

Styrelsen for Fastholdelse og Rekruttering
Njalsgade 72 C
2300 København S

Høringssvar i forbindelse med forslag til lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og flere andre love

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar i forbindelse med forslag til lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og flere andre love.

Denne reform bliver en vigtig del af det set up, der skal afdække og afhjælpe beskæftigelsesvanskeligheder, som berører en væsentlig andel af medlemmerne i Danske Patienters medlemsorganisationer.

Dato:
24. september 2012

Danske Patienter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
tp@dankepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/11

Kort høringsfrist

Danske Patienter modtog høringen fra Styrelsen for Fastholdelse og Rekruttering den 5. september. Med en høringsfrist den 24. september betyder det, at Danske Patienter kun har haft 20 dage til at forberede sit høringssvar. Det er ikke tilstrækkeligt til at gennemføre en fyldestgørende høring – især ikke med et så omfattende høringsmateriale, som er tilfældet ved denne høring. Høringsmaterialet udgør denne gang 262 sider.

De meget korte høringsfrister er et generelt problem blandt offentlige institutioner. De korte frister forringer muligheden for en grundig gennemgang af høringsmaterialet og skaber dermed risici for, at vigtige kommentarer og viden bliver overset. Det gælder ikke mindst for organisationer som Danske Patienter, som er paraply for 17 patientorganisationer og i alt 79 patientforeninger. Danske Patienters styrke er muligheden for at koordinere viden og synspunkter på tværs af sygdomsgrupper, men dette kræver til gengæld en fornuftig tidsmæssig ramme.

Overordnede kommentarer

Danske Patienter er grundlæggende positiv over for ambitionen om, at flest muligt skal have fodfæste på arbejdsmarkedet, og at flest muligt skal fastholdes i ordinær beskæftigelse, hvor det er muligt. Reformen indeholder en række elementer, der vil styrke denne ambition, men helt grundlæggende forringer reformen de vilkår, som mennesker med nedsat arbejdsevne tilbydes.

Side 2/11

Fleksjobordningen har hidtil været en rigtig god mulighed for at inkludere mennesker med fysiske og psykiske begrænsninger på arbejdsmarkedet. Med reformen bliver det dog mere vanskeligt at tilgå ordningen og mindre attraktivt for virksomheder at ansætte personer i fleksjob. Derfor frygter Danske Patienter, at reformen vil skubbe flere mennesker ud af arbejdsmarkedet – i stedet for at inkludere dem.

Danske Patienter anerkender, at de tværfaglige rehabiliteringsteam er en styrkelse af kommunernes handlemuligheder over for personer, der står uden for arbejdsmarkedet. Adgangen til det regionale sundhedsvæsen bliver dog en nøglefaktor for succesen i de nye rehabiliteringsteam, da vi alt for længe har set usammenhængende og ukoordinerede forløb for patienter i rehabiliteringsforløb.

I bemærkningerne til lovforslaget står der, at arbejdsevne skal udvikles og ikke afprøves. Det er udmærket, at reformen vil gøre op med endeløse arbejdsprøvninger, men for mennesker med kronisk sygdom bliver det fysiske helbred oftest ikke bedre med tiden – desværre tværtimod. Derfor er det illusorisk at tro, at arbejdsevnen altid kan udvikles. For mennesker med psykisk sygdom derimod er et fokus på udvikling af arbejdsevnen meget positivt, da denne gruppe har gode muligheder for at blive helbredt. Dog skal man bevare et helhedssyn på borgeren, der for at kunne udvikle sin arbejdsevne skal have adgang til en ordentlig behandling af sine psykiske problemer (jf. den landsdækkende udfordring med kapaciteten i psykiatrien).

I forhold til implementering af reformen ser Danske Patienter det som et problem, at lovændringerne skal træde i kraft allerede den 1. januar 2013. Med de omfattende ændringer, der lægges op til både organisatorisk og samarbejds mæssigt på både kommunalt og regionalt niveau, frygter Danske Patienter, at kommunerne ikke kan nå at omstille sig. Dette kan få alvorlige konsekvenser for mange borgeres retssikkerhed og for behandlingen af sager omkring fleksjob og førtidspension.

I denne forbindelse må vi også pege på, at mange formuleringer i lovbemærkningerne om organisation og metoder kalder på afklaringer, præciseringer og yderligere beskrivelser, før man i kommunerne og regionerne kan gå i gang med at ændre de konkrete arbejdsgange og metoder.

Kommentarer vedrørende fleksjob

Fleksjobordningen, som vi kender den i dag, bliver nedlagt. Det får en række alvorlige konsekvenser for borgere med nedsat funktionsevne.

Side 3/11

Som lovforslaget ser ud nu, er der risiko for, at usikkerheden om den enkeltes forsørgelsesgrundlag vil forværre sygdomstegn og symptomer samt skubbe flere over på førtidspension.

Midlertidige fleksjob

Af forslaget til ændringerne i fleksjobordningen fremgår det, at fleksjob bliver midlertidige. Kommunerne bevilger det første fleksjob for højst en femårig periode, og personer under 40 år kan højst få bevilget et fleksjob i perioder på fem år ad gangen. Personer over 40 år kan efter det første fleksjob få et permanent fleksjob, afhængigt af vurderingen af arbejdsevnen.

Danske Patienter finder det uhensigtsmæssigt at gøre fleksjobbevillingerne midlertidige. Midlertidighed vil gøre det vanskeligere at få og bevare en fast tilknytning til arbejdsmarkedet, idet det vil skabe uro, at fleksjobbevillingen løbende skal revurderes.

Desuden er det urimeligt, at aldersgrænser skal afgøre, hvorvidt man er berettiget til et varigt fleksjob. Det bør alene være arbejdsevnen, der er afgørende. Det skaber utryghed for personer med varig nedsat arbejdsevne, for hvem et fleksjob er muligheden for at blive selvforsørgende i kraft af et arbejde.

Fleksløntilskud

Kommunen udbetaler fleksløntilskud til personer i fleksjob. Tilskuddet kan højst udgøre et beløb, der svarer til 98 procent af dagpengesatsens højeste beløb. Tilskuddet nedsættes med 30 procent af lønnen indtil 13.000 kroner og med 55 procent derover. Løn og fleksløntilskud kan højst udgøre et beløb, der svarer til den overenskomstmæssige løn ved ansættelse på fuld tid i den pågældende stilling.

Danske Patienter finder den nye tilskudsmodel problematisk, idet den ikke harmonerer med ligestillings- og kompensationsprincippet. Frem over vil mennesker med nedsat funktionsevne ikke længere få løn svarende til deres kollega, der laver det samme. Tilskudsmodellen øger dermed afstanden og forskellen mellem mennesker med nedsat funktionsevne og mennesker ansat på ordinære vilkår. Danske Patienter frygter, at der i højere grad skabes A- og B-hold.

Mange mennesker vil opleve et markant indkomststab ved overgang til fleksjob. Særligt højtuddannede straffes med den ny tilskudsmodel, hvilket

tillige modarbejder uddannelsesincitamentet for mennesker med nedsat arbejdsevne.

Den nye tilskudsmodel styrker ikke dét, der er formålet med reformen, nemlig i højere grad at få mennesker med nedsat funktionsevne i arbejde eller at få dem til at arbejde mere. Handicap og sygdom har man ikke selv valgt, og man bliver ikke mere rask eller bedre til at klare et arbejde, fordi man bliver mere fattig. Danske Patienter er således ikke enig i reformens måde at tænke motivation og incitament på.

Side 4/11

Endvidere betyder forslaget, at eksisterende fleksjobbere stavnsbindes i deres nuværende job, da et skifte vil medføre lønnedgang for langt størstedelen. Forslaget bør som minimum ændres således, at personer i fleksjob under den nuværende ordning forbliver på disse vilkår ved jobskifte. Fleksjobbere er ikke mindre karriereorienterede end mennesker i fuldtidsstillinger – og de kan flytte bopæl til en anden landsdel samt blive opsagt og lignende i lighed med alle andre arbejdstagere. Med de nye regler skaber man usikkerhed hos de nuværende fleksjobbere, der ved jobskifte eller ledighed vil blive omfattet af et helt andet regelsæt, der vil stille dem ringere.

Desuden er det et stort problem, at man fjerner tilskuddet til arbejdsgiveren. Dermed fjernes et meget vigtigt incitament til opretholdelse og etablering af arbejdspladser til personer med nedsat arbejdsevne.

Reformen forbedrer ej heller mulighederne for de personer, der ikke har en *meget begrænset* arbejdsevne, hvilket den burde. Danske Patienters medlemsorganisationer melder, at de ofte støder på mennesker, der er for syge og nedslidte til at kunne være 100 procent på arbejdsmarkedet, men som endnu ikke har en meget begrænset arbejdsevne. For disse mennesker er der fortsat ikke tilstrækkelig og hensigtsmæssig hjælp at hente.

Fastholdelsesfleksjob

En person, der er ansat – eller inden for de seneste 12 måneder har været ansat – på en arbejdsplads inden for et overenskomstdækket område, kan, uanset om betingelserne for fleksjob er opfyldt, først blive ansat i et fleksjob på den hidtidige arbejdsplads, når personen har været ansat under de sociale kapitler. Kravet kan fraviges i særlige tilfælde.

Reglen om, at personer skal have været ansat i mindst 12 måneder under de sociale kapitler eller på særlige vilkår for ikke-overenskomstdækkede virksomheder, vil betyde, at mange personer vil miste deres fodfæste på arbejdsmarkedet, da de ikke kan opretholde beskæftigelse uden for fleksjobordningen. Det er det stik modsatte af, hvad såvel arbejdsgivere og arbejdstagere har brug for i de vanskelige situationer, der opstår omkring medarbejdere, som bliver ramt af alvorlig sygdom eller udsat for en ulykke.

De mest succesfulde fleksjobforløb er typisk dem, hvor en person kan fortsætte på nuværende arbejdsplads på trods af opstået sygdom eller funktionsnedsættelse.

Danske Patienter understreger desuden, at det er vigtigt at få præciseret, hvem der tilhører den gruppe omfattet af § 70 b, stk. 4, som ikke først skal være ansat 12 måneder på deres hidtidige arbejdsplads under de sociale kapitler/på særlige vilkår. For flere patientgrupper er det formålsløst først at skulle ansættes under de sociale kapitler – det gælder f.eks. ved progredierende sygdomsforløb. Som eksempel vil parkinsonramtes arbejdsevne være størst i et fastholdelsesfleksjob, da det er svært for denne patientgruppe og andre grupper med neurodegenerative progredierende sygdomme at lære nyt og tilpasse sig en ny arbejdsplads.

Side 5/11

Det bør desuden præciseres, hvornår de 12 måneder tæller fra – hvis arbejdspladsen f.eks. allerede har forsøgt en omplacering eller lignende, som er aftalt skriftligt. Borgere med progredierende sygdomme vil ofte udvikle symptomer over en flerårig periode, og arbejdspladserne kan derfor allerede have forsøgt at tilpasse arbejdsopgaverne til den sygdomsramte.

Tillige er det uklart om de 12 måneder skal ligge før eller efter en eventuel arbejdsprøvning. Hvis den sygdomsramtes berettigelse til fleksjob skal afgøres ved en arbejdsprøvning, og denne viser, at den ramte er berettiget til et fleksjob, kan personen så komme tilbage til hidtidig arbejdsplads, og skal de 12 måneder komme herefter?

Danske Patienter vurderer desuden, at lovforslaget får negative konsekvenser for det samlede udbud af fleksjob. I forslaget ligger der ingen forpligtelse hos arbejdsgiveren til at fastholde den sygdomsramte under de sociale kapitler/på særlige vilkår. Derfor frygter Danske Patienter, at mange arbejdsgivere ikke vil afholde en fuld lønudgift i yderligere 12 måneder til en person med nedsat arbejdsevne.

I lovforslaget mangler der desuden incitamenter for arbejdsgiverne til at oprette fleksjob. Hvis arbejdspladsen ikke kan få et "perfect match" i form af den sygdomsramte, som har særlige kompetencer i forhold til jobbet, frygter Danske Patienter, at arbejdsgiveren undlader at udbyde fleksjobbet.

Bidrag til arbejdsmarkedet tillægspension

For en person, der modtager tilskud fra kommunen under ansættelse i fleksjob, indbetales et bidrag til ATP på 5 procent af tilskuddet, dog højst 500 kroner.

Det er positivt, at personer i fleksjob sparer op til pension, men de facto vil flertallet af fleksjobbere få en meget mindre pensionsopsparing under den nye ordning. En fleksjobber i en offentlig stilling modtager i dag et

pensionsbidrag på typisk 14-17 procent oven i grundlønnen, der svarer til fuldtidsarbejde.

Med den ny ordning vil dette pensionsbidrag skrumpe ind, og de 5 procent til ATP vil ikke matche den tidligere indbetaling. Fleksjobbere straffes derfor på pensionsopsparingen og stilles ringere i pensionisttilværelsen på trods af et aktivt arbejdsliv.

Side 6/11

Kommentarer til rehabiliteringsteam

Kommunalbestyrelsen skal oprette et rehabiliteringsteam. Det er et dialog- og koordinationsforum, som afgiver en anbefaling i alle sager inden beslutning om – og tilkendelse af – ressourceforløb, fleksjob og førtidspension.

Danske Patienter hilser helhedsorientering og en tværsektoriel indsats – herunder tværfaglighed – i form af kommunale rehabiliteringsteam velkomment. Det er bestemt vigtigt at give borgerne en sammenhængende indsats, der kan hjælpe den enkelte videre i livet – herunder få vurderet, hvilke beskæftigelsesmæssige, sociale og sundhedsmæssige indsatser, der er nødvendige for at sikre den enkelte borger fodfæste på arbejdsmarkedet, og hvorledes disse indsatser skal koordineres.

Det er ligeledes positivt, at der frem over skal opstilles konkrete mål i forhold til arbejde og uddannelse for alle borgere i forbindelse med etablering af ressourceforløb. Endvidere er Danske Patienter enige i, at udviklingen af arbejdsevnen forudsætter, at borgeren har ejerskab til indsatsen og har indflydelse og bliver lyttet til.

Dog vil det være hensigtsmæssigt, hvis den tværfaglige koordinering sker på et tidligere tidspunkt, end der er lagt op til i lovforslaget. Når borgeren når dertil, hvor der skal tages stilling til et ressourceforløb, fleksjob eller førtidspension, har borgeren typisk været ledig i en lang periode. Det vil i en lang række tilfælde være hensigtsmæssigt, hvis rehabiliteringsteamet tog stilling allerede ved en længerevarende sygemelding eller ved en længere ledighedsperiode. Rehabiliteringsplanen skal ikke ses særskilt fra borgerens udrednings- og behandlingsplan, der udfærdigedes i det regionale sundhedsvæsen, men bør optimalt set integreres i et samlet forløb.

Det vil desuden være afgørende, at de nye rehabiliteringsteam besidder eller indhenter den fornødne eksterne viden i forhold til den enkelte borger. Generelt kan det være en udfordring for fagfolk at indhente viden og oplysninger, som de ikke er klar over, at de mangler. Ekstern viden skal derfor indhentes i tæt sammenspil med borgeren.

Danske Patienter vurderer desuden, at der kan være en udfordring i forbindelse med, at de nye rehabiliteringsteam ikke får et selvstændigt bevillings- og budgetansvar. Det giver ikke mening at have team, der

bruger anseelige kræfter på at lægge en plan sammen med borgeren, hvis forvaltningerne efterfølgende ikke følger den.

Danske Patienter understreger også, at det vil være væsentligt at sikre, at jobcentrene er gearede til at yde en helt særlig indsats, når vi kigger på gruppen af ledige fleksjobbere med forskellige handicap. Det er en sårbar og meget anderledes gruppe borgere, end dem jobcentrene typisk møder.

Side 7/11

Det skal desuden bemærkes, at detaljerne omkring rehabiliteringsteamene bør præciseres. Der er alt for mange uklarheder i beskrivelsen af enkeltdele.

Hvordan vil man f.eks. sikre, at medlemmerne af teamet har de rette kompetencer? Hvordan og hvornår udpeger man den relevante, gennemgående og koordinerende sagsbehandler i den enkelte sag? Og hvornår er kommunen forpligtiget til at tage initiativ til at igangsætte ”den forberedende del” med henblik på forelæggelse i teamet? Hvordan vil man sikre, at der skabes sammenhæng, når beslutningskompetencerne bliver fastholdt i de forskellige enheder og sektorer og ikke tildeles det arbejdende team? Og hvem er ansvarlige for det videre forløb, hvis teamet ikke kan blive enige om en fælles plan?

Kommentarer til ressourceforløb

Generelt ser Danske Patienter positivt på, at der udvikles ressourceforløb. Organisationen er også tilfreds med, at personer, der er så syge eller har så betydelige funktionsnedsættelser, at det er åbenbart formålsløst at forsøge at udvikle deres arbejdsevne i et ressourceforløb, er undtaget fra ressourceforløb.

I forlængelse heraf er det dog vigtigt at pointere, at lovmaterialet bør præcisere, hvad det er for grupper, der kan undtages for ressourceforløb og få tilkendt førtidspension direkte. En del patientgrupper vil ikke tilhøre målgruppen for ressourceforløbene. Det gælder blandt andet patienter med progredierende sygdomme – f.eks. parkinsonramte eller mennesker med sclerose.

Visitation til ressourceforløb

Det vil være væsentligt at holde fokus på, hvordan man når målgruppen for ressourceforløbene. En anseelig del af borgerne i målgruppen vil være kendte i såvel kommunerne som på de regionale sygehuse gennem en årrække.

Det må derfor sikres, at der går så kort tid som muligt fra problemerne konstateres, til man indgår i et ressourceforløb – så borgerne ikke skal vente for længe med risiko for at opleve en række personlige nederlag, da dette også slider på arbejdsevnen og uddannelsespotentialt.

Retssikkerhedsmæssigt er det bekymrende, at der ikke findes en egentlig bagkant i de mange skøn, som kommunen indarbejder i disse sager. Det vil således ikke være rimeligt, at man skal gennemgå flere ressourceforløb, før man når frem til den målstreg, hvor det skal besluttes, i hvilket omfang borgeren skal tilkendes et fleksjob eller en førtidspension på baggrund af en nedsat arbejdsevne.

Ressourceforløb ved psykisk sygdom

Danske Patienter mener, at *alle* patienter med psykisk sygdom bør få tilbudt et ressourceforløb – og ikke kun personer, der f.eks. har været gennem en revalidering eller har brug for en social indsats, som det fremgår af forslaget.

Endvidere kan det være problematisk for personer med psykisk sygdom, at der er en øvre grænse på fem år for et ressourceforløb. Det er afgørende, at udviklingsforløbene ikke bliver fem års "læggen arm" med systemet for den syge og de pårørende, men at ressourceforløbet har et sammenhængende og kvalificeret indhold med fokus på at stille borgeren bedst muligt i sidste ende.

Mennesker med psykisk sygdom har altid en mulighed for at blive helbredt, og derfor er det generelt positivt, at der udvikles nye tiltag, der sigter mod et arbejdsmarkeds- og udviklingsperspektiv. Danske Patienter mener dog, at psykiatriens manglende ressourcer er en af hovedårsagerne til de mange nye tilkendelser af førtidspension for psykisk syge. Derfor bør staten sikre bedre økonomiske rammer for psykiatrien – både for behandlings- og socialpsykiatrien. Desuden skal kommunernes incitament for at gennemføre udviklingsforløb styrkes.

Ressourceforløbsydelse

Personer, der er visiteret til et ressourceforløb, modtager en ressourceforløbsydelse, der svarer til kontanthjælpsydelsen. Personer, der inden forløbet enten er på førtidspension, modtager ledighedsydelse eller sygedagpenge fortsætter dog med en ydelse på samme niveau, som før forløbet – i overensstemmelse med de regler, der knytter sig til disse ydelser. Ressourceforløbsydelsen er ikke afhængig af egen formue og en eventuel ægtefælles indtægts- og formueforhold.

Danske Patienter stiller sig uforstående overfor, at man vil forsøge at hjælpe folk ud af deres fysiske, sociale, arbejdsmæssige og psykiske problemstillinger, og samtidig fastfryse eksistensgrundlaget for en i forvejen belastet gruppe som konsekvens af sygdom.

Ressourceforløbsydelsen bliver desuden en kendsgerning for personer under 40 år, der skal igennem adskillige forløb, før de kan godkendes til førtidspension. Danske Patienter finder det urimeligt, at disse personer skal straffes økonomisk. Ordningen skal sikre økonomisk tryghed og

samtidig give optimale muligheder for at komme tilbage til hverdags- og arbejdslivet. Ressourceforløbsydelsen bør derfor svare til sygedagpengesatsen eller matche det nuværende førtidspensionsniveau.

Det må aldrig være de økonomiske hensyn, der vejer tungest, når der skal tages stilling til, hvad der er de mest hensigtsmæssige tiltag over for den enkelte, så denne kan få et meningsfyldt og økonomisk trygt liv, hvad enten der er tale om visitation til resourceforløb, fleksjob eller mulighed for revalidering eller lignende foranstaltning.

Ligesom ved forslaget vedrørende etablering af rehabiliteringsteam mangler man i dette forslag at gøre rede for en række vigtige detaljer. Det fremgår blandt andet ikke af lovforslaget, hvordan f.eks. den enkeltes udgifter til transport i tilknytning til aktiviteter i resourceforløbet skal kunne betales. Det fremgår ej heller om unge, der bor hjemme i begyndelsen af et resourceforløb, har ret til at flytte i egen bolig, når pågældende selv vil og kan, uden økonomiske konsekvenser for den ydelse, man har krav på under det fortsatte forløb.

Sundhedskoordinatorfunktionen

Danske Patienter mener, at dette er en spændende ny konstruktion, som organisationen glæder os til at se blive foldet ud. Funktionen kan dog ikke stå alene.

For en del af patienterne i Danske Patienters medlemsorganisationer er de helbredsmæssige aspekter ved arbejdsevneudredningen af helt vital betydning. Det er helt centralt, at man hurtigst muligt får det bedst mulige behandlingstilbud, før man kan afgøre, i hvilket omfang sygdommen påvirker arbejdsevnen. Det er ligeledes afgørende, at de oplysninger, som tilgår kommunen omkring de helbredsmæssige forhold, er af fornøden kvalitet samt bliver givet i den korrekte forståelsesramme. Desuden skal oplysningerne efterfølgende omsættes til en forsvarlig indsats, som ikke overskrider de sundhedsfaglige vurderinger af, hvad borgeren kan holde til.

Derfor må det være en væsentlig opgave for sundhedskoordinatorfunktionen at binde den kommunale indsats sammen med de helbredsmæssige oplysninger og behandlingsindsatser.

Danske Patienter bemærker desuden, at man i lovmaterialet ikke virker til at være opmærksom på, at en del borgere også behandles andre steder end i deres egen region. Det er vigtigt, at man holder dette for øje og blandt andet nævner § 79-sygehusene, som udgør en vital del af behandlingstilbuddet for mange i denne reforms målgruppe.

Kommentarer til tilkendelse af førtidspension

Førtidspension kan tilkendes personer i alderen fra 40 år til folkepensionsalderen. Personer over 40 år skal som udgangspunkt have ét

ressourceforløb, inden de tilkendes førtidspension, med mindre det er "åbenbart formålsløst at udvikle arbejdsevnen gennem et ressourceforløb." Personer i alderen 18 til 39 år kan tilkendes førtidspension, hvis det er dokumenteret – eller det pga. af særlige forhold – er helt åbenbart, at arbejdsevnen ikke kan forbedres.

Side 10/11

Danske Patienter mener, at aldersbegrænsning på førtidspension er uhensigtsmæssig. Aldersbegrænsning tilsidesætter den konkrete og individuelle vurdering af den enkeltes arbejdsevne, der bør ligge til grund for tilkendelse af førtidspension.

Danske Patienter er bekymret for, at det vil være vanskeligt for de 18- til 39-årige at påvise, at arbejdsevnen "helt åbenbart" ikke kan forbedres. Flere af Danske Patienters medlemmer erfarer, at kommunale sagsbehandlere jævnligt mangler viden om sygdommene og ikke forstår, hvorfor arbejdsevnen er meget lav ved visse diagnoser.

Som før nævnt bør lovmaterialet i forlængelse heraf præcisere, hvad det er for grupper, der kan undtages for ressourceforløb og få tilkendt førtidspension direkte.

Danske Patienter understreger desuden, at borgere, der tidligere har været tilkendt førtidspension, bør garanteres, at de får deres førtidspension igen, hvis ressourceforløbene ikke ender succesfuldt.

Kommentarer til merudgifter - § 100

Tilskud til nødvendige merudgifter kan ydes, når de skønnede merudgifter udgør mindst 6.000 kroner per år, svarende til 500 kroner per måned. Tilskuddet fastsættes ud fra de skønnede merudgifter per måned og rundes op til nærmeste kronebeløb, der er deleligt med 100.

Som det er nu får man udbetalt 1500 kr. om måneden, hvis man har merudgifter for mere end 500 kr. om måneden. Ved frem over at udbetale et beløb rundet op til nærmeste 100 skabes en umiddelbart mere retfærdig kompensation.

Det bør dog kædes sammen med en udvidelse af personkredsen for § 100, således at besparelsen ved at ændre beregninger kommer flere pensionister med funktionsevnenedsættelse til gode. Hvad er f.eks. begrundelsen for, at man mister sin merudgiftsydelse, når man går på folkepension og fortsat har de samme merudgifter og samtidig formentlig en lavere indkomst? Det er heller ikke rimeligt, at førtidspensionister efter den gamle ordning ikke har adgang til at få dækket merudgifter efter § 100, men er henvist til hjælp efter transskriterier.

Skal man leve op til princippet om kompensation for de faktiske udgifter, bør minimumsbeløbet for refusion af merudgifter afskaffes – eller som et minimum sættes kraftigt ned. For mange mennesker er 6.000 kr. om året rigtig mange penge at skulle betale selv, og dette ændrer reformen ikke på.

F.eks. er udgifter til medicin eller særligt udstyr til hjemmet på flere hundrede kroner om måneden en anseelig belastning for personer på offentlig forsørgelse, der i forvejen har et stramt budget.

Side 11/11

Kommentarer til evaluering af reformen

Af "Aftale om en reform af førtidspension og fleksjob" fremgår det, at der til brug for opfølgning og evaluering samt til at understøtte indsatsen i kommunerne skal tilvejebringes det nødvendige datagrundlag.

Danske Patienter kan kun understrege vigtigheden i, at der følges op og evalueres løbende på lovforslagets fleksjobordning og førtidspensionsordning herunder ressourceforløbene. Dette er afgørende med til at kvalitetssikre, -vurdere og -udvikle initiativernes brugbarhed og effektivitet i lyset af de omfattende ændringer for danskernes arbejdsmæssige, sociale og psykiske situation.

Danske Patienter finder imidlertid de opstillede evalueringsparametre for uambitiøse og utilstrækkelige. Organisationen foreslår, at man tilføjer en række kvalitative måleforhold, så man blandt andet følger op på, om der sker de nødvendige forbedringer i forhold til kvalitet i sagsbehandlingen, om der er fremdrift i samarbejdet mellem kommuner og regioner, og om man skaber positive resultater i forhold til den enkelte borger.

Danske Patienter er bekymret for, hvilke konsekvenser det får for borgerne, hvis der alene skal evalueres på antal personer i ordningerne, og på om de skønnede økonomiske besparelser bliver opnået.

Det er derfor nødvendigt, at der også sættes mål for effekten af den lovpligtige, nye organisering af indsatsen, og at man efterfølgende evaluerer, om den har virket efter hensigten.

Med venlig hilsen



Morten Freil

Direktør