

Helsetjenesten i SiO

Til behandling i Velferdstinget 14. april 2010

Innstilling og saksutredning

Velferdstingets arbeidsutvalg, 8. april 2010

Innholdsfortegnelse

Arbeidsutvalgets innstilling.....	4
1. Innledning.....	6
2. Innhold og behandling av saken.....	7
2.1 Generelt om helsetilbud i samskipnader	7
2.2 Hovedutfordringer.....	7
2.3 Generelt om finansiering.....	8
2.4 Premisser for sammenslåingen.....	8
2.5 Fremgangsmåte i behandling av saken.....	8
2.6 Om saksnotatet	9
3. Om helsetilbudet i SiO	10
3.2 Kostnader i helsetjenesten.....	10
3.3 Organiseringen av tilbudet	11
3.3.1 Allmennhelsetjenesten	12
3.3.2 Studentrådgivningen.....	15
3.3.3 Psykologisk/psykiatrisk tjeneste	16
3.3.4 Tannhelsetjenesten	18
4. Om helsetilbudet i OAS	19
4.1 Om samskipnaden	19
4.2 Kostnader i helsetjenesten.....	19
4.3 Organiseringen av tilbudet	20
4.3.1 Legerefusjon.....	20
4.3.2 Helsefond	21
4.3.3 Psykolog- og rådgivertjenesten	22
5. Utredning av alternativer.....	24
5.1 Innledende vurderinger fra arbeidsutvalget.....	24
5.1.1 Inntekter og kostnader	24
5.1.2 Allmennhelsetjenesten	25
5.1.3 Psykolog- og rådgivertjenesten	25
5.1.4 Tannhelsetjeneste	25
5.1.5 Internasjonale studenter.....	26
5.2 Alternativ 1 – Kun egenprodusert tjeneste.....	27
5.2.1 Alternativ 1.1 – Videreføring av refusjonsordningen fra SiO.....	27
5.2.2 Alternativ 1.2 – Utvide refusjonsordning fra SiO	27

5.2.3 Alternativ 1.3 – Gratis lege- og sykepleiertjeneste	28
5.2.4 Arbeidsutvalgets vurderinger	29
5.3 Alternativ 2 – Universell refusjonsordning og egenprodusert tjeneste	32
5.3.1 Arbeidsutvalgets vurderinger	34
5.4 Alternativ 3 - Kun refusjon utenom psykolog- og rådgivertjenesten.....	36
5.4.1 Arbeidsutvalgets vurderinger	36

Arbeidsutvalgets innstilling

Arbeidsutvalget innstiller på følgende forslag til vedtak:

- SiO skal ha en egenprodusert helsetjeneste bestående av:
 - Allmennhelsetjeneste
 - Studentrådgivning
 - Psykologisk-psykiatrisk helsetjeneste
 - Tannhelsetjeneste
 - Fysioterapi

- SiO skal ha tjenestetilbudet lokalisert følgende steder:
 - Blindern ved Universitetet i Oslo
 - Allmennhelsetjeneste
 - Studentrådgivning
 - Psykologisk-psykiatrisk helsetjeneste
 - Tannhelsetjeneste
 - Psykomotorisk fysioterapi
 - Sentrum ved Høgskolen i Oslo frem til et sentrum i senter er etablert
 - Allmennhelsetjeneste
 - Studentrådgivning
 - Psykologisk helsetjeneste
 - Tannhelsetjeneste
 - Handelshøgskolen BI
 - Allmennhelsetjeneste
 - Studentrådgivning
 - Høgskolen i Akershus
 - Studentrådgivning
 - Øvrig tilbud om fysioterapi skal tilbys gjennom studentidretten.

- Tilbudet innen studentrådgivningen, den psykologisk-psykiatriske helsetjenesten og den psykomotoriske fysioterapien skal være gratis for studentene. Tannhelsetjenesten skal drives til kostpris for samskipnaden.

- Tilbudet innen psykolog- og rådgivertjenesten må ha tilstrekkelig kapasitet så det ikke er ventetid for studentene.

- Det skal innføres en refusjonsordning for fastlegepasienter i samskipnaden som gir refusjon for:
 - Lege- og sykepleierkonsultasjon i samskipnaden.
 - Øvrige egenandeler for helsetjenester som ikke gis i samskipnaden og som føres på det offentlige egenandelskortet.

- For studenter som kan dokumentere studiested utenfor Oslo eller praksis utenfor Oslo i et semester eller lengre skal refusjonsordningen ikke stille krav om at man er fastlegepasient i samskipnaden. Refusjonsordningen skal da også dekke egenandeler for tjenester som tilbys i samskipnaden som til lege- og sykepleiekonsultasjon.

- Internasjonale studenter uten fastlegerettigheter skal ha samme tilbud som studenter som har fastlege i samskipnaden.
- Velferdstinget skal i forbindelse med behandlingen av nivået på semesteravgiften vurdere støtteordninger til tannhelse for studentene i samskipnaden.

1. Innledning

Velferdstinget valgte i sitt møte torsdag 31. mars å utsette saken om helsetilbudet i den sammenslåtte samskipnaden. Begrunnelsen var at saksframstillingen var for svak og at mye av tallmaterialet manglet i notatet som var framlagt for Velferdstinget. En fremstilling av forskjellige løsninger var også savnet slik at Velferdstinget kunne ta diskusjonen og gjøre vedtak på bakgrunn av klare alternativer. På bakgrunn av de manglende opplysningene var Velferdstinget ikke komfortabel med å ta en beslutning og sendte saken tilbake til arbeidsutvalget for ny behandling.

På bakgrunn av utsettelsesvedtaket legger arbeidsutvalget helsetjenestesaken frem på nytt for Velferdstinget med ny saksutredning og innstilling. Saken var tidligere planlagt behandlet i to omganger i Velferdstinget, men i møtet 31. mars var det et tydelig behov for å avklare alle sider av saken samtidig. Arbeidsutvalget velger derfor å legge frem saken primært én gang for Velferdstinget og eventuelt ta resterende problemstillinger eller justeringer opp på et senere tidspunkt hvis det skulle være nødvendig.

Arbeidsutvalget er opptatt av at Velferdstinget treffer gjennomtenkte beslutninger og at alle representantene har den informasjonen som er nødvendig for å kunne delta i behandlingen av sakene i tinget. I en hver sak kan representantene henvende seg til arbeidsutvalget hvis man ønsker ytterligere opplysninger i saken eller informasjon om saksbehandlingen. I dette tilfellet var denne muligheten ikke nok og et flertall av representantene ønsket i møtet flere opplysninger i saken enn det som forelå. Arbeidsutvalget tar beslutningen om utsettelse svært alvorlig og beklager at representantene ikke har fått tilfredsstillende informasjon i saken som skulle behandles.

Samtidig vil arbeidsutvalget påpeke at det er utfordrene å være representant i Velferdstinget. Det er til syvende og sist Velferdstinget som må ta beslutninger, og uenighet eller manglende forberedelse kan ikke forhindre at beslutninger blir tatt. Arbeidsutvalget skal til en hver tid tilstrebe å legge frem så gode saksutredninger som mulig. Men en god saksutredning betyr ikke at Arbeidsutvalget legger frem alle tenkelige alternativer i en sak. Det er viktig at debatten om og forberedelsene til en sak ikke er uttømt i det saken sendes til Velferdstinget. Forberedelsen, debatten og fremleggelsen av forslag er like mye et ansvar for Velferdstingets representanter både før og under velferdstingsmøtene. Det forventes at representantene forbereder seg til møtene, møter eller diskuterer med andre fra sin institusjon eller fraksjon i forkant og eventuelt forhører seg med andre institusjoner og fraksjoner om saken. Forslag må gjerne sendes inn eller varsles i forkant av møtet, spesielt forslag av vesentlig karakter og forslag som ønsker å endre møtestruktur eller behandlingsmåte.

I arbeidsprogrammet har Velferdstinget vedtatt at man ønsker å bestemme hvordan helsetilbudet i den sammenslåtte samskipnaden skal være organisert. Skal man bestemme det er det nødvendig å gjøre en beslutning som arbeidsutvalget og Hovedstyret kan jobbe videre med før samordningsprosessen i samskipnaden er ferdig.

2. Innhold og behandling av saken

Studentsamskipnadens helsetjenester er et stort og komplekst område som det kan være vanskelig å få oversikt over. I diskusjonen om utformingen av tilbudet er det mange hensyn som skal ivaretas samtidig som man må forholde seg til økonomiske og praktiske begrensninger. En ryddig diskusjon er avgjørende for å få et balansert vedtak og et balansert vedtak er avgjørende for at tilbudet skal kunne realiseres.

2.1 Generelt om helsetilbud i samskipnader

I utgangspunktet er det ingen grenser for hvilket helsetilbud en samskipnad kan ha, men reelt settes grensene av de økonomiske og praktiske rammene samt tilbudet i det offentlige for øvrig. Spesielt avgjørende er nivået og inntektene fra semesteravgiften samt nivået på det øvrige velferdstilbudet i samskipnaden.

Studentsamskipnadens helsetilbud er primært et lavterskeltilbud som utfyller og kommer i tillegg til de ordinære offentlige (kommunale og statlige) helsetjenestene. Samskipnadens tilbud skal være et supplement og ikke en konkurrent til det offentlige helsetilbudet. På noen områder legger det offentlige tiltrette for at samskipnaden selv kan produsere deler av det offentlige helsetilbudet, mens på andre områder kan samskipnaden gi et utvidet tilbud eller økonomiske bidrag hvor det offentlige tilbudet oppleves mangelfullt.

Studenter er sammenliknet med befolkningen forøvrig i en økonomisk sårbar situasjon. Studenter er samtidig en sammensatt gruppe som reiser en diskusjon om samskipnaden skal tilby universelle ordninger eller spesielle ordninger. Denne diskusjonen er ikke bare relevant i forhold til helsetilbudet i samskipnaden, men også i diskusjonen om de øvrige velferdstilbudene. Samskipnadene er en organisering av velferdstilbudet som gir rimelige ordninger til alle studenter, men som samtidig har en sosialt utjevne effekt. Balanseringen av disse hensynene kan være avgjørende for hvordan det enkelte velferdstilbudet skal utformes.

2.2 Hovedutfordringer

I en fusjonsprosess er det alltid utfordrende å bli enige om en felles ordning når ordningene i de fusjonerende organisasjonene er forskjellige. Det gjelder alle slags fusjoner, ikke bare i fusjon mellom samskipnader. I sånne prosesser handler det ofte om å gi og ta, men først og fremst handler det om å finne frem til en felles ordning som faglig og økonomisk er mest forsvarlig. Samtidig gir ikke de faglige og økonomiske forholdene alltid et entydig svar og i en slikt situasjon må man vekte argumentene mot hverandre.

I helsesaken er fusjonsprosessen spesielt utfordrende fordi helsetjenestene har vært et av de velferds- og tjenestetilbudene hvor organiseringen i de to tidligere samskipnadene har vært mest forskjellig. Det har primært vært innenfor allmennhelse hvor organiseringen har vært forskjellig, der SiO har driftet en egen helsetjeneste, mens OAS har gitt refusjon til studenter som har benyttet seg av eksterne helsetjenester.

I den sammenslåtte samskipnaden har man midlertidig valgt å videreføre tilbudene de to samskipnadene har hatt med noen mindre justeringer. Det innebærer at tjenestetilbudet i dag er forskjellig for studenter på henholdsvis de gamle SiO-institusjonene og OAS-institusjonene selv om det nå bare er en samskipnad. Målsetningen er å harmonisere tjenestetilbudet og det

er i den sammenheng viktig at Velferdstinget nå legger premissene for det samlede helsetilbudet i samskipnaden.

2.3 Generelt om finansiering

Helsetjenester er kostbart for studentsamskipnaden. Små endringer i tilbudet kan ha vesentlige økonomiske konsekvenser og det er viktig at Velferdstinget er opptatt av økonomi når man diskuterer utformingen av tilbudet.

Det er begrenset med midler. Økt satsning på helsetjenester er en prioritering som går på bekostning av de andre velferdstilbudene i samskipnaden. Utgiftene til helsetjenesten dekkes av inntektene fra semesteravgiften, på samme måte som de andre velferdstiltakene i velferdsdivisjonen i SiO. Den faste summen av inntektene fra semesteravgiften skal fordeles på alle velferdstiltakene, det er altså ikke mulig å gi mer til alt.

I velferdsdivisjonen ligger utgiftene til Velferdstinget, tildelingene til studentdemokratier, medier og kultur, studentidretten, studentliv, karrieretjenestene og studentbarnehagene, i tillegg til studenthelsetjenesten som er den definitivt største utgiftsposten. Ordningen med fordelingen av semesteravgiften i velferdsdivisjonen innebærer at en million i økte utgifter til helse kan bety en million mindre i tildelinger fra Velferdstinget til studentdemokratier, media og kulturstyret. Prioritering er derfor et sentralt stikkord i helsedebatten og i debatten om de øvrige velferdstilbudene i samskipnaden.

Diskusjonen om økonomi i helsetjenesten burde også sees i sammenheng med debatten om nivå på semesteravgiften. Ønsker man å satse stort på helsetilbudet må man vurdere et høyere nivå på semesteravgiften. Saken om semesteravgift vil mest sannsynlig bli tatt opp til behandling i Velferdstinget i løpet av våren eller tidlig på høsten.

2.4 Premisser for sammenslåingen

I diskusjonen om utforming av de ulike velferdstjenestene som helsetilbudet i samskipnaden kan det være nyttig å minne om premissene for sammenslåingen av de to samskipnadene. Velferdstinget og Studentparlamentet ved Høgskolen i Oslo la følgende premisser til grunn da man begynte arbeidet med å planlegge en mulig sammenslåing:

- Tilbudene for alle studenter må som et minimum opprettholdes på dagens nivå
- Tilbudene skal ikke bli vesentlig dyrere for studentene som følge av en sammenslåing
- Det skal være sterkt fokus for å bevare og tilpasse brukerstyringen tilsvarende minst dagens nivå
- Det må tilrettelegges for individuelle tilpasninger ved de ulike lærestedene
- Basistilbudet fra samskipnaden skal inkludere bolig, barnehage, spisesteder og fysisk og psykisk helse

Spesielt de to første forutsetningene er sentrale i behandlingen av helsetilbudet. Velferdstinget må sikre at det nye enhetlige tilbudet fremstår som like godt for studentene som tilbudene i de to tidligere samskipnadene.

2.5 Fremgangsmåte i behandling av saken

Arbeidsutvalget la i utgangspunktet opp til at saken skulle behandles i to omganger av Velferdstinget. Bakgrunnen var at studentsamskipnadens helsetilbud er et så stort saksfelt at det var nødvendig å behandle det i to runder. I første omgang ønsket man å behandle overordnede spørsmål om form og innhold i tjenestetilbudet, lokalisering og overordnende

premisser for brukerfinansiering, mens man i andre runde skulle gå mer inn på detaljerte økonomiske og praktiske konsekvenser. Når Velferdstinget hadde bestemt seg for organiseringsmodell var det i andre runde for eksempel nødvendig å gå mer detaljert inn i brukerfinansiering og subsidiering i en påfølgende runde. Denne behandlingsmåten var tråd med Hovedstyrets behandling som også foregår i flere omganger.

Det er fortsatt mulig å gjennomføre behandlingen i to runder, men arbeidsutvalget har etter innspillene fra utsettelsesmøte i utgangspunktet nå valgt å legge frem saken én gang for Velferdstinget. Grunnen til det er at spørsmål arbeidsutvalget mente handlet om prioriteringer internt i de ulike modellene viser seg å være svært avgjørende for valg av modell. Det gjelder for eksempel form på refusjon og størrelsen på refusjon av tjenester, hvilke tilbud som skal være gratis osv. Disse forholdene er nå bakt inn i utredningen og innstillingen, men det gjør samtidig saken enda mer kompleks.

Det er likevel ikke utelukket at det blir en andre runde med behandling. Det avhenger for eksempel av utfallet av behandlingen i Velferdstinget og om hele vedtaket er praktisk og økonomisk mulig å gjennomføre. Ser arbeidsutvalget behov for å gjøre justeringer etter hvert som saken behandles i samskipnaden vil vi komme tilbake til Velferdstinget med det. Det er heller ikke sikkert at man i denne omgangen greier å dekke alle spørsmålene knyttet til brukerfinansiering som vi vet at det er stor interesse for det i Velferdstinget. Eventuelle spørsmål om det vil bli tatt opp i Velferdstinget gjennom mindre saker.

2.6 Om saksutredningen

Saksnotatet legger vekt på en grundig presentasjon av tilbudet i de to tidligere samskipnadene etterfulgt av utredninger av alternative modeller for organisering av tilbudet i den sammenslåtte samskipnaden. Dette er i tråd med det arbeidsutvalget oppfattet at var mangelfullt i den tidligere saksbehandlingen.

Arbeidsutvalget har i saksutredningen valgt ikke å lage spesifikke sammenligninger av tilbudene som har vært i de to samskipnadene. Det er også i tråd med reaksjonene fra representanter i Velferdstinget i forhold til at en slik fremstilling ofte kan bli ubalansert. Siden deler av tilbudet har vært så forskjellig i de to tidlige samskipnadene er det heller ikke særlig grunnlag for å foreta slike sammenlikninger. Arbeidsutvalget har i stedet vektlagt at representantene skal bli svært godt kjent med organiseringen av tilbudene i de to tidligere samskipnadene for så å kunne ta det med videre inn i vurderingen av de alternativene som arbeidsutvalget har utredet.

3. Om helsetilbudet i SiO

Hovedprinsippet som har vært utgangspunktet for organiseringen av helsetilbudet i den tidligere Studentsamskipnaden i Oslo (SiO) har vært at helsetjenestene skal være egenproduserte. Gjennom egenproduserte tjenester har man i samskipnaden kunnet tilby studentene de fleste av de mest benyttede helsetjenestene blant befolkningen generelt, blant annet allmennhelsetjeneste og tjenester innenfor psykisk helse.

3.1 Om samskipnaden

Studentsamskipnaden i Oslo hadde før sammenslåingen med OAS ni læresteder tilknyttet samskipnaden med 37 910 studenter i 2010 (snitt vår- og høstsemesteret). Under vises en fremstilling av sentrale nøkkeltall for samskipnaden i 2010, antall semesterregistrerte studenter og inntekten fra semesteravgiften.

	Antall studenter (snitt vår- og høstsemesteret 2010)	Prosent av totalt antall studenter	Innbetalt semesteravgift totalt 2010
Universitet i Oslo	26 958,18	71,11 %	22 105 710,00
Norges Idrettshøgskole	1 487,00	3,92 %	1 255 210,00
Norges Veterinærhøgskole	469,00	1,24 %	345 220,00
Det Teologiske Menighetsfakultet	951,50	2,51 %	780 230,00
Arkitektur og design høgskolen i Oslo	379,50	1,00 %	311 190,00
Kunsthøgskolen i Oslo	469,00	1,24 %	192 290,00
Norges Musikkhøgskole	627,50	1,66 %	516 600,00
Akupunkturhøgskolen	251,50	0,66 %	206 230,00
Handelshøgskolen BI	6 317,00	16,66 %	5 180 000,00
Totalt	37 910,18	100,00 %	30 892 680,00

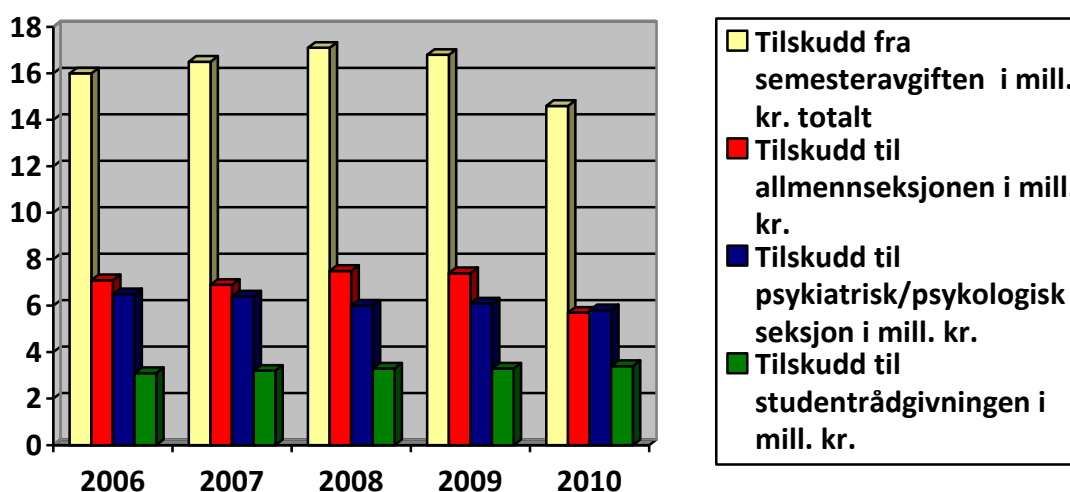
Studentene ved de to største lærestedene i samskipnaden, Universitetet i Oslo og Handelshøgskolen BI, utgjorde totalt 33 000 studenter av totalt 38 000 studenter som tilsvarer cirka 87 % av studentene.

3.2 Kostnader i helsetjenesten

Helsetjenestene i gamle SiO har vært finansiert gjennom semesteravgiften. Det betyr at underskuddet i de ulike tjenestene dekkes inn av semesteravgiften. Går for eksempel allmennseksjonen med et underskudd på 7 millioner kroner tas det 7 millioner kroner fra semesteravgiften. Som vist over utgjorde semesteravgiften i overkant av 30 millioner kroner av inntektene til SiO i 2010. Helsetjenester er kostbart å drive og trenden de siste fem årene viser at rundt halvparten av inntektene fra semesteravgiften blir benyttet til helsetjenester.

Under presenteres nøkkeltallene for utgiftene fra semesteravgiften. Først presenteres det totale underskuddet i regnskapet som dekkes inn, så underskuddet for den enkelte seksjonen innenfor helsetjenesten. Mer inngående tall for den enkelte seksjonen blir redegjort for under presentasjonen av organiseringen av helsetilbudet i gamle SiO. Tabellen viser også hvor stor andel utgiftene til helsetjenesten har utgjort av inntektene fra semesteravgiften hvert år. Tannhelsetjenesten er ikke skilt ut særskilt fordi den drives til kostpris.

	2006	2007	2008	2009	2010
Tilskudd fra semesteravgiften i mill. kr. totalt	16,0	16,5	17,1	16,8	14,6
Tilskudd til allmennseksjonen i mill. kr.	7,1	6,9	7,5	7,4	5,7
Tilskudd til psykiatrisk/psykologisk seksjon i mill. kr.	6,5	6,4	6,0	6,1	5,8
Tilskudd til studentrådgivningen i mill. kr.	3,1	3,2	3,3	3,3	3,4
Andel av semesteravgiften som går til Studenthelsetjenesten	50,2%	53,4%	57,3%	54,9%	47,0%



Som vi ser av det totale tilskuddet fra semesteravgiften var 2009 første gang det var redusert behov for tilskudd fra semesteravgiften i helsetjenesten. Grunnen til det var primært innføring av normaltariffhonorar for studenter som ikke hadde fastlege i samskipnaden, men også økt oppmerksomhet rund kostnadssiden generelt. I 2010 var det en sterk nedgang i tilskuddet som skyldes innføring av refusjonsordning for konsultasjonsutgifter hos lege og sykepleier for fastlegepasienter. Tidligere hadde disse tjenestene vært gratis, se mer under organiseringen av allmennhelsetjenesten.

Fram til 2006 var det en oppbygging av tjenester i samskipnaden som gjør det vanskelig å sammenlikne tidligere regnskapstall. 2006 var første fulle driftsår for allmennlegetjeneste i Nydalen samt drift av tannhelse.

3.3 Organiseringen av tilbudet

Studenthelsetjenesten i SiO har lang erfaring med studenter og studenters helse. Siden 1954 har tjenesten bygget opp erfaring med studenter og helse og kjenner godt til universitets- og høyskolemiljøet, eksamensordningene, hjelpetiltak og studentlivet. Tjenesten driver aktiv pasientbehandling i tillegg til forbyggende tiltak rettet mot studiemiljøet.

Helsetjenestetilbudet i gamle SiO har hovedsakelig vært organisatorisk inndelt i fire tjenestetilbud, allmennhelsetjeneste, studentrådgivning, psykologisk og psykiatrisk tjeneste og tannhelsetjeneste. Det er allmennhelse, studentrådgivning og psykologisk/psykiatrisk tjeneste som har vært prioritert gjennom semesteravgiften da tannhelsetjenesten har vært drevet til kostpris.

3.3.1 Allmennhelsetjenesten

Allmennhelsetjenesten i SiO har bestått av et eget fastlegekontor med 10 allmennleger og tilhørende medarbeidere som også tilbyr helsesøstertjenester og vaksinasjoner. Ved inngangen til 2010 var det i overkant av fem sykepleierårsverk i studenthelsetjenesten. Hoveddelen av kontoret ligger på Blindern samlokalisert med de andre helsetjenestene i samskipnaden, men det er også et mindre kontor ved BI. Fastlegelistene til studenthelsetjenesten er godkjent av Oslo kommune for 20 000 studenter og kontoret har 12 legehjemler selv om bare ti av hjemlene brukes i dag.

Fastlegeordningen

Organiseringen av allmennhelsen i SiO baserer seg primært på at studentene velger å ha fastlege i samskipnaden. Studenthelsetjenesten behandler også studenter som ikke er fastlegepasienter, men som fastlegepasient er man prioritert og kan søke om refusjon fra SiO for utgifter til lege- og sykepleierkonsultasjon.

Studenter med norsk ID (11-sifret fødselsnummer) kan ha fastlege i Norge og kan bytte fastlege inntil 2 ganger i året. Bytte av fastlege skjer over internett på HELFO sine nettsider. HELFO administrerer fastlegeordningen i Norge. Studenter som flytter fra sin folkeregistrerte adresse til et nytt bosted i nærheten av studiestedet, har innen det er gått tre år rett til å komme tilbake på fastlegelisten til den gamle fastlegen sin hvis det er ønskelig.

Internasjonale studenter som har opphold i Norge i mer enn 6 måneder kan søke om norsk ID og fastlegetilørighet dersom de ønsker det. Etter de første åtte ukene vil de dermed ha de samme mulighetene til å ha fastlege i samskipnaden som norske studenter. Internasjonale studenter som er i Norge i mindre enn 6 måneder har der i mot ikke rett på norsk ID og kan ikke søke seg inn i fastlegeordningen. Internasjonale studenter uten fastlege har i dag samme tilbud i allmennhelsetjenesten som fastlegepasienter. Alternativet ville for disse studentene være å i større grad benytte seg av Oslo legevakt.

Tidligere var tilgangen for ikke-fastlegepasienter til allmennhelsetjenesten uregulert med unntak av at fastlegepasienter var førsteprioritet ved timebestilling. Høsten 2010 valgte styret i SiO etter anbefaling fra studenthelsetjenesten å begrense tilbudet for studenter som ikke var fastlegepasienter i samskipnaden. Formålet var blant annet å oppfordre flere til å velge fastlege i samskipnaden og å frigjøre kapasitet til å kunne håndtere flere fastlegepasienter. Begrensningene var også et forsøk på å gjøre allmennhelsetjenesten bedre rustet for en fusjonsprosess.

De innførte begrensningene innebærer at for studenter som har annen fastlegetilknypning enn samskipnader er tilbudet nå begrenset til medisinsk og studiemessig øyeblikkelig hjelp samt maks en konsultasjon. For internasjonale studenter er tilbudet uendret og de får altså tilbud på lik linje med fastlegepasienter.

Refusjon og egenandeler

Frem til og med 2009 var det gratis med lege- og sykepleierkonsultasjon for fastlegepasienter i studenthelsetjenesten. I 2010 innførte man i stedet en refusjonsordning i SiO der studentene som er fastlegepasienter betaler egenandel for lege- og sykepleierkonsultasjon som man i etterkant kan søke om refusjon for fra SiO. Hovedgrunnen til endringen i systemet var at studentsamskipnaden tidligere gikk glipp av refusjoner fra NAV for de fastlegepasientene som oversteg frikortgrensen siden de ikke betalte egenandeler. Overgangen fra gratis tjenester

til refusjonsordning i 2010 hadde ganske store innvirkninger på regnskapet som det blir vist innledningsvis. Tallene for refusjonsordningen vises i oversikten under

	Regnskap	Snitt for refusjon	Antall refusjoner
Refusjon i SiO i 2010	904 000	427	2 117

For å få refusjon må man fylle ut et søknadsskjema og legge ved et SiO-kvitteringskort som fylles ut hver gang du er hos lege eller sykepleier i samskipnaden. Det er kun egenandelen for konsultasjon hos lege og sykepleier som man kan få refundert og som blir ført på SiO-kvitteringskortet, ikke utgifter til prøvetaking, vaksiner, telefonisk resept osv. Man kan bare sende inn én søknad per semester med søknadsfrist 31. januar og 30. juni. SiO refunderer ikke egenandeler fra andre legekontorer enn det i samskipnaden.

Egenandeler i Studenthelsetjenestens allmenntmedisinske seksjon er gjennom endringer de siste tre årene nærmest blitt identisk med egenandeler på et hvert norsk legekantor. Prisfastsettelsen er regulert av «Normaltariffen» som er en avtale mellom Rikstrygdeverket og Den norske Legeforening. Egenandel ved legekonsultasjon ligger på 136 kroner og 180 kroner hvis legen er spesialist i allmenntmedisin. For rådgivning hos sykepleier er egenandelen 45 kroner.

Selv om internasjonale studenter ikke fikk endret tilgang til fastlegetjenestene ved innføringen av begrensninger for ikke-fastlegepasienter har det fra 2011 blitt innført et tillegg i egenandelen på 110 kroner for disse studentene. Dette er i tråd med normaltariffen, men ikke vært belastet internasjonale studenter tidligere i samskipnaden.

Brukerstatistikk

Det føres mye statistikk som kan gi et bilde av aktiviteten i allmennhelsetjenesten og det er her forsøkt å presentere de tallene som er relevant for denne saken. Spesielt viktig er antall fastlegepasienter i samskipnaden og i tabellen nedenfor vises utviklingen de siste årene.

Antall per desember 2004	Antall per desember 2005	Antall per desember 2006	Antall per desember 2007	Antall per desember 2008	Antall per desember 2009	Antall per desember 2010	Antall per mars 2011
14 560	15 346	13 437	12 651	12 330	12 114	11 500	11 431

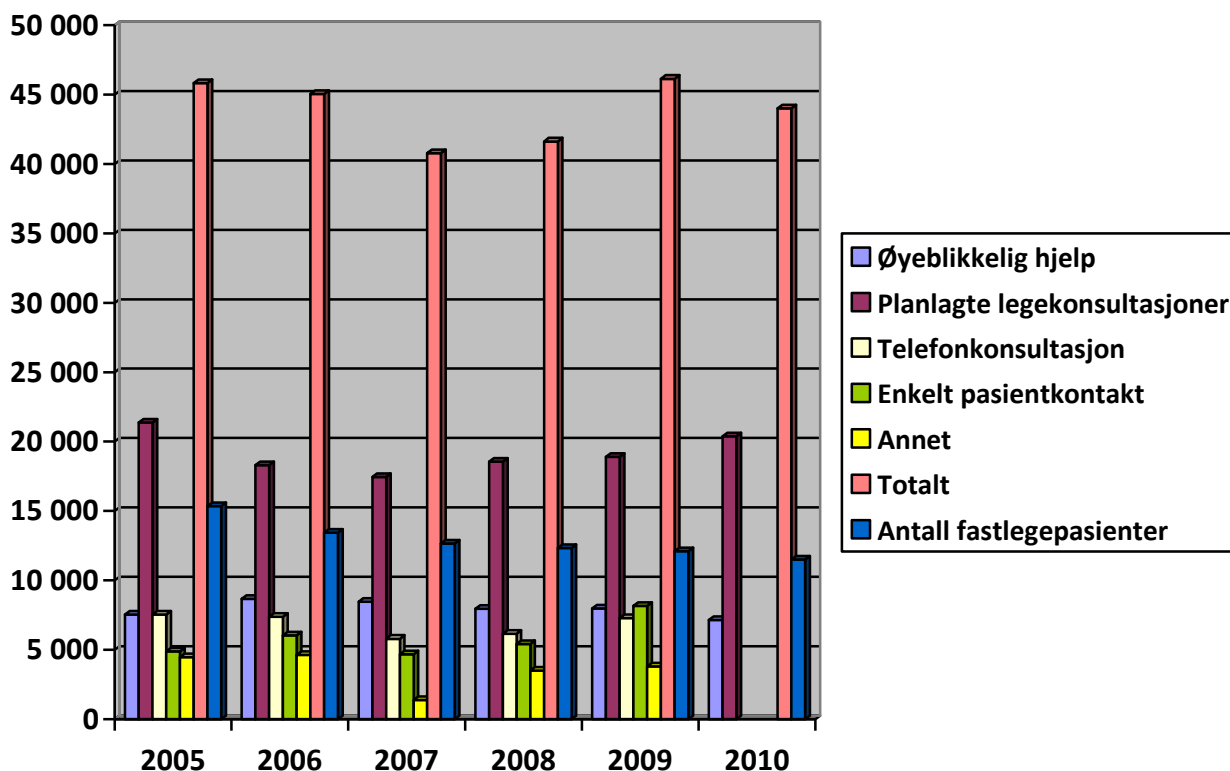
Tallet på antall fastlegepasienter viser hvor mange det var på fastlegelisten på det tidspunktet tallet ble hentet ut. Antall fastlegepasienter varierer derfor gjennom hele året.

Statistikken viser at det har vært en nedgang i antall fastlegepasienter siden 2004. Studenthelsetjenesten opplyser at de siste årene har innmeldingen av fastlegepasienter stabilisert seg på rundt 12 000 selv om det har sunket noe under det den siste tiden. Ansatte i SiO og ved UiO kan velge å ha fastlege i samskipnaden og de ansatte ligger inn i tallene over. De ansatte utgjør vanligvis rundt 1 500 av fastlegepasientene.

Statistikk på antall konsultasjoner er samlet i tabellen under. Tabellen viser det som finnes av statistikk for 2010, men mangler noe da det ikke er utarbeidet en ferdig årsrapport for helsetjenesten for 2010 slik som det er gjort for tidligere år. Tabellene er så fremstilt grafisk hvor også utviklingen i antall fastlegepasienter fra tabellen over er tatt inn.

Ulike kontakttyper	2005	2006	2007	2008	2009	2010
--------------------	------	------	------	------	------	------

Øyeblikkelig hjelp	7 550	8 676	8 456	7 961	7 988	7 141
Planlagte legekonsultasjoner	21 362	18 300	17 446	18 565	18 895	20 379
Telefonkonsultasjon	7 549	7 386	5 802	6 169	7 278	
Enkelt pasientkontakt	4 887	6 042	4 675	5 418	8 169	
Annet	4 475	4 630	1 397	3 506	3 806	
Totalt	45 823	45 034	40 776	41 619	46 136	44 000



Statistikken viser at selv om antallet fastlegepasienter har vært synkende de siste årene har antall planlagte legekonsultasjoner gått opp.

Nedenfor er den oversikt over antall kontakter med allmennhelsetjenesten fordelt på fastlegepasienter og ikke-fastlegepasienter. Det som er særegent for allmennhelsetjenesten i samskipnaden er nettopp at det er så mange ikke-fastlegepasienter som får et tilbud. Det er spesielt viktig for internasjonale studenter, men også andre med fastlege utenfor Oslo som har et behov for hjelp. Her foreligger ikke tallene for 2010 siden årsrapporten ikke er ferdigstilt så tallene er fra henholdsvis 2008 og 2009. Tallene er litt usikre blant annet fordi fastlegetilhørighet er dynamisk.

	Kontakter med ikke-fastlegeliste-pasienter	Kontakter med fastlegeliste-pasienter	Ikke fastlegeliste-pasienter	Fastlegeliste-pasienter
2009	10 679	35 455	4 811	7 961
2008	9 577	32 042	3 932	7 510

I forhold til ventetid er det svært kort ventetid i studenthelsetjenesten, studenthelsetjenesten oppgir selv ca 1 - 2 uker. I tillegg er det et tilbud om øyeblikkelig hjelp med 1,5 legestilling til en hver tid som tilsvarer over 30 legetimer daglig.

I tillegg tilbyr allmennhelsetjenesten i SiO vaksinasjon hvor utviklingen i antall vaksinasjoner er vist i tabellen under. Grunnen til det høye antallet i 2009 er svineinfluensautbruddet.

2009	2008	2007	2006
3 641	981	1 093	1 141

Økonomi

Som for resten av helsetjenestene i studenthelsetjenesten dekkes underskuddet i tjenesten av semesteravgiften. Tallene under viser, som det også ble vist innledningsvis, hvor mye som benyttes til allmennseksjonen av semesteravgiften når kostnadene for felleadministrasjon er innarbeidet.

	2006	2007	2008	2009	2010
Tilskudd til allmennseksjonen i mill. kr.	7,1	6,9	7,5	7,4	5,7

De viktigste inntektene til studenthelsetjenesten utenom tilskuddet fra semesteravgiften er fastlegetilskuddet (ca 4,3 millioner), trygderefusjoner (ca 4 millioner), diverse andre tilskudd (ca 2, 7 millioner) og egenandeler (ca 2 millioner).

Spesielt fastlegetilskuddet er sentralt i diskusjonen om allmennhelsetjenesten i samskipnaden. Per fastlegepasient får allmennhelsetjenesten 380 kroner i offentlig tilskudd. Studenthelsetjenesten er derfor opptatt av at så mange som mulig skal være fastlegepasienter i samskipnaden og at refusjonsordninger med mer gjør det attraktivt å velge samskipnaden som fastlege.

3.3.2 Studentrådgivningen

Studentrådgivningen er en tjeneste i gamle SiO hvor studentene kan få snakke med kvalifisert personale om alt fra følelsesmessige problemer til økonomiske spørsmål og ikke-faglige studieproblemer. Det har i tillegg vært organisert ulike kurs- og gruppetilbud samt at studentrådgivningen i SiO har drevet forebyggende tiltak rettet mot internasjonale studenter. Studentrådgivningen er adskilt fra den psykologisk/psykiatriske-tjenesten og er gratis for studentene.

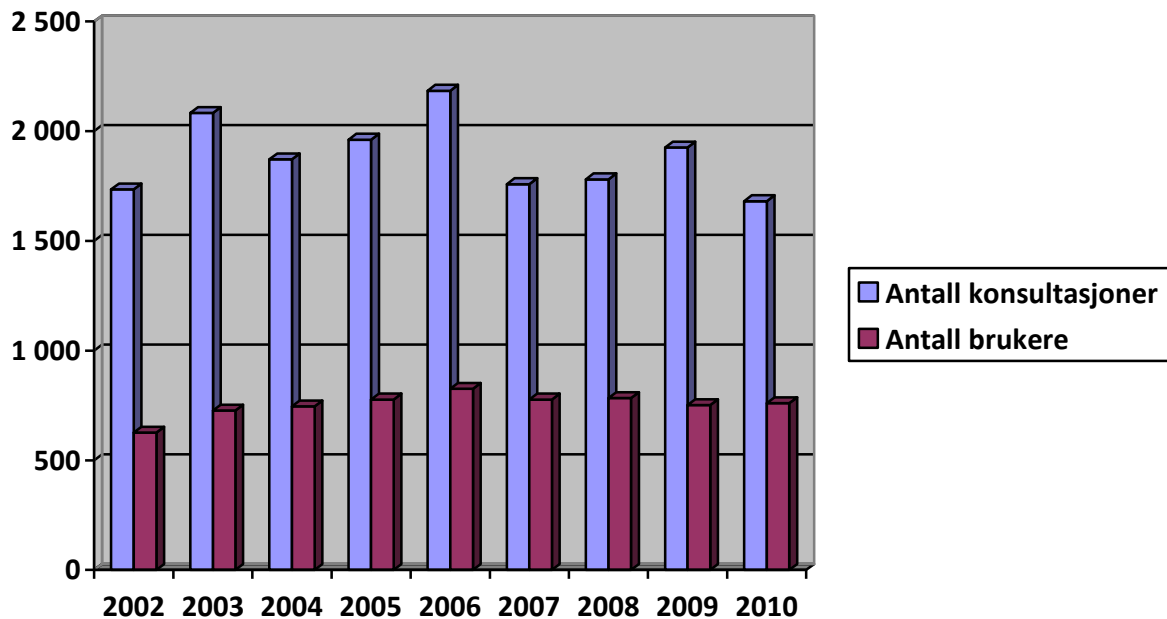
Initiativet til en sosionomtjeneste ble tatt av Studenttinget i 1970-årene, da en sosionom ble ansatt for å ivareta internasjonale studenter. Sosionomtjenesten ble etablert som egen avdeling i 1979, men den første tiden var ikke sosionomene plassert under samme tak. I 1988 ble tjenesten samlet i Universitetets administrasjonsbygning og antall sosionomer ble utvidet fra tre til fire. I 2005 fikk Sosionomtjenesten nye lokaler i Kristian Ottensens Hus og navnet ble endret til Studentrådgivningen. Samme år ble filialen på BI opprettet og bemanningen ble økt til fire og en halv sosionomstilling.

Studentrådgivningen skal være et lavterskeltilbud for studentene og er derfor svært opptatt av at det ikke er ventetid for studentene som henvender seg til dem. Nær 100 % får time innen en uke til 10 dager og hver dag har de i et fast tidsrom åpent for korte timer uten avtale.

Brukerstatistikk

I tabellen og grafen nedenfor vises hovedtallene i statistikken som føres i studentrådgivningen. Antall henvendelser er mye høyere enn tallet på konsultasjoner, men det har ikke vært en systematisk registrering av andre henvendelse. Studentrådgivningen driver også ulike kurs- og gruppetilbud som "ta ordet-kurs" med mer. Tjenesten er også viktig i samarbeidet med institusjonene og resten av samskipnaden.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antall konsultasjoner	1 734	2 083	1 871	1 961	2 184	1 758	1 780	1 925	1 681
Antall brukere	626	727	746	777	826	777	783	751	760



Økonomi

Underskuddet i tjenesten dekkes av semesteravgiften og i tabellen nedenfor viser utviklingen i regnskapet. Utgiften holder seg stabil, som ikke er så rart siden også antall ansatte har vært stabilt.

	2006	2007	2008	2009	2010
Tilskudd til studentrådgivningen i mill. kr.	3,1	3,2	3,3	3,3	3,4

3.3.3 Psykologisk/psykiatrisk tjeneste

I gamle SiO har man hatt en egenprodusert psykologisk/psykiatrisk tjeneste som har organisatorisk vært organisert som egen seksjon i Studenthelsetjenesten. Studentene kan oppsøke tjenesten selv og tilbudet er gratis. Tjenesten består av individuell oppfølging, men også oppfølging av par og grupper.

Tjenesten har 4,5 årsverk innen psykiatri og 5 årsverk med psykologer. De to gruppene har forskjellig utdannelse. Psykologene har profesjonsstudiet i psykologi og i tillegg videreutdanning som spesialister i klinisk psykologi. Psykiaterne har profesjonsstudiet i

medisin, er autoriserte som leger og har deretter videreutdanning som spesialister i psykiatri. Begge yrkesgruppene har utdanning i psykoterapi. I hovedsak er arbeidsoppgavene for psykiatere og psykologer de samme på Studenthelsetjenesten. Dersom du ikke ber spesielt om å komme til en bestemt profesjon, vil det være tilfeldig om man får time hos psykiater eller psykolog. Hvis du trenger medisiner, vil det bli vurdert av lege (psykiater/fastlege), selv om psykolog er din hovedbehandler.

Mange lurer på forskjellen mellom det psykologisk/psykiatriske tilbudet og rådgivningstilbudet. Hos psykiatrisk/psykologiske seksjon får man samtale med psykolog eller psykiater, mens hos studentrådgivningen får man samtale med sosionom. De overlapper hverandre noe når det gjelder rådgivning. Sosionomene er bedre informert om ordninger i systemet rundt studier, Lånekassen og trygd, mens psykiatere og psykologer er utdannet til å utrede og behandle psykologiske og psykiatriske symptomer og lidelser. Skal man ha vurdering av eller behandling for psykiske problemer, må man til psykolog eller psykiater.

Brukerstatistikk

I tabellen nedenfor vises utviklingen i antall konsultasjoner og brukere i tjenesten. Også her har tilbudet forandret seg lite og derfor er tallene ganske stabile.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antall konsultasjoner	4 865	4 832	5 126	4 358	4 834	6 344	3 853	4 114	4 214
Antall brukere						1 108	1 087	1 092	892

Gruppevirksomheten er ganske stor i seksjonen. I 2010 har det vært 18 ulike grupper av ulik varighet, det samme som i 2009. Antall konsultasjoner i 2010 inkludert gruppeaktiviteten var 5 724.

I forhold til ventetid blir mellom 1100 og 1300 studenter bedt om å henvende seg på nytt ved første henvendelse til tjenesten. Seksjonen legger ut timer for nyinntak hver måned. De pasientene som tar kontakt etter at månedens timer er fulltegnet blir derfor henvist til å ta kontakt neste måned, alternativt ta kontakt med akuttvakt som har mulighet for 2 pasientinntak hver dag. Fra 2009 begynte tjenesten å spørre om de som har fått time om de har forsøkt å få time tidligere uten å få det. 71,8 % oppga i 2009 at de hadde fått time ved førstegangs henvendelse og nesten 83 % oppgir at de har fått time i løpet av inneværende semester.

Økonomi

Nedenfor vises tilskuddet fra semesteravgiften til psykiatrisk/psykologisk seksjon de siste fem årene. Regnskapet er ganske stabilt fordi tjenesten ikke har forandret seg spesielt i form og innhold. Etter nedgangen i regnskapet til allmennhelsetjenesten i 2010 brukte SiO tilnærmet like mye semesteravgift på allmennhelse og psykiatrisk/psykologisk tjeneste i 2010.

	2006	2007	2008	2009	2010
Tilskudd til psykiatrisk/psykologisk seksjon i mill. kr.	6,5	6,4	6,0	6,1	5,8

Særskilt om psykomotorisk fysioterapi

SiO har et egenprodusert tilbud innenfor psykomotorisk fysioterapi bestående av ett årsverk. Kostnadene for dette tilbudet er lagt inn under regnskapet for psykiatrisk/psykologisk seksjon over.

Henvising til tjenesten skjer fra studenthelsetjenestens egne leger, psykiatere og psykologer. Fysioterapeuten har spesialistkompetanse i psykiatrisk/psykosomatisk fysioterapi, der psykomotorisk fysioterapi inngår. Behandlingen er basert på en forståelse av gjensidig vekslning mellom kropp og følelser/tanker, med fokus på erfaring og kroppsbevissthet.

I 2010 hadde tjenesten 1126 konsultasjoner fordelt på 154 pasienter. Tjenesten har lang ventetid og studenthelsetjenesten må stoppe henvisningene med jevne mellomrom.

Øvrig tilbud om fysioterapi og kiropraktor i gamle SiO blir gitt gjennom Studentidretten.

3.3.4 Tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten har som formål å tilby studenter billigere tannlegetjenester enn hva tilbudet ellers ville vært. I SiO har man driftet en egen tannlegetjeneste på Blindern med to ansatte tannleger. Tjenesten har vært driftet til selvkost og er under kontinuerlig evaluering når det gjelder organisering og prisfastsettelse. Den egenproduserte tjenesten samarbeider med Odontologisk fakultet og har inngått to samarbeidsavtaler med tannlegekontorer som har studentpriser for å tilrettelegge for bedre tilgjengelighet for studentene. Tannhelsetjenesten tilbud er begrenset til studenter som er under 40 år.

Brukerstatistikk

Nedenfor vises utviklingen i antall nye pasienter hvert år. Tallene for 2010 er ikke tilgjengelige. Tannhelsetjenesten har også et akutt tilbud som varierer med kapasiteten.

	2006	2007	2008	2009
Antall nye pasienter	1 033	760	694	816

4. Om helsetilbudet i OAS

OAS har hatt en sammensatt modell for sitt helsetilbud hvor deler av tilbudet har vært egenprodusert og deler har bestått av refusjonsordninger for tjenester studentene benytter utenfor samskipnaden. Det egenproduserte tilbudet har vært innenfor psykolog- og rådgivertjenesten, mens refusjonsordningene blant annet har dekket egenandeler til lege- og tannhelsetjenester.

4.1 Om samskipnaden

Oslo- og Akershushøgskolens studentsamskipnad hadde før sammenslåingen med SiO femten læresteder tilknyttet samskipnaden med 21 200 studenter i 2010 (snitt vår- og høstsemesteret). Under vises en fremstilling av sentrale nøkkeltall for samskipnaden i 2010, antall semesterregistrerte studenter og inntekten fra semesteravgiften.

	Antall studenter (snitt vår- og høstsemesteret 2010)	Prosent av totalt antall studenter	Innbetalt semesteravgift totalt 2010
Høgskolen i Oslo	12 934,50	61,02 %	9 830 220,00
Høgskolen i Akershus	2 999,00	14,15 %	2 279 240,00
Politihøgskolen	1 452,50	6,85 %	1 103 900,00
Høgskolen i Staffelsgt.	161,00	0,76 %	122 360,00
Høgskolen for Ledelse og Teologi	58,00	0,27 %	22 040,00
Eurytmihøgskolen	15,00	0,07 %	11 400,00
Rudolf Steiner Høgskolen	162,00	0,76 %	123 120,00
Den Norske Balletthøgskole	85,00	0,40 %	64 600,00
Høgskolen Diakonova	507,00	2,39 %	385 320,00
Norsk Gestaltinstitutt	234,00	1,10 %	177 840,00
Markedshøgskolen	1 152,50	5,44 %	875 900,00
Barratt Dues Musikk institutt	76,00	0,36 %	57 760,00
Lovisenberg Diakonale høgskole	714,50	3,37 %	543 020,00
Norges informasjonsteknologiske høgskole (NITH)	570,00	2,69 %	438 900,00
Folkeuniversitetet	77,00	0,36 %	29 260,00
Totalt	21 198,00	100,00 %	16 064 880,00

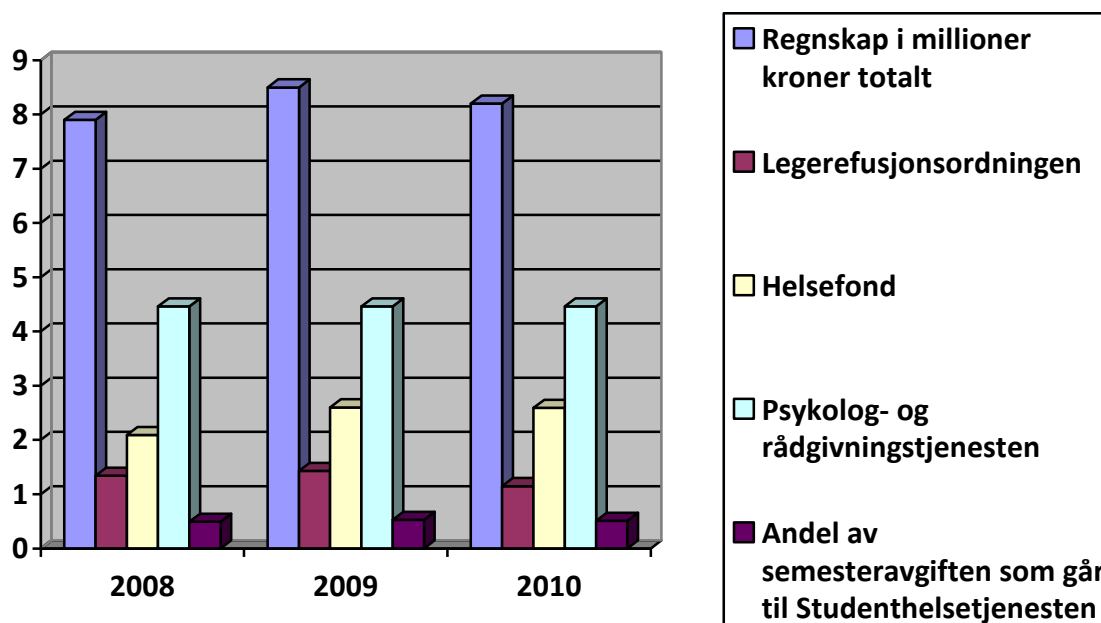
De to største lærestedene i samskipnaden, Høgskolen i Oslo og Høgskolen i Akershus, utgjorde til sammen over 75 % av studentene. De to lærestedene vil fra 1. oktober være en sammenslått institusjon, men fortsatt være lokalisert flere steder.

4.2 Kostnader i helsetjenesten

Helsetjenestene i gamle OAS har vært finansiert gjennom semesteravgiften, men regnskapsteknisk litt forskjellig fra hvordan det er gjort i OAS. Som vist over utgjorde semesteravgiften i overkant av 16 millioner kroner av inntektene til SiO i 2010. Helsetjenester er kostbart å drive og trenden de siste tre årene viser at kostnadene til tjenestene i samskipnaden tilsvarer rundt 50 % av inntektene fra semesteravgiften.

Under presenteres nøkkeltallene for utgiftene til helsetjenestene i gamle OAS. Først presenteres det totale kostnaden i regnskapet, merk at administrasjonskostnader for refusjonsordningene ikke er innarbeidet og at kostnaden derfor er noe høyere. Deretter brytes tallet ned på kostnadene ved legerefusjon, helsefondet og til psykolog- og rådgivertjenesten.

	2008	2009	2010
Regnskap i millioner kroner totalt	7,9	8,5	8,2
Legerefusjonsordningen	1,34	1,43	1,15
Helsefond	2,09	2,60	2,59
Psykolog- og rådgivertjenesten	4,46	4,46	4,46
Andel av semesteravgiften som går til Studenthelsetjenesten	49,1 %	52,9 %	51,0 %



Når det kommer til kostnaden for psykolog- og rådgivertjenesten er regnskapstallet det samme i tabellen fordi vi bare har tilgjengelig regnskapstallet fra 2010. Tilbakemeldingen er at kostnaden har vært svært stabil og det samme tallet er derfor brukt for 2008 og 2009.

Siden regnskapet i OAS ikke føres tilsvarende som SiO i forhold til semesteravgiften er prosenttallet på andel av semesteravgiften egenkonstruert og forholder seg kun til inntekter fra semesteravgiften i 2010. Prosenttallet er derfor antagelig noe høyere, men hovedbildet er at kostnaden for helsetjenestene tilsvarende i overkant av 50 % altså tilsvarende som i SiO.

4.3 Organiseringen av tilbudet

Helsetjenestetilbudet i gamle OAS har vært organisatorisk inndelt i tre tjenestetilbud, legerefusjon, helsefond og psykolog- og rådgivertjeneste. Refusjonsordningene er betydelig lettere administrativt enn egenproduserte tjenester fordi man betaler for bruk av tjenester man ikke produserer selv. Presentasjonen i dette notatet er derfor også betydelig enklere.

4.3.1 Legerefusjon

Legerefusjonsordningen i gamle OAS har gitt studentene refusjon for egenandeler ved bruk av helsetjenester utenfor samskipnaden. Refusjon har blitt gitt for alle egenandeler som kan

føres på det offentlige egenandelskortet fra en nedre grense og opp til frikortgrensen. I 2009 var den nedre grensen 200 kroner, i 2010 på 400 kroner og i den sammenslåtte samskipnaden 500 kroner.

For å få refusjon har man levert inn en søknad i slutten av hvert semester bestående av et eget skjema samt dokumentasjon på utgiftene. Formelt er det et krav om at man avlegger minst 15 studiepoeng i semesteret eller mer for å få refusjon, men i samtale med administrasjonen er tilbakemeldingen at dette ikke kontrolleres.

Brukerstatistikk og kostnader

Det er lettest å fremstille brukerstatistikk og kostnader i en felles tabell for refusjonsordningen i OAS siden antall brukere og kostnader blir en og samme sak. I tabellen under er en oversikt over refusjonskostnadene de siste tre årene samt antall refusjoner og snitt per utbetaling.

	2008	2009	2010
Totalt utbetalt refusjon	1,39 millioner	1,43 millioner	1,52 millioner
Antall refusjoner	1 428	1 399	1 154
Snitt per utbetaling	938 kroner	1020 kroner	998 kroner

Som vi ser er det stigende utbetalinger av refusjoner, men synkende antall refusjoner. Tallene er likevel relativt stabile. Antall refusjoner er ganske lavt i forhold til antall studenter i samskipnaden. Det er det også i SiO i tallene som er presentert for 2010, men i OAS er dette eneste tilbudet innenfor allmennhelse.

Snitt per utbetaling er veldig høyt. Det betyr at mange av de som benytter seg av ordningen har høye egenandelsutgifter. Det kan tolkes at ordningen treffer en gruppe som har spesielt høye utgifter til helse.

4.3.2 Helsefond

I OAS har det vært en ordning med helsefond hvor studentene har kunnet søke om støtte til ulike helsetjenester de benytter seg av som ikke faller inn under egenandelsordningen i det offentlige. Ordningen har først og fremst bestått av støtte til tannhelse, men også gitt støtte til briller og liner, fysikalsk behandling, kiropraktorbehandling og prevensjon.

Brukerstatistikk og kostnader

Som for legerefusjonen er det lettest å fremstille brukestatistikk og kostnader i en felles tabell for helsefondordningen. I oversikten under er det en fremstilling av kostnader og antall søknader til helsefondordningen i OAS de siste tre årene.

	Antall søknader 2008	Utbetalt 2008	Antall søknader 2009	Utbetalt 2009	Antall søknader 2010	Utbetalt 2010
Totalt utbetalt fra helsefond	2467	2 085 511,00	3407	2 583 812,00	3566	2 589 873,00
Ekstraordinær tannbehandling	784	1 256 690,00	935	1 531 121,00	995	1 475 404,00
Vanlig konserverende tannbehandling	791	254 877,00	1199	377 100,00	1206	380 011,00

Brilleglass/lins er	515	255 959,00	710	354 216,00	711	354 506,00
Fysikalsk og kiropraktorbeh andling	364	300 775,00	396	301 552,00	484	352 388,00
Psykologbehan dling	9	14 280,00				
Transportutgift er (taxi)	4	2 930,00	4	3 423,00	10	7 354,00
Prevensjon			163	16 400,00	200	20 200,00

Inntil 2008 ble psykologbehandling dekket gjennom helsefondordningen, men ble etter det tatt ut. I 2009 ble refusjon for prevensjon lagt inn i ordningen.

Tabellen viser at det er mange flere som benytter seg av helsefondordningen enn det vi så for legerefusjonen i OAS. Det resulterer naturligvis i en mye høyere kostnad med hovedvekten på ekstraordinær tannlegebehandling som er refusjon til utgifter til bittskinne, kroneinnsetting, periodontittbehandling, rotfyllingsbehandling og tannuttrekking.

Tabellen over gir følgende gjennomsnittlig refusjon fra helsefondet de siste årene:

	Utbetalt 2008	Utbetalt 2009	Utbetalt 2010
Gjennomsnittlig utbetaling per søknad	845,00	758,00	726,00

4.3.3 Psykolog- og rådgivertjenesten

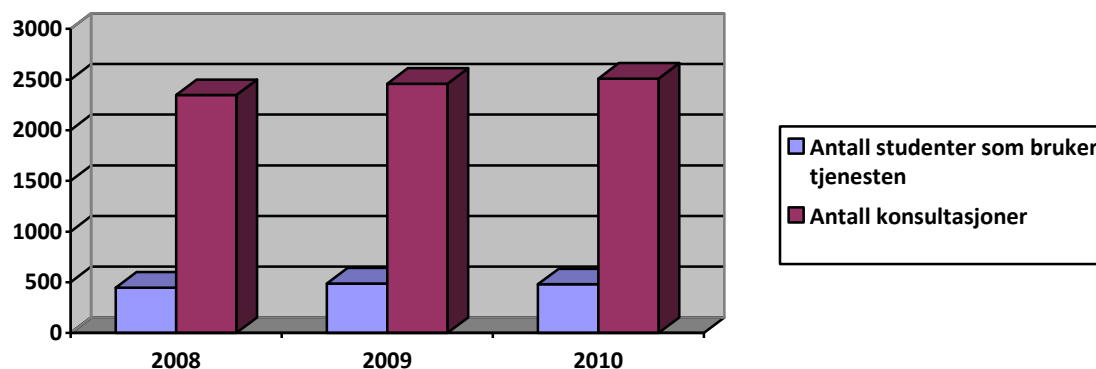
OAS har hatt en egenprodusert psykolog- og rådgivertjeneste lokalisert i Oslo ved Høgskolen i Oslo og på Kjeller ved Høgskolen i Akershus. Tjenestens hovedarbeidsområder er individuell rådgivning og terapi, men i tillegg holdes det grupper og kurs. Tjenesten har åpen tid for inntakssamtaler hver dag to timer midt på dagen.

Bemanningen i 2010 bestod av 5 årsverk i tillegg til psykologpraktikant. Årsverkene fordelte seg på 2,5 psykologer, 1,5 sosionomer og 1 pedagog. Tjenesten deltar i arbeidet med ulike fellestiltak som AKAN-nettverket og offentlige prosjekter.

Brukerstatistikk

I tabellen og grafen nedenfor vises brukerstatistikk for psykolog- og rådgivertjenesten de siste tre årene. I tillegg holder tjenesten en del kurs. I 2009 var det tolv i alt fordelt på ett depresjonsmestringskurs, syv kurs i stress- og studiemestring og fire ta-ordet-kurs.

	2008	2009	2010
Antall studenter som bruker tjenesten	447	489	480
Antall konsultasjoner	2346	2458	2509



Tallene viser at antall studenter som benytter seg av tjenesten er svært stabilt. I forhold til ventetid får alle som henvender seg til tjenesten et tilbud kort tid etter første henvendelse. I 2010 fikk 86 % tilbud innen 2 uker.

Økonomi

Regnskapet for 2010 viste et underskudd på 4,47 millioner kroner i 2010. Som redegjort for innledningsvis har vi ikke utskilte regnskapstall for tjenesten tidligere år, men tilbakemeldingen fra administrasjonen er at kostnadene har vært veldig stabile. Det handler naturligvis at bemanningen også har vært veldig stabil de siste årene.

5. Utredning av alternativer

Velferdstingets oppgave er å finne en hensiktsmessig organisering av helsetilbudet som kommer studentene mest til gode innenfor visse praktiske og økonomiske rammer i samskipnaden. For å gjøre Velferdstingets best mulig rustet til å ta en beslutning har arbeidsutvalget utredet mulige alternativer for en samlet organisering av helsetjenesten.

Alternativene er ment å hjelpe Velferdstinget i debatten og voteringen i saken. Arbeidsutvalget legger frem tre hovedalternativer der det foreligger forskjellige utredninger for ulike alternativer innenfor hvert hovedalternativ. Bakgrunnen for dette er som nevnt innledningsvis i saksutredningen at Velferdstinget på utsettelsesmøtet ga signaler om at detaljer om for eksempel brukerfinansiering innenfor ulike alternativer var helt avgjørende for hvilket alternativ man ville gå for. Arbeidsutvalget legger derfor saken frem i en runde for Velferdstinget og ikke to som det opprinnelig var foreslått

De tre alternativene arbeidsutvalget legger frem er:

- Alternativ 1 - Kun egenprodusert tjeneste
- Alternativ 2 - Universell refusjonsordning og egenprodusert tjeneste
- Alternativ 3 - Kun refusjon utenom psykolog- og rådgivertjenesten

Alternativene er presentert på forskjellige måter ut fra hvordan arbeidsutvalget har sett det som mest hensiktsmessig å utrede dem.

Enkelte av alternativene er utredet etter ønske fra representanter i Velferdstinget. I redegjørelsen fra hvert av alternativene følger først en beskrivelse av hva alternativet innebærer, deretter eventuelle beregninger som er gjort hvis det er mulig samt sentrale opplysninger og så følger arbeidsutvalgets vurderinger på slutten. Arbeidsutvalgets vurderinger er sånn arbeidsutvalget subjektivt vurderer alternativet og forsøker å ha med seg argumenter for og mot en modell samt en konklusjon.

Når det gjelder beregningene som er gjort er det viktig å påpeke at alle beregninger har svært stor usikkerhetsmoment og enkelte alternativer er det heller ikke mulig å regne på. Formålet med beregningene er å gi en ide om hva alternativet innebærer rent praktisk og økonomisk. Selve debatten burde i en viss grad løftes opp fra de enkelte tallene og vurderes i en større og bredere kontekst.

5.1 Innledende vurderinger fra arbeidsutvalget

Før de ulike alternativene gjennomgås ønsker arbeidsutvalget å gjøre noen overordnede vurderinger knyttet til tilbudene som det er hensiktsmessig å ha med seg i behandlingen av saken.

5.1.1 Inntekter og kostnader

Utgiftene til helsetjenesten dekkes gjennom inntektene fra semesteravgiften. I vurderingen av de ulike alternativene er arbeidsutvalget opptatt av at man tar høyde for den totale inntekten fra semesteravgiften og hvor stor andel av den som burde gå til helse. Basert på tall fra 2010 kan vi forvente følgende inntekt fra semesteravgiften i 2012 forutsatt et harmonisert nivå på 410 kroner i samskipnaden:

	Antall studenter (snitt vår og høst 2010)	Anslag på semesteravgiften for 2011
Gamle SiO	37 910	31 086 200
OAS	21 183	17 370 060
Totalt	59 093	48 456 260
50 % av total		24 228 130

Arbeidsutvalget er opptatt av man i denne saken tar stillingen til organiseringen av helsetjenesten innenfor disse rammene. Arbeidsutvalget skal legge frem en sak om nivået på semesteravgiften for Velferdstinget hvor det er mer naturlig å vurdere om man ønsker å heve semesteravgiften for å gjennomføre større satsninger innenfor helse.

5.1.2 Allmennhelsetjenesten

Arbeidsutvalget mener at den sammenslåtte samskipnaden burde ha et eller annet tilbud innenfor allmennhelse og legger derfor ikke frem noen alternativer om å kutte ut allmennhelsetjenesten som en del av helsetilbudet. Enkelte har spilt inn muligheten for å kutte allmennhelsetjenesten helt til fordel for å styrke andre deler av helsetjenesten noe arbeidsutvalget mener er både uheldig og urealistisk.

I vurderingen av allmennhelsetjenesten er det viktig å huske at det innenfor helsetjenesten i gamle SiO er i overkant av 50 årsverk. Velferdstinget må ha et konstruktivt forhold til arbeidsgiverforpliktelser som innebærer at eventuelle radikale endringer må skje over tid.

5.1.3 Psykolog- og rådgivertjenesten

Arbeidsutvalget oppfatter at det er relativt liten uenighet om organiseringen av psykolog- og rådgivertjenesten i samskipnaden. Ordningene i de to samskipnadene er relativt like, det samme er kostnadene. Når det gjennomgående er gjort beregninger for kostnader til psykolog- og rådgivertjenesten er det tatt utgangspunkt i kostnadene for tilbudet i gamle SiO og tilpasset antall studenter i den sammenslåtte samskipnaden. Kostnaden blir nesten akkurat lik som å slå sammen regnskapstallene for psykolog- og rådgivertjenestene som ble gitt i de to samskipnadene i 2010 og det er derfor ingen forskjell av betydning mellom de to beregningsmåtene så Velferdstinget er klar over det.

Når det kommer til økt satsning på psykolog- og rådgivertjenesten er arbeidsutvalget opptatt av at Velferdstinget diskuterer det, men at diskusjonen blir tatt på et senere tidspunkt. En fusjon av tjenestetilbudet i de to samskipnadene vil i løpet av kort tid gi indikasjoner på kapasitet osv. og om ledig kapasitet i gamle OAS veier opp for sprengt kapasitet i gamle SiO. Når vi har gjort noen erfaringer fra en sammenslått tjeneste kan Velferdstinget komme tilbake til prioriteringsdebatten i de årlige budsjettinnspillene eller i diskusjonen om semesteravgift. Kostnaden for å for eksempel styrke tjenesten noe er ikke nødvendigvis så høy og etter arbeidsutvalgets oppfatning ikke avgjørende for helsetilbudet for øvrig.

5.1.4 Tannhelsetjeneste

Ordningen for tannhelsetjenester har vært svært forskjellig i de to samskipnadene. I OAS har man dekket deler av studentenes utgifter til tannbehandling, mens man i gamle SiO ikke har hatt noen form for subsidiering av tannhelse.

Arbeidsutvalget er positive til å vurdere en større satsning på tannhelse i den nye samskipnaden, men mener at et sånt forslag må tas i forbindelse med behandlingen av semesteravgiften. Tannhelse er svært kostbart og er et område hvor det på utgiftssiden har

vært svært stor avstand mellom de to samskipnadene. Arbeidsutvalget har sett på ulike løsninger for refusjon av enkelte tannhelsetjenester, men mener at dagens økonomiske rammer for studenthelsetjenesten ikke muliggjør en debatt om en sterk satsning på tannhelse. Debatten måtte i så fall handlet om valg mellom å ha allmennhelse eller tannhelse og det er som redegjort for tidligere ikke noe arbeidsutvalget ønsker å legge opp til.

5.1.5 Internasjonale studenter

Internasjonale studenter har i flere tilfeller en særskilt utfordring for tilpasningen av tilbudet. En problemstilling er for eksempel internasjonale studenter som er i Norge i under seks måneder og derfor ikke har fastlegerettigheter. Arbeidsutvalget er innstilt på å finne løsninger for internasjonale studenter som er tilsvarende de beste alternative for norske studenter når godene er betinget av å inneha rettigheter som internasjonale studenter formelt ikke kan få i Norge. Internasjonale studenter er forsøkt vurdert i arbeidsutvalgets vurderinger av hvert alternativ, men er ikke redegjort for særskilt under beskrivelsen av hvert alternativ.

5.2 Alternativ 1 – Kun egenprodusert tjeneste

Hovedalternativ én er en ren videreføring og utvidelse av modellen i gamle SiO med egenprodusert helsetjeneste innenfor alle områder. Den er utredet med tre ulike underalternativer som viser ulike brukerbetalingsordninger som er mulige innenfor den egenproduserte allmennhelsetjenesten.

Tilbudsstruktur og lokalisering er viktig i forhold til en egenprodusert tjeneste. SiO har i dag egenprodusert allmennhelsetjeneste og rådgivningstjeneste på Blindern og på BI. På Blindern er det også psykiatrisk/ psykologisk-tjeneste og tannhelsetjeneste. Psykolog- og rådgivertjenesten fra OAS er lokalisert i sentrum ved HiO og på Kjeller. Utvides de egenproduserte tjenestene til å gjelde hele samskipnaden må det vurderes om mer av tilbudet skal lokaliseres flere steder.

5.2.1 Alternativ 1.1 – Videreføring av refusjonsordningen fra SiO

Alternativ 1.1 viderefører dagens ordning med refusjon av fastlege- og sykepleierkonsultasjoner slik som det ble innført i 2010 i SiO. Refusjon forutsetter at du er fastlegepasient i samskipnaden.

Det er viktig å gjøre oppmerksom på at vi regnskapsmessig har lite erfaringer med refusjonsordningen i gamle SiO og at den er avhengig av hvor mange som til en hver tid søker refusjon. Vi vet at det er en høy andel som har rett på refusjon (alle fastlegepasienter som benytter seg av tilbudet), men at kostnaden for samskipnaden er avhengig av hvor mange av dem som benytter seg av muligheten. Det er foreløpig svært få som søker om refusjon, noe som har gitt gode regnskapstall for allmennhelsetjenesten i SiO i 2010.

Nedenfor er det gjort beregninger av kostnadene ved en egenprodusert helsemodell med samme ordning for refusjon som i dag finnes i SiO for fastlegepasienter. Beregningen er gjort helt enkelt med utgangspunkt i regnskap for 2010 og studenttallet i gamle SiO og i den sammenslåtte samskipnaden.

Alternativ 1.1	I SiO i dag i mill. kr (2010)	Tilskudd per student	Stipulert kostnad for samlet samskipnad i mill. kr
Tilskudd til allmennseksjonen	5,663	149,4	8,83
Tilskudd til psykiatrisk/psykologisk	5,779	152,4	9,01
Tilskudd til studentrådgivningen	3,360	88,6	5,24
Tilskudd til tannhelsetjeneste	-	-	-
Andel av semesteravgiften som går til Studenthelsetjenesten	47,0 %		47,6 %
Tilskudd fra semesteravgiften totalt	14,6		23,08

Andelen av semesteravgiften som går til studenthelsetjenesten vil da forhåpentligvis ligge på samme nivå som gamle SiO i 2010, altså i underkant av 50 %. Alternativet åpner kun for en eventuelt egenprodusert tannhelsetjeneste til selvkost, men altså ingen refusjoner til tannhelse.

5.2.2 Alternativ 1.2 – Utvide refusjonsordning fra SiO

Alternativ 1.2 viderefører og utvider refusjonsordningen som ble innført i SiO i 2010 ved at den også omfatter refusjon for egenandeler ved bruk av tjenester som ikke finnes i samskipnaden, men som kan føres på det offentlige egenandelskortet. Refusjon skal fortsatt kun være mulig for studenter som velger å fastlege i samskipnaden.

En slik ordning vil i større grad gi uttelling for studenter som ofte har de største utgiftene til helse, for eksempel studenter som er henvist til og har jevnlig oppfølging hos spesialist eller lignende (de pasientgruppene passerer ofte egenandelstaket og får frikort). Refusjonsordningen i OAS har dekket denne type utgifter, mens SiO-ordningen ikke har dekket noe av dette.

Ved å la ordningen fortsatt være betinget av at man er fastlegepasienter mister ikke studentene insentivet til å registrere seg som fastlege i samskipnaden, tvert i mot er det et sterkt insentiv for å registrere seg. At den egenproduserte tjenesten er mest attraktiv er helt avgjørende for at en modell med både egenprodusert tjeneste og en god refusjonsordning skal være realistisk rent økonomisk.

Det er vanskelig å beregne kostnader for et slikt alternativ fordi man ikke vet hvor mange som vil benytte seg av ordningen og hvor store egenandelsutgifter de studentene har utenfor tjenestene som tilbys i samskipnaden.

5.2.3 Alternativ 1.3 – Gratis lege- og sykepleiertjeneste

Alternativ 1.3 er å gå tilbake til ordningen i SiO før man innførte refusjonsordning i 2010 med gratis lege- og sykepleiertjeneste i samskipnaden for fastlegepasienter. Ser vi på regnskapstallene fra 2008 til 2010 for allmennhelsetjenesten ser vi at innføringen av refusjonsordningen hadde ganske stor betydning for resultatet i 2010.

	2008	2009	2010
Tilskudd fra semesteravgiften i mill. kr. totalt	17,1	16,8	14,6
Tilskudd til allmennseksjonen i mill. kr.	7,5	7,4	5,7

Det har ikke vært større endringer i driftsregnskapet i allmennhelsetjenesten fra 2009 til 2010, så det er realistisk å anta at utgiftsreduksjonen på nesten 2 millioner kroner skyldes innføringen av refusjonsordningen.

Tar vi utgangspunkt i snittall fra regnskapet for 2008 og 2009 til allmennhelsetjenesten og bruker de samme beregningene som over for kostnadene for øvrige egenprodusert helsetjenester vil vi kunne beregne forventede kostnader for dette alternativet. Merk at studenttallet fortsatt er fra 2010 siden forskjellen neppe er stor fra 2009.

Alternativ 1.3	Snitt i regnskap SiO (2008 og 2009)	Tilskudd per student	Stipulert kostnad for samlet samskipnad i mill. kr
Tilskudd til allmennseksjonen	7,490	197,6	11,68
Tilskudd til psykiatrisk/psykologisk	5,779	152,4	9,01
Tilskudd til studentrådgivningen	3,360	88,6	5,24
Tilskudd til tannhelsetjeneste	-	-	-
Andel av semesteravgiften som går til Studenthelsetjenesten	47,0 %		53,5 %
Tilskudd fra semesteravgiften totalt	14,6		25,93

Alternativet blir naturligvis mye dyrere enn ved en refusjonsordning. Man kan likevel se for seg at man på et tidspunkt endrer administreringen av refusjonsordningen i alternativ 1.1 slik

at man i praksis får refundert alle utgiftene sine uten å søke. Da vil disse to alternativene bli like, bortsett fra at 1.1 gir helsetjenesten refusjon fra NAV når pasienter når egenandelstaket, mens modell 1.2 ikke gir det.

5.2.4 Arbeidsutvalgets vurderinger

Modell 1 består av egenproduserte tjenester innenfor alle kategoriene, men det er spesielt spørsmålet om egenprodusert allmennhelsetjeneste som burde drøftes nærmere.

Arbeidsutvalget mener overordnet at det er mange momenter som taler for at det skal være en egenprodusert allmennhelsetjeneste i samskipnaden og at alternativ 1 derfor er langt på vei en god løsning. For en slik ordning taler spesielt:

- Tjenesten er et lavterskeltilbud som det er enkelt å oppsøke for nye studenter, spesielt innflyttende studenter.
- Tilbudet har vist seg å være et attraktivt alternativ til andre fastlegetjenester for studenter når man ser på brukerstatistikken.
- Allmennhelsetjenesten er en del av et helhetlig egenprodusert helsetilbud der de ansatte i de ulike tjenestene snakker og samarbeider med hverandre.
- Tjenesten er åpen for studenter som ikke ønsker å bytte fastlege, men som i begrenset grad trenger fastlegetjenester i Oslo. Alternativet er Oslo legevakt.
- Tjenesten er åpen for internasjonale studenter, spesielt internasjonale studenter som er i Norge under 6 måneder og da ikke får fastlegerettigheter. Disse studentene får tilbud på lik linje med fastlegepasienter. Alternativet for dem hadde vært Oslo legevakt.
- Tjenesten har lang erfaring og kompetanse på studentproblematikk.
- Tjenesten samarbeider tett med flere av utdanningsinstitusjonene og er en sentral ressurs i læringsmiljøarbeidet for mange.
- Tjenesten tar initiativ til og deltar i studentrelaterte prosjekter som SHoT-undersøkelsen.

Samtidig er det argumenter mot en slik ordning eller kanskje i størst grad argumenter for andre ordninger som kan være bedre. Mot en egenprodusert allmennhelse taler spesielt:

- Egenprodusert tilbud koster og bruker mye midler fra semesteravgiften selv om det ikke nødvendigvis er dyrere enn andre velferdsmessig likeverdige ordninger.
- Fastlegetjenester kan tilbys av andre aktører og er ikke så spesielt at samskipnaden trenger å tilby det særskilt.
- Det vil kun være mulig å tilby egenprodusert tjeneste ved de største institusjonene som kan gjøre tilbudet dårligere for mindre institusjoner i samskipnaden.
- Ordningen gir mindre fleksibilitet og valgfrihet for studentene enn for eksempel refusjonsordningene i gamle OAS.

Tilgjengelighet og lokalisering

Spesielt argumentet om tilgjengelighet for studenter ved mindre institusjoner har vært viktig for arbeidsutvalget i sine drøftelser. I gamle SiO var det ni utdanningsinstitusjoner tilknyttet samskipnaden, mens allmennhelsetilbudet bare var lokalisert til de to største institusjonene, UiO og BI. Det har ikke vært særskilte tilbakemeldinger om at det har vært et problem for studenter ved de mindre høgskolene at helsetilbudet har vært plassert ved et par institusjoner. Avstandene i Oslo er korte og det er sjeldent at det blir lang vei uansett hvor tilbudet lokaliseres innenfor kommunegrensene.

Arbeidsutvalget er derfor i hovedsak i liten grad bekymret for at tilgjengelighet skal være et problem i den nye samskipnaden ved innføring av en modell med egenproduserte tjenester.

Innenfor psykolog- og rådgivertjenestene er studenter ved mindre høyskoler i begge samskipnader vant til at man ikke nødvendigvis har et tilbud på selve lærestedet. En gjennomgang av de 23 utdanningsinstitusjonene tilknyttet den nye samskipnaden viser at nesten alle institusjonene ligger innenfor ring 3 i Oslo.

Arbeidsutvalget er samtidig opptatt av de få institusjonene som ikke ligger like tilgjengelig til og hvor det kan være grunn til å anta at helsetilbudet vil bli svekket ved innføring av en egenprodusert helsetjeneste som kun tilbys i Oslo indre by. Dette gjelder primært Høgskolen i Akershus og Politihøgskolen sin avdeling i Konsvinger, samt studenter som er i praksis rundt om i landet. Arbeidsutvalget mener at man burde ivareta helsetilbudet til disse studentene på en forsvarlig måte og kan derfor ikke gå for en ren egenprodusert tjeneste som hovedalternativ 1 går inn for. Arbeidsutvalget viser her til vurderingene gjort av hovedalternativ 2 under.

Om alternativ 1.1

Av de tre underalternativene er alternativ 1.1 det som gir best oversikt over de økonomiske konsekvensene. Forslaget holder seg godt innenfor hva arbeidsutvalget oppfatter som en forsvarlig bruk av semesteravgiftsmidlene og gir også rom for prioritering av andre velferdstilbud i samskipnaden.

Samtidig baserer alternativet seg på at man henter ut gevinster av at svært få benytter seg av refusjonsordningen som ble innført i gamle SiO i 2010. Tilbudet var i utgangspunktet gratis, men fordi man ønsket å unngå og dekke mer enn utgiftene opp til egenandelstaket for fastlegepasienter innførte man en refusjonsordning. Det har i regnskapet for 2010 slått positivt ut og ga et svært godt resultat for studenthelsetjenesten. Arbeidsutvalget mener at hvis resultatet i 2010 er representativt for utgiftene de kommende årene må inntjeningen ved innføringen av refusjonsordningen brukes til å styrke helsetjenesten på en eller annen måte. Arbeidsutvalget har derfor høyere ambisjoner for studenthelsetjenesten enn det alternativ 1.1 legger opp til.

Om alternativ 1.2

Alternativ 1.2 er etter arbeidsutvalgets vurdering en svært interessant modell. Refusjonsordningen i OAS-systemet har i dag gitt refusjon for alle utgifter som kan føres på det offentlige egenandelskortet, mens refusjonsordningen i SiO-systemet bare har vært for fastlege- og sykepleierkonsultasjon i samskipnaden.

Hvis man tilbyr en egenprodusert helsetjeneste er det etter arbeidsutvalgets syn avgjørende at studentene i så stor grad som mulig benytter seg av samskipnadens eget tilbud. Eventuelle refusjonsordninger må ikke legge til rette for at studentene velger alternative tilbud utenfor samskipnaden, men i stedet gjør det attraktivt å velge samskipnadens tjenester. En refusjonsordning som betinger deltagelse i det egenproduserte tilbudet gjør nettopp det.

Arbeidsutvalget mener likevel at det resonnementet ikke er til hinder for å tilby refusjonsordning for utgifter for tjenester som samskipnaden ikke tilbyr, men som føres på det offentlige egenandelskortet. Refusjonsordningen slik den var i gamle SiO styrkes da betraktelig og gir mer til de som ofte har høye legeutgifter som gjerne skyldes at de går til spesialist eller lignende. Refusjon burde fortsatt være betinget av at man velger å ha fastlege i samskipnaden, noe som både gir en gevinst for den enkelte student og for samskipnaden. Arbeidsutvalget mener derfor at refusjonsordningen i alternativ 1.2. er en god løsning hvor man tar det beste fra OAS og fra SiO.

For lærestedene utenfor Oslo er utfordringen likevel den samme som før. Arbeidsutvalget mener derfor at man kan justere alternativ 1.2 noe for at alternativet også skal være bra for studentene utenfor Oslo. Gjennom å ikke stille krav til fastlegetilhørighet i samskipnaden for denne gruppen studenter vil man løse problemet. Det gjelder da studenter som enten kan dokumentere at de går på et lærested utenfor Oslo kommune eller er i praksis over en lengre periode utenfor Oslo. Gjennom en slik ordning kan disse studentene da søke samskipnaden om refusjon for alle utgifter som kan føres på det offentlige egenandelskortet, også for egenandeler til egen fastlege utenfor samskipnaden. Disse tidligere OAS-studentene vil da få en bedre refusjonsordning til legetjenester enn det de har hatt tidligere med en nedre grense.

Det er vanskelig å regner på hva en slik modell vil koste. Man kan anslå at det vil være rundt 3 500 studenter som vil være omfattet av refusjonsordningen utenfor Oslo. 3000 av dem er på HiAk, nesten 150 er på Kongsvinger og opp mot 500 er i praksis utenfor Oslo ut fra et grovt, men sannsynlig anslag.

Arbeidsutvalget viser til sin innstilling innledningsvis i saksnotatet hvor denne justerte modellen er foreslått.

Om alternativ 1.3

Alternativ 1.3 er et kostbart alternativ som man gikk bort fra i SiO i 2010 nettopp for å løse problemet knyttet til studenter som nådde egenandelstaket. Argumentasjonen i forhold til det har ikke endret seg siden den gang og arbeidsutvalget ønsker derfor ikke gå videre med alternativ 1.3.

5.3 Alternativ 2 – Universell refusjonsordning og egenprodusert tjeneste

Hovedalternativ 2 er en hybridmodell mellom refusjonsordningene i OAS og de egenproduserte tjenestene i SiO der man tilbyr begge ordningene. Refusjonsordningen blir da uavhengig av om man benytter seg av det egenproduserte tilbudet eller ikke. Alternativet innebærer at alle studenter i samskipnaden kan søke refusjon, ikke bare de som velger å ha studenthelsetjenesten som fastlege.

Det er vanskelig å beregne kostnadene for en slik modell. Hovedgrunnen til det er at det er vanskelig å forutse hvor mange som benytte fastlegeordningen når de får muligheten til å søke refusjon for fastlegetjenester utenfor samskipnaden. Hvordan dette vil slå ut er også avhengig av hvordan refusjonsordningene utformes.

Merk at for alle beregninger som er gjort på refusjonsordningene i OAS i dette alternativet og i alternativ 3 er administrasjonskostnader ikke med i beregningene. Årsaken er at administrasjon ikke er innarbeidet i regnskapstallene for refusjonsordningene i OAS. Det gjør at kostnadene blir noe lavere beregnet gjennomgående enn hva de reelt er.

Når det gjelder legerefusjonsordningen er det mange måter å utforme den ordningen på, men følgende alternativer er nok de mest aktuelle:

- En ordning hvor man dekker alt fra første krone og opp til frikort.
- En ordning med nedre grense hvor man dekker alt fra den grensen og opp til frikort, for eksempel fra 200 eller 400 kroner slik det har vært i OAS.

Vi kan gjøre noen enkle, men svært usikre beregninger av alternativene for legerefusjon basert på statistikken fra OAS de siste årene. I 2010 søkte 1153 stykker om legerefusjon og det ble utbetalt i snitt 998 kroner. Den nedre grensen var da 400 kroner, mens den i 2009 var 200 kroner. I 2009 søkte 1399 om refusjon og det ble utbetalt i snitt 1020 kroner. Hvis vi regner med at like mange vil benytte seg av ordningen hvis den utvides til SiO kan vi regner på hva refusjonsordning med grense på 200 eller 400 kroner vil koste, se tabellen nedenfor.

Når det gjelder en ordning der man dekker alt fra første krone må vi bare gjøre noen svært grove beregninger. Ser vi på hvor mange som søkte refusjon når gulvet var henholdsvis 400 og 200 kroner kan vi ta utgangspunkt i den prosentvise forskjellen for å anta hvor mange i OAS som ville søkt refusjon hvis det ikke hadde vært noe gulv. Gjennomsnittlig utbetaling ville da økt fordi gulvet forsvant, men samtidig få en dempende effekt av at flere med mindre utgifter kanskje vil søke refusjon. En snittutbetaling på 1100 kroner er derfor ikke usannsynlig.

	Snitt utbetalt	Studenter som søker	Studenter i OAS (2010)	Studenter i alt (2010)	Anslag kostnader for den sammenslåtte samskipnaden
Fra første krone	1100	1688	21 183	59 093	5 179 808
200 kroner	1020	1399	-	-	3 980 764
400 kroner	998	1153	-	-	3 210 025

Ikke overraskende er kostnadsnivået svært følsomt for svingninger i hvor mange studenter som søker refusjon. Det gjør beregningene svært lite troverdige og gjør det svært vanskelig å anslå hvor mye ordningen totalt vil koste.

Alternativet innebærer jo at man også skal ha egenprodusert allmennhelsetjenestene. Kostnaden for denne ordningen er som tidligere nevnt vanskelig å beregne fordi vi ikke vet hvor mange som vil benytte seg av den når man kan søke om refusjon for samme tjenester utenfor samskipnaden også. Ønsker man å ha en fullverdig egenprodusert allmennhelsetjeneste i tillegg til refusjonen er det vanskelig å ikke anta i beregningen at vi trenger den samme kapasitetsøkningen. Særlig relevant er det vel at man også i denne ordningen ønsker å utvide tilbudet med en egen lokalisjon i sentrum. I beregningen tar vi derfor bare ut det som i 2010 gikk til dekking av egenandeler i allmennhelsetjenesten og tar deretter som ellers høyde for utvidelsen av antall studenter.

Regnskap allmennhelsetjenesten 2010	Regnskap allmennhelsetjenesten 2010 uten refusjon	Studenter i gamle SiO (2010)	Studenter i alt (2010)	Anslag kostnader for drift i den sammenslåtte samskipnaden
- 5 663 000	- 4 759 000	37 910	59 093	7 418 190

I forhold til helserefusjonsordningen har ikke den noe med allmennlegetjenesten å gjøre, men kostnadene ved den ordningen i dette alternativet er helt avgjørende for hva man kan bruke på de andre helsetjenestene. I forhold til helserefusjonsordningen kan man utforme den på flere måter, blant annet stramme inn i hva man får refusjon for. Følgende alternativer er kanskje mest aktuelle:

- Videreføre refusjonsordningen slik den var i OAS.
- Videreføre refusjonsordningen slik den var i OAS, men avvikle støtten til ekstraordinær tannbehandling.

På bakgrunn av regnskapstallene fra 2010 kan vi gjøre noen enkle anslag. Her er tallene relativt stabile sammenligner vi med regnskapet fra 2009. I den ene beregningen viderefører vi ordningen slik den har vært i OAS, i den andre tar vi ut refusjonene til de ekstraordinære tannbehandlingene før vi tar høyde for antall studenter i den sammenslåtte samskipnaden

	Regnskap 2010	Studenter i OAS (2010)	Studenter i alt (2010)	Anslag kostnader for den sammenslåtte samskipnaden
Samme helsefondordning som i OAS	2 589 863	21 183	59 093	7 224 792
Helsefondordningen i OAS uten ekstraordinær tannbehandling	1 114 459	-	-	3 108 942

Vi ser at hva man gir refusjonsordning for er svært utslagsgivende og man kan se for seg at man ytterligere regulerer eller strammer inn i forhold til hva som skal støttes av helsefondløsningen.

Tilbudet innenfor psykolog- og rådgivertjenesten er det samme som i alternativ 1 og kostnaden er derfor også anslått til det samme nemlig 14,25 millioner kroner.

Vi kan nå sette sammen tallene for hver av utregningene våre slik at vi får totalkostnaden for helsetjenesten. I tabellen under vises totalkostnaden for de ulike alternativene der utgiftene til egenprodusert allmennhelse og psykolog- og rådgivertjeneste er holdt på et fast nivå som beregnet over (7,4 millioner for allmennhelsetjenesten og 14,25 millioner for psykolog- og rådgivertjenesten).

Alternativ 2	Samme helsefondordning som i OAS	Helsefondordningen i OAS uten ekstraordinær tannbehandling
Fra første krone	34 060 000	29 950 000
200 kroner	32 860 000	28 750 000
400 kroner	32 090 000	27 980 000

Nedenfor er den samme tabellen bare med tall på hvor stor andel totalkostnadene utgjør av semesteravgiften.

Alternativ 2	Samme helsefondordning som i OAS	Helsefondordningen i OAS uten ekstraordinær tannbehandling
Fra første krone	70,3 %	61,8 %
200 kroner	67,8 %	59,3 %
400 kroner	66,2 %	57,8 %

5.3.1 Arbeidsutvalgets vurderinger

Arbeidsutvalget vil innledningsvis vise til vurderingen som er gjort av alternativ 1.2 hvor arbeidsutvalget foreslår noen justeringer slik alternativ 1.2 blir en slags hybridmodell mellom den egenproduserte helsetjenesten i SiO og legerefusjonsordningen i OAS.

Arbeidsutvalget viser til utredningen av modell 2 over. Det er i utgangspunktet en god intensjon å tilby valgfrihet for studentene. I dette alternativet får studentene refusjon for utgiftene sine uavhengig av om de benytter seg av fastlegetjenestene i samskipnaden eller ikke. For en slik modell taler:

- Fleksibilitet og valgfrihet, studentene bestemmer selv hvor de ønsker å ha fastlege og få andre tjenester.
- Argumentene for egenprodusert helsetjeneste som det ble redegjort for under modell 1.
- Ordningen tar hensyn til at noen av studentene i samskipnaden ikke bor eller studerer i Oslo og derfor har vanskelig for å benytte seg av en egenprodusert tjeneste i Oslo.
- Ordningen dekker utgifter til alle egenandeler som føres på egenandelskortet, ikke bare lege- og sykepleierkonsultasjon.
- Ordningen inneholder helsefondet som gir gode støtteordninger for utgifter til tannhelse med mer.

Mot modellen som er foreslått over taler:

- Kostnadene, det er svært dyrt å både ha egenprodusert helsetjeneste og universell refusjonsordning samt at det er vanskelig å anta totalkostnadene.
- Ordningen gjør det mindre attraktivt å ha fastlege i samskipnaden samtidig som det er viktig for samskipnaden å ha mange fastlegepasienter så de får høyere offentlige tilskudd.
- Løsningen på kostnadssiden blir fort et svært høyt bunnfradrag for å søke refusjon for legetjenester.
- Helsefondordningen er en veldig dyr ordning som samlet sett utgjør en uforholdsmessig stor andel av semesteravgiften.

Arbeidsutvalget mener at totalkostnadene som er beregnet over for alternativ 2 ikke er innenfor rammene av det som er mulig med dagens semesteravgift. En stor del av midlene går til helsefondet med blant annet tannlegebehandling som arbeidsutvalget ønsker å komme tilbake til ved behandlingen av saken om semesteravgift. Da vil det være mulig å heve semesteravgiften slik at man kan ha spillerom for slike gode, men kostbare ordninger.

Arbeidsutvalget mener at modellen er problematisk fordi man reduserer incentivene til å velge den egenproduserte tjenesten. Det er merkelig å ha en refusjonsordning som i en viss grad motarbeider at man skal ha en egenprodusert tjeneste. Da slår ordningene hverandre i hjel og kostnadene blir høye. Grunnen til at allmennhelsetjenesten er opptatt av at man velger dem som fastlege er at det utløser tilskudd fra det offentlige (380 kroner per pasient) som gjør det mulig å drive tilbudet.

Ordningen vil gjøre antallet fastlegepasienter svært lite forutsigbart. Den egenproduserte allmennhelsetjenesten består av et bestemt antall ansatte som det ikke bare er å regulere opp og ned i forhold til svingningene hos studentene. Ordningen kan resultere at vi har mange ansatte som vi ikke har behov for fordi studentene heller benytter seg av andre tjenester og ikke ser det som attraktivt nok å benytte den egenproduserte tjenesten.

Arbeidsutvalget mener at man må velger modellene og har som tidligere nevnt landet på å innstille på alternativ 1.2 der man går for egenprodusert helsetjeneste, men med en styrket refusjonsordning i tråd med hva som dekkes av OAS og en egen uavhengig ordning for studenter som studerer utenfor Oslo.

5.4 Alternativ 3 - Kun refusjon utenom psykolog- og rådgivertjenesten

Hovedalternativ 3 er en ren videreføring og utvidelse av modellen i gamle OAS. Alternativet innebærer at man bruker refusjonsordningene slik de har vært i OAS med legerefusjon og helsefond og at man avvikler all egenprodusert allmennhelsetjeneste i samskipnaden. OAS har i likhet med SiO hatt en egenprodusert psykolog- og rådgivertjeneste så det er videreført i beregningene.

Legerefusjonsordningen har i OAS hatt en nedre grense som i 2009 var på 200 kroner, i 2010 var på 400 kroner og i 2011 er på 500 kroner. Beregninger av disse løsningene er gjort under alternativ 2 og vi kan bruke det når vi skal beregne total kostnadene ved å utvide OAS-ordningen for å vise ulike alternativer. Når det gjelder helsefondordningen har denne vært lik i OAS de siste tre årene og er i beregningene ikke endret, men kun justert for studenttallet i den sammenslåtte samskipnaden. Kostnaden for den fusjonerte psykolog- og rådgivertjenesten er den samme som i alle beregninger tidligere. Alle tall er i millioner kroner i tabellen under.

Alternativ 3	Fra første krone	200 kroner	400 kroner
Legerefusjonsordningen	5,18	3,98	3,21
Helsefond	7,22	7,22	7,22
Psykolog- og rådgivningstjenesten	14,25	14,25	14,25
Andel av semesteravgiften som går til Studenthelsetjenesten	55,0 %	52,5 %	50,9 %
Totalt	26,65	25,45	24,68

Administrasjonskostnader er ikke innregnet i legerefusjon- og helsefondordningen så kostnaden er noe høyere enn det som er antatt.

5.4.1 Arbeidsutvalgets vurderinger

Arbeidsutvalget vil innledningsvis påpeke at denne modellen vil være en radikal omlegging av dagens struktur siden hoveddelen av strukturen i den sammenslåtte samskipnaden midlertidig består av et egenprodusert tilbud. Det er ikke nødvendigvis et argument mot modellen, men det betyr at modellen innebærer at den må innføres over relativt lang tid. Tilbudet må gradvis bygges ned av hensyn til både studenter og ansatte. Studenthelsetjenesten har i dag over 50 ansatte hvor mange av de er tilknyttet allmennhelsetjenesten. Velferdstinget er opptatt av at diskusjonen om denne modellen tar innover seg de arbeidsgiverforpliktelsene som SiO i dag har overfor de ansatte.

Refusjonsordningene som har vært i OAS har etter arbeidsutvalgets syn flere positive sider ved seg som også er belyst under vurderingen av alternativ to. For å innføre en slik modell taler:

- Ordningen tilbyr fleksibilitet og valgfrihet for studentene, de kan selv velge hvor de for eksempel vil ha fastlege osv.
- Ordningen med helsefond gir gode refusjonsordninger for utgifter som ikke har vært dekket av gamle SiO og som er viktig for mange studenter.
- Tannhelse er i fokus, noe som ikke har vært spesielt sentralt i helsetilbudet til gamle SiO.

Mot en slik modell taler:

- Ordningen er i liten grad kjent og brukt blant studentene i forhold til i gamle SiO.
- Kostnadene er lite forutsigbare og høye, spesielt helsefondordningen er god for studentene, men vanskelig å videreføre innenfor rammene av dagens semesteravgift.
- Ordningen tar ikke innover seg behovet til internasjonale studenter uten fastlegerettigheter.
- Ordningen tar heller ikke høyde for studenter som ønsker å beholde fastlege utenfor Oslo, men som trenger et tilbud i Oslo.

Arbeidsutvalget viser til at de antatte kostnadene for dette alternativet er høyere enn ved å utvide den egenproduserte ordningen i SiO. I beregningene over er heller ikke administrasjonskostnader innarbeidet, noe som man kan antatt at uavhengig av nivå på refusjon vil innebære økte kostnader med ett årsverk.

I avveining mellom å ha eller ikke ha egenprodusert helsetjeneste som er sentralt ved vurderingen av dette alternativet mener arbeidsutvalget at argumentene for egenprodusert allmennhelse veier tyngst. Kompetanse, nærhet, tilgjengelig og kobling mellom arbeid i samskipnaden og på institusjonene er for arbeidsutvalget så sentralt at det vil være svært synd å skulle avskaffe det egenproduserte helsetilbudet. Gjennom et egenprodusert tilbud har studentene et sted å henvende seg, et referansepunkt for å få hjelp når de er nye og begynner og studere som man ikke har i alternativ 3 der eneste kontakt med samskipnad er når man sender regningen for tilbud man har benyttet seg av utenfor samskipnad og institusjon.

Arbeidsutvalget vil i forhold til legerefusjon også påpeke at rent økonomisk for studentene foreslår arbeidsutvalget i sin innstilling en mer gunstig ordning for studentene forutsatt at de benytter seg av fastlegeordningen. Studentene får da refusjon fra første krone, og ikke etter et bunnfradrag på 400 kroner eller høyere som mest sannsynlig vil være utfallet av å gå for denne modellen. For studenter utenfor Oslo blir jo legerefusjonen for de sånn som den har vært i OAS bare at de får refusjon fra første krone.

I forhold til helsefondordningen mener arbeidsutvalget at det er beklagelig at vi ikke kan anbefale å videreføre den ordningen på nåværende tidspunkt. Det er en ordning som mange studenter har nytte av og hvor ideen bak ordningen er spesielt god. Innenfor dagens økonomiske rammer mener arbeidsutvalget at det ikke vil være mulig å realisere den ordningen i en sammenslått samskipnad, men mener som tidligere nevnt at det burde vurderes når Velferdstinget skal diskutere nivået på semesteravgiften. Ønsker man å ha en form for refusjonsordning til for eksempel tannhelse i den sammenslåtte samskipnaden kan man knytte en økning i semesteravgiften direkte til innføringen av et slikt tilbud. Å innføre en slik ordning senere er heller ikke administrativt vanskelig i motsetning til hva det er når man skal endre egenproduserte tjenester.

Avslutningsvis burde Velferdstinget være opplyst om at en ordning med kun refusjonsordning (med unntak av psykolog- og rådgivertjenesten) ligger etter hva arbeidsutvalget erfarer svært langt fra det man har sett for seg og ser for seg både i administrasjonen i samskipnaden og i studenthelsetjenesten. Å få gjennomslag for en modell hvor man skal avskaffe den egenproduserte allmennhelsetjenesten innebærer så radikale endringer at det vil ta lang tid å få gjennomført og vil bli møtt med stor motstand intern i SiO. Arbeidsutvalget er likevel opptatt av at det er Velferdstinget som skal legge føringene og må ta de vurderingene som det innebærer.