



Hjernestvulstforeningen

Hjernestvulstforeningens samlede kommentarer og utdypende grunnlag til budsjettøringer for statsbudsjettet 2024

11. oktober 2023

Innhold

Generelt.....	3
Prosjekt PING* - Personal functional profiling in Norwegian glioblastoma patients.....	5
Arbeids- og sosialkomiteen	6
Kap 352, post 70 Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner	6
Kap 2650 sykepenger	6
Kap 2655 Uførhet	6
Kap 634 Arbeidsmarkedstiltak	7
Kap 2661, post 79 Aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år – AKT26.....	7
Familie- og kulturkomiteen	9
Kap 315, post 70 MVA-kompensasjon	9
Studieforbund.....	9
Finanskomiteen	10
Kap. 5700, post 72	10
Arbeidsgiveravgift og merverdiavgift på forskning finansiert av eksterne kilder	10
Økt arbeidsgiveravgift på inntekter over kr 850 000,-	11
Kap 5572, post 75 Tobakksavgifter	11
Helse- og omsorgskomiteen.....	12
Kap 732.....	12
Sykehusøkonomien	12
Persontilpasset medisin og ny medisinsk teknologi.....	12
Forskning og høyere utdanning innenfor helse	13
Kap 2752 post 72 Endringer i egenandelsordningene	13
Kap 761 post 71.....	13
Tilskudd under Helsedirektoratet	13
Kap 733 post 21.....	13
Rehabilitering	13
Kommunal- og forvaltningskomiteen.....	14
Kap 581 Bostøtte	14
Post 70.....	14
Post 76.....	14
Kreft- og nevrokoordinatorer i kommunene.....	14
Utdannings- og forskningskomiteen	16
Kap 275 Forskning og høyere utdanning innenfor helse	16
Forskningsfond for hjernehelse.....	17

Generelt

Hjernesvulstforeningen er en pasient- og brukerorganisasjon som representerer alle hjernesvulstdiagnosene, fra de såkalt godartede til de høygradige og særdeles ondartede som det finnes mange av. Det er i den siste klassifiseringen fra Verdens Helseorganisasjon (WHO) i 2021 lagt til 14 nye diagnoser, så det er nå om lag 150 forskjellige diagnoser som i stort er basert på forskjeller i tumorens molekylærbiologiske sammensetning, plassering eller annet. Dette utgjør også et stort spenn i behandlingsmetoder, og det viser seg at standardbehandlinger har mindre for seg enn det man for få år siden antok.

To sitater har vi merket oss de siste dagene. Finansminister og partileder Trygve Slagsvold Vedum har sagt at dette budsjettet gir trygghet for folk i en vanskelig tid og utdanningsminister og nestleder i Ap Tonje Brenna har sagt at arbeids skal være veien ut av fattigdom. Regjeringens forslag til budsjett for 2024 synes ikke å svare på de store utfordringene som vår pasientgruppe støter på, sammen med andre grupper av kronisk syke eller mennesker med nedsatt funksjonsevne. En økning på 100 milliarder favner ikke økning av grunnstønadsats 1-4, barnetrygd eller andre viktige velferdsmessige ordninger.

For de med småbarn er det satt av mye penger for å senke maksprisen på barnehage, men ingen ting kommer til gruppen med eldre barn. Kronisk syke som drømmer om et normalt liv med inntektsbringende arbeid kommer seg ikke nødvendigvis ut av fattigdom gjennom arbeid. De kan være så syke eller har så store funksjonsnedsettelse at de knapt klarer seg gjennom hverdagen uten arbeid. Disse skal være beskyttet av myndighetene og sikret en tilstrekkelig levestandard, sammen med sine familier. Vedums tanker om budsjettforslaget og Brenna tanker om ivaretagelse av svake grupper deles ikke av oss, vi mener at det er rom for store forbedringer innenfor den offentlige omsorgen for menneskers liv og økonomi.

En av tre i matkøene er uføre, noe som er et klart signal om at det ikke er tilstrekkelige ordninger og satser som favner gruppen som ikke er i arbeid og med dette klarer å komme seg ut av fattigdom. Fattigdomsfellen disse har havnet i er ikke noe som synes prioritert av regjeringen, all den tid det ikke satses på å hjelpe de med restarbeidsevne ut i inntektsbringende arbeid ei heller å øke uføretrygden til et nivå som gjør det mulig å for disse som står i matkøene å ha mat på bordet på andre måter. Vi fremmer derfor flere forslag til endringer som vi mener vil gjøre det bedre for utsatte grupper og ikke minst gjøre at det offentlige faktisk oppfyller sine forpliktelser som er fastsatt gjennom konvensjoner og lovverk når det gjelder sosiale og økonomiske forpliktelser.

Helsesektoren er preget av en mengde gjennomførte utredninger og kommende nye planer og strategier. Lite kan trekkes ut av forslaget til statsbudsjettet når det gjelder helse og samhandlingsplanen, ny kreftstrategi, helsepersonellproblematikken eller andre viktige områder. Vi mener at regjeringen ikke foreslår nok midler til å redusere ventelister, videreutvikle medisinske tjenester og øke forskningen som er et delt ansvar mellom universitetene og universitetssykehusene. Vi fremmer derfor en rekke forslag som vi finner nødvendige for å sikre pasientbehandling og forskning som kan holde norske helsetjenester på et akseptabelt høyt nivå og redusere faren for en ytterligere forsterkning av et todelt helsesystem. Norsk offentlig helsetjeneste skal være god for pasienter og de som jobber i helsetjenestene. Regjeringens budsjettforslag er ikke tilstrekkelig til å snu trenden og vi mener det må flere store påplussinger på forslagene til de enkelte kapitlene.

Re-/habilitering er et viktig område for vår pasientgruppe som det er for alle med neurologisk sykdom. Rehabilitering innenfor spesialisthelsetjeneste basert på nevropsykologisk utredning er nødvendig for å sikre livskvalitet og egen evne til aktiviteter i dagliglivet hos gruppen av pasienter

som legene redder livet til. Selv om livet er reddet, løper pasientene en klar risiko for at livet tas fra dem gjennom manglende re-/habilitering og avklaring mot utdanning og arbeidslivsdeltakelse.

Viktige prioriteringer for Hjernescancerforeningen er å øke innsatsen mot forskning på alle typer hjernescancer, og ikke minst på de som til tross for sin alvorlige diagnose lever lenger og antageligvis kan ha viktig informasjon om genetik og annet som gjør at akkurat disse menneskene overlever. Dette kan deles opp i forskjellige områder:

Basalforskning:

1. Forskning på overlevelse med samme diagnose, langtidsoverlevelse
2. Forskning på utvalgte genfeil etter nevrologisk undersøkelse

Klinisk forskning og utprøvede behandling:

1. Finne nye behandlingsmetoder for alvorlige hjernescancer
2. Tilbud om inklusjon i kliniske studier for alle pasienter som ønsker det og ikke er for skrøpelig til å delta
3. Utvikle og ta i bruk ny teknologi som f.eks. Personal Functioning Profiling (PFP) som vi foreslår i Prosjekt PING, som omtales i neste del av dette dokumentet. Dette er et pilotprosjekt som går på tvers av universitetssykehusene og bør ledes av Dr. Petter Brandal ved OUS/Radiumhospitalet. OUS er vårt eneste Comprehensive Cancer Center og samarbeider med de andre universitetssykehusene. Gjennom Norwegian Brain Tumour Consortium er et samlet norsk fagmiljø også enige i at denne teknologien bør innføres i Norge gjennom etablering av fire noder for ivaretagelse av tumorvev og oversendelse for analyse i Luxemburg med PFP teknologi.

Videre har vi fokus på mestring av livet som pasient eller pårørende, og bruker mye ressurser på å komplettere og utvide det offentlige tilbudet til disse gruppene med egne mestringkurs og aktiviteter som fremmer et godt liv til tross for sykdom.

Det er klart at de økende sykehuskostene og med dette også ekstra lange perioder på sykepeng og andre ytelser er fordyrende for det norske velferdssamfunnet. Vi trenger å få bukt med ventelister, helbredelse og avklaring til arbeid. Unødvendige kostnader i form av redusert livskvalitet og økte helse- og velferdskostnader må kuttes for å sikre bærekraftig samfunnsøkonomi.

Vi har mye på hjertet, og ikke alt kan få plass i løpet av tre minutter under en budsjettøring, eller i et dokument på maksimalt 8000 tegn til hver enkelt komite. Vi velger derfor å lage dette sammendraget som oversendes partienes stortingsgrupper og som vi vil vise til for sammenhengen i våre innspill, krav og anmodninger. Tatt i betraktning av tiden fra regjeringens budsjettforslag legges frem og til vi må ha våre innspill til høringene klart, har vi dessverre ikke lang tid til å redigering og spissing av budskap.

Våre innspill til budsjettøringene følger organisert etter de forskjellige komiteene som har fått fordelt de forskjellige kapitlene i statsbudsjettet til behandling. Totalt mener vi at det vil være behov for ytterligere drøyt to mrd kr i statsbudsjettet i tillegg til de omprioriteringer som vi foreslår.

Prosjekt PING* - Personal functional profiling in Norwegian glioblastoma patients

Bruk av PFP-teknologi gjennom leie av kapasitet ved Luxembourg Institute of Health (LIH) for å kunne foreta persontilpasning av medikamentell behandling av høygradig hjernekreft for glioblastompasienter i Norge. <https://www.lih.lu/en/research-projects-clinical-trials/personalized-functional-profiling-pfp/>

Norge er et av landene som har høyest insidensrate på denne diagnosen. Denne formen for hjernekreft rammer i alle aldre fra ung voksen til eldre, og har per i dag ca. ett års median overlevelse, til tross for kirurgisk fjerning av så mye av svulstvevet som mulig, etterfulgt av strålebehandling og cellegiftkurer.

De siste 25 årene har det, til tross for et par studier som har vist noe bedret overlevelse, ikke vært noen signifikante forbedringer i overlevelse i et femårsperspektiv for denne pasientgruppen. Det finnes ingen standardiserte metoder for å fastslå hvordan pasienter vil respondere på behandling med cellegifttypene som kan ha effekt, basert på sykdommens molekulærgenetiske egenskaper.

Gjennom bruk av såkalte organoider kan man i løpet av få dagers arbeid i laboratoriet identifisere medikamenter inkludert cellegifter som kan ha effekt på pasientens svulst. Ved slik såkalt PFP-analyse kan man få raske avklaringer og det uten å påføre pasienten belastningen med utprøving av medikamentene for så å vente til neste MR-kontroll og tolkning av bildene for å avgjøre hva som er tilbakegang av sykdommen eller mulig videre sykdomsutvikling. Belastningen på pasienten blir så lav som praktisk mulig og det vil ikke bli kastet bort penger på behandling som ikke har virkning, men bare bivirkninger for pasienten.

Kostnadsramme for etablering av fire noder ved OUS, HUS, STO og UNN, samt klinisk studie over tre år:

27 MNOK for etablering av nodene, støtte fra fagpersonell LIH og analyser av utsendt vev til Luxemburg.

23 MNOK til klinisk studie ved alle fire universitetssykehusene, totalt ca. 75-80 pasienter inkluderes. Kostnader til medikamenter er forventet å beløpe seg til ca. 15 MNOK, og er tatt inn i kostnaden på 23 MNOK for hele den kliniske studien. Medikamenter som er standard i dag er ikke inkludert i prosjektkostnadene, da disse allerede ligger inne i helseforetakenes budsjetter.

Totalkostnad er estimert til 50 MNOK for perioden 2024-2027.

Prosjektpersonellet vil være fra de fire universitetssykehusene. PI for den kliniske studien er ønsket å være Petter Brandal. Han har en annen studie finansiert fra Kreftforeningen, noe som gjør at han har karenstid før ny tildeling fra Kreftforeningen kan gjøres. Det er derfor svært viktig at det offentlige også finansierer den kliniske studiedelen av Prosjekt PING. Brandal er tiltredende ekspert for ekspertpanelet når de behandler hjernekreftsaker og er en av de viktigste fagpersonene i nevroonkologisk behandling og forskning ved OUS.

**Prosjekt PING er ikke et offisielt navn, men en foreløpig arbeidstitel i Hjernesvulstforeningen basert på forkortelse av prosjektområdet.*

Arbeids- og sosialkomiteen

Kap 352, post 70 Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner

Hjernesvulstforeningen registrerer at regjeringen fremmer en økning som i stort er en indeksjusteres, når en tar hensyn til at antallet organisasjoner innenfor ordningen også er økende. Vi mener at det er et klart behov for å inkludere Hjernerådet på linje med Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og andre som er omfattet av ordningen med øremerkede tildelinger. Hjernerådet har tidligere blitt ivaretatt av direkte tildeling, men dette falt bort fra og med 2023. De har da måttet forholde seg til å søke midler under kap. 761, post 71, og trenger på lik linje med andre sammenlignbare organisasjoner som arbeider for mennesker med nedsatt funksjonsevne å få midler med større grad av forutsigbarhet. Videre mener vi at Stortinget må gå i spissen for å endre forskriften som regulerer tilskuddet slik at de minste organisasjonene som ikke har adgang til å søke om midler fra Norsk Tippings overskudd får en større andel av tilskudd enn i dag gjennom en økning av basistilskuddet til 3G for organisasjoner med inntil 2000 medlemmer.

Midler som gis under kap. 352, post 70 er frie midler som sikrer tilstrekkelig grunnlag til at organisasjonene innenfor ordningen er stort nok til at basisfunksjoner og administrasjon delvis er dekket. Samfunnsnyttene av disse midlene er stor og vi foreslår derfor at rammen settes til 300 MNOK, en økning på drøyt 30 MNOK.

Kap 2650 sykepenginger

Kreft er ikke bare en sykdom, det er mange forskjellige kreftsykdommer og blant disse er det også mange forskjellige diagnoser som krever forskjellig behandling og har et lengre forløp enn andre. Det har tidligere vært fremsatt krav om endring i sykepengereglene slik at på samme måte som ved fødsel kan benyttes en tidskontoordning. Det må være mulig å kunne benytte seg av sykepengerettigheter tilsvarende 100% i 52 uker, fordelt over en periode på to år, slik at en retur til arbeidslivet ikke trenger å være slik at man går på arbeidsavklaringspenger under behandling.

Kap 2655 Uførhet

Uføretrygden ble fra 1.1.2015 endret, og for en relativt stor gruppe til det verre. HSF registrerer at det budsjettproposisjon for 2019 var en evaluering av den nye uføretrygden som gir et noenlunde fullstendig bilde av hvordan den har slått ut for de ca 48 % av mottakerne som opplevde nedgang. I budsjettproposisjonen for 2020 viser regjeringen til at det i 2018 kun var 18,1 % av de uføretrygdete som var registrert med et arbeidsforhold. Det er videre blitt slik at en av tre som står i kø for å få utdelt mat til seg selv og sin familie er uføretrygd, noe som på ingen måte er akseptabelt eller i tråd med samfunnets ansvar som er fastlagt gjennom konvensjoner og lover.

Det er således ikke slik at uførereformen har slått til og at restarbeidsevne blir utnyttet. Vi er opptatt av at det skal være en balanse mellom det å la arbeidsinnsats og ansvar for egen inntekt lønne seg, og det å ikke bli straffet økonomisk for sykdom og uførhet. Vi kan ikke med beste evne se at det er forsvarlig å ha en uføreordning som i dag. Det må noen justeringer til for å sikre at de som ikke kan delta i arbeidslivet ikke drives over på andre kommunale ytelser som er beregnet på økonomisk nødhjelp, som en fast ordning. Til tross for at det etter hvert finnes gode erfaringstall for konsekvensene ved innføring av uføretrygd, er det ikke viet stor oppmerksomhet til muligheten for endringer til det bedre for den gruppen som kom dårlig ut fra omleggingen fra uførepensjon til uføretrygd. Vi ber derfor om at Stortinget gir regjeringen i oppgave å utrede konsekvensene av overgang til uføretrygd, herunder økt behov for sosialhjelp til mottakere av uføretrygd, med sikte på justeringer av regelverket for beregning av uføretrygd for å sikre uføretrygdete den garanterte levestandard som ligger nedfelt i artikkel 28 i FN CRPD, konvensjonen for mennesker med nedsatt

funksjonsevne. FN CRPD er fortsatt under vurdering vedrørende inkorporering i den norske menneskerettsloven. Det er nå snart 17 år siden denne konvensjonen ble vedtatt i FN og mer enn ni år siden den ble ratifisert av Norge. Vi trenger ikke lengre tid til utredning og vurdering, vi trenger å operasjonalisere bestemmelsene som ligger i konvensjonen og at den blir inkorporert på sin naturlige plass i den norske menneskerettsloven.

Raskere avklaring fra arbeidsavklaringspenger og til uføretrygd, kombinert med arbeid for de som har restarbeidsevne vil spare inn kostnader til saksbehandling i NAV, sammen med den samfunnsmessige effekten av arbeidslivsdeltagelse. Midler som spares inn må brukes på å bedre vilkårene for uføre. Det er ikke alle som kan bruke arbeidslivsdeltagelse som en vei ut av fattigdomsfellen, de som er for syke til å arbeide skal ha en tilstrekkelig levestandard til å leve uten angst for privatøkonomi og neste måltid. I tillegg til innsparingene mener vi at samfunnet må enes om en ekstra milliard til uføre, for å rette opp dagens mangler ved ordningen. Statsbudsjettet økes med mer enn 100 MNOK sammenlignet med 2023, en av disse milliardene vil hjelpe stort på levestandard for uføre.

Kap 634 Arbeidsmarkedstiltak

Vi setter pris på at det foreslås en økning i antall hjemler på VTA. Som pasientforening ser vi at det er en svært lav deltakelse i arbeidslivet blant våre medlemmer, og det er stor arbeidskraft som ligger brakk når man ser dette under ett. Pasientforeninger kan også være arbeidsgivere, enten gjennom direkte ansettelse eller innleie av sekretariatstjenester. Mange av de arbeidsoppgavene som vi har, er sjelden så tidskrisiske at vi ikke kan ha større rom for tilrettelegging for dagsform og annet som andre produksjonsbedrifter ikke kan ha. Det er også gjennom flere rapporter og sågar NOU 2021:4, Norge mot 2025, at det er liten kunnskap effekt av arbeidsmarkedstiltakene, spesielt der hvor tiltakene skjer langt fra det ordinære arbeidslivet. Effekten er størst når tiltakene skjer i ordinære virksomheter, viser forskningen. Nettopp det å legge til rette for at flere kan ha VTA i ordinær virksomhet i pasient- og brukerorganisasjoner vil være relevant i tillegg til at det er hensiktsmessig og gjennomførbart for alle parter.

Vi foreslår derfor at det øremerkes en del av rammen for tiltak for å øke pasientforeningers mulighet til å kunne tilsette mennesker med delvis uførhet, slik at deres restarbeidsevne og restinntektsevne får en mulighet til å bli utnyttet. Til oppstart av dette i 2023 foreslår vi at det settes av midler i størrelsesorden kr 10 millioner til ordningen med lønnstilskudd, slik at en del av arbeidsmarkedet som til nå har vært lukket for målgruppen kan åpnes og nødvendig arbeidstrening og rehabilitering til arbeidslivet kan skje i nær tilknytning til de som har størst forståelse for problemene som uføre sliter med i møtet med arbeidslivet.

Samfunnsnyttan av dette vil uten tvil overstige kostnadene ved en slik øremerking. Man kan rett og slett stille seg spørsmålet om samfunnet har råd til å ikke bruke ordningen med VTA i ordinær virksomhet til å inkludere flere uføre i arbeidslivet.

Vi ber komiteen om å sørge for at VTA, varig lønnstilskudd og andre arbeidsmarkedstiltak blir tilgjengeliggjort på likeverdig vis, uavhengig av funksjonsnedsettelse og kognitiv kapasitet, slik at dette er en reell vei inn i arbeidslivet for de som kan.

Kap 2661, post 79 Aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år – AKT26

Den rammestyrt ordningen med aktivitetshjelpemidler er en viktig ordning for mange som ikke får beholde førerkort og ikke kan få dekket eget behov ved f.eks. elektrisk sykkel som kan kjøpes i ordinær handel. Rammen dekker dessverre på ingen måte behovet og i 2022 og 2023 var rammen brukt opp allerede i løpet av årets to første måneder. Den foreslåtte potten må økes til 150 MNOK, og vi ber komiteen om å sørge for at AKT26 også blir omgjort til en overslagsbevilgning som de andre

stønadene under samme kapittel. Likeverdighet i samfunnet må bety at de som f.eks. mister deler av synsfeltet og har balanseproblemer kan få tildelt elektrisk trehjuls sykkel for voksne eller andre aktivitetshjelpemidler som gjør dem i stand til å komme seg ut og rundt, alene eller ved hjelp av BPA eller familie og venner.

Familie- og kulturkomiteen

Kap 315, post 70 MVA-kompensasjon

Regjeringens forslag til ramme for mva-kompensasjon samsvarer muligens med teksten om full kompensasjon. Det er for 2023 søkt om 2,57 MNOK noe som tilsvarer mer enn 500 millioner mer i søkt kompensasjon enn årets tildeling. Rettighetsfesting og full kompensasjon som mål vil antageligvis medføre at det settes av betydelig mer midler til ordningen i 2024.

For hver krone som ikke kompenseres, blir frivilligheten satt tilbake i sitt arbeid med å nå sine mål som en del av samfunnsoppdraget. Tilgangen på midler fra private skrumper inn i takt med kostnadsøkningene de private husholdningene opplever. For å sikre at frivilligheten også har midler nok til å verne om de som ellers vil falle utenfor, trengs det midler som kan benyttes til å inkludere sårbare grupper.

Det er økende behov for frivillighetens tjenester og i takt med dette øker også Statens inntekter på frivilligheten. Frivillighetsskatten er ikke en gave fra oss til Staten, det er en motvillig reduksjon i vårt tilbud til de som trenger det. Rettighetsfesting av full kompensasjon må på plass, og dette må skje på en slik måte at frivilligheten får den samme muligheten som næringslivet til å avregne mva gjennom året.

En tilleggsbevilgning og omgjøring til en overslagsbevilgning må således også følges av en ny forskrift for ordningen, et arbeid som kompliserer det en del samtidig som at det også vil være slik at det etterslepet som ligger i dagens ordning også kommer på toppen av den ordinære kompensasjonen etter ny modell.

Vi foreslår derfor at det for 2024 tas sikte på å korrigere begge disse forholdene, og at Stortinget fastsetter overslagsbevilgningen for momskompensasjon til frivilligheten i 2024 til 5 MNOK for å dekke opp for omleggingen. Stortinget må også pålegge regjeringen å endre forskriften slik at frivilligheten kan få de samme muligheter til å avregne mva underveis i året, som næringslivet har. Slik vi ser det, så vil dette være en enklere måte å håndtere kompensasjonen på enn ved å innføre momsfristak for frivilligheten, noe som blir en vanskelig ordning å administrere for det enkelte lag og forening. Om det ikke er rom for å sikre at rettighetsfesting medfører at frivilligheten kan få betalt ut kompensasjon for merverdiavgiften fortløpende slik at etterslepet opphører, vil det antageligvis være tilstrekkelig med forslaget som en overslagsbevilgning. Om det opprettholdes en rammebevilgning, så må denne ledsages med en klar forpliktelse til å dekke inn manglende midler til full kompensasjon gjennom saldert budsjett høsten 2024.

Kap 315, Post 73 Studieforbund

Regjeringen legger opp til en økning, noe vi setter pris på. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig for å kunne dekke opp spesielt delen med tilretteleggingstilskudd som studieforbundene yter til kurs og aktiviteter for medlemsorganisasjonene. Vår pasientgruppe er en av mange som krever tilrettelagte program og særskilt kompetanse, og vi gjennomfører ofte kurs på hoteller. Vi får ikke momskompensasjon for våre måltider på hotellene, og dette medfører en solid ekstrakostnad sammen med ekstra overnattingsdøgn for tilretteleggingsformål. Videre har vi også kostnader til ledsagere og vi prøver å holde egenandeler så lave som mulig for å få med alle uavhengig av privatøkonomi og bosted i landet. Vi finansierer ikke alkoholholdig drikke for deltakere og holder alltid nøkterne og økonomisk ansvarlige kurs. Våre utgifter er strengt nødvendige og er underlagt streng revisjon for å sikre at pengene ikke sløses vekk. Vi foreslår derfor en økning på 9 MNOK for å gi mer i støtte til kurs og aktiviteter av stor samfunnsnytte.

Finanskomiteen

Kap. 5700, post 72

Arbeidsgiveravgift og merverdiavgift på forskning finansiert av eksterne kilder

Et skatte- og avgiftssystem skal finansiere fellesgoder, oppnå mer effektiv ressursutnyttelse og gi bedre vilkår for norsk næringsliv, samtidig som skattesystemet skal ha en sosial profil. Dette er det universell enighet om, uavhengig av partitilhørighet.

Medisinsk forskning er en av disse fellesgodene, som skal gi oss bedre og mer moderne helsetjenester i morgen. Slik forskning ligger naturlig nok en pasientforening nært. Volumet på forskning kan være begrenset av flere forhold, men det er dessverre slik at mye av begrensningene ligger i finansieringen. Forskningsprosjekter og kliniske studier finansieres gjennom forskjellige kilder. Som pasientforening prioriterer vi i Hjernesvulstforeningen også mye av våre innsamlede midler til relevant forskning, både i form av driftsmidler til forskerne. Vi er godkjent søkerorganisasjon gjennom Stiftelsen Dam og forskerne kan søke om midler til sine prosjekter, typiske doktorgradsstudier over tre år, gjennom oss.

Forskningsprosjektene gjennomføres og regnskapsføres som egne områder ved forskningsinstitusjonene, og regnskap avlegges til og godkjennes av dem som har tildelt midlene. Driften av forskningen omfatter i noen grad innkjøp, men det er de totale lønnskostnadene, alle sosiale utgifter inkludert som naturlig nok er den største kostnadsposten. Blant annet arbeidsgiveravgiften bidrar til dette og er i Norge inndelt i ulike satser i geografiske soner. Det aller meste av den medisinske forskningen foregår i den høyeste sonen av arbeidsgiveravgift som i dag utgjør 14,1 prosent. Denne beregnes også av feriepenger. Arbeidsgiveravgiften er et viktig bidrag til finansiering av våre velferdsgoder og er en skatt som arbeidsgivere skal betale for å ha ansatte i arbeid. Tanken er god, og ordningen er solidarisk og tilpasset gjennom reduksjon i avgiften i distriktene.

Det som vi imidlertid synes er unødig og faktisk trekker midler bort fra den viktige forskningen, er at der hvor det gis gaver til klinisk forskning for å gi f.eks. hjernesvulstpasienter lengre og bedre liv, må det også betales arbeidsgiveravgift. Arbeidsgiveravgift på dette er faktisk ren skatt på forskning. En skatt som rammer omfanget av forskningen og fordyrer arbeidet.

Koronapandemien har vist oss at det er mulig å redusere arbeidsgiveravgiften uten at samfunnet stopper opp. Vi tenker at det kunne gjøres et tilsvarende grep for medisinsk forskning, selv om vi ikke har mulighet til å anslå den totale kostnaden ved å (fortrinnsvis) fjerne arbeidsgiveravgiften helt for denne gruppen eller (alternativt) å betraktelig redusere den.. Vi ser uansett på dette som en liten andel av den samlede arbeidsgiveravgiften og et stort bidrag og potensial for flere gode forskningsprosjekter. Mange av norske forskningsprosjekter er i verdensklasse og kan danne utgangspunkt for utvikling av norsk farmasøytisk industri og sikre nye arbeidsplasser og fremtidig økte inntekter i form av skatter og avgifter.

Selv om lønn er største kostnadspost, så er kjøp av tjenester og utstyr som de kliniske studiene er avhengige av, belagt med merverdiavgift. Kostnader til nødvendige undersøkelser som f.eks. ved bruk av PET-skanning og annet som må utføres ved sykehusene og andre steder, er uunngåelige. Det som kan unngås er at utstyr og undersøkelser som inngår i forskning skal bli dyrere enn nødvendig pga. merverdiavgiften. Reglene for inngående og utgående merverdiavgift regulerer noe av dette, men det er i dag ingen avgiftsunntak. Også her er det lett og se for seg muligheter til å erstatte dette fra dagens inntektsside i statsbudsjettet.

Vi ber komiteen om å bidra til å endre relevant lovgivning for å sikre at ekstern finansiering av medisinsk forskning blir avgiftsfri, så langt det er mulig. Arbeidsgiveravgift og andre avgifter spiser av den potten som er tilgjengelig fra oss og andre som finansierer sterkt etterlenget medisinsk forskning. 3 av 4 overlever i dag kreft, enkelte kreftformer har heldigvis så mye som 95 % overlevelse. For hjernesvulster er statistikken langt dårligere. For de dårligst stilte er det snakk om ca. 12 måneder gjennomsnittlig overlevelse. Flere hjernesvulstdiagnoser er sjeldne, og det er få forskningsprosjekter som startes for disse diagnosene. Ved å fjerne skatt på forskning slik som vi foreslår, er det mulig å få mer og bedre forskning for pengene, noe som er i tråd med regjeringens overordnede mål for bruk av skatte- og avgiftspolitikken.

Økt arbeidsgiveravgift på inntekter over kr 850 000,-

Også pensjonskostnader og andre lønnsmessige tillegg inngår i grunnlaget for ekstra arbeidsgiveravgift. Dette treffer samtlige leger ved sykehusene som er lønnet som LIS4 eller høyere lønnet. Ved universiteter og høyskoler treffer dette stillinger som førsteamanuensis og professor, samt noen lektorer/forskere plassert i andre stillingskoder. Økt arbeidsgiveravgift for inntekter over kr 850 000,- vil således bidra til å fjerne midler fra pasientbehandling og skape enda større ubalanse mellom behov for behandling og de kostnader som følger med, og helseforetakenes knappe tildelinger. Spesielt med tanke på etterslepet som sykehusene opplever nå og deres økte kostnader som har medført at det per i dag rapporteres om milliardunderskudd for 2023 i forhold til budsjettene, anser vi at økt arbeidsgiveravgift som treffer en så stor del av de ansatte ved sykehusene og utdanningsinstitusjonene som direkte skadelig for viktig behandling og forskning.

Selv om offentlige etater kompenseres for den økte arbeidsgiveravgiften, er det ikke fritt for at dette belaster andre viktige aktører i samfunnet som leverer tjenester til det offentlige, teknologiselskaper som bidrar til viktig utvikling av velferdssamfunnet og andre. Vi foreslår derfor at innslagspunktet heves til kr 1 250 000,-, hvis ikke den ekstraordinære avgiften kan bortfalle i sin helhet.

Kap 5572, post 75 Tobakksavgifter

Tobakk som røykes er utrolig nok fortsatt i daglig bruk hos mer enn halv million nordmenn. I tillegg kommer en om lag like stor andel som er såkalte festrøykere. Tobakksskader er ubestridt årsak til store kostnader for samfunnet, og vi finner det merkelig at ikke regjeringen vil øke tobakksavgiften mer enn den foreslår. Vårt forslag er å øke sektoravgiften for tobakksvarer med 3MNOK, slik at det for det første blir en sterkere økonomisk motivasjon for å slutte å røyke og for det andre i større grad bidrar til statens inntekter for å dekke kostnadene som tobakksskader medfører.

Helse- og omsorgskomiteen

Kap 732

Sykehusøkonomien

Regjeringen legger opp til en økt finansiering av sykehusdriften i 2024. Dessverre oppleves ikke forslaget til bevilgning som tilstrekkelig for å ta unna behandlingkøer og økt innbyggertall i Norge.

Stram økonomi som helsebyråkratene gjerne omtaler det som, betyr i realiteten at det er de variable kostnadene som må ta støytten i størst grad. Tradisjonelt sett er det kostnadene til medikamentelle og tekniske behandlingsmetoder som har det store fokuset når det snakkes om sykehusbehandling og nye metoder, men dette utgjør kun noen få prosenter av kostnadene ved sykehusdriften. Vi har en velbegrunnet uro når det gjelder effekten av kuttene i sykehusbevilgningene og kostnadsøkningene som også Staten pålegger helseforetakene.

«Revolution in medical affairs» som en parallell til «Revolution in military affairs» betyr at det er kostbare endringer som i dag og i tiden ligger foran oss innenfor helsevesenet. Vi ser at AI spiller større roller og at helsevesenet vil bli mer tekonologidrevet gjennom mer avanserte analysemetoder. Samtidig med dette er det også nødvendig med behandlere og forskere som har utviklingsperspektivet med seg og som evner å ta i bruk ny teknologi og nye metoder for å tilby pasientene mer skånsomme behandlinger og i de tilfeller det er mulig analyser av potensielt virksomme medikamenter utenfor pasientens kropp.

Vi ser for oss at det vil være store besparelser ved å kunne fastslå de molekylærbiologiske særtrekkene ved sykdommen hos den enkelte pasient, og hvilke behandlinger som har potensial for effekt, fremfor standardbehandlinger som gis uten at pasienten opplever annet enn bivirkninger i mange tilfeller. Det er stadig nye opplevelser som gjøres innenfor kreftområdet hvor det er klart at det i større grad er genmutasjoner som er driverne bak sykdommen, og at det kreves nye måter å behandle disse på.

Vi er også bekymret over at det ikke er tilstrekkelig organisert arbeidshverdag ved sykehusene til at personellgruppene får utnyttet sin kapasitet kombinert med levelige liv. Vi har gitt våre kommentarer til helsepersonellkomisjonens rapport og ser frem til at det blir funksjonsfordelinger som frigjør kapasitet hos leger, sykepleiere og andre som i dag er overarbeidet og utfører arbeid som kan dekkes opp av andre. Helseplattformen som så langt har vist seg å være en katastrofalt dårlig løsning på behovene i Midt-Norge og som trekker store beløp ut av sykehusøkonomien og kommunene må også kompenseres.

Når det gjelder kostnader til medikamenter ved sykehusene, så er dette en kostnad på ca. 10 mrd kr som uten prisforhandlinger ville vært ca. 17. Pasientene bidrar med økt ventetid og tapt livskvalitet for å spare disse syv mrd kr, og vi foreslår at det bevilges en mrd kr for å få raskere tatt i bruk nye behandlingsmetoder ved sykehusene.

Vi foreslår derfor at sykehusøkonomien styrkes med samlet fire mrd kr til å få unna køer, mer forskning og nye behandlingsmetoder.

Persontilpasset medisin og ny medisinsk teknologi

50 MNOK til Prosjekt PING som i løpet av 2024-2027 vil gi ny kunnskap som også er overførbart til andre områder innenfor kreftfeltet fremstår som en hovedprioritet for oss innenfor persontilpasset medisin. Dette er et unikt pilotprosjekt som vil basere seg på å kjøpe analysekapasitet som kun finnes i Luxemburg og Sør-Korea. Et samlet norsk fagmiljø innenfor hjernekreft, sykdommer med svært lav overlevelse, støtter dette pilotprosjektet som også vil bidra til at andre alvorlige kreftsykdommer kan

få bedre analyse av potensielt virksomme cellegifter. Standardbehandlingsens tid er over, nå vet vi såpass mye at vi kan si at kreftsykdom er langt mer individspesifikk enn det vi trodde tidligere.

Forskning og høyere utdanning innenfor helse

Regjeringens Meld. St. 5 – Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023-2032 ble gjort offentlig samme dag som statsbudsjettet høsten 2022. Ut av denne leser vi i kapittel 3.2 at det er bekymringer knyttet til FoU innenfor helseområdet, og at det er forventet at flere nye og store komplekse helseutfordringer vil komme i fremtiden. Disse komplekse helseutfordringene «kan ikke løses uten at forskjellige fagområder, metoder og ideer nærmer seg hverandre og skaper en helhet. En slik faglig konvergens må ta hensyn til disse sammenhengene i en annen skala enn vi hittil har klart.»

Vi så ikke tegn til at dette ble forsøkt operasjonalisert gjennom budsjettet for 2023, ei heller for 2024. Vi foreslår derfor at det bevilges en milliard ekstra til grunnforskning og kliniske studier for sikre at Norge ikke henger etter i utviklingen av nye behandlingsmetoder eller overlevelse hos alvorlig syke mennesker.

Forskning styrker kvaliteten på tjenestene, og stortingsmeldingens oversikt over hvor mye det enkelte departement tildeles til FoU, samt viderebevilges til Forskningsrådet, viser at det er alt for lite som bevilges til forskning på helse. Vi finner også behov for å understreke at Norge gjennom økt fokus på innovasjon innenfor helse vil få styrket samfunnsøkonomi og evne til å hjelpe andre land som ikke har tilgang på FoU- og helsekompetanse i samme grad som oss.

Kap 2752 post 72 Endringer i egenandelsordningene

Selv om ordningen med egenandelstak og frikort er innrettet for å skåne kronikerne, så treffer den brutalt ved årets start. Køen ved matutdelinger er lang og antall som har problemer med å betale sine regninger er stort. Egenandelene og -taket økte stort i 2023 og bør fryses på 2023-nivået for 2024.

Kap 761 post 71

Tilskudd under Helsedirektoratet

I statsbudsjettet for 2023 var det et poeng å fjerne øremerkede tilskudd. Til tross for dette ser vi at det i år er en navngitt organisasjon som er inne i posten. Vi ser av Helsedirektoratets behandling av søknader i fjor og de føringene som de fikk fra HOD at det er en rekke organisasjoner som har fått tilskudd som går over flere år og som gjør at potten i praksis er brukt opp. Organisasjonenes informasjonsarbeid er en viktig del av samfunnet, og det må sikres at flere kommer inn i ordningen.

Kap 733 post 21

Rehabilitering

Uten re-/habilitering tas livet fra de som legene reddet livet til. Behovet for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er stort, og det er langt mellom de med nevrologisk sykdom/skade som får nevropsykologisk utredning og tilpasset rehabilitering. Dette gjelder langt flere enn vår pasientgruppe, og det er heller ikke noe som kan gjennomføres i kommunene. Dette er en oppgave for spesialiserte re-/habiliteringstjenester, og vi foreslår en økning på drøye 6 MNOK for å komme tilbake på nivået for 2022. Mangel på spesialisert og tilpasset rehabilitering er et brudd på pasientrettigheten slik vi ser det, og kan ikke aksepteres. Dette setter også mennesker i en situasjon hvor de neppe klarer å komme seg tilbake til å delta i arbeidslivet på en god måte.

Kommunal- og forvaltningskomiteen

Kap 581 Bostøtte

Post 70

Vi har nå snart to års erfaring med strømstøtte for alle, men det er fortsatt noen som kommer for dårlig ut av ordningen. Vi trenger en ordning som sikrer at basisbehovet for elektrisk kraft hos den enkelte familie som er avhengig av bostøtte blir avhjulpet på en god måte.

Ekspertutvalgets rapport vedrørende bostøtte fastslo at det var stadig færre med uføretrygd innenfor bostøtteordningen. Dette er ikke pga deres forbedrede økonomiske stilling, men pga en bostøtteordning som ikke dekker målgruppen lenger.

Hjernesvulster er en sykdom som i mange tilfeller medfører at restarbeidsevnen i dagens arbeidsmarked er redusert til null, og at all energi brukes til å takle dagliglivets aktiviteter. Den nye uføreordningens arbeidslinje utgjør derfor ingen reell verdi for dem og deres evne til å skaffe seg inntekt istedenfor eller i tillegg til ytelsene fra det offentlige. Selv om det er lagt opp til en skjerming av de som mottok bostøtte med den gamle uføreordningen, er det ikke en likhet mellom disse og de som kommer inn på ordningen som nye bostøttemottakere. Hjernesvulstforeningen ber derfor komiteen om å øke rammen for bostøtte og justere innslagspunktet, slik at de som før omleggingen fikk bostøtte, fortsatt er kvalifisert samt at nye mottagere på samme inntektsnivå kvalifiserer til bostøtte.

Videre ber Hjernesvulstforeningen komiteen om å sørge for at forvaltningsreglene endres slik at måneder med tre utbetalinger fra NAV ikke medfører at bostøtten den måneden går tapt. Tidligere forvaltningsregime basert på årsinntekt hadde ikke slike uheldige utslag, og de innførte månedsberegninger rammer urettferdig og unødig hardt. Skal det være periodebasert, så må forvaltningsreglene også reflektere dette på en fornuftig måte, og ta utgangspunkt i fire-ukers perioder, og heller ha 13 utbetalinger gjennom året.

Overslagsbevilgningen er langt under det som er regnskapsført for 2022, og vi mener at forslaget må økes med 250 MNOK.

Post 76

Utleie og forsøk med nye boligmodeller er et område som ser ut til å trenge en solid tildeling for å hjelpe de som ikke klarer å skaffe seg eller beholde egen bolig. Uføre kommer dårlig ut økonomisk og når de ikke klarer å skaffe mat uten å utgjøre en av tre i matkøene så klarer de heller ikke å være en del av det ordinære boligmarkedet. Vi trenger ordninger som gjør at de kan ivaretas med gunstige leieordninger og andre modeller for bolig. Vi foreslår 100 MNOK til dette for 2024 som øremerkes boliger for uføre.

Kreft- og nevrokoordinatorer i kommunene

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter ble iverksatt for snart to år siden. Dessverre ser det ikke ut til at implementeringen av pakkeforløpet har skutt fart og det skal være implementert ved utgangen av 2023. Dette er arbeid som henger langt etter og kommunene ser ikke ut til å ha fått øynene opp for viktigheten av å støtte egne innbyggere og avlaste fastlegeordningen gjennom slike koordinatorstillinger.

Som en naturlig del av kommunenes tilbud til innbyggerne, må det settes av midler til kommunene dekker opp behovet for kreft- og nevrokoordinatorer i kommunens tjenestetilbud. Frem til dette kommer som lovpålagte stillinger i kommunen, må det motiveres til å ha slike spesialiserte ressurser

som kan støtte pasienter og pårørende innenfor kreft og det nevrologiske området. Kreft og nevrologisk sykdom er to av de største områdene innenfor tap av livskvalitet og liv, slik Folkehelseinstituttet vurderer fremtidens helseutfordringer. Uten tilstrekkelig med relevant kompetanse og kapasitet er ikke pakkeforløp hjem for kreft, hjerneslag og andre diagnoser annet enn festtaler og visjoner. Innbyggerne trenger gode tjenester, uavhengig av hvilken kommune de bor i. Likeverdige tilbud fordrer at alle nivåer innenfor den offentlige forvaltningen stiller seg bak tilbudet. Her får Stortinget muligheten til å være de fremste kulturbærerene for denne saken, noe vi håper at komiteen griper.

Vi foreslår derfor at det bevilges 500 MNOK øremerket kreft- og nevrokoordinatorstillinger i kommunene slik at alle landets innbyggere har tilgang på slike tjenester i sin hjemkommune.

Utdannings- og forskningskomiteen

Kap 275 Forskning og høyere utdanning innenfor helse

Regjeringens Meld. St. 5 – Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023-2032 ble gjort offentlig samme dag som statsbudsjettet for 2023. Ut av denne leser vi i kapittel 3.2 at det er bekymringer knyttet til FoU innenfor helseområdet, og at det er forventet at flere nye og store komplekse helseutfordringer vil komme i fremtiden. Disse komplekse helseutfordringene «kan ikke løses uten at forskjellige fagområder, metoder og ideer nærmer seg hverandre og skaper en helhet. En slik faglig konvergens må ta hensyn til disse sammenhengene i en annen skala enn vi hittil har klart.»

Vi trenger altså mer forskning og samhandling, og det haster å få på plass dette. Post korona ser vi at det er mye læring om kompleksitet, risiko og behov for koordinering og samhandling mellom de forskjellige nivåene og aktørene i vår helseberedskap. Utdanningskapasiteten og kompetanse må også endres, skal vi lykkes i å ha rett kompetanse i riktig mengde og på rett sted. Stortingsmeldingen er som alle stortingsmeldinger ikke et dokument som gir økonomiske føringer, men det er ikke noen nytte i visjoner og planer som ikke operasjonaliseres. Det er tiden for de strenge prioriteringene, og det betyr at helse- og omsorgsutfordringer må få større oppmerksomhet, også når det gjelder budsjetter. Samfunnsikkerhet og beredskap, herunder helse- og omsorg må prioriteres høyere, og det haster.

Den manglende integreringen av forskning i tjenestetilbudet og mangelen på praksisplasser er en fare for et kostnads- og tjenesteeffektivt helsevesen. Både primær- og spesialisthelsetjenesten lider under mangelen på innovasjon og at man er fastlåst i utdatert «kunnskap». Kliniske studier og praksisplasser for studenter innenfor helsefagene er kritiske suksessfaktorer. Selv i Norge som ifølge OECD ligger på topp når det gjelder dekningen av leger og sykepleiere, er det mangel på disse kategoriene. Vi trenger innovasjon også innenfor hvordan vi organiserer helse- og omsorgstjenestene, og det haster når vi ser at det er stadig mindre andel av våre budsjettkroner som kan brukes på dette området. Forskning styrker kvaliteten på tjenestene, og stortingsmeldingens oversikt over hvor mye det enkelte departement tildeles til FoU, samt viderebevilges til Forskningsrådet viser at det er alt for lite som bevilges til forskning på helse. Vi finner også behov for å understreke at Norge gjennom økt fokus på innovasjon innenfor helse vil få styrket samfunnsøkonomi og evne til å hjelpe andre land som ikke har tilgang på FoU- og helsekompetanse i samme grad som oss.

Vi trenger en sterkere prioritering av hva som er nyttig forskning i tiden vi er inne i. Relevansen av forskningen som finansieres av det offentlige må vurderes strengt opp mot de viktigste oppgavene som samfunnet har. Vi foreslår derfor at langt større andel av FoU rettes mot livsnødvendig helserelatert forskning. Regjeringen skriver i sin langtidsmelding i pkt. 3.2.2. at de «forventer at universiteter, høyskoler, helseforetak og forskningsinstitutter som mottar statlige grunn- eller basisbevilgninger følger opp den tematiske prioriteringen av helse og bidrar til å dekke kunnskaps- og kompetansebehovene som er omtalt ovenfor, ut fra sine forutsetninger og sitt ansvar.» Dette kan ikke leses på annen måte enn at det skal prioriteres strengt og at det må settes av langt større andel av midler til forskning innenfor helse. Vi kan vente noe lengre på å få mer kunnskap om tema som ikke er livskritiske.

Vi foreslår at derfor at det settes klare krav til universitetssektoren slik at det kommer flere professor II-stillinger som overleger innehar og at det legges til rette for at langt flere doktor- og postdoktorstipendiater kan arbeide med forskningsprogram og -prosjekter som gjør at Norge klarer å tilby høykompetent behandling til pasienter.

Forskningsfond for hjerneehelse

Vi er av den formening at det en av de aller største oppgavene innenfor forskningen er økt kunnskap om hjernen og hjernens sykdommer. Vi har gode forskningsmiljøer i Norge som har potensial til å finne frem til nye kunnskap som kan lede frem til store medisinske gjennombrudd, så lenge de får ressursene de trenger til å drive sin forskning.

Som en del av fremtidig forskning ber vi derfor komiteen om å gi regjeringen i oppdrag å utrede hvordan et eget forskningsfond for hjerneehelse kan etableres, slik at det blir mulig å ivareta nødvendig forskning over flere år, og ikke kun gjennom kortere tildelinger i form av de ordinære stipendiatene. Vi trenger forskning på overlevelse og bevaring av kognitiv kapasitet som går over tiår, noe som må organiseres over forskningsprogrammer og ikke enkeltstående kliniske studier. Dagens modell for finansiering av forskning legger ikke til rette for en slik programmodell. Vi ser at det ikke er vanskelig å finansiere f.eks. militære materiellprogrammer som anskaffes over tilsvarende lengde, da må det også gå an å få på plass ordninger som sikrer forskning over tid.

Utvalgte tall fra regjeringens forslag til statsbudsjett for 2024 med våre forslag

Alle beløp i tusen kroner

Komité	Dep	Område	Kap.	Post	Saldert 2023	Forslag 2024	Økning fra saldert 2023	Vårt forslag	Økning kroner	Økning vårt forslag	Økning %	Merknad
ASK	AID	Aktivitetshjelpemidler over 26 år	2661	79	56 780	59 945	5,57 %	150 000	90 055	164,18 %		Potten er brukt opp før utgangen av februar
ASK	KLD	Funksjonshemmedes organisasjoner	352	70	253 820	269 940	6,35 %	300 000	30 060	18,19 %		Økning av grunntilskuddet til 3G og prioritering av de minste organisasjonene med 2000 eller færre medlemmer. Hjernerådet inn i ordningen med øremerket tilskudd slik som andre paraplyorganisasjoner eller særskilte forbund. (forutsetter endring i forskrift om tilskuddsordningen)
ASK	AID	Arbeidsmarkedstiltak	634						10 000			VTA-plasser til frivillige organisasjoner
ASK	AID	Sykepenges	2650	70					1 000 000			Tidskontoordning sykepenges tilsvarende ett år med 100 % sykepenges
ASK	AID	Arbeidsavklaringspenges	2651	70					-2 500 000			Redusere utgifter til AAP gjennom raskere avklaring til uføretrygd eller arbeid og reduserte behov ved omlegging til tidskonto for sykepenges, utgjør ca. 7000 mennesker på AAP
ASK	AID	Uførhets	2655	70					1 000 000			Uføremilliard til å bedre økonomien til de som har mindre enn 2,5 G i uføretrygd
ASK	AID	Uførhets	2655	70					500 000			Økte kostnader ved overføring til uføretrygd fra AAP etter raskere avklaring
FIN		Arbeidsgiveravgift, høy lønn										Øke innslagspunktet til kr 1 250 000,-
FIN		Tobakksavgifter							-3 000 000			Økning i tobakksavgifter
HOK	HOD	Sykehusøkonomien	732						50 000			"Prosjekt PING"* 2024-2027, persontilpasset behandling av hjernekreftpasienter som en pilot for presis analyse og diagnostisering av molekylærbiologiske særtrekk ved kreftsvulst
HOK	HOD	Sykehusøkonomien	732						2 000 000			Bedret sykehusøkonomi for å fjerne helsekøer
HOK	HOD	Sykehusøkonomien	732						1 000 000			Forskningsmilliard til kliniske studier og grunnforskning
HOK	HOD	Sykehusøkonomien	732						1 000 000			Nye legemidler og ikke-medikamentelle behandlingsmetoder
HOK	HOD	Egenandeler og frikort	2752	72	8 114 000	8 390 200	3,40 %	0	0	0,00 %		Fryse disse på 2023-nivå
HOK	HOD	Tilskudd under Helsedirektoratet	761	71	27 994	29 784	6,39 %	37 500	7 716	25,91 %		Saldert 2023 må sees sammen med et øremerket tilskudd på 3 MNOK, økningen er derfor ikke så stor.
HOK	HOD	Rehabilitering	733	21	3 635	3 832	5,42 %	10 000	6 168	160,96 %		Vårt forslag ligger på nivå med tildelingen for 2022.
KFK	KDD	Bostøtte	581	70	4 065 246	3 895 246	-4,18 %	4 145 246	250 000	6,42 %		Bedret bostøtteordning, regnskap 2022 viser 4,67 mrd
KFK	KDD	Styrking av kommunene til ivaretagelse av pasienter og pårørende med omfattende behov							500 000			Kreft- og nevrokoordinatorstillinger for å følge opp pasienter i kommunene under pakkeforløp hjem for kreftpasienter og andre relevante pakkeforløp
KFK	KDD	Utleie og forsøk med nye bustadmodellar	581	76	87 278	162 720	86,44 %	262 720	100 000	38,06 %		Boliger for uføre, var i underkant av 220 MNOK i regnskap for 2022
FKK	KLD	Momskompensasjon frivilligheten	315	70	2 025 000	2 440 000	20,49 %					Rettighetsfestes og gjøres om til en overslagsbevilgning
FKK	KLD	Studieforbund	315	73	171 165	191 000	11,59 %	200 000	9 000	16,85 %		Aktiviteten er sterkt økende etter koronaperioden, og kostnadene har økt mye
UFK	KUD	Høyere utdanning og forskning	260						0			Sterkere satsning på helseforskning. Flere Professor II-stillinger og dok.-/post.dok.stipendiater samt økt samarbeid med universitetssykehusene. Reduksjon innenfor humaniora for å frigjøre midler til økt helseforskning og -utdanning.
UFK	KUD	Forskningsfond hjernehelse										
Sum i MNOK									2 052 999			

* Prosjekt PING er Hjernesvulstforeningens arbeidstittel