

Statsråd Bent Høie
Helse- og omsorgsdepartementet
Pb 8011 Dep
0030 Oslo

Vår fil: 401
Vårt Arkiv: B15-BTL006-HOD
Saksbehandler: Berit Therese Larsen

Oslo 18. desember 2015

FFOs krav til statsbudsjettet 2017

FFO er en paraplyorganisasjon for 80 organisasjoner av funksjonshemmede og kronisk syke som har mer enn 335 000 medlemmer. FFOs overordnede mål er samfunnsmessig likestilling og deltakelse for funksjonshemmede. Ett av FFOs viktigste arbeidsområder er å gi innspill til de årlige statsbudsjettene. Allerede 11. november 2015 sendte vi over våre første punkter til regjeringen knyttet til statsbudsjettet for 2017. Punktene under var utgangspunktet for møtet i Kontaktutvalget med regjeringen 25. november:

1. FFO ber om at det utarbeides en helhetlig handlingsplan for funksjonshemmede - som dekker alle områdene i FN-konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne.
2. FFO ber regjeringen intensivere innsatsen for å få flere funksjonshemmede i arbeid og legge til rette for 10 000 nye arbeidsplasser de neste fem årene.
3. FFO ber regjeringen følge opp Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering med øremerkede bevilgninger i hele planperioden.

Vi varslet i møtet at våre innspill til de enkelte fagdepartement ville oversendes senest 18. desember. Vårt viktigste anliggende er at regjeringen i de årlige statsbudsjettene setter av tilstrekkelige bevilgninger på de ulike fagområdene slik at rettighetene til funksjonshemmede og kronisk syke i Norge sikres.

Her følger FFOs konkrete krav knyttet til statsbudsjettet for 2017 på Helse- og omsorgsdepartementets område.

Primærhelsetjenesten

- FFO ber regjeringen om å følge opp opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering med øremerkede bevilgninger i hele planperioden.
- FFO ber regjeringen følge opp primærhelsemeldingen med budsjettmidler og en konkret implementeringsplan på lokalt nivå. Planen må inneholde:
 - Styrking av kompetanse og ledelse
 - Øremerking av midlene til skolehelsetjenesten og helsestasjoner
 - Styrking av lærings- og mestringsaktiviteter
 - Utviklingsarbeid for brukermedvirkning i kommunal helse- og omsorgstjeneste
 - Forskningsatsing
 - Styrking av pasientsikkerhetsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Spesialisthelsetjenesten

- FFO ber regjeringen styrke og utvide ordningen med behandlingsreiser til utlandet.
- FFO ber regjeringen starte et utredningsarbeid om en universell refusjonsordning for tannhelsetjenester.
- FFO ber regjeringen reversere kuttene i refusjonen til tannhelsetjenester, og kompensere for de to siste årenes manglende prisjusteringer.
- FFO ber regjeringen om å initiere en strategi for nevrologifeltet.
- FFO ber regjeringen sørge for tilstrekkelig med utdanningsstillinger innen legespesialiteter der kapasiteten ikke er god nok i dag.
- FFO ber regjeringen sikre de nasjonale behandlingstjenestene gjennom øremerkede midler.
- FFO ber regjeringen realisere et nasjonalt astma- og allergiprogram.
- FFO ber regjeringen øke den økonomiske rammen til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser med 30 mill. kroner

FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne

Artikkel 25 Helse

Partene erkjenner at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rett til den høyest oppnåelige helsestandard uten diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Partene skal treffe alle hensiktsmessige tiltak for å sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne får tilgang til helsetjenester, herunder helserelatert rehabilitering.

Primærhelsetjenesten

Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering

I budsjettproposisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2016 sier regjeringen at den tar sikte på å legge frem en opptappingsplan for habilitering og rehabilitering i 2016. Vi forventer at regjeringen oppfyller sine lovnader og kommer med en plan som gjelder fra 2017. Planen har vært varslet og lovet siden 2013.

FFO har tidligere kommet med detaljerte innspill til en opptappingsplan for habilitering og rehabilitering sammen med SAFO, Unge funksjonshemmede, Ergoterapeutene og Norsk fysioterapeutforbund. Vi viser til disse. Vårt viktigste anliggende nå er å understreke at skal planen lykkes, må den være bred og dekke alle de områdene som nevnes i FN-konvensjonen for funksjonshemmedes rettigheter - som er helse, arbeid, utdanning og sosiale tjenester. Det innebærer at den må være tverrsektoriell og at flere departementer må stå bak. Men en plan har ingen virkning hvis den ikke følges opp med bevilgninger.

Øremerkede midler

Bevilgninger må settes inn fra og med første gjennomføringsår, 2017. De største utfordringene innen habilitering og rehabilitering er i kommunene. Kommunene må derfor være et tungt satsingsområde i planen. Planen må tydeliggjøre kommunenes ansvar og omfatte tiltak som styrker kapasiteten og kompetansen lokalt. Den må følges opp med en finansiering som muliggjør tiltakene i planen og som styrker kommunene i deres sørge-for ansvar på dette området.

FFO erfarer at når penger til konkrete formål går inn i rammen til kommunene, har de en tendens til å bli omdisponert til andre områder.

For å sikre at midlene som avsettes til en opptappingsplan for habilitering og rehabilitering kommer frem dit de skal er det helt nødvendig at de årlige bevilgningene øremerkes, slik man

gjorde i opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008. Kun da kan utviklingen av kommunal habilitering og rehabilitering skyte fart.

Sentrale myndigheter må sikre seg at kommunene bruker midlene slik de skal gjennom tilsyn og iverksetting av sanksjoner, eksempelvis dagbøter, ved brudd. Målet må være at den enkelte får rett behandling til rett tid på rett nivå.

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

En opptrappingsplan må også dekke utfordringer i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder for eksempel overganger mellom barne- og voksenhabilitering, der systematisk oppfølging av voksne med medfødte funksjonshemninger eller sykdommer må på plass. Det gjelder også ressursituasjonen, som er under press. For eksempel er tiden som blir avsatt for kartleggings- og oppfølgingssamtaler for barn med CP redusert fra to dager til to timer.

Oppfølging av primærhelsemeldingen

FFO har tidligere gitt våre innspill til meldingen om fremtidens primærhelsetjeneste, og de er i stor grad positive. Meldingen inneholder viktige og riktige grep og tiltak for utfordringene i primærhelsetjenesten - styrking av kompetanse og ledelse, mer teamoppfølging og økt brukermedvirkning og involvering. Men gjennomføringen er avhengig budsjettmidler og en konkret implementeringsplan.

Utviklingen i primærhelsetjenesten i årene fremover vil skje i en kontekst med kommunereform og oppgaveforskyvning til større og mer selvstendige kommuner. Det vil bli en utfordring å gjennomføre regjeringens mål og tiltak for primærhelsetjenesten i kommuner som er mer selvstyrte. Ett virkemiddel er lover og pålegg, men kommunene bryter mange lovpålagte oppgaver i dag uten at det får konsekvenser. Lovpålagte rettigheter er derfor ikke nok.

Kommunene gjør i stor grad det de får penger til. Økonomiske insentivordninger og øremerkede midler som støtter opp under den ønskede utviklingen er derfor et annet svært viktig virkemiddel. Et eksempel kan være innen satsingen på teamarbeid, særlig innen oppfølgingsteam for de med størst behov. FFO mener fastlegene bør knyttes tett til dette, og vi tror en økonomisk insentivordning kan støtte opp under dette i kommunene.

I tillegg må det gjennom tilsyn påses at kommunene oppfyller sørge-for plikten og sikrer innbyggerne gode helse- og omsorgstjenester. Ved gjentatte brudd eller manglende oppfølging av pålegg må tilsynsapparatet ha anledning til å iverksette sanksjoner i form av eksempelvis dagbøter.

Vi vil i det følgende ta opp noen tiltak vi ser spesielt behov for i en implementeringsplan for primærhelsetjenesten:

Brukermedvirkning

Regjeringen har satt fokus på økt brukermedvirkning og involvering. Hvis man skal skape pasienten og brukerens helsetjeneste, er det viktig at pasienter, brukere og pårørende kommer til orde og får påvirke tjenesten. Dette skjer i liten grad lokalt. Prosjektene med hverdagsrehabilitering og gode pasientforløp i kommunene har skapt økt bevissthet i tjenesten gjennom å stille brukeren spørsmålet «hva er viktig for deg?». Men dette skjer ikke i alle kommuner, og systematisk brukermedvirkning mot helse- og omsorgstjenestene mangler stort sett over alt.

FFO har jobbet for dette i mange år, og arbeidet resulterte i lovpålagte kommunale råd for funksjonshemmede. Men undersøkelser viser at disse i liten grad jobber med helse- og omsorgssaker. Også innen tjenestene mangler dette ofte, selv om brukermedvirkning for eksempel i frisklivs- og lærings- og mestringssentre er lovpålagt. FFO mangler en direkte linje ut til kommunene, og har ikke kapasitet til å utvikle dette alene. Vi ber derfor regjeringen om å ta inn

utvikling og styrking av brukermedvirkning i kommunal helse- og omsorgstjeneste i en implementeringsplan.

Lærings- og mestringsaktiviteter

Helse, læring og mestring henger tett sammen. For mennesker med langvarige helseutfordringer kan manglende kunnskap om egen sykdom, bekymringer rundt tilstanden og praktiske utfordringer forverre situasjonen og gi redusert livskvalitet. Opplæring og veiledning kan dempe dette, og da er tilbudet om lærings- og mestringskurs sentralt.

Etablering av lærings- og mestringstilbud i kommunene var et innsatsområde i samhandlingsreformen, men er i liten grad fulgt opp. Tilskuddsordningen på området stimulerer til frisklivstiltak¹, og det går ut over lærings- og mestringstilbudet². Det er viktig å vite at de to tilbudene har ulike målgrupper: Frisklivstilbud retter seg mot de som er i fare for å utvikle livsstilssykdommer, mens lærings- og mestringstilbud retter seg mot funksjonshemmede og kronisk syke som lever med livslange helseutfordringer. For å sikre at lærings- og mestringstiltak etableres og utvikles ber FFO regjeringen innrette tilskuddsordningen sterkere mot slike tiltak i årene fremover.

Kompetanseheving

FFO er glad for at det satses på kompetanseheving i primærhelsemeldingen. Området beskrives grundig, og tiltakene som foreslås er gode. Spesielt er det positivt at regjeringen ønsker å innføre kompetansekrav og lovpålagt kjernekompetanse i kommunene. FFO vil likevel understreke at kompetansehevende tiltak rettet mot kommunene i mange tilfeller ikke har ønsket effekt, fordi de ikke er målrettede nok.

Regjeringen har eksempelvis ønsket å styrke antall stillinger i skolehelsetjeneste og helsestasjoner. Men bevilgningene, som inngår i rammeoverføringene til kommunene, viser seg ikke alltid å ikke komme frem. For å sikre unge mennesker tilgang til denne viktige tjenesten når de trenger det, må tjenesten styrkes med flere stillinger. Et viktig tiltak for å sikre at ungdom ikke faller ut av sosialt liv og skole er samtalegrupper i skolehelsetjenesten rundt livsmestring og psykisk helse. Dette er aktiviteter helsesøster og psykolog i skolehelsetjenesten og helsestasjoner kan gjøre mer av med flere stillinger. Midlene til flere slike stillinger må derfor øremerkes i sin helhet. I tillegg må rapporteringsrutinene rundt nye stillinger skjerpes.

En annen svakhet i kommunene er mangelen på fastleger og den svake tilknytningen til øvrige helse- og omsorgstjenester i kommunen. En satsing på kompetanseheving i kommunene må fokusere på å få flere leger inn i fastlegeordningen og i faste kommunale stillinger. For å avlaste fastlegene, og sikre bedre oppfølging av pasientene, må sykepleiere og psykologer få rett til å praktisere for trygdens regning når de arbeider innenfor en leges ansvarsområde på fastlegekontor.

Forskning

FFO var ikke fornøyd med satsingen på forskning i primærhelsemeldingen. Men regjeringen har etter dette lagt frem sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien, der dette tas tak i. Regjeringen lanserer der et eget forskningsprogram på gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Det er svært positivt. Vi vet generelt for lite om kvaliteten på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. FFO forventer at vi får komme med innspill til programmet, men her vil vi trekke frem habilitering og rehabilitering og kvalitet i fastlegetjenesten som forskningstema.

¹ Fylkesmannen, som forvalter ordningen fra 2014, stiller krav om at tiltaket skal knyttes til et frisklivssenter.

² En nylig gjennomført kartlegging i kommunene gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse viser at kun 18 % av norske kommuner har en kommunal, eller samarbeider om en interkommunal lærings- og mestringstjeneste.

Styrking av pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene

Pasientsikkerhetsarbeidet i primærhelsetjenesten er viktig for utviklingen av tjenestene og for å ivareta folks behov. FFO mener pasientsikkerhetsarbeidet i større grad må ha innsatser rettet inn mot kommunens tjenester. For å sikre en positiv utvikling av tjenestene må det bygges opp kunnskap om, og systemer for, kvalitetssikring i primærhelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten

Styrking og utviding av behandlingsreiser til utlandet

Behandlingsreiser til utlandet er et viktig tilbud til mennesker med kroniske tilstander som har 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 hjemme. Det er dokumentert god effekt av behandlingsreiser på helse, funksjon, livsmestring og livskvalitet for de som omfattes av tilbudet³.

Vi ser positivt på at regjeringen ønsker å styrke ordningen med behandlingsreiser til utlandet, og utvide den med nye grupper⁴. Antall plasser i ordningen med behandlingsreiser til utlandet har nærmest stått stille siden ordningen ble permanent i 1997. Behovet blant gruppene som er inne i ordningen i dag er omtrent dobbelt så stort som dagens tilbud.

FFO ber regjeringen utvide ordningen med nye grupper som behandlingsreiser er påvist å ha god behandlingseffekt for, i statsbudsjettet for 2017. Finansieringen av ordningen må utvides i tråd med dette.

I statsbudsjettet for 2016 ble egenandelen på behandlingsreiser økt med åtte prosent. Det er en økning ut over prisstigningen. FFO ber om at egenandelen fryses fremover, slik at personer med dårlig økonomi ikke ekskluderes fra ordningen.

Utredning av universell refusjonsordning for tannhelsetjenester

Med noen unntak er tannhelse en privat kostnad i Norge. Det har konsekvenser for de med dårlig råd, og tannlegebesøk går ned med fallende inntekt⁵. Når man venter med å gå til tannlegen oppstår gjerne en akutt situasjon, og behandlingen blir mer omfattende og kostbar. Derfor er det de med lavest inntekt som har de høyeste tannlegeutgiftene. 140 000 nordmenn har ikke råd til å betale tannlegeregningene sine⁶. Manglende behandling går ut over helse, sosialt liv og selvfølelse.

Det er betydelig dårligere tannhelse blant funksjonshemmede enn i den øvrige befolkningen, og aller dårligst er den i gruppen funksjonshemmede med lav utdanning. Dette er et klart brudd på FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter. I følge levekårsundersøkelsen i 2008 hadde 6 prosent av befolkningen dårlig tannhelse, mens det i gruppen med funksjonshemmede var 17 prosent. Det er altså en sosial ulikhet innen feltet som styrende myndigheter ikke kan være bekjent med. Dårlig tannhelse kan føre til andre sykdommer og tilstander, og noen av dem kan være alvorlige.

På andre helseområder er enkeltpersoner vernet mot høye kostnader gjennom takordninger. For å dempe sosiale ulikheter, og sikre innbyggerne god tannhelse, må det offentlige ta et større ansvar – og en større del av regningen – for nødvendig tannbehandling. Den beste måten å gjøre det på, slik FFO ser det, er å innføre en universell refusjonsordning lik den øvrige helsetjenesten. I tillegg til å beskytte mot høye tannlegeutgifter, vil man unngå avgrensingsproblemer som lett kan oppstå ved særordninger for enkeltgrupper. Sverige har innført en slik ordning, kalt Høggkostnadskydd. Den norske modellen kan gjerne bygges på denne.

³ Sintefrapport (2011): Evaluering av ordningen med behandlingsreiser til utlandet.

⁴ Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet, s. 45.

⁵ SSB-rapport 7/2013: Udekt behov for tannhelsetjenester.

⁶ TV2 29. januar 2012.

FFO ber på bakgrunn av dette regjeringen starte en utredning av en universell refusjonsordning for tannhelsetjenester.

Reversere kuttene i refusjonen til tannhelsetjenester

Med bakgrunn i at trygdens utgifter til stønad til tannbehandling har økt mer enn forutsatt, har regjeringen i de to siste statsbudsjettene ikke prisjustert tannbehandlingstakstene. I tillegg er takster for særskilte behandlinger nedjustert. Det gir dyrere tannhelsetjenester, noe som særlig vil gå ut over de aller svakeste. Selv om deler av midlene omdisponeres til andre formål, er det etter vårt syn ikke riktig at pasientene skal ta regningen.

FFO mener at takstene til refusjonsberettiget tannbehandling er for lave. De dekker ikke de reelle kostnadene brukerne har, og ofte ser vi høye mellomlegg mellom det trygden yter og det tannlegene forlanger. Det utgjør en merkostnad for brukerne som kan være betydelig. Manglende prisjustering og kutt i takstene vil gi brukerne økte utgifter til refusjonsberettigede tannhelsetjenester. Tannlegene vil antagelig fortsette å øke sine takster med prisjusteringen, slik at gapet mellom takstene og tannlegens pris blir enda større.

FFO ber regjeringen slutte å kutte i takstene til refusjonsberettigede tannhelsetjenester, og at de i stedet justeres i samsvar med prisstigningen. De to siste årenes manglende prisjusteringer må kompenseres.

Nevrosatsing

Antallet personer som rammes av skade eller sykdom i hjernen er likt antallet som rammes av kreft – hele 1 av 3 nordmenn vil oppleve dette i løpet av livet. Men nevrologiske skader og sykdommer får langt fra samme oppmerksomhet i helsevesenet, selv om hele 25 prosent av de totale helsekostnadene i Norge er knyttet til sykdom og skader i hjernen.

Det er behov for en reell satsing på nevrologiområdet i hele helsetjenesten. Det er store mangler innen både forskning og ressurser til oppfølging av disse pasientene, og det er også stor geografisk variasjon i tilgangen til spesialisthelsetjenesten. Det er et betydelig gap mellom brukernes behov og de tjenestene som leveres i dag.

I Helse og omsorgskomiteens innstilling til statsbudsjettet 2016 ba en samlet komite departementet om å vurdere en overordnet strategi for å møte helseutfordringene på dette området. FFO ber derfor om at regjeringen initierer en slik strategi i statsbudsjettet for 2017.

Flere utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten

FFO registrerer at det fortsatt er områder innen spesialisthelsetjenesten der behandlingsskapiteten er dårlig, og det er lang ventetid på konsultasjoner. Det er en skjevhet i søknaden til ulike spesialiteter, og antallet utdanningsstillinger er på noen felt ikke mange nok til å fylle kapasiteten.

Eksempelvis melder våre medlemsorganisasjoner Blærekreftforeningen og Prostatakreftforeningen at mange pasienter venter lenger enn det som er faglig forsvarlig på timer hos urolog. Det er for få slike spesialister, de har for liten tid til faglig utvikling og kvalitetssikring, til veiledning av fastleger og til å informere og kommunisere med pasienten om tilstanden.

En annen av våre medlemsorganisasjoner, Psoriasis- og eksemforbundet melder om det samme rundt hudleger, spesielt i distriktene. Vanlig ventetid på time hos hudlege er 6-9 måneder. Dette vil ifølge forbundet forsterkes når utdanningsstillingene på hudavdelingene fra 1. juli i år kan bli blokkert av ferdigutdannede hudleger som har krav på å få disse stillingene fast etter endt utdanning. Andre områder der det er dårlig kapasitet er innen nevrologi og revmatologi.

FFO ber regjeringen om å sørge for tilstrekkelig med utdanningsstillinger innen legespesialiteter der kapasiteten ikke er god nok i dag.

Nasjonale behandlingstjenester

Nasjonale behandlingstjenester opplever dårlige sikringsmekanismer og utrygg finansiering, fordi de er underlagt lokale helseforetak og deres økonomi. Det gjør at lokale økonomiske forhold eller lokale dragkamper blir avgjørende for graden av ivaretagelse. FFO har fått bekymringsmeldinger rundt dette fra flere av våre medlemsorganisasjoner, blant annet Norsk Epilepsiforbund og Norges Astma- og allergiforbund. I Nasjonal helse- og sykehusplan får Helsedirektoratet viktige oppgaver med å fastsette kvalitetskrav til nasjonale og regionale behandlingstjenester. Det er et viktig skritt i riktig retning, men skal kravene innfris må økonomien være på plass.

Dagens evaluering av tjenestene omfatter kun hvorvidt tjenesten fyller administrative krav i forskriften, men ikke kvaliteten eller den faktiske ivaretagelsen av tjenesten. Vi ber om at departementet fra og med Statsbudsjettet 2017 sikrer ivaretagelsen av de nasjonale behandlingstjenestene. Helsedirektoratet har estimert et behov på 20 mill. kroner til dette. Samtidig ber vi regjeringen sikre at direktoratet har kapasitet og instruks til å utøve et faktisk ansvar for kvaliteten i tjenestene.

Nasjonalt astma- og allergiprogram

Sykdommer som astma, allergi og andre overfølsomhetssykdommer medfører årlig enorme kostnader for samfunnet, anslått av Helsedirektoratet til 10 mrd. kroner årlig. Et nasjonalt program på området kan både gi store innsparinger, og forebygge omfanget av en sykdom som er svært utbredt i befolkningen. Norges astma- og allergiforbund har tatt til orde for et tiårig strategi- og handlingsprogram, og FFO støtter dette. Vi viser til NAAFs kravbrev til statsbudsjettet for 2017 for flere detaljer i dette.

Styrking av Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser

Fra 2014 kom det på plass en ny Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD). Ni nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser inngår i denne tjenesten. FFO har vært tett på forarbeidet av denne etableringen og oppnevner representanter i en faglig referansegruppe for NKSD.

Det er de to første årene igangsatt mange prosesser som er viktige for grupper på sjeldenfeltet, og det er laget rammeverk for brukermedvirkningen ved de ulike sentrene.

Vi ser at det etter etableringen er gitt tilbud til flere grupper som har ventet på et sentertilbud. Å gi tilbud til flere grupper var et av målene i samorganiseringsprosessen. Her er det ytterligere grupper som venter på en sentertilhørighet og et tilbud. Det antas at det i Norge i dag er 30 000 personer med en sjelden diagnose, og at 16 000 av disse har et kompetansesentertilbud.

FFO organiserer mange av de sjeldne diagnosegruppene, og har et godt samarbeid med NKSD knyttet til sjeldenområdet.

I statsbudsjettet for 2016 var bevilgningen prisjustert, og saldert budsjett gir en ramme på 203,1 mill. kroner. Etableringen av NKSD gir et godt grunnlag for en styrking av tjenestetilbudet for grupper av personer med sjeldne diagnoser. Den samlede økonomiske rammen bør likevel økes for at sentrene skal kunne etablere tilbud til flere grupper av sjeldne diagnoser. FFO ber derfor regjeringen øke den økonomiske rammen til nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser (NKSD) med 30 mill. kroner for 2017.

Anmodning om møte

FFO ber med dette om et møte med politisk ledelse i departementet for å gjennomgå FFOs spesifikke krav til budsjettet for 2017.

Med vennlig hilsen

FUNKSJONSHEMMEDES FELLESGRUPPE



John Berg-Jensen
Styreleder



Lilly Ann Elvestad
Generalsekretær

Kopi: Kontaktutvalget med Regjeringen
v/Barne-, likestillings- og inkluderingsminister Solveig Horne