmerksomhet dette har i kommunehelsetjenesten, blir kontrasten stor. Sett i lys av det økte ansvaret som kommunene nå får for pasientbehandling, er det særdeles påkrevd at kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid blir høyt prioritert.

FFO mener staten i samarbeid med KS må ha spesiell oppmerksomhet rettet mot kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene, og bistå kommuner som ønsker veiledning i kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid. Videre må kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet forankres i den politiske ledelsen av kommunen. Det er avgjørende å forankre arbeidet i den

politiske ledelsen slik at det politiske nivået i kommunen ansvarliggjøres slik at kvalitet og pasientsikkerhet prioriteres.

FFO ber derfor komiteen understreke behovet for å styrke kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene.

Kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering er et av de viktigste virkemidlene for å stimulere kommunene til å bygge opp kapasitet slik at flere pasienter blir behandlet lokalt. Dette fordrer økonomiske insentiver slik at det vil lønne seg å behandle pasienter lokalt istedenfor at de sendes til sykehus. Kommunalt medfinansieringsansvar på 20 prosenter et slikt insentiv.

I statsbudsjettet for 2012 foreslås det at 5,6 mrd. kroner skal overføres fra sykehusene til kommunenes rammebudsjetter til dette formålet. I følge beregninger som er gjort for Helse- og omsorgsdepartementet vil kommunene klare å forhindre ca ti prosent av innleggelsene i sykehus, sannsynlig bare 5 til 6 prosent de første årene.

FFO frykter derfor at 20 prosent medfinansiering er for lite til å stimulere kommunene til å bygge opp egen kapasitet for å unngå sykehusinnleggelse. Vi mener at det sannsynligvis ikke er lønnsomt nok for kommunene til at de vil prioritere dette og at de økonomiske insentivene burde vært sterkere. FFO mener kostnadsandelen burde vært økt til 30 prosent eller mer. For øvrig mener FFO at selve systemet med kommunal medfinansiering burde vært kjørt som pilot for å få erfaringer med om dette er det riktige virkemidlet for at kommunene skal bygge opp egen kapasitet.

FFO mener dessuten at det kunne vært tydeligere definert hva som skal omfattes av kommunal medfinansiering. I den nye loven om helse- og omsorgstjenestene i kommunene er det angitt hvilke områder som ikke skal omfattes av ordningen.

FFO ber komiteen bidra til at kommunenes medfinansiering avgrenses mot spesialisthelsetjenester som ikke skal etableres i kommunene.

Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Intensjonen med forslaget om at kommunene fullt ut skal betale kostnadene for utskrivningsklare pasienter er todelt. For det første ønsker en å redusere kostnadene på sykehusene. Utskrivningsklare pasienter opptar sengeplasser som kan brukes til andre pasienter. For det andre vil mange få et bedre oppfølgende helsetilbud hvis en kan komme nærmere eget bosted og pårørende. Skal en lykkes med dette må kommuner inngå gode avtaler med helseforetak, og avtalene må avklare partenes rettigheter og plikter.

Erfaringer viser at en del kommuner er dårlig rustet til å gi et godt tilbud til pasienter som er skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten. Intensjonen med ordningen er at kommunene skal etablere et lokalt helsetjenestetilbud som kan ta i mot alle utskrivningsklare pasienter. Dette

vil imidlertid ta tid. I mellomtiden må avtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten utformes slik at pasientene skrives ut uten at det er etablert et kommunalt tilbud, eller blir kasteballer mellom sykehusene og kommunene.

FFO er usikker på om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter vil være nok til at kommunene vil bygge ut et tilbud lokalt, og om pasientene gjennom dette tilbudet vil få forsvarlig og nødvendig helsehjelp.

For at vi skal få kunnskap om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fungerer etter intensjonen, må regjeringen sørge for at Statens helsetilsyn følger løpende på om kommunene etablerer tilfredsstillende helsetjenestetilbud. I tillegg må ordningen følges opp ved at kvaliteten på det kommunale tilbudet evalueres.

FFO er videre kritiske til at finansieringen skal overføres som frie midler. For å sikre at pengene går til oppbygging av det kommunale tilbudet, mener vi at bevilgningen bør øremerkes.

FFO ber derfor komiteen medvirke til at finansieringen for utskrivningsklare pasienter øremerkes.

Fastlegeordningen

FFO er fornøyd med at det foreslås og bevilges 50 mill. kroner til fastlegeordningen. Vi er også fornøyd med at fastlegeforskriften skal revideres, og at det vurderes å presisere innholdet i fastlegens listeansvar og å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav samt rapporteringskrav. FFO mener det er riktig å sette tydeligere krav til fastlegenes virksomhet. Dette vil kunne sikre at fastlegene tar et større ansvar for sine listepasienter. Dette vil være i tråd med målene for samhandlingsreformen.

Et mer utvidet ansvar for fastlegene vil også fordre mer tid til pasientene, i særlig grad de pasientene som har behov for særskilt oppfølging. For at dette skal skje må listetaket reduseres. 2500 pasienter på lista er for mye til at fastlegene skal ha tid til å følge opp de pasientene som særskilte behov. FFO mener derfor at listetaket gradvis må reduseres til 1500 pasienter. Dette er et tak som også støttes av Legeforeningen. Dette vil imidlertid innebære at antall fastlegehjemler må økes betraktelig. En økning av antallet fastleger vil naturligvis ta tid. En rapport utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet foreslo at det må lages en utviklingsplan som skal sikre 2500-3000 nye leger til legetjenestene i kommunene fram mot 2015.

Regjeringen har sagt at den skal til enhver tid vurdere behovet for nye legestillinger, men har ikke satt noe mål for hvor mange leger det er behov for. Dette mener vi er for svakt dersom man skal få til det som er målsetningene for den framtidige legetjenesten i kommunene. FFO er helt enig i forslaget i rapporten fra Helsedirektoratet om en utviklingsplan for rekruttering av leger.

FFO vil derfor be komiteen medvirke til at regjeringen lager en utviklingsplan for rekruttering av nye leger til kommunehelsetjenesten. FFO vil også be komiteen medvirke til at regjeringen iverksetter et arbeid med mål om å redusere maksimalt listetak for fastleger til 1500 pasienter.

Forebygging og folkehelsearbeid

Å forebygge sykdom og å redusere følger av oppstått sykdom er en av hovedpilarene i samhandlingsreformen. FFO er fornøyd med at folkehelse og forebygging får en så betydelig satsing som det regjeringen legger opp til. En del kommuner har allerede kommet i gang med viktige folkehelseiltak slik som for eksempel frisklivsentraler. Dette er positive tiltak. Utfordringen i dette arbeidet i forhold til grupper av kronisk syke og mennesker som lever med ulike funksjonshemninger er at forebygging for disse gruppene er mer omfattende enn bare det tradisjonelle folkehelsearbeidet.

FFO er opptatt av at forebyggingsinnsatsene også må omfatte mennesker som lever med funksjonshemming og kronisk sykdom. For disse gruppene handler forebygging i stor grad om aktive behandlingstiltak som er nødvendig for å kunne leve best mulig med en allerede ervervet sykdom. Det er derfor viktig at betydningen av forebyggende tiltak for kronisk syke og funksjonshemmede ikke sammenblandes med det tradisjonelle folkehelsearbeidet som foregår på flere samfunnsområder.

FFO er opptatt av at aktive forebyggingstiltak overfor ulike grupper av kronisk syke må vektlegges tydeligere enn det som er gjort i Nasjonal helse- og omsorgsplan eller i statsbudsjettet for 2012. FFO mener at forebyggingsinnsatsen overfor kronisk syke blir borte i den overordnede satsingen på folkehelsearbeid i kommunene. For å bøte på dette mener FFO at deler av midlene som skal gå til forebyggingsarbeidet må øremerkes til sekundærforebyggende arbeid.

FFO ber derfor komiteen medvirke til at regjeringen øremerker deler av finansieringen til forebyggende og helsefremmende arbeid til innsatser rettet mot kronisk syke og funksjonshemmede.

Skolehelsetjenesten

FFO er skuffet over at regjeringen kun bevilger 10 mill. kroner ekstra for å styrke skolehelsetjenesten. Vi frykter at den nedprioriterte skolehelsetjenesten ikke klarer å hjelpe det stadig økende antallet barn og unge med psykiske problemer. Dette kan gi fatale utslag for den enkelte det gjelder. I verste fall blir veien videre for mange et liv hånd i hånd med NAV og en tilværelse på uføretrygd.

I Helse direktoratets utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2010 anslås behovet for 1 500 nye årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å få et akseptabelt nivå. Helse direktoratet foreslår blant annet en nasjonal minstenorm for bemanning. Det er kommunen som har hovedansvaret for skolehelsetjenesten og dermed

ansvaret for at det settes av nok ressurser til tjenesten. En bevilgning på 10 mill. kroner mener FFO ikke monner, her kreves en nasjonal satsing.

Ifølge Stortingsmelding 22 *Motivasjon – Mestring – Muligheter* er andelen barn og unge som har psykiske plager som påvirker deres funksjonsnivå, høyest i 15-16-årsalderen. Rundt 17 prosent i denne aldersgruppen har psykiske plager. 8 prosent av unge har en psykisk lidelse med større symptomer og har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten.

I ungdomsskolene og videregående skoler viser undersøkelser at der tjenesten er regelmessig til stede over tid, blir den benyttet av 50 % av elevene til "drop-in" konsultasjoner, dette i tillegg til de ordinære konsultasjonene som følger av anbefalt program for skolehelsetjenesten.

Mangelfullt tilbud gir barn og unge med psykiske vansker en dårlig start på voksenlivet. Dårlig oppfølging i skolen, lange ventetider på behandling og mangel på lavterskeltilbud i hjemkommunen er noen av årsakene til at mange faller utenfor.

FFO er opptatt at det må etableres flere lavterskeltilbud for barn og unge ved skolene. En godt utbygd skolehelsetjeneste kan avdekke faresignaler tidlig, og kan medvirke til at eleven får den hjelpen de behøver på et tidligere tidspunkt. Dette vil på sikt føre til at færre faller fra i videregående opplæring og at færre unge havner på uføretrygd.

FFO vil også understreke at skolehelsetjenesten kan spille en langt mer aktiv rolle i forhold til overgangen mellom ungdomsskole og videregående utdanning for elever med spesielle behov. Skolehelsetjenesten må også ha en rolle i kompetanseoverføringen til personell i skolen der det er nødvendig.

FFO ber komiteen anmode Regjeringen om å komme tilbake til Stortinget med en konkret satsningsplan for skolehelsetjenesten.

Fysioterapi

FFO støttet i utgangspunktet forslaget til endring av finansieringsordningen hvor kommunene ble gitt et økt finansieringsansvar for fysioterapitjenesten slik det ble foreslått i St.prp.nr.1 (2008-2009).

FFO forutsatte imidlertid at dette ikke skulle medføre økte utgifter for pasientene eller at behandlingstilbudet til pasientene skulle reduseres. I tillegg ba FFO om at komiteen skulle etterspørre en rapportering om konsekvensene av denne endringen i statsbudsjettet for 2010.

Selv om omleggingen ikke er fullført ber FFO ennå en gang om denne konsekvensutredningen. FFO er kjent med at en rekke kommuner fremdeles velger å gi små kommunale driftstilskudd til enkelte fysioterapeuter med forventning om at de skal levere tjenester utover avtalens størrelse. Statsbudsjettet 2012 inneholder ingen økning av midlene til å øke de kommunale driftstilskuddene.

FFO erfarer at mange pasienter i dag ikke får tilgang til nødvendige fysioterapitjenester i riktig tid. Tall fra Norsk Fysioterapiforbund tyder også på en økning i ventetider. Dette har uheldige konsekvenser for mange brukere i form av forverret helsetilstand og sykehusinnleggelse. FFO mener dette er i strid med intensjonene i Samhandlingsreformen.

FFO viser i denne sammenheng også til prognose fra HELSEMOD(2009) om at det er behov for over 1000 nye årsverk innen fysioterapi i 2012.

FFO ber derfor komiteen etterspørre en konsekvensutredning av omleggingen av fysioterapitjenesten i kommunene og hvilke konsekvenser det har fått for ulike pasientgrupper.

Kap. 2751 Legemidler mv.

FFOs tilråding

- FFO ber komiteen medvirke til en heving av bagatellgrensen.
- FFO ber komiteen anmode regjeringen om at det utarbeides en ny stortingsmelding om legemiddelpolitikken.

Norge har i stor grad gode refusjonsordninger for legemidler. Alle som fyller kriteriene om alvorlighet og langvarighet får dekket sine legemidler gjennom refusjonsordningene. Til tross for det er det rom for forbedringer, dette gjelder i særlig grad raskere tilgang til nye godkjente legemidler. FFO mener at det bør vurderes om det skal lages en handlingsplan som oppfølging av stortingsmeldingen på legemiddelområdet. Vi mener at det bør vurderes om det er behov for nye virkemidler i legemiddelpolitikken syv år etter St.meld.nr.18 (2004-2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.

Bagatellgrensen

FFO mener at dagens bagatellgrense på fem mill. kroner bør justeres. Bagatellgrensen har vært uendret siden den ble innført i 2003. Dette medfører at legemidler som utgjør en utgift for trygden på mer enn fem mill. kroner fem år etter innvilgelse, må behandles av Stortinget. Dette systemet gjør at godkjenning av nye legemidler som overstiger bagatellgrensen må gå gjennom regjeringens budsjettprosesser og deretter vedtas av Stortinget.

FFO mener at dette er en ordning som forsinker tilgangen til nye og godkjente medisiner, slik at pasienter må vente kanskje opp til et år før et legemiddel blir godkjent for refusjon. FFO mener at bagatellgrensen er alt for lav og begrenser unødvendig. FFO ber derfor komiteen medvirke til en heving av bagatellgrensen, anslagsvis til 25 mill. kroner.

Ny stortingsmelding?

Den forrige stortingsmeldingen om legemiddelpolitikken kom i 2005 og inneholdt mange viktig tiltak for å nå målsetningene om riktig legemiddelbruk. Mange av tiltakene er gjennomført, men det er allikevel behov for å få en ny gjennomgang for å utvikle legemiddelpolitikken videre. FFO mener det er behov for å se på blant annet bagatellgrensen, forhåndsgodkjent og individuell refusjon og forholdet mellom disse to ordningene. Det er videre behov for en gjennomgang av informasjon om legemidler til pasienter, samt bruken av legemiddeløkonomiske analyser.

FFO mener derfor det er behov for å ha en ny gjennomgang av feltet og ber komiteen foreslå at det utarbeides en ny stortingsmelding om legemiddelpolitikken.