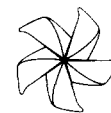


Sosialdepartementet	
Saksnr.: 200400689	Dok.nr.: 88
Arkivkode: 311.31	Journ.datu 22.06.04
Avd.: SKO	Saksbeh.:
U.off.:	



Kreft
foreningen

Sosialdepartementet
Postboks 8019 Dep.
0030 OSLO

Oslo, 18. juni 2004

Vår ref.: 200400469/1

Deres ref.: 200400689

Saksbehandler: Sidsel Sandvig

Att.: Fung. ekspedisjonssjef Jo Flydal

Vedrørende Høringsnotat brukerbetaling pleie - og omsorgstjenester

I forbindelse med høringsnotat av 23. mars 2004 fra Sosialdepartementet, Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester, ønsker Kreftforeningen å kommentere på spørsmål 3, *Bør staten fastsette regler for nivået på brukerbetaling, og i tilfelle i hvilken grad, eller bør dette være opp til den enkelte kommune å avgjøre?* Vi begrenser oss til uttalelse om konsekvenser i endret brukerbetaling av pleie og omsorgstjenester som berører kreftpasienter under kurativ og palliativ behandling.

Kreftforeningen støtter høringsnotatets føringer om viktigheten av at betalingsordningene må være enkle å forstå både for pasient, pårørende og kommune. Det er viktig med enkel saksbehandling som er lett å administrere, og som sikrer fleksibilitet for pasientens behov for individuelle løsninger.

Kreft - en økende helse og samfunnsutfordring

Utviklingen i kreftbildet i Norge viser at antall årlige nye krefttilfeller i 2020 vil være omtrent 26 prosent høyere enn i dag (jfr. Nasjonal kreftstrategi, overlevert Helsedepartementet 15.6.04). Den viktigste årsaken til økningen i antall nye krefttilfeller er økt antall eldre i samfunnet. Til enhver tid er det omtrent 155.00 nordmenn som lever med en kreftdiagnose, en økning på 40 prosent de siste årene. Dette skyldes at flere blir helbredet, flere lever lenger med sin kreftsykdom og antall nye krefttilfeller øker. I tillegg til pasientene, blir mange mennesker berørt både emosjonelt, sosialt og økonomisk ved at mor/far/barn rammes. Svært mange mennesker må derfor, direkte eller indirekte, forholde seg til kreftsykdom og de sosiale og økonomiske konsekvensene det gir.

Kreftpasienter behandles i dag ofte poliklinisk med korte innleggelser i sykehus. Pasientene bor hjemme, og den medisinske behandling følges opp av fastlegen med kontroller på sykehuset. Pasientene mottar kommunale tjenester som hjemmesykepleie, hjemmehjelp og lignende, både i kurativ og palliativ fase. I livets slutfase kan det være behov for ambulante palliative team, avlastnings opphold eller fast opphold i palliative enheter i sykehjem, avhengig av sykdomsforløp og symptomer.

Sosialdepartementets spørsmål 3, Bør staten fastsette regler for nivået på brukerbetaling, og i tilfelle i hvilken grad, eller bør dette være opp til den enkelte kommune å avgjøre?

a) *Bør staten bestemme skjermingsordningene, eller bør dette overlates til den enkelte kommune?*

Etter Kreftforeningens oppfatning bør staten fastsette regler for nivået på brukerbetaling, og også bestemme skjermingsordningene. Det er en sterk politisk vilje til kommunalt selvstyre i Norge ut fra tanken om lokal tilpasning og demokrati. Syke og omsorgstrengende mennesker hører hjemme i et lokalsamfunn. Dette er viktige verdier som bør ivaretaes ved at kommuneøkonomien styrkes generelt, slik at kommunene har muligheter til lokal tilpasning. Med utgangspunkt i dagens trange kommuneøkonomi synes likevel ”**likhetstanken**” og **dermed statlig styring** å være det vi vil anbefale. Kommunal styring vil kunne føre til at helseulikhetene i befolkningen øker. Kreftpasienter i ulike deler av landet vil kunne få ulike vilkår, avhengig av kommuneøkonomien.

Det poengteres i *St.meld. nr. 45 (2002-2003) ”Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene”* at pasientene er svært forskjellige. Dette er et viktig poeng, fordi de sosiale og økonomiske ulikhetene i Norge dessverre øker. Samfunnet vårt omtales ofte som et 2/3-samfunn, hvor skillet mellom fattig og rik blir skarpere. En gruppe i samfunnet har ekstra økonomiske ressurser å bruke på egen helse, og det kan se ut til at helsetilbudet i stadig større grad tilrettelegges for denne gruppen. Det er imidlertid svært mange mennesker som ikke har tilgang til like store ressurser til bruk på egen helse. Et system hvor det legges opp til økt egenbetaling for kommunale tjenester, vil med stor sannsynlighet kunne få negative konsekvenser for denne gruppen.

Statlig fastsatte regler vil gi pasienter et betalingsnivå å forholde seg til som er basert på erfarings- og verdimeslige vurderinger, og ikke kommunenes økonomi fra ett år til et annet.

For kreftpasienter er levekår og livskvalitet i stor grad avhengig av forutsigbarhet og trygghet. Mange pasienter bruker dessverre uforholdsmessig mye tid og ressurser på å bekymre seg for og å ordne opp i problemer rundt økonomi og rettigheter i forhold til hjelpeapparatet. I perioder hvor hovedfokus burde være å bli frisk, opplever mange at å forholde seg til det offentlige, blir en heltidsbeskjeftigelse. Manglende ressurser er mange ganger det største problemet. Klart definerte regler for nivået på brukerbetaling vil likevel være et element som kan bidra til større **forutsigbarhet og dermed større trygghet** for pasientene og familiene deres.

b) *Er det behov for dagens betalingsfritak for personrettet hjelp (herunder hjemmesykepleie) for alle inntektsgrupper, eller finnes det mer effektive måter å skjerme utsatte grupper?*

Vi har i Norge tradisjon for universelle gratisordninger finansiert ved hjelp av skatter, avgifter, oljeinntekter o.a. Kreftpasienter har behov for pleie og omsorg i hjemmet i ulike faser av sykdommen. Den tradisjon vi har som sikrer fritak for egenbetaling både i sykehus og i hjemmetjenesten, er med på å sikre retten til like muligheter, og å ivareta det etiske aspekt i behandling av alvorlig syke.

Kreftforeningen ønsker å bidra til en økt og reell valgfrihet i forhold til hvor pleie, omsorg og behandling i livets slutfase skal skje. Utvikling av bedre koordinering av overgang fra sykehus til hjemmetjenester, utvikling av ambulante palliative team og flere palliative plasser i sykehjem er ledd i dette. **Ved økt egenbetaling vil de økonomiske rammevilkårene for familien i mange tilfeller være avgjørende for valget mellom de ulike muligheter.** Betaling for pleie ved korttidsopphold i sykehjem oppleves i dag for mange både urettferdig og vanskelig for

privatøkonomien. Familiens personlige økonomi bør ikke styre valget mellom å dø hjemme, ved sykehjem eller på sykehus. Innføring av betaling for hjemmesykepleie vil være ledd i begrensning av valgfriheten.

Staten bør sikre regler som skjermer alvorlig syke og døende for egenbetaling ved personrettet hjelp, uavhengig av inntekt.

c) Er dagens 2G bestemmelse en egnet bestemmelse eller bør den endres?

Kreftforeningen ser det som positivt at man vurderer om grensen på 2G er en akseptabel grense, og er av den oppfatning at **dagens 2G bestemmelser bør endres**. Etter G reguleringen per 1.5.04 tilsvarer 2G kr 117.556, og dette vurderer vi å være for lavt.

Statens institutt for forbruksforskning (SIFO) har utviklet et budsjett som er en akseptert minstestandard for forbruk. Dette standardbudsjettet er beregnet for friske mennesker der helseutgifter og egenandeler ikke er tatt med. Vi vil også vise til alliansen mellom Fellesorganisasjonen for sosionom, vernepleiere og barnevernspedagoger (FO) og Velferdsalliansen som går inn for en minstelønn på kr 125.000, dette basert på SIFO budsjettet.

Kreftforeningen vil anbefale at SIFO`s minstestandarder blir vurdert i forhold til dagens 2G bestemmelser.

d) Hvordan bør et eventuelt utvidet tak for kommunale egenandeler utformes?

Kreftforeningens anbefaler å vurdere kommunale egenandeler i sammenheng med egenandelstak 2 i trygden. Vi vil gi noen kommentarer i forhold til dagens egenandelstak:

Egenandelstak 1 synes å fungere bra for brukere med relativ god økonomi. For minstepensjonister og andre lavinntektsgrupper er imidlertid egenandelene belastende. En løsning kan være at de mest utsatte lavinntektsgrupper kan få frikort uten egenandelsbetaling.

Egenandelstak 2. Utgifter som inngår her er svært begrenset. Vi tillater oss å foreslå egenandeler som i tillegg kan omfattes av ordningen:

- Egenandel for pasienter og pårørende som deltar på kursopphold ved Montebellosenteret, på lik linje med opptreningsinstitusjonene.
- Egenandel ved korttidsopphold på sykehjem/palliative enheter/hospice plasser i livets slutfase.
- Kommunale egenandeler på hjemmehjelp i livets slutfase. Livshjelputvalget (NOU 1999:2) foreslo at hjemmehjelp for alvorlig syke og døende skulle fritas for egenandel. Kreftforeningen påpeker denne gruppens særlige behov kommunale hjemmetjenester.
- Egenandel på hjemmesykepleie - dersom det blir innført

e) Bør skjermingsordningene for brukerbetaling være inntektsavhengig eller like for alle, uansett inntekt?

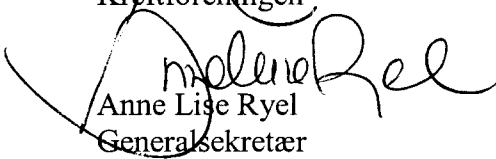
Når det gjelder pasienter i livets slutfase, ønsker Kreftforeningen en skjermingsordning som er lik for alle, uavhengig av inntekt.

Konklusjon

Kreftforeningen fremhever at endringene i brukerbetaling ikke bør føre til økte forskjeller i levekår i befolkningen. Med utgangspunkt i spørsmål 3 i høringsnotatet, er det vår oppfatning at

- Staten bør fastsette regler for nivået på brukerbetaling og også bestemme skjermingsreglene, ut fra et likhetsperspektiv.
- Videre ønsker vi en utvidelse av egenandel 2.
- Dernest ser vi nødvendigheten av skjermingsregler for egenbetaling ved behandling og personrettet hjelp i kommunehelsetjenesten ved alvorlig sykdom.

Med vennlig hilsen
Kreftforeningen



Anne Lise Ryel
Generalsekretær