

Statsbudsjettet 2014

FFOs MERKNADER TIL STORTINGETS HELSE- OG OMSORGSKOMITÉ

12.11.2013

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 funksjonshemning 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 23. november 2012 oversendte FFO sine hovedkrav til statsbudsjettet for 2014, der vi prioriterte fire hovedsatsningsområder:

- Å sikre levekår og tjenestetilbud til barn og unge med funksjonshemninger og deres familier
- Å få gode tilbud om habilitering og rehabilitering
- Å få komme i arbeid
- Å kunne velge hvor en vil bo

Kravene dannet utgangspunkt for møte i Kontaktutvalget mellom regjeringen Stoltenberg og FFO 15. januar 2013. De endelige kravene til statsbudsjettet for 2014 ble oversendt 18. januar 2013, og ble stilet til 10 ulike statsråder og omfatter 82 krav. Noen av kravene er likelydende, men stilet til forskjellige departementer.

Oslo, 12. november 2013



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

Innhold

Forord	2
Kap.732 regionale helseforetak	4
Sosiale helseforskjeller	5
Kap.733 Habilitering og rehabilitering	6
Kap.761 Omsorgstjenester	9
Kap.762 Primærhelsetjenester	11
Kap.764 Psykisk helse	14
Kap.770 Tannhelsetjenester	15
Kap.2752 Refusjon av egenbetaling	16

Kap.732 regionale helseforetak

FFOs tilråkning

- FFO anmoder komiteen om å bidra til at forslaget om å øke ISF fra 40 til 50 prosent avvises.

ISF sett i forhold til prioritering av pasienter

FFO er skeptisk til regjeringens forslag fremmet i tilleggsproposisjonen, om å øke ISF andelen fra 40 til 50 prosent. Dette vil innebære at en større andel av bevilgningen til helseforetakene skal knyttes til aktivitetsbasert finansiering. Det er viktig at det er et innslag av innsatsstyrt finansiering i sykehusene for å stimulere til økt aktivitet. Imidlertid er det en klar fare å ha for stort innslag av ISF-finansiering, fordi dette kan gi vridninger som gjør at de mest lønnsomme pasientene prioriteres. Et system der pasienter som ikke gir så god uttelling økonomisk mener FFO vil gå ut over pasienter med kroniske sykdommer, funksjonshemmede og pasienter med sammensatte sykdomsbilder. Disse pasientene tar ikke ISF systemet høyde for.

Tidligere erfaringer med høy andel av aktivitetsbasert finansiering viser at faren for vridninger av tjenestene øker ved økende andel av innsatsstyrt finansiering. I 1999 utgjorde ISF 50 prosent av sykehusenes inntekter, men dette ble senere redusert til 40 prosent på grunn av negative vridningseffekter. Effektene dokumenteres også gjennom en rapport utarbeidet av TNS Gallup på vegne av Sosial- og helsedirektoratet i 2007.

"Nærmere 70 prosent av de spurte mener at ISF-ordningen påvirker prioritering av pasienter i noen grad. Nesten en fjerdedel mener ordningen påvirker prioriteringer av pasienter i stor eller svært stor grad." ¹

Basert på tidligere negative erfaringer mener FFO at innslaget av ISF-finansiering ikke skal høyere enn 40 prosent. Vi mener det vil føre til en enda tydeligere nedprioritering av pasienter med kroniske og sammensatte sykdommer og føre til at insentivene til å prioritere de mest lønnsomme pasientene blir for sterk.

En høy grad av innsatsstyrt finansiering vil vri prioriteringene i spesialisthelsetjenesten. ISF-finansiering på 50 prosent vil ikke stimulere til prioritering av pasienter som har varige, kroniske sykdomstilstander eller pasienter med sammensatte behov. FFO mener en økt ISF-finansiering vil løfte frem de lønnsomme pasientene og gå ut over behandlingstilbudet til pasienter med kroniske sykdommer og sammensatte behandlingsbehov.

FFO vil be komiteen medvirke til at forslaget om å øke andelen av den innsatsstyrte finansieringen til 50 prosent avvises.

¹ Spørreundersøkelse gjennomført av TNS Gallup på vegne av Sosial- og helsedirektoratet blant administrerende direktører, økonomidirektører, fagdirektører og avdelingsledere ved landets helseforetak, sykehus og klinikker i juni 2007

Sosiale helseforskjeller

FFOs tilrådning

- *FFO ber komiteen anmode regjeringen om at det iverksettes en mer målrettet og konkret innsats for å redusere sosiale helseforskjeller.*

Mer målrettet og konkret innsats

Sammenhengen mellom inntekt og helsesituasjon er godt dokumentert. Utjevning av levekårsforskjeller er derfor også god helsepolitikk. FFO er skuffet over at regjeringen i sin tilleggsproposisjon velger å gi store skattelettelser til de aller rikeste, uten å iverksette tiltak som kunne utjevne noe av levekårsforskjellene i befolkningen.

Økende sosiale helseforskjeller er en stor utfordring for samfunnet. Problemet er tversektorielt, noe som kompliserer bildet. De store helseforskjellene mellom bydeler og mellom landsdeler er uakseptable og trenger myndighetenes (fulle) oppmerksomhet.

Mange funksjonshemmede og kronisk syke har omfattende utgifter som følge av egen helsesituasjon. FFO mener at det samlede merutgiftsnivået i forbindelse med sykdom og funksjonshemming må bygges ned. Samtidig må det føres en generell utjevningsspolitikk som styrker levekårene til mennesker som faller utenfor det ordinære arbeidslivet. De viktigste innsatsene for å få dette til er høy sysselsettingsgrad, økonomisk utjevning, og å hindre frafall i videregående skole. Regjeringen må ha en vedvarende og tydelig innsats på disse områdene.

Helsetjenestene skal være likt fordelt i befolkningen, og tilgjengelig uavhengig av inntekt, bosted og sosial status. Det vi likevel ser er at de mest ressurssterke lettere får tilgang til helsetjenester. Ikke nødvendigvis fordi de har større behov, men fordi de kjenner sine rettigheter bedre. De kjenner også klagemulighetene, og kan presse på for å få raskere behandling. Dette er et forhold som forsterker de sosiale helseforskjellene, og det er behov for innsatser som kan motvirke dette. God informasjon om rettigheter og klageadgang er viktig, i tillegg til kunnskap om grunnleggende prinsipper i helsetjenesten, som at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av inntekt, bosted eller sosial status.

Studier som er gjennomført på dette området peker på utdanning som den sterkeste variabelen bak sosiale helseforskjeller i Norge, i tillegg til noen strukturelle forhold i samfunnet. Den rødgrønne regjeringen har i kapitlet om folkehelsepolitikken trukket frem utjevning av levekår, reduisering av økonomiske forskjeller, grunnleggende økonomisk trygghet, sosial boligpolitikk og tilknytning til arbeidslivet som de viktigste virkemidlene mot sosiale helseforskjeller. De generelle innsatsene er bra, men FFO savner konkrete tiltak som retter seg direkte mot grupper i samfunnet som opplever dårlig helse på grunn av svak tilknytning til arbeidslivet, dårlig økonomi og dårlig boligstandard.

FFO oppfatter at arbeidet med å redusere de sosiale helseforskjellene ligger på et sektorovergripende og overordnet nivå. Vi oppfordrer komiteen til å foreslå at det iverksettes en mer målrettet og konkret innsats for å redusere sosiale helseforskjeller i Norge.

Kap.733 Habilitering og rehabilitering

FFOs tilrådning

- FFO ber komiteen anmode regjeringen om i løpet av 2014 å legge frem en opptrappingsplan for kapasitet, kvalitet og kompetanse innen habilitering og rehabilitering.
- FFO ber komiteen om å bevilge 22 mill. kroner til utvikling og utprøving av modeller for spesifikk habilitering og rehabilitering i kommunene.
- FFO ber komiteen om å doble antall plasser i ordningen med behandlingsreiser til utlandet fra 3000 til 6000.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

God habilitering og rehabilitering for funksjonshemmede og kronisk syke er en nødvendig investering i den enkeltes mulighet for mestring i hverdagen, og i bedre helse og livskvalitet. Det er også svært god samfunnsøkonomi fordi flere kan stå i jobb, og det sparer ressurser i trygdevesen og helsevesen.

Med samhandlingsreformen har kommunene fått et tydeligere ansvar for oppfølging av pasienter, og presset på helsetjenestene er økende. Det er utfordrende for kommunene å følge opp pasienter som trenger opptrening etter sykehusopphold samtidig som de skal ivareta kronisk syke og funksjonshemmede med behov for planlagte og koordinerte tjenester innen habilitering og rehabilitering – slik de er lovpålagt å gjøre. Dette brytes i norske kommuner hver dag over hele landet – med store konsekvenser for den enkelte og for samfunnet.

Det er mangelfull kunnskap i kommunene om hva habilitering og rehabilitering er, og hvordan tilbudet skal organiseres og utformes for at tilbudet skal ha høy kvalitet. Kommunene har i stedet fokus på hverdagsrehabilitering, som er opptrening og tiltak for eldre slik at de kan bo hjemme så lenge som mulig. Det er bra og nødvendig for de det gjelder, men det er FFOs påstand at dette går på bekostning av andre brukergrupper. At funksjonshemmede og kronisk syke ikke får et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud i kommunene får store negative konsekvenser for den enkelte, og vil sannsynligvis føre til stort press på fremtidige ressurser i helse- og omsorgssektoren.

FFO har i valgkampen satt habilitering og rehabilitering på dagsorden, og det er bred enighet i alle politiske leire om at det trengs et løft innen habilitering og rehabilitering. Solbergregjeringen har gitt positive signaler i sin plattform, der de går inn for både fritt rehabiliteringsvalg og en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Det viktigste området som må ivaretas i en opptrappingsplan er kommunal habilitering og rehabilitering. FFO er også positive til de signalene som gis i Tilleggsproposisjonen om at regjeringen ønsker å utnytte den kapasiteten som de private rehabiliteringsinstitusjonene har, samt bedre rammevilkårene ved å sikre forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser.

I kommunene er det store utfordringer knyttet både til kvalitet, kapasitet og kompetanse når det gjelder habilitering og rehabilitering. Disse elementene henger tett sammen for å få en god tjeneste, og det er ikke mulig å løse situasjonen ved bare å satse på ett av dem.

FFO ber derfor komiteen om å foreslå at det legges frem en opptrappingsplan for kapasitet, kvalitet og kompetanse innen habilitering og rehabilitering.

Bevilgning til spesifikk rehabilitering i kommunene.

Det settes ikke av midler til spesifikk habilitering og rehabilitering for funksjonshemmede og kronisk syke i kommunene i forslaget til statsbudsjett for 2014. Regjeringen har hatt stort fokus på såkalt hverdagsrehabilitering, og det bærer også budsjettforslaget preg av. Dette er tverrfaglig innsats i kommunene for å styrke eldre mennesker i eget hjem, ofte gjennomført av ufaglært personell under supervisjon av ansatte med profesjonsutdanning. I budsjettforslaget settes det av 22 mill. kroner til utvikling og utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering i kommunene. Det er bra og nødvendig for de som trenger det, men FFO mener det er nødvendig å gjøre noe med den lave innsatsen overfor folk som lever med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger og som har behov for spesifikk habilitering og rehabilitering for å opprettholde helse og arbeidsfunksjon.

FFO har merket seg regjeringens ambisiøse satsing på habilitering og rehabilitering i Sundvolden-plattformen. Vi håper på en rask og god oppfølging fra regjeringens side rundt dette.

For å komme i gang med dette arbeidet allerede i 2014, foreslår vi at det gis en egen bevilgning til spesifikk habilitering og rehabilitering i kommunene på samme nivå som den som gis til hverdagsrehabilitering. Det er viktig å få opp gode modeller og piloter for spesifikk habilitering og rehabilitering til funksjonshemmede og kronisk syke i kommunene.

FFO ber derfor komiteen om å foreslå en bevilgning på 22 mill. kroner til utvikling og utprøving av modeller for spesifikk habilitering og rehabilitering i kommunene. Bevilgningen kan skje over kap. 761, post 21 og kap.762, post 60.

Post 70 Behandlingsreiser

Behandlingsreiser til utlandet er et viktig tilbud til mennesker med behov for behandling i varmt klima, sol og sjø, spesielt i den kalde årstiden her hjemme. Ordningen er et supplement til behandlingstilbud i Norge, og det er en forutsetning at det ikke skal kunne erstattes av noe tilsvarende her. Behandlingsreiser har god effekt på helse, funksjon, livsmestring og livskvalitet for de det gjelder.

Antall plasser i ordningen med behandlingsreiser til utlandet har nærmest stått stille siden ordningen ble permanent i 1997, og behovet er mye større enn tilbudet. I 2011 var tallet på innvilgede plasser spesielt lavt. Til tross for at oppdragsdokumentet sa at 3 000 skulle få innvilget opphold var det bare 2 420 som fikk det. Behovet er anslått til rundt 6 000 personer årlig, blant de gruppene som allerede er inne i ordningen.

Solbergregjeringen sier i sin plattform at den vil styrke ordningen med behandlingsreiser til utlandet, og utvide den med nye grupper. Dette er gledelig. Stortingets helse- og omsorgskomite har ved flere anledninger støttet ordningen, og i tillegg har komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti uttalt følgende:²

² Budsjettinnstilling S.nr.11 (2011-2012)

- *"Mange pasienter får avslag på søknad om behandlingsreiser til utlandet. Dette er uheldig, siden mange har svært god effekt av slike behandlingsreiser, blant annet kan flere stå i jobb og medisinbruk reduseres."*

De samme medlemmene ba ved budsjettbehandlingen i fjor om at bevilgningen måtte økes i forhold til regjeringens forslag.

FFO oppfordrer komiteen til å komme flere pasienter i møte ved at bevilgningen økes slik at antall plasser i ordningen dobles og det kan gjennomføres 6.000 behandlingsreiser til utlandet i 2014. Bevilgningen må utvides i tråd med dette.

Kap.761 Omsorgstjenester

FFOs tilrådning

- FFO ber komiteen om å følge opp tidligere stortingsvedtak om at ingen funksjonshemmede under 50 år skal bo i alders- eller sykehjem.
- FFO ber komiteen etterspørre et lovforslag om rettighetsfesting av BPA der timebehov ikke er med i beregningen.

Unge i sykehjem

Det rapporteres i budsjettproposisjonen at det i 2012 var 150 personer under 50 år som var bosatt i alders- og sykehjem. Dette er 13 flere enn året før. 37 av disse ønsker ifølge proposisjonen annet botilbud og det foreligger flytteplaner for 16 personer.

FFO har i flere år uttrykt usikkerhet om tallene som legges frem på hvor mange unge som er bosatt i alders- og sykehjem. I møte med politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2012 ble FFO informert om at det var opp til kommunene hvordan de definerer hva som er alders- og sykehjem. Samtidig ble det sagt at opphold på sykehjem når man har egen inngang, er å forstå som egen bolig og derfor i orden.

Dette er, etter FFO oppfatning, stikk i strid med tidligere signaler og vedtak. Stortingets holdning har vært at unge funksjonshemmede ikke skal bo på institusjon beregnet på eldre. Det har dessuten vært Stortingets mål at alle i denne gruppen skulle flyttes innen utgangen av 2005.

Kan vi ta inn sitat?

FFO ber på denne bakgrunn komiteen følge opp tidligere stortingsvedtak om at ingen funksjonshemmede under 50 år skal bo i alders- eller sykehjem.

Post 66 Brukerstyrt personlig assistanse

Stoltenbergregjeringen la i 2013 frem et lovforslag om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for brukere med stort behov. FFO var i vår høringsuttalelse positiv til en lovfesting av BPA, men vi var kritiske til de mange begrensningene i lovforslaget. Reaksjonene fra opposisjonspartiene tydet på at også de oppfattet dette som et dårlig forslag.

FFO var spesielt kritisk til avgrensningen i forslaget om at stort behov kun skal handle om antall timer. Samtidig skal de fleste sentrale behov knyttet til timer holdes utenfor beregningen; slik som helsetjenester, støttekontakt og avlastning. Det skal heller ikke være mulig å få assistanse på tvers av kommunegrensene, eller om natten. I realiteten er disse begrensningene i konflikt med grunnprinsippet i hva BPA-ordningen er tenkt å være, en ordning som skal gi folk frihet til å styre tjenestene sine selv og bidra til en selvstendig livssituasjon.

Utfra de timekravene og tjenestebegrensningene som er foreslått vil resultatet være at mange med stort behov for en BPA-ordning vil falle utenfor retten til ordningen. De vil fortsatt være prisgitt kommunens vurderinger og praksis, og det er stor fare for at den vil bli strengere. Vi tror mange kommuner vil benytte muligheten til å avgrense ordningen til kun å omfatte de få som vil falle inn i BPA-ordningen etter de nye reglene. Det kan ikke være hensikten med en rettighetsfesting.

FFO ber derfor komiteen om å etterlyse et lovforslag med helt andre betingelser i inngangskriteriene. FFO mener at det i prinsippet må være tilstrekkelig å dokumentere stort behov for ordningen. FFO ber også komiteen understreke at kravene for å få en BPA-løsning må drøftes direkte med brukerorganisasjonene.

Kap.762 Primærhelsetjenester

FFOs tilrådning

- FFO ber komiteen medvirke til at det innføres kompetansekrav i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- FFO anmoder komiteen om å bidra til at ansvaret for koordinering av pasientforløp blir tydelig definert i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner.
- FFO ber komiteen foreslå at grupper av kronikere og funksjonshemmede som ikke kan nyttiggjøre seg ordinære forebyggingstilbud, blir inkludert i kommunale forebyggingsstrategier.
- FFO ber komiteen anmode regjeringen om å lage en opptrappingsplan for rekruttering av nye fastleger.
- FFO ber komiteen støtte forslaget om å bevilge 180 mill. kroner til helsestasjon og skolehelsetjenesten, og samtidig understreke i innstillingen at det er behov for tilsvarende bevilgninger de nærmeste årene.
- FFO vil be komiteen foreslå at ordningen med gratis skolefrukt på ungdomstrinnet opprettholdes.

Kompetansekrav inn i lov

FFO har siden forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble lagt fram av den rød-grønne regjeringen høsten 2010 hevdet at det er behov for å stille tydelige kompetansekrav overfor kommunene. Loven stiller ingen slike krav, og mange kommuner har derfor ikke bygd opp nødvendig kapasitet på sentrale tjenesteområder som fysioterapi, ergoterapi og sykepleie. Det fører til at mange pasienter ikke får nødvendige tjenester utført av fagpersonell. FFO mener at pasientene må kunne forvente et helsetjenestetilbud der tjenestene utføres av faglig godkjent personale.

En undersøkelse utført av Fysioterapeutforbundet kan stå som eksempel på dette. Den viser en betydelig underdekning av fysioterapeuter i kommunene.

Det skyldes en betydelig nedgang i antall hjemler etter at kommunene overtok finansieringsansvaret fra staten. Konsekvensen er lengre ventelister og et dårligere tilbud til kronikere og andre sårbare grupper. Denne utviklingen er svært negativ og tydeliggjør behovet for å innføre klare kompetansekrav i lovverket.

FFO er tilfreds med at regjeringen i Sundvolden-plattformen sier at den ønsker å innføre kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. FFO ber komiteen om å medvirke til at det innføres kompetansekrav i denne loven fra 2014.

Manglende koordinering av pasientforløp

FFO mener at samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner ikke sikrer nødvendige tiltak for koordinering av tjenester til pasienter og brukere som har sammensatte behov, og som trenger et helhetlig pasientforløp. Dette framgår også av budsjettproposisjonen, der viktige utfordringer knyttet til pasientforløp beskrives:

"det er pasienter som opplever brudd og svikt i helsetilbudet, og særlig i overgangen mellom sykehus og kommuner³

FFO mener at det mangler en god del på å få etablert sammenhengende pasientforløp. Noe av forklaringen til dette er at avtalene mellom helseforetak og kommuner ikke er klare nok når det gjelder ansvars plasseringen for pasientforløpene. FFO mener at koordinering av pasientforløp må få nødvendig prioritering i samarbeidsavtalene og vi ber komiteen understreke dette i sine merknader.

Forebyggingstilbudet

FFO er tilfreds med at arbeidet med samhandlingsreformen trappes opp gjennom etablering av flere frisklivssentraler. Det viktigste for ulike grupper av kronikere og folk som lever med funksjonshemninger er imidlertid etableringen av kommunale lærings- og mestringssentra. Dette arbeidet startes nå opp og det foreslås blant annet midler til et modellforsøk for voksne med diabetes.

FFO savner imidlertid konkrete tiltak for mange grupper av kronikere og funksjonshemmede som ikke kan benytte ordinære frisklivs- eller forebyggingstiltak. Dette er grupper som trenger forebyggingsaktivitet som ligner mer på ordinære behandlingstilbud i kommunehelsetjenesten, som for eksempel fysioterapi for å opprettholde eget funksjonsnivå.

FFO ber komiteen understreke viktigheten av at kronikere og funksjonshemmede som ikke kan nyttiggjøre seg ordinære frisklivs- eller forebyggingstiltak, inkluderes i de kommunale forebyggingsstrategier og at det etableres egne tilbud til ulike kronikergrupper og funksjonshemmede.

Allmennlegetjenesten

Allmennlegetjenesten er styrket blant annet gjennom den reviderte fastlegeforskriften. Den gir legene et utvidet ansvar for pasientene, og bedre tilgjengelighet til legetjenester for pasientene. Som en tjeneste alle har behov for jevnlig er fastlegene grunnsteinen i helsetjenesten. Det er viktig å se tilgjengelighet til fastlegen opp mot samhandlingsreformen og de mange oppgavene som er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

For å nå målene i samhandlingsreformen er det behov for flere fastleger, særlig i utsatte distrikter. Stoltenbergregjeringen opprettet i 2012 et rekrutteringstilskudd som skal stimulere til etablering av nye fastlegehjemler og stillinger, og redusere antallet ubesatte hjemler. I følge budsjettproposisjonen for 2014 er den naturlige veksten i antall hjemler 60 - 80 hjemler i året. Dette er ikke tilstrekkelig for å dekke behovet. Rekrutteringstilskuddet skal sikre rekruttering ut over den naturlige veksten, men effekten er høyst usikker. I en rapport⁴ beregnes behovet til 2500 nye fastlegehjemler innen 2015. Dagens rekrutteringsnivå ligger svært langt bak dette nivået.

FFO har tidligere tatt til orde for å lage en opptrappingsplan for rekruttering av nye fastleger, med klare måltall. Regjeringen sier i sin plattform at den vil komme med en handlingsplan for tilgjengelighet, kvalitet og kompetanse i fastlegeordningen. Vi tolker dette slik at regjeringen ser behovet for flere fastleger, bedre kvalitet og økt pasientsikkerhet for å nå samhandlingsreformens mål og intensjoner.

³ Prop1 S (2013-2014)

⁴ Helsedirektoratet12/2008: Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene

FFO ber på denne bakgrunn komiteen foreslå at det snarest legges frem en opptrappingsplan for fastlegetjenesten.

Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten er et viktig lavterskeltilbud som alle elever skal ha tilgang til. Det er i dag for liten kapasitet i tjenesten til å dekke det reelle behovet. Skolehelsetjenesten kan fange opp faresignaler tidlig, og hjelpe elevene med å få den hjelp og oppfølging de trenger.

Frafall i videregående skole er en av de viktigste årsakene til at ungdom ikke får utdanning eller kommer i ordinært arbeid, og dette får store konsekvensene for den enkelte og for samfunnet.

En god skolehelsetjeneste er den beste forbyggende innsatsen for barn og unge, og det er svært viktig at denne tjenesten blir styrket. FFO vil derfor be komiteen støtte forslaget om å styrke helsestasjon- og skolehelsetjenesten med 180 mill. kroner. Det er en god start, som vil gi rundt 300 nye stillinger. I følge Helsedirektoratet er det behov for totalt 1500 nye stillinger i tjenesten. FFO mener derfor man må følge opp med en lignende satsing de neste fire årene, til målet om 1500 nye stillinger er nådd. Vi ber komiteen om å støtte dette i sin innstilling.

Gratis frukt i skolen

FFO er særdeles kritisk til regjeringens forslag om å fjerne ordningen med gratis frukt på ungdomstrinnet. Dette har vært en vellykket ordning der elever som i utgangspunktet spiser lite frukt og grønt får en gratis frukt hver dag. Regjeringen ønsker i sitt budsjettforslag å endre ordningen til en abonnementsordning der elevene selv må betale for frukten. En slik betalingsløsning viser seg ikke å treffe de som trenger det mest. Undersøkelser har vist at det er de elevene som spiser frukt til daglig, som også abonnerer på frukt. De elevene som hadde trengt det mest, abonnerer i minst grad.

FFO mener at gratis frukt i skolen har sikret at mange elever har spist frukt og av den grunn også har droppet mer usunne alternativer, noe som har en positiv effekt både på læring, og på helsen. FFO mener det er feil å ta vekk en ordning som har fungert godt og har vært populær blant elevene.

FFO vil be komiteen foreslå at ordningen med gratis skolefrukt på ungdomstrinnet opprettholdes.

Kap.764 Psykisk helse

FFOs tilråkning

- FFO ber komiteen støtte regjeringens forslag om at bevilgningen til Psykisk helse i skolen opprettholdes.
- FFO ber komiteen om å anmode regjeringen om en fortsatt styrking av psykologtjenestene i kommunene.

Psykisk helse i skolen

I budsjettforslaget for 2014 foreslås det at programmene Psykisk helse i skolen utfases og avsluttes mot at midlene overføres til arbeid og psykisk helse i kommunene. Flere av programmene retter seg mot videregående skole og har fokus på psykisk helse, psykososialt miljø, tilhørighet og med uttalte mål om å styrke gjennomføringen av videregående opplæring. Forskning de siste årene viser at psykososiale problemer er den største enkeltfaktoren til at ungdom faller ut av videregående skole⁵.

FFO reagerte sterkt på at midler ble foreslått tatt fra forebyggingsinnsatser for barn og unge og overføres til rehabilitering av voksne innen arbeid og psykisk helse. Frafall i videregående skole er en stor samfunnsmessig utfordring og forebyggende innsatser er etterspurt både politisk og av skolene selv.

FFO ble derfor positivt overrasket da regjeringen i sin tilleggsproposisjon foreslo at Psykisk Helse i skolen skal opprettholdes.

En uventet endring i tildelingen til organisasjonene som jobber med denne viktige satsingen, ville satt organisasjonene i en vanskelig situasjon. Å skulle gå vekk fra disse programmene ville gjøre det vanskeligere for mange ungdommer å takle sine psykiske helseproblemer og fullføre skolegangen.

FFO ber derfor komiteen støtte regjeringens forslag om å opprettholde at Psykisk helse i skolen.

Flere psykologer i kommunehelsetjenesten

FFO er glad for satsingen på 40 mill. kroner til å styrke kompetansen knyttet til det psykiske helsearbeidet i kommunene. Med denne bevilgningen kan kommunene starte rekrutteringen av psykologer. Ansatte psykologer vil gi kommunene nødvendig kompetanse på det psykiske helsefeltet, og de kan drive både behandling og forebyggende arbeid. Mennesker med psykisk sykdom bor og lever sine liv i kommunen, og det er derfor viktig at kommunen kan gi et tilbud til denne pasientgruppa lokalt.

FFO ser imidlertid at 40 mill. kroner ikke er tilstrekkelig til å dekke behovet i alle kommuner. Det er derfor nødvendig med en videre opptrapping av finansieringen av psykologtjenestene i kommunene fremover. FFO ber komiteen foreslå en fortsatt styrking av psykologtjenestene i kommunene.

⁵ I Markussen og Seland (2012) oppgir 21 prosent dette som den viktigste faktoren.

Kap.770 Tannhelsetjenester

FFOs tilrådning

- FFO ber komiteen foreslå å videreføre den rødgrønne regjeringens påbegynte utredningsarbeid om finansiering av tannhelsetjenester, herunder modeller for en takordning.

Utredning av tannhelse

Kostnader ved tannhelsetjenester dekkes i stor grad av den enkelte, bortsett fra de som får refusjon gjennom folketrygden og de som er omfattet av den offentlige tannhelsetjenesten. Kostnadene ved tannbehandling kan for mange være betydelige. Mange med svak økonomi oppsøker ikke tannlege for nødvendig tannbehandling. Det får negative konsekvenser både sosialt og ernæringsmessig for mange. FFO mener at munnhulen og tennene må defineres som en del av kroppen, og at staten må ta et større økonomisk ansvar for tannhelsetjenester.

FFO mener at satsingen på tannhelsefeltet er for svak. Det skjer mye positivt rundt kompetanseøkning og etablering av tannhelsetjenester i sykehus, men vi etterlyser resultater av det utredningsarbeidet som den rødgrønne regjeringen angivelig hadde satt i gang. Allerede i tiltredelseserklæring Soria-Moria II stod det at:

"Vi har som mål at det offentlige gradvis skal ta et større ansvar på tannhelsefeltet, og utrede ulike modeller med sikte på at det etableres et tak på hvor mye den enkelte selv skal dekke av utgifter til nødvendig tannbehandling."

FFO var derfor fornøyd ved fremleggelsen av fjorårets statsbudsjett der det stod at:

"Det er satt i gang et utredningsarbeid om ulike modeller for finansiering av tannbehandling, inkludert modeller for egenandelstak." ⁶

Dette ga oss håp om at det ville komme et konkret forslag om et større offentlig ansvar på tannhelsefeltet i statsbudsjettet for 2014. Skuffelsen var derfor stor da det ikke ble lagt frem et konkret forslag og at utredningsarbeid ikke ble omtalt. FFO finner dessverre heller ingen signaler i tilleggsproposisjonen fra regjeringen om de ønsker å se på finansieringsordningen for tannhelsetjenester.

FFO mener det er stort behov for et utredningsarbeid om det offentliges ansvar på tannhelsefeltet. Vi ber derfor komiteen foreslå å videreføre det arbeidet som er igangsatt slik at det offentlige skal ta et større ansvar på tannhelsefeltet og at det utredes modeller for en takordning for egenandeler.

⁶ Prop.1 S (20012-2013)

Kap.2752 Refusjon av egenbetaling

FFOs tilrådning

- FFO ber komiteen understreke viktigheten av at regjeringen opprettholder universelle egenandelsordninger på et lavt nivå.
- FFO ber komiteen avvise forslaget om å øke bagatellgrensen fra 100 til 200 kr.
- FFO ber komiteen vedta forslaget i Prop 1 S (2013-2014) om å doble satsen for overnatting fra 350 kr til 700 kr, og dermed avvise regjeringens forslag om kutt i denne satsen med 200 kr.

Fortsatt lave egenandeler

FFO mener at dagens egenandelsregime fungerer bra. I de siste årene har Storting og regjering lagt seg på en praksis der en justerer egenandelsnivået i takt med prisstigningen. Det bidrar til en forutsigbar situasjon for folk som lever med funksjonshemming eller kroniske sykdommer og som betaler høye egenandeler og det fungerer utjevne. Vi mener også at universelle egenandelsordninger er det beste for å sikre lik tilgang til helsetjenester for alle, uavhengig av økonomisk evne.

FFO er kjent med at det har vært en debatt mellom regjeringspartiene rundt hvordan egnedsregimet skal innordnes. Høyre tok i forkant av valgkampen til orde for en mer differensiert egenbetalingsordning, og at visse tilstander skal utløse høyere egenandel. FFO vil advare mot å innføre differensierte egenandelsordninger, der noen tjenester skal belastes med høyere egenandeler. Problemet med differensierte egenandeler er at det vil være vanskelig å dra klare og entydige grenser mellom hva som skal ilegges høyere egenandel og hva som ikke skal røres. Her kan det oppstå problematiske gråsoner i tillegg til at det krever mer administrasjon.

Et felles egenandelsregime som gjelder for alle er en garanti for likebehandling, og for at folk skal kunne benytte nødvendige helsetjenester når de har behov for det - uavhengig av økonomisk evne. Universelle ordninger sikrer et forutsigbart og rettferdig system som har stor tilslutning i befolkningen. Det vil være lite hensiktsmessig å endre en godt fungerende ordning ved å differensiere mellom ulike pasientgrupper.

Tall fra budsjettproposisjonen viser at utgiftene til egenandeler gikk ned med 2 prosent fra 2011 til 2012. I samme periode ble det utstedt 46 000 færre frikort under egenandelstak 1. Det indikerer at frikortordningen er på et akseptabelt nivå, og at utgiftene er under god kontroll.

FFO har merket seg at regjeringen i⁷Sundvolden-plattform sier at den *"vil sikre et godt helsetilbud til alle ved å holde egenandelene på et lavt nivå."*

Dette tolket FFO som at regjeringen ønsker å videreføre dagens universelle egenandelsordning og holde den på et lavt nivå. FFO ble derfor overasket over at regjeringen foreslår å øke egenandelene i Tak-1 ordningen gjennom å øke bagatellgrensen fra 100 til 200 kr. Dette innebærer en økning i de samlede egenandelene på dette området

⁷ Politisk plattform utgått fra Høyre og Fremskrittspartiet

med 37 mill. kroner. FFO er kritisk til en slik økning fordi det vil bidra til at en god del pasienter vil få økte utgifter til egenandeler. Dette er en utvikling FFO ikke kan støtte. Forslaget står også i kontrast til regjeringens egen formulering i Sundvolden-plattformen om å holde egenandelene på et lavt nivå.

Stoltenberg-regjeringen har i sitt budsjettforslag foreslått en dobling av dagens refusjonssats til 700 kroner for at pasientene skal kunne få dekket de reelle utgiftene til overnatting ved sykehusbehandling. Vi er derfor skuffet over at regjeringen velger å redusere den foreslåtte økningen av refusjonsbeløpet med 200 kroner. FFO mener at regjeringen gir feil signaler i egenandelspolitikken ved å redusere den foreslåtte satsen.

FFO ber komiteen om å understreke at egenandelsordningen må fortsatt være universell og at politikken med lave egenandeler må opprettholdes. FFO ber komiteen opprettholde forslaget i Prop 1 S (2013-2014) om å øke satsen for overnatting ved lang reisevei for pasienter som skal til poliklinisk behandling eller dagbehandling. Og dermed å avvise regjeringens forslag om å kutte denne satsen med 200 kr.