



# Budsjett-innst. S. nr. 11

(2004–2005)

Budsjettinnstilling til Stortinget  
fra sosialkomiteen

St.prp. nr. 1 (2004-2005)

**Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet  
for 2005, kapitler under Arbeids- og sosialdepartementet og  
Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområdene 15 og 16)**





---

# Budsjett-innst. S. nr. 11

(2004–2005)

Budsjettinnstilling til Stortinget  
fra sosialkomiteen

St.prp. nr. 1 (2004-2005)

---

**Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet  
for 2005, kapitler under Arbeids- og sosialdepartementet og  
Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområdene 15 og 16)**



## INNHold

|   |    |
|---|----|
| <b>Rammeområde 15</b> .....                                       | 5  |
| Regjeringens budsjettforslag .....                                | 5  |
| Stortingets vedtak om budsjetttramme 15 .....                     | 7  |
| Generelt .....  | 7  |
| Generelle merknader fra Høyre og Kristelig Folkeparti .....       | 7  |
| Generelle merknader fra Arbeiderpartiet .....                     | 8  |
| Generelle merknader fra Fremskrittspartiet .....                  | 8  |
| Generelle merknader fra Sosialistisk Venstreparti .....           | 10 |
| Generelle merknader fra Senterpartiet .....                       | 12 |
| Merknader til de enkelte kapitler .....                           | 14 |
| Kap. 600 Arbeids- og sosialdepartementet .....                    | 14 |
| Kap. 620 Utredningsvirksomhet, forskning m.m. ....                | 15 |
| Kap. 621 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet ..... | 16 |
| Kap. 622 Statens institutt for rusmiddelforskning .....           | 18 |
| Kap. 660 Krigspensjon .....                                       | 19 |
| Kap. 2600 Trygdeetaten .....                                      | 19 |
| Kap. 2603 Trygderetten .....                                      | 22 |
| Kap. 2650 Sykepenger .....  | 22 |
| Kap. 2652 Medisinsk rehabilitering mv. ....                       | 24 |
| Kap. 2655 Uførhet .....   | 26 |
| Kap. 2661 Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv. ....           | 28 |
| Kap. 2670 Alderdom .....  | 30 |
| Kap. 2680 Etterlatte .....  | 31 |
| Kap. 2683 Stønad til enslig mor eller far .....                   | 31 |
| Kap. 2686 Gravferdsstønad .....                                   | 32 |
| Kap. 2690 Diverse utgifter .....                                  | 32 |
| Oversikt over bevilgningsforslag .....                            | 32 |
| <b>Rammeområde 16</b> .....                                       | 34 |
| Regjeringens budsjettforslag .....                                | 34 |
| Stortingets vedtak om budsjetttramme 16 .....                     | 37 |
| Generelt .....  | 37 |
| Generelle merknader fra Høyre og Kristelig Folkeparti .....       | 37 |
| Generelle merknader fra Arbeiderpartiet .....                     | 37 |
| Generelle merknader fra Fremskrittspartiet .....                  | 38 |
| Generelle merknader fra Sosialistisk Venstreparti .....           | 41 |
| Generelle merknader fra Senterpartiet .....                       | 44 |
| Merknader til de enkelte kapitler .....                           | 48 |
| Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet .....                     | 48 |
| Kap. 701 Forskning .....  | 49 |
| Kap. 702 Helse- og sosialberedskap .....                          | 50 |
| Kap. 703 Internasjonalt samarbeid .....                           | 51 |
| Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt .....                      | 51 |
| Kap. 712 Bioteknologinemnda .....                                 | 53 |
| Kap. 715 Statens strålevern .....                                 | 53 |
| Kap. 719 Helsefremmende og forebyggende arbeid .....              | 53 |
| Kap. 720 Sosial- og helsedirektoratet .....                       | 56 |
| Kap. 721 Statens helsetilsyn .....                                | 57 |

|  |            |
|--|------------|
| Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning .....                                | 59         |
| Kap. 723 Pasientskadenemnda .....  | 59         |
| Kap. 724 Statens helsepersonellnemnd og tilskudd til personelltiltak ..... | 59         |
| Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten .....                | 64         |
| Kap. 726 Habilitering og rehabilitering .....                              | 65         |
| Kap. 727 Tannhelsetjenesten .....  | 68         |
| Kap. 728 Forsøk og utvikling mv. ....                                      | 69         |
| Kap. 729 Annen helsetjeneste .....   | 70         |
| Kap. 732 Regionale helseforetak .....                                      | 70         |
| Plan og meldingssystem for regionale helseforetak .....                    | 81         |
| Kap. 742 Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter .....  | 85         |
| Kap 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse .....               | 85         |
| Kap 744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede .....                 | 89         |
| Kap. 750 Statens legemiddelverk .....                                      | 89         |
| Kap. 751 Apotekvesen og legemiddelfaglige tiltak .....                     | 90         |
| Kap. 760 Utredningsvirksomhet m.m. ....                                    | 90         |
| Kap. 761 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet .....          | 90         |
| Kap. 2711 Spesialisthelsetjenester mv. ....                                | 93         |
| Kap. 2751 Legemidler mv. ....  | 97         |
| Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling .....                                   | 99         |
| Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv. ....                               | 101        |
| Kap 2790 Andre helsetiltak .....   | 104        |
| Oversikt over bevilgningsforslag .....                                     | 104        |
| <b>Forslag fra mindretall .....</b>  | <b>107</b> |
| Rammeområde 15 .....   | 107        |
| Rammeområde 16 .....   | 110        |
| <b>Komiteens tilråding .....</b>   | <b>116</b> |
| Rammeområde 15 .....   | 117        |
| Rammeområde 16 .....   | 120        |



# Budsjett-innst. S. nr. 11

(2004-2005)

## Budsjettinnstilling til Stortinget fra sosialkomiteen

St.prp. nr. 1 (2004-2005)

### Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2005, kapitler under Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområdene 15 og 16)

Til Stortinget

Komiteen fremmer i denne innstillingen forslag om bevilgninger på statsbudsjettet for 2005 under de kapitler og poster som er fordelt til komiteen på rammeområdene 15 og 16.

#### RAMMEOMRÅDE 15

##### Regjeringens budsjettforslag

| Kap.                                   | Post | Formål:  | St.prp. nr. 1<br>(2004-2005) |
|--|------|--|------------------------------|
| Utgifter i kroner                      |      |  |                              |
| <i>Arbeids- og sosialdepartementet</i> |      |  |                              |
| <b>600</b>                             |      | <b>Arbeids- og sosialdepartementet (jf. kap. 3600) .....</b>             | <b>116 000 000</b>           |
|  | 1    | Driftsutgifter .....   | 113 200 000                  |
|  | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....    | 2 800 000                    |
| <b>620</b>                             |      | <b>Utredningsvirksomhet, forskning m.m. ....</b>                         | <b>172 300 000</b>           |
|  | 21   | Spesielle driftsutgifter .....   | 83 900 000                   |
|  | 50   | Norges forskningsråd .....   | 88 400 000                   |
| <b>621</b>                             |      | <b>Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet .....</b>          | <b>399 800 000</b>           |
|  | 21   | Spesielle driftsutgifter .....   | 56 500 000                   |
|  | 63   | Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i> .....                 | 121 100 000                  |
|  | 70   | Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i> .....   | 93 800 000                   |
|  | 74   | Tilskudd til pensjonistenes og funksjonshemmedes organisasjoner mv. .... | 128 400 000                  |
| <b>622</b>                             |      | <b>Statens institutt for rusmiddelforskning .....</b>                    | <b>28 500 000</b>            |
|  | 1    | Driftsutgifter .....   | 28 500 000                   |
| <b>660</b>                             |      | <b>Krigspensjon .....</b>  | <b>870 000 000</b>           |
|  | 70   | Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i> .....                     | 255 000 000                  |
|  | 71   | Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i> .....                       | 615 000 000                  |
| <i>Folketrygden</i>                    |      |  |                              |
| <b>2600</b>                            |      | <b>Trygdeetaten .....</b>  | <b>5 112 000 000</b>         |
|  | 1    | Driftsutgifter .....   | 4 946 000 000                |
|  | 21   | Spesielle driftsutgifter .....   | 14 800 000                   |
|  | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....    | 147 600 000                  |
|  | 70   | Tilskudd .....   | 3 600 000                    |

| Kap.        | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1<br>(2004-2005) |
|-------------|------|---|------------------------------|
| <b>2603</b> |      | <b>Trygderetten .....</b>   | <b>50 200 000</b>            |
|             | 1    | Driftsutgifter .....  | 48 100 000                   |
|             | 21   | Klagenemnd for utenlandsbehandling .....  | 2 100 000                    |
| <b>2650</b> |      | <b>Sykepenger .....</b>   | <b>30 929 100 000</b>        |
|             | 70   | Sykepenger for arbeidstakere mv., <i>overslagsbevilgning</i> .....              | 27 095 000 000               |
|             | 71   | Sykepenger for selvstendige, <i>overslagsbevilgning</i> .....                   | 1 850 000 000                |
|             | 72   | Omsorgs- og pleiepenges ved barns sykdom m.m., <i>overslagsbevilgning</i> ..... | 395 000 000                  |
|             | 73   | Tilretteleggingstilskudd, <i>kan overføres</i> .....                            | 96 400 000                   |
|             | 74   | Refusjon bedriftshelsetjenester .....   | 22 700 000                   |
|             | 75   | Feriepenges av sykepenges, <i>overslagsbevilgning</i> .....                     | 1 470 000 000                |
| <b>2652</b> |      | <b>Medisinsk rehabilitering mv .....</b>  | <b>8 890 000 000</b>         |
|             | 70   | Rehabiliteringspenges, <i>overslagsbevilgning</i> .....                         | 8 580 000 000                |
|             | 71   | Legeerklæringer .....   | 310 000 000                  |
| <b>2655</b> |      | <b>Uførhet .....</b>  | <b>45 272 000 000</b>        |
|             | 70   | Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                  | 16 919 000 000               |
|             | 71   | Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                               | 24 678 000 000               |
|             | 72   | Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                   | 1 390 000 000                |
|             | 73   | Foreløpig uførepensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                        | 250 000 000                  |
|             | 74   | Tidsbegrenset uførestønads, <i>overslagsbevilgning</i> .....                    | 1 860 000 000                |
|             | 75   | Menerstatning ved yrkesskade, <i>overslagsbevilgning</i> .....                  | 105 000 000                  |
|             | 76   | Yrkesskadetrygd gml. lovgivning, <i>overslagsbevilgning</i> .....               | 70 000 000                   |
| <b>2661</b> |      | <b>Grunn- og hjelpestønads, hjelpemidler mv .....</b>                           | <b>8 076 900 000</b>         |
|             | 70   | Grunnstønads, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                  | 1 490 000 000                |
|             | 71   | Hjelpestønads, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                 | 1 579 600 000                |
|             | 73   | Hjelpemidler mv. under arbeid og utdanning .....                                | 149 000 000                  |
|             | 74   | Tilskudd til biler .....  | 985 000 000                  |
|             | 75   | Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler .....                                   | 2 721 000 000                |
|             | 76   | Bedring av funksjonsevnen, andre formål .....                                   | 77 300 000                   |
|             | 77   | Ortopediske hjelpemidler .....  | 655 000 000                  |
|             | 78   | Høreapparater .....   | 420 000 000                  |
| <b>2670</b> |      | <b>Alderdom .....</b>   | <b>83 585 000 000</b>        |
|             | 70   | Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                  | 32 995 000 000               |
|             | 71   | Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                               | 45 615 000 000               |
|             | 72   | Ventetilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                 | 105 000 000                  |
|             | 73   | Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                   | 4 870 000 000                |
| <b>2680</b> |      | <b>Etterlatte .....</b>   | <b>2 320 000 000</b>         |
|             | 70   | Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                  | 1 207 000 000                |
|             | 71   | Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                               | 1 034 000 000                |
|             | 72   | Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                   | 62 000 000                   |
|             | 74   | Utdanningsstønads .....   | 2 500 000                    |
|             | 75   | Stønads til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i> .....                       | 14 500 000                   |
| <b>2683</b> |      | <b>Stønads til enslig mor eller far (jf. kap. 5701) .....</b>                   | <b>4 112 500 000</b>         |
|             | 70   | Overgangsstønads, <i>overslagsbevilgning</i> .....                              | 2 300 000 000                |
|             | 72   | Stønads til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i> .....                       | 612 000 000                  |
|             | 73   | Utdanningsstønads .....   | 85 000 000                   |
|             | 75   | Stønads til flytting for å komme i arbeid .....                                 | 500 000                      |
|             | 76   | Forskuttering av underholdsbidrag .....   | 1 115 000 000                |
| <b>2686</b> |      | <b>Gravferdsstønads .....</b>   | <b>110 000 000</b>           |
|             | 70   | Gravferdsstønads, <i>overslagsbevilgning</i> .....                              | 110 000 000                  |
| <b>2690</b> |      | <b>Diverse utgifter .....</b>   | <b>189 000 000</b>           |
|             | 70   | Sykestønadsutgifter i utlandet .....  | 130 000 000                  |
|             | 77   | Pasienter fra gjensidighetsland .....   | 59 000 000                   |
|             |      | <b>Sum utgifter .....</b>   | <b>190 233 300 000</b>       |



| Kap.                                  | Post | Formål:  | St.prp. nr. 1<br>(2004-2005) |
|---------------------------------------|------|--|------------------------------|
| <b>Inntekter i kroner</b>             |      |  |                              |
| <i>Inntekter under departementene</i> |      |  |                              |
| <b>3622</b>                           |      | <b>Statens institutt for rusmiddelforskning .....</b>    | <b>500 000</b>               |
|                                       | 2    | Oppdragsinntekter .....                                  | 500 000                      |
| <i>Folketrygden</i>                   |      |  |                              |
| <b>5701</b>                           |      | <b>Diverse inntekter .....</b>                           | <b>1 943 100 000</b>         |
|                                       | 1    | Administrasjonsvederlag .....                            | 29 100 000                   |
|                                       | 2    | Diverse inntekter .....                                  | 175 000 000                  |
|                                       | 3    | Hjelpemiddelsentraler m.m. ....                          | 55 000 000                   |
|                                       | 6    | Gebyrinntekter ved fastsettelse av bidrag .....          | 15 000 000                   |
|                                       | 7    | Administrasjonsvederlag fra regionale helseforetak ..... | 88 300 000                   |
|                                       | 71   | Refusjon ved yrkesskade .....                            | 967 200 000                  |
|                                       | 73   | Refusjon fra bidragspliktige .....                       | 545 000 000                  |
|                                       | 74   | Refusjon medisinsk behandling .....                      | 2 100 000                    |
|                                       | 75   | Refusjon overskytende bidrag .....                       | 26 400 000                   |
|                                       | 80   | Renter .....   | 40 000 000                   |
|                                       |      | <b>Sum inntekter .....</b>                               | <b>1 943 600 000</b>         |
|                                       |      | <b>Netto .....</b>                                       | <b>188 289 700 000</b>       |

### Stortingets vedtak om budsjetttramme 15

Ved vedtak i Stortinget 25. november 2004 er netto utgiftsramme for rammeområde 15 fastsatt til 186 415 700 000 kroner.

#### Generelt

Arbeids- og sosialdepartementets samlede budsjettforslag for 2005 er på 221,8 mrd. kroner. Folketrygdens utgifter på 210,6 mrd. kroner utgjør om lag 95 prosent av de samlede utgiftene på departementets budsjett.

Budsjettforslaget innebærer en samlet vekst i utgiftene på i overkant av 11,5 mrd. kroner målt i løpende priser, eller 5,5 prosent sammenlignet med saldert budsjett for 2004. Av dette utgjør virkningen av pensjonsreguleringen per 1. mai 2004 nærmere 5 mrd. kroner og antatt lønns- og prisvekst vel 2 mrd. kroner. Korrigert for dette blir realveksten på om lag 4,5 mrd. kroner eller vel 2 prosent fra saldert budsjett 2004 til forslag for 2005.

#### Generelle merknader fra Høyre og Kristelig Folkeparti

Komiteens medlemmer fra Høyre, Beate Heieren Hundhammer, Bent Høie og Elisabeth Røbekk Nørve, og fra Kristelig Folkeparti, Åse Gunhild Woie Duesund og Per Steinar Osmundnes, slutter seg til Regjeringens verdigrunnlag for sosialpolitikken. Målet for sosialpolitikken er å sikre trygghet for enkeltmennesket, skape nye muligheter for mennesker som har falt utenfor, og å legge til rette for aktivitet og deltakelse for alle. Sosialpolitikken skal bygge på folks naturlige ønske om selvforsørgelse og legge til rette for

at flest mulig kan forsørge seg selv og sine gjennom arbeid og egen inntekt.

Disse medlemmer har merket seg at folketrygdens utgifter øker med 11 mrd. kroner i løpet av 2005, hvilket i hovedsak skyldes økte utbetalinger til alderspensjon, rehabilitering og uførepensjon. Prognosene viser en bekymringsfull økning i antall nye uførepensjonister og en økende andel funksjonshemmede utenfor arbeidslivet. Samtidig viser befolkningsfremskrivningene at det vil være stadig færre yrkesaktive som må bære utgiftene til stadig flere som har trygdeytelser som sin hovedinntektskilde. Disse medlemmer deler Regjeringens vurdering om at en sosialpolitisk kursendring er nødvendig for å sikre et bærekraftig velferdssystem som gir trygghet også for fremtidige generasjoners velferd. Disse medlemmer er tilfreds med at Regjeringen satser på arbeid for et mer inkluderende arbeidsliv for alle. Disse medlemmer støtter opp om intensjonene om et inkluderende arbeidsliv. Videre er disse medlemmer tilfreds med at Regjeringen har innført en ordning med tidsbegrenset uførestønad som legger til rette for tilbakeføring til arbeid for de som har restarbeidsevne. Arbeidet med fornyelse og samordning av velferdsetatene vurderes også som viktige tiltak for å nå målet om flere i arbeid og færre på trygd.

Disse medlemmer merker seg at Regjeringen i budsjettforslaget for 2005 trapper opp innsatsen mot fattigdom. Det foreslås bevilget 1,2 mrd. kroner til dette formålet, hvilket er en økning på 255 mill. kroner i forhold til budsjettet for 2004. Disse medlemmer viser til at satsingen på brede velferdsordninger for alle ikke har avskaffet dagens nyfattigdom, og er derfor tilfreds med at Regjeringens fattigdomsbekjempelse baseres også på målrettede tiltak for de som trenger dem mest.

Videre fremgår det av budsjettforslaget at Regjeringen viderefører prioriteringen av arbeidet mot rusproblemer, både i form av forebyggende tiltak, behandlingstilbud og skadereduksjon. Disse medlemmer er tilfreds med at tiltakene særlig rettes mot de tyngste rusmiddelmissbrukerne. Innsatsen omfatter behandlings- og oppfølgingstilbud og øremerking av plasser i arbeidsmarkedstiltak for denne gruppen. Det fremgår også av Helse- og omsorgsdepartementets budsjettforslag at bevilgningene til legemiddelassistert rehabilitering økes med sikte på å avvikle køene til slik behandling, og at kommunene får økte ressurser til oppfølging av rusmiddelmissbrukere i nærmiljøet.

Disse medlemmer viser til Regjeringens arbeid overfor personer med nedsatt funksjonsevne og har merket seg at Regjeringen vil styrke tiltakene overfor denne gruppen med 85 mill. kroner. Disse medlemmer er glad for at tiltakene rettes inn mot å få flere mennesker med nedsatt funksjonsevne i arbeid.

Disse medlemmer har merket seg at Regjeringen ønsker å gjøre mer for å få flere uførepensjonister tilbake i arbeid, og at man i den sammenheng foreslår en ny ordning der uførepensjonen i en lengre periode kan nyttes som et tilskudd til arbeidsgivere som ansetter uførepensjonister. Uførepensjonisten vil motta lønn fra arbeidsgiver på vanlig måte. Tiltaket understreker Regjeringens mål om et mer inkluderende samfunn og vil være et viktig bidrag til at flere kan få mulighet til å prøve seg i arbeidslivet.

#### **Generelle merknader fra Arbeiderpartiet**

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Bjarne Håkon Hanssen, Britt Hildeng, Asmund Kristoffersen og Gunn Olsen, understreker at den samlede politikken må ha som mål å ikke skape flere fattige. Kampen for økonomisk og sosial rettferdighet må også innebære en kraftig innsats for å unngå økte inntektsforskjeller. Skattepolitikken er det viktigste redskap for å sikre rettferdig fordeling. Omfordeling mellom de med størst kapitalinntekter og de med lave lønninger og trygder må skje ved utvikling av et mer rettferdig skattesystem.

Jobb nr. 1 er å sikre at ikke flere faller ut av arbeidslivet og innsatsen for å få alle mennesker som kan bidra, inn på arbeidsmarkedet. Retten til arbeid og inntekt er den beste sikring mot nye fattige.

Disse medlemmer må derfor på det sterkeste advare mot å svekke arbeidet med inkluderende arbeidsliv. Et brudd på IA-avtalen må avvises. Når Regjeringen opptrer som en uforutsigbar avtalepart, skaper det i tillegg generell uttrygghet. En overvelting av utgifter på bedriftene svekker konkurransevnen og øker utgiftene til fellesskapets tjenester. Sammen med for små bevilgninger til helseforetak og kommuner innebærer dette at det blir mindre å bruke på alle som trenger behandling og omsorg. Disse medlemmer vil ikke svekke sykelønnsordningen fordi det kan føre til at virksomheter vil vegre seg for å tilsette medarbeidere med sykefraværssisiko. Det kan resultere i et mindre inkluderende arbeidsliv og tøffere oppsigelsespraksis. Slike tiltak motvirker IA-avtalens hovedmål.

Det offentlige skal sikre befolkningen tilgang på grunnleggende velferdsgoder. Ved å sørge for inntekts-sikring i folketrygden hindres dårlige levekår. De som over år ikke kan delta i arbeidslivet grunnet helsesvikt, må sikres et trygdenivå det er mulig å leve av, og som gir mulighet for akseptable oppvekstvilkår for barn. Disse medlemmer viser til at det i de senere år er foretatt flere vesentlige endringer i trygdelovgivningen. Dette gjelder uføretrygd, ytelser under medisinsk rehabilitering, yrkesrettet attføring, dagpenger under arbeidsløshet og oppfølging av sykemeldte. Mange brukere av disse trygdeytelsene gir beskrivelse av en rigid saksbehandling fra trygdeetaten, og mange synes å falle mellom flere stoler, noe som resulterer i at mennesker står uten trygdeytelser og uten inntekt og blir henvist til sosialkontorene. Mye tyder på at de grensdragningene som er gjort, har ført til utilsiktede virkninger og resulter i at flere mennesker i en vanskelig livssituasjon uten sikring av inntekt blir kasteballer mellom etatene. Disse medlemmer finner det derfor nødvendig å understreke at det overordnede målet for folketrygden er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt ved sykdom og uførhet. Uten en viss økonomisk sikring er det heller ikke mulig å mobilisere for krevende rehabiliteringsforløp for å komme i arbeid etter sykdom.

Disse medlemmer advarer mot økt skatt på sykdom i form av økte egenandeler. Snevre skjermingsordninger skaper økonomiske problemer for de med ytterst små pensjoner. De som allerede sliter med trang økonomi og store utgifter til sykdom, rammes. Flere trygdemottakere må søke ytelser fra sosialkontoret. En slik politikk fører til dårlig ivaretagelse av den enkelte og uhensiktsmessig bruk av ressurser.

Disse medlemmer finner ikke å kunne foreta en forsvarlig omprioritering innen den budsjetttramme flertallet har bevilget til sosialformål i Stortingets vedtak om budsjetttramme 15, og viser til Arbeiderpartiets forslag i Budsjett-innst. S. I (2004-2005).

#### **Generelle merknader fra Fremskrittspartiet**

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, lederen John I. Alveim og Harald T. Nesvik, anser den sosiale profilen i St.prp. nr. 1 (2004-2005) for å være lite tilfredsstillende. Både i Arbeids- og sosialdepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets utkast til statsbudsjett 2005 er det etter disse medlemmers syn foretatt kutt og nedprioriteringer av brukergrupper som ikke er akseptable med utgangspunkt i den økonomiske situasjon landet befinner seg i.

Disse medlemmer vil peke på nødvendigheten av å øke innsatsen i sykehjemmene. De fleste sykehjem har for lav legedekning, og det er svært problematisk at pasienter i sykehjem har vanskelig for å oppnå regelmessig tilsyn av lege. Disse medlemmer er klar over at hovedtyngden av pasientene i norske sykehjem i dag er sterkt pleietrengende og ofte har alvorlige lidelser. Det er, slik disse medlemmer ser det, et sterkt behov for bedre legetjenester for å unngå feilbehandling og feilmedisinering og for en høyere pleiefak-

tor for å sikre forsvarlige arbeidsforhold og tilstrekkelig omsorg. I dagens situasjon er de som får en plass i sykehjem, betydelige mer pleietrengende enn tidligere, og det er påkrevd med høyere bemanning for å kunne dekke pasientenes basisbehov og sørge for tilstrekkelig og verdig omsorg.

Disse medlemmer mener det også er nødvendig å påpeke at det fremdeles er altfor mange pasienter som venter på sykehjemsplass, og kapasiteten må økes ytterligere. Forholdet mellom antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger speiler fremdeles, selv etter Handlingsplanen for eldreomsorgen, ikke det reelle behovet slik situasjonen er i dag.

Disse medlemmer vil også peke på at flere kommuner igjen har begynt å legge pasienter i sykehjem i dobbelt- og flersengsrom. Dette er ikke akseptabelt, og disse medlemmer vil komme tilbake til denne situasjonen ved behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett våren 2005.

Disse medlemmer mener det er nødvendig å styrke innsatsen overfor funksjonshemmede og pensjonisters organisasjoner. Disse representerer grupper som ofte ikke har samme mulighet som yngre og funksjonsfriske til å ivareta sin tarv. Organisasjonene gjør en betydelig samfunnsnyttig innsats som disse medlemmer mener bør styrkes ytterligere. Dersom nye frivillige organisasjoner ønsker å bidra til samfunnsnyttig sosialt arbeid overfor svake grupper, må dette ikke føre til at andre, allerede etablerte hjelpetiltak får dårligere betingelser for sin innsats.

Det er etter disse medlemmers mening i dag altfor mange personer og grupper i vårt land som mangler muligheter til en verdig tilværelse, og som er avhengige av ytelse fra det offentlige. Dette er et paradoks i dagens Norge, der det å være et rikt land er blitt en begrensning i arbeidet for å hjelpe de mange som trenger hjelp.

Disse medlemmer mener at den økonomiske utviklingen for pensjonistene fremdeles ikke er i takt med lønnsutviklingen, slik Stortinget har vedtatt. Disse medlemmer vil også signalisere at når den opptrappingsplanen for gifte/samboende pensjonisters grunnpensjon som ble vedtatt av regjeringspartiene og Fremskrittspartiet i Stortinget høsten 2002, er gjennomført i 2005, vil disse medlemmer komme til-

bake med forslag om en ytterligere opptrapping mot full grunnpensjon for begge pensjonister. Når det gjelder pensjonssystemet, vil disse medlemmer avvende den bebudede stortingsmelding fra Regjeringen om et nytt pensjonssystem for Norge.

Disse medlemmer vil igjen fremme forslag om å gjeninnføre en generell gravferdsstøtte for å unngå at grupper som ville hatt rett til støtte, ikke får denne fordi det er stigmatiserende å søke, slik ordningen er i dag.

Disse medlemmer viser til endring i lov om folketrygd som reduserte retten til rehabiliteringspenger i mer enn ett år. Disse medlemmer har fått et svært stort antall henvendelser fra personer som er blitt henvist til sosialkontoret fordi regelverket ikke praktiseres på riktig måte. I brev fra Sosialdepartementet til Rikstrygdeverket datert den 28. april 2004, som disse medlemmer har mottatt en kopi av, heter det:

"Det kan ikke aksepteres at personer som fyller vilkårene for andre sykdomsrelaterte ytelse blir henvist til sosialkontoret fordi stønadperioden utløper uten at trygdekontoret har tatt stilling til videre ytelse, med mindre dette skyldes forhold som trygdekontoret ikke har herredømme over."

Dette går også frem av sosialminister Ingjerd Schous svar på skriftlig spørsmål nr. 609 fra stortingsrepresentant Harald T. Nesvik den 21. april 2004.

I merknad som disse medlemmer har sammen med Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) går disse medlemmer imot innføringen av tidsbegrensningen for hvor lenge man kan motta rehabiliteringspenger etter unntaksregelen. Begrunnelsen er som følger:

"Disse medlemmer er også bekymret for at en reduksjon av muligheten til å oppnå medisinsk rehabilitering etter unntaksbestemmelsene kan føre til at flere mister ytelsen for tidlig og henvises til økonomisk sosialhjelp."

Disse medlemmer ser helt klart at nettopp dette har inntruffet. Disse medlemmer fremmer derfor forslag om at regelverket skal tilbakeføres til det innhold det hadde før 1. januar 2004.

Disse medlemmer viser til sitt alternative sosialbudsjett for 2005:

| Kap.                                     | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1 | FrP                             |
|--|------|---|---------------|---------------------------------|
| Utgifter rammeområde 15 (i tusen kroner) |      |   |               |                                 |
| <b>600</b>                               |      | <b>Arbeids- og sosialdepartementet (jf. kap. 3600)</b>    |               |                                 |
|  | 1    | Driftsutgifter  | 113 200       | 103 200<br>(-10 000)<br>(-8,8%) |
| <b>621</b>                               |      | <b>Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet</b> |               |                                 |
|  | 21   | Spesielle driftsutgifter                                  | 56 500        | 46 500<br>(-10 000)<br>(-17,7%) |
|  | 63   | Tilskudd til rusmiddeltiltak                              | 121 100       | 116 100<br>(-5 000)<br>(-4,1%)  |

| Kap.                     | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1      | FrP   |
|--------------------------|------|---|--------------------|---|
|                          | 70   | Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.                          | 93 800             | 103 800<br>(+10 000)<br>(+10,7%)                            |
|                          | 74   | Tilskudd til pensjonistenes og funksjonshemmedes organisasjoner mv. | 128 400            | 138 400<br>(+10 000)<br>(+7,8%)                             |
| <b>622</b>               |      | <b>Statens institutt for rusmiddelforskning</b>                     |                    |   |
|                          | 1    | Driftsutgifter  | 28 500             | 18 500<br>(-10 000)<br>(-35,1%)                             |
| <b>2600</b>              |      | <b>Trygdeetaten</b>   |                    |   |
|                          | 1    | Driftsutgifter  | 4 946 000          | 4 936 000<br>(-10 000)<br>(-0,2%)                           |
| <b>2650</b>              |      | <b>Sykepenger</b>   |                    |   |
|                          | 70   | Sykepenger for arbeidstakere mv.                                    | 27 095 000         | 24 969 000<br>(-2 126 000)<br>(-7,8%)                       |
|                          | 71   | Sykepenger for selvstendige   | 1 850 000          | 1 800 000<br>(-50 000)<br>(-2,7%)                           |
| <b>2661</b>              |      | <b>Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.</b>                     |                    |   |
|                          | 73   | Hjelpemidler mv. under arbeid og utdanning                          | 149 000            | 165 000<br>(+16 000)<br>(+10,7%)                            |
| <b>2683</b>              |      | <b>Stønad til enslig mor eller far (jf. kap. 5701)</b>              |                    |   |
|                          | 73   | Utdanningsstønad  | 85 000             | 45 000<br>(-40 000)<br>(-47,1%)                             |
| <b>2686</b>              |      | <b>Gravferdsstønad</b>  |                    |   |
|                          | 70   | Gravferdsstønad   | 110 000            | 225 000<br>(+115 000)<br>(+104,5%)                          |
|                          |      | <b>Sum utgifter</b>   | <b>190 233 300</b> | <b>188 123 300</b><br><b>(-2 110 000)</b><br><b>(-1,1%)</b> |
| Inntekter rammeområde 15 |      |   |                    |   |
|                          |      | <b>Sum inntekter</b>  | <b>1 943 600</b>   | <b>1 943 600</b><br><b>(0)</b><br><b>(0%)</b>               |
|                          |      | <b>Netto</b>  | <b>188 289 700</b> | <b>186 179 700</b><br><b>(-2 110 000)</b><br><b>(-1,1%)</b> |

Disse medlemmer viser til det fremforhandlede budsjettforlik mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og slutter seg subsidiært til avtalen om budsjettet for 2005.

#### **Generelle merknader fra Sosialistisk Venstreparti**

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti, Olav Gunnar Ballo og Sigbjørn Mølvik, viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative statsbudsjett for 2005 der partiets primærforslag til statsbudsjett er presentert. Gjennom budsjettssamarbeidet mellom regjeringspartia og Fremskrittspartiet er det inngått forlik om en økonomisk

ramme for sosialbudsjettet som Sosialistisk Venstreparti er uenig i. Disse medlemmer ønsker imidlertid i denne innstillinga å synliggjøre at det er mulig å oppnå et bedre og mer sosialt rettferdig budsjettforslag enn det regjeringspartia og Fremskrittspartiet legger opp til.

En hovedmålsetting for Sosialistisk Venstreparti i den breie økonomiske politikken og i sosialpolitikken er sosial utjevning, mer rettferdig fordeling og bekjempelse av fattigdom i landet vårt.

Disse medlemmer viser gjennom sine prioriteringer på sosialbudsjettet to viktige strategier for å nå dette målet. Den første dreier seg om at flere av dem

som er utafør yrkesdeltakelse på grunn av sykdom, skade eller andre årsaker, skal få muligheten til å komme tilbake til arbeidslivet. Den andre strategien handler om at de ordningene og ytelsene som er oppretta for personer som av ulike årsaker ikke kan forsørge seg sjøl ved eget arbeid, skal være slik at de gir grunnlag for økonomisk trygghet og et verdig liv. Begge disse strategiene er avgjørende for å kunne lykkes med å bekjempe fattigdommen i Norge.

Disse medlemmer er urolige over den økningen i langtids sykefravær vi har sett i norsk arbeidsliv de siste åra. Det er derfor gledelig at en nå kan se tegn til at denne negative utviklinga kan være i ferd med å snu. Disse medlemmer tar dette som et tegn på at intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) begynner å gi positive resultater. Det er derfor avgjørende viktig at alle parter i avtalen forsterker innsatsen for å skape et arbeidsliv som er mindre ekskluderende, og som i større grad gir plass til alle. Tilsvarende avgjørende er det at partene lojalt følger opp forutsetningene i avtalen og ikke skaper usikkerhet om viljen til å overholde denne. Det er derfor svært uheldig at Regjeringa som én av de tre partene i IA-avtalen i statsbudsjettet for 2005 foreslår endringer i sykelønnsordningen til tross for at Regjeringa har forpliktet seg til ikke å foreslå endringer i avtaleperioden. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til forslaget om å utvide arbeidsgivers økonomiske forpliktelser i sykelønnsordningen etter 14 dagers sykemelding. I tillegg til å være et brudd på IA-avtalen vil forslaget kunne føre til at arbeidsgivere vil vegre seg for å ansette arbeidstakere som har eller har hatt noen form for sykdom eller yrkeshemming. En slik utvikling vil være i direkte strid med intensjonene i IA-avtalen. Disse medlemmer vil derfor gå imot den foreslåtte endringen i sykepengeordningen.

Som et ledd i en videre satsing og en forsterka innsats for et mer inkluderende arbeidsliv vil disse medlemmer prioritere ressurser til økt bemanning og kompetanseheving i forhold til individuelt tilpassa arbeidsretta rehabilitering. Dette må gjøres ved blant annet å styrke de 19 arbeidslivssentrene i hvert fylke som er oppretta i forbindelse med IA-avtalen. Disse sentrene trenger fortsatt både mer bemanning og mer kompetanse for å kunne gi en optimal effekt i bestrebelsene på å redusere sykefraværet. Ved en økt innsats på dette området vil man kunne få flere tilbake til arbeid og dermed spare penger ved en reduksjon i sykefraværet. Disse medlemmer har all grunn til å tro at dette fører til en ytterligere nedgang i antallet personer som vil ha behov for sykelønn og andre sykdomsrelaterte ytelser.

Disse medlemmer er særlig bekymra over det store og til dels økende sykefraværet i kommunene, spesielt blant ansatte i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Det er all grunn til å anta at en for lav grunnbemanning i disse yrkene fører til en høy arbeidsbelastning og en stressende arbeidshverdag som igjen resulterer i sykdom og langtids sykemeldinger. En hovedårsak til en gjennomgående lav grunnbemanning i denne sektoren er kommunenes stramme økono-

miske situasjon. Dette er en situasjon som har vart over flere år, og som har forverra seg betydelig de siste åra. Disse medlemmer viser til at Sosialistisk Venstreparti gjennom flere år har foreslått betydelige økninger i kommunenes frie inntekter. I statsbudsjettet for 2005 vil Sosialistisk Venstreparti foreslå å øke kommunenes inntekter med til sammen 6,5 mrd. kroner. Denne forbedringen i kommunenes økonomi vil, slik disse medlemmer ser det, skape grunnlag for å gi ansatte bl.a. i pleie- og omsorgssektoren bedre arbeidsforhold og mindre yrkesmessige belastninger gjennom en høyere bemanning. Dette vil på sikt kunne føre til færre belastningsskader og sykmeldinger og dermed gi innsparinger i sykepengeutgiftene.

Disse medlemmer vil peke på at de økonomiske og sosiale forskjellene i Norge har økt år for år gjennom en lang periode. Regjeringas økonomiske politikk bidrar til å forsterke en utvikling der de rike blir rikere og flere blir fattige. Ett av de viktigste tiltakene for å hindre at fattigdom oppstår, er å sørge for at alle som ønsker det og kan klare det, får delta i arbeidslivet. Disse medlemmer vil derfor gi høyeste prioritet til aktive tiltak for å sørge for at flere får arbeid. Det vil likevel være slik at noen av ulike grunner vil være avhengig av økonomisk støtte fra det offentlige for å klare seg – enten i en avgrensa periode eller permanent. Disse medlemmer er derfor sterkt opptatt av at de offentlige ytelsene skal være på et nivå som sikrer dem som er avhengige av disse, et trygt økonomisk fundament og et godt grunnlag for et verdig liv. Mye tyder på at mange som lever på minsteytelsene i folketrygden, sliter tungt økonomisk, og flere og flere av disse blir tvunget til å ty til økonomisk sosialhjelp for å klare seg. Det er derfor grunn til å gå nøye gjennom trygdeytelsene og sosialytelsene med sikte på å sørge for at disse ligger på et riktig nivå. Det vil være rimelig at SIFOs levekostnadsberegninger er med og danner utgangspunktet for dette arbeidet.

Endringer i regelverket for attføring, rehabiliteringspenger og innføring av tidsbegrensa uførestønad har ført til at stønadmottakere som forsørger barn, kommer dårligere ut økonomisk enn tidligere. Disse medlemmer mener det er uakseptabelt at barn skal rammes spesielt hardt av innstrammingene i regelverket. Disse medlemmer vil derfor foreslå at barnetillegget i ytelsene knytta til attføring, rehabilitering og midlertidig uførestønad settes til samme nivå som for mottakere av ordinær uføretrygd fra 1. juli 2005.

Disse medlemmer viser til at stortingsflertallet i forbindelse med behandlinga av statsbudsjettet for 2004 vedtok å avgrense retten til å kunne motta rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelsene til 52 uker. Ordningen med rehabiliteringspenger har til formål å hjelpe mennesker tilbake til arbeidslivet. For noen av disse vil det av ulike årsaker ta lengre tid enn for andre å nå dette målet. Dersom målsettingen er å føre flest mulig tilbake til arbeidslivet, er det etter disse medlemmers mening, svært lite hensiktsmessig å gjøre ordningen mindre smidig og fleksibel for dem som trenger den. Disse medlemmer viser videre til at Sosialistisk Venstreparti advarte mot denne innskren-

kinga i retten til å motta rehabiliteringspenger i frykt for at dette ville føre til at mange for tidlig overføres fra rehabilitering til yrkesretta attføring med fare for å måtte falle tilbake på rehabilitering på grunn av sykdom. Det ble også fra Sosialistisk Venstrepartis side gitt uttrykk for bekymring for at innskrenkinga kunne føre til at flere mister ytelsen for tidlig og henvises til økonomisk sosialhjelp. Erfaringene etter at lovendringen trådte i kraft, viser at mange har havna i en svært vanskelig situasjon både medisinsk og økonomisk. Disse medlemmer vil derfor foreslå at det igjen blir anledning til å motta rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelsene også utover 52 uker. Disse medlemmer viser for øvrig til forslag fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet (Dokument nr.8:6 (2004-2005)) som er til behandling i Stortinget.

Disse medlemmer vil:

- foreslå økt bemanning og kompetanse ved trygdeetatens arbeidslivssentre,
- gå imot Regjeringas forslag om arbeidsgivers andel av sykelønna etter 14 dager,
- foreslå at retten til å motta rehabiliteringspenger utover 52 uker etter unntaksbestemmelsene gjeninnføres,
- foreslå at barnetillegget i ytelsene knytta til attføring, rehabilitering og midlertidig uførestønad likestilles med barnetillegget i ordinær uføretrygd fra 1. juli 2005,
- foreslå at det settes ned et utvalg for å gjennomgå nivået på trygde- og sosialhjelpsytelsene med utgangspunkt i SIFOs levekostnadsberegninger.

Disse medlemmer viser til sitt alternative sosialbudsjett for 2005:

| Kap.                                      | Post | Formål:  | St.prp. nr. 1      | SV  |
|---|------|--|--------------------|---|
| Utgifter rammeområde 15 (i tusen kroner)  |      |  |                    |   |
| <b>600</b>                                |      | <b>Arbeids- og sosialdepartementet (jf. kap. 3600)</b> |                    |   |
|   | 1    | Driftsutgifter   | 113 200            | 93 200<br>(-20 000)                       |
| <b>2600</b>                               |      | <b>Trygdeetaten</b>                                    |                    |   |
|   | 1    | Driftsutgifter   | 4 946 000          | 4 996 000<br>(+50 000)                    |
| <b>2650</b>                               |      | <b>Sykepenger</b>                                      |                    |   |
|   | 70   | Sykepenger for arbeidstakere mv.                       | 27 095 000         | 25 270 000<br>(-1 825 000)                |
| <b>2652</b>                               |      | <b>Medisinsk rehabilitering mv.</b>                    |                    |   |
|   | 70   | Rehabiliteringspenger                                  | 8 580 000          | 8 948 500<br>(+368 500)                   |
| <b>2655</b>                               |      | <b>Uførhet</b>   |                    |   |
|   | 74   | Tidsbegrenset uførestønad                              | 1 860 000          | 1 879 000<br>(+19 000)                    |
| <b>Sum utgifter</b>                       |      |  | <b>190 233 300</b> | <b>188 825 800</b><br><b>(-1 407 500)</b> |
| Inntekter rammeområde 15 (i tusen kroner) |      |  |                    |   |
| <b>Sum inntekter</b>                      |      |  | <b>1 943 600</b>   | <b>1 943 600</b><br><b>(0)</b>            |
| <b>Netto</b>                              |      |  | <b>188 289 700</b> | <b>186 882 200</b><br><b>(-1 407 500)</b> |

### **Generelle merknader fra Senterpartiet**

Komiteens medlem fra Senterpartiet, Ola D. Gløtvold, viser til Senterpartiets alternative budsjett med forslag om å bevilge 188 564,7 mill. kroner, som er 2 149 mill. kroner mer enn den vedtatte budsjetttrammen, på rammeområde 15. Dette medlem er uenig med flertallet i deres prioritering av sosialpolitikk og finner derfor ikke å kunne foreta en forsvarlig omprioritering innen den budsjetttrammen som foreligger. Dette medlem viser derfor til Senterpartiets alternative statsbudsjett og budsjetttramme.

Dette medlem mener arbeid er et grunnleggende gode som skaper økonomisk trygghet og motvirker fat-

tigdom og sykdom. Det er et faktum at under Bondevik II-regjeringen har ledigheten vært stigende, og at innsatsen for arbeid for alle derfor må intensiveres. Dette medlem vil peke på at med Senterpartiets alternative budsjett vil 10 100 personer kunne settes i arbeid, jf. analyse utført av Statistisk sentralbyrå.

Dette medlem vil peke på de økte forskjeller i landet vårt som er avdekket i de senere år. På tross av dette kan dette medlem ikke se at Regjeringen tar den økende fattigdomsproblematikken på alvor, og viser til at flere av forslagene i statsbudsjettet virker fattigdomsfremmende og har en usosial profil.

Dette medlem vil understreke at en økonomisk utjamning og trygg økonomi uavhengig av sykdom og uførhet er nødvendig for å komme i inngrep med fattigdom og sosial ulikhet. Som en konsekvens av dette må det sikres velferdsordninger som fanger opp alle som rammes av sykdom og uførhet.

Dette medlem mener det er bruk for alle både i arbeidslivet og innen frivilligheten. Dette medlem legger vekt på at omsorg og omtanke for svakstilte er en selvfølge, og den enkelte skal trygges ved sykdom, arbeidsløshet, uførhet og alderdom. Dette medlem er uenig i at det er de syke og svakest stilte i samfunnet som blant annet ved økte egenandeler skal finansiere økte utgifter i statsbudsjettet. Spesielt usosialt blir dette når man pålegger økte egenandeler på sykdom og uførhet som en økt skattebyrde, for så i samme budsjettforslag å senke skattenivået for de som har de høyeste inntektene.

Dette medlem er videre bekymret for at antallet sykmeldte, uføretrygdede og førtidspensjonerte har økt betydelig de siste årene. Dette medlem mener at arbeidsbelastningen for mange som er i arbeid, er svært stor, og at dette bidrar til å øke sykefraværet. Dette medlem har tro på at satsingen på et inkluderende arbeidsliv vil motvirke dette. Regjeringen foreslår endring av sykelønnsordningen i strid med avtalen om inkluderende arbeidsliv. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative budsjett hvor det foreslås å oppheve de endringene som Regjeringen har foreslått.

Dette medlem mener også det er nødvendig at det i omsorgssektoren settes inn mer personale slik at en belastende arbeidssituasjon for personalet bedres, og slik at de som har behov for behandling, omsorg og pleie, får det på en tilfredsstillende og god måte. Dette medlem vil imidlertid understreke at en slik positiv utvikling er avhengig av en annen forståelse og

prioritering enn det man i dag ser fra Regjeringen når det gjelder offentlig virksomhet og offentlig økonomi.

Dette medlem vil videre understreke behovet for samarbeid og samhandling mellom det offentlige og frivillige. Som pådriver, tilrettelegger og premissleverandør ser dette medlem at frivillige organisasjoner er en helt nødvendig partner for det offentlige og som støtte for enkeltpersoner og pårørende. Derfor vil dette medlem øke bevilgninger til både de funksjonshemmede og pensjonistenes organisasjoner slik at de kan utføre sitt arbeid.

Dette medlem viser til Senterpartiets alternative budsjett hvor det er lagt inn 230 mill. kroner til medisinsk rehabilitering. Dette vil sørge for at folk kan få rehabiliteringspenger utover ett år slik slik reglene var før, og dermed vil mange unngå å bli henvist til sosialhjelp mens de ennå er for syke til å kunne gå tilbake til arbeid. Dette medlem viser i den sammenheng til Dokument nr. 8:6 (2004-2005) fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo, Sigbjørn Molvik og Ola D. Gløtvold.

Dette medlem viser til partiets alternative budsjett hvor dette medlem vil:

- foreslå mer midler til pensjonist- og brukerorganisasjonene,
- foreslå mer til frivillig rusforebyggende arbeid,
- gjøre at flere får rehabiliteringspenger utover 52 uker,
- gi mer støtte til bildetelefoner for blinde, hørselshemmede og døve,
- gi større mulighet for stønad til hjelpemidler til personer over 26 år,
- reversere endringsforslaget i avtalen for et inkluderende arbeidsliv.

Dette medlem viser til sitt alternative sosialbudsjett for 2005:

| Kap.                                      | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1      | Sp                                      |
|---|------|---|--------------------|---|
| Utgifter rammeområde 15 (i tusen kroner)  |      |   |                    |   |
| <b>621</b>                                |      | <b>Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet</b>           |                    |   |
|   | 70   | Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.                          | 93 800             | 98 800<br>(+ 5 000)                     |
|   | 74   | Tilskudd til pensjonistenes og funksjonshemmedes organisasjoner mv. | 128 400            | 143 400<br>(+15 000)                    |
| <b>2652</b>                               |      | <b>Medisinsk rehabilitering mv.</b>                                 |                    |   |
|   | 70   | Rehabiliteringspenger   | 8 580 000          | 8 810 000<br>(+230 000)                 |
| <b>2661</b>                               |      | <b>Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.</b>                     |                    |   |
|   | 73   | Hjelpemidler mv. under arbeid og utdanning                          | 149 000            | 159 000<br>(+10 000)                    |
|   | 75   | Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler                             | 2 721 000          | 2 736 000<br>(+15 000)                  |
| <b>2670</b>                               |      | <b>Alderdom</b>   |                    |   |
|   |      | <b>Sum utgifter</b>   | <b>190 233 300</b> | <b>190 508 300</b><br><b>(+275 000)</b> |
| Inntekter rammeområde 15 (i tusen kroner) |      |   |                    |   |
|   |      | <b>Sum inntekter</b>  | <b>1 943 600</b>   | <b>1 943 600</b><br><b>(0)</b>          |
|   |      | <b>Netto</b>  | <b>188 289 700</b> | <b>188 564 700</b><br><b>(+275 000)</b> |

### **Merknader til de enkelte kapitler**

Til de kapitler som ikke er omtalt nedenfor, har komiteen ingen merknader og slutter seg til de framlagte budsjettforslag.

#### **Kap. 600 Arbeids- og sosialdepartementet**

Det foreslås bevilget 116 mill. kroner for 2005 mot 75,7 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av St.prp. nr. 83 (2003-2004) er bevilgningen for 2004 86,6 mill. kroner. Det er overført 3,8 mill. kroner fra 2003 til 2004. Departementet er blitt tilført enheter som tidligere var i Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet.

Komiteen viser til at Arbeids- og sosialdepartementet er opprettet fra 1. oktober 2004 og er for tiden under organisering. Departementet er sammensatt av tre avdelinger fra Sosialdepartementet, Administrasjons- og budsjettavdelingen, Sosialpolitisk avdeling og Trygdeavdelingen; to avdelinger, Arbeidsavdelingen og Arbeidsmiljø- og sikkerhetsavdelingen samt inntektspolitisk stab fra det tidligere Arbeids- og administrasjonsdepartementet, samt tariffseksjonen fra Kommunal- og regionaldepartementet. I tillegg har det nye departementet ansvaret for prosjektsekretariatet for det pågående samordningsarbeidet av Aetat, trygdeataten og sosialtjenesten. Komiteen ser på omorganiseringen av det tidligere Sosialdepartementet og den utvidelse som nå skjer i organisasjonen, som positiv og fremtidsrettet. At eldreomsorgen er flyttet over fra Sosialdepartementet til Helse- og omsorgsdepartementet, finner komiteen som naturlig og nødvendig, idet pasientene i de offentlige pleieinstitusjonene i dag ofte er blant de mest syke av alle ulike pasientkategorier, og derfor naturlig hører hjemme under tilsyn og ansvar fra helse- og omsorgsministeren.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti viser til at Arbeids- og sosialdepartementets driftsutgifter er foreslått økt med 40,3 mill. kroner fra 2004 til 2005. Disse medlemmer er kjent med at Arbeids- og sosialdepartementet har overtatt noen oppgaver fra det tidligere Arbeids- og administrasjonsdepartementet og fra Kommunal- og regionaldepartementet, men det er også slik at noen av de nåværende Arbeids- og sosialdepartementets oppgaver er overført til Helse- og omsorgsdepartementet. Disse medlemmer mener at økningen i departementets driftsutgifter er svært høy, og vil vise til at utgiftene til administrasjon av de fire nevnte departementene øker med til sammen 88,5 mill. kroner fra 2004 til 2005.

Disse medlemmer mener at det må stilles krav til effektivisering og rasjonalisering også når det gjelder det statlige byråkratiet, spesielt sett i lys av Regjeringas svært strenge krav til effektivisering og omstilling både i kommunal sektor og i statlige virksomheter som driver tjenesteproduksjon. Disse medlemmer vil på denne bakgrunn foreslå at kap. 600 post 1 reduseres med 20 mill. kroner og bevilges med 93,2 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til brev av 20. februar 2004 fra Senter for seniorpolitikk (SSP) til statsministeren, arbeids- og administrasjonsministeren, sosialministeren, de politiske partiene på Stortinget og eierne av "Nasjonalt krafttak for seniorpolitikk" hvor styret i senteret oversendte en rekke seniorpolitiske forslag med anmodning om at de ble vurdert i sammenheng med forslagene fra Pensjonskommisjonen og Arbeidslivslovutvalget.

Under et møte med styrets leder Yngve Haagensen, Direktør Åsmund Lunde og rådgiver Vigdis Andresen i SSP og Fremskrittspartiets stortingsgruppes seniorpolitiske utvalg ble behovet for endrede holdninger i det norske samfunn til behandlingen av eldre arbeidstagere sterkt fremhevet. Tendensene til utstøting av arbeidslivet, sluttpakker, tidligpensjonering av mennesker som selv ønsker å arbeide videre, er samfunnsøkonomisk meget kostbare og medfører også menneskelige lidelser. SSP har påpekt en rekke uheldige bivirkninger av forskjellige lover, regler, pensjonsbestemmelser og trygdeordninger og nevner en rekke utrednings- og vurderingssporsmål i sine forslag til det videre arbeid med seniorpolitikken. Disse medlemmer viser til SSPs meget gode hefter "Fakta om seniorer i arbeidslivet" og "Er seniorer god butikk?" som detaljert beskriver behovet for en bedre og mer helhetlig offentlig seniorpolitikk.

Komiteen er av den oppfatning at en egen stortingsmelding om en offensiv seniorpolitikk nå bør utarbeides for å sette dette viktige området skikkelig på den politiske dagsorden. Utarbeidelse av en seniorpolitikk gjennom en egen stortingsmelding kan trekke med arbeidsgiver- og arbeidstagerorganisasjoner, bedrifter, forskningsmiljøer, utdannings- og kompetansehevende institusjoner, frivillige organisasjoner, pensjonistorganisasjoner og selvsagt Senter for Seniorpolitikk, Seniorsaken og andre. Prosessen med utarbeidelse av en stortingsmelding vil i seg selv kunne bidra til endrede holdninger og øke forståelsen for mer moderne måter å se på eldre arbeidstagere på, som en ressurs både for bedriftene og samfunnet.

På denne bakgrunn vil komiteen fremme følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen iverksette et arbeid med en egen stortingsmelding om seniorpolitikk."

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil understreke at selv om vi har mye og god statistikk i Norge, trenger vi mer kunnskap og studier om tidligpensjonering, utstøting, arbeidstakeres preferanser og etaters og bedrifters atferd overfor og forhold til eldre arbeidstakere.

Flertallet vil påpeke at staten som arbeidsgiver har et ekstra ansvar for realisering av målsettingen om et inkluderende arbeidsliv. Flertallet viser til at andel ansatte over 62 år i departementene har gått ned de siste ti år: I 1992 var det i departementene 240 per-



soner over 62 år av til sammen 3 619 ansatte (hvorav 56 i Utenriksdepartementet). I 2003 var antall ansatte over 62 år sunket til 165 (hvorav 43 i Utenriksdepartementet) til tross for at totalt antall ansatte var økt til 4 054. Holder en Utenriksdepartementet utenom, var andelen ansatte i departementene over 62 år blitt redusert fra 6,1 prosent til 3,6 prosent, jf. opplysninger i Stat og styring nr. 4 2004.

Flertallet er bekymret over denne utviklingen og mener det er grunn til å få en nærmere evaluering av årsakene til dette.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at Regjeringen har fokus på seniorpolitikk og hvilke utfordringer og ressurser som er knyttet til seniorbefolkningen. Hovedmålet for Regjeringen er å styrke seniorbefolkningens deltakelse i arbeidsliv og samfunn og utforme en framtidig politikk som bl.a. er tilpasset endringer i denne gruppens helsesituasjon, ressurser og livsstil. Seniorpolitikken må også omfatte den økende andel av innvandrere i befolkningen. Disse medlemmer er kjent med at etter oppdrag fra departementet vil Statens seniorråd i løpet av juni 2005 legge fram en utredning om dets vurdering av en moderne seniorpolitikk. Utredningen vil fokusere på barrierer som hindrer eldre mennesker i å delta aktivt i samfunnet. Den skal blant annet omhandle eldres situasjon i arbeidslivet, boligforhold, deltakelse i politiske beslutningsprosesser og kulturliv. Disse medlemmer viser videre til St.prp. nr. 1 (2004–2005) fra Helse- og omsorgsdepartementet, hvor det framgår at Regjeringen i løpet av 2005 vil fremme en stortingsmelding om pleie- og omsorgstjenester i en aldrende befolkning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ser det som verdifullt at Senter for seniorpolitikk har satt søkelyset på forhold som særlig berører den eldre delen av befolkningen. Disse medlemmer vil påpeke at eldre, bortsett fra selve alderen, er en uensartet gruppe, der mange er friske, med god økonomi og klarer seg godt selv uten å være i behov av særlige hjelpetiltak. Samtidig utgjør den eldste delen av befolkningen hovedtyngden av de alvorligst syke, og når det gjelder denne gruppen av eldre, kan manglene i tjenestetilbud være til dels betydelige.

Disse medlemmer mener det er behov for å se på målrettede tiltak overfor de eldre som i dag er i særlig behov av dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil vise til disse medlemmers forslag om en minstenorm for tilsynslegevirksomheten ved sykehjem som ledd i å bedre kvaliteten på omsorgstjenesten overfor beboere på sykehjem, som i særlig grad vil være eldre mennesker.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil også påpeke

at en styrking av kommuneøkonomien vil kunne bidra til å styrke tilbudet også til den eldre del av befolkningen, fordi det vil være enklere for kommunene å bygge ut den hjemmebaserte omsorgen og å holde egenandelene for omsorgstilbudet for de eldre nede når kommuneøkonomien styrkes.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at stortingsflertallet med Fremskrittspartiets støtte de siste åra har vedtatt en omfattende omorganisering, nedbemanning og effektivisering av ulike statlige etater som for eksempel Posten og Vegvesenet. Nå foreligger det også lignende forslag når det gjelder Jernbaneverket. Felles for alle disse tiltakene er at det har ført til at mange ansatte er blitt sykemeldt, uføretrygdet, førtidspensjonert eller på annen måte ufrivillig har måttet slutte i jobben. Dette har i stor grad ramma eldre arbeidstakere.

Disse medlemmer mener at en offensiv politikk for å motvirke ulike typer utstøting av arbeidslivet vanskelig kan lykkes dersom staten og andre arbeidsgivere i det offentlige fører denne type arbeidsgiverpolitikk i forhold til sine egne ansatte.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det er viktig med faglig, uavhengig analyse på feltet trygd og mener tidsskriftet "Velferd" ivaretar dette på en god måte. Flertallet ønsker at dette frittstående bladet med over 90 års utgivelse skal sikres fortsatt utgivelse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ber om at det avsettes 1,5 mill. kroner innen departementets budsjett til dette i 2005.

Disse medlemmer ber videre om at bladene "Folket" og "Klar tale" ikke mister sin støtte grunnet omlegging av tilskuddsordningen til publikasjoner i Kultur- og kirkedepartementet.

#### ***Kap. 620 Utredningsvirksomhet, forskning m.m.***

Det foreslås bevilget 172,3 mill. kroner for 2005 mot 111,8 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av Revidert nasjonalbudsjett og St.prp. nr. 83 (2003-2004) er bevilgningen for 2004 190 mill. kroner. For 2005 foreslås det omdisponert midler til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og fra Arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett. Det er overført 3,1 mill. kroner fra 2003 til 2004.

Komiteen viser til at Regjeringen tar sikte på å fremme ny sak til Stortinget våren 2005 om ny organisering av Aetat, trygdeetaten og sosialkontortjenesten. Når ny organisering er klarlagt, er det naturlig med en gjennomgang av lovgivningen med sikte på en omlegging og samordning av tiltaksspekteret og stønadsordningene.

Komiteen mener omleggingen må ha som mål å legge til rette for aktive tiltak istedenfor passiv stønads-mottaking.

Komiteen mener at trygdesystemet bør forenkles, og at minsteytelsene må være på et slikt nivå at det er mulig å leve et verdig liv over tid med slike ytelser. Komiteen er enig i hovedsiktemålet om at det skal legges til rette for og stimuleres til at alle som kan klare det, skal kunne forsørge seg ved eget arbeid. Dette må likevel ikke være til hinder for at de som av ulike årsaker ikke er i stand til dette, skal ha rett til ytelser på et nivå som gir økonomisk trygghet og grunnlag for et verdig liv.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, mener at omleggingen av de økonomiske støtteordningene må bygge på at det skal lønne seg å velge arbeid og aktivitet istedenfor passivitet.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at folketrygden er ment som en trygg og forutsigbar sosialforsikring og et politisk instrument for omfordeling av velferd.

Disse medlemmer ser det også slik at de som av ulike årsaker i kortere eller lengre perioder har behov for økonomisk sosialhjelp, må sikres den samme økonomiske tryggheten. Dette vil være et viktig fundament i arbeidet med å bekjempe fattigdommen i Norge.

Disse medlemmer mener det er mye som tyder på at trygde- og sosialytelsene i mange tilfeller er så lave at de ikke gir den ønska økonomiske tryggheten. Disse medlemmer mener derfor det må settes ned et utvalg som skal se på nivået på trygde- og sosialytelsene med sikte på å styrke disse. Disse medlemmer mener at SIFOs levekostnadsberegninger må være med og danne grunnlaget for dette arbeidet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringa om å sette ned et utvalg for en gjennomgang av nivået på trygde- og sosialytelsene med utgangspunkt i SIFOs levekostnadsberegninger."

### ***Kap. 621 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet***

Det foreslås bevilget 399,8 mill. kroner for 2005 mot 3 121 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av St.prp. nr. 83 (2003-2004) er bevilgningen for 2004 482,6 mill. kroner. For 2005 foreslås det omdisponert midler til kap. 2600, til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, til Kultur- og kirkedepartementets budsjett, til Kommunal- og regionaldepartementets budsjett og fra Kultur- og kirkedepartementets budsjett.

#### **POST 21 SPESIELLE DRIFTSUTGIFTER**

Komiteen er fornøyd med at Regjeringen følger opp Innst. S. nr. 162 (2003-2004), jf. St.meld. nr. 40 (2002-2003), med å bevilge 2 mill. kroner til styrking

av et dokumentasjonssenter som samler inn informasjon og utvikler verktøy for å rapportere om utviklingen når det gjelder situasjonen for personer med nedsatt funksjonsevne.

Komiteen har også merket seg at 4 mill. kroner skal gå til "Familieprosjektet" i regi av lærings- og mestringssentrene rettet mot barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Komiteen mener det er viktig å bedre tilbudet for denne gruppen ved lærings- og mestringssentrene og tror at en satsing over fire år med en kostnadsramme på 16 mill. kroner nettopp kan bidra til dette.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, vil understreke at målet for tjenestetilbudet for familier med barn med nedsatt funksjonsevne er at de skal få tjenester som er koordinert og tilpasset familiens behov, slik at familien blir i stand til å ivareta omsorgen for barnet. Videre er det et mål at familien gjennom tiltakene skal ha muligheter til å kunne delta i arbeidslivet og ha et sosialt liv utenfor familien.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil understreke at for å sikre bedre og mer helhetlige tjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne er det, i tillegg til å øke kompetansen og spre gode erfaringer, helt avgjørende at de ressurser som stilles til rådighet, er tilstrekkelige til at familiene blir i stand til å ivareta omsorgen for barnet, ha et sosialt liv og mulighet til å delta i arbeidslivet.

Komiteen understreker viktigheten av å øke kompetansen blant kommunalt ansatte som arbeider med bl.a. tunge rusmiddelmissbrukere og bostedsløse, og er positive til at Regjeringen styrker bevilgningen til kompetansehevede tiltak knyttet til satsingen på oppfølgingstjenester i bolig for bostedsløse og rusmiddelmissbrukere i kommunene. Den helt nødvendige kompetansehevingen når det gjelder gjeldsrådgivning og økonomiske vansker, følges også opp innenfor denne bevilgningen.

#### **POST 63 TILSKUDD TIL RUSMIDDELTLTAK**

Komiteen vil understreke at det ligger en særlig utfordring for fylkesmennene i å videreutvikle arenaer for samarbeid og samhandling på tvers av etater og forvaltningsnivå når det gjelder å øke kompetansen blant de kommunalt ansatte som arbeider med tunge rusmiddelmissbrukere som ofte både har store psykiske og helsemessige problemer. Komiteen mener at dette kan sees i sammenheng med forsøkene som pågår med samordning av tjenestene mellom Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten for å skape et best mulig grunnlag for valg av organisasjonsmodell for velferdstjenestene.

Komiteen er fornøyd med at selv om Prosjekt bostedsløse avsluttes i 2004, skal midlene videreføres og benyttes til en videre satsing på tiltak for bostedsløse. I tillegg har komiteen merket seg at Regjeringen i 2005 vil styrke tilskuddsordningen til styrking av

tjenester i bolig for bostedsløse og rusmiddelmissbrukere med 7 mill. kroner. Komiteen mener at dette tilskuddet vil være et viktig virkemiddel for å nå målene i den nasjonale strategien for å forebygge og bekjempe bostedsløshet.

Komiteen har også merket seg at Sosial- og helsedirektoratet har satt i gang forsøk for å oppnå en mer samlet og bedre samordnet forebyggende innsats på kommunenivå når det gjelder å hindre nyrekruttering av unge til rusmiddelmissbruk og å måle effektene av dette.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener dette arbeidet krever en forsterket innsats og må rettes inn mot alle arenaer i barns og ungdoms liv og forutsetter en bred mobilisering.

#### POST 70 FRIVILLIG RUSMIDDELFØREBYGGENDE ARBEID MV.

Komiteen støtter Regjeringens forslag om å styrke posten med 10 mill. kroner for å styrke og prøve ut ulike modeller for aktivisering og arbeidstrening for personer med marginal eller ingen tilknytning til arbeidsmarkedet i regi av frivillige organisasjoner.

Komiteen ønsker at en i fremtiden skal legge større vekt på det forebyggende arbeidet innen rusfeltet slik at en kan klare å utsette debutalderen for ungdom når det gjelder bruk av alkohol. Dersom en skal få dette til, er en nødt til å styrke det arbeidet som skjer i regi av frivillige lag og organisasjoner ute i ungdomsmiljøene. Komiteen ønsker at det skal utvikles en kampanje rettet mot ungdom og utarbeidet av ungdom slik at denne kampanjen skal skje på ungdommenes egne premisser.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, foreslår at det bevilges 3 mill. kroner til dette. Flertallet er videre kjent med det arbeidet som gjøres av organisasjonen MOT, og vil at det av de 3 mill. kroner bevilges 0,5 mill. kroner til en kampanje i regi av denne organisasjonen.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 0621 post 70 økes med 3 mill. kroner og bevilges med 96,8 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at det er nødvendig med ytterligere innsats overfor langtidsledige. Andelen langtidsledige har gått opp med 3 prosent det siste året. Særlig for personer med særskilte problemer på arbeidsmarkedet har arbeidsmarkedstiltak en positiv effekt på framtidig mulighet til yrkesdeltakelse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Budsjett-innst. S. I (2004-2005) hvor Arbeiderpartiet gikk inn for 3 000 flere tiltaksplasser.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti viser til Budsjett-innst. S. I (2004-2005) hvor Sosialistisk Venstreparti gikk inn for 6 000 flere tiltaksplasser.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til de mange forslag Senterpartiet har fremmet for å øke aktiviteten i norsk økonomi og derigjennom få flere hender i arbeid. Senterpartiets alternative budsjett vil i så måte bidra til om lag 10 100 flere arbeidsplasser. Dette medlem vil likevel peke på at det er nødvendig å øke antall tiltaksplasser noe ut over Regjeringens forslag, og Senterpartiets alternative budsjett vil gi om lag 2 000 flere tiltaksplasser. Dette gjelder både ordinære plasser og tiltaksplasser med tilrettelegging. Senterpartiet styrker dessuten bevilgningene til arbeidsmarkedstiltak med 190 mill. kroner. Dette medlem er også svært bekymret over situasjonen for VTA-bedriftene og foreslår i Senterpartiets alternative budsjett å øke bevilgningene til investeringer i skjerma tiltak med 40 mill. kroner.

Komiteen viser til at AlkoKutt er en tidsavgrenset kampanje der inneværende periode avsluttes i 2005, og komiteen er kjent med at arbeidet med å vurdere en videreføring er i gang. Komiteen vil understreke viktigheten av og den tverrpolitiske enigheten som ligger bak ønsket om å bevare bestemte situasjoner alkoholfrie. Budskapet om alkoholfrie soner støttes også av bredden i befolkningen. Komiteen mener at AlkoKutts arbeid er av stor betydning og fortsatt nødvendig, og ber Regjeringen på en ryddig måte sikre driften av kampanjen fremover.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener det er viktig at det offentlige også satser på rusfrie miljøer, og vil understreke behovet for og verdien av rusfrie miljøer.

Flertallet vil understreke at selv om slik effekt kan være vanskelig å dokumentere, er de av avgjørende betydning både ut fra læringserfaring og et kulturaspekt. Flertallet ser derfor positivt på at det nå er satt i gang et forskningsbasert evalueringsarbeid som har som formål å gi bredere og mer solid kunnskap om den rusforebyggende effekten av kulturell påvirkning i gode, rusfrie samværmiljø. Flertallet ser rusfrie samlingssteder som en viktig delstrategi i det forebyggende arbeidet og forutsetter at det kulturbaserte forebyggingsaspektet fortsatt skal stimuleres gjennom tilskudd til rusfrie miljøtilbud.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er kjent med at gode aktører og samarbeidspartener innen det rusmiddelforebyggende arbeid mer eller mindre har trukket seg ut av dette arbeidet. Disse medlemmer beklager dette sterkt og mener at bl.a. aktiviteter som "Kom og dans" representerte, var en positiv virksomhet i det rusforebyggende arbeidet.

det, samtidig som det representerte et viktig bidrag i forhold til fysisk aktivitet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet ønsker å styrke aktivitetstilbudet når det gjelder rusforebyggingen og rehabilitering, og viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der dette foreslås styrket. Dette medlem ønsker å styrke det frivillige rusforebyggende arbeidet ved at kap. 621 post 70 økes med 5 mill. kroner i Senterpartiets alternative budsjett.

#### POST 74 TILSKUDD TIL PENSJONISTENES OG FUNKSJONSHEMMEDES ORGANISASJONER MV.

Behandlingen av St.meld. nr. 40 (2002-2003) medførte flere forslag til endringer i tilskuddsordningen til funksjonshemmedes organisasjoner som innebar en markant økning av tilskuddene til funksjonshemmedes organisasjoner som mottar statlig tilskudd. Komiteen vil i den sammenheng understreke viktigheten av at regelverket praktiseres på en slik måte at organisasjonene opplever likebehandling i forhold til fastsatte kriterier.

Komiteen stiller seg bak Regjeringens forslag om at paraplyorganisasjonen SAFO tildeles et forholdsmessig direktetilskudd for å redusere forskjellsbehandlingen mellom de to paraplyorganisasjonene SAFO og FFO.

Komiteen viser til at Regjeringen har fulgt opp Innst. S. nr. 162 (2003-2004) og styrket tilskuddsordningen til likemannsarbeid med 5 mill. kroner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, mener at arbeidet som gjøres av organisasjonene, er svært viktig. Flertallet vil spesielt fremheve det viktige likemannsarbeidet for funksjonshemmede som organisasjonene utfører, og vil derfor styrke denne posten med 3 mill. kroner. Flertallet viser til det viktige arbeidet pensjonistenes organisasjoner driver og foreslår at de får 1 mill. kroner ekstra.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 621 post 74 økes med 4 mill. kroner og bevilges med 132,4 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har registrert at det i flere fylker er skapt usikkerhet og uklarhet omkring ansvaret for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoners fylkesledd etter at staten ved de regionale helseforetaka overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder for eksempel organisasjoner som Døveforbundet og Blindeforbundet. Disse og andre organisasjoner i samme kategori er organisasjoner som ivaretar medlemmenes interesser både når det gjelder helsepolitikk som de regionale helseforetaka har ansvaret for, og for eksempel utdannings- og samferdselspolitikk som er fylkeskommunenes ansvarsområde.

Disse medlemmer mener derfor at både de regionale helseforetaka og fylkeskommunene har et

ansvar for å bidra økonomisk til disse organisasjonenes drift. Når det gjelder organisasjoner som er klart definert som pasientorganisasjoner, mener disse medlemmer det er naturlig at tilskuddsansvaret må ligge hos de regionale helseforetaka.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener generelt at det frivillige arbeidet må styrkes i ei tid da dugnadsinnsats og fellesskapstiltak synes å ha vanskelige kår. Rammevilkårene som er lagt fra det offentlige i den senere tid, har ikke styrket dette arbeidet, og det er derfor viktig at denne virksomheten nå blir reelt prioritert og ikke bare mottar gode ord og lovninger. Dette medlem mener bruker- og interesseorganisasjonenes arbeid må styrkes betraktelig, og at samspillet mellom offentlig sektor og frivillig organisasjonsarbeid er viktig for alle impliserte parter med det for øyet å bedre enkeltmenneskets hverdag. Bl.a. gjelder dette i forhold til å være brukernes talerør, fremme positive miljø- og trivselstiltak og utøve bistand og meningsfylt virksomhet gjennom likemannsarbeid. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative budsjettforslag der det frivillige arbeidet styrkes med 15 mill. kroner på kap. 621 post 74.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at Kultur- og kirke departementet fra 1. januar 2005 har fått ansvar for å samordne statlig politikk for frivillig virke. Flertallet mener at dette administrative grepet vil gi større oppmerksomhet til de frivillige organisasjonenes hverdag enn i dag hvor ansvaret er spredt rundt i de ulike departementene. Flertallet viser videre til at Regjeringen ved å innføre skattefradragsordningen for gaver til frivillige organisasjoner har bidratt til å sikre og styrke inntektsgrunnlaget til frivillige organisasjoner med vel 600 mill. kroner i 2003. Inntektsgrunnlaget styrkes ytterligere i 2005 i og med at ordningen blir utvidet og bedre kjent.

Komiteen mener at frivillig organisasjonsliv er viktig også ut over "den gode sak" de måtte arbeide for, fordi det skaper sosiale nettverk, identitet, fellesskapsfølelse, deltakelse og politisk engasjement, som igjen bidrar til å verne om demokratiet.

#### **Kap. 622 Statens institutt for rusmiddelforskning**

Det foreslås bevilget 28,5 mill. kroner for 2005 mot 27,6 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Det er overført 0,4 mill. kroner fra 2003 til 2004.

Komiteen registrerer at det er etablert en database ([www.rustiltak.no](http://www.rustiltak.no)) som gir informasjon om de enkelte behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, vil understreke at forskningsarbeid

det som Statens institutt for rusmiddelforskning utfører, er svært viktig for å holde oversikt over og fremskaffe kunnskap om forbruk, tilgjengelighet, økonomi, skadevirkninger og kriminalitet knyttet til alkohol-, narkotika- og tobakksbruk. Flertallet er derfor positivt til at departementet arbeider med en plan for å styrke rusmiddelforskningen.

Flertallet vil gi sin støtte til at prosjektet "Alkoholpolitikk og alkoholkonsum i et EU-perspektiv" skal fortsette i de kommende år, spesielt med tanke på det samarbeidet som er igangsatt av helseministrene over de nordiske landegrensene, og som er rettet inn imot EU og WHO.

Flertallet viser til at det i 2003 ble publisert en artikkel om utviklingen i grensehandelen med alkohol, og at Norge i dag står overfor nye utfordringer i norsk alkoholpolitikk i forbindelse med at de nordiske EU-landene har måttet akseptere fulle EU-kvoter for privat alkoholinnførsel fra 1. januar 2004. Flertallet støtter at utviklingen vil bli fulgt opp forskningsmessig.

Flertallet slutter seg til at instituttet (SIRUS) skal ha hovedansvar for å videreutvikle et nettverkssamarbeid, særlig med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, og med forskningsinstitusjoner i inn- og utland. Flertallet mener at kommune- og skolehelsetjenesten må knyttes tett opp til dette arbeidet, slik at det videre arbeidet baserer seg på at en raske enn i dag fanger opp barn og unge som er i faresonen.

Komiteen er positiv til at Regjeringen i 2005 viderefører evalueringen av Oslo kommunes tiltaksplan for alternativer til rusmiddelmisbruksmiljøene i Oslo sentrum, samtidig med evalueringen av de forebyggende tiltakene som inngår i Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer, og forsøk med sprøyterom.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, legger vekt på at Actis sikres mulighet til å videreføre og intensivere sin informasjon om EU-landenes virksomhet på rusområdet og sosial- og helsefeltet i EU.

Komiteen understreker nødvendigheten av å sikre mer forskning og bedre statistikk om grensehandel og smugling.

Komiteen mener det er viktig å ha bedre dokumentasjon som beslutningsgrunnlag også for disse delene av alkoholpolitikken og mener planen for å styrke rusmiddelforskning bl.a. må legge til rette for at SIRUS gjennomfører hyppigere undersøkelser enn hvert femte år.

#### **Kap. 660 Krigspensjon**

Det foreslås bevilget 870 mill. kroner for 2005 mot 914 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av St.prp. nr. 74 (2003-2004) er bevilgningen for 2004 935 mill. kroner.

Komiteen slutter seg til Regjeringens forslag til budsjett når det gjelder krigspensjon, herunder tilskudd til militære og tilskudd til sivile.

#### **Kap. 2600 Trygdeetaten**

Det foreslås bevilget 5 112 mill. kroner for 2005 mot 4 889,7 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Det er overført 241,6 mill. kroner fra 2003 til 2004. For 2005 foreslås det omdisponert midler til kap. 630. Etter behandling av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 4 953,6 mill. kroner.

Komiteen har merket seg at så vel saksmengde som behandling av den har økt samtidig som etaten har fått nye oppgaver. Komiteen understreker betydningen av at etatens ressurser er tilpasset denne situasjonen.

Komiteen har merket seg etatens oppfølging av IA-avtalen, at dette arbeidet begynner å gi resultater, og at flere og flere virksomheter organiserer seg som IA-bedrifter. Komiteen viser til at dette arbeidet forutsetter et nært samarbeid mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, lege og ulike deler av trygdeforvaltningen. Komiteen viser til at for trygdeetaten innebærer dette en tett oppfølging av så vel den enkelte arbeidstaker som av arbeidsgiver og lege. Komiteen er oppmerksom på at dette stiller store krav til tverrfaglig og sosialfaglig kompetanse og understreker betydningen av at de ansatte gis muligheter til nødvendig etter- og videreutdanning.

Komiteen deler departementets vurdering om at det er viktig å styrke legenes rolle i det inkluderende arbeidsliv, og understreker betydningen av at informasjonstiltakene overfor legene følges opp i 2005.

Komiteen viser til at IA-avtalen bygger på et trepartssamarbeid, og er et forhandlingsresultat som innebærer at alle parter bidrar på ulik måte for å kunne oppnå avtalens tre hovedmål: redusert sykefravær, flere eldre og flere uføre i arbeid. Komiteen vil i likhet med tidligere år peke på det ansvar staten som avtalepartner har for å følge opp sin del av avtalen både med hensyn til dimensjonering av tiltaksmidler og av nødvendig administrativ kapasitet.

Komiteen viser til at en av målsettingene i intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) er å redusere sykefraværet i norsk arbeidsliv. Det er nå tegn som tyder på at denne avtalen begynner å gi positive resultater. Komiteen viser i den sammenheng til brev til Stortinget datert 29. oktober 2004 fra finansministeren der nye anslag for sykefraværsviklinga innebærer at Regjeringas utgiftsanslag for 2005 på sykepengeområdet kan nedjusteres med vel 2 100 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet kan ikke akseptere at staten ensidig bryter den fornyede IA-avtalen (som partene underskrev for mindre enn ett år siden) slik Regjeringen legger til grunn i sitt budsjettforslag. Disse medlemmer finner Regjeringens forslag om at arbeidsgiver skal dekke en større del av utgiftene i forbindelse med langtidssy-

kefraværet urimelig, og ikke i tråd med avtaleforutsetningene. Disse medlemmer er redd for at et slikt ensidig avtalebrudd rokker ved de premissene som ligger til grunn for fordeling av ansvar for avtalen partene imellom, og at det i sin ytterste konsekvens kan sette avtalen i fare.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti er kjent med at Regjeringen legger vekt på å videreføre det gode samarbeidet med partene i arbeidslivet om gjennomføringen av IA-avtalen. Erklæringen fra partene 3. desember 2003 er et viktig instrument i arbeidet med felles mål om å redusere sykefraværet, ansette flere med nedsatt funksjonsevne og øke den reelle pensjoneringsalderen. Disse medlemmer er kjent med at Regjeringen ønsker å fortsette samarbeidet med partene, men innenfor de nye rammene som forslaget om endringer i sykelønnsordningen legger.

I en fase der veksten i sykefraværet kan se ut til å ha snudd til en nedgang, vil komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet understreke at det er viktig å videreføre og forsterke bestrebelsene i retning av en ytterligere reduksjon i sykefraværet. Disse medlemmer viser til at det er trygdeetaten som i hovedsak skal ivareta statens ansvar og forpliktelser i forhold til intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Dette ansvaret ligger først og fremst på arbeidslivssentrene som nå er etablert i alle landets fylker. En opptrapping av innsatsen for å få flere sykmeldte tilbake i jobb og å hindre at enda flere blir sykmeldt, krever at arbeidslivssentrene både har nødvendig kompetanse og bemanning nok til å ivareta denne oppgaven. Disse medlemmer mener det er nødvendig med en betydelig styrking av disse arbeidslivssentrene for å sette dem i stand til å gjøre en enda bedre jobb. Ved en økt innsats på dette området vil man kunne få flere tilbake til arbeid og dermed redusere utgiftene både til sykelønn og rehabiliteringspenger.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti vil derfor fremme forslag om å styrke trygdeetatens driftsmidler med 50 mill. kroner for å styrke bemanningen, øke kompetansen og dermed styrke innsatsen for en individuelt tilpassa arbeidsretta rehabilitering.

Disse medlemmer foreslår at kap. 2600 post 1 økes med 50 mill. kroner og bevilges med 4 996 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til den fornyede IA-avtalen fra desember 2003. Disse medlemmer mener at det i tillegg til å videreføre samarbeidet med partene i arbeidslivet om gjennomføringen av IA-avtalen er nødvendig med større økonomiske insentiver for arbeidsgivere for å forebygge og redusere langtidsfraværet. Disse medlemmer støtter derfor Regjeringens forslag om et begrenset økonomisk medansvar for

arbeidsgivere for sykefraværsutgiftene i trygdeperioden. Forslaget innebærer at sykefraværsarbeidet forankres enda bedre på den enkelte arbeidsplass. Det er i tråd med den fornyede IA-avtalen. Disse medlemmer har merket seg at vi nå er inne i en positiv trend når det gjelder utviklingen i sykefraværet. Den positive trenden vil sammen med et medfinansieringsansvar for arbeidsgiverne gi en ekstra kraft i arbeidet for å få ned sykefraværet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, har merket seg departementets arbeid for å samordne Aetat, trygdeetaten og sosialkontortjenesten. Flertallet har registrert at forslag til ny organisering av de nevnte etatene slik det kommer til uttrykk i NOU:2004:13, er bygd over samme lest som forslaget i St.meld. nr. 14 (2002-2003). Dette forslaget innebar fortsatt tre forvaltningsenheter, men med ny ansvars- og oppgavefordeling. Flertallet minner om at denne meldingen ble sendt tilbake til Regjeringen fordi forslaget ikke hadde hensyntatt komiteens ønske om å få utredet et forslag til en enhetsforvaltning som kunne gi klienter en helhetlig saksbehandling slik at en slapp "kasteball"-problematikken. Flertallet tar til etterretning at Regjeringen tar sikte på å fremme ny sak for stortinget våren 2005. Flertallet vil komme tilbake til den videre behandling i den forbindelse.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti har merket seg departementets arbeid for å samordne Aetat, trygdeetaten og sosialkontortjenesten. Disse medlemmer tar til etterretning at Regjeringen tar sikte på å fremme en ny sak for Stortinget våren 2005.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at det i de senere år er foretatt vesentlige endringer i trygdelovgivningen. Dette gjelder uføretrygden, regler for rehabiliteringspenger for attføring og for oppfølging av sykemeldte. Flertallet har fått en rekke henvendelser fra brukere av disse trygdeytelsene med beskrivelse av en meget rigid saksbehandling fra trygdeetatens side, og mange synes å falle mellom flere stoler. Flertallet viser til at mye tyder på at de grensedragningene som er gjort, har ført til utilsiktede virkninger og resultert i at flere klienter blir kasteballer mellom etatene og at de må oppsøke sosialkontorene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ber om at det foretas en evaluering av de nye reglene knyttet til uføretrygding, rehabilitering, attføring og sykemelding med sikte på å avdekke slike uforutsette virkninger, slik at personer som trenger støtte og hjelp, får de riktige ytelsene.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen foreta en evaluering av de nye reglene for uføretrygding, rehabilitering, attføring og sykemelding for å vurdere om regelverket fanger opp personer som trenger hjelp, slik at de får de riktige ytelsene."

Disse medlemmer ber om på egnet måte å bli orientert om resultatet av en slik evaluering.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at de innstramminger som er foretatt i ulike trygdeordninger de siste åra, i hovedsak har som formål å spare penger. Det vil måtte ha som resultat at noen vil bli utestengt fra ordningene. Derfor er mange av de negative utslagene det rapporteres om, ikke utilsikta virkninger, men snarere en tilsikta effekt gjennom at inngangskriteriene til ulike ordninger er gjort strammere.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at for å hindre stopp i ytelse for personer som ikke kan gå tilbake i arbeid ved utløpet av rehabiliteringsperioden, har departementet bedt Riks-trygdeverket om å justere praksis.

Flertallet viser til at lovendringene fra 1. januar 2004 vil bli evaluert. Når det gjelder innføringen av tidsbegrenset uførestønad, skal det foreligge en foreløpig evalueringsrapport sommeren 2005, og Regjeringen er bedt om å legge frem et opplegg for evaluering av endringene i regelverket for rehabiliteringspenger i Revidert nasjonalbudsjett for 2005, jf. budsjettforliket med Fremskrittspartiet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser for øvrig til at de nye sykmeldingsreglene vil bli evaluert i forbindelse med sluttevalueringen av IA-avtalen. Disse medlemmer er enig i Regjeringens opplegg for evaluering av ordningene.

Komiteen støtter forslag som kan bidra til inkludering i arbeidslivet og mener lønns subsidium for uføretrygd vil være et godt supplerende tiltak for å hindre utstøting av arbeidslivet og for utprøving av arbeidsevne. Komiteen ser derfor positivt på at det innføres en forsøksordning der uførepensjon benyttes som lønnstilskudd som utbetales direkte til arbeidsgivere som er villig til å ansette uførepensjonister som ønsker å prøve seg i arbeidslivet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at ordningen bør omfatte alle - dvs. både de som har fått tilstått varig uføretrygd, og de som har fått tidsbegrenset uførestønad.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen vurdere å innføre ordning med lønns subsidium for alle uførepensjonister og personer med tidsbegrenset uførestønad som ønsker å prøve seg i arbeidslivet."

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at ordningen med bruk av uførepensjon som lønnstilskudd bare er foreslått å gjelde for personer som har fått innvilget uførepensjon før 2004. Personer som har fått innvilget uførepensjon etter dette tidspunktet, anses å ha en varig nedsatt arbeidsevne uten mulighet til å komme tilbake i arbeid på sikt. Uførepensjonister som omfattes av lønnstilskuddsordningen, skal ha en hvilende pensjonsrett som innebærer at de vil kunne få tilbake uførepensjonen derom arbeidsforsøket ikke lykkes. Lønnstilskuddet skal kunne gis i tre år.

Flertallet viser til at tidsbegrenset uførestønad er en korttidsytelse som kan gis i inntil fire år. Målet er at så mange som mulig av stønadmottakerne skal tilbake i arbeid på heltid eller deltid. Trygdeetaten har egne oppfølgingsrutiner for mottakere av tidsbegrenset uførestønad. Blant annet skal det lages en oppfølgingsplan innen tre måneder. Stønadsperioden med tidsbegrenset uførestønad bør i de fleste tilfeller være kortere enn tre år.

Flertallet viser også til at ordningen med uførepensjon som lønnstilskudd er et forsøk som vil bli evaluert.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti mener at ordningen i første omgang bør forbeholdes uførepensjonister.

Disse medlemmer gjør oppmerksom på at dersom forsøket med å bruke uførepensjon som lønnstilskudd også skal omfatte mottakere av tidsbegrenset uførestønad, vil dette kunne bidra til at en må innvilge tidsbegrenset uførestønad for en lengre periode enn en ellers ville ha gjort, eller at en må forlenge stønaden (ny stønadsperiode) for å kunne avslutte et tiltak med lønnstilskudd. Lønnstilskuddet har en tidsramme på tre år.

Komiteen viser til komiteens merknader for budsjettene for 2003 og 2004 der komiteen var opptatt av ei rimeligere fordeling mellom institusjonene som behandler gruppen revmatikere, ettersom det var overvekt av pasienter som ble sendt til Tyrkia, og med tilsvarende negative utslag for institusjonen i Montenegro. Komiteen registrerer at forskjellen er delvis utlignet, og forutsetter at disse to institusjonene i framtida blir behandlet likt både hva angår antall pasienter og tidsspennet for kontraktene. Komiteen har merket seg at pasienttilfredsheten er stor ved begge institusjonene. Komiteen forutsetter også at disse to institusjonene blir stilt likt når det gjelder nye pasientgrupper, prøvegrupper m.m.

Komiteen er kjent med at Kristiansand kommune over ei viss tid har gjennomført et prosjekt med behandlingsreiser for sykemeldte og forebyggende tiltak for personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet og bli sykemeldte. Evalueringer av dette prosjektet foretatt av Agder-Forskning, viser meget gode resultater.

Komiteen viser til at det under denne posten bl.a. bevilges midler til en ordning med kjøp av helsetjenester. Komiteen ber Regjeringen legge til rette for å benytte denne ordningen til også å omfatte den type behandling som ivaretas av institusjoner tilsvarende Igalo.

Komiteen viser til den turbulens som oppstod blant pensjonister da melding om trygdeutbetaling uteble sommeren 2004. Komiteen mener det var viktig å gå tilbake til gamle rutiner.

Komiteen finner det betryggende at Arbeids- og sosialministeren i forbindelse med budsjettarbeidet har bekreftet at det innenfor trygdeetatens driftsbudsjett nå er tatt hensyn til at ordningen med månedlig melding om trygdeutbetaling fortsetter. Komiteen legger til grunn at skriftlig melding om utbetaling er å forstå som en permanent ordning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2600 post 1 økes med 8 mill. kroner og bevilges med 4 954 mill. kroner.

#### **Kap. 2603 Trygderetten**

Det foreslås bevilget 50,2 mill. kroner for 2005 mot 48,4 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Det er overført 1,4 mill. kroner fra 2003 til 2004.

Komiteen viser til proposisjonen og støtter de prioriteringene som er foreslått. Komiteen er kjent med at Trygderetten har hatt en betydelig økning i sakstilgangen de siste årene. Denne økningen har i hovedsak vært på området uføretrygd. På tross av en produktivitetsokning på om lag 42 prosent har det vært en liten økning i saksbehandlingstiden. Komiteen er tilfreds med at det i løpet av neste år vil bli satt rett med partene til stede, og at en dermed får en muntlig behandling av et begrenset antall saker.

Komiteen viser til at andelen omgjøringer til gunst for den ankende og anker som er opphevet, fortsatt er høy. Komiteen har merket seg at det skal settes i gang et arbeid for å undersøke årsakene til omgjøring i uførepensjonssaker.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil i den forbindelse peke på at ved overgang til og innføring av nye regler for uførestønad og rehabiliteringspenger, synes mange stønadsmottakere å ha falt mellom flere stønadsordninger og er av trygdekontorene blitt henvist til sosialkontorene.

Ut fra de henvendelsene komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har fått, kan mye tyde på at dette særlig gjelder personer med muskel- og skjelettlidelser, og at trygdeetaten anvender et mer rigid regelverk enn det Stortinget har forutsatt.

Disse medlemmer ber om at også disse forholdene blir vurdert i den undersøkelsen som skal foretas, og at Stortinget på egnet måte blir orientert om resultatet.

#### **Kap. 2650 Sykepenger**

Det foreslås bevilget 30 929,1 mill. kroner for 2005 mot 29 729,7 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 31 164,7 mill. kroner.

Komiteen ser med bekymring på at sykefraværet fremdeles er svært høyt, spesielt i offentlig sektor. Komiteen vil gi honnør til deler av prosessindustrien som tar inkluderende arbeidsliv på alvor, og som alt nå kan vise til gode resultat og en nedgang i sykefraværet på 23 prosent. Komiteen forventer at flere arbeidsgivere, både offentlig og privat, tar initiativ til at flere bedrifter kan bli aktive IA-bedrifter og på den måten bidra til å få sykefraværet ytterligere ned innen utgangen av 2005.

Komiteen viser til at selvstendig næringsdrivende har rett til sykepenger fra 17. dag med et kompensasjonsnivå på 65 prosent av inntektsgrunnlaget. I tillegg har de anledning til å tegne tilleggsforsikring etter ulike alternativer når det gjelder kompensasjonsnivå og ventetid. Arbeidstakere mottar omsorgs-, pleie- og opplæringspenger ved barns, barnepassers og andre nære pårørendes sykdom. Selvstendig næringsdrivende har ingen rett til disse ytelsene og har heller ikke anledning til å tegne tilleggsforsikring. For å sikre selvstendig næringsdrivende samme rettigheter som andre foreldre, vil komiteen be Regjeringen legge til rette for at selvstendig næringsdrivende får muligheten til å tegne tilleggsforsikring som dekker stønad ved barn og barnepassers sykdom.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, har merket seg at Regjeringen har fremmet forslag om å innføre et delansvar for arbeidsgiver i perioden med sykepenger fra folketrygden på 10 prosent, samtidig som arbeidsgiverperioden blir redusert fra 16 til 14 dager. Flertallet merker seg at man samtidig foreslår at gjeldende skjermingsordning for langvarig eller kronisk syke arbeidstakere som har risiko for særlig stort sykefravær, samt gravide med sykefravær relatert til svangerskapet, blir utvidet til å gjelde også for arbeidsgivernes delansvar. Flertallet viser videre til at forsikringsordningen mot ansvar for sykepenger i arbeidsgiverperioden blir utvidet til å gjelde arbeidsgivers delansvar og til å omfatte bedrifter med lønnsutgifter opp til 80 G.

Flertallet merker seg med tilfredshet at prognosene for det trygdefinansierte sykefraværet viser en nedgang på 4,5 prosent i år, og ytterligere 1 prosent neste år. De gode prognosene gir grunn til optimisme. Flertallet vil imidlertid påpeke at vi fortsatt vil være langt fra å nå målet i IA-avtalen ved utgangen av 2005. Ett av målene i IA-avtalen er å redusere sykefraværet med 20 prosent innen utgangen av 2005. Sykefraværet



har imidlertid fortsatt å øke siden avtalen ble inngått høsten 2001.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti mener derfor at forslaget om et delansvar for arbeidsgiverne i hele sykepengeperioden er et viktig insentiv for å gjøre det lønnsomt for virksomhetene å forebygge og redusere langtidsfravær.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser imidlertid til budsjettavtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet, hvor ikrafttreddelsen av arbeidsgivers delansvar i hele sykepengeperioden blir utsatt til 1. juli 2005. Partene vil be Regjeringen foreta en ny vurdering av forslaget, dersom det viser seg at fraværet går ned mer enn forventet.

Flertallet støtter forslaget om å redusere ventetiden for rett til sykepenger for selvstendig næringsdrivende og frilansere til 14 dager, tilsvarende arbeidsgiverperioden, med eventuell ikrafttredelse 1. juli 2005. Dette forutsetter at arbeidsgiver blir pålagt et delansvar for sykepenger.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet prioriterer innsatsen for et inkluderende arbeidsliv. IA-satsingen fordrer kompetanse og kapasitet til personaloppfølging, og arbeidet i den enkelte virksomhet synes nå å gi resultater. Dette arbeidet må fortsette med økt styrke. Nye tiltak må ikke motvirke IA-avtalens hovedmål. En generell overvelting av utgifter på bedriftene svekker konkurranseevnen og øker utgiftene til fellesskapets tjenester ved at for eksempel kommuner og sykehus får merutgifter. Alle typer virksomheter vil vegre seg for å tilsette medarbeidere med sykefraværslisiko. Det kan resultere i et mindre inkluderende arbeidsliv.

Disse medlemmer viser til at IA-avtalen baserer seg på et trepartssamarbeid mellom arbeidstakere, arbeidsgiverorganisasjonene og staten. Denne avtalen ble fornyet 3. desember 2003 der det i pkt. 2 heter:

Eksisterende avtaletekst legges til grunn, med følgende presiseringer; Avtalens formulering i pkt. 3.6 underpunkt i, endres til: Regjeringen vil ikke forslå overfor Stortinget at det i avtaleperioden gjøres endringer i dagens sykelønnsordning verken for arbeidstakere eller arbeidsgivere med mindre alle parter i avtalen er enige om det.

Disse medlemmer viser til at det fra så vel arbeidsgiverorganisasjonene som arbeidstakerorganisasjonene har kommet sterke innsigelser på Regjeringens forslag om å øke arbeidsgivers økonomiske ansvar for sykefraværperioden. Disse medlemmer deler organisasjonenes innsigelser og mener at det å øke arbeidsgivers økonomiske ansvar for sykefravær med 925 mill. kroner er et klart avtalebrudd. Disse medlemmer er redd for at et slikt ensidig avtalebrudd rokker ved de premissene som ligger til grunn for fordeling av ansvar avtalepartene imellom, og for at det i sin ytterste konsekvens kan sette avtalen i fare.

Disse medlemmer vurderer det slik at dersom man ensidig krever økt økonomisk belastning på arbeidsgivere, har en heller ingen garanti for at man i neste øyeblikk innfører karensdager for arbeidstakere, noe disse medlemmer ikke kan akseptere. Disse medlemmer tar derfor sterk avstand fra at Regjeringen bryter den avtalen som er inngått, og kan ikke akseptere forslaget om å øke arbeidsgivers økonomiske ansvar for sykefraværperioden.

Disse medlemmer er urolig over den økningen i langtids sykefravær vi har sett i norsk arbeidsliv de siste åra. Det er derfor gledelig at en nå kan se tegn til at denne negative utviklinga kan være i ferd med å snu. Disse medlemmer viser i den forbindelse til brev til Stortinget fra finansministeren datert 29. oktober 2004 der det opplyses at nye anslag for sykefraværutviklinga innebærer at utgiftene til sykepenger og andre regelstyrte ordninger i folketrygden blir redusert. Disse medlemmer tar dette som et tegn på at intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) nå begynner å gi positive resultater. Det er derfor avgjørende viktig at alle parter i avtalen forsterker innsatsen for å skape et arbeidsliv som er mindre ekskluderende, og som i større grad gir plass til alle. Tilsvarende avgjørende er det at partene lojalt følger opp forutsetningene i avtalen og ikke skaper usikkerhet om viljen til å overholde denne. Det er derfor svært uheldig at Regjeringa som én av de tre partene i IA-avtalen, i statsbudsjettet for 2005 foreslår endringer i sykelønnsordningen til tross for at Regjeringa har forpliktet seg til ikke å foreslå endringer i avtaleperioden. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til forslaget om å utvide arbeidsgivers økonomiske forpliktelser i sykelønnsordningen etter 14 dagers sykemelding. I tillegg til å være et brudd på IA-avtalen vil forslaget kunne føre til at arbeidsgivere vil vegre seg for å ansette arbeidstakere som har eller har hatt noen form for sykdom eller yrkeshemning. En slik utvikling vil være i direkte strid med intensjonene i IA-avtalen.

Disse medlemmer vil derfor gå imot den foreslåtte endringen i sykelønnsordninga.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Budsjett-innst. S. I (2004-2005) hvor Arbeiderpartiet gikk inn for å reversere sykelønnsforslaget og opprettholde IA-avtalen ved en økning av kap. 2650 post 70 på 1 100 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett hvor Senterpartiet går imot Regjeringens brudd på IA-avtalen og øker kap. 2650 post 70 med 925 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet understreker videre at avtalen om inkluderende arbeidsliv også innebærer en forpliktelse til å trappe opp trygdeetatens kjøp av helsetjenester til sykemeldte. Disse medlemmer mener at dette tiltaket bør trappes ytterligere opp.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Budsjett-innst. S. I (2004-2005) hvor Arbeiderpartiet gikk inn for å styrke kap. 2600 med 104, 4 mill. kroner til kjøp av helsetjenester.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti vil understreke trygdeetatens viktige rolle gjennom fylkenes arbeidslivssentre i bestrebelsene på å få redusert sykefraværet. Disse medlemmer viser til sine merknader og forslag i kap. 2600 Trygdeetaten der disse medlemmer foreslår en styrking av kompetanse og bemanning ved arbeidslivssentre. En slik forsterka innsats vil resultere i reduserte utgifter på sykepengeområdet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er særlig bekymra over det store og til dels økende sykefraværet i kommunene, spesielt blant ansatte i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Det er all grunn til å anta at en for lav grunnbemanning i disse yrkene fører til en høy arbeidsbelastning og en stressende arbeidshverdag som igjen resulterer i sykdom og langtids sykemeldinger. En hovedårsak til en gjennomgående lav grunnbemanning i denne sektoren er kommunenes stramme økonomiske situasjon. Dette er en situasjon som har vart over flere år, og som har forverra seg betydelig de siste åra. Disse medlemmer viser til at disse partier gjennom flere år har foreslått betydelige økninger i kommunenes frie inntekter.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at kap. 2650 post 73 Tilretteleggingstilskudd ble redusert med 15 mill. kroner i Revidert nasjonalbudsjett for 2004. På denne bakgrunn og basert på antall gitte tilsagn i 2004 mener flertallet at denne posten for 2005 kan reduseres med 5 mill. kroner. Hvis det gjennom året viser seg en annen utvikling når det gjelder forbruket fra denne posten, ber en Regjeringen på en egnet måte komme tilbake til dette.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2650 post 70 reduseres med 1 680 mill. kroner og bevilges med 25 415 mill. kroner, kap. 2650 post 71 reduseres med 40 mill. kroner og bevilges med 1 810 mill. kroner, kap. 2650 post 73 reduseres med 5 mill. kroner og bevilges med 91,4 mill. kroner og kap. 2650 post 75 reduseres med 90. mill. kroner og bevilges med 1 380 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti viser til at Sosialistisk Venstreparti i statsbudsjettet for 2005 vil foreslå å øke kommunenes inntekter med til sammen 6,5 mrd. kroner. Denne forbedringen i kommunenes økonomi vil, slik disse medlemmer ser det, skape grunnlag for å gi ansatte bl.a. i pleie- og omsorgssektoren bedre arbeidsforhold og mindre yrkesmessige belastninger ved å kunne ansette flere folk. Dette vil kunne føre til færre sykmel-

dingen og dermed en ytterligere innsparing på sykepengeområdet for kommunalt ansatte.

Disse medlemmer foreslår at kap. 2650 post 70 reduseres med 2 047,5 mill. kroner og bevilges med 25 047,5 mill. kroner, kap. 2650 post 71 reduseres med 40 mill. kroner og bevilges med 1 810 mill. kroner og kap. 2650 post 75 reduseres med 90 mill. kroner og bevilges med 1 380 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet gjennom flere år har foreslått å øke kommunenes inntekter, noe som vi ser at denne gangen vil ha en sysselsettingseffekt som resultat av Senterpartiets alternative budsjett på 9 300 årsverk i kommunal sektor for å skape bedre lokal velferd innen helse, omsorg og skole. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative budsjett som styrker de frie inntektene til kommunene med 6 mrd. kroner og de øremerkede midlene med 750 mill. kroner.

#### **Kap. 2652 Medisinsk rehabilitering mv.**

Det foreslås bevilget 8 890 mill. kroner for 2005 mot 8 812 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av Revidert nasjonalbudsjett og St.prp. nr. 74 (2003-2004) er bevilgningen for 2004 8 697 mill. kroner.

Komiteen er kjent med at det fra 1. januar 2004 er lovfestet plikt for trygdeetaten til å vurdere yrkesrettet attføring så tidlig som mulig, dersom bedriftsinterne tiltak ikke fører frem eller vedkommende klient ikke har et arbeidsforhold.

Komiteen er positiv til at Regjeringen har igangsatt undersøkelser knyttet til rehabiliteringspenger for på den måten å få et godt grunnlag for det viktige arbeidet med å få flere tilbake i arbeid eller over på aktive tiltak. Komiteen er enig i at det viktigste tiltaket for å redusere antall personer på rehabiliteringspenger og motvirke tilgangen til varig uførepensjon er å sørge for en individuell oppfølging, at det foretas en slik vurdering senest ved utløpet av sykepengeperioden, og at det skal foretas ny vurdering innen 6 måneder med rehabiliteringspenger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2652 post 70 reduseres med 180 mill. kroner og bevilges med 8 400 mill. kroner, og kap. 2652 post 71 reduseres med 35 mill. kroner og bevilges med 275 mill. kroner.

Flertallet vil understreke behovet for at det til enhver tid må finnes unntaksbestemmelser som bidrar til at det kan gis rehabiliteringspenger uten tidsbegrensning ved meget alvorlige sykdomstilstander eller skader hvor den medisinske behandlingen tar lengre tid.

Flertallet viser til budsjettavtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004-2005) der Regjeringen bes om å presentere et opplegg for evaluering av endringene i regelver-

ket for rehabiliteringspenger i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2005.

Komiteen viser til at ordningen med medisinsk rehabilitering har til formål å hjelpe mennesker tilbake til arbeidslivet, og at rehabiliteringspenger i denne perioden skal kunne gi den enkelte økonomisk sikkerhet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til at det var et flertall i Stortinget som støttet Regjeringens forslag om tidsbegrensning i reglene for å kunne motta rehabiliteringspenger, ut fra en vurdering om at en lang periode på rehabiliteringspenger kunne virke passiviserende og dermed gi den enkelte bruker redusert mestringsevne.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet er imidlertid gjennom en rekke henvendelser blitt gjort kjent med at det nye regelverket er blitt praktisert meget rigid og gitt mange uforutsette konsekvenser. Disse medlemmer viser til at mange klienter faller mellom flere stoler og mister trygdeytelser samtidig som de av trygdekontorene oppfordres til å melde seg ved sosialkontorene.

Disse medlemmer viser til at mange ikke får fullført sin medisinske rehabilitering og dermed mister mulighetene til å komme tilbake til arbeid etter langvarig og krevende rehabilitering. Trygg økonomi er ofte en forutsetning for sterk egeninnsats for å kunne delta i arbeidslivet igjen. Tidsbegrensningen, slik den nå praktiseres, har ført til avbrutte rehabiliteringsforløp, økonomisk svært vanskelige situasjoner og også noe overgang til sosialhjelp. Altfor mange kommer dermed verken tilbake i arbeid eller over på tidsbegrenset uførestønad. På denne bakgrunn mener disse medlemmer det er nødvendig å utvide unntaksregelen for forlenget innvilgelse av rehabiliteringsperioden og viser til Arbeiderpartiets alternative budsjett der det foreslås å utvide tidsbegrensningen for unntak til 2 år.

Disse medlemmer viser til Budsjett-innst. S. I (2004-2005) hvor Arbeiderpartiet foreslo en økning av kap. 2652 med 153 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at et flertall i Stortinget bestående av regjeringspartiene og Arbeiderpartiet i desember 2003 vedtok en innstramning i regelverket for medisinsk rehabilitering. Det ble gjennom en lovendring vedtatt en tidsbegrensning av unntaksbestemmelsene til 52 uker. Disse endringene trådte i kraft 1. januar 2004.

Disse medlemmer advarte i forbindelse med at denne innstramningen ble foretatt mot de mange uheldige konsekvensene dette kunne få. Disse medlemmer viser i denne forbindelse til at et mindretall i sosialkomiteen (medlemmene fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet) i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) uttalte følgende:

"Disse medlemmer er bekymret for at en slik ordning vil kunne føre til at mange for tidlig overføres til yrkesrettet attføring med fare for å måtte falle tilbake på rehabilitering på grunn av sykdom. (...) Disse medlemmer er også bekymret for at en reduksjon av muligheten til å oppnå medisinsk rehabilitering etter unntaksbestemmelsene kan føre til at flere mister ytelsen for tidlig og henvises til økonomisk sosialhjelp."

Disse medlemmer er gjennom flere henvendelser blitt gjort kjent med at mange klienter på grunn av disse regelendringene nå faller mellom flere stoler og mister sine trygdeytelser samtidig som de oppfordres av trygdekontorene til å henvende seg til sosialkontoret for å få penger til å leve av når rehabiliteringspengene bortfaller.

Disse medlemmer mener dette ikke er akseptabelt og at dette er i strid med hensikten og målsettingen med rehabiliteringsordningen. Disse medlemmer vil derfor foreslå at innstramningen i vilkårene for å kunne motta rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelsen omgjøres, og at det igjen kan bli mulig å motta rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelsen også utover 52 uker der dette framstår som hensiktsmessig.

Disse medlemmer viser i denne sammenheng også til Dokument nr. 8:6 (2004-2005) fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo, Sigbjørn Molvik og Ola D. Gløtvold som nå ligger til behandling i Stortinget.

Disse medlemmer viser til at mange som er mottakere av rehabiliteringspenger, har det svært trangt økonomisk. Spesielt vil disse medlemmer peke på den vanskelige økonomiske situasjonen for dem som har forsørgeransvaret for barn. Barnetillegget i denne ytelsen er betydelig lavere enn tilsvarende tillegg i uføretrygden. Disse medlemmer kan ikke se noen fornuftig begrunnelse for denne forskjellen. Disse medlemmer vil derfor foreslå at barnetillegget i folketrygdens ytelser knytta til rehabilitering settes til samme nivå som det som gjelder for uføretrygd fra 1. juli 2005.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti viser til at Sosialistisk Venstreparti styrker trygdeetatens innsats i forhold til IA-avtalen. I tillegg vises det til Sosialistisk Venstrepartis styrking av kommuneøkonomien i statsbudsjettet for 2005. På bakgrunn av disse tiltakene kan det påregnes en innsparring i utgiftene til medisinsk rehabilitering.

Disse medlemmer foreslår at kap. 2652 post 70 økes med 168,5 mill. kroner og bevilges med 8 748,5 mill. kroner og kap. 2652 post 71 reduseres med 35 mill. kroner og bevilges med 275 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til merknader fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) der disse partier ikke kunne støtte innføringen av en tidsbegrensning for hvor lenge man kan motta rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelsen. I denne innstillingen skriver disse partier følgende:

"Disse medlemmer er bekymret for at en slik ordning vil kunne føre til at mange for tidlig overføres til yrkesrettet atferd med fare for å måtte falle tilbake på rehabilitering på grunn av sykdom."

De samme partiene skriver også i innstillingen videre:

"Disse medlemmer er også bekymret for at en reduksjon av muligheten til å oppnå medisinsk rehabilitering etter unntaksbestemmelsene kan føre til at flere mister ytelsen for tidlig og henvises til økonomisk sosialhjelp."

Slik disse medlemmer ser det, er det nettopp dette som har skjedd i en rekke tilfeller grunnet for streng praktisering av regelverket knyttet til unntaksbestemmelsen. Disse medlemmer forventer at det blir gjort noe med dette som en følge av at statsråden har bedt om en annen praktisering av regelverket.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til Dokument nr. 8:6 (2004-2005) der det foreslås endringer i regelverket for medisinsk rehabilitering til slik det var før innstramningen som trådte i kraft 1. januar 2004. Disse medlemmer mener det tidligere regelverket bør gjelde allerede fra 1. januar 2005.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett der kap. 2652 post 70 styrkes med 230 mill. kroner for å dekke denne endringen.

#### **Kap. 2655 Uførhet**

Det foreslås bevilget 45 272 mill. kroner for 2005 mot 40 690 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av Revidert nasjonalbudsjett og St.prp. nr. 74 (2003-2004) er bevilgningen for 2004 42 779 mill. kroner.

Komiteen har merket seg at det fortsatt er økning i antall uføretrygdde, og at nær to tredjedeler av alle uførepensjonister har sykdommer i skjelett-/muskelsystemet og bindevev eller psykiske lidelser. Komiteen er kjent med at langt flere kvinner enn menn har disse lidelsene og uføretrygdes på dette grunnlag.

Komiteen har merket seg tilgangen på ca. 16 000 nye uførepensjonister og at de fordeler seg med omtrent 30 prosent på tidsbegrenset uføretrygd og nær 70 prosent på varig uføretrygd.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2655 post 70 reduseres med 100 mill. kroner og bevilges med 16 819 mill. kroner, kap. 2655 post 71 reduseres med 135 mill. kroner og bevilges med 24 543 mill. kroner, kap. 2655 post 72 reduseres med 10 mill. kroner og bevilges med 1 380 mill. kroner og kap. 2655 post 74 økes med 295 mill. kroner og bevilges med 2 155 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet finner det urovekkende at tilgangen til tidsbegrenset uførestønad er dominert av kvinner med nesten 70 prosent. Disse medlemmer har merket seg departementets forklaring på dette fenomenet. Disse medlemmer vil imidlertid uttrykke en uro for at dette også kan ha sammenheng med manglende kunnskap om kvinnesykdommer og lidelser, og at skjevfordelingen mellom varig trygd og midlertidig trygd er et uttrykk for manglende forståelse og aksept for at disse lidelsene kan være invaliderende. Disse medlemmer viser til at dette er forhold som en samlet kvinnebevegelse har påpekt gjennom flere år, og at denne skjevfordelingen kan forstås som et kvinnekriminerende element i trygdlovgivningen som nå føres videre i den nye lovgivningen som differensierer mellom varig og midlertidig trygd. Disse medlemmer finner at det kvinnekriminerende element synes ytterligere å bli forsterket ved at de som får tidsbegrenset uførestønad, får vesentlig lavere trygdeutbetalinger.

Disse medlemmer har merket seg at departementet vil foreta en evaluering av hvordan den nye uførelovgivningen virker, og ber om at også de kvinnepolitiske aspektene tas med i evalueringen. Disse medlemmer legger til grunn at de på egnet måte vil bli orientert om resultatet av evalueringen.

Disse medlemmer viser til Innst. S. nr. 157 (1997-1998) knyttet til privat forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo, Karin Andersen og Kristin Halvorsen om endring av folketrygdloven, forskriften og kommentarene til denne, slik at slitasje- og belastningslidelser som er yrkesbetingede, blir sidestilt med øvrige yrkessykdommer, der Stortinget fattet følgende vedtak:

"Stortinget ber Regjeringen utrede mulighetene for utvidelse av listen over yrkessykdommer slik at den også omfatter spesielle slitasje- og belastningslidelser som er klart yrkesbetingede."

Disse medlemmer vil be om at Regjeringen følger opp dette vedtaket overfor Stortinget i forbindelse med Revider nasjonalbudsjett for 2005.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, vil bemerke at tidsbegrenset uførestønad skal gis dersom det er mulighet for at det med tiden vil kunne skje en bedring av arbeidsevnen. Muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser dominerer i denne gruppen, og vi vet at kvinner er i overvekt blant personer med slike lidelser. Hvorvidt det er "urovekkende" at mange kvinner mottar tidsbegrenset uførestønad, vil avhenge av om man lykkes i å hjelpe mottakerne tilbake til jobb.

Flertallet vil bemerke at den tidsbegrensede uførestønad ikke er noen dårligere ordning enn uførepensjon. En kompensasjonsgrad på 66 prosent av inntektsgrunnlaget gir i de fleste tilfeller en høyere ytelse enn varig uførepensjon. For kvinner som ikke har så mange

års tilknytning til arbeidslivet, vil tidsbegrenset uførestønad gi en høyere ytelse enn uførepensjon.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at disse medlemmer ønsket intensjonen med tidsbegrenset uførestønad velkommen, men var imot at ytelsene skulle settes så lavt. Den kraftige reduksjonen i ytelsene til mottakerne av tidsbegrenset uførestønad som forsørger barn, vil kunne bidra til å skape ny fattigdom blant barn i Norge. For å hindre dårlige levevilkår for barn over tid er det derfor avgjørende å bedre barnetillegget i den tidsbegrensede uførestønaden.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Budsjett-innst. S. I (2004-2005) hvor Arbeiderpartiet gikk inn for en økning av kap. 2655 post 74 med 44 mill. kroner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, vil peke på at forsørging av barn kan medføre at varig uførepensjon gir en høyere ytelse. Det er imidlertid bare i overkant av 6 prosent av de som har varig uførepensjon, som har barnetillegg, mens 50 prosent av de som mottar tidsbegrenset uførestønad, har barnetillegg. Forskjellen i alderssammensetning og forsørgersituasjon til mottakerne forklarer kun en liten del av den store forskjellen. Flertallet viser til at ordningen med tidsbegrenset uførestønad vil bli evaluert, og man vil da bl.a. kunne få kunnskap om hvordan de to ordningene slår ut økonomisk for henholdsvis kvinner og menn.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til delmål 2 i Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv som innebærer mål om at flere uføretrygdde kommer i arbeid. Dette flertallet vil peke på at tilbakemeldinger fra funksjonshemmedes organisasjoner og evalueringen av Intensjonsavtalen forteller at arbeidet med denne delen av intensjonsavtalen i liten grad synes å vise resultater som tilsier at det er flere uføre og yrkeshemmede i arbeid i dag. Dette flertallet har imidlertid merket seg at trygdeetatens arbeid med reaktivisering av uførepensjonister understreker betydningen av dette.

Komiteen vil vise til nødvendigheten av holdningsendringer i arbeidslivet og vil særlig peke på det ansvar offentlige virksomheter har for å inkludere yrkeshemmede.

Komiteen har merket seg departementets arbeid med å vurdere regelverk, organisering og saksbehandling på yrkesskadeområdet og at departementet vil komme tilbake til Stortinget med saken på egnet måte.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti peker på at Statistisk sen-

tralbyrås (SSB) arbeidskraftundersøkelse (AKU) viser at det var 220 000 sysselsatte funksjonshemmede i 2. kvartal 2004. Det er 36 000 flere enn i 2003 og på nivå med tallet i 2000. Aldri har det vært registrert så mange funksjonshemmede i jobb som i 2. kvartal 2004 siden SSB startet (i år 2000) med å registrere arbeidsmarkedsstatusen til personer som selv oppgir å være funksjonshemmet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er bekymra over den sterke økningen i antallet uføretrygda de siste åra. En hovedårsak til denne negative utviklinga er at kravene til effektivitet og raske omstillinger i arbeidslivet gjør at mange arbeidstakere blir syke og etter hvert arbeidsuføre. Disse medlemmer mener derfor det må settes inn enda mer omfattende og aktive tiltak for å gjøre forholdene i arbeidslivet mindre ekskluderende. Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv er etter disse medlemmers oppfatning det viktigste arbeidsredskapet i en slik sammenheng. Disse medlemmer registrerer at det nå ser ut til at sykefraværet ikke lenger øker i samme takt som før, men snarere viser tegn til å gå ned. Disse medlemmer tar dette som et tegn på at IA-avtalen begynner å gi positive effekter. Det er derfor avgjørende at tiltakene og innsatsen knytta til denne avtalen forsterkes slik at dette etter hvert gir seg utslag i en reduksjon også av nye tilfeller av uføretrygda.

Disse medlemmer viser til at ordningen med tidsbegrensa uførestønad skulle gi mulighet for å avklare om den medisinske tilstanden hos den enkelte var av varig karakter eller ikke. Disse medlemmer anså dette som en hensiktsmessig ordning og støtta derfor innføringa av tidsbegrensa uførestønad. Disse medlemmer var derimot uenige i at stødnivået i denne ordningen skulle settes lavere enn for varig uføretrygd. Disse medlemmer vil peke på at mange mottakere av midlertidig uførestønad som har forsørgeransvar har det svært trangt økonomisk, og da framstår det som helt urimelig at barnetillegget i denne ordningen skal være betydelig lavere enn i uføretrygden. Disse medlemmer kan ikke se noen fornuftig begrunnelse for denne forskjellen.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti vil derfor foreslå at barnetillegget i den midlertidige uførestønaden fra 1. juli 2005 settes til samme nivå som det som gjelder for uføretrygden.

Disse medlemmer viser til at Sosialistisk Venstreparti styrker trygdeetatens innsats i forhold til IA-avtalen. I tillegg vises det til Sosialistisk Venstrepartis styrking av kommuneøkonomien i statsbudsjettet for 2005. På bakgrunn av disse tiltakene kan det påregnes en innsparing i utgiftene til uføretrygd.

Disse medlemmer foreslår at kap. 2655 post 70 reduseres med 110 mill. kroner og bevilges med 16 809 mill. kroner, kap. 2655 post 71 reduseres med 145 mill. kroner og bevilges med 24 533 mill. kroner, kap. 2655 post 72 reduseres med 10 mill. kroner og bevilges med

1 380 mill. kroner og kap. 2655 post 74 økes med 314 mill. kroner og bevilges med 2 174 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til sine merknader under kap. 2670 når det gjelder opptrapping av gifte og samboendes grunnpensjon.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at det med bakgrunn i at mange eldre og uføre har problemer med muskel- og skjelettlidelser, er nødvendig å sette fokus på forebygging av ben-skjørhet i befolkningen.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at vi nå er inne i Muskel-skjelett-tiåret i Norge og mener det er mye som kan gjøres i samarbeid med WHO og FN for å øke bevisstheten rundt området med sikte på forebygging, behandling og rehabilitering.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil derfor fremme følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen i løpet av våren 2005 utarbeide en handlingsplan for forebygging av ben-skjørhet i befolkningen."

Dette medlem vil også vise til at Senterpartiet i sitt alternative statsbudsjett styrker kommuneøkonomien vesentlig, noe som vil minske presset på rasjonalisering og omstrukturering i kommunene og gi færre uføretrygdede som en konsekvens av dette.

#### **Kap. 2661 Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.**

Det foreslås bevilget 8 076,9 mill. kroner for 2005 mot 7 735,7 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 7 738,2 mill. kroner.

Komiteen er enig i at hjelpemiddelsentralene skal bidra til at personer med nedsatt funksjonsevne får løst sine praktiske oppgaver i hjem, skole, arbeid og i dagliglivet. Komiteen registrerer at trygdeetaten jobber kontinuerlig med ulike modeller som har til hensikt å øke brukermedvirkningen. Komiteen er positiv til at det i den sammenheng jobbes med modellforsøk hvor brukerne selv kan skaffe seg informasjon om ulike løsninger, hvor de kan prøve ut ulike hjelpemidler og velge de som passer den enkelte best. Komiteen ser også nytten av at den enkelte får lære hvordan hjelpemidlet brukes og vedlikeholdes, og at det gis enkel og rask tilgang til reparasjon og service når det er nødvendig.

#### **POST 71 HJELPESTØNAD**

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2661 post

71 reduseres med 15 mill. kroner og bevilges med 1 564,6 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 2661 post 71 reduseres med 15 mill. kroner og bevilges med 1 564,6 mill. kroner.

#### **POST 73 HJELPEMIDLER MV. UNDER ARBEID OG UTDANNING**

Komiteen er kjent med at det er satt sterkere fokus på tilrettelegging av arbeidsplasser for å oppnå økt deltakelse i arbeidslivet for personer med nedsatt funksjonsevne, og at det er gjennomført en rekke tiltak for å gjøre ordningene mer fleksible. Komiteen er positiv til at ordningen med tolkehjelp i arbeidslivet for hørselshemmede og døvblinde er styrket, slik at disse gruppene mulighet til å beholde eller skaffe seg arbeid blir enklere. Komiteen støtter også at hørselshemmede og døvblinde kan overføre sine individuelle rettigheter til arbeidsgiver som ansetter tolker på arbeidsplassen mot refusjon av trygden. Samtidig finner komiteen det svært positivt at det nå er gjennomført et prosjekt med bildetelefontolking på arbeidsplassen, der målet med ordningen er at en skal kunne få tolkehjelp uten at tolken behøver å reise til arbeidsplassen for å tolke på møter og lignende.

Komiteen viser til at IA-arbeidet også skal bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne kommer i arbeid og kan bli i arbeid. Komiteen mener at noen tiltak må legges til rette utenfor enkeltarbeidsplasser for å muliggjøre dette. Funksjonshemmede som skaffer seg utdanning, klarer lettere å komme i arbeid. Det er derfor av stor betydning at det legges til rette for gjennomføring av utdanning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil peke på at blinde og svaksynte har vanskeligheter med å få tilgjengelig faglitteratur både under høyere utdanning og for å holde seg à jour faglig etter at de har begynt i arbeid. Det synes som om Synshemmedes Akademikeres forening og synshemmede studenter bare blir kasteballer mellom departementer, når det gjelder støtte for å få tilgang på brukbar elektroniske versjoner av faglitteratur. Norsk Lyd- og Blinde-skriftsbibliotek må sikres muligheter til å realisere et prøveprosjekt for å legge opp veien for tilgjengelighet til faglitteratur for synshemmede i samarbeid med forlagene. Slik litteratur er en fordel og forutsetning også for at flere dyslektikere skal kunne gjennomføre utdanning og oppdatere seg i en arbeidssituasjon.

Disse medlemmer mener det er naturlig at Arbeids- og sosialdepartementet tar på seg ansvaret for å få fortgang i den tilretteleggingen som er en forutsetning for senere individuell hjelp til å ta utdanning og delta i yrkeslivet, og fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at det settes i gang et prosjekt for å sikre tilgjengelighet til faglitteratur for synshemmede studenter og arbeidstakere."

Disse medlemmer mener prosjektet med Bilde-telefon er svært interessant som hjelpemiddel både for blinde, hørselshemmede og døve. Disse medlemmer mener slik teknologi må utvikles videre og minner om at en samlet komité i forbindelse med behandlingen av St. meld. nr. 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer uttalte at teksttelefon-sentralene ville være gode koordinatorene for denne teknologien/hjelpemidlet. Disse medlemmer mener bildetelefon som hjelpemiddel må utvikles og utprøves raskest mulig slik at dette kan gi flere funksjonshemmede muligheter både i forhold til utdanning, arbeid og fritid.

Komiteens medlem fra Senterpartiet ønsker å forsere dette arbeidet og viser til Senterpartiets alternative budsjett der det på kap. 2661 post 73 avsettes 10 mill. kroner for formålet.

#### POST 74 TILSKUDD TIL BILER

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er gjort kjent med at regelverket og tolkning av dette når det gjelder stønad til bil og tilpasning av bilen, i en del tilfeller fører til dårlige ordninger for de som trenger spesielt tilpasset bil. Flertallet mener regelverket og praktiseringen av dette bør være slik at tjenlige løsninger både for bruker og stønadsgiver må være det primære målet i løsningen av slike saker.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2661 post 74 reduseres med 10 mill. kroner og bevilges med 975 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til St.prp. nr. 20 (2004-2005) der det fremgår at det på posten bilstønad i statsbudsjettet har vært et mindreforbruk på 200 mill. kroner, noe som utgjør nesten 20 prosent av det Stortinget bevilget til denne posten for 2004. Disse medlemmer har merket seg departementets forklaring på mindreforbruket, men finner dette likevel urovekkende og vil understreke at støtte til bilordning er av meget stor betydning for at funksjonshemmede skal kunne være inkludert i arbeidslivet og samfunnslivet generelt.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 2661 post 74 reduseres med 10 mill. kroner og bevilges med 975 mill. kroner.

#### POST 75 BEDRING AV FUNKSJONSEVNEN, HJELPEMIDLER

Komiteen er kjent med at det er under utvikling en nettside "Hjelpemidler i barn og unges miljø", og at hjelpemiddelsentralene gjennomførte over 550 ulike

kurs og opplæringstiltak overfor kommunene i 2003, noe som har bedret tilgjengeligheten til hjelpemidler. Komiteen støtter Regjeringen i at arbeidet med å styrke den faglige kompetansen ved hjelpemiddelsentralene videreføres i 2005, og er positiv til at det er opprettet fem nasjonale faggrupper som skal prioritere hjelpemidler til barn, arbeidsplassstilrettelegging, sittestillinger, boliger og IKT-syn. Komiteen finner det også fornuftig at det i dag gjennomføres innkjøp gjennom sentrale anbudsinnhentingene innenfor 80 prosent av utgiftene til hjelpemidler, og har merket seg at det har bidratt til prisreduksjoner på mellom 15 og 20 prosent.

Komiteen viser til at forebygging ved fysisk aktivitet stadig blir mer vektlagt for alle for å minske risiko for sykdom eller forverret helsetilstand. Målet synes å være å få personer i alle aldre til å drive mer fysisk aktivitet. Denne holdningen bør også gjenspeiles i regelverket for støtte til hjelpemidler for funksjonshemmede når det gjelder utstyr til trening og aktivisering.

Komiteen mener det bør være mulig å finne fram til en organisering som stimulerer til at flere får prøve forskjellige aktiviteter og hvis det er mulig, får overta utstyr etter tidligere brukere. Komiteen fremmer derfor følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen vurdere å fjerne aldersgrensen for hjelpemidler til trening, stimulering og aktivisering av personer med nedsatt funksjonsevne."

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2661 post 75 økes med 35 mill. kroner og bevilges med 2 756 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 2661 post 75 økes med 35 mill. kroner og bevilges med 2 756 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Dokument nr. 8:153 (2001-2002) hvor dette medlem foreslo å oppheve bedriftenes egenandel på ½ G på hjelpemidler ved tilrettelegging av arbeidsplasser. Nedbygging av funksjonshemmende barrierer er viktig, og dette medlem vil at det offentlige skal være med på å tilrettelegge bedre slik at flere funksjonshemmede skal få kunne delta i arbeidslivet uten at dette skal gi arbeidsgiver store ekstrakostnader. Dette medlem viser videre til Dokument nr. 8:111 (2000-2001) hvor dette medlem foreslo forsøk med utlån av visse typer sportsutstyr til funksjonshemmede og forsøk som innebærer at folketrygden dekker merkostnader til spesialtilpasset treningsutstyr til funksjonshemmede over 18 år.

Dette medlem viser til at personer over 26 år ikke kan gis stønad til hjelpemidler til trening, stimulering og aktivisering for å opprettholde eller bedre funksjonsevnen. Dette medlem viser i den forbindelse

til Senterpartiets forslag i Dokument nr. 8:111 (2000-2001) hvor dette medlem foreslo at folketrygden dekker merkostnader til spesialtilpasset treningsutstyr til funksjonshemmede over 18 år.

Dette medlem mener det er feil at personer over 26 år ikke kan gis stønad, spesielt når dette kan føre til bedret livssituasjon og også arbeidsevne. Dette medlem mener at det i hvert fall i første omgang bør settes i gang forsøk innen arbeidsrehabiliteringsområdet hvor det blir gitt stønad til slike hjelpemidler også til personer over 26 år. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett hvor kap. 2661 post 75 økes med 15. mill. kroner.

#### POST 76 BEDRING AV FUNKSJONSEVNEN, ANDRE FORMÅL

Komiteen registrerer at Rikstrygdeverket er i ferd med å utrede behovet for og konsekvensene av å eventuelt innføre en bakvaktordning ved akutte behov for tolketjeneste, og støtter derfor Regjeringen i at mulighetene for tolkehjelp utenom hjelpemiddelsentralens åpningstid styrkes. Komiteen registrerer også at ordningen med lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte blir lite brukt, og at det kan skyldes at ordningen er for dårlig kjent. Komiteen støtter derfor Regjeringen i at det er for tidlig å foreta endringer i ordningen på nåværende tidspunkt. Komiteen er glad for at det i 2004 er satt i gang informasjonstiltak overfor blant annet de synshemmedes organisasjoner i den forbindelse.

#### POST 77 ORTOPEDISKE HJELPEMIDLER

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2661 post 77 økes med 30 mill. kroner og bevilges med 685 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 2661 post 77 økes med 30 mill. kroner og bevilges med 685 mill. kroner.

#### **Kap. 2670 Alderdom**

Det foreslås bevilget 83 585 mill. kroner for 2005 mot 79 330 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av St.prp. nr. 74 (2003-2004) er bevilgningen for 2004 81 113 mill. kroner.

Komiteen viser til at det har vært en svak økning i pensjoneringsalder fra 1966 til 2003, men vil samtidig peke på at Norge er blant de land som har høyeste så vel formell som reell pensjoneringsalder i Europa og i OECD-landene.

Komiteen er enig i at en økning i antall eldre innebærer store fremtidige utfordringer, særlig hva gjelder et arbeidsliv som også er inkluderende i forhold til eldre arbeidstakere. Komiteen vil i den forbindelse peke på at ifølge OECD-statistikk er Norge på topp når det gjelder andel av eldre i arbeidsstyrken. Komiteen mener at dette forhold ikke bør hindre oss i å legge forholdene ytterligere til rette for eldre arbeidstakere i arbeidslivet, og er enig i at fleksibilitet med hensyn til å kombinere pensjon og arbeidsinntekt er et virkemiddel. Komiteen vil imidlertid peke på at det også er trekk ved arbeidslivet som bidrar til å støtte eldre ut av arbeidslivet, og at det er behov for en holdningsendring både fra arbeidsgivere og yngre arbeidstakere i synet på eldre arbeidstakere og deres plass i et moderne arbeidsliv.

Komiteen har merket seg at departementet viser til at antall pensjonister kan øke til 40 prosent i 2050. Komiteen vil peke på at dette er usikre tall, og at Statistisk sentralbyrå nå har justert sine tall når det gjelder andel av befolkningen som vil være over 60 år. Komiteen viser til at når disse tallene er justert, har det sammenheng med økte barnefødsler i Norge.

Komiteen har registrert departementets omtale av Pensjonskomisjonen og at Regjeringen tar sikte på å legge frem en stortingsmelding i desember 2004. Komiteen avventer en slik melding og vil komme tilbake til behandlingen av en eventuell pensjonsreform i den forbindelse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til at Stortinget 28. mai 2003 vedtok endringer i retningslinjer for regulering av grunnbeløpet, og at drøftingene med partene og pensjonsoppjøret skjedde i tråd med disse. Flertallet mener det er viktig at pensjonister på denne måten omfattes av den alminnelige levestandardsutviklingen.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2670 post 70 økes med 20 mill. kroner og bevilges med 33 015 mill. kroner, og at kap. 2670 post 71 økes med 30 mill. kroner og bevilges med 45 645 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til sine merknader i Budsjett-innst. S. nr. 11 gjennom en årrekke der disse medlemmer går inn for at gifte/samboende pensjonister skal ha hver sin fulle grunnpensjon. Disse medlemmer har aldri mottatt støtte fra andre partiers fraksjoner for sine forslag. Under forhandlingene med regjeringspartiene om statsbudsjettet for 2003 ble det imidlertid inngått avtale mellom regjeringspartiene, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, og Fremskrittspartiet om en nedtrapping av avkorting av gifte/samboende pensjonisters grunnpensjon over tre år, 2003, 2004 og 2005, fra 25 prosent i 2002 til 15 prosent i 2005. Disse medlemmer vil allerede nå gjøre det klart at nedtrappingen bør fortsette i 2006, slik at gifte/samboende pensjonister oppnår full grunnpensjon snarest mulig.

Disse medlemmer viser også til sine merknader om seniorpolitikk under kap. 600 i innstillingen.



Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 2670 post 70 økes med 20 mill. kroner og bevilges med 33 015 mill. kroner, og at kap. 2670 post 71 økes med 30 mill. kroner og bevilges med 45 645 mill. kroner.

#### **Kap. 2680 Etterlatte**

Det foreslås bevilget 2 320 mill. kroner for 2005 mot 2 309 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av St.prp. nr. 74 (2003-2004) er bevilgningen for 2004 2 360 mill. kroner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til at folketrygdens ytelser skal sikre gjenlevende ektefeller en rimelig inntekt og samtidig stimulere flest mulig til å skaffe seg inntekt ved eget arbeid. Flertallet har merket seg at personer som blir etterlatte i ung alder, og som ikke kommer i arbeid i løpet av en tiårsperiode, ofte blir avhengige av pensjon resten av livet. Flertallet følger utviklingen siden regelendringen fra 1. januar 2002 som går ut på at pensjon til gjenlevende ektefeller under 55 år som hovedregel skal avkortes som om gjenlevende har en arbeidsinntekt på minst to ganger folketrygdens grunnbeløp, og legger til grunn at denne ivaretar både hensynet til sikring av inntekt og stimulerer til inntekt ved eget arbeid.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til sine merknader i Innst. O. nr. 21 (1998-1999) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001-2002) hvor disse medlemmer grunnga hvorfor de var imot dette forslaget.

#### **Kap. 2683 Stønad til enslig mor eller far**

Det foreslås bevilget 4 112,5 mill. kroner for 2005 mot 4 265,5 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av St.prp. nr. 74 (2003-2004) er bevilgningen for 2004 4 314,5 mill. kroner.

Komiteen viser til at formålet med stønad til enslig mor eller far er å gi personer med aleneomsorg for barn inntektssikring i en overgangsperiode og hjelp til selvhjelp, slik at en kan bli i stand til å forsørge seg selv ved eget arbeid.

Komiteen vil peke på at enslige forsørgere har fått en positiv inntektsutvikling etter at stønadsordningen ble lagt om i 1998.

Komiteen er oppmerksom på at enslige forsørgere er en gruppe som består av personer som befinner seg i ulike livssituasjoner og med ulike forutsetninger. Når stønadsperioden utløper, kan enkelte føle at økonomien blir noe trang. Årsakene til dette er mange, blant annet høye boutgifter, transportutgifter og problemer med å få fulltids arbeid. Et fellestrekk er at de ofte har problemer med å kombinere arbeid og omsorg for barn. Mange enslige forsørgere, særlig der den andre av foreldrene ikke bidrar, vil ofte slite mer enn i tilfeller der begge foreldrene deler på omsorgen og forsørgelsen.

Men komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, vil peke på at fortsatt er enslige forsørgere overrepresentert i lavinntektsgruppen, og at andelen med lav inntekt er størst blant enslige forsørgere med små barn, lav utdanning og lav yrkesaktivitet (SSB-rapport 12/2003).

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har merket seg Rikstrygdeverkets undersøkelse om hva som skjedde med enslige forsørgere som mistet retten til overgangsstønad pga. regelverksendringene 1. januar 2001. Disse medlemmer ser med bekymring på de 16 prosent som mistet overgangsstønaden, og som har forflyttet seg videre i stønadssystemet og enten mottar attførings-/rehabiliteringspenger eller sosialhjelp. Disse medlemmer ber departementet vurdere hvordan denne gruppen kan følges opp videre med hensyn til adekvate tiltak.

Disse medlemmer viser til hvilken betydning utdanning har for at den enkelte skal kunne komme i arbeid og sikre seg en rimelig inntekt. Disse medlemmer har merket seg at utgiftene til utdanning er vesentlig redusert, og stiller spørsmål ved om regelverket er slik at det fanger opp det reelle behov enslige forsørgere har i denne forbindelse. Disse medlemmer ber derfor departementet vurdere om regelverket er tilpasset enslige forsørgeres behov med tanke på at de skal kunne ta en utdanning som gir dem mulighet til selvforsørging.

Disse medlemmer har lagt merke til at flere yrkesaktive nå har utvidet arbeidstid og arbeider skift. Dette innebærer særskilte utfordringer for barnepass og samværsavtaler for enslige forsørgere. Disse medlemmer understreker betydningen av tiltak som legger til rette for å kunne kombinere barneomsorg og varierte arbeidstider.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, vil påpeke at stønadsordningene for enslige forsørgere ble lagt om i 1998 for å stimulere flest mulig til utdanning og arbeid slik at de kunne bli selvforsørget etter en omstillings-tid. Flertallet viser til at reformen i all hovedsak har virket godt etter intensjonene.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at Rikstrygdeverkets statistikk bekrefter at andelen aktive har økt fra om lag 66 prosent i 1997 til nær 80 prosent i juli 2002. Rikstrygdeverkets tall viser at 16 prosent av de som mistet overgangsstønaden, har forflyttet seg videre i stønadssystemet og mottar enten attførings-/rehabiliteringspenger eller sosialhjelp. Mange i denne gruppen har marginal tilknytning til arbeidslivet. I desember 2001 er likevel nesten halvparten av denne gruppen enten sysselsatt, arbeidssøkere eller under utdanning. Dette

viser at mange av de som mottar attføring/rehabilitering eller sosialhjelp, er "aktive" samtidig som de mottar de to ytelsene/stønadene. Det er følgelig indikasjoner på at enkelte som blir værende over en lengre periode på nevnte ytelser, kan ha problemer som ikke hovedsakelig knytter seg til aleneomsorg for barn, men som skyldes dårlig helse og vansker med å få arbeid. Dette flertallet peker på at selv om utviklingen for enslige forsørgere generelt er positiv, er det enkelte som faller utenfor. Dette flertallet ber departementet overvåke utviklingen nøye og eventuelt vurdere adekvate tiltak.

Dette flertallet viser til at årsaken til at utgiftene til utdanningsstønad er gått ned med 12,1 prosent fra 2001 til 2003, kan være at færre av de kvinner som mottar overgangsstønad, er helt unge. I desember 2003 var det 226 færre i aldersgruppen under 22 år enn to år tidligere.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at disse partier har fremmet forslag i Stortinget i forbindelse med behandling av Dokument nr. 8:88 (2003-2004) der det tas til orde for at Stortinget får seg forelagt en stortingsmelding om aleneboendes og enslige forsørgeres levekår og økonomiske situasjon.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til sine generelle merknader.

#### **Kap. 2686 Gravferdsstønad**

Det foreslås bevilget 110 mill. kroner for 2005 mot 96 mill. kroner i saldert budsjett for 2004.

Komiteen registrerer at det foreslås en økning av den behovsprøvde gravferdsstønaden fra opptil 15 540 kroner til opptil 16 086 kroner. Komiteen anser dette for å være en justering i forhold til forventet prisstigning for neste år.

Komiteen har merka seg at andelen dødsfall, herunder barnedødsfall, hvor det ble gitt behovsprøvd gravferdsstønad i 2003, var 11,6 prosent. Komiteen har videre merka seg at økningen av maksimalbeløpet betydde at noen flere enn tidligere faller inn under ordningen, og at disse endringene har gitt seg utslag i en økning på 36,5 prosent i antall mottakere av behovsprøvd stønad fra 2002 til 2003.

Komiteen vil peke på at utgifter til begravelse kan utgjøre en ikke ubetydelig belastning på flere familiers økonomi, og i en situasjon der ett av familiemedlemmene er gått bort, kan store utgifter til en verdig begravelse dersom økonomien fra før er trang, oppleves som en ekstra stor belastning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil

derfor understreke at dette stiller ekstra store krav til trygdeetaten i forhold til å utvise stor grad av imøtekommenhet og romslighet i sin praktisering av regelverket.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at formue skal dokumenteres ved sist innsendte selvangivelse eller siste likningsutskrift, og at det således ikke dreier seg om en skjønnsbasert ytelse. Man tillater altså høyere formue enn tidligere for å komme inn under ordningen, og dette har gitt seg utslag i at flere får behovsprøvd gravferdsstønad.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet var imot at gravferdsstønaden ble omgjort til en behovsprøvd ytelse. Disse medlemmer er bekymra for at en slik ordning kan oppleves uverdigg og stigmatiserende for de pårørende i en ellers vanskelig situasjon.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at den generelle gravferdsstønaden ble fjernet fra 1. januar 2003, og at den behovsprøvde stønaden ble øket til kr 15 000. Disse medlemmer anser det for å være uverdigg og stigmatiserende å pålegge etterlatte å søke om støtte til gravferd og frykter at mange som ville hatt rett til stønad, ikke søker og får dette. Disse medlemmer fremmer derfor i sitt alternative budsjett forslag om å gjeninnføre den generelle gravferdsstønaden på kr 4 000 samt et behovsprøvd tillegg på kr 8 500. Disse medlemmer viser for øvrig til budsjettavtalen med regjeringspartiene.

#### **Kap. 2690 Diverse utgifter**

Det foreslås bevilget 189 mill. kroner for 2005 mot 178 mill. kroner i saldert budsjett for 2004.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2690 post 77 økes med 1 mill. kroner og bevilges med 60 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 2690 post 70 økes med 1 mill. kroner og bevilges med 60 mill. kroner.

#### **Oversikt over bevilgningsforslag**

Sammenligning av forslag til fordeling av tildelt ramme for rammeområde 15 der det foreligger avvikende forslag til bevilgning. Avvik i forhold til Regjeringens forslag i parentes.

| Kap.                                      | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1      | H, FrP, KrF,                              | SV  |
|---|------|---|--------------------|---|---|
| Utgifter rammeområde 15 (i tusen kroner)  |      |   |                    |   |   |
| <b>600</b>                                |      | <b>Arbeids- og sosialdepartementet (jf. kap. 3600)</b>              |                    |   |   |
|   | 1    | Driftsutgifter  | 113 200            | 113 200<br>(0)                            | 93 200<br>(-20 000)                       |
| <b>621</b>                                |      | <b>Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet</b>           |                    |   |   |
|   | 70   | Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.                          | 93 800             | 96 800<br>(+3 000)                        | 93 800<br>(0)                             |
|   | 74   | Tilskudd til pensjonistenes og funksjonshemmedes organisasjoner mv. | 128 400            | 132 400<br>(+4 000)                       | 128 400<br>(0)                            |
| <b>2600</b>                               |      | <b>Trygdeataten</b>   |                    |   |   |
|   | 1    | Driftsutgifter  | 4 946 000          | 4 954 000<br>(+8 000)                     | 4 996 000<br>(+50 000)                    |
| <b>2650</b>                               |      | <b>Sykepenger</b>   |                    |   |   |
|   | 70   | Sykepenger for arbeidstakere mv.                                    | 27 095 000         | 25 415 000<br>(-1 680 000)                | 25 047 500<br>(-2 047 500)                |
|   | 71   | Sykepenger for selvstendige   | 1 850 000          | 1 810 000<br>(-40 000)                    | 1 810 000<br>(-40 000)                    |
|   | 73   | Tilretteleggingstilskudd  | 96 400             | 91 400<br>(-5 000)                        | 96 400<br>(0)                             |
|   | 75   | Feriepenger av sykepenger   | 1 470 000          | 1 380 000<br>(-90 000)                    | 1 380 000<br>(-90 000)                    |
| <b>2652</b>                               |      | <b>Medisinsk rehabilitering mv.</b>                                 |                    |   |   |
|   | 70   | Rehabiliteringspenger   | 8 580 000          | 8 400 000<br>(-180 000)                   | 8 748 500<br>(+168 500)                   |
|   | 71   | Legeerklæringer   | 310 000            | 275 000<br>(-35 000)                      | 275 000<br>(-35 000)                      |
| <b>2655</b>                               |      | <b>Uførhet</b>  |                    |   |   |
|   | 70   | Grunnpensjon  | 16 919 000         | 16 819 000<br>(-100 000)                  | 16 809 000<br>(-110 000)                  |
|   | 71   | Tilleggspensjon   | 24 678 000         | 24 543 000<br>(-135 000)                  | 24 533 000<br>(-145 000)                  |
|   | 72   | Særtilllegg   | 1 390 000          | 1 380 000<br>(-10 000)                    | 1 380 000<br>(-10 000)                    |
|   | 74   | Tidsbegrenset uførestønad   | 1 860 000          | 2 155 000<br>(+295 000)                   | 2 174 000<br>(+314 000)                   |
| <b>2661</b>                               |      | <b>Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.</b>                     |                    |   |   |
|   | 71   | Hjelpestønad  | 1 579 600          | 1 564 600<br>(-15 000)                    | 1 564 600<br>(-15 000)                    |
|   | 74   | Tilskudd til biler  | 985 000            | 975 000<br>(-10 000)                      | 975 000<br>(-10 000)                      |
|   | 75   | Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler                             | 2 721 000          | 2 756 000<br>(+35 000)                    | 2 756 000<br>(+35 000)                    |
|   | 77   | Ortopediske hjelpemidler  | 655 000            | 685 000<br>(+30 000)                      | 685 000<br>(+30 000)                      |
| <b>2670</b>                               |      | <b>Alderdøm</b>   |                    |   |   |
|   | 70   | Grunnpensjon  | 32 995 000         | 33 015 000<br>(+20 000)                   | 33 015 000<br>(+20 000)                   |
|   | 71   | Tilleggspensjon   | 45 615 000         | 45 645 000<br>(+30 000)                   | 45 645 000<br>(+30 000)                   |
| <b>2690</b>                               |      | <b>Diverse utgifter</b>   |                    |   |   |
|   | 77   | Pasienter fra gjensidighetsland                                     | 59 000             | 60 000<br>(+1 000)                        | 60 000<br>(+1 000)                        |
| <b>Sum utgifter</b>                       |      |   | <b>190 233 300</b> | <b>188 359 300</b><br><b>(-1 874 000)</b> | <b>188 359 300</b><br><b>(-1 874 000)</b> |
| Inntekter rammeområde 15 (i tusen kroner) |      |   |                    |   |   |
| <b>Sum inntekter</b>                      |      |   | <b>1 943 600</b>   | <b>1 943 600</b><br><b>(0)</b>            | <b>1 943 600</b><br><b>(0)</b>            |
| <b>Netto</b>                              |      |   | <b>188 289 700</b> | <b>186 415 700</b><br><b>(-1 874 000)</b> | <b>186 415 700</b><br><b>(-1 874 000)</b> |

## RAMMEOMRÅDE 16

## Regjeringens budsjettforslag

| Kap.                                  | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1<br>(2004-2005) |
|---------------------------------------|------|---|------------------------------|
| Utgifter i kroner                     |      |   |                              |
| <i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> |      |   |                              |
| <b>700</b>                            |      | <b>Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)</b> .....   | <b>128 904 000</b>           |
|                                       | 1    | Driftsutgifter .....  | 124 751 000                  |
|                                       | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....   | 4 153 000                    |
| <b>701</b>                            |      | <b>Forskning</b> .....  | <b>132 576 000</b>           |
|                                       | 50   | Norges forskningsråd mv .....   | 132 576 000                  |
| <b>702</b>                            |      | <b>Helse- og sosialberedskap</b> .....  | <b>14 974 000</b>            |
|                                       | 1    | Driftsutgifter .....  | 14 974 000                   |
| <b>703</b>                            |      | <b>Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)</b> .....   | <b>17 012 000</b>            |
|                                       | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 17 012 000                   |
| <b>710</b>                            |      | <b>Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)</b> .....  | <b>522 991 000</b>           |
|                                       | 1    | Driftsutgifter .....  | 372 051 000                  |
|                                       | 21   | Formidlingsvirksomhet .....   | 135 852 000                  |
|                                       | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....   | 15 088 000                   |
| <b>712</b>                            |      | <b>Bioteknologinemnda</b> .....   | <b>6 647 000</b>             |
|                                       | 1    | Driftsutgifter .....  | 6 647 000                    |
| <b>715</b>                            |      | <b>Statens strålevern (jf. kap. 3715)</b> .....   | <b>93 297 000</b>            |
|                                       | 1    | Driftsutgifter .....  | 58 859 000                   |
|                                       | 21   | Oppdragsutgifter .....  | 34 438 000                   |
| <b>719</b>                            |      | <b>Helsefremmende og forebyggende arbeid</b> .....  | <b>88 944 000</b>            |
|                                       | 21   | Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv., <i>kan overføres</i> ..... | 16 389 000                   |
|                                       | 70   | Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer - smittevern, <i>kan overføres</i> .....                                 | 22 826 000                   |
|                                       | 71   | Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv., <i>kan overføres</i> .....                          | 22 363 000                   |
|                                       | 72   | Stiftelsen Amatheia .....   | 15 026 000                   |
|                                       | 73   | Handlingsplan for fysisk aktivitet .....  | 12 340 000                   |
| <b>720</b>                            |      | <b>Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)</b> .....   | <b>462 448 000</b>           |
|                                       | 1    | Driftsutgifter .....  | 406 055 000                  |
|                                       | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 56 393 000                   |
| <b>721</b>                            |      | <b>Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)</b> .....  | <b>63 360 000</b>            |
|                                       | 1    | Driftsutgifter .....  | 63 360 000                   |
| <b>722</b>                            |      | <b>Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)</b> .....   | <b>466 558 000</b>           |
|                                       | 1    | Driftsutgifter .....  | 60 127 000                   |
|                                       | 50   | Tilskudd til NPE som statlig fond .....   | 394 023 000                  |
|                                       | 70   | Dekning av advokatutgifter .....  | 12 408 000                   |
| <b>723</b>                            |      | <b>Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)</b> .....   | <b>17 916 000</b>            |
|                                       | 1    | Driftsutgifter .....  | 17 916 000                   |
| <b>724</b>                            |      | <b>Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak</b> .....   | <b>278 622 000</b>           |
|                                       | 1    | Driftsutgifter, Statens helsepersonellnemnd og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell .....                           | 23 831 000                   |
|                                       | 21   | Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten .....   | 48 697 000                   |
|                                       | 60   | Tilskudd til rekrutteringsplanen .....  | 60 819 000                   |
|                                       | 61   | Tilskudd til turnustjenesten .....  | 132 028 000                  |
|                                       | 71   | Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv .....   | 13 247 000                   |
| <b>725</b>                            |      | <b>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 3725)</b> .....   | <b>35 086 000</b>            |
|                                       | 1    | Driftsutgifter .....  | 35 086 000                   |
| <b>726</b>                            |      | <b>Habilitering og rehabilitering</b> .....   | <b>88 863 000</b>            |
|                                       | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 33 951 000                   |
|                                       | 61   | Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, <i>kan overføres</i> .....  | 54 912 000                   |
| <b>727</b>                            |      | <b>Tannhelsetjenesten</b> .....   | <b>17 038 000</b>            |
|                                       | 21   | Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten .....   | 17 038 000                   |

| Kap.       | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1<br>(2004-2005) |
|------------|------|---|------------------------------|
| <b>728</b> |      | <b>Forsøk og utvikling mv .....</b>   | <b>116 837 000</b>           |
|            | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 116 837 000                  |
| <b>729</b> |      | <b>Annen helsetjeneste .....</b>  | <b>168 177 000</b>           |
|            | 60   | Helsetjenesten for innsatte i fengsel - tilskudd til kommuner .....                                     | 79 299 000                   |
|            | 70   | Behandlingsreiser til utlandet .....  | 83 660 000                   |
|            | 71   | Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m .....  | 5 218 000                    |
| <b>732</b> |      | <b>Regionale helseforetak (jf. kap. 3732) .....</b>   | <b>64 457 565 000</b>        |
|            | 21   | Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i> .....                                       | 17 709 000                   |
|            | 70   | Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74 og 75</i> ..... | 2 494 851 000                |
|            | 71   | Tilskudd til Helse Øst RHF, <i>kan overføres</i> .....  | 15 853 516 000               |
|            | 72   | Tilskudd til Helse Sør RHF, <i>kan overføres</i> .....  | 8 922 960 000                |
|            | 73   | Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i> .....   | 7 883 761 000                |
|            | 74   | Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i> .....   | 5 800 265 000                |
|            | 75   | Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i> .....   | 5 227 108 000                |
|            | 76   | Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                  | 13 140 373 000               |
|            | 77   | Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i> .....                       | 3 199 134 000                |
|            | 78   | Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i> .....  | 1 050 888 000                |
|            | 80   | Pasienttransport .....  | 423 000 000                  |
|            | 81   | Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i> .....  | 444 000 000                  |
| <b>737</b> |      | <b>Kreftregisteret .....</b>  | <b>71 206 000</b>            |
|            | 70   | Tilskudd .....  | 71 206 000                   |
| <b>742</b> |      | <b>Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter .....</b>                                 | <b>26 574 000</b>            |
|            | 1    | Driftsutgifter .....  | 24 312 000                   |
|            | 70   | Tilskudd .....  | 2 262 000                    |
| <b>743</b> |      | <b>Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse .....</b>   | <b>3 772 079 000</b>         |
|            | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 28 107 000                   |
|            | 62   | Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i> .....                                 | 2 050 783 000                |
|            | 70   | Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i> .....                                 | 319 973 000                  |
|            | 72   | Tilskudd til Modum bads nervesanatorium .....   | 84 660 000                   |
|            | 73   | Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i> .....                           | 98 584 000                   |
|            | 75   | Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i> .....                                  | 1 189 972 000                |
| <b>744</b> |      | <b>Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede .....</b>   | <b>41 598 000</b>            |
|            | 70   | Fagenhet for tvungen omsorg .....   | 41 598 000                   |
| <b>750</b> |      | <b>Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578) .....</b>   | <b>125 421 000</b>           |
|            | 1    | Driftsutgifter .....  | 121 807 000                  |
|            | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....                                   | 3 614 000                    |
| <b>751</b> |      | <b>Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577) .....</b>                          | <b>133 535 000</b>           |
|            | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 67 442 000                   |
|            | 70   | Tilskudd .....  | 66 093 000                   |
| <b>760</b> |      | <b>Utredningsvirksomhet m.m .....</b>   | <b>8 454 000</b>             |
|            | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 8 454 000                    |
| <b>761</b> |      | <b>Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet .....</b>   | <b>2 597 372 000</b>         |
|            | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 74 757 000                   |
|            | 60   | Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i> .....   | 64 841 000                   |
|            | 61   | Tilskudd til vertskommuner .....  | 481 456 000                  |
|            | 63   | Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i> .....  | 144 453 000                  |
|            | 64   | Ressurskrevende brukere, <i>overslagsbevilgning</i> .....   | 1 584 400 000                |
|            | 66   | Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse .....   | 50 541 000                   |
|            | 70   | Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i> .....                                  | 46 530 000                   |
|            | 71   | Tilskudd til frivillig arbeid .....   | 13 080 000                   |
|            | 72   | Tilskudd til Landsbystiftelsen .....  | 58 938 000                   |
|            | 73   | Tilskudd til døvblinde og døve .....  | 10 133 000                   |
|            | 75   | Kompetansesentra m.m .....  | 61 832 000                   |
|            | 76   | Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov .....                                  | 6 411 000                    |

| Kap.                | Post | Formål:  | St.prp. nr. 1<br>(2004-2005) |
|---------------------|------|--|------------------------------|
| <i>Folketrygden</i> |      |  |                              |
| <b>2711</b>         |      | <b>Spesialisthelsetjenester mv .....</b>   | <b>2 864 309 000</b>         |
|                     | 70   | Refusjon spesialisthjelp .....   | 1 046 000 000                |
|                     | 71   | Refusjon psykologhjelp .....   | 186 000 000                  |
|                     | 72   | Refusjon tannlegehjelp .....   | 700 000 000                  |
|                     | 76   | Private laboratorier og røntgeninstitut .....  | 523 000 000                  |
|                     | 78   | Opptreningsinstitusjoner m.fl .....  | 409 309 000                  |
| <b>2751</b>         |      | <b>Legemidler mv .....</b>   | <b>9 861 000 000</b>         |
|                     | 70   | Legemidler .....   | 8 785 000 000                |
|                     | 72   | Sykepleieartikler .....  | 1 076 000 000                |
| <b>2752</b>         |      | <b>Refusjon av egenbetaling .....</b>  | <b>2 791 000 000</b>         |
|                     | 70   | Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1 .....                                      | 2 746 000 000                |
|                     | 71   | Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2 .....                                      | 45 000 000                   |
| <b>2755</b>         |      | <b>Helsetjeneste i kommunene mv .....</b>  | <b>3 815 000 000</b>         |
|                     | 62   | Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i> ..... | 160 000 000                  |
|                     | 70   | Refusjon allmennlegehjelp .....  | 2 409 000 000                |
|                     | 71   | Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i> .....                          | 1 147 000 000                |
|                     | 72   | Refusjon jordmorhjelp .....  | 18 000 000                   |
|                     | 73   | Kiropraktorbehandling .....  | 26 000 000                   |
|                     | 75   | Logopedisk og ortoptisk behandling .....   | 55 000 000                   |
| <b>2790</b>         |      | <b>Andre helsetiltak .....</b>   | <b>486 000 000</b>           |
|                     | 70   | Bidrag, lokalt .....   | 486 000 000                  |
|                     |      | <b>Sum utgifter</b>  | <b>93 771 363 000</b>        |

## Inntekter i kroner

|                                       |    |   |                       |
|---------------------------------------|----|---|-----------------------|
| <i>Inntekter under departementene</i> |    |   |                       |
| <b>3710</b>                           |    | <b>Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710) .....</b>                     | <b>79 772 000</b>     |
|                                       | 2  | Salgs- og leieinntekter .....   | 78 882 000            |
|                                       | 3  | Diverse inntekter .....   | 890 000               |
| <b>3715</b>                           |    | <b>Statens strålevern (jf. kap. 715) .....</b>                                | <b>35 950 000</b>     |
|                                       | 2  | Salgs- og leieinntekter .....   | 1 558 000             |
|                                       | 5  | Oppdragsinntekter .....   | 34 392 000            |
| <b>3720</b>                           |    | <b>Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 720) .....</b>                      | <b>8 521 000</b>      |
|                                       | 2  | Salgs- og leieinntekter .....   | 2 000 000             |
|                                       | 4  | Gebyrinntekter .....  | 6 521 000             |
| <b>3722</b>                           |    | <b>Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722) .....</b>                      | <b>72 535 000</b>     |
|                                       | 50 | Overføring fra NPE som statlig fond .....                                     | 72 535 000            |
| <b>3723</b>                           |    | <b>Pasientskadenemnda (jf. kap. 723) .....</b>                                | <b>17 916 000</b>     |
|                                       | 50 | Overføring fra NPE som statlig fond .....                                     | 17 916 000            |
| <b>3724</b>                           |    | <b>Statens autorisasjonskontor for helsepersonell .....</b>                   | <b>15 308 000</b>     |
|                                       | 2  | Gebyrinntekter .....  | 15 308 000            |
| <b>3725</b>                           |    | <b>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725) .....</b>      | <b>103 000</b>        |
|                                       | 3  | Oppdragsinntekter .....   | 103 000               |
| <b>3732</b>                           |    | <b>Regionale helseforetak (jf. kap. 732) .....</b>                            | <b>65 000 000</b>     |
|                                       | 80 | Renter på investeringslån .....   | 65 000 000            |
| <b>3750</b>                           |    | <b>Statens legemiddelverk (jf. kap. 750) .....</b>                            | <b>5 563 000</b>      |
|                                       | 2  | Gebyrinntekter .....  | 5 563 000             |
| <b>3751</b>                           |    | <b>Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577) .....</b> | <b>146 000</b>        |
|                                       | 3  | Tilbakebetaling av lån .....  | 146 000               |
|                                       |    | <b>Sum inntekter</b>  | <b>300 814 000</b>    |
|                                       |    | <b>Netto</b>  | <b>93 470 549 000</b> |

## Stortingets vedtak om budsjetttramme 16

Ved vedtak i Stortinget 25. november 2004 er netto utgiftsramme for rammeområde 16 fastsatt til 94 462 549 000 kroner.

### Generelt

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag for 2005 er på om lag 96,9 mrd. kroner. Dette fordeler seg med 77,1 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og 19,8 mrd. kroner på folketrygdens programområde 30 Stønad ved helsetjenester. Budsjettforslaget innebærer en økning i løpende priser på 10,1 prosent, eller om lag 8,9 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2004. Økningen inkluderer 2,3 mrd. kroner i overføring som følge av oppgavefordelingen mellom nyopprettede Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

### Generelle merknader fra Høyre og Kristelig Folkeparti

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at Regjeringen setter pasienten i sentrum for sin helsepolitikk. Disse medlemmer mener at det er viktig at helsetjenesten tilbyr kvalitativt gode behandlingstilbud til alle, herunder et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi og den enkeltes livssituasjon, tilpasset den enkelte.

Disse medlemmer vil understreke at frivillige og private aktører er et viktig supplement og korrektiv til den offentlige helse- og omsorgssektoren.

Disse medlemmer er positive til at det legges vekt på å tilby brukerne tjenester i sitt nærmiljø.

Disse medlemmer mener at Regjeringens forebyggende folkehelsearbeid bidrar til å redusere helseserisiko og til å bedre helsen til den enkelte.

Ved vurdering av nye former for bio- og genteknologi mener disse medlemmer det er riktig å legge "føre var-prinsippet" til grunn.

Disse medlemmer er fornøyd med at den styrkede bevilgningen til opptrappingsplanen for psykisk helse for 2005 medfører at planen er i rute.

Regjeringen prioriterer dem som trenger det mest, og sammen med styrkingen av tjenestetilbudet og bevilgningen til psykisk helse, kommer en styrking av behandlings- og helsetilbudet til personer med rusproblemer. Disse medlemmer har merket seg at både lavterskel helsetiltak og legemiddelassistert rehabilitering styrkes, samtidig som de medikamentfrie behandlingstiltakene videreutvikles for å gi et tverrfaglig behandlingstilbud av høy kvalitet. Disse medlemmer understreker at det er viktig at den enkelte rusmiddelmissbruker blir møtt med et helhetlig behandlings- og omsorgstilbud med oppfølging i nærmiljøet.

Disse medlemmer viser til at det høsten 2004 ble innført en individuell frist for behandling av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Disse medlemmer mener at dette vil sikre trygghet for behandling i rett tid og bidra til økt fokus på prioritering i helsetjenesten.

Disse medlemmer mener at god samhandling mellom alle nivå er avgjørende for å sikre at alle opplever at helsetjenesten er til for dem, uansatt aktor. Disse medlemmer er positive til Regjeringens initiativ til å utvikle bedre løsninger for samspillet mellom 1.- og 2.-nivå i helsetjenesten. Disse medlemmer er opptatt av at Regjeringen vil stimulere til at private og frivillige helsetilbud utnyttes i samspill med den offentlige helsetjenesten.

Regjeringen legger opp til at det høye aktivitetsnivået ved sykehusene i 2004 kan videreføres på om lag samme nivå i 2005. Aktiviteten ved sykehusene i 2004 har ført til ytterligere reduksjon i ventetidene. Disse medlemmer viser til at siden staten overtok eieransvaret for spesialisthelsetjenesten i 2002, har det totalt sett vært en nedgang i gjennomsnittlig ventetid til behandling på over 20 prosent. Disse medlemmer mener at en god utnyttelse av ressursene i helsesektoren er nødvendig for å frigjøre flere ressurser til pasientbehandling. Disse medlemmer mener at å satse på forskning og å gi muligheter for spesialisering er nødvendig for å styrke behandlingstilbudet. Disse medlemmer viser til at Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund har inngått en forpliktende avtale om fremtidig utvikling av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene med fokus på kvalitet. Viktige målsettinger er å samarbeide for å utvikle kvaliteten på tjenestene gjennom bedre ledelse og organisering, bedre saksbehandling og etablering av kvalitetssystemer.

### Generelle merknader fra Arbeiderpartiet

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet ser med bekymring på at sykehusene ligger an til et underskudd på om lag 2,2 mrd. kroner for 2004. Regjeringens forslag til budsjett innebærer at sykehusene for 2005 får om lag samme bevilgningsnivå som i år. Disse medlemmer konstaterer at Regjeringen dermed legger opp til at sykehusene må kutte sine budsjetter neste år med 2,2 mrd. kroner for å komme i balanse. Disse medlemmer er enige i at en skal opprettholde kravet om en drift i balanse innen utgangen av 2005, og foreslår derfor i sitt alternative budsjett å styrke sykehusenes økonomi med 1,5 mrd. kroner slik at det er mulig for sykehusene å innfri dette kravet uten at pasienter fratras viktige tilbud. Disse medlemmer mener at det er mulig å effektivisere sykehusene uten at pasientene rammes, men Regjeringens forslag vil måtte føre til drastiske kutt i pasientbehandling.

Disse medlemmer har registrert at omstillingsarbeidet innenfor akuttberedskap og fødselsomsorgen har skapt uro og usikkerhet. Disse medlemmer har merket seg at Regjeringen åpner for å kunne godta nedleggelse av lokalsykehus ut fra hensynet til forsvarlig ressursbruk. Disse medlemmer mener det ikke er akseptabelt at trang økonomi tvinger fram stengte avdelinger og redusert pasienttilbud. Det er viktig å rette opp de skjevheter som finnes i den regionale fordelingen mellom helseregionene. Det er et offentlig ansvar at alle som trenger sykehusbehandling, får det.

Verken lommebok eller bosted skal avgjøre hvilke tilbud som gis, eller kvaliteten på dem.

Disse medlemmer vil sikre lave egenandeler for helsetjenester og vil derfor kun prisjustere egenandelstak 1. Disse medlemmer mener at Regjeringens forslag om å innføre en ny egenandel for fysioterapi på grunnlag av diagnoselisten i stønadsforskriften § 3 vil ramme alvorlig syke og kronikere, og aksepterer ikke dette forslaget.

Disse medlemmer ønsker å bidra til sikring av et lavt egenandelstak for helsetjenester. De som har omfattende helseproblemer og store behov for helsehjelp og legemidler, må ikke rammes. Egenandelstaket må sikre at de deler av befolkningen med størst helseproblemer ikke hindres i å få legehjelp og riktige medisiner til rett tid. Disse medlemmer mener at egenandelstaket nå er på et fornuftig nivå, og at kun en prisjustering er naturlig.

Disse medlemmer finner ikke å kunne foreta en forsvarlig omprioritering innen den budsjetttramme flertallet har bevilget til helseformål i Stortingets vedtak om budsjetttramme 16, og viser til Arbeiderpartiets forslag i Budsjett-innst. S. I (2004-2005).

#### **Generelle merknader fra Fremskrittspartiet**

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet kan ikke akseptere den sosiale profilen til det forslag til statsbudsjett for 2005 som Regjeringen har fremlagt. Den skyhøye egenandelen med 8 prosent økning på vanlig lege- og psykologkonsultasjon, samt økning av egenandelen for fritt sykehusvalg og fremfor alt en økning på nærmere 1 000 kroner på frikorttaket, er en omprioritering mellom svake grupper som bidrar til å svekke livskvaliteten for mange kronikere og lavt bemidlede grupper med store helseutgifter som allerede har en vanskelig økonomisk situasjon. Dette er et stort paradoks i dagens Norge, der det å være et rikt land er blitt en begrensning i arbeidet for å hjelpe de mange som trenger det, og der ytelser til svake grupper reduseres og omfordes. Fremskrittspartiet vil i sitt alternative budsjett gå imot enhver økning av egenandelene som i realiteten nå må betraktes som skatt på sykdom.

Slik disse medlemmer ser det, er helseforetakene nå inne i en kritisk økonomisk fase som truer hele sykehusreformen, en utvikling som disse medlemmer verken vil eller kan medvirke til. Foretakene vil ved utgangen av 2004 ha en opparbeidet gjeld på i overkant av 4 mrd. kroner, og det er stilt krav om budsjettbalanse i 2005. Etter at foretakene i 2002 og 2003 hadde økt pasientbehandlingen i snitt på 5 prosent, viser driftsresultatet så langt i 2004 at det ikke blir noen økning av pasientbehandlingen i det hele tatt, noe som i særlig grad skyldes at den innsatsbaserte finansieringsdelen ble redusert fra 60 til 40 prosent.

Det Regjeringen kaller for satsing på helse, utgjør til sammen 70 mill. kroner, idet salderingen av budsjettet med Arbeiderpartiet for inneværende år på 500 mill. kroner ikke er videreført i det foreliggende budsjett. Opprettholdes således kravet om budsjettbalanse i 2005, vil det bety en kraftig reduksjon av sykehusesnes

behandlingstilbud som vil få konsekvenser når det gjelder personale samt ventetid og ventelister. En slik utvikling kan ikke Fremskrittspartiet være med på, og legger derfor inn tilstrekkelige midler i sitt alternative budsjettforslag samt øker stykkprisen fra 40 til 60 prosent, noe som vil medføre at helseforetakene i 2005 kan øke sin pasientbehandling tilsvarende økningen for 2002 og 2003.

Disse medlemmer vil i denne sammenheng peke på at vi fremdeles har 200 000 pasienter i behandlingsskø, og at ventetiden fremdeles ligger på ca. 100 dager, noe som ikke bør være akseptabelt. Fremskrittspartiet vil i høst fremme forslag om å redusere en betydelig del av foretakenes gjeld over inneværende års budsjett. Fremskrittspartiet mener videre at det er helt nødvendig å utsette budsjettbalansen fra 2005 til 2006. Med disse grep fra Fremskrittspartiet vil vi igjen komme tilbake til normal økt produksjon av pasientbehandling fra 1. januar 2005.

Disse medlemmer har etter mange års kamp omsider lyktes i å endre det lovmessige ansvar for behandling og rehabilitering av narkomane ved å flytte dette ansvaret over fra sosiallovgivningen til helselovgivningen, og helseforetakene har derfor fra 1. januar 2004 hatt ansvaret for behandling og rehabilitering av narkomane. Selv om en må forvente en visst tidsbruk før foretakene er å jour med sin rusbehandling, vil disse medlemmer påpeke at også når det gjelder rusbehandling er ressursene i foretakene altfor knappe, slik at man også med statlig ansvar har opparbeidet lange ventelister for behandling og rehabilitering av narkomane. Et problem som har oppstått i forbindelse med Rusreform II, har vært lite gjennomtenkt da loven ble endret, nemlig det kommunale ansvaret for omsorg og pleie i institusjonene innen rusomsorgen i henhold til sosiallovgivningen. Dette er fortsatt et kommunalt ansvar i henhold til lovgivningen, men kommunene synes ikke å ta dette ansvaret på alvor, idet de etter hvert lar være å legge inn sine omsorgspasienter i de private og offentlige omsorgsinstitusjonene og heller søker pasientene innlagt i de fylkeskommunale behandlingssinstitusjonene, mens private omsorgsinstitusjoner driver med betydelig ledig sengekapasitet. Dette skjer til tross for at antall narkomane omsorgstrengende bare øker. Fremskrittspartiet legger inn i sitt alternative statsbudsjett en bevilgning på 210 mill. kroner til rusomsorgen i kommunene. Beløpet foreslås øremerket slik at en kan være sikker på at midlene brukes til rusomsorg i kommunene.

Disse medlemmer kan ikke slå seg til ro med at opptrappingsplanen for eldreomsorgen avsluttes i 2005, da vi vitterlig på det tidspunkt vil ha en underdekning på minimum 15 000 sykehjemsplasser i kommunene. Eldresatsingen bærer preg av en boreform. Disse medlemmer har tidligere pekt på at bemanningen i veldig mange av de offentlige sykehjemmene som nå mer eller mindre kan fungere som minisykehus, er for dårlig og må økes betraktelig. Som et første skritt til en bedre faglig bemanning, foreslår Fremskrittspartiet i sitt alternative budsjettforslag å øke omsorgsbemanningen med 500 stillinger samtidig som det frem-



mes forslag om at Sosial- og helsedirektoratet gis myndighet til å godkjenne normerte bemanningsplaner både for omsorgspersonale og for legebemanningen i våre offentlige sykehjem.

Disse medlemmer viser til den fremforhandlede avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet om budsjettet for 2005 og forslaget om å be Regjeringen utarbeide en nasjonal plan for behandling og forebygging av diabetes som synes å bli en større og større folkesykdom i landet, som i den vestlige verden for øvrig.

Disse medlemmer viser også til at regjeringspartiene og Fremskrittspartiet i sosialkomiteen er blitt enige om å bevilge 3 mill. kroner til grunnforskning om ADHD ved Universitetet i Oslo.

Disse medlemmer mener at den budsjettavtalen som er fremforhandlet mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet, gir budsjettet for 2005 en mer sosial profil på grunn av reverseringen av egenandelsøkningene og større satsing på helse og omsorg, og viser for øvrig til sitt alternative forslag til sosial- og helsebudsjett for 2005:

| Kap.                                     | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1 | FrP                                    |
|--|------|---|---------------|--|
| Utgifter rammeområde 16 (i tusen kroner) |      |   |               |  |
| <b>700</b>                               |      | <b>Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)</b>                 |               |  |
|  | 1    | Driftsutgifter  | 124 751       | 114 751<br>(-10 000)<br>(-8,0%)        |
| <b>701</b>                               |      | <b>Forskning</b>  |               |  |
|  | 50   | Norges forskningsråd mv.  | 132 576       | 142 576<br>(+10 000)<br>(+7,5%)        |
| <b>710</b>                               |      | <b>Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)</b>                  |               |  |
|  | 1    | Driftsutgifter  | 372 051       | 362 051<br>(-10 000)<br>(-2,7%)        |
| <b>719</b>                               |      | <b>Helsefremmende og forebyggende arbeid</b>                          |               |  |
|  | 70   | Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer – smittevern     | 22 826        | 27 826<br>(+5 000)<br>(+21,9%)         |
| <b>720</b>                               |      | <b>Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)</b>                   |               |  |
|  | 1    | Driftsutgifter  | 406 055       | 396 055<br>(-10 000)<br>(-2,5%)        |
| <b>724</b>                               |      | <b>Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak</b>                 |               |  |
|  | 21   | Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten | 48 697        | 71 197<br>(+22 500)<br>(+46,2%)        |
| <b>726</b>                               |      | <b>Habilitering og rehabilitering</b>                                 |               |  |
|  | 21   | Spesielle driftsutgifter  | 33 951        | 35 951<br>(+2 000)<br>(+5,9%)          |
|  | 61   | Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmisbrukere                   | 54 912        | 284 912<br>(+230 000)<br>(+418,9%)     |
| <b>729</b>                               |      | <b>Annen helsetjeneste</b>  |               |  |
|  | 70   | Behandlingsreiser til utlandet  | 83 660        | 93 660<br>(+10 000)<br>(+12,0%)        |
| <b>732</b>                               |      | <b>Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)</b>                         |               |  |
|  | 70   | Tilskudd til helseforetakene  | 2 494 851     | 2 090 851<br>(-404 000)<br>(-16,2%)    |
|  | 71   | Tilskudd til Helse Øst RHF  | 15 853 516    | 13 774 416<br>(-2 079 100)<br>(-13,1%) |

| Kap.        | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1 | FrP                                    |
|-------------|------|---|---------------|--|
|             | 72   | Tilskudd til Helse Sør RHF                                | 8 922 960     | 7 632 760<br>(-1 290 200)<br>(-14,5%)  |
|             | 73   | Tilskudd til Helse Vest RHF                               | 7 883 761     | 6 707 461<br>(-1 176 300)<br>(-14,9%)  |
|             | 74   | Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF                         | 5 800 265     | 4 929 565<br>(-870 700)<br>(-15,0%)    |
|             | 75   | Tilskudd til Helse Nord RHF                               | 5 227 108     | 4 614 208<br>(-612 900)<br>(-11,7%)    |
|             | 76   | Innsatsstyrt finansiering av sykehus                      | 13 140 373    | 19 710 573<br>(+6 570 200)<br>(+50,0%) |
|             | 77   | Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.           | 3 199 134     | 3 592 134<br>(+393 000)<br>(+12,3%)    |
|             | 80   | Pasienttransport  | 423 000       | 864 000<br>(+441 000)<br>(+104,3%)     |
| <b>743</b>  |      | <b>Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse</b>     |               |  |
|             | 70   | Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid               | 319 973       | 329 473<br>(+9 500)<br>(+3,0%)         |
| <b>761</b>  |      | <b>Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet</b> |               |  |
|             | 60   | Tilskudd til omsorgstjenester                             | 64 841        | 264 841<br>(+200 000)<br>(+308,4%)     |
|             | 61   | Tilskudd til vertskommuner                                | 481 456       | 931 456<br>(+450 000)<br>(+93,5%)      |
| <b>2711</b> |      | <b>Spesialisthelsetjenester mv.</b>                       |               |  |
|             | 70   | Refusjon spesialisthjelp                                  | 1 046 000     | 1 021 000<br>(-25 000)<br>(-2,4%)      |
|             | 71   | Refusjon psykologhjelp                                    | 186 000       | 181 000<br>(-5 000)<br>(-2,7%)         |
|             | 72   | Refusjon tannlegehjelp                                    | 700 000       | 725 000<br>(+25 000)<br>(+3,6%)        |
|             | 76   | Private laboratorier og røntgeninstitutt                  | 523 000       | 739 000<br>(+216 000)<br>(+41,3%)      |
|             | 78   | Opptreningsinstitusjoner m.fl.                            | 409 309       | 414 309<br>(+5 000)<br>(+1,2%)         |
| <b>2751</b> |      | <b>Legemidler mv.</b>                                     |               |  |
|             | 70   | Legemidler  | 8 785 000     | 8 905 000<br>(+120 000)<br>(+1,4%)     |
|             | 72   | Sykepleieartikler   | 1 076 000     | 1 096 000<br>(+20 000)<br>(+1,9%)      |
| <b>2752</b> |      | <b>Refusjon av egenbetaling</b>                           |               |  |
|             | 70   | Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1                 | 2 746 000     | 3 291 000<br>(+545 000)<br>(+19,8%)    |

| Kap.                                      | Post | Formål:                                      | St.prp. nr. 1     | FrP  |
|---|------|--|-------------------|--|
| <b>2755</b>                               |      | <b>Helsetjeneste i kommunene mv.</b>         |                   |  |
|   | 62   | Tilskudd til fastlønsordning fysioterapeuter | 160 000           | 210 000<br>(+50 000)<br>(+31,3%)                           |
|   | 70   | Refusjon allmennlegehjelp                    | 2 409 000         | 2 499 000<br>(+90 000)<br>(+3,7%)                          |
|   | 71   | Refusjon fysioterapi                         | 1 147 000         | 1 387 000<br>(+240 000)<br>(+20,9%)                        |
|   |      | <b>Sum utgifter</b>                          | <b>93 771 363</b> | <b>96 932 363</b><br><b>(+3 161 000)</b><br><b>(+3,4%)</b> |
| Inntekter rammeområde 16 (i tusen kroner) |      |  |                   |  |
|   |      | <b>Sum inntekter</b>                         | <b>300 814</b>    | <b>300 814</b><br><b>(0)</b><br><b>(0%)</b>                |
|   |      | <b>Netto</b>                                 | <b>93 470 549</b> | <b>96 631 549</b><br><b>(+3 161 000)</b><br><b>(+3,4%)</b> |

### **Generelle merknader fra Sosialistisk Venstreparti**

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative forslag til statsbudsjett for 2005, der partiets primærforslag til statsbudsjett for 2005 er presentert. Gjennom budsjettssamarbeidet mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet er det oppstått forlik om en økonomisk ramme for helsebudsjettet som Sosialistisk Venstreparti er uenig i. Sosialistisk Venstreparti ønsker imidlertid i denne innstillingen å synliggjøre at det innenfor samme ramme som budsjettforliket er mulig å oppnå et bedre og mer sosialt rettferdig budsjettforslag enn det regjeringspartiene og Fremskrittspartiet legger opp til.

Nærhet til helsetjenestene vil for mange syke og eldre være en forutsetning for at de kan motta behandling. Derfor vil disse medlemmer ha en godt utbygd kommunehelsetjeneste og legger opp til en kommuneøkonomi som gjør dette mulig. Disse medlemmer tror at dette også er god samfunnsøkonomi, fordi velfungerende lokale helsetjenester både virker forebyggende mot alvorlig sykdom og reduserer behovet for kostnadskreven reiser og for spesialisthelsetjenester langt fra pasientenes bosteder. I enkelte kommuner er det store problemer med å rekruttere enkelte faggrupper, som leger, helsesøstre og jordmødre.

Disse medlemmer vil ha en statlig virkemiddelordning som kan bidra til å bedre rekrutteringen til særlig utsatte områder. Disse medlemmer vil også styrke den generelle innsatsen for rekruttering og kvalifisering av helsepersonell. Det bør legges særlig vekt på rekrutteringstiltak i kommunene, siden det er her mesteparten av det daglige helsearbeidet utføres. Også når det gjelder tannhelsetjenesten er det store forskjeller i rekruttering og geografiske fordeling. Dette ram-

mer særlig tilbudet til befolkningen i områder med spredt bosetning.

Disse medlemmer vil at en statlig virkemiddelordning for rekruttering av helsepersonell også skal omfatte tannhelsepersonell. Men noen tilstander krever sykehusbehandling. Disse medlemmer mener at tjenestene skal være av høy faglig kvalitet. Samtidig skal hele befolkningen ha tilgang til det samme tilbudet. Fordi de alvorligst syke vil ha vansker med å reise langt for å motta behandling, mener disse medlemmer at spesialistene skal gjøres lettere tilgjengelig for befolkningen gjennom lokalsykehus og reiseordninger for spesialistene dit folk bor. Sosialistisk Venstreparti kjempet mot konsekvensene av sykehusreformen, som har medført økt sentralisering og privatisering av sykehustjenestene.

Disse medlemmer mener at vi vil trenge lokalsykehusene også i framtida. Lokalsykehusene er sentrale i utdanningen av leger, og det er derfor viktig at lokalsykehusene har funksjoner som gjør at de fortsatt kan ta imot turnuskandidater. Dette er viktig for rekruttering av både fastleger og sykehusleger i distriktene. Disse medlemmer mener at Regjeringens forslag til sykehusbudsjett for 2005 setter mange lokalsykehus og lokale akutt- og fødetilbud i fare. Disse medlemmer vil derfor foreslå en styrking av sykehussektoren med 1 mrd. kroner i 2005 (200 mill. kroner av disse knyttet til tiltak for rusmiddelavhengige), samtidig som kravet til økonomisk balanse for helseforetakene skyves ett år ut i tid til utgangen av 2006.

Samtidig vil disse medlemmer styrke Stortingets kontroll med bruken av de midlene som bevilges for å unngå at bevilgningene bare fører til at de som fra før av har den høyeste lønnen og de gunstigste pensjonsavtalene, får enda bedre lønnsvilkår, på bekostning av mer penger til behandling av flere pasienter.

Disse medlemmer vil:

- innføre en statlig virkemiddelordning for rekruttering av helsepersonell til allmennhelsetjenesten og til tannhelsetjenesten,
- styrke den generelle rekrutteringsplanen for rekruttering og kvalifisering av helsepersonell med særlig vekt på rekruttering av helsepersonell til kommunene,
- øke bevilgningen til helseforetakene,
- øke psykiatrisatsingen med særlig vekt på barn og unge og rusmiddelavhengige.

Mange mennesker sliter med mentale problemer, og ventetiden på å få hjelp både lokalt og hos spesialist er uakseptabelt lang. Lang ventetid for barn med psykiske problemer er spesielt urovekkende med gjennomsnittlig tre måneders ventetid på henvisning til spesialist, mens voksne i gjennomsnitt "bare" venter halvparten så lenge. Stortinget har vedtatt en opptrappingsplan for psykisk helsevern for perioden 1999 til 2008. Likevel har økningen av midler til psykiatrien vært mindre enn økningen knyttet til de somatiske helsetjenestene, også etter at opptrappingsplanen startet opp. Disse medlemmer mener derfor at det må tas et større løft for psykiatrien enn det Regjeringen legger opp til.

Disse medlemmer legger spesiell vekt på tre grep i psykiatrisatsingen:

- Styrking av det lokale behandlingstilbudet
- Større satsing på barn og unge
- Integrering av behandlingen av rusmiddelavhengige i det psykiske helsevernet

Satsing lokalt kan redusere behovet for henvisning til spesialist og for innleggelse i psykiatriske institusjoner. Det kan også medføre at symptomer oppdages raskere, slik at hjelpen kan settes inn før tilstanden blir vanskelig å behandle.

Disse medlemmer tror også at styrkingen av lokale lavterskeltilbud kan bidra til å redusere tvangsbruken innen psykiatrien, som er foruroligende høy i Norge. Psykiatriske team i kommunene kan uten ventetid bidra til hjelp både overfor barn og voksne, også gjennom besøk i hjemmene. De vil også utgjøre et viktig bindeledd til pasientenes fastleger og eventuelt videre til spesialisthelsetjenesten når dette er påkrevet. Regjeringen har skjerpet betingelsene for å yte bistand til ungdommens helsestasjoner, og konsekvensen har vært at flere av disse er nedleggingsstruet.

Disse medlemmer ønsker i stedet å styrke dette tilbudet, også fordi vi tror at det kan ha en gunstig forebyggende effekt for mental sykdom hos ungdom, som ellers kan ha vansker med å oppsøke helsepersonell når sykdom oppstår. Barn og unge er særlig sårbare, spesielt fordi de mangler erfaring i hvordan de skal takle egen sykdom. Disse medlemmer tror at det er særlig mye å hente på tidlig hjelp til barn og unge. Mange psykiske lidelser oppstår som en konsekvens av rusmiddelavhengighet, og mental sykdom kan hos en del mennesker medvirke til rusmiddelavhengighet. Men

tilbudet av helsetjenester har i liten grad vært tilpasset denne erkjennelsen. Mennesker med sykdom som følge av rusmiddelavhengighet avvises ved psykiatriske avdelinger, og psykiatriske pasienter som har rusproblemer, får ofte ikke tilpasset hjelp for rusmiddelavhengigheten.

Disse medlemmer mener at kunnskapen om behandling av rusmiddelavhengighet er for dårlig i Norge. Behandlingsplassene er for få og inngår i for liten grad som en helhetlig del av helsetjenestetilbudet. Disse medlemmer vil styrke hele behandlingsskjeden for rusmiddelavhengige, både gjennom styrkingen av de psykiatriske teamene slik at disse også kan gi behandling ved rusmiddelavhengighet, men også gjennom økt kompetanse og behandlingsskapitet innen spesialisthelsetjenesten.

Alle grep bør etter disse medlemmers syn sees i sammenheng med opptrappingsplanen innen det psykiske helsevesenet, slik at behandlingen av rusmiddelavhengige ikke forblir en omsorgstjeneste på siden av helsevesenet, men en integrert del av behandlingstilbudet til mennesker med mentale og fysiske sykdommer.

Disse medlemmer vil:

- styrke psykisk helsearbeid overfor barn og unge i kommunene,
- styrke ungdommens helsestasjoner,
- styrke kommunale tiltak overfor rusmiddelavhengige,
- styrke tiltak overfor rusmiddelavhengige i spesialisthelsetjenesten,
- styrke det offentlige forebyggende helsearbeidet.

Disse medlemmer legger stor vekt på forebyggende helsearbeid og vil styrke den offentlige innsatsen på dette området. Forebygging av uønsket svangerskap er viktig, men tilskudd til slikt arbeid bør disponeres av det offentlige. Derfor vil disse medlemmer omdisponere midlene som Regjeringen vil bevilge til stiftelsen Amatheia og omfordele disse for å styrke viktige offentlige forebyggende helsetiltak.

Disse medlemmer vil:

- styrke Ammehjelpen og Astmaskolen,
- styrke forebyggende arbeid mot hiv og seksuelt overførbare sykdommer blant annet gjennom økt støtte til organisasjonene som spesielt har engasjert seg på dette området,
- styrke tilskuddet til opplysning og forebygging av uønskede svangerskap.

Disse medlemmer vil ha like egenandeler for sterilisering av kvinner og menn. Disse medlemmer gikk imot innføring av egenandel for sterilisering av kvinner. I de to årene som har gått etter at egenandelen ble innført, har antallet kvinner som steriliserer seg, sunket drastisk. I dag må kvinner betale mer enn 6 000 kroner for å sterilisere seg, mens egenandelen for menn ved sterilisering er 1 268 kroner. I et likestillingsperspektiv er forskjellen vanskelig å forsvare. Det er naturlig å anta at særlig de som av økonomiske og sosi-

ale grunner har størst behov for et slikt inngrep, lar det være, fordi de ikke har råd til det. Dette kan ramme kvinner som er alene om omsorgen for barn særlig hardt.

Disse medlemmer vil:

- redusere egenandelen for sterilisering av kvinner.

Egenandeler skaper forskjeller. Disse medlemmer aksepterer ikke at stadig flere syke og funksjonshemmede skal tvinges til å droppe helse- og omsorgstjenester fordi de ikke har råd. Egenbetaling på helsetjenester og legemidler har økt betydelig de siste åra. Høye egenandeler er urettferdige, fordi de rammer hardest dem som fra før har dårlig økonomi. Reduksjon av egenandelene er et viktig tiltak for å bekjempe fattigdom. Funksjonshemmede og kronisk syke har i gjennomsnitt godt over dobbelt så høye utgifter til

helse og omsorg som totalbefolkningen. For å motvirke ytterligere økning av egenbetalingen går disse medlemmer mot økningen av utgiftstaket i dagens frikortordning (egenandelstak 1) fra 1 550 til 2 500 kroner. Regjeringen foreslår at egenandelene for legehjelp, psykolog og fysioterapi økes med 8 prosent fra 1. juli 2005. Disse medlemmer går mot denne og andre egenandelsøkninger.

Disse medlemmer vil:

- gå imot alle egenandelsøkninger som Regjeringen foreslår på helseområdet,
- beholde egenandelstaket for medisiner og helsetjenester (tak 1) uendret på 1550 kroner.

Disse medlemmer viser til sitt alternative helsebudsjett for 2005:

| Kap.  | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1 | SV                        |
|---|------|---|---------------|---------------------------|
| <b>Utgifter rammeområde 16 (i tusen kroner)</b> |      |   |               |                           |
| <b>700</b>                                      |      | <b>Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)</b>   |               |                           |
|   | 1    | Driftsutgifter  | 124 751       | 114 751<br>(-10 000)      |
| <b>719</b>                                      |      | <b>Helsefremmende og forebyggende arbeid</b>  |               |                           |
|   | 21   | Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv. | 16 389        | 19 389<br>(+3 000)        |
|   | 70   | Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer – smittevern                                 | 22 826        | 27 826<br>(+5 000)        |
|   | 71   | Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv.                          | 22 363        | 29 389<br>(+7 026)        |
|   | 72   | Stiftelsen Amatheia   | 15 026        | 0<br>(-15 026)            |
| <b>724</b>                                      |      | <b>Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak</b>   |               |                           |
|   | 21   | Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten                             | 48 697        | 78 697<br>(+30 000)       |
|   | 60   | Tilskudd til rekrutteringsplanen  | 60 819        | 110 819<br>(+50 000)      |
| <b>726</b>                                      |      | <b>Habilitering og rehabilitering</b>   |               |                           |
|   | 61   | Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere  | 54 912        | 104 912<br>(+50 000)      |
| <b>729</b>                                      |      | <b>Annen helsetjeneste</b>  |               |                           |
|   | 60   | Helsetjenesten for innsatte i fengsel - tilskudd til kommuner                                     | 79 299        | 89 299<br>(+10 000)       |
| <b>732</b>                                      |      | <b>Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)</b>   |               |                           |
|   | 70   | Tilskudd til helseforetakene  | 2 494 851     | 3 539 851<br>(+1 045 000) |
|   | 77   | Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.   | 3 199 134     | 3 249 134<br>(+50 000)    |
|   | 80   | Pasienttransport  | 423 000       | 433 000<br>(+10 000)      |
| <b>743</b>                                      |      | <b>Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse</b>   |               |                           |
|   | 62   | Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner   | 2 050 783     | 2 100 783<br>(+50 000)    |
| <b>2711</b>                                     |      | <b>Spesialisthelsetjenester mv.</b>   |               |                           |
|   | 70   | Refusjon spesialisthjelp  | 1 046 000     | 1 071 000<br>(+25 000)    |
|   | 71   | Refusjon psykologhjelp  | 186 000       | 191 000<br>(+5 000)       |

| Kap.                                      | Post | Formål:                                      | St.prp. nr. 1     | SV                                       |
|---|------|--|-------------------|--|
| <b>2751</b>                               |      | <b>Legemidler mv.</b>                        |                   |  |
|   | 70   | Legemidler                                   | 8 785 000         | 8 905 000<br>(+120 000)                  |
|   | 72   | Sykepleieartikler                            | 1 076 000         | 1 096 000<br>(+20 000)                   |
| <b>2752</b>                               |      | <b>Refusjon av egenbetaling</b>              |                   |  |
|   | 70   | Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1    | 2 746 000         | 3 231 000<br>(+485 000)                  |
| <b>2755</b>                               |      | <b>Helsetjeneste i kommunene mv.</b>         |                   |  |
|   | 62   | Tilskudd til fastlønsordning fysioterapeuter | 160 000           | 210 000<br>(+50 000)                     |
|   | 70   | Refusjon allmennlegehjelp                    | 2 409 000         | 2 499 000<br>(+90 000)                   |
|   | 71   | Refusjon fysioterapi                         | 1 147 000         | 1 387 000<br>(+240 000)                  |
| <b>2790</b>                               |      | <b>Andre helsetiltak</b>                     |                   |  |
|   | 70   | Bidrag, lokalt                               | 486 000           | 491 000<br>(+5 000)                      |
| <b>Sum utgifter</b>                       |      |  | <b>93 771 363</b> | <b>96 096 363</b><br><b>(+2 325 000)</b> |
| Inntekter rammeområde 16 (i tusen kroner) |      |  |                   |  |
| <b>Sum inntekter</b>                      |      |  | <b>300 814</b>    | <b>300 814</b><br><b>(0)</b>             |
| <b>Netto</b>                              |      |  | <b>93 470 549</b> | <b>95 795 549</b><br><b>(+2 325 000)</b> |

### Generelle merknader fra Senterpartiet

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett med forslag om å bevilge 96 372,049 mill. kroner, som er 1 909,5 mill. kroner mer enn den vedtatte budsjetttrammen, på rammeområde 16.

Dette medlem er uenig med flertallet i deres prioritering av helse og helsepolitikk, og finner derfor ikke å kunne foreta en forsvarlig omprioritering innen den budsjetttrammen som foreligger. Dette medlem viser derfor til Senterpartiets alternative statsbudsjett og budsjetttramme.

Dette medlem mener at helsepolitikken er det viktigste velferdspolitiske området vi har. God helse gir trygghet, trivsel og muligheter til å realisere seg selv. I et slikt perspektiv er det viktig med en fullverdig helsepolitikk gjennom god forebygging, behandling og rehabilitering. For de som har kroniske lidelser eller funksjonshemninger, er det viktig at hjelpeapparatet er godt nok slik at smerter kan lindres og funksjonshemningene bli minst mulige gjennom tilrettelegging og bistand.

Dette medlem vil understreke at Senterpartiet vil fremme helse og forebygge fremfor å reparere. Men når sykdom og skade først oppstår, er det også viktig at behandling og rehabilitering skjer raskt, slik at ytterligere skade og sykdomsutvikling kan forhindres. En rask rehabilitering er også viktig for å kunne gjenopprette størst mulig funksjonsevne både i forhold til yrkesaktivitet og for størst mulig selvhjelpenhet i det private.

Livsstilsykdommene som i dag er økende, må møtes med mer helsefremmende atferd og forebygging. Derfor er Senterpartiet opptatt av å bryte usunne vaner for folk flest, slik at levestetet preges av mer fysisk aktivitet, et bedre kosthold og mindre tobakks- og rusmiddelbruk.

Dette medlem er bekymret for at de endringer og omstruktureringer som skjer innen helseforetakene, kan føre til at det ikke blir likeverdige forhold for alle når det gjelder helsebehandling. Målet er et likeverdig tilbud til alle innbyggere uavhengig av blant annet bosted, økonomi og sosial status. Når det legges ned føde- og akuttmedisinske avdelinger, og avstand til akutttilbud øker, føler befolkningen uro, utryggheten stiger og i deler av landet vårt vil et manglende helse-tilbud være avgjørende for bosettingen. Avstand til sykehus kan bli avgjørende for spørsmål om liv eller død, særlig der ikke ambulansetjenesten på land, vann eller i luft kompenserer godt nok for lang avstand til akuttstusykehuset. For at det skal bo folk i alle deler av landet, må det sikres et akutt- og helsebehandlingstilbud som samlet gir et likeverdig tilbud til hele befolkningen.

Dette medlem viser til at Senterpartiet i statsbudsjettet for 2004 foreslo at tidspunktet for balanseoppnåelse i helseforetakene skulle utsettes til 2006, og at Senterpartiet fremmet forslag om en gjeldsletteordning for helseforetakene. Dette medlem kan igjen konstatere at helseforetakene har store økonomiske driftsproblemer. Etter Senterpartiets mening er det uakseptabelt at dette skal resultere i et dårligere behandlings-

tilbud slik flere av helseforetakene har varslet. Oppsigelse av personell, stenging av sengeposter, avdelinger og behandlingstilbud, samt strukturendringer som fører til seksjonering og sentralisering av helsetilbudet slik at gode samhandlingskjeder splittes opp ved lokalsykehusene, er en uønsket og uakseptabel utvikling etter dette medlems mening.

Dette medlem frykter at dårlig økonomi kan tvinge igjennom en utvikling som både på kort og lang sikt er en svekkelse av norsk helsevesen. Det er særdeles viktig at akuttberedskapen videreutvikles og trykkes, og ikke svekkes gjennom nedbygging og sentralisering. Dette medlem mener det vil bli en svært dyrekjøpt erfaring å rasere norsk helsevesen på denne måten, - og det vil bli en meget kostbar rehabilitering.

Dette medlem viser til at Senterpartiet var imot helsereformen og helseforetaksordningen slik den ble vedtatt av flertallet. Samtidig vil dette medlem minne om at nettopp Senterpartiet har vært det partiet som etter etableringen av helseforetaksmodellen har prøvd å tilrettelegge for best mulige rammevilkår for driften av helseforetakene og spesialisthelsetjenesten. Dette medlem mener en slik prioritering har vært nødvendig for å sikre et best mulig behandlingstilbud og sette pasientens behov i sentrum. Dette medlem viser til de siste års statsbudsjettforslag fra Senterpartiet samt forslagene om gjeldslette og utsetting av balansekravet til 2006.

Dette medlem er sterkt bekymret for situasjonen innen sykehusene og spesialisthelsetjenesten. Gjeldssituasjonen er fortsatt dramatisk, og bevilgningene fra flertallet på statsbudsjettet for 2005 er ikke tilstrekkelig for å rette opp driftssituasjonen for helseforetakene. Derfor vil dette medlem i Senterpartiets alternative statsbudsjett øke driftsrammen til de regionale helseforetakene med 1 500 mill. kroner samt øke bevilgningene til rehabilitering og en del andre enkeltprosjekt innen spesialisthelsetjenestene. Videre mener dette medlem fortsatt at kravet om balansetidspunkt må utsettes til 2006. Dessuten vil dette medlem løpende vurdere behovet for igjen å foreslå en gjeldslette for helseforetakene. Dette må blant annet ses i sammenheng med det faktum at verdifastsettelsen av helseforetakene ennå ikke er foretatt på en skikkelig måte.

Dette medlem viser til at det har vært en skjevfordeling av tilskuddene til helseregionene, noe som har medført at Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF har vært underfinansiert. Dette medlem minner om at det ved fjorårets budsjettbehandling ble bedt om å rette opp denne underfinansieringen. Når budsjettforliket nå foreslår å forsere denne opprettingen, støtter dette medlem et slikt forslag, noe som betyr at det på Senterpartiets alternative statsbudsjett tas 150 mill. kroner av den økte rammen til helseforetakene på 1,5 mrd. kroner til dette formålet. Det betyr at Helse Vest RHF får 100 mill. kroner og Helse Midt-Norge RHF får 50 mill. kroner for raskere å rette opp underfinansieringen. Med Senterpartiets økte ramme vil alle helseregionene få en vesentlig styrking av sin driftsøkonomi i 2005.

Dette medlem viser videre til at Senterpartiet ved flere anledninger har påpekt at det er behov for mer innsyn og åpenhet i helseforetaksordningen. Dessuten vil dette medlem påpeke at det må bli en bedre folkevalgt styring med helseforetakene. Dette medlem mener at det må legges opp en helt annen modell for folkevalgt innflytelse og styring på dette viktige området, og Senterpartiet vil komme tilbake med konkrete forslag om dette. I den sammenheng vil dette medlem påpeke at det i den senere tid har vært en interessant politisk utvikling i forhold til økt behov for innsyn, åpenhet og folkevalgt innflytelse. Dette medlem synes det er positivt at det kan synes som det er større forståelse for endringer nå enn det har vært når disse forholdene tidligere har blitt tatt opp.

Dette medlem vil fortsatt påpeke at vesentlige endringer av behandlingstilbudene innen sykehus- og spesialisthelsetjenesten må forelegges Stortinget til behandling før de eventuelt kan settes ut i live. Dette medlem er sterkt bekymret for at utilstrekkelig økonomi, gjennom underbudsjettering, og sterke stordrifts- og sentraliseringskrefter i helsevesenet skal rasere sykehusstrukturen og behandlingstilbudet. Divisjonering og seksjonering av behandling og drift, sammen med en overvettes tro på stordrift og dermed sentralisering, kan etter dette medlems mening ødelegge gode strukturer både når det gjelder samhandlingskjeden innenfor den enkelte institusjon og lokaliseringen av gode, robuste behandlingstilbud slik blant annet gode og velfungerende lokalsykehus har vært og bør være. Dette medlem vil minne om at en av grunnverdiene helsereformen skulle bygge på, var å ivareta de verdier som var skapt i norsk helsevesen. Dette medlem er også opptatt av at helsevesenet og medisinsk behandling skal utvikle seg og moderniseres, men verdien av gode og velfungerende lokalsykehus med fullstendige samhandlingskjeder må ivaretas, og lokalsykehusene må fortsatt være lokalisert slik at de er nær befolkningen som skal betjenes. Etter dette medlems mening må akuttberedskapen være nær og optimal når det virkelig gjelder og tidsfaktoren er avgjørende.

Dette medlem vil videre peke på at lokalsykehusene bør etablere et bedre og nærmere samarbeid med primærhelsetjenesten. Dette medlem mener at liggetiden ved våre sykehus i en del tilfeller i dag synes å være for kort i forhold til en forsvarlig og helhetlig diagnostisering og behandling. Dette medlem vil understreke at pasienten bør være ferdigbehandlet før hun/han utskrives fra spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder ikke minst for eldre syke som ofte har flere lidelser, og som bør både diagnostiseres og behandles på en helhetlig og forsvarlig måte. Dette medlem mener at det som nå skjer, er en uverdigg og uakseptabel håndtering av spesielt eldre syke. Derfor ønsker dette medlem at geriatrien skal prioriteres høyere. Dette må følges opp med bedre finansieringsordning for denne pasientkategorien, og behovet for lengre behandlings- og liggetid må på en bedre måte hensyntas og kalkuleres inn i framtidige kapasitetsbehov. Dette medlem vil i den sammenheng vise til at

befolkningsutviklingen med økningen av de eldste aldersgruppene gjør at vi vil ha behov for mellom 2 000 og 2 500 nye sykehussenger i 2020. Dette medlem er samtidig innforstått med at eldreutviklingen ikke bare kan møtes med økning i antall sykehussenger, men det som nå skjer med nedbygging av sykehusavdelinger og senger, er i hvert fall en utvikling i feil retning når vi vet at behovet om få år vil være større senge- og behandlingskapasitet.

Dette medlem vil samtidig understreke at eldrebølgen som vi allerede er inne i, og som vil være på topp om 20-30 år, vil kreve enda større ressurser også i kommunene. Eldre må behandles med større respekt, få behandling, hjelp og pleie i hjemmet eller nærmest mulig eget bosted, og ved behov få en helhetlig og optimal behandling på sykehus uten å bli sendt frem og tilbake på en uakseptabel måte. Dette medlem viser i den sammenheng til sine merknader under det enkelte kapittel i denne innstillingen når det gjelder tiltak for bedre økonomi, økt tilgang på personell og kompetanse, samt tilrettelegging for samhandling og ansvar mellom forvaltningsnivåene.

Satsingsområdene innen kommunesektoren vil fortsatt være geriatri, psykiatri og rusomsorg. Samtidig er det viktig at det satses på et helhetlig forebyggingsarbeid. Dette medlem vil derfor styrke helsestasjonstjenestene, og spesielt viktig er det nå å sikre at den positive virksomhet som skjer overfor ungdom ved mange helsestasjoner, sikres og videreutvikles. Dette medlem vil igjen understreke den viktige funksjonen som helsestasjonene og helsesøsterrollen har i å koordinere et tverrsektorielt tjenesteopplegg og å følge opp innbyggerne på de forskjellige alderstrinn. Dette arbeidet må etter dette medlems mening prioriteres sterkere og er et av de viktigste elementene i sammenheng med både allmenn- og samfunnsmedisin på primærnivået.

Dette medlem vil påpeke at det er viktig å styrke det etablerte rehabiliteringstilbudet vi har, slik at dette ikke bygges ned eller forsvinner. Ofte utføres dyr pasientbehandling uten god nok rehabilitering. Derfor må det brukes mer ressurser på nødvendig rehabilitering. En slik helhetlig tenkning og handling er også den beste samfunnsøkonomien når det stadig snakkes om å få mer helse ut av hver krone. Dette medlem viser

spesielt til sine merknader vedrørende rehabilitering og opptrening under de aktuelle kapitlene.

Dette medlem vil også gjennom dette budsjettet understreke behovet for å styrke de frivillige organisasjonene og deres arbeid for økt trivsel og tilrettelegging av brukernes hverdag og livssituasjon. I tider hvor frivillighet og dugnadsånd har dårlige kår, er det viktig å stimulere til økt aktivitet og bevissthet om at dette arbeidet har svært stor betydning for samfunnet. Dette medlem vil minne om det engasjementet Senterpartiet har hatt og har for frivillighetsentralene og deres virksomhet. Denne virksomheten har Regjeringen flyttet over til Kulturdepartementet som nå også skal være frivillighetsdepartementet etter Regjeringens opplegg. Dette medlem er ikke imponert over Regjeringens frivillighetsatsing, og derfor ønsker dette medlem blant annet å styrke det frivillige arbeidet i dette budsjettet når det gjelder rammevilkårene for frivillige organisasjoner og brukerorganisasjonene. Dette medlem vil også vise til at frivillighetsentralene igjen foreslås styrket. Dette medlem vil påpeke at disse sentralene har stor og positiv betydning både for sosial- og helsesektoren.

Dette medlem mener det må gjøres mer innenfor sykdomsområder som vi nå ser fører til økende belastning både for samfunnet og det enkelte mennesket. Derfor vil dette medlem blant annet øke forskning, forebygging og behandlingstilbud i forhold til diabetes, beinskjørhet og ADHD. Videre mener dette medlem det er viktig å forhindre skader og sykdom med å forby erverv, besittelse og bruk av dopingmidler samt at forskningen og miljøene som arbeider med dette området, får støtte til økt innsats.

Dette medlem viser videre til partiets alternative budsjett hvor vi reverserer egenandelsøkningene som er foreslått av Regjeringen, og det samme gjelder ordningen med egenandelstak 1. Forslaget om egenandelsøkninger i Regjeringens budsjett ser dette medlem på som økt skatt på sykdom og uførhet, og det kan ikke aksepteres. En slik politikk vil etter dette medlems mening føre til økte forskjeller og økt fattigdomsutvikling.

Dette medlem viser til sitt alternative helsebudsjett for 2005:

| Kap.                                     | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1 | Sp                  |
|--|------|---|---------------|---------------------|
| Utgifter rammeområde 16 (i tusen kroner) |      |   |               |                     |
| <b>710</b>                               |      | <b>Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)</b>  |               |                     |
|  | 1    | Driftsutgifter  | 372 051       | 377 051<br>(+5 000) |
| <b>719</b>                               |      | <b>Helsefremmende og forebyggende arbeid</b>  |               |                     |
|  | 21   | Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv. | 16 389        | 19 389<br>(+3 000)  |
|  | 70   | Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer – smittevern                                 | 22 826        | 25 826<br>(+3 000)  |
|  | 71   | Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv.                          | 22 363        | 29 863<br>(+ 7 500) |
|  | 73   | Handlingsplan for fysisk aktivitet  | 12 340        | 14 340<br>(+ 2 000) |



| Kap.        | Post | Formål:  | St.prp. nr. 1 | Sp                       |
|-------------|------|--|---------------|--------------------------|
| <b>724</b>  |      | <b>Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak</b>                      |               |                          |
|             | 21   | Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten      | 48 697        | 73 697<br>(+25 000)      |
|             | 60   | Tilskudd til rekrutteringsplanen   | 60 819        | 100 819<br>(+40 000)     |
|             | 61   | Tilskudd til turnustjenesten   | 132 028       | 134 528<br>(+2 500)      |
| <b>726</b>  |      | <b>Habilitering og rehabilitering</b>                                      |               |                          |
|             | 21   | Spesielle driftsutgifter   | 33 951        | 34 951<br>(+1 000)       |
|             | 61   | Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelbrukere                           | 54 912        | 79 912<br>(+25 000)      |
| <b>732</b>  |      | <b>Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)</b>                              |               |                          |
|             | 70   | Tilskudd til helseforetakene   | 2 494 851     | 2 549 851<br>(+55 000)   |
|             | 71   | Tilskudd til Helse Øst RHF   | 15 853 516    | 16 338 093<br>(+484 577) |
|             | 72   | Tilskudd til Helse Sør RHF   | 8 922 960     | 9 197 630<br>(+274 670)  |
|             | 73   | Tilskudd til Helse Vest RHF  | 7 883 761     | 8 225 697<br>(+341 936)  |
|             | 74   | Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF  | 5 800 265     | 6 038 201<br>(+237 935)  |
|             | 75   | Tilskudd til Helse Nord RHF  | 5 227 108     | 5 398 989<br>(+171 882)  |
|             | 77   | Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.                            | 3 199 134     | 3 249 134<br>(+50 000)   |
|             | 78   | Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre | 1 050 888     | 1 055 888<br>(+5 000)    |
|             | 80   | Pasienttransport   | 423 000       | 433 000<br>(+10 000)     |
| <b>743</b>  |      | <b>Statlige stimuleringsiltak for psykisk helse</b>                        |               |                          |
|             | 62   | Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner                                | 2 050 783     | 2 130 783<br>(+80 000)   |
|             | 70   | Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid                                | 319 973       | 322 473<br>(+2 500)      |
|             | 72   | Tilskudd til Modum bads nervesanatorium                                    | 84 660        | 86 660<br>(+2 000)       |
| <b>761</b>  |      | <b>Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet</b>                  |               |                          |
|             | 70   | Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.                                 | 46 530        | 54 030<br>(+7 500)       |
|             | 71   | Tilskudd til frivillig arbeid  | 13 080        | 25 080<br>(+12 000)      |
|             | 73   | Tilskudd til døvblinde og døve   | 10 133        | 17 633<br>(+7 500)       |
| <b>2711</b> |      | <b>Spesialisthelsetjenester mv.</b>  |               |                          |
|             | 70   | Refusjon spesialisthjelp   | 1 046 000     | 1 071 000<br>(+25 000)   |
|             | 71   | Refusjon psykologhjelp   | 186 000       | 191 000<br>(+5 000)      |
|             | 78   | Opptreningsinstitusjoner m.fl.   | 409 309       | 429 309<br>(+20 000)     |
| <b>2751</b> |      | <b>Legemidler mv.</b>  |               |                          |
|             | 70   | Legemidler   | 8 785 000     | 8 905 000<br>(+120 000)  |
|             | 72   | Sykepleieartikler  | 1 076 000     | 1 096 000<br>(+20 000)   |

| Kap.                                      | Post | Formål:                                      | St.prp. nr. 1     | Sp                                       |
|---|------|--|-------------------|--|
| <b>2752</b>                               |      | <b>Refusjon av egenbetaling</b>              |                   |  |
|   | 70   | Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1    | 2 746 000         | 3 231 000<br>(+485 000)                  |
|   | 71   | Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2    | 45 000            | 30 000<br>(-15 000)                      |
| <b>2755</b>                               |      | <b>Helsetjeneste i kommunene mv.</b>         |                   |  |
|   | 62   | Tilskudd til fastlønsordning fysioterapeuter | 160 000           | 210 000<br>(+50 000)                     |
|   | 70   | Refusjon allmennlegehjelp                    | 2 409 000         | 2 499 000<br>(+90 000)                   |
|   | 71   | Refusjon fysioterapi                         | 1 147 000         | 1 387 000<br>(+240 000)                  |
| <b>2790</b>                               |      | <b>Andre helsetiltak</b>                     |                   |  |
|   | 70   | Bidrag, lokalt                               | 486 000           | 491 000<br>(+5 000)                      |
| <b>Sum utgifter</b>                       |      |  | <b>93 771 363</b> | <b>96 672 863</b><br><b>(+2 901 500)</b> |
| Inntekter rammeområde 16 (i tusen kroner) |      |  |                   |  |
| <b>Sum inntekter</b>                      |      |  | <b>300 814</b>    | <b>300 814</b><br><b>(0)</b>             |
| <b>Netto</b>                              |      |  | <b>93 470 549</b> | <b>96 372 049</b><br><b>(+2 901 500)</b> |

### Merknader til de enkelte kapitler

Til de kapitler som ikke er omtalt nedenfor, har komiteen ingen merknader og slutter seg til de framlagte budsjettforslag.

#### **Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet**

Det foreslås bevilget 128,9 mill. kroner for 2005 mot 101,4 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 109,8 mill. kroner. Det er overført 5 mill. kroner fra 2003 til 2004. Departementet er blitt tilført enheter som tidligere var i Sosialdepartementet. For 2005 foreslås det omdisponert midler fra kap. 702.

Komiteen merker seg at etableringen av det nye Helse- og omsorgsdepartementet fant sted den 1. oktober 2004, og at den utvidede departementsstrukturen har som målsetning å utforme en helhetlig og effektiv politikk for hele helse- og omsorgsfeltet under ett. Komiteen ser på dette som en hensiktsmessig målsetning som ledd i å oppnå at tjenestene ikke bare skal fungere hver for seg, men i en sammenhengende kjede der det oppnås koordinerte samhandlingsmønstre mellom alle ledd i kjeden.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 700 post 1 reduseres med 0,5 mill. kroner og bevilges med 124,251 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet merker seg at den foreslåtte bevilgningen til departementet beløps-

messig (128,9 mill. kroner) omtrent svarer til foreslått bevilgning til kap. 701 Forskning (132,6 mill. kroner). Disse medlemmer merker seg også at proposisjonsteksten knyttet til bevilgningen til departementet utgjør ca. en tidel av teksten knyttet til kap. 701. Disse medlemmer mener at departementet i sterkere grad bør synliggjøre bruken av midlene til sin egen virksomhet enn hva tilfellet er i St. prp. nr. 1 (2004-2005), og at en oversikt over antall årsverk hører med i beskrivelsen av utviklingen av departementet.

Disse medlemmer merker seg at det foreslås en økt bevilgning til det nye Helse- og omsorgsdepartementet begrunnet i at departementet tildeles nye oppgaver. Disse medlemmer merker seg at denne begrunnelsen gis for alle departementer som tildeles nye oppgaver, selv om endringen av departementsstruktur også innebærer at oppgaver flyttes over til andre departementer.

Disse medlemmer mener at departementet må stilles overfor de samme effektiviseringskrav som det selv fremmer krav om overfor virksomheter som er underlagt departementet.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti går derfor inn for at Helse- og sosialdepartementets budsjettøkning gjøres mindre omfattende enn det Regjeringen legger opp til.

Disse medlemmer foreslår at kap. 700 post 1 reduseres med 10 mill. kroner og bevilges med 114,751 mill. kroner.

#### **Kap. 701 Forskning**

Det foreslås bevilget 132,6 mill. kroner for 2005 mot 120,1 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter

behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 117,1 mill. kroner. Det er overført 0,9 mill. kroner fra 2003 til 2004. For 2005 foreslås det omdisponert midler fra Sosialdepartementets budsjett.

Komiteen slutter seg til departementets strategiske satsingsområder og vil i tillegg understreke behovet for geriatrisk forskning og at behovet for kunnskap på dette området bare vil øke i årene fremover.

Komiteen har merket seg at komiteens tidligere uttalelser om behovet for forskning knyttet til kvinners helse er fulgt opp, og at 45 prosjekter var pågående i 2003.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil særlig peke på betydningen av forskning vedrørende kvinners reproduktive helse både i vårt eget land og i utviklingslandene.

Komiteen har merket seg at Regjeringen vil satse på forskning på stamceller fra fødte mennesker. Komiteen slutter seg til dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet vil samtidig peke på at vår lovgivning setter meget snevre grenser for annen viktig stamcelleforskning. Disse medlemmer viser til at forbudet mot forskning på befruktet egg og forbudet mot terapeutisk kloning setter klare begrensninger for norsk forskning på et område som en i internasjonale forskningsmiljøer har store medisinske og behandlingsmessige forhåpninger til. Disse medlemmer mener at når så få norske forskere deltar i stamcelleforskning, eksempelvis i California, kan dette skyldes den meget restriktive norske lovgivning på dette området.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til Innst. O. nr. 16 (2003-2004) om lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi, der flertallet uttalte:

"Flertallet mener at Norge har muligheter til å utvikle seg til et foregangsland gjennom valg av teknologier som ikke stiller oss overfor betydelige etiske dilemmaer."

Flertallet vil påpeke at Norges prioriterte innsats på forskning på stamceller fra fødte individer kan bidra til at Norge kan tilføre andre land verdifulle kunnskaper på dette området, også land som ikke selv tar del i denne forskningen.

Komiteen viser til det pågående arbeidet for å styrke den norske forskningen på fattigdomsrelaterte sykdommer. Komiteen har merket seg at Regjeringen i 2005 foreslår å videreføre satsingen, og at Regjeringen legger opp til en samlet satsing på global helseforskning i regi av Norges forskningsråd på 9 mill. kroner i 2005.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil styrke innsatsen mot fattigdomsrelaterte sykdommer og viser til Budsjett-innst. S. I (2004-2005), merknad under kap. 719, post 72 og ønsker omprioritering for å styrke kap. 701, post 50 med 3 mill. kroner, øremerket global helseforskning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, viser til at i St.prp. nr. 1 (2004-2005) har Helse- og omsorgsdepartementet gitt en foreløpig evaluering av fastlegeordningen som slår fast at ut fra en helhetsvurdering har reformen vært vellykket.

Komiteen vil påpeke at selv om norsk allmenntidisin i et internasjonalt perspektiv holder et høyt faglig nivå, er virksomheten i for stor grad erfaringsbasert og i for liten grad fundert på forskningsbasert kunnskap. Det pekes spesielt på ivaretagelsen av pasienter med muskel-skjelettlidelser og psykiske sykdommer.

Departementet beskriver et stort behov for styrking av allmenntidinsk forskning og fagutvikling og anfører at det vil innlede et samarbeid med aktuelle miljøer og virksomheter for å drøfte hvordan et slikt utviklingsarbeid kan organiseres og finansieres. Mens spesialisthelsetjenesten har forskning som lovpålagt oppgave, har vi ikke noe tilsvarende for primærhelsetjenesten. Forskning i spesialisthelsetjenesten har ofte begrenset overføringsverdi til allmenntidisetjenesten. Departementet beskriver derfor behov for å styrke forskning og fagutvikling innen allmenntidisetjenesten på tjenestens egne premisser.

Komiteen slutter seg til den beskrivelsen Helse- og omsorgsdepartementet har gitt og ber om at Regjeringen kommer tilbake til Stortinget med forslag om hvordan en slik styrking kan skje organisatorisk og finansielt. Komiteen legger vekt på at forskningen og fagutviklingen må ha som målsetting å styrke kunnskapsgrunnlaget for praktisk utøvende allmenntidisin og derfor må knyttes nært opp mot praktiserende allmenntidiser.

Komiteen fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag for å styrke forskningen innen allmenntidisin."

Komiteen viser til redegjørelsen om arbeidet for å øke kunnskapen om ADHD i proposisjonen. Komiteen viser til at Stortinget bad Regjeringen i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) vurdere å etablere et grunnforskningssenter for ADHD ved Universitetet i Oslo. Komiteen viser til at Sosial- og helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utrede saken, og at saken vil bli lagt frem for Stortinget når den er ferdig utredet. Komiteen mener at Regjeringen må komme tilbake til Stortinget med forslag på konklusjon i denne saken i 2005.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, øker bevilgningen øremerket til grunnforskning på ADHD gjennom Norsk forskningsråd med 3 mill. kroner.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 701 post 50 økes med 3 mill. kroner og bevilges med 135,576 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til sin merknad vedrørende ADHD under kap. 732 post 78.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til disse medlemmers og komiteens samlede merknad angående Bio-Nor i Budsjett-innst. S. nr. 11(2003-2004). Disse medlemmer ser det som positivt dersom forsøk i et samarbeid mellom det offentlige helsevesenet og private produsenter kan bidra til å utvikle nye sikre vaksiner, som også kan komme særlig smitteutsatte land til gode. Disse medlemmer vil støtte opp under tiltak som kan frambringe nye vaksiner mot så vel HIV-smitte som annen livstruende smitte, og mener at Regjeringen aktivt skal tilrettelegge for at Norge kan spille en viktig rolle i smittevernarbeidet særlig i land som er avhengig av bistand som ledd i å unngå smittespredning.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til komiteens merknad om Bio-Nors vaksine i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) der komiteen har merket seg at en eventuell bevilgning gjennom Norges forskningsråd vil sikre at prosjektet er av høy faglig kvalitet og nøytralt behandlet.

Disse medlemmer vil peke på at Bionor Immuno AS i Skien utvikler en behandlende vaksine som spesifikt stimulerer immunsystemet til hiv-smittede og tillater medisinfrie perioder som kan motarbeide både de toksiske effektene av dagens hiv-medisiner (HAART) og utviklingen av resistente virus.

Bionor Immuno AS har gjentatte ganger både i fjor og i år mottatt henvendelser fra Lesotho om muligheten for å gjennomføre en studie der, og disse medlemmer har i brev fra Bionor Immuno datert den 16. november 2004 fått informasjon om at det er et meget stort behov i afrikanske land for immunterapi som kan gi HAART-frie perioder eller være et alternativ til dagens medisiner.

Disse medlemmer viser til at foreløpige resultater fra utprøving ved Ullevål universitetssykehus viser at pasienter som responderer godt på immunterapien, får redusert virusmengde og et forsterket immunsystem. Disse resultatene ble ifølge Bionor presentert ved den internasjonale vaksine-konferansen i Lausanne, Sveits i september 2004. Bionor Immuno AS ønsker, etter de opplysninger disse medlemmer har mottatt, å sette opp et studium i Lesotho som et første steg

inn i afrikanske studier. Forutsetningen for å kunne gjøre dette er ifølge Bionor Immuno at studiet fullfinansieres. Disse medlemmer viser til budsjettavtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet i sosialkomiteen.

### **Kap. 702 Helse- og sosialberedskap**

Det foreslås bevilget 15 mill. kroner for 2005 mot 15,5 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av St.prp. nr. 43 (2003-2004) og Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 43,6 mill. kroner. For 2005 foreslås det omdisponert midler til kap. 700.

Komiteen registrerer at lov om helsemessig og sosial beredskap, som trådte i kraft 1. juli 2001, har ført til styrket krisehåndteringsevne i helse- og sosialtjenesten. Komiteen finner det tilfredsstillende at alle de fem regionale helseforetakene nå har utarbeidet beredskapsplaner i henhold til loven, og at det foreligger beredskapsplan for alle offentlige sykehus. 96 prosent av landets kommuner hadde godkjent smittevernplan per 20. juli 2004. Komiteen merker seg imidlertid at vannverkens beredskapsplanlegging står noe tilbake, og er enig med Regjeringen i at dette må være en prioritert oppgave for Mattilsynet i 2005.

Komiteen registrerer at nedgangen i bevilgningen fra saldert budsjett til forslaget for 2005 skyldes at stillinger som har vært dekket over kap.702 foreslås overført til kapittel 700 jf. tidligere vedtak i Stortinget.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil minne om at direktøren ved Sosial- og helsedirektoratet i sommer gikk ut og advarte mot svekket katastrofeberedskap ved våre sykehus. Disse medlemmer mener det er grunn til å ta denne advarselen alvorlig og mener det er viktig å se på både sykehusstruktur og kapasitet i denne sammenheng.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil advare sterkt mot at effektiviserings- og rasjonaliseringshensyn skal gå utover beredskapskapasitet og gode samhandlingskjeder som er svært viktig i forhold til en tilstrekkelig katastrofeberedskap. Disse medlemmer mener derfor at disse forholdene må vektlegges mer og være et vesentlig moment for å opprettholde lokalsykehus med fullverdig akuttberedskap. Samtidig som lokalsykehusene er viktige akuttberedskapsinstitusjoner i førstelinjen, er det av avgjørende betydning at de større sykehusene, også universitetssykehusene, har nødvendig intensivkapasitet for å ivareta sitt ansvar i katastrofeberedskapen. Disse medlemmer er derfor opptatt av at det både gjennom økonomi, planlegging og daglig drift gis rom for en beredskapskapasitet som er trygghet for hele landet.

**Kap. 703 Internasjonalt samarbeid**

Det foreslås bevilget 17 mill. kroner for 2005 på kapitlet mot 16,5 mill. kroner i saldert budsjett for 2004.

Komiteen mener det er viktig at det internasjonale samarbeidet innen helsesektoren styrkes. Ved norsk deltakelse i internasjonalt samarbeid bidrar en til å styrke helsefremmende arbeid og sykdomsbekjempelse i andre deler av verden. Gjennom internasjonalt samarbeid får man økt kunnskap, og en kan utvikle samarbeidsordninger som gjør at en kan drive aktivt helsefremmende arbeid nasjonalt. Komiteen mener derfor at det internasjonale samarbeidet må videreutvikles.

Komiteen mener det er viktig med gjensidig godkjenning av helsepersonell innen EU-området. Komiteen mener det er vesentlig at utenlandsk helsepersonell som etablerer seg i Norge, må følge norsk lov, herunder norske forsvarlighetsnormer, norske retningslinjer og det som følger av norsk praksis. Når utenlandsk helsepersonell ansettes i Norge, skal arbeidsgiver kunne stille samme krav til dem som til norsk helsepersonell.

Komiteen ser det som viktig at Norge er aktivt med i det internasjonale samarbeid om beredskap mot terror med bruk av biologiske og kjemiske midler. EUs nye senter i Stockholm for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer og bioterrorisme vil være viktig i dette henseende.

Komiteen mener at det må være en klar forutsetning for godkjenning av utenlandsk helsepersonell for arbeid i norske helseinstitusjoner at de behersker norsk språk, slik at de både kan forstå og gjøre seg forstått, både muntlig og skriftlig.

**Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt**

Det foreslås bevilget 523 mill. kroner for 2005 mot 494 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 493 mill. kroner. Det er overført 3,7 mill. kroner fra 2003 til 2004. For 2005 foreslås det omdisponert midler fra kap. 719 og til kap. 732.

Komiteen har merket seg at Nasjonalt folkehelseinstitutt i 2003 har videreført arbeidet med å effektivisere, målrette og heve kvaliteten på helseovervåkingen.

Komiteen ser det som viktig at sikkerhetsmessige og juridiske sider ved registreringsdriften er styrket, samt at kvalitetssikringen av innsamlet materiell er styrket.

Komiteen har merket seg at effektiviseringsprosessen er videreført ved bl.a. å etablere elektronisk overføring av data fra primærkildene. Komiteen har videre merket seg at dette omfatter Medisinsk fødselsregister, elektronisk meldesystem for smittsomme sykdommer samt et system for melding av sykehusinfeksjoner. Komiteen anser dette som viktig.

Komiteen har merket seg at innsamling av data til Den norske mor og barn-undersøkelsen er videreført,

og at instituttet har styrket overvåkingen av og forskningen på psykisk helse.

Komiteen har videre merket seg at data om sosial ulikhet i helse er tatt inn i presentasjonsprogrammet Norgeshelse, og at arbeidet med å kartlegge sosial ulikhet i helse er styrket. Komiteen mener det er positivt.

Komiteen ser det som viktig at helseundersøkelser i områder med samisk bosetting er fulgt opp etter planen.

Komiteen mener området mattrygghet er viktig, og har merket seg at mattryggheten er bedret ved at instituttet har utviklet og tatt i bruk nye genteknologiske metoder som effektiviserer overvåkingen av næringsmiddelbårne bakterier.

Komiteen viser til Folkehelseinstituttets siste tall over forekomsten av hiv i Norge, som viser en bekymringsfull økning. Komiteen har derfor merket seg at instituttet har videreført oppgaver under strategiplan for å forebygge hiv og seksuelt smittsomme sykdommer. Komiteen anser dette som viktig og har også merket seg at det er etablert en arbeidsgruppe for å uttrede og overvåke hepatitt C. Komiteen viser til at hepatitt C ifølge Folkehelseinstituttet er et økende problem i Norge, som dermed krever særskilt innsats.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener det er viktig at instituttet har videreført samarbeid med Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo (MARIO).

Komiteen mener det er viktig å opprettholde beredskap og kompetanse for å møte trusselen fra nye infeksjonssykdommer.

Komiteen har merket seg at overføring av abortstatistikken til Medisinsk fødselsregister skal utredes.

Komiteen har merket seg at det som et ledd i strategien for å styrke det forebyggende arbeidet i regi av opptrappingsplanen for psykisk helse samt oppfølging av de tiltakene instituttet har ansvar for i Regjeringens strategiplan for barns og unges psykiske helse, skal etableres en overvåkingsgruppe for psykiske lidelser blant barn og unge.

Komiteen har også merket seg at instituttet skal styrke forskningen om forekomst og årsaker til selvmord blant unge, og at forskning om psykisk helse blant kvinner skal videreføres. Komiteen ser på dette som viktig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringpartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 710 post 1 reduseres med 2 mill. kroner og bevilges med 370,051 mill. kroner.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, har

også merket seg at oppgaver under Barnevaksinasjonsprogrammet er ivaretatt. Dette flertallet er oppmerksom på at Nasjonalt folkehelseinstitutt har anbefalt oppfriskningsdose for kikhostevaksinering innenfor rammen av Barnevaksinasjonsprogrammet. Klare råd fra Nasjonalt folkehelseinstitutt har ikke ført til bevilgninger til denne vaksinasjonen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, er kjent med at Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt utviklingen av antall kikhostetilfeller nøye og har vært i løpende kontakt med Folkehelseinstituttet for å vurdere behovet for tiltak. Flertallet mener at på bakgrunn av epidemiske utbrudd i den senere tid bør innføring av en såkalt oppfriskningsdose mot kikhoste ha høy prioritet i fremtiden.

Komiteen har merket seg at pneumokokkvaksine, som blant annet er en vaksine mot hjernehinnebetennelse, er innført som vaksine for spedbarn i USA. I Frankrike gis et slikt tilbud til barn i særlige tilfeller. Komiteen er kjent med at det i Norge er om lag 60 tilfeller hvert år av hjernehinnebetennelse eller annen alvorlig systemisk sykdom forårsaket av pneumokokker hos barn under to år. Mortaliteten er ca. 5 prosent.

Komiteen er kjent med at en ekspertgruppe i Norge med representanter fra relevante institusjoner for tiden utreder en kostnad-/nytteanalyse av en pneumokokkvaksine i Norge. Komiteen mener at det også er naturlig å se hen til hva de andre europeiske landene gjør på dette området. Komiteen ber Helse- og omsorgsdepartementet komme tilbake til saken når ekspertgruppens analyse foreligger.

Komiteen viser til at Verdens Helseorganisasjon har definert diabetes som en av fremtidens verste trusler mot folkehelsen, og det samme gjør helsemyndighetene i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Helseministere fra EUs 25 medlemsland har ifølge Norges Diabetesforbund uttalt at diabetes må bli et prioritert satsingsområde for alle europeiske land, og at det må etableres nasjonale diabetesplaner. Ifølge de opplysninger komiteen har mottatt fra Norges Diabetesforbund, har 200 000 personer i Norge diabetes, og om lag 100 000 personer har diabetes uten å vite om det. Mange har ifølge Diabetesforbundet alvorlige senskader når sykdommen oppdages. Så vidt komiteen har fått vite, har ca. 25 000 personer såkalt type-2 diabetes. Så vidt komiteen vet, kan diabetes type-2 forebygges, og god behandling kan utsette/forebygge komplikasjoner. Norges Diabetesforbund peker på at diabetes i Norge koster opp til 10 mrd. kroner årlig, noe som vil komme til å øke dersom det ikke settes inn tiltak. Diabetesforbundet hevder også overfor komiteen at det koster langt mindre for den enkelte og for samfunnet å forebygge diabetes og diabetes-komplicasjoner enn å behandle dem.

Komiteen mener på denne bakgrunn at Norge trenger en samlet, omfattende nasjonal diabetesplan for forebygging, behandling og forskning. Målet med en

slik plan er etter komiteens mening å bremse diabetesbølgen gjennom målrettet forebygging, å forhindre alvorlige komplikasjoner gjennom tidlig diagnostikk og god kvalitet på behandlingen og å styrke diabetesforskningen. På denne måten vil man slik komiteen ser det, skape mer helse for hver krone og utnytte ressursene i helsevesenet bedre i fremtiden.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser derfor til Budsjett-innst. S. I (2004-2005) der avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet også omfatter et forslag om å be Regjeringen legge frem forslag til en Nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes i løpet av 2005.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at Skiens-bedriften BioNor Immuno AS lenge har arbeidet med utvikling av alternativ behandling til medisinscocktailen for hiv-smitte ved å utvikle en "vaksine" som stimulerer til oppbygging av kroppens immunforsvar ved å skape nye T-celler. Vaksinen ble først testet ut på Haukeland sykehus i 1999/2000 for å sikre at den er trygg for bruk på mennesker (fase I).

Dette flertallet viser videre til at en gjennom budsjettbehandlingen i 2002, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001-2002), bevilget 10 mill. kroner over kap. 732 til uttesting på 40 hiv-positive pasienter ved Ullevål sykehus (fase II).

Dette flertallet foreslår at det bevilges 2 mill. kroner til utprøving av ny vaksine mot hiv/aids i regi av BIONOR. Vaksinen kan formidles forutsatt at den er funnet faglig og etisk forsvarlig, og at nødvendig sikkerhet rundt videre utprøving er ivaretatt.

Dette flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 710 post 21 økes med 2 mill. kroner og bevilges med 137,852 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet støtter omprioriteringen på dette området i tråd med forliket mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet.

Disse medlemmer har merket seg at det har vært en stor økning i erverv, besittelse og bruk av dopingmidler i form av kjemiske kjønshormoner/anabole steroider de seneste årene. Tall fra tollvesenet viser at beslaget av dopingmidler i 2003 var mer enn det tidobbelte av beslaget i 2000. Idretten har i mange år gjennom Norges Idrettsforbund og Norges Olympiske komité drevet aktiv kampanje og kontroll mot bruken av dopingmidler. Gjennom idrettens eget lovverk er det forbudt å bruke dopingmidler, men ifølge norsk lov er dette ikke ulovlig. Disse medlemmer er kjent med at det både fra ledelsen ved Stiftelsen Antidoping Norge (ADN) og ved "Dopingtelefonen" som er etablert ved Aker universitetssykehus HF, uttrykkes stor

bekymring over den økende bruken av dopingmidler, og at brukerne blir stadig yngre.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser derfor til Dokument nr. 8:84 (2003-2004) hvor dette medlem fremmet følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om å forby erverv, besittelse og bruk av dopingmidler gjennom en utvidelse av straffeloven § 162 b."

Som en konsekvens av dette vil dette medlem sette av midler slik at Folkehelseinstituttet i likhet med hvordan man gjør det i Sverige, får økt kapasitet på testing etter og større kompetanse rundt dopingproblematikk.

Dette medlem viser til Senterpartiets alternative budsjett hvor det er satt av 5 mill. kroner på kap. 710 post 1 til dette formålet.

### ***Kap. 712 Bioteknologinemnda***

Det foreslås bevilget 6,6 mill. kroner for 2005 mot 6,8 mill. kroner i saldert budsjett for 2004.

Komiteen ser med interesse frem til at den nyutnevnte nemnda i løpet av høsten 2004 vil vurdere fokus for tema og målgruppe for informasjonsarbeidet. Komiteen har også merket seg at bevilgningen til Bioteknologinemnda er redusert tilsvarende utgifter til ekstraordinære tiltak som nå er falt bort.

### ***Kap. 715 Statens strålevern***

Det foreslås bevilget 93,3 mill. kroner for 2005 mot 90,3 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Det er overført 4,5 mill. kroner fra 2003 til 2004.

Komiteen viser til budsjettproposisjonen og slutter seg til de satsingsområder og mål som er omtalt for 2005. Komiteen vil spesielt peke på den sentrale rollen Strålevernet spiller innenfor Regjeringens handlingsplan for bedre atomsikkerhet i våre nærrområder. Komiteen har gjennom egen befarings i 2003 erfart den betydning dette arbeidet har. Spesielt gjelder dette myndighetssamarbeidet med russiske myndigheter.

Komiteen mener at arbeidet for å hindre stråleskader i befolkningen er viktig. Mange eksponeres årlig for røntgenstråler, og som ledd i at undersøkelse og behandling ved hjelp av røntgenstråler skal være tjenlig i et folkehelseperspektiv, krever dette regelmessige kontroller av utstyret og kontinuerlig veiledning av det personell som betjener utstyret.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 715 post 1 reduseres med 0,5 mill. kroner og bevilges med 58,359 mill. kroner.

### ***Kap. 719 Helsefremmende og forebyggende arbeid***

Det foreslås bevilget 88,9 mill. kroner for 2005 mot 85,5 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter

behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 85,2 mill. kroner. Det er overført 3,4 mill. kroner fra 2003 til 2004. For 2005 foreslås det omdisponert midler til kap. 710.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, er fornøyd med at Regjeringen i budsjettet for 2005 har prioritert en styrking av oppfølgingen av St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge med til sammen 22 mill. kroner.

Flertallet viser til at andelen røykere er på vei ned i Norge. Flertallet mener det er riktig å fortsatt satse på informasjonskampanjer mot tobakk, delvis rettet mot endringene i tobakksskadeloven § 6 og delvis i form av kampanjer rettet mot ungdom.

Komiteen mener at det er viktig at barn og ungdom får gode vaner tidlig med hensyn til kosthold og fysisk aktivitet. Komiteen er derfor tilfreds med at Regjeringen i 2003 gjennomførte en rekke tiltak for å øke aktivitetsnivået særlig blant barn og ungdom. Komiteen vil trekke frem FYSAK-ordningen som tar sikte på å utløse og styrke lokal innsats for å fremme fysisk aktivitet, og samarbeidet mellom Helsedepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet om prosjekt "Fysisk aktivitet og måltider i skolen" der 150 skoler deltar, og der målet er å legge til rette for én times fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i løpet av skoledagen. Samtidig er arbeidet for å styrke skolemåltidet prioritert. I løpet av 2004 vil abonnementsordningen for frukt og grønt i skolen være landsdekkende og omfatte 830 grunnskoler og 57 500 elever.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, er fornøyd med at ordningen styrkes i 2005 med 2,143 mill. kroner og dermed legger til rette for at skolefruktordningen skal videreutvikles med økt skole- og elevdeltakelse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at kostholdsvanene for elever i grunnskolen har en avgjørende betydning for deres framtidige helse, både når det gjelder utvikling av overvekt, og når det gjelder utvikling av kostholdsrelaterte livsstilssykdommer. Disse medlemmer vil vise til de gode erfaringene som ble gjort med den såkalte Oslo-frokosten på 50- og 60-tallet i et folkehelseperspektiv, og disse medlemmer mener at det bør vurderes gjeninnført fellesmåltider i grunnskolen som ledd i å utvikle gode kostholdsvaner blant norske skolebarn.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å utrede innføringen av faste skolemåltider i grunnskolen som ledd i å bedre kostholdsvanene blant barn og unge."

Komiteens medlem fra Senterpartiet registrerer at abonnementsordningen for frukt og grønt i skolen utvides noe med Regjeringens forslag. Men dette medlem er skuffet over at denne ordningen ikke har blitt mer omfattende, og at Senterpartiet ikke fikk støtte for sitt forslag i Dokument nr. 8:18 (2002-2003) der det ble foreslått gratis frukt og grønt til alle elevene i grunnskolen. Dette medlem vil minne om at flere av de største livsstilssykdommene i dag har sterk sammenheng med usunt kosthold og for lite fysisk aktivitet. Dette medlem mener derfor at det må være en mye sterkere satsing på å gi spesielt de yngre generasjonene bedre kostholds- og livsstilsvaner.

Det ble i 2004 tildelt statlige stimuleringsmidler til åtte fylker for å styrke infrastrukturen for det lokale folkehelsearbeidet gjennom partnerskapsmodellen. Komiteen støtter at modellen styrkes med 2 mill. kroner slik at ordningen kan utvides til nye fylker i 2005.

Komiteen følger med interesse arbeidet med utarbeidelsen av en handlingsplan mot sosial ulikhet i helse og har merket seg at Sosial- og helsedirektoratet har startet arbeidet med å bygge opp et kompetansemiljø på området.

Komiteen ser frem til at Sosial- og helsedirektoratet skal slutføre arbeidet med en ny strategi for forebygging av astma, allergi og inneklimasjukdommer basert på et oppdatert faktagrunnlag og på erfaringene fra arbeidet med handlingsplan for forebygging av astma, allergi og inneklimasjukdommer (1998-2002).

Komiteen har merket seg at livsstilstaksten grønn resept ble fremforhandlet under takstoppgjøret 2003 og satt i verk fra oktober 2003, og at den i løpet av ett år er brukt nærmere 24 000 ganger. Komiteen ser frem til evalueringen som starter høsten 2004 der både erfaringene med ordningen samt den løpende evalueringen vil gi grunnlag for å videreutvikle ordningen og for å vurdere hvorvidt taksten skal utvides til flere diagnoser og til å omfatte flere helsepersonellgrupper. Komiteen minner om flertallsforslaget i Innst. S.nr. 230 (2002-2003) som lyder:

"Stortinget ber Regjeringen vurdere om også fysioterapeuter kan omfattes av å benytte livsstilstaksten, som blant annet gjelder muligheten for å foreskrive fysisk aktivitet."

Komiteen understreker viktigheten av at det i videreutviklingen av partnerskapsmodellen for folkehelse må legges særlig vekt på å styrke det lokale folkehelsearbeidet og på bedre samordning av tilskuddsmidler fra nasjonale satsinger til realisering av tiltak og initiativ i kommunene, som for eksempel Trivselshagen på Sandane i Gloppen kommune.

POST 21 SPESIELLE DRIFTSUTGIFTER TIL HELSE-FREMMENDE OG FOREBYGGENDE TILTAK I HELSE- OG SOSIALSEKTOREN MV.

Komiteen har merket seg at posten styrkes med 3 mill. kroner i 2005 til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT forskningscenter ved NTNU, til

oppstart av arbeidet med en ny helseundersøkelse (HUNT3). Dette er i tråd med komiteens uttalte ønske i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004).

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til nye innspill om etablering av "Folkeparken Trivsel" i Harstad og til merknader i budsjettinnstillinga for 2004. Dette er et meget godt gjennomarbeidet tiltak i folkehelsesammenheng der hensikten er å gi lokalbefolkningen og tilreisende et bredt kvalitetstilbud i friluftssammenheng året rundt. Prosjektet er videreutviklet fra presentasjonen i forbindelse med fjorårets budsjett og framstår som vel gjennomtenkt og realiserbart. Opprinnelig søknad gikk til Kulturdepartementet, men ble oversendt til Helsedepartementet. Det vises til denne søknaden. Disse medlemmer mener dette er et tiltak som på en meget målrettet måte støtter opp om forebyggende helsearbeid og folkehelsearbeid generelt. Disse medlemmer viser til at finansieringen av prosjektet bygger på ca. 50 prosent statlig deltakelse og 50 prosent annen kapital. Disse medlemmer ber departementet vurdere søknaden på ny med sikte på å gi støtte.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er kjent med at Norsk Rockforbund og Hørselshemmedes Landsforbund mener det er et stort behov for å fokusere på hvilke støyskader unge mennesker blir utsatt for i fritiden. Når ungdom går på konsert eller festival, har de generelt for lite fokus på hvordan man beskytter hørselen, og mange risikerer dermed å få hørselsskader og tinnitus. Flertallet har registrert at de to ovennevnte organisasjoner ønsker å starte en informasjonskampanje om dette. Flertallet ser dette som et viktig forebyggende arbeid for å unngå hørselsskader og ber Sosial- og omsorgsdepartementet om å vurdere en støtte til prosjektet.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at både Amnehjelpen og Astmaskolene bør styrkes. Amnehjelpen bidrar på en positiv måte til å sikre at flere mødre kan amme. Astmaskolene bidrar til bedre selvhjelp for astmatikere.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 719 post 21 økes med 3 mill. kroner og bevilges med 19,389 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett der kap. 719 post 21 økes med 3 mill. kroner for å styrke amnehjelpen og astmaskolene.

POST 70 FOREBYGGING AV HIV OG SEKSUELT OVERFØRBARE SYKDOMMER - SMITTEVERN

Komiteen er bekymret over at hiv-situasjonen i 2003 i Norge er preget av en betydelig økning i antall



påviste hiv-positive homofile menn og fortsatt mange hiv-smittede asylsøkere og andre med innvanderbakgrunn som er smittet før ankomst til Norge. Komiteen mener derfor at det er en riktig vurdering å prioritere tiltak rettet mot disse to gruppene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at samtidig som det er viktig å målrette smittevernet mot de grupper som antas å ha størst nytte av tiltakene, så er det viktig at tiltakene i sin form er ikke-diskriminerende og basert på at smittespredning skjer i hele befolkningen.

Statens helsetilsyns rapporter fra kommunene tyder på at helsetjenester på smittevernområdet er mangelfullt mange steder. Komiteen mener det er viktig å styrke asylmottak og kommunehelsetjenesten på dette området.

Det er også bekymringsfullt at det er en økende forekomst av klamydiainfeksjon i de yngre årsgruppene, og komiteen støtter derfor at det vil bli prioritert økt tilgjengelighet av gratis kondomer og god informasjon om forebygging, testing og behandlingmuligheter.

Komiteen har merket seg at Regjeringen prioriterer å styrke forebygging av sykehusinfeksjoner med 5 mill. kroner som en oppfølging av Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004-2006. Dette innebærer et nytt register for overvåkning av sykehustjenesten basert på overvåkning av hyppighet, nytt regelverk med mer målrettede for forebygging av infeksjoner i helse- og sosialsektoren og iverksetting av en kampanje for bedring av håndhygiene i helsetjenesten. Komiteen håper at dette kan bidra til å få ned antallet sykehusinfeksjoner, og vil følge arbeidet nøye.

Komiteen har merket seg at ifølge Nasjonal komité for pandemisk influensa anses trusselen om en ny verdensomspennende influensapandemi større enn på svært lenge, og ber derfor sentrale helsemyndigheter også i 2005 om å følge nøye med i situasjonen både nasjonalt og internasjonalt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, peker på Folkehelseinstituttets tall som beskriver hiv-situasjonen i Norge. Ifølge instituttet utelukkes det ikke at minst 100 menn i 2003 ble smittet gjennom sex med andre menn. Flertallet mener dette er en dramatisk økning. Videre peker flertallet på at Helseutvalget for homofile er den viktigste aktøren i hiv-forebyggende arbeid blant menn som har seksuell omgang med menn. Flertallet vil derfor styrke rammevilkårene for organisasjonen i 2005 og foreslår derfor å styrke kap. 719 post 70 med 1 mill. kroner.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 719 post 70 økes med 1 mill. kroner og bevilges med 23,826 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senter-

partiet mener det forebyggende arbeidet mot hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner må styrkes ytterligere. Tall fra Nasjonalt folkehelseinstitutt viser en bekymringsfull økning av forekomsten av hiv i Norge.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Budsjett-innst. S. I (2004-2005), merknad under kap. 719 post 72 og ønsker omprioritering for å styrke kap. 719, post 70 med 5 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti mener at det er viktig å videreføre det forebyggende arbeidet mot hiv og seksuelt overførbare sykdommer og ønsker å øke støtten til organisasjoner som spesielt har engasjert seg i dette arbeidet. Disse medlemmer foreslår at organisasjonen Pluss styrkes med 2 mill. kroner i forhold til Regjeringens budsjettforslag, og at ytterligere 3 mill. kroner brukes til å styrke andre organisasjoners innsats på dette området.

Disse medlemmer foreslår at kap. 719 post 70 økes med 5 mill. kroner og bevilges med 27,826 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett der det er foreslått en styrking av dette området på kap. 719 post 70 med 3 mill. kroner som skal gå til hiv-forebyggende tiltak i regi av Helseutvalget for homofile og organisasjonen Pluss.

#### POST 71 TILSKUDD TIL OPPLYSNINGSTILTAK, FOREBYGGING AV UØNSKEDE SVANGERSKAP MV.

Komiteen har merket seg at abortraten blant tenåringer i 2003 var den laveste som er registrert de siste 25 år. Det er grunn til å tro at det nytter å forebygge uønskede svangerskap og abort, og komiteen vil anbefale at tiltakene i Handlingsplanen mot uønskede svangerskap og abort får fortsatt prioritet. Særlig vil komiteen trekke frem at det er grunn til å bekymre seg over unge voksne 20-24 år som har den høyeste abortraten, og støtter derfor Regjeringens tiltak om å målrette tilbudet om prevensjonsveiledning. Komiteen viser for øvrig til at den støtter videreføringen av hjelpetelefonene ved SUSS-senteret i 2005.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at opplysningstiltak mot uønsket svangerskap skal inngå som én av de oppgaver som helsepersonell skal utføre i kontakten med aktuelle befolkningsgrupper. Informasjonsarbeidet bør målrettes mot ulike grupper av befolkningen gjennom spesielt tilrettelagt virksomhet. Et hensiktsmessig virkemiddel er etter disse medlemmers syn egne helsestasjoner for ungdom der helsepersonell gjennom lavterskeltilbud kan stå i direkte kontakt med ungdommene. Disse medlemmer vil i den forbindelse vise til den forskrivningsrett som jordmødre er gitt for forskrivning av p-piller, og der helsestasjonene blir et hen-

siktsmessig virkemiddel for denne reseptforskrivningen.

Disse medlemmer ser med bekymring på at flere kommuner ikke lenger ser seg i stand til å opprettholde dette tilbudet, fordi Regjeringen har strammet inn tilskuddsordningen. Disse medlemmer mener at Regjeringen bør gjennomgå refusjonsreglene knyttet til driften av helsestasjon for ungdom med utgangspunkt i at det skal tilrettelegges for driftstilskudd til denne typen virksomhet også når annet helsepersonell (jordmor og/eller helsesøster) enn lege står for den direkte kontakten med ungdommer som tar kontakt med helsestasjonene.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til merknad til kap. 2755 der det bl.a. blir vist til at verken prevensjonsveiledning eller arbeid utført av lege i ungdomshelsestasjonene har vært omfattet av trygdens refusjonsordning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at Klinikk for seksuell opplysning forebygger uønskede svangerskap ved å gi prevensjonsopplysning og individuell veiledning. Videre forebygger og behandler den seksuelt overførbare sykdommer, og den driver utstrakt opplysningsvirksomhet om seksualitet og prevensjon overfor publikum, helsearbeidere og myndigheter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Budsjett-innst. S. I (2004-2005), merknad under kap. 719 post 72 og ønsker omprioritering under kap. 719 på 1,5 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti viser til at tall fra Statistisk sentralbyrå viser store, relativt stabile geografiske forskjeller i aborttallene for tenåringer, men uten at årsaken til disse geografiske forskjellene etter disse medlemmers syn er godt nok kartlagt. Disse medlemmer mener at det bør være et mål å bedre kartlegge årsaken til de store geografiske forskjellene i graviditet blant tenåringer for dermed å kunne målrette svangerskapsforebyggende tiltak i denne aldersgruppen som ledd i å unngå uønskede svangerskap.

Disse medlemmer foreslår at kap. 719 post 71 økes med 7,026 mill. kroner og bevilges med 29,389 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet ønsker å sikre kommunenes drift av helsestasjoner for ungdom og viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der kap. 719 post 71 styrkes med 7,5 mill. kroner til dette arbeidet.

#### POST 72 STIFTELSEN AMATHEA

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, vil understreke det

viktige bidraget Amatheia gir i det landsomfattende abortforebyggende arbeidet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Budsjett-innst. S. I (2004-2005) og ønsker omprioritering ved å redusere kap. 719 post 72 med til sammen 10,5 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti ønsker å bedre helsevesenets muligheter til å drive med forebyggende tiltak mot uønsket svangerskap og mener at tilskudd til denne typen tiltak i hovedsak skal disponeres av det offentlige helsevesenet som ledd i å skape en enhetlig veiledningstjeneste knyttet til prevensjonsveiledning og veiledning til abortsøkende kvinner.

Disse medlemmer vil derfor foreslå at bevilgningen til stiftelsen Amatheia omdisponeres innenfor kap. 719 til andre formål, inkludert økt offentlig satsing på forebyggende tiltak mot uønsket svangerskap.

Disse medlemmer foreslår at kap. 719 post 72 reduseres med 15, 026 mill. kroner og utgår.

#### POST 73 HANDLINGSPLAN FYSISK AKTIVITET

Komiteen støtter Regjeringens forslag om at tilskuddsordningen for fysisk aktivitet videreføres som en integrert del av Handlingsplanen for fysisk aktivitet. Komiteen understreker at i tråd med føringer både i St.meld. nr. 16 (2002-2003), anmodningsvedtak nr. 473 (2002-2003) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) skal tilskudd til frivillige organisasjoner fortsatt prioriteres. Komiteen er fornøyd med at posten styrkes med 2 mill. kroner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet vil understreke betydningen av sunnere kosthold og mer fysisk aktivitet for å skape et sunnere Norge. Flertallet mener de frivillige organisasjonene som fremmer fysisk aktivitet, gjør et svært viktig arbeid i denne sammenhengen. Det er etter flertallets mening også viktig å kunne kombinere den fysiske aktiviteten med økt forståelse for natur og friluftsupplevelser. Flertallet mener en slik aktivitetsskombinasjon har positiv virkning både for fysisk og psykisk helse.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der tilskuddet til frivillige organisasjoner styrkes med 2 mill. kroner på kap. 719 post 73.

#### **Kap. 720 Sosial- og helsedirektoratet**

Det foreslås bevilget 462,4 mill. kroner for 2005 mot 445,1 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 439,8 mill. kroner. Det er overført 5,2 mill. kroner fra 2003 til 2004. For 2005 foreslås det omdisponert midler fra kap. 732, kap. 761 og fra

Sosialdepartementets budsjett og til kap. 724 og Kultur- og kirkedepartementets budsjett.

Komiteen har merket seg satsingsområdene og resultatmålene for 2005 gjengitt i budsjettforslaget og slutter seg til Sosial- og helsedirektoratets prioriteringer.

#### POST 1 DRIFTSUTGIFTER

Komiteen har merket seg at for å øke tilgangen på organer til transplantasjon foreslås det å opprette en stilling som nasjonal koordinator for organdonasjonsvirksomheten. Komiteen støtter dette forslaget.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 720 post 1 reduseres med 2 mill. kroner og bevilges med 404,055 mill. kroner.

#### POST 21 SPESIELLE DRIFTSUTGIFTER

Komiteen har merket seg at evaluering av "Si@!"-planen viser at den statlige tiltaksplanen har hatt svært god effekt i forhold til målet med planen. Komiteen har derfor forventninger til at den nye statlige strategien "S@mspill 2007" skal føre til helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid.

Fra 1. september 2004 er ordningen med fritt sykehusvalg utvidet til å gjelde alle private sykehus og distriktpspsykiatriske sentre dersom disse har avtale om fritt sykehusvalg med det regionale helseforetaket. Dette gjelder også barn og unge innen psykisk helsevern. Sammen med den nasjonale informasjonstjenesten Fritt sykehusvalg Norge, mener komiteen at pasienter har mulighet til å påvirke sitt eget behandlingsforløp i større grad enn tidligere, men det reiser også nye problemstillinger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at SINTEF Helses rapport om fritt sykehusvalg, som ble ferdigstilt i november 2004, viser en gledelig økning i bruken av fritt sykehusvalg. Undersøkelsen viser at 45 prosent av pasientene som ble behandlet utenom sitt ordinære opptaksområde, selv hadde valgt sykehus i 2003. I tilsvarende periode i 2004 hadde andelen steget til 54 prosent, hvilket er en økning på hele 9 prosentpoeng.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil holde fast ved målsetningen om et likeverdig helsetjenestetilbud til befolkningen uavhengig av alder, betalingssevne eller bosted. Disse medlemmer vil anmerke at denne målsetningen bare kan ivareta ved at også spesialisthelsetjenesten beholdes desentralisert når dette er faglig forsvarlig. Ikke minst vil det etter disse medlemmers syn være vanskelig for den eldste del av befolkningen å reise langt for å nå spesialist.

Disse medlemmer mener som en konsekvens av dette at det ikke kan være noe mål i seg selv å stimulere til at flest mulig velger annet enn sitt nærmeste sykehus for medisinsk behandling, og at stigende tall for det frie sykehusvalget bør være et tegn på at det i sterkere grad bør tilrettelegges for styrking av det stedlige spesialisttilbudet som ledd i å ivareta likeverdigheten i tilbudet til hele befolkningen.

Disse medlemmer mener det er et mål å styrke spesialisttilbudet ved lokalsykehusene både gjennom ambuleringsordninger fra større sykehusenheter og også gjennom utvikling av tiltak som kan virke rekrutterende og stabiliserende for helsepersonell ved lokalsykehusene.

Disse medlemmer vil anmerke at turnustjenesten ved sykehusene kan virke rekrutterende, ikke minst ved lokalsykehusene. Disse medlemmer mener at det derfor er viktig å ivareta det helhetlige spesialisthelsetjenestetilbudet ved lokalsykehusene, slik at turnusleger fortsatt kan avvikle sin tjeneste ved disse. Dersom lokalsykehusenes oppgaver reduseres i så stor grad at de ikke tilfredsstillter kravene for å motta turnusleger, vil dette etter disse medlemmers syn i verste fall kunne medføre at lokalsykehusene ikke vil klare å bestå over tid på grunn av mangel på nyrekruttering av helsepersonell.

Komiteen har merket seg at Regjeringen følger opp St.meld. nr. 5 (2003-2004) med å sette i gang et arbeid med å utvikle klassifiseringssystemer for spesialisthelsetjenesten. Komiteen følger særlig forprosjektet for å vurdere muligheten for å utvikle et klassifiseringssystem for psykisk helsevern, rus, rehabilitering og habilitering.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at et klassifiseringssystem som skal omhandle psykisk helsevern, rus, rehabilitering og habilitering, må inneholde økonomiske insentiver til behandling også av tilstander som krever lang behandling i et samarbeid mellom flere aktører.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 720 post 21 reduseres med 1,5 mill. kroner og bevilges med 54,893 mill. kroner.

#### **Kap. 721 Statens helsetilsyn**

Det foreslås bevilget 63,4 mill. kroner for 2005 mot 61,3 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 60,3 mill. kroner. Det er overført 2,7 mill. kroner fra 2003 til 2004.

Komiteen merker seg at gjennomsnittlig saksbehandlingstid i Statens helsetilsyn for tilsynssaker var 9 måneder i 2003, mot 8,2 måneder i 2002, og at det har vært en økning i antall saker som behandles i Helsetil-

synet. Komiteen mener at det er viktig med forsvarlig saksbehandling i tilsynssakene, men at en saksbehandlingstid på 9 måneder er for lang, både sett i relasjon til berørte brukere, men også i forhold til det helsepersonell som har saker inne til vurdering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, merker seg at en årsak til den utvidede behandlingstiden kan være utvidelsen av antall yrkesgrupper som er gitt autorisasjon.

Komiteen finner det uansett viktig at det er et svar mellom de ressurser som settes inn for å ta hånd om tilsynssakene, og det antall saker som fortløpende foreligger til behandling, ut fra målsetningen om at saksbehandlingstiden ikke er lengre enn selve saksbehandlingprosedyren skulle nødvendiggjøre.

Komiteen er fornøyd med at nye registreringsverktøy gjør det enklere enn tidligere å følge utviklingen i saksfeltet og som ledd i å sikre at skjønnsutøvelsen er basert på de samme forutsetningene over hele landet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, oppfatter at den kartleggingen og det tilsynet som har vært gjennomført, berører svært viktige områder av helsevesenet, der man i særlig grad kan frykte at det uten tilsyn kan oppstå mangler i tjenestetilbud eller i noen tilfeller omsorgssvikt eller overgrep. Flertallet vil her særlig trekke fram pleie- og omsorgstjenestene og bruken av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede og innenfor psykisk helsevern som viktige områder å videreføre kartleggingen og tilsynet på.

Flertallet merker seg at tilsynet med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer har avdekket store mangler både innen og mellom behandlingsnivåene, og at variasjonen i kvalitet kan være vel så stor innenfor det samme helseforetaket som mellom de ulike foretakene. Flertallet mener at dette peker i retning av betydelige mangler innen det psykiske helsevernet også idet opptrappingsplanen er ved utgangen av sitt sjette år. Flertallet mener at det er viktig å videreføre denne typen tilsyn, og at tilsynet må legges opp slik at det muliggjør en vurdering over tid slik at det kan påvises hvorvidt tidligere påviste mangler blir utbedret. Flertallet mener at denne typen tilsyn særlig er viktig overfor barn og unge, fordi mangler i det psykiske helseverntilbudet til disse vil kunne ha særlig alvorlige konsekvenser for den det angår.

Komiteen merker seg at Helsetilsynet skal utarbeide forslag til forskrift om markedsføring av kosmetisk kirurgi og gjennomgå forskrift om tillatelse til å utføre kosmetisk plastikkirurgiske inngrep inkludert eventuelle forslag til endringer i forskriften.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspar-

tiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener en slik forskrift vil ivareta hensynet til regulering av denne type markedsføring, og vil derfor gå imot et lovforbud mot markedsføring av kosmetiske inngrep.

Komiteen mener at kosmetisk kirurgi til personer under 18 år bare skal finne sted når det foreligger medisinske indikasjoner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at kosmetiske inngrep på personer under 18 år ellers skal være forbudt.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti mener at det ikke skal være tillatt å markedsføre kosmetiske inngrep uansett årsak til inngrepene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, merker seg at fastlegeordningen synes å ha bidratt til at befolkningen har fått lettere tilgang til kurative allmennlegetjenester.

Komiteen mener imidlertid at veksten i legeårsverk til tilsynslegeoppgaver og forebyggende helsearbeid har vært mindre enn ønsket.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at det er viktig å finne fram til virkemidler som kan bidra til å endre denne situasjonen, og at det tilsyn som føres med kommunehelsetjenesten, også bør ha som mål å avdekke hvilke udekkede behov som foreligger knyttet til tilsynslegearbeidet, slik at tilsynsrapportene kan brukes aktivt som ledd i å rette opp manglene.

Flertallet vil påpeke at det er et kommunalt ansvar å gjøre avtaler med fastlegene om tilsynslegevirksomhet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener det likevel kan være vanskelig for den enkelte kommune å reforhandle allerede inngåtte avtaler, noe som kan medføre at tilsynslegearbeidet blir skadelidende over tid.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at tilsynsrapportene om tilsynslegevirksomheten og det forebyggende helsearbeidet bør utformes slik at de kan bidra til å avdekke hvilket ressursnivå denne typen tjenester bør ha for at oppgavene kan ivaretas på en faglig forsvarlig måte.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til at Helsetilsynet har det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten og med helsetjenesten i landet. Etaten skal bl.a. gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell som utøver virksomheten i strid med lovgivningen. Etaten vurderer ikke hvilke ressurser som eventuelt må bevilges for å sikre faglig forsvarlig virksomhet (eller sikre et faglig høyere nivå). Ansvar for slike vurderinger tillegges politiske myndigheter. Kvaliteten på tjenestene påvirkes også av andre virkemidler som f.eks. organisatoriske endringer, finansieringsmetoder, kompetanse til helsepersonell og juridiske bestemmelser.

Komiteen mener at tilsynsrapportene også bør peke på hvilke tiltak som kan gjennomføres for å rette opp virksomhet som utøves i strid med lovgivningen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til tilsynets egen kartlegging av pleie- og omsorgstjenesten, som avdekker at bare 40 prosent av mennesker med psykiske lidelser som mottar pleie- og omsorgstjenester, har et tilstrekkelig tilbud om sosial kontakt og aktivitet. Flertallet finner dette urovekkelige. Flertallet mener at tilbudet til denne gruppen bør kartlegges fortløpende, slik at tilsynsvirksomheten kan bidra til å avdekke hvorvidt det sikres at tilbudet til disse menneskene bedres over tid, og hvorvidt opptrappingsmidlene til psykisk helsevern brukes målrettet overfor dem som har de største behovene.

Flertallet merker seg Helsetilsynets satsingsområder i 2005, der vekten er lagt på landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne brukere med store og sammensatte behov utenfor institusjon, tilsyn med den somatiske spesialisthelsetjenesten og videre tilsyn med bruken av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemning.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at Helsetilsynets prioritering av tilsynsområder bygger på systematiske risikovurderinger, og tilsynsressursene styres bl.a. mot områder der sannsynligheten for svikt er stor. Det er derfor svært uheldig å binde opp tilsynsressursene til samme tema for flere år. Helsetilsynet i fylkene skal også følge opp påpekte avvik overfor de virksomheter som har hatt tilsyn. Sosial- og helsedirektoratet og departementet har hovedansvaret for å sikre at opptrappingsmidlene til psykisk helsevern brukes målrettet. Disse medlemmer mener Statens helsetilsyn fortløpende må vurdere behovet for tilsyn overfor tilbudet til disse mennesker.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet sier seg tilfreds med de satsingsområder som er lagt til grunn i budsjettproposisjonen, men vil

dog understreke viktigheten av at Helsetilsynet har en spesiell oppmerksomhet rettet mot rusomsorgen i henhold til Rusreform II. Dette for å forsikre seg om at de rusavhengige ikke blir en nedprioritert gruppe pasienter på grunn av stram økonomi i helseforetakene.

#### **Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning**

Det foreslås bevilget 466,6 mill. kroner for 2005 mot 392,7 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 391,3 mill. kroner. Det er overført 3,4 mill. kroner fra 2003 til 2004.

Komiteen har merket seg at saksmengden hos Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er tidoblet, fra 230 saker i 1988 da NPE ble opprettet, til 2 332 saker i 2003. Komiteen har videre merket seg at per mai 2004 har NPE hatt en økning i antall mottatte saker på 33 prosent i forhold til tilsvarende periode i 2003.

Komiteen har merket seg at oppfølging av Statskonsults rapport og det interne kvalitetsprosjektet "Pasienten i Fokus" som startet våren 2004, fortsatt har høy prioritet. Komiteen ser på formålet for prosjektet som er raskere saksavvikling, fortsatt god kvalitet i saksbehandlingen og bedre service til pasientene, som svært viktig.

Komiteen er enig i at en viktig oppgave er informasjon til pasienter og helsepersonell om pasientskadeordningen. Komiteen har merket seg at det planlegges informasjonsmøter med alle større helseforetak samt informasjonsmateriell og egne nettsider for henholdsvis pasienter og helsepersonell. Komiteen ser på dette som viktig.

Komiteen har videre merket seg at NPE vil utvikle og tilrettelegge statistikk som bidrag i det skadeforebyggende arbeidet i helsesektoren.

#### **Kap. 723 Pasientskadenemnda**

Det foreslås bevilget 17,9 mill. kroner for 2005 mot 15,2 mill. kroner i 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 16,6 mill. kroner. Det er overført 0,7 mill. kroner fra 2003 til 2004.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 723 post 1 reduseres med 1 mill. kroner og bevilges med 16,916 mill. kroner.

#### **Kap. 724 Statens helsepersonellnemnd og tilskudd til personelltiltak**

Det foreslås bevilget 278,6 mill. kroner for 2005 mot 247 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 240,9 mill. kroner. Det er overført 2,2 mill. kroner fra 2003 til 2004. For 2005 foreslås det omdisponert midler fra kap. 720 og til Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett.

POST 1 DRIFTSUTGIFTER, STATENS HELSEPERSONELLENEMND OG STATENS AUTORISASJONSKONTOR FOR HELSEPERSONELL

Komiteen merker seg at Statens helsepersonellenemnd har utvidet sin generelle saksbehandlingstid til i gjennomsnitt fem måneder. Komiteen tar til etterretning at nemnda må bruke tid på tilretteleggelse av sakene, bl.a. med innhenting av sakkyndige vurderinger, og at nemndas medlemmer også trenger tilstrekkelig med tid for å sette seg inn i og vurdere sakene. Komiteen mener det er viktig med grundig arbeid i slike saker, men vil samtidig påpeke at saksbehandlingstid og avgjørelse ikke må ta unødige lang tid.

Komiteen vil understreke at Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) har en svært viktig oppgave for i utgangspunktet å kunne sikre kvalifikasjoner som kompetanse og skikkethet hos helsepersonellet som skal arbeide i Norge. Komiteen vil spesielt henlede oppmerksomheten mot situasjonen etter EU-utvidelsen fra mai 2004, og at det her er nødvendig med en klargjøring og gjennomgang av flere forhold når det gjelder helsepersonell, kontroll og kvalitetssikring.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener Regjeringen snarest må klargjøre disse forholdene som ledd i å sikre den faglige kvaliteten overfor pasientene.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen snarest klargjøre de krav som må stilles til utenlandsk helsepersonell når det gjelder kvalifikasjoner som kompetanse og skikkethet, samt hvilke kontroll- og kvalitetssikringstiltak som må gjelde for å ivareta pasientenes sikkerhet og rettigheter. Saken legges fram for Stortinget på egnet måte."

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at det pågår et omfattende harmoniseringsarbeid i de 10 nye medlemslandene med sikte på tilpasning til EU-direktivene på helsepersonellområdet. SAFH følger denne prosessen nøye og har nær kontakt med "competent authority" i de nye medlemslandene. SAFH vil i tiden fremover videreutvikle dette nettverket. Videre vil SAFH videreutvikle god forvaltningspraksis på området og gi nødvendig informasjon slik at søkere til enhver tid er orientert om regelverk og forvaltningspraksis.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 724 post 1 reduseres med 0,25 mill. kroner og bevilges med 23,581 mill. kroner.

POST 21 TILSKUDD TIL PERSONELL I ALLMENNLEGETJENESTEN OG I TANNHELSETJENESTEN

Komiteen vil understreke at tannlegedekningen fortsatt er for dårlig i store deler av landet. Komiteen registrerer med tilfredshet at rekrutteringen av tannleger fra Tyskland har ført til en viss bedring, men mye står igjen før situasjonen kan sies å være tilfredsstillende.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener en tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid må settes ut i praksis snarest mulig. Flertallet vil bl.a. peke på at en utvidelse av praksisperioden i den offentlige tannhelsetjenesten i tannlegestudiet er positivt, slik det nå er igangsatt ved Universitetet i Bergen.

Flertallet er også fornøyd med at de første studentene er tatt opp til tannlegeutdanning i Tromsø.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at dette har skjedd etter mange års kamp for et slikt studietilbud i Nord-Norge.

Komiteen viser til departementets forslag til budsjettet for 2005 der det står at det i 2003 ble gitt tilskudd til utvikling av kursprogram og gjennomføring av et studium i folkehelsearbeid for tannhelsepersonell. Det første kurset ble gjennomført studieåret 2003–2004. Innhold, organisering og administrasjon av kurset ble evaluert i 2004 og deretter justert i henhold til kandidatenes tilbakemeldinger og lærestedets egne erfaringer.

Komiteen understreker at tannlegedekningen fortsatt er mangelfull i enkelte deler av landet. Komiteen registrerer med tilfredshet at rekrutteringen av tannleger fra Tyskland og kvalifiseringskurs fra tannleger utenfor EØS-området har ført til en viss bedring, men mye står igjen før situasjonen kan sies å være tilfredsstillende. Komiteen mener den iverksatte tiltaksplanen for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid vil ha en gunstig effekt.

Komiteen er fornøyd med Regjeringens spesialist- og videreutdanning av tannleger og at det satses på oppbygging av desentraliserte programmer som kompetansesenter i Tromsø og regionale odontologiske kompetansesentre i helseregionene Sør-Norge og Midt-Norge. Komiteen støtter tiltakene og vil understreke at det er viktig å komme i gang med forprosjekteringen for de to odontologiske kompetansesentrene så snart som mulig.

Inntil tannlegedekningen er tilfredsstillende i alle deler av landet, mener komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, at vikarordningen for tannleger må fortsette og sikre alle kommuner/distrikter tilstrekkelig bemanningsdekning.

Flertallet viser til at spesialist- og videreutdanning av tannleger er omtalt som et satsingsområde i St.prp. nr. 1 (2004-2005). Flertallet er fornøyd med satsingen på desentralisert spesialistutdanning, men det vises til at det kreves rask etablering av regionale kompetansesentra der utdanning kan skje. Et sentralt formål med desentralisert utdanning er slik flertallet ser det, å oppnå spredning av spesialister. Lønn til tannleger som videreutdanner seg til spesialist, er imidlertid ikke nevnt i budsjettet. Videreutdanning er normert til 3 års fulltidsstudier og er ulønnet, selv om flertallet er klar over at enkelte arbeidsgivere innvilger lønnet permisjon. Dette begrenser etter flertallets mening den økonomiske muligheten for å bli spesialist, spesielt for tannleger fra distriktene. Flertallet mener derfor at det må bevilges statlige midler til lønn under videreutdanning. Per i dag er etter de opplysninger flertallet har mottatt, 72 kandidater under videreutdanning (37 i Oslo, 33 i Bergen og 2 i Tromsø).

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil vise til budsjettforliket mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet der det ikke ble funnet midler til satsing på dette området i 2005. Disse medlemmer vil imidlertid komme tilbake til denne saken ved en senere anledning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at mens innføringen av fastlegeordningen har bedret rekrutteringen av allmennleger og medført en styrking av primærhelsetjenesten, foreligger det en betydelig skjevfordeling av tannleger gjennom mangel i mange distriktskommuner og overetablering i tett befolkede områder.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at det må tas et offentlig løft for en bedring av tannhelsetjenesten både gjennom en bedring av de generelle refusjonsordningene og ved at det tilrettelegges for driftstilskudd for tannleger som et aktivt tiltak for å bedre rekrutteringen og oppnå en bedre fordeling gjennom målrettet bruk av distriktsrettede virkemidler. Disse medlemmer mener at det bør settes inn virkemidler for å bedre rekrutteringen av tannleger, der den økte bevilgningen er ment brukt som tilskudd til etablering av praksis i distrikter med særlige rekrutteringsvansker.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at det er stort behov for å stimulere til økt tannlegebemanning i mange av landets kommuner. For å bedre denne situasjonen mener dette medlem at det må settes inn flere virkemidler, dette medlem viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der dette arbeidet styrkes med 10 mill. kroner.

Komiteen vil understreke at det er viktig å styrke den allmenntannlegeutdanningen, bl.a. etter møn-

ster fra samarbeidsprosjektet ved Universitetet i Tromsø. Skal distriktsmedisin som egenart og fagfelt kunne styrkes og videreutvikles, må det tilrettelegges for dette på en måte som gir mulighet til faglig forståelse og utvikling.

Komiteen mener det er bra at opplegget med gruppebasert veiledning av turnusleger blir styrket og videreutviklet. Kommuner og distrikt med lav og/eller ustabil primærlegedekning har problem med å gi et godt og tilfredsstillende opplegg for turnuslegetjenester. Dette skaper ytterligere problem for turnuslegepraksis og rekrutteringsarbeid gjennom slik virksomhet. Komiteen vil derfor understreke at det spesielt for disse områdene må settes inn ressurser for tilrettelegging og veiledning av yngre leger/turnusleger.

Komiteen er fortsatt bekymret for legedekningen i enkelte deler av landet og hvilke problem dette gir for befolkningen i forhold til fastlegeordningen og en tilfredsstillende og forsvarlig legevaktjeneste. Komiteen mener dette må følges opp med spesielle tiltak fra statens side for alle områder som har problem, og viser bl.a. til tiltakene som er kommet i stand i Sogn og Fjordane.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, peker på at fastlegereformen har gitt betydelig bedre legedekning. Antall ledige fastlegehemler er redusert fra 349 i januar 2001 til 105 i mai 2004. Det er imidlertid fortsatt utfordringer knyttet til å rekruttere leger i enkelte deler av landet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener også det må gjøres mer for å sikre legevaktordningen rundt om i landet og at det må satses mer på legevaktmedisin og akuttberedskapen knyttet til denne og ambulansetjenesten.

Komiteen mener samarbeid og samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er viktig i den sammenheng. Videre vil komiteen understreke at det etablerte kompetansesentret for legevaktmedisin i Bergen og Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin må samarbeide nært.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener disse kompetansesentrene raskt må komme med tiltak som kan styrke tilbudet uten at det gjelder dette svært viktige tjenesteområdet.

Flertallet vil påpeke at noen områder av landet trenger en styrking med hensyn til både rekruttering, stabilisering og dermed kvalitetsheving av allmenntannlegeutjenester. Flertallet merker seg at St.prp. nr. 1 (2004-2005) gir uttrykk for at ulike distriktsmedisinske forhold må styrkes spesielt i Sogn og Fjordane, Nordland, Midt-Troms og Finnmark. Flertallet er enig i dette og vil samtidig påpeke at det også er store proble-

mer i andre deler av landet, bl.a. gjelder dette for deler av det indre Østlandsområdet og i Nord-Trøndelag.

Flertallet vil understreke at det er viktig å gi både god nok grunnutdanning og videreutviklingsmuligheter innen spesielt allmennmedisin, samfunnsmedisin, indremedisin/geriatri og legevaktmedisin om primærhelsetjenestetilbudet skal komme opp på et ønsket nivå. Samtidig med en slik satsing er det viktig at samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten styrkes og videreutvikles. Flertallet mener at dette forholdet må framkomme klart i helse- og omsorgsministerens styringsbrev til helseforetakene, slik at helseforetakenes ansvar klargjøres og blir fulgt opp i praksis.

Komiteen støtter ordningen med opplæring av praksislærere for medisinstudenter og mener dette må bli tilrettelagt for hele landet.

Komiteen viser til at departementet i budsjettforslaget retter oppmerksomhet mot ulike distriktsmedisinske forhold, spesielt i Sogn og Fjordane, Nordland, Midt-Troms og Finnmark.

Komiteen gir sin støtte til videreutvikling av tiltak som kan støtte opp om ei framtidsrettet utvikling med mye bedre samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, interkommunale løsninger og desentraliserte spesialisthelsetjenester. Slike tiltak kan og være meget gode rekrutteringstiltak for helsepersonell. Det synes åpenbart at den økende andelen eldre i befolkningen vil kreve økt kapasitet bl.a. i spesialisthelsetjenesten. Dette behovet kan neppe løses ensidig ved oppbygging av sengekapasitet ved våre tradisjonelle sykehus. Ofte vil det være ønskelig sett fra pasienthold at en unngår lange transporter der helsetilbudet like gjerne kan gis nærmere pasienten. Flere andre pasientgrupper kan også med fordel få et tilbud nært sitt lokalmiljø, ikke minst pasienter som trenger hyppige behandlinger. Et godt eksempel kan være dialysepasienter.

Komiteen viser til at det i budsjettproposisjonen kort nevnes prosjektering av distriktsmedisinske senter i Midt-Troms, et prosjekt mellom 10 kommuner. Avstanden i gjennomsnitt er 140 km til nærmeste sykehus. Dette er et tiltak som allerede er kommet langt i planlegging, og der en ønsker å rekruttere og sikre stabilitet i primærhelsetjenesten samt å øke tilgjengeligheten og kvaliteten på helsetjenestene gjennom interkommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester. Tiltaket er forankret både i kommunene og i helseforetaket med aktiviteter som strekker seg fra desentralisert sengepost, spesialpoliklinikk, dialysetilbud, ambulansesentral m.m.

Komiteen vil anmode departementet om å legge til rette for videre prosjektering og realisering av distriktsmedisinske senter i Midt-Troms.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at det foreligger rekrutteringsproblemer for allmennleger til samiske kjerneområder i indre Finnmark og også til en del distriktskommuner i andre deler av Norge. I enkeltkommuner har man vært

avhengig av utenlandske legevikarer for å dekke opp for legemangelen. For samisktalende pasienter kan dette ha skapt sterkt mangelfulle helsetjenester, både fordi man ikke har kunnet gjøre seg forstått overfor helsepersonellet, og fordi forskjellen i kulturbakgrunn mellom helsepersonell og lokalbefolkning kan ha blitt så stor at dette har forsterket problemene.

Etter disse medlemmers syn framstår det som uhensiktsmessig at det foreligger spesielle opptaksvilkår for medisinerstudenter som kommer fra det samiske kjerneområdet, mens få av de studentene som benytter seg av ordningen, velger å arbeide i hjemkommunen etter endt studium. Det samme gjelder for andre kvoteordninger for medisinstudiet som har som utgangspunkt at de skal bidra til å bedre den geografiske fordelingen av legene etter endt studium. Disse medlemmer mener at det bør utvikles virkemiddelordninger knyttet til opptaket til medisinstudiet, som både kan knyttes til bindingstid på gitte vilkår etter endt studium, men også til positive virkemidler som tilskudd til videre- og etterutdanning etter endt studium forutsatt at man har sitt virke innenfor virkemiddelområdet. Disse medlemmer understreker at virkemidler som tas i bruk som det knyttes forpliktelser til, ikke skal kunne gis med tilbakevirkende kraft, og at det dermed vil være basert på frivillighet ved søknad om en studieplass hvorvidt studenten ønsker å gå inn på ordningen.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å tilrettelegge for virkemiddelordninger knyttet til opptak til medisinstudiet på særskilte vilkår, inkludert vurdering av bindingstid samt tilskudd til videre- og etterutdanning etter endt studium under arbeid i virkemiddelområdet."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 724 post 21 økes med 15 mill. kroner og bevilges med 63,697 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at det må satses langt sterkere for å få en bedre legedekning i de kommunene hvor dette er vanskelig. Dette medlem mener dette må gjøres både ved å stimulere til utdanningsavtaler med bindingstid og tilrettelegging for etableringsordninger som virker positivt på langsiktige tilsetningsforhold. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der dette arbeidet styrkes med 15 mill. kroner.

Til sammen styrkes kap. 724 post 21 med 25 mill. kroner i Senterpartiets alternative statsbudsjett.

#### POST 60 TILSKUDD TIL REKRUTTERINGSPLANEN

Komiteen mener det fortsatt er grunn til å prioritere rekrutteringen av helse- og sosialpersonell for å bedre dagens situasjon og ikke minst møte morgendagens utfordringer.

Komiteen registrerer at Kompetansereformen har gitt resultater når det gjelder utdanning innen helse- og sosialfagene. Dette arbeidet må videreføres, men den



store utfordringen blir å få yngre og nye årskull til å velge helse- og sosialområdet som sitt kommende arbeidsfelt. I denne sammenhengen støtter komiteen at rekrutteringskampanjen rettet mot elever i 10. klasse videreføres. Videre støtter komiteen at helse- og sosialfagene i videregående opplæring styrkes og moderniseres.

Komiteen vil spesielt understreke behovet for å styrke tilgangen på personell med universitets- og høyskoleutdanning og at det høye opptaksnivået videreføres med klar målretting mot de områder der behovet er størst både på kort og lang sikt. Videre vil komiteen påpeke at videreutviklingsmulighetene må tilrettelegges gjennom bl.a. kompetansehevende utdanningstilbud og karrierestiger.

Komiteen mener tilbudet om desentralisert sykepleierutdanning må videreutvikles da dette er med på å sikre stabil sykepleierdekning med nødvendig fagkompetanse, for eksempel gjennom videreutdanningstilbud innen psykiatri og geriatri.

Komiteen mener videreutdanningstilbudet til høyskoleutdannet personell må styrkes og at kompetanseheving innen kliniske stiger/kliniske spesialiteter må være en del av dette. Komiteen ser at mye av denne virksomheten kan tilrettelegges gjennom et bedre og bredere samarbeid mellom sykehusene og sosial- og helsetjenesten i kommunene. Komiteen mener dette klart må framkomme i styringsbrevet til helseforetakene. Komiteen er glad for at ordningen med undervisningssykehjem nå gjøres permanent, og vil be om at ordningen vurderes utvidet til flere distrikt.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener de særskilte tiltakene for å styrke tilgangen på fagfolk i Finnmark har vist at slik bruk av virkemidler også må tas i bruk andre steder i landet hvor rekruttering og stabilitet er vanskelig med hensyn til kvalifisert fagpersonell i helse- og sosialsektoren.

Disse medlemmer mener at det er viktig å tilrettelegge for rekruttering av helsepersonell gjennom målrettede tiltak i områder som over tid har særlige rekrutteringsvansker. Disse medlemmer vil imidlertid understreke at dersom virkemidlene settes inn i et for stort område og ikke gjøres målrettet, vil effekten avta og i stedet bare bidra til å skru opp det generelle lønnsnivået for den delen av helsepersonellet som fra før av har til dels svært høy avlønning.

Disse medlemmer ønsker å øke innsatsen i særlig utsatte kommuner og mener at det bør etableres en virkemiddelordning der kommunene kan søke om rekrutteringsmidler og få disse videreført over en viss tid så lenge rekrutteringsproblemene ikke er løst.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å vurdere en statlig virkemiddelordning for rekruttering av helsepersonell og tannhelsepersonell til kommuner med særlig store rekrutteringsvansker."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 724 post 60 økes med 25 mill. kroner og bevilges med 85,819 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at utvikling av klinisk stige som et kompetansetiltak er et tiltak på Regjeringens rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-06. Her er deltakelse i utviklingsprosjekt med bruk av klinisk stige som kompetansehevingstiltak et tilbud til enkelte kommuner. Resultat av prosjektet og evaluering av et kompetansehevingsprogram med klinisk stige i sykehus vil bli spredt til kommunene.

Komiteen vil vise til at det er kommuner som driver undervisningssykehjem basert på samarbeidsavtaler med undervisningsinstitusjoner og eventuelt helseforetak. Den statlige bevilgningen gis som et tilskudd til enkelte kommuner. Bevilgningen skal også sikre at Sosial- og helsedirektoratet sprer resultat fra forskning, fagutvikling og prosjekter i undervisningssykehjem m.m. til tilstrekkelig grunnlag i kommunal forankring for å etablere flere undervisningssykehjem. Statlig tilskudd per undervisningssykehjem er ca. 1 mill. kroner. Kommunal egeninnsats regnes til ca. det dobbelte av dette. Det kommer også ressurser fra undervisningsinstitusjonene som deltar i samarbeidet.

Komiteen støtter Regjeringens satsing på kompetanseutvikling for helse- og sosialpersonell med styrket fagutdanning både på videregående nivå og på universitets- og høyskolenivå. Sammen med desentralisert satsing på sykepleierutdanning mener komiteen at satsingen på kompetanseutvikling vil bidra til å sikre mer stabil sykepleierdekning i kommunene og til å gi sektoren tilstrekkelig tilgang på kvalifisert fagpersonell på flere nivå med høyere utdanning i fremtiden.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 724 post 60 reduseres med 1 mill. kroner og bevilges med 59,819 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til de store behovene det er for å skaffe og sikre kvalifisert helsepersonell til primærhelsetjenesten i mange av landets kommuner. Dette medlem understreker at det i sterkere grad enn til nå må etableres stimuleringsordninger for å lykkes i dette arbeidet. Dette medlem mener det må etableres en stipendordning for helse- og pleiepersonell i disse områdene som gir mulighet for utdanning og kvalitetsutvikling, og at slike stipendordninger kan knyttes opp til bindingstid for å sikre framtidig personell. Dette medlem mener det er spesielt behov for slike ordninger for å styrke den faglige kvaliteten innen geriatri, psykiatri og rusområdet. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der dette området styrkes gjennom en økning på kap. 724 post 60 med 40 mill. kroner.

#### POST 61 TILSKUDD TIL TURNUSTJENESTE

Komiteen vil understreke at ressursene til turnustjeneste innenfor helsesektoren må være tilstrekkelige for at turnustjenesten kan utføres på en god måte og uten opphold for kandidatene. I styringsbrevet til helseforetakene må det vektlegges at turnustjenesten også må kunne tilrettelegges på en god måte ved de mindre lokalsykehusene. Komiteen vil vise til ordningen med styrket tilrettelegging for turnustjeneste i kommunehelsetjenesten med veiledning og praksisopplæring. Komiteen ønsker videre å understreke at utgifter til reise og flytting for turnuskandidatene må dekkes på en tilstrekkelig og god måte, slik at også områder med lange reiseavstander er konkurransedyktige og attraktive plasser for turnustjenesten.

Komiteen viser til at tilskuddet gjelder turnusleger, fysioterapeuter og jordmorkandidater ved tiltredelse av turnustjenesten. For 2005 foreslås også 6 mill. kroner. I direktoratets regelverk for tilskuddet blir distrikts- og rekrutteringshensyn vektlagt. Medisinske kandidater starter alltid turnustjenesten på sykehus/helseforetak (12 måneder). I det sentrale avtaleverket mellom NAVO og Legeforeningen fremgår det at turnuskandidatene har rett til dekning av flytteutgifter utover det statlige tilskudd etter de bestemmelser som gjelder i det enkelte helseforetaket. I de lokale avtalene står det som regel at turnuskandidatene har rett til dekning av sine faktiske flytteutgifter i den grad utgiftene overstiger den refusjon turnuskandidatene får fra staten (fylkesmannen).

Komiteen understreker viktigheten av at det legges til rette for å ivareta turnustjenesten i lokalsykehusene. Gjennomføringen av sykehusreformen har ført til endret funksjonsfordeling mellom sykehusene, og det har også blitt opprettet nærsykehus. Komiteen er opptatt av å bevare levedyktige lokalsykehus og nærsykehus og at turnustjenestene ivaretas også etter disse endringene i struktur. Komiteen mener at dette må tas hensyn til i organiseringen av turnustjenesten for leger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 724 post 61 reduseres med 1 mill. kroner og bevilges med 131,028 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at refusjon for reise- og flytteutgifter til turnusleger og fysioterapi- og jordmorkandidater må sikres en bedre ramme slik at ordningen kan fungere tilfredsstillende. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der denne ordningen styrkes med 2,5 mill. kroner over kap. 724 post 61.

#### POST 71 TILSKUDD TIL NORDISKA HÖGSKOLAN FÖR FOLKHÄLSOVETENSKAP MV.

Komiteen er tilfreds med at utdanningen ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) etter hvert kan godkjennes og sidestilles med utdanning i

Norge. Komiteen mener NHV er et viktig prosjekt for felles nordisk utdanning og forskning innen folkehelseområdet. Komiteen støtter også forskningen ved Nordisk institutt for odontologisk materialprøving (NIOM) for å finne bedre og sikrere odontologiske materialer.

#### LOVHJEMMEL SOM SIKRER AT HELSEPERSONELL OG ANDRE OFFENTLIGE MYNDIGHETSUTØVERE RAPPORTERER TIL RELEVANT OFFENTLIG MYNDIGHET OM UAKSEPTABELT HUNDEHOLD

Komiteens medlem fra Senterpartiet registrerer at departementet ikke ønsker å følge opp vedtaket Stortinget fattet i forbindelse med Innst. O. nr. 91 (2002-2003) som har følgende ordlyd:

"Stortinget ber Regjeringen fremme forslag for Stortinget om lovhjemmel som sikrer at helsepersonell og andre offentlige myndighetsutøvere rapporterer til relevant offentlig myndighet om uakseptabelt hundehold til tross for tidligere lovpålagt taushetsplikt."

Når Stortinget i St.prp. nr. 1 (2004-2005) anmodes om å fatte nytt vedtak i saken, er dette medlem av den formening at dette gjelder langt flere offentlige myndighetsutøvere enn helsepersonell, og at anmodningen om å fatte nytt vedtak må fremmes på annen måte og behandles på en mer omfattende måte enn i denne komiteen. Lovsaken ble opprinnelig behandlet av justiskomiteen, og har relevans til mange forhold når det gjelder offentlig myndighetspersonell. Samtidig har forholdet relevans til lov om dyrevern og spesielt denne lovens § 6.

#### **Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten**

Det foreslås bevilget 35,1 mill. kroner for 2005 mot 33,8 mill. kroner i saldert budsjett for 2004.

Komiteen viser til at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble etablert 1. januar 2004 ved en fusjon av Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), Stiftelsen for helsetjenesteforskning (HELT-TEF) og deler av Divisjon for kunnskapshåndtering i Sosial- og helsedirektoratet.

Komiteen har merka seg at Kunnskapssenteret er et sjølstendig forvaltningsorgan underlagt Sosial- og helsedirektoratet, og at senteret ikke har noen myndighetsfunksjoner. Komiteen viser videre til at senteret i henhold til vedtektene ikke kan instrueres i faglige spørsmål.

Komiteen har merka seg at Kunnskapssenteret i 2004 arbeider med å videreføre virksomheten i de tre sammenslåtte miljøene samtidig som arbeidet med å etablere en ny felles organisasjon pågår.

Komiteen har merka seg at Kunnskapssenteret i 2005 skal bistå i utviklingen av gode systemer for innføring av nye metoder i helsevesenet og hvilke krav til dokumentasjon som bør innfris før nye metoder tas i bruk på pasienter. Komiteen har videre merka seg at Kunnskapssenteret skal utvikle metodestøtte for forebyggende tiltak i det psykiske helsearbeidet, gjennom-

føre systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer om effekten av tiltak og videreutvikle støttefunksjonene overfor sentrale aktører i det forebyggende arbeidet.

Komiteen viser til at staten ved de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004 overtok ansvaret for den spesialiserte behandlingen av rusmiddelmissbrukere. Komiteen mener dette vil skape et behov i helsevesenet knyttet til metodevurdering, kunnskapsoppsummering og formidling av forskningsbasert kunnskap også på dette feltet. Komiteen mener derfor det vil være viktig at Kunnskapscenteret har stor oppmerksomhet rettet mot dette fagfeltet.

### **Kap. 726 Habilitering og rehabilitering**

Det foreslås bevilget 88,9 mill. kroner for 2005 mot 69,7 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Det er overført 2,6 mill. kroner fra 2003 til 2004.

#### **POST 21 SPESIELLE DRIFTSUTGIFTER**

Komiteen er tilfreds med at det i 2003 ble gjennomført 16 etterutdanningskurs i rehabilitering og individuell plan, der 440 studenter deltok. Komiteen merker seg at av 310 kommuner/bydeler opplyser 93 prosent at de har tatt i bruk individuell plan, mens antall brukere som har fått individuell plan, dessverre fortsatt er lavt. Komiteen beklager at arbeidet med individuell plan går for sent, og vil påpeke at det hviler et stort ansvar på de ansvarlige innen kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten med tanke på at flere brukere skal gis tilbud om individuell plan.

Komiteen vil gi honnør til Selvdialyseenheten ved Nyremedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus som har fått "Det nytter-prisen" for tilbud med brukermedvirkning innen dialyse. Tilbudet går ut på at den enkelte pasient med dialysebehov i dag gis større frihet og selvstendighet i hverdagen. Komiteen mener derfor at tilbudet må videreutvikles og tilbys til dialysepasienter i hele landet.

Komiteen merker seg at Sosial- og helsedirektoratet arbeider med en gjennomgang av voksenhabiliteringstjenesten, som planlegges ferdigstilt våren 2005. Gjennomgangen tar for seg hvordan tjenesten fungerer både med hensyn til brukergrupper, innhold i tjenesten, kompetanse, kapasitet og samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Komiteen har merket seg at det rapporteres om manglende hørselsfaglig kompetanse både i kommunene og innen spesialisthelsetjenesten. Komiteen er derfor tilfreds med at kompetanseøkning er ett av tiltakene i handlingsplanen, at tjenestetilbudet til hørselshemmede også i 2005 vil være ett av Sosial- og helsedirektoratets satsingsområder, og at det arbeides med tiltak på ulike nivåer. Komiteen registrerer videre at arbeidet med retningslinjer for hørselssentralene videreføres, og at fokuset styrkes i henhold til eldre døve og tunghørte. Samtidig videreutvikles lærings- og mestringssentrene, og oppfølgingsrutiner for personer som får Cochlea-implantat videreføres og styrkes.

Komiteen er fornøyd med at Sosial- og helsedirektoratet endelig har nedsatt en arbeidsgruppe som skal kartlegge hvilken kompetanse primærleger har på sykdommen tinnitus, og at det innen 1. mars 2005 skal utarbeides planer for hvordan slik kompetanse kan videreutvikles, og hvordan behandling/videreformidling av pasienter med tinnitus bør skje.

Komiteen registrerer at planen Rehabilitering av synshemmede som ble påbegynt i 2003, som planlagt vil bli ferdigstilt i 2004. I planen som retter seg mot voksne synshemmede i yrkesaktiv alder og eldre, vil det bli presentert tiltak i forhold til den enkelte synshemmede, tiltak i forhold til samarbeidspartnere i en helhetlig rehabiliteringskjede og tiltak rettet mot befolkningen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det er viktig å følge opp intensjonene i St.meld. nr. 21 (1998-1999) Ansvar og meistring med praktisk handling. Flertallet mener det er nødvendig med en nasjonal handlingsplan som gir rom for og vektlegger å utvikle rehabiliteringsinstitusjonene som aktive redskap for å nå målene om lavere sykefravær og større deltakelse fra flere i et inkluderende arbeidsliv. En av hovedårsakene til uføretrygding, muskel- og skjelettlidelser, fordrer tiltak for mer målrettet og helhetlig behandlings- og rehabiliteringsprogram. Med en aldrende befolkning er det svært viktig også å ha en god oppfølging for habilitering og rehabilitering av eldre i samarbeid med fastlegene. Det er nødvendig med tiltak som reduserer behovet for økt hjelp i hverdagen også uten forutgående sykehusopphold.

Flertallet ber Regjeringen prioritere det videre arbeid med tiltaksrettet oppfølging og utvikling av tilpasset finansieringsmodell.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, har gjennom høringene i komiteen blitt kjent med den betydelige innsatsen som legges ned fra Cerebral Parese-foreningen for å gi en ferie og rekreasjonstilbud på Eidene i Vestfold. Dette flertallet mener dette er et svært positivt tilbud og er bekymret for at foreningen nå tærer på sin egenkapital for å opprettholde tilbudet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, vil derfor støtte dette arbeidet med en årlig bevilgning på 1 mill. kroner. Flertallet forutsetter samtidig at det foretas diverse innsparinger på denne posten på 0,75 mill. kroner.

Flertallet viser videre til at Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag av departementet å foreta en videre vurdering av behovet for offentlig støtte til ferieopphold for personer med store bistandsbehov.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 726 post

21 økes med 0,25 mill. kroner og bevilges med 34,201 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet støtter Cerebral Parese-foreningen sitt ferie- og rekreasjonstilbud ved at det i Senterpartiets alternative budsjett på kap. 726 post 21 avsettes 1 mill. kroner til dette formålet.

Komiteen viser til at det ved Hvidovre Hospital i Danmark er etablert en egen avdeling for rehabilitering av pasienter med alvorlige hodeskader (komapasienter). Oppsummeringen så langt viser at denne rehabiliteringen har gitt gode resultater og vært bedre enn det tilbudet som ble gitt tidligere. Komiteen er bekymret for om tilsvarende pasienter får like god oppfølging, rehabilitering og behandling i Norge.

Komiteen viser til at departementet har innkalt Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene til et møte for å drøfte hvordan rehabiliteringstjenestene for denne pasientgruppen bør ivaretas. Komiteen forutsetter at de norske fagmiljøene etablerer og drar nytte av et samarbeid med Hvidovre Hospital i utvikling av rehabiliteringstilbudet til personer med alvorlige hodeskader. Komiteen ber Regjeringen på et egnet tidspunkt komme tilbake til Stortinget med en orientering om hvordan dette arbeidet går, senest i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett våren 2005.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har merket seg de meget gode resultatene man har oppnådd i forhold til rehabilitering av mennesker med alvorlig traumatisk hjerneskade ved Hvidovre Hospital i Danmark. Norske fagfolk og Landsforeningen for trafikkskadde i Norge er opptatt av at man bør få på plass behandlingstilbud etter samme modell også her i landet. Det vises til at norske pasienter som har store, alvorlige hodeskader, knapt får noe tilbud utover ren pleie, dersom de ikke gir tydelig tegn på at de har rehabiliteringspotensial. Resultatene for hele pasientgruppen som er behandlet ved Hvidovre Hospitals avdeling for hjerneskadde, og de personlige historiene til pasientene derfra, viser hva man kan oppnå med intensiv behandling som initieres allerede i akuttfasen. Av i alt 117 pasienter som er behandlet ved Hvidovre er over 50 prosent kommet hjem som selvhjulpne; en del av disse var i utgangspunktet i dyp koma.

Disse medlemmer har merket seg at helseminister Ansgar Gabrielsen etter et besøk ved Hvidovre Hospital har uttalt at han er imponert over behandlingstilbudet. Disse medlemmer er glad for at helseministeren gir uttrykk for at han vil ta ansvar for at ingenting skal stå uprøvd når det gjelder å få mennesker med alvorlige traumatiske hjerneskader tilbake til et mest mulig verdig liv.

På denne bakgrunn vil disse medlemmer foreslå at Regjeringen i forbindelse med forslaget til statsbudsjett for 2006 legger fram en plan for etablering av behandlingstilbud for rehabilitering av mennesker med

alvorlige traumatisert hjerneskade i Norge etter modell av tilbudet som gis pasienter ved Hvidovre Hospital i Danmark. Det er viktig at det i planene for et slikt behandlingstilbud lages et opplegg for finansiering som:

1. sikrer en døgnpris som gir rom for den intensive behandling som er nødvendig for å nå de samme resultatene som danskene har gjort,
2. sikrer økonomi til et behandlingsopplegg av tilstrekkelig varighet.

For øvrig vil disse medlemmer påpeke at organiseringen av et slikt behandlingstilbud må sikre at:

- A) intensiv behandling av mennesker med alvorlig traumatisert hjerneskade kan komme i gang så tidlig som mulig, allerede i akuttfasen,
- B) lokalisering og valg av antall foretak som skal utføre denne typen behandling både tar hensyn til behovet for at hver enkelt institusjon får et tilstrekkelig antall pasienter til å kunne bygge et tilbud som holder det nødvendige faglige og behandlingsmessige nivå, og samtidig ivaretar hensynet til avstand mellom pasientens bosted og behandlingstilbud.

Disse medlemmer mener at det bør etableres et spesialisert rehabiliteringstilbud for personer med alvorlige traumatiserte hjerneskader på to institusjoner i Norge. Fagfolk anslår at man på dette området vil få mellom 70 og 80 pasienter til behandling her i landet hvert år. En fordeling på to institusjoner vil sikre en fornuftig avveining mellom hensynet til et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å sikre faglig nivå og hensynet til reiseavstand for pasientene. Sunnaas sykehus er landets største sykehus innen medisinsk rehabilitering, og disse medlemmer mener på bakgrunn av kompetansen og erfaringen som Sunnaas besitter, at det er naturlig at den ene av de to enhetene som spesialiseres på rehabilitering ved traumatisert hjerneskade, legges til Sunnaas sykehus. Videre mener disse medlemmer at det ved plassering av den andre av de to spesialiserte enhetene må legges stor vekt på hensynet til reiseavstand for pasientene, og at det dermed er naturlig at denne lokaliseres til Nord-Norge.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å etablere et rehabiliteringstilbud for mennesker med traumatiserte hjerneskader og legge fram planen for dette som del av forslaget til statsbudsjett for 2006."

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet har mottatt informasjon om et multi-disiplinært rehabiliteringsprogram etablert av Sentralsjukehuset i Rogaland og Revmatismesykehuset i Haugesund i samarbeid med behandlings- og forskningsmiljø knyttet til Dødehavet og Universitetssykehusene i Soroka, Beer-Sheva og Hadassah, Jerusalem. De unike klimaforholdene ved Dødehavet har ifølge

overlege Elisabeth Dramsdahl ved Sentralsjukehuset i Rogaland god effekt når det gjelder hudlidelser, revmatisk sykdom og muskel-skjelettlidelser i tillegg til lungelidelser og en rekke andre diagnoser. Disse medlemmer viser til at det ifølge overlege Dramsdahl allerede er veletablert internasjonal forskningsbasert utvikling og oppfølging av rehabiliteringstilbudet ved Dødehavet. Fagmiljøet i Helse Vest har etter de opplysninger disse medlemmer har mottatt, nå mulighet til å ta del i det videre forskningsarbeidet basert på norsk pasientgrunnlag. Sentralsjukehuset i Rogaland og Revmatismesykehuset i Haugesund har allerede besøkt tilbudet med norske pasienter og rapporterer om svært gode resultater og erfaringer. Disse medlemmer vil derfor be Regjeringen se nærmere på dette tilbudet og vurdere en mulig delfinansiering av tilbudet.

#### *Habilitering av barn*

Komiteen er kjent med at departementet har lagt frem en strategiplan for habilitering av barn, og er tilfreds med at igangsatte prosjekter innen habilitering av barn videreføres, samtidig som målet er å styrke tilbudet innenfor barnehabilitering, særlig på området intensiv trening/habilitering. Det betyr, slik komiteen ser det, at bl.a. trening etter Doman-metoden slik den tilbys gjennom The Institutes for the Achievement og Human Potential (IAHP) i USA videreutvikles, i tillegg til at det i Norge bygges opp gode habiliteringstilbud både innen spesialisthelsetjenesten og ute i kommunene. Komiteen mener det er viktig at tilbudet til funksjonshemmede barn styrkes, og at det skjer en utvikling av tjenestetilbudet i samsvar med den kunnskap som foreligger om funksjonshemmede barns muligheter for læring og utvikling. Komiteen er kjent med at foreldre som ønsker å benytte Doman-metoden for sine barn, fremdeles opplever å bli ulikt behandlet avhengig av hvor i landet de bor. Komiteen vil nok en gang understreke at det ikke må gjøres forskjell i ulike deler av landet i behandling av søknader om bidrag fra folketrygden til kurs/opphold ved Doman-instituttet, og at behandlingstiden ikke må bli unødige lang. Komiteen vil understreke at foreldre med hjerneskadde barn som trenger habilitering, må sikres et likeverdig tilbud om råd og veiledning, uavhengig av bosted. Opprettelse av et kompetansesenter for habilitering av barn med hjerneskade ved Øverbyprosjektet på Gjøvik er et virkemiddel som bør vurderes i den sammenheng.

#### POST 61 REHABILITERING, HELSETILTAK FOR RUSMIDDELMISBRUKERE

Komiteen viser til at tilgjengelighet og godt tilrettelagte helsetjenester for rusmiddelmissbrukere er viktig for å bedre livssituasjonen til tungt belastede misbrukere. Komiteen er fornøyd med at Regjeringen i handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 har satt som et viktig strategisk mål for rusmiddelpolitikken å bedre tilgangen til effektiv rådgivning, hjelp og behandling for personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende. Det er også positivt at målet er å øke andelen misbrukere som ved hjelp av legemiddelassis-

tert rehabilitering og medikamentfri behandling kommer seg ut av misbruket eller får betydelig bedret livskvalitet.

Komiteen mener at det viktigste med rusreformen er at rusmiddelmissbrukerne endelig har fått pasientrettigheter også ved behandling av rusmiddelmissbruk, at legene har fått en tydeligere rolle, og at helseforetakene nå har et bedre grunnlag for å gi rusmiddelmissbrukere et mer helhetlig tilbud. Komiteen er kjent med at Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet et strategidokument som et bidrag til å bedre det samlede behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere. Hovedadressat for dokumentet er de regionale helseforetakene som har fått nye og utfordrende oppgaver, i tillegg til kommunene som også er svært viktige aktører og samarbeidspartnere på området.

Komiteen støtter Regjeringens satsing på legemiddelassistert rehabilitering, som foreslås styrket med 20 mill. kroner som skal brukes til økt behandlingsskapitet. For å øke kapasiteten i kommunene foreslås det at arbeidet i kommunene styrkes med 70 mill. kroner. Et viktig mål med satsingen er å styrke oppfølging av legemiddelassistert rehabilitering.

Komiteen støtter Regjeringen i bevilgningen til etablering av Frelsesarmeens Gatehospital i Oslo, at det over Arbeids- og sosialdepartementets budsjett blir satset på arbeidsmarkedstiltak for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering, og at satsingen på oppfølgingstjenester i bolig for bostedløse og rusmiddelmissbrukere i kommunene trappes opp.

Komiteen er kjent med at en kartlegging av helsetjenesten og helsetilstanden hos tungt belastede rusmiddelmissbrukere peker på at lavterskel helsetiltak synes å være et nødvendig tilbud som bør videreføres og videreutvikles. Komiteen er derfor positiv til Regjeringens videre satsing på lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere og til at det i løpet av 2005 vil bli etablert et Gatehospital i Oslo i et samarbeid mellom Frelsesarmeen og Oslo kommune.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at det foreligger store mangler i behandlings- og rehabiliteringstilbudet til mennesker med sykdommer som følge av rusmiddelavhengighet. Til dels består manglene i at rusmiddelavhengige blir avvist av behandlingsapparatet fordi de "ikke passer inn", men til dels handler det også om et konkret manglende rehabiliteringstilbud i form av tiltak med et konkret innhold. Rehabilitering kan innebære at bredt sammensatte oppfølgingsbehov skal følges opp, som konkret medisinsk behandling, sosial rådgivning, sikring av et botilbud, og eventuell hjelp til å skaffe seg et permanent arbeid. Tiltakene må ofte skje trinnvis og koordinert for at de skal kunne være til hjelp for den rusmiddelavhengige.

Disse medlemmer ønsker å styrke kommunenes økonomiske muligheter til å følge opp tiltakene både gjennom en generell styrking av kommuneøkonomien, men også gjennom en økt bevilgning direkte inn mot rehabilitering.

Komiteen viser til at legemiddelassistert behandling har vist seg å gi gode resultater for mange av de tyngste narkotikamisbrukerne. Slik behandling kan etter komiteens mening gi betydelig forbedring av livssituasjonen for mange rusmiddelmissbrukere.

Komiteen mener at kapasiteten i legemiddelassistert rehabilitering er for lav. Det vises i denne sammenheng til at Statens helsetilsyn i brev til statsråd Dagfinn Høybråten i Helsedepartementet, datert 20. februar 2004, uttrykker sin bekymring over dette. I brevet opplyses det at fagmiljøene anslår at behandlingsbehovet omfatter 70 prosent av 10 000 tunge sprøytenarkomane, dvs. ca. 7 000 pasienter. Komiteen peker på at det er vel 2 400 pasienter som er i behandling i dag. Ved årsskiftet 2003/2004 sto 550 sprøytenarkomane som tilfredsstillende eksisterende krav, på venteliste for behandling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet vil peke på at det er bygd opp omfattende kompetanse innen legemiddelassistert rehabilitering gjennom regionsentrenes virksomhet. Dagens organisering er imidlertid, slik disse medlemmer ser det, til hinder for at alle som kan nyttiggjøre seg legemiddelassistert rehabilitering, får hjelp.

Disse medlemmer peker på at allmennpraktikere som følger opp legeetiske prinsipper om å tilby den beste behandling, i dag kommer i konflikt med lovverket. Disse medlemmer mener at fastlegene må gis rett til å avgjøre om pasientene skal tilbys legemiddelassistert rehabilitering. Regionsentrene må bistå legene med rådgivning, sikre at fastlegene får nødvendig kompetanseheving ved kurs og veiledning og utrede enkeltpasienter ved henvisning fra fastlegen, slik disse medlemmer ser det. Disse medlemmer vil derfor fremme følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen utrede hvordan det kan legges til rette for at fastlegene gis rett til å avgjøre om pasientene skal tilbys legemiddelassistert rehabilitering."

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, vil peke på at LAR ble etablert som et landsdekkende tilbud i 1998. Siden da har det årlig vært en jevn økning i antall personer i behandling. Fra utgangen av 2001 og frem til i dag nærmer det seg en fordobling av antall i behandling. Per 30. april 2004 var 2 584 personer inntatt i behandling. Dette er en økning på over 1 000 fra 2001. Når det gjelder antall på venteliste (vente- og søkerliste), er hovedtendensen et relativt stabilt bilde og en viss reduksjon i antall på venteliste. Selv om det har skjedd en betydelig økning av behandlingsskapasiteten under denne regjeringen, mener flertallet at kapasiteten fortsatt må økes ytterligere, slik at behandlingsskøene kan avvikles.

Flertallet mener at mennesker som er i behov av behandling for rusmiddelavhengighet, nesten alltid er i

behov av flere hjelpetiltak som krever samarbeid mellom flere faggrupper. Fastlegen vil ofte spille en nøkkelrolle, men da i et samarbeid som krever planlegging og koordinert innsats av flere faggrupper.

Flertallet mener det er hensiktsmessig at legemiddelassistert rehabilitering ikke startes opp med utgangspunkt i avgjørelse av en faggruppe/en fagperson alene, men gjennom en samlet vurdering av et team. I motsatt fall frykter flertallet at konsekvensen kan bli liberalisert forskrivning av vanedannende preparater i kombinasjon med et bestående rusmiddelmissbruk. Flertallet frykter også at enkelte fastleger kan bli utsatt for et utilbørlig press for forskrivning av medikamenter for legemiddelassistert rehabilitering dersom slik forskrivning kan iverksettes av enkeltleger utenom en tverrfaglig vurdering. Flertallet vil i den sammenheng vise til tidligere erfaringer med liberal forskrivning av A- og B-preparater blant enkeltleger.

Flertallet støtter derfor ikke en tilrettelegging for forskrivning av metadon av fastlegene utenom LAR-teamene. Derimot er flertallet opptatt av at ventetiden for å kunne bli vurdert av et LAR-team blir så kort at verdifull behandlingstid ikke går tapt i påvente av vurderingen og oppstart av behandling. Flertallet vil be om at Regjeringen iverksetter tiltak som sikrer dette.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 726 post 61 økes med 25 mill. kroner og bevilges med 79,912 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett der rusrehabiliteringen i kommunene styrkes med 25 mill. kroner over kap. 726 post 61.

#### **Kap. 727 Tannhelsetjenesten**

Det foreslås bevilget 17 mill. kroner for 2005 mot 16,2 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 15,5 mill. kroner.

Komiteen har merket seg at det våren 2004 ble oppnevnt et offentlig utvalg som skal foreta en bred utredning av tannhelsefeltet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil peke på at den gjentatte ganger har bedt om en slik utredning, og at det har tatt lang tid før arbeidet har kommet i gang. Flertallet tar imidlertid til etterretning at utvalgets innstilling skal foreligge innen 1. mai 2005.

Flertallet viser til Den norske tannlegeforenings høringsuttalelse av 20. oktober 2004 der det fremkommer at pasienter med behov for implantatretinert protetisk behandling, jf. periodontitt, ikke har fått den støtte de hadde forventet etter Stortingets vedtak om at denne behandling skulle få trygderefusjon. Av regelverket går det frem at hel protese er førstevalg, men at implan-

tatretinert bro kan gi refusjoner på visse vilkår. Tannlegeforeningen mener at regelverket praktiseres byråkratisk, noe som fører til at særlig mange unge som mister tenner pga. marginal periodontitt får psykiske problemer fordi de med den enkle behandlingen har fått tenner som de føler lett løsner når de snakker med folk. Flertallet viser til Tannlegeforeningens påpeking om at implantatretinert behandling er et veldokumentert behandlingsopplegg som bør være et førstevalg på linje med andre behandlinger når alternative behandlingsopplegg skal presenteres for pasienten. På denne bakgrunn ber flertallet at reglene for valg av behandling ved periodontitt vurderes på nytt slik at pasienter kan få en behandlingsløsning de føler seg bekvem med.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti påpeker at tannlegen ikke uten videre kan benytte implantatbehandling som rehabilitering eller tannerstatning. Pasientens allmenntilstand, kontraindikasjoner etc. er med på å avgjøre valg av tannerstatning. I enkelte tilfeller vil implantatbehandling ikke være å anbefale. Videre viser disse medlemmer til at det pågår en gjennomgang av regelverket og takster knyttet til trygdens stønad til tannbehandling, som skal være gjeldende fra 1. januar 2005. I den forbindelse må det også vurderes hvordan man kan sikre en hensiktsmessig praktisering av reglene for trygdefusjon.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 727 post 21 reduseres med 0,5 mill. kroner og bevilges med 16,538 mill. kroner.

#### **Kap. 728 Forsøk og utvikling mv.**

Det foreslås bevilget 116,8 mill. kroner for 2005 mot 110,1 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 115,3 mill. kroner. Det er overført 20,1 mill. kroner fra 2003 til 2004. For 2005 foreslås det omdisponert midler til kap. 732.

Komiteen merker seg at det foregår en rekke tiltak som skal sikre kvaliteten på de tjenester som pasientene møter i vårt helsevesen. Selv om det nå har vært sterkt fokus på lange pasientkøer og lange ventetider, noe som var nødvendig, så er det viktig at pasientene skal sikres god kvalitet på helsetjenestene, bl.a. gjennom at det etableres medisinske kvalitetsregistre innen alle viktige medisinske fagområder. Dessuten viser utenlandsk forskning overført til norske forhold at det kan være opptil 2 000 dødsfall og ca. 15 000 varige skader i helsetjenesten hver år pga. såkalte uheldige hendelser. Dette er uakseptabelt.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har merket seg at Nasjonalt råd for spesialist-

utdanning har vurdert flere sider ved spesialistutdanningen, noe som har ført til at Sosial- og helsedirektoratet bl.a. har anbefalt obligatorisk etterutdanning av legespesialister. Disse medlemmer har merket seg at departementet ikke har ønsket å gå inn for forslaget. Disse medlemmer mener imidlertid at det er svært god grunn til å vurdere dette forslaget samt tiltak for å effektivisere og kvalitetssikre utdanningen av legespesialister bedre enn det dagens ordning innebærer.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at utdanning av helsepersonell er en av sykehusenes hovedoppgaver etter spesialisthelsetjenesteloven. Legenes behov for nødvendig etterutdanning bør fortsatt håndteres innenfor dette alminnelige ansvaret.

Komiteen har merket seg Nils Wisløff-utvalget som arbeider med tiltak for å bedre samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Videre viser komiteen til en nylig avlagt utvalgsrapport fra de fem regionale helseforetakene med Finn Henry Hansen som leder. I rapporten er det bl.a. foreslått en rekke tiltak for å bedre samhandlingen mellom helseforetakene og primærhelsetjenesten og tiltak for samhandling og desentralisering som strategisk satsingsområde. Komiteen mener det er viktig for kvalitetsutvikling og god ressursutnyttelse at en får til gode samhandlingsmønstre mellom nivåene og desentralisering av tjenester som bringer tjenestene nærmere pasientene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, har merket seg den løpende evalueringen av fastlegereformen som også viser at ordningen i hovedsak fungerer som forutsatt og er ei ordning som nå gjelder alle landets kommuner.

Komiteen har imidlertid merket seg at veksten i legetjenestene så å si utelukkende har kommet i kurativ virksomhet, men veksten i årsverk innenfor allmennt medisinsk offentlig legearbeid har vært betydelig mindre enn ønsket. Dette gjelder ikke minst i sykehjemmene, men også i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Komiteen mener i likhet med departementet at dette må undersøkes nærmere, bl.a. ved å finne ut hvorfor kommunene ikke har benyttet seg av muligheten til å styrke allmennt medisinsk offentlig arbeid slik fastlegeavtalen gir rom for.

Komiteen har merket seg at departementet uttrykker at "allmennt medisinsk fagutvikling og forskning ligger langt etter medisinsk forskning og fagutvikling innenfor spesialisthelsetjenesten". Komiteen mener at dette ikke er tilfredsstillende sett ut fra de oppgaver som primærhelsetjenesten har i vårt helsevesen, og pasientenes behov for kvalitet i helsetjenesten. Komiteen ber om at departementet setter i gang tiltak som kan forandre denne situasjonen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 728 post 21 reduseres med 1 mill. kroner og bevilges med 115,837 mill. kroner.

### **Kap. 729 Annen helsetjeneste**

Det foreslås bevilget 168,2 mill. kroner for 2005 mot 162,8 mill. kroner i saldert budsjett for 2004.

#### **POST 60 HELSETJENESTE FOR INNSATTE I FENGSEL – TILSKUDD TIL KOMMUNER**

Komiteen viser til at den levekårsundersøkelsen som ble gjennomført av forskningsstiftelsen FAFO på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet og Justisdepartementet, hvor det påvises at halvparten av de innsatte har én eller flere kroniske sykdommer, og at de innsatte i langt større grad enn befolkningen ellers er plaget av psykiske problemer. Seks av ti er rusmiddelmissbrukere. Komiteen har videre merket seg at FAFOs undersøkelser vil bli fulgt opp av en ny undersøkelse som går på diagnoser og behandlingsbehov hos innsatte i fengsel.

Komiteen viser til at de regionale helseforetakene er lovmessig forpliktet til å yte nødvendig spesialisttjeneste inn i fengslene. Komiteen viser til at det i budsjettfremlegget er opplyst at 19 av 41 fengsler ikke har fast avtale om tjenestetilbud fra psykisk helsevern. Komiteen er kjent med at de regionale helseforetakene ikke er pålagt å inngå slik avtale med fengselsmyndighetene, men merker seg at departementet har varslet at de vil be de regionale helseforetakene om å gi prioritet til arbeidet med de innsatte og å vurdere om et spesifikt DPS bør ha dette ansvaret i forhold til det enkelte fengsel. Komiteen har videre merket seg at utredning av alternative behandlingsformer av rus- og psykiske problemer for innsatte i fengsel er satt i gang, og at arbeidet vil gi grunnlag for å fremme forslag til hvordan slik behandling kan tilbys alle som dømmes til fengselsstraff, og som har behov for slik behandling. Departementet vil komme tilbake til dette i statsbudsjettet for 2006. Flertallet ber Regjeringen sørge for at det blir inngått avtaler som kan bidra til å sikre tjenesten for alle fengsler, og ber om å bli orientert om status for dette i budsjettet for 2006.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 729 post 60 økes med 5 mill. kroner og bevilges med 84,299 mill. kroner.

### **Kap. 732 Regionale helseforetak**

Fratrukket 3 mrd. kroner til lån til investeringsformål (post 90) og 115 mill. kroner til opptreksrenter (post 91) som er utenfor rammesystemet, foreslås det bevilget 64 457,6 mill. kroner for 2005 mot 60 527,9 mill. kroner på tilsvarende poster i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett og St.prp. nr. 71 (2003-2004) og er bevilgningen for 2004 61 854,6 mill. kroner. Det er overført 216,5 mill. kro-

ner fra 2003 til 2004. For 2005 foreslås det omdisponert midler fra, kap. 710, kap. 728, kap. 737, kap. 743, kap. 761, kap. 2711, fra Sosialdepartementets budsjett, fra Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett, fra Justisdepartementets budsjett og fra Kommunal- og regionaldepartementets budsjett og til kap. 710, kap. 720, kap. 728 og kap. 737.

Komiteen har merket seg at Regjeringens forslag til statsbudsjettet for 2005 innebærer at det bevilges opp mot 65 mrd. kroner til de regionale helseforetakene for å realisere helsepolitiske mål. Disse midlene må brukes på en formålstjenlig kostnadseffektiv måte. Dette innebærer at bruken av midlene rettes inn mot mål og prioriteringer som er fastsatt av våre overordnede politiske organer, og at man får mest og best mulig tjenester ut av de ressursene som settes inn. Den politiske styringen av helseforetakene skjer som regel gjennom myndighetsvedtak, det vil si gjennom lover, forskrifter og andre overordnede politiske vedtak, herunder budsjettvedtak som gir direktiver om rettigheter, mål og prioriteringer.

Komiteen viser til at formålet med sykehusreformen var å gi likeverdige tilbud til pasientene uavhengig av personlig økonomi og bosted. Komiteen vil også peke på at de regionale helseforetakene har et viktig "sørge for-ansvar" i tillegg til sin eierstyring av de enkelte foretak.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, vil framholde at de regionale helseforetak i tillegg har et ansvar for bruk av midler overfor de private virksomheter slik at den totale kapasitet innen helsevesenet kan utnyttes til beste for pasientene.

Komiteen viser til at sykehusreformen nå er inne i slutten av sitt tredje driftsår, men slik komiteen ser det, har foretakene ennå ikke funnet sin ideelle driftsform.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at foretakene for øyeblikket har en særdeles vanskelig økonomisk driftssituasjon.

Komiteen viser til at det i løpet av driftsåret 2002 og 2003 var en markert økning av behandlingsskapasiteten med henholdsvis 2,5 og 6,5-7 prosent.

I løpet av 2002 og 2003 viser komiteen til at ventelistene totalt sett ble redusert med ca. 70 000 pasienter, og at ventetiden i samme tidsperiode ble bortimot halvert slik at de i dag i snitt ligger på ca. 100 dager.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser i denne sammenheng til at det private tjenestetilbudet innen spesialisthelsetjenesten på enkelte spesialiteter har vært en medvirkende årsak til det store kuttet i ventelistene og i ventetidene.



Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til at finansieringen av sykehuse- ne i 2002-2003 var fordelt på 60 prosent innsatsstyrt finansiering (ISF) og 40 prosent rammefinansiering. Fra og med 2004 er rammene øket til 60 prosent, mens ISF er redusert til 40 prosent.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at vedtatte budsjett for 2004 ga grunnlag for om lag videreføring av aktivitetsnivået i 2003, mens de foreløpige prognosene for året 2004 tilsier at aktivitetsnivået vil ligge noe høyere en 2003.

Styringsdokumentet er etter flertallets mening i hovedtrekk fulgt opp i foretakene både i 2002, 2003 og 2004.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, vil ellers vise til at selv om det har vært mange positive trekk ved sykehusreformen så langt, er sykehusreformen en formidabel snuoperasjon i forhold til tidligere organisering og finansiering av spesialisthelsetjenester slik at det fortsatt gjenstår mye arbeid før man har fått på plass de intensjoner med helsereformen som ble vedtatt av Odelstinget.

Komiteen vil peke på omstillingsutfordringer i de regionale helseforetakene; gjennomføring av rusreformen, endringer i pasientrettighetsloven, samordning av sykehus i hovedstadsområdet, verdsetting av eiendom og anleggsmidler og tilpasninger til regnskapsloven. Foretakene har dessuten store utfordringer når det gjelder investering i nybygg og vedlikehold.

Slik komiteen ser det, er det særdeles viktig at foretakene i løpet av en toårsperiode får en økonomisk forutsigbar drift.

I denne sammenheng mener komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet at det er bekymringsfullt med den store gjelden foretakene har opparbeidet, og disse medlemmer føler seg også usikre på om de store krav til effektivisering uten omstillingsmidler lar seg realisere innen utgangen av 2005.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at Stortinget i statsbudsjettet for 2004 satte som krav at de regionale helseforetakene skal være i driftsmessig balanse i 2005.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, er kjent med at det arbeides målbevisst i helseforetakene for å oppnå balanse. Flertallet har også merket seg at Regjeringen bl.a. i St.prp. nr. 1

(2004-2005) har varslet at for å nå denne målsettingen kan det bli nødvendig med strukturelle endringer og omlegging av tjenestetilbudet på enkelte områder. I dette budsjettforslaget har Regjeringen lagt til grunn at de regionale helseforetakene håndterer omstillingsutfordringen slik at de oppnår balanse.

Flertallet mener det vil være knyttet usikkerhet til hvor raskt de regionale helseforetakene som i 2004 driver med betydelige underskudd, kan iverksette nødvendige effektiviserings- og omstillingstiltak for å oppnå økonomisk balanse i 2005. Flertallet mener denne usikkerheten særlig er knyttet til Helse Sør. Helse- og omsorgsdepartementet må derfor vurdere nærmere omfanget og innretningen av effektiviseringstiltakene i Helse Sør i nær dialog med dette regionale helseforetaket. En eventuell lemping av balansekravet for 2005 for Helse Sør kan vurderes i denne sammenheng.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti vil understreke at uten et troverdig krav om balanse undergraves statens eierstyring og budsjett disiplinen i helseforetakene. Disse medlemmer er videre av den oppfatning at det å tilgodese enkelte regionale helseforetak, enten i form av tilleggsbevilgninger eller ettergivelse av gjeld, vil undergrave de insentivene helseforetakene har både på kort og lang sikt når det gjelder å følge de rammebetingelsene som er gitt av Stortinget.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener at erfaringene viser at det er mange fordeler med én sykehuseier og samme sykehusdriver. Det behandles flere pasienter enn noen gang, og både ventelistene og ventetidene for pasientene er blitt kortere de siste årene. Disse medlemmer vil understreke hvor viktig det er med likeverdige helsetjenester til hele landets befolkning uavhengig av hvor i landet en bor.

Det er et stort folkelig engasjement knyttet til helse- og sykehussektoren. Det er udelt positivt at folk er opp- tatt av sine sykehus.

Disse medlemmer mener at helseforetakene står overfor flere utfordringer, bl.a. to hovedutfordringer som er:

- Økonomien er anstrengt ved de aller fleste helseforetak.
- Det er behov for mer åpenhet og innsyn og bedre folkevalgt innflytelse i helseforetakene. Både pasienter, pårørende, ansatte og lokalpolitikere kan oppleve manglende innflytelse i møtet med helseforetakene og deres styrer nå som tidligere.

Disse medlemmer mener at disse utfordringene må møtes med aktiv handling. De økonomiske sidene krever selvsagt god økonomisk styring og krav til effektivitet, men disse kravene må ikke overskygge det faktum at helseforetakene i realiteten er underfinansiert. Underskuddet i helseforetakene for 2004 er anslått til i overkant av 2 mrd. kroner, noe Arbeiderpartiet tok høyde for allerede ved behandlingen av Revi-

dert nasjonalbudsjett våren 2004 da vi fikk flertall for å bevilge 500 mill. kroner, og der vi uttrykte at det ville være behov for å bevilge det resterende i forbindelse med budsjettbehandlingen for 2005. Dette er også gjort fra Arbeiderpartiets side ved at vi nå har foreslått å øke bevilgningene til helseforetakene med 1,5 mrd. kroner utover det som Regjeringen har foreslått. Disse medlemmer frykter for at alternativet til økte bevilgninger vil være dramatiske kutt i tilbudet til pasientene.

Disse medlemmer viser til at det gjennom siste året har vært mange lokale sykehusaksjoner der folk har gitt uttrykk for utrygghet for å miste sitt lokale sykehusstilbud. Disse medlemmer vil understreke den sentrale posisjon lokalsykehusene har hatt og skal ha i norsk helsevesen, deriblant betydningen av et godt akutt- og fødetilbud. Med Arbeiderpartiets forslag til høying av budsjettet vil behovet for omlegging av sykehustjenestene som baserer seg på økonomiske forhold, bli kraftig redusert.

Disse medlemmer mener at det er behov for en gjennomgang for å klargjøre og sikre lokalsykehusenes rolle i helsetilbudet, herunder også akuttfunksjoner og fødetilbud.

Disse medlemmer mener at vi må sikre en bedre regionalpolitisk forankring og innsyn i helseforetakene. Disse medlemmer minner om at regjeringen Stoltenbergs forslag til helsereform inneholdt et regionalt råd som skulle bidra til å sikre lokal innflytelse. Dette ble dessverre nedstemt i Stortinget. I dag ser vi at helseforetakene har behov for å styrke sin legitimitet og bedre sin samfunnskontakt, selv om det skjer meget positive forbedringer nå. Befolkningen, pasienter og lokalpolitikere må kunne nå fram til styrene med sine synspunkter og meninger. Disse medlemmer mener lokale og regionale myndigheter må få anledning til å foreslå kandidater til styrene på alle nivåer i helseforetakene.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sikre en bedre lokal- og regionalpolitisk forankring i helseforetakene ved at lokale og regionale myndigheter får anledning til å foreslå kandidater til styrene på alle nivåer i helseforetakene."

Disse medlemmer viser til at Stortinget med utgangspunkt i St.meld. nr. 5 (2003–2004) vedtok en ny inntektsfordeling av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene bl.a. for å få et mer likeverdig helsetilbud over hele landet, noe som også var en av helsereformens intensjoner. Disse medlemmer viser til at departementet hadde foreslått og fikk tilslutning til at omleggingen i fordelingen av basisbevilgningen skulle baseres på 50 prosent vekt på dagens fordeling og 50 prosent vekt på kostnadskriteriene som et utvalg, Hagen-utvalget, hadde foreslått. Det var liten mulighet til å foreta andre beregninger enn det departementet

hadde basert sin anbefaling på.. De regionale helseforetak ble stilt overfor betydelige omstillingskrav utenom omleggingen knyttet til disse fordelingskriteriene. Derfor sluttet også Arbeiderpartiet seg til at innfasingen måtte foregå over noe tid. Disse medlemmer mener imidlertid at den vedtatte innfasingstida som ble satt til 5 år, var for lang ikke minst sett ut fra de to regionenes side som under de nåværende tildelingskriteriene får en vesentlig lavere andel av basisbevilgningen enn det som nå er vedtatt ved full innfasing. Dette kan føre til uønskede nedbygginger av nødvendige helsetilbud.

Disse medlemmer mener at med en så liten styrking av helseforetakenes budsjett som regjeringspartiene og Fremskrittspartiet foretar, dvs. 500 mill. kroner, som også skal bidra til omfordeling, så vil disse medlemmer gå inn for at opptrappingen skal skje over to år mot ny fordelingsnøkkel for helseregionene. Med Arbeiderpartiets forslag om 1,5 mrd. kroner mer til helseforetakene vil samtlige helseregioner komme godt ut selv med en raskere innfasing av opptrappingsplanen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen foreta oppretting av skjevfordelingen i bevilgning mellom helseregionene over to år i samsvar med tidligere vedtatt fordelingsnøkkel."

Disse medlemmer mener at det vedtatte tillegget for Helse Nord RHF bør finansieres av alle de øvrige helseregionene og med prosentvis like stort trekk som regionens basisbevilgning tilsier.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at det vedtatte tillegget til Helse Nord Regionalt Helseforetak finansieres med et prosentvis like stort trekk fra de øvrige fire regionene som regionenes basisbevilgning tilsier."

Disse medlemmer mener at et bærende prinsipp i bruken av privatpraktiserende legespesialister i den offentlige spesialisthelsetjenesten bør være at disse skal ha avtale med helseforetakene. Dette vil være den beste måten å sørge for at bruken av offentlige helsekroner kommer prioriterte pasienter til gode.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener at opptrappingen skal skje over to år mot ny fordelingsnøkkel for helseregionene. Med Arbeiderpartiets alternative budsjett der det foreslås 1,5 mrd. kroner ekstra til helseforetakene vil dette innebære følgende:

|                                       | Helse Øst  | Helse Sør | Helse Vest | Helse Midt | Helse Nord |
|---------------------------------------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| Regjeringens forslag                  | 15 853 516 | 8 922 960 | 7 883 761  | 5 800 265  | 5 227 108  |
| Arbeiderpartiets alternative budsjett | 16 377 395 | 9 168 108 | 8 222 244  | 6 030 433  | 5 389 429  |

Disse medlemmer fremhever at med Arbeiderpartiets alternative budsjett ville Helse Øst fått 523,879 mill. kroner mer enn med Regjeringens forslag, Helse Sør ville fått 245,148 mill. kroner mer, Helse Vest ville fått 338,433 mill. kroner mer, Helse Midt ville fått 230,168 mill. kroner mer og Helse Nord ville fått 162,321 mill. kroner mer enn med Regjeringens forslag.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at det i de fem helseforetakene foreligger driftsunderskudd som summerer seg til ca. 2,5 mrd. kroner. Disse medlemmer tror ikke at det vil være mulig å ta ned et slikt underskudd i løpet av kommende driftsår uten dramatiske konsekvenser for driften av de ulike virksomhetene i foretakene. Disse medlemmer har merket seg at blant forslag til kutt i driften foreligger forslag om nedleggelse av barneavdelinger, fødeavdelinger og rehabiliteringsavdelinger og av akutttilbudet innefor kirurgiske fagområder inkludert gynekologi og fødselsmedisin. For en del lokalsykehus kan foreslåtte kutt sette selve driften av virksomheten i fare.

Disse medlemmer vil påpeke at parallelt med de store underskuddene i helseforetakene som forsøkes inndekket gjennom et redusert behandlingstilbud til befolkningen, har det skjedd en lønnsutvikling for høyinntektsgruppene i helseforetakene som i stor grad har bidratt til å forsterke underskuddene. Direktører har oppnådd et lønnsnivå på langt over én million kroner per år, pensjonsavtaler er inngått som har kostet helseforetakene flere millioner kroner per ansatt, og leger har fått lønnsstillegg som gjør at mange tjener opp til flere ganger årslønnen til landets statsminister.

Disse medlemmer mener at de økonomiske underskuddene i helseforetakene ikke alene kan løses gjennom økte bevilgninger, men at det også er behov for et statlig grep for å sikre at midlene brukes på den måten de var ment. Ett viktig grep er etter disse medlemmers syn å skape klare ytre rammer for hvilke lønnsmidler det kan forhandles om, slik at helseforetakene ikke tildeler ansatte lønnsmidler som ikke er dekket opp gjennom statsbudsjettet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å fastsette rammer for lønnsmidler til helseforetakene med utgangspunkt i vedtatte bevilgninger i statsbudsjettet, slik at det ved lønnsforhandlinger klart framgår hvilke midler det kan forhandles om."

Komiteens representant fra Senterpartiet viser til Vedlegg 1 i St.prp. nr. 1 (2004-2005) som omhandler lederes ansettelsesvilkår i heleide statlige foretak under Helse- og omsorgsdepartementet, hvor det står at

"Samlet pensjonsgrunnlag bør ikke overstige 12 G der virksomheten er helt eller delvis finansiert over statsbudsjettet, med mindre konkurransemessige hensyn tilsier det."

Dette medlem er bekymret over lønnsutviklingen i helseforetakene og lukrative pensjonsavtaler man har blitt kjent med gjennom media, og vil fremme følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen endre retningslinjene for pensjoner i det offentlige slik at maksimum pensjon ikke kan overstige 8 G."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at dagens finansieringssystem har skapt sterke vridningseffekter, der spesielt lønnsomme behandlinger har økt til dels dramatisk i volum. Eksempelvis foretas nå en rekke snorkeoperasjoner, og Blindeforbundet advarte under budsjett høringen overfor sosialkomiteen om at operasjoner for grå stær nå er så lønnsomme for operatørene at disse skjer også når pasienten ikke burde ha vært operert.

I tillegg til det helt uetiske i at dette nå foregår i økende grad, synliggjør det etter disse medlemmers syn behovet for å gå grundig gjennom diagnosekodesystemet, og sikre at dette håndteres langt mer dynamisk enn til nå, og at det korrigeres for uheldige og utilsiktede virkninger. Dette kan etter disse medlemmers syn gjøres gjennom løpende justering av refusjonssatsene med nedjustering av satser som fører til overbehandling og oppjustering av satser overfor pasientgrupper som ikke får den prioriteten de burde hatt.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å tilrettelegge for at finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten fortløpende justeres for utilsiktede vridningseffekter mellom diagnosegruppene ut fra målsetningen om at ressursbruken optimaliseres, slik at det er best mulig samsvar mellom den medisinske tilstanden som foreligger, og de ressurser som settes inn i diagnostikk og behandling."

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at Regjeringen selv høsten 2003 anbefalte en reduksjon i den innsatsbaserte finansieringen fra 60 til 40 prosent med en tilsvarende økning av rammefinansieringen. Regjeringen anbefalte dette med bakgrunn i uheldige vridningseffekter som en konsekvens av den høye ISF-andelen. Disse medlemmer støttet denne vurderingen, som naturligvis har akkurat den samme gyldighet i år som den hadde i fjor. På denne bakgrunn finner disse medlemmer det underlig at Regjeringen i sitt forlik med Fremskrittspartiet aksepterer en reversering av basistilskuddet stikk i strid med deres egen tilrådning overfor Stortinget, som ble vedtatt av alle partier utenom Fremskrittspartiet for bare ett år siden.

Disse medlemmer tror at denne mangelen på forutsigbarhet for helseforetakene vil bidra til større økonomisk utrygghet kommende driftsår. Disse medlemmer tror også at økningen av ISF-andelen i

særlig grad vil ramme lokalsykehus som sliter med rekruttering av fagpersonell, fordi en reduksjon av driftsrammene vil forverre deres muligheter til å rekruttere helsepersonell og dermed til å få behandlet flere pasienter.

Som ledd i å optimalisere ressursbruken innen spesialisthelsetjenesten mener komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet at det er hensiktsmessig å overføre refusjonen for privatpraktiserende spesialister, psykologer, laboratorier og røntgeninstitutter fra Rikstrygdeverket til helseforetakene. Disse medlemmer vil påpeke at dagens refusjonssystem til dels bidrar til helt unødvendige, og for pasienten belastende, dobbeltprosedyrer, der det gjerne tas både blodprøver, røntgenundersøkelser, og eventuelt foretas undersøkelser hos forskjellige spesialister innen samme fagfelt, for én og samme tilstand. Dersom helseforetakene disponerer disse midlene, tror disse medlemmer at konsekvensen vil bli mer rasjonelle prosedyrer som ledd i å unngå dobbeltarbeid, med de innsparinger av offentlige utgifter dette også vil kunne medføre.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti fremmer som del av sitt forslag til bevilgning på rammeområde 16 følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å overføre refusjonsansvaret for privatpraktiserende spesialister, psykologer, laboratorier og røntgentjenester fra Rikstrygdeverket til helseforetakene."

Komiteens medlem fra Senterpartiet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å overføre refusjonsansvaret for privatpraktiserende spesialister, psykologer, laboratorier og røntgentjenester fra Rikstrygdeverket til helseforetakene."

Disse medlemmer viser til at disse partier i finanskomiteens innstilling til statsbudsjett for 2005 har fremmet forslag om at balansekravet for sykehusene skyves ett år ut i tid til 2006, noe som ville ha gjort det lettere for helseforetakene å komme i økonomisk balanse uten å måtte ty til dramatiske nedskjæringer i driftsåret 2005.

Komiteen sier seg tilfreds med at psykiatrien, særlig opptrappingsplanen for psykisk helse, har fått et betydelig løft i denne budsjettinnstillingen, og at departementet anfører at investeringsprogrammet skal sluttføres i løpet av 2008 i tråd med opptrappingsplanens forutsetninger. Komiteen har videre merket seg at ferdigstilling av enkeltprosjekter og oppstart av drift i DPS-ene skjer koordinert, slik at en unngår at ny bygningsmasse blir stående ubenyttet slik tilfellet har vært enkelte steder det siste året.

Komiteen vil også si seg tilfreds med det implementeringsopplegg for rusreformen som det redegjøres

for i budsjettinnstillingen. Komiteen vil i denne sammenheng vise til at en del private eiere av omsorgsinstitusjoner i kommunene synes å ha fått økonomiske problemer fordi kommunene etter at foretakene overtok behandlings- og rehabiliteringsinstitusjonene for rus fra fylkeskommunene, har latt være å benytte den kapasiteten omsorgsinstitusjonene har når det gjelder omsorg og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere under sosiallovgivningen. Komiteen ber departementet ha spesiell oppmerksomhet på dette forhold i den videre utvikling av Rusreform II.

Komiteen sier seg fornøyd med den kvalitetssikring som departementet legger opp til i forhold til styring og kvalitetssikring av investeringsprosjekter samt oppfølgingen av disse i gjennomføringsfasen.

Komiteen sier seg tilfreds med at Regjeringen har utvidet driftskreditten for helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener det var helt nødvendig under den vanskelige økonomiske situasjonen foretakene i øyeblikket befinner seg i.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, mener det var helt nødvendig for å sikre en stabil driftssituasjon og forsvarlig likviditetsreserve for helseforetakene.

Komiteen sier seg enig i den kvalitetskontroll som er lagt opp fra departementets side i forbindelse med ISF-ordningen i 2004.

Komiteen er enig i at arbeidet skal videreføres i 2005. Komiteen har merket seg at det er startet opp et arbeid med sikte på å utvikle et mer treffsikkert pasientklassifiseringssystem for høyspesialisert medisin. Dette er en prosess som vil måtte ta noe tid.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at det har tatt veldig lang tid med å finne frem til treffsikre DRG-vektorer, noe som har ført til problemer internt i foretakene, og som har gjort det vanskelig med en forutsigbar inntektsbudsjettering. Disse medlemmer vil i denne sammenheng peke på at de større sykehusene bare i liten grad får dekket sine reelle utgifter for komplisert kirurgi og implantatkirurgi, eksempelvis hjertekirurgi for barn og cochlea implantatoperasjoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, sier seg tilfreds med at departementet i proposisjonen slår fast at avtaløse spesialister kan delta i anbuds konkurranser.

#### POST 21 FORSØK OG UTVIKLING I HELSESEKTOREN

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringsparti-

ene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 732 post 21 reduseres med 2 mill. kroner og bevilges med 15,709 mill. kroner.

#### POST 70 TILSKUDD TIL HELSEFORETAKENE

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til disse partienes budsjettavtale. Flertallet har blitt enige om at egenandelen ved reise knyttet til fritt sykehusvalg ikke skal økes i 2005, og foreslår derfor at det bevilges 1,5 mill. kroner for å finansiere dette. Flertallet foreslår samtidig å overføre 193,1 mill. kroner til kap. 2711 post 78, slik at nettovirkning på kap. 732 post 70 blir 191,6 mill. kroner.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 732 post 70 reduseres med 191,6 mill. kroner og bevilges med 2 303,251 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har merket seg at lindrende behandling er et av områdene som skal prioriteres, noe disse medlemmer er tilfredse med. En forutsetning for å gi et kvalitativt godt tilbud med verdighet er at personalet har den nødvendige og relevante kompetanse. Disse medlemmer mener derfor det er viktig at videreutdanning innen lindrende omsorg må være en del av satsingen på dette feltet, og at noe av bevilgningen brukes til dette.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at lokalsykehusene utgjør en vesentlig og viktig del av katastrofeberedskapen. Sykehusenes vaktordninger innenfor så vel de medisinske som de kirurgiske fagområdene medfører at det ved større ulykker og katastrofer foreligger en beredskap som er geografisk spredt, og som kan sikre rask bistand over hele landet. Disse medlemmer vil påpeke at en nedbygging av den akuttmedisinske beredskapen ved lokalsykehusene vil bidra til å svekke den generelle helse- og sosialmedisinske beredskapen i befolkningen.

Disse medlemmer vil påpeke at sykestuene representerer en akuttmedisinsk beredskap i kommuner med lang reiseavstand til sykehus. En avvikling av disse vil medføre en svekkelse av den akuttmedisinske beredskapen i kommuner som kan ha lang geografisk avstand til nærmeste sykehus, og der sykestuene fungerer som en kompensasjon for dette.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 732 post 70 økes med 2 097 mill. kroner og bevilges med 4 591,851 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til partiets generelle merknader under rammeområde 16 hvor dette medlem uttrykker stor bekymring over at regjeringen Bondevik II også denne gangen i likhet med tidligere år foreslår økt skatt på

sykdom gjennom en økning av egenandelene. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil gå imot egenandelsøkningene, noe som fører til at man i Senterpartiets alternative budsjett øker kap. 732 post 70 med 25 mill. kroner.

Dette medlem viser videre til merknad under kap. 2711 post 78 som igjen viser til Senterpartiets alternative budsjett hvor opptreningsinstitusjonene får 30 mill. kroner mer på kap. 732 post 70. Dette betyr en samlet økning på kap. 732 post 70 med 55 mill. kroner.

#### POST 71 TILSKUDD TIL HELSE ØST RHF

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til disse partienes budsjettavtale. Flertallet er blitt enige om å øke basisbevilgningen til helseforetakene med 500 mill. kroner. Flertallet er blitt enige om at Helse Øst RHF skal ha 125 mill. kroner av disse.

Flertallet har samtidig blitt enige om å øke ISF-andelen til RHFene til 60 prosent med virkning fra 1. januar 2005. Som følge av dette foreslår flertallet å overføre 2260,1 mill. kroner fra post 71 til post 76.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 732 post 71 reduseres med 2 135,1 mill. kroner og bevilges med 13 718,416 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til de generelle merknadene under dette rammeområdet og Senterpartiets alternative budsjett hvor bevilgningene til Helse Øst på kap. 732 post 71 økes med 484,577 mill. kroner.

#### POST 72 TILSKUDD TIL HELSE SØR RHF

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til disse partienes budsjettavtale. Flertallet er blitt enig om å øke basisbevilgningen til helseforetakene med 500 mill. kroner. Flertallet er blitt enige om at Helse Sør RHF skal ha 70 mill. kroner av disse.

Flertallet har samtidig blitt enige om å øke ISF-andelen til RHF-ene til 60 prosent med virkning fra 1. januar 2005. Som følge av dette foreslår flertallet å overføre 1 392,9 mill. kroner fra post 72 til post 76.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 732 post 72 reduseres med 1 322,9 mill. kroner og bevilges med 7 600,06 mill. kroner.

Flertallet viser til at Regjeringen har fulgt opp vedtaket i Stortinget angående Attføringscenteret i Rauland. Flertallet er kjent med at departementet i brev til Attføringscenteret i Rauland har gitt uttrykk for at en tar sikte på at senteret blir et kompetansemiljø for arbeidsrettet rehabilitering. Det å etablere et slikt miljø kan gjøres uten særskilt godkjenning. Attføringscenteret i Rauland har gjort rede for behov for økte driftsmidler for en slik etablering. Dersom det skal ytes særskilte midler, må det kunne stilles krav i forbindelse med en eventuell slik bevilgning. Departementet har

derfor bedt Sosial- og helsedirektoratet om en vurdering av hvilke krav som bør stilles. Direktoratet vil derfor vurdere et kompetansemiljø ved Attføringscenteret i Rauland når fagrådet har gitt sin uttalelse. Flertallet mener derfor at det ikke er grunnlag for å kritisere Regjeringen for manglende oppfølging i denne saken og vil komme tilbake til en vurdering av en særskilt bevilgning når direktoratet har gitt sin faglige anbefaling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at sosialkomiteens flertall i innstillinga til statsbudsjett for 2004 viste til at Attføringscenteret i Rauland har søkt om status som nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, og ba Regjeringa sørge for at søknaden skjer i samarbeid mellom Helsedepartementet og Sosialdepartementet. Disse medlemmer vil videre vise til flertallets merknad i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002-2003) hvor det heter:

"Flertallet viser til at det ved Attføringscenteret i Rauland er etablert særskilt kompetanse på yrkesrettet rehabilitering. Flertallet ber om at Regjeringen legger til rette for at Attføringscenteret i Rauland videreutvikles til et kompetansesenter innenfor yrkesrettet rehabilitering."

Til tross for at et flertall i Stortinget ved to budsjett-behandlinger har bedt Regjeringa legge til rette for at Attføringscenteret i Rauland utvikles til et nasjonalt kompetansesenter innafor yrkesretta rehabilitering, har Regjeringa så langt gjort lite for å bidra til at dette blir realisert. Heller ikke i Regjeringas forslag til statsbudsjett for 2005 gis det noen signaler om hvordan Regjeringa har til hensikt å etterkomme Stortingets vilje. Disse medlemmer mener dette er svært lite tilfredsstillende.

Disse medlemmer viser til at Attføringscenteret i Rauland er å betrakte som en del av Helse Sør sitt ansvarsområde. Disse medlemmer mener derfor at 5 mill. kroner av bevilgningene til Helse Sør skal øremerkes til det utviklingsarbeidet som er nødvendig for å ivareta den nasjonale kompetansesenterfunksjonen for yrkesretta rehabilitering.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til de generelle merknadene under dette rammeområdet og Senterpartiets alternative budsjett hvor bevilgningene til Helse Sør på kap. 732 post 72 økes med 274,67 mill. kroner.

#### POST 73 TILSKUDD TIL HELSE VEST RHF

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til budsjettavtalen mellom disse partiene. Der er disse partiene blitt enige om å raskere opprette underfinansieringen av Helse Vest RHF og bevilger 100 mill. kroner til dette formålet slik at regionen samlet får 167 mill. kroner av disse partienes økning i basisbevilgningen til foretakene. Gjennom

dette retter disse partiene opp over halve underfinansieringen i 2005. Denne underfinansieringen skulle ifølge St.meld. nr. 5 (2003-2004) opprinnelig rettes opp i løpet av 5 år. Denne forbedringen kommer i tillegg til den femtedelen av opprettingen som ligger i det opprinnelige budsjettforslaget og den betydningen endringen i ISF-andelen også har for Helse Vest RHF.

Flertallet har samtidig blitt enige om å øke ISF-andelen til RHF-ene til 60 prosent med virkning fra 1. januar 2005. Som følge av dette foreslår flertallet å overføre 1 281,2 mill. kroner fra post 73 til post 76.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 732 post 73 reduseres med 1 114,2 mill. kroner og bevilges med 6 769,561 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Pårørendesenteret i Stavanger etter et fire-årig prøveprosjekt nå videreføres, organisert som en stiftelse. Dette medlem er kjent med at driften finansieres ved avtale mellom Helse Vest og flere kommuner i området. Dette medlem viser til at senteret utfyller en viktig del av kommunenes ansvar overfor pårørende innen rus og psykiatri. Dette medlem er kjent med at senteret legger vekt på faglig bemanning, og at modellen er godt mottatt ikke bare blant pårørende, men også blant politikere, ansatte innen behandlingsinstitusjoner og sosiale tjenester. Dette medlem er videre kjent med at andre kommuner nå tar kontakt for å vurdere lignende opplegg. Dette medlem ønsker å stimulere Pårørendesenteret i Stavanger til å systematisere sine erfaringer gjennom beskrivelse av en enkel modell for et senter som kan møte pårørende innen rus, psykiatri og spilleavhengighet som trenger mer oppfølging enn det rammen for behandlingsinstitusjoner kan tilby. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative budsjett der det foreslås 1 mill. kroner til slikt formål på kap. 732 post 73.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener det er viktig å rette opp underfinansieringen av Helse Vest RHF raskere og viser til Senterpartiets budsjett hvor det gis 100 mill. kroner utover økningen i Senterpartiets budsjett til de regionale helseforetakene. Dette medlem viser til de generelle merknadene under dette rammeområdet og Senterpartiets alternative budsjett hvor bevilgningene til Helse Vest på kap. 732 post 73 til sammen økes med 341,936 mill. kroner.

#### POST 74 TILSKUDD TIL HELSE MIDT-NORGE RHF

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til budsjettavtalen mellom disse partiene. Der er disse partiene blitt enige om å raskere opprette underfinansieringen av Helse Midt-Norge og bevilger 50 mill. kroner til dette formålet slik at regionen samlet får 99 mill. kroner av disse partienes økning i basisbevilgningen til foretakene. Gjennom dette retter disse partiene opp over halve underfinansieringen i 2005. Denne underfinansieringen skulle ifølge St.meld. nr. 5 (2003-2004) opprinnelig rettes opp i

løpet av 5 år. Denne forbedringen kommer i tillegg til den femtedelen av opprettingen som ligger i det opprinnelige budsjettforslaget og den betydningen endringen i ISF-andelen også har for Helse Midt-Norge.

Flertallet har samtidig blitt enige om å øke ISF-andelen til RHF-ene til 60 prosent med virkning fra 1. januar 2005. Som følge av dette foreslår flertallet å overføre 946,1 mill. kroner fra post 74 til post 76.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 732 post 74 reduseres med 847,1 mill. kroner og bevilges med 4 953,165 mill. kroner.

Når det gjelder bygging av ny universitetsklinikk i Trondheim, viser flertallet til at ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 53 (2002-2002) ble det i et romertallsvedtak uttrykt at Stortinget ber Regjeringen utrede hvordan et psykiatrisenter kan inkluderes i fase 2 i prosjektet for universitetsklinikk i Trondheim.

Flertallet har merket seg departementets vurdering om at utbygging av et psykiatrisenter ved St. Olavs Hospital ikke lar seg realisere i byggefase II. Beslutningene som allerede er fattet om utbygging av nytt universitetssykehus i Trondheim, innebærer en betydelig nasjonal økonomisk satsing på sykehuset og investeringstiltak i Helse Midt-Norge. Psykiatrisenteret er kostnadsberegnet til om lag 650 mill. kroner og kommer i tillegg til allerede fattede beslutninger.

Flertallet viser til at Helse Midt-Norge må revurdere og modifisere planer i lys av økonomiske realiteter. Helse Midt-Norge bør gjennomgå planene for et psykiatribygg på nytt.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti mener dette bør skje med sikte på en ny vurdering av hvilke funksjoner som bør ivaretas av henholdsvis sykehus og DPS.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at det er anført at bygget bør reises for at forskning og undervisning kan få et tilstrekkelig fundament. Det påpekes at DPS-ene nå utgjør en hovedarena for spesialisert psykisk helsearbeid, og at disse således også er en naturlig arena for undervisning og forskning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at Stortinget ved behandling av St.prp. nr. 53 (2001-2002) vedtok følgende:

"Stortinget ber Regjeringa sørge for utredning av hvordan et psykiatrisenter kan inkluderes i fase 2 av utbygginga av ny universitetsklinikk i Trondheim."

Disse medlemmer viser videre til at det i det planleggingsarbeidet er dokumentert at et slikt senter lar seg tomtemessig innpasse i planene for utvikling av sykehusområdet, men et slikt senter er ikke medtatt i det særskilte finansieringsopplegget som er beslutta for fase 2.

Disse medlemmer registrerer med stor forundring at Regjeringa i statsbudsjettet for 2005 gir uttrykk for at det er faglige argumenter som tilsier at det bør arbeides med andre løsninger enn en utbygging av et psykiatrisenter som en integrert del av fase 2 av utbygginga i Trondheim. Disse medlemmer kan imidlertid ikke noe sted finne hvilke faglige argumenter dette dreier seg om. Ingen faginstanser har, så vidt disse medlemmer har kunnet registrere, framført faglige argumenter til støtte for Regjeringas syn på dette punkt. Tvert imot har blant andre Det medisinske fakultet ved NTNU i brev til sosialkomiteen datert 22. oktober 2004 pekt på at det vil ha en rekke uheldige konsekvenser for tilbudet til psykiatriske pasienter og for mulighetene til å oppgradere psykiatritjenesten i Sør-Trøndelag om Regjeringas standpunkt om ikke å bygge psykiatrisenteret blir stående. Det dreier seg ifølge nevnte brev om følger for kapasiteten og kvaliteten av utdanningen som høyskole og universitet kan tilby dem som i framtida skal arbeide i psykiatrien i regionen. Dessuten vil forslaget undergrave muligheten for bedret kunnskapsutvikling og forskning i forhold til psykiske lidelser. Det pekes videre på at det vil gi svært uheldige signaler om psykiatriens plass og anseelse i samfunnet.

Disse medlemmer vil også vise til et brev fra Helse Midt-Norge til Helsedepartementet og Utdannings- og Forskningsdepartementet datert 23. august 2004 der Helse Midt-Norge RHF viser til at samlokalisering av psykiatri og somatisk virksomhet er et sentralt element i St.prp. nr. 63 (1997-1998) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 (psykiatriplanen). I brevet pekes det videre bl.a. på at de faglige begrunnelser for lokalisering av akuttpsykiatri og alderspsykiatri til Øya er særlig knyttet til et økende antall pasienter med sammensatte lidelser. Helse Midt-Norge RHF har i alle sine planer for fase 2 forholdt seg til Stortingets vedtak og inkludert psykiatrisenteret i planene. I brevet gis det også fra Helse Midt-Norges side uttrykk for at det er uhensiktsmessig å benytte store ressurser på videreføring av planleggingen dersom det ikke gis et klart signal om at denne delen av psykiatrisatsingen skal følges opp.

Disse medlemmer mener derfor det er svært viktig at det i statsbudsjettet for 2005 klart gis uttrykk for at Stortingets intensjoner om å inkludere psykiatrisenteret i fase 2 av utbygginga i Trondheim skal realiseres. Det er også viktig at det gis tydelige signaler om at staten skal bidra økonomisk til å realisere denne delen av prosjektet siden kostnadene knytta til psykiatrisenteret så langt ikke er inkludert i de økonomiske rammene for fase 2.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti fremmer som del av sitt forslag til bevilgning på rammeområde 16 følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringa sørge for at det planlagte psykiatrisenteret blir bygd som en del av fase 2 av bygginga av ny universitetsklinikk i Trondheim, og at sta-

ten skal dekke en vesentlig del av kostnadene ved utbygginga."

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringa sørge for at det planlagte psykiatrisenteret blir bygd som en del av fase 2 av bygginga av ny universitetsklinikk i Trondheim, og at staten skal dekke en vesentlig del av kostnadene ved utbygginga."

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002-2003) angående nyfødtmedisin. Der legger en samlet komité til grunn at prematurtilbudet på nyfødtavdelingen i Ålesund videreføres. Flertallet er kjent med at det fra Helse Midt-Norge ikke foreligger noen planer for å nedlegge prematuravdelingen i Ålesund. Flertallet legger til grunn at denne blir videreført og videreutviklet. Flertallet viser til at Helsetilsynet fører tilsyn med at helsetjenestens tilbud er medisinsk-faglig forsvarlig.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002-2003) inneholdt generelle merknader knyttet til nyfødttilbudet som dreide seg om langt mer enn det konkrete nyfødttilbudet ved én avdeling i ett fylke, og der tilbudet også i andre fylker var eksplisitt nevnt. Disse medlemmer oppfatter det som utilfredsstillende å skulle ta stilling til hvorvidt én enkeltstående prematuravdeling skal bestå, uten en samtidig gjennomgang av det samlede nyfødttilbudet på landsbasis.

Disse medlemmer mener at en slik behandling av dette svært viktige tilbudet til fødende over tid vil føre til helt tilfeldige konsekvenser for nyfødtomsorgen uten at helheten ivaretas.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å legge fram en samlet tilrådning overfor Stortinget om det framtidige nyfødttilbudet, inkludert en tilrådning av den geografiske fordeling av tilbudet i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2005."

Komiteen er kjent med prosjektet Hysnes HelseFort i Rissa kommune i Sør-Trøndelag. Tanken bak prosjektet er at det skal bygges opp som en del av et nasjonalt kompetansesenter for rehabilitering av kreftpasienter og deres familie. Fundamentet er opplyst å være helhetlig rehabilitering, og institusjonen skal oppfylle kravene til et kompetansesenter. Komiteen er kjent med at det også er inngått en intensjonsavtale mellom Helse Midt-Norge RHF, Den Norske Kreftforening og Rissa Utvikling KF. Komiteen viser til at en slik institusjon vil være en del av spesialisthelsetjenesten og dermed et ansvar for det regionale helsefore-

taket. Komiteen stiller seg positiv til et slikt tilbud og mener at Helse Midt-Norge RHF bør gå i en videre dialog med de andre partene for å finne en løsning i saken.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti ber Helse Midt-Norge innenfor rammen sørge for midler slik at det blir oppstart i 2005.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til de fremlagte planer for Hysnes HelseFort i Rissa kommune som en del av et nasjonalt kompetansesenter i rehabilitering for krefttrammede. Etableringen vil skje i nært samarbeid med St. Olav Hospital. Kreftforeningen er også nært knyttet til planlegging og etablering av senteret bl.a. med økonomiske bidrag for å sette bygningsmassen i stand til formålet. Dette medlem vil vise til at senteret kan være klart til oppstart 1. september 2005 dersom godkjenning av institusjonen skjer raskt og det sikres midler slik at avtale om at St. Olavs hospital settes i stand til å kjøpe tjenester fra denne dato. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative budsjett der bevilgningen til Helse Midt-Norge på kap. 732 post 74 økes med 5 mill. kroner for å sikre oppstart i 2005.

Dette medlem vil vise til at etableringen av Fosen distriktsmedisinske senter er vedtatt gjennomført som et pilotprosjekt over tre år ifølge vedtak i styret for St. Olavs Hospital. I planene inngår realisering av 6 døgnplasser til psykiatriske pasienter med opphold maksimum 2-3 uker som et ledd i et ellers godt, desentralisert behandlingstilbud på Fosen. Det er forutsatt at etableringen kan skje uten bygningsmessige investeringer, og at prosjektet kan tilføres eksterne midler til driften, for eksempel fra opptrappingsmidlene innafor psykiatrisatsingen. Dette medlem vil vise til at det er full enighet om denne etableringen blant kommunene i Fosen Regionråd, og at kommunene vil bidra i finansiering av pilotprosjektet gjennom omsøkte skjønnsmidler og egne prosjektmidler. Dette medlem viser til at realisering av denne etableringen vil gi forbedringer for denne pasientgruppen på en rask og rimelig måte, og at det i Senterpartiets alternative budsjettforslag foreslås at dette skjer gjennom en styrking av psykiatrivirksomheten ved St. Olavs Hospital med 5 mill. kroner over budsjettet til Helse Midt-Norge.

Dette medlem mener det er viktig å rette opp underfinansieringen av Helse Midt-Norge RHF raskere og viser til Senterpartiets budsjett hvor det gis 50 mill. kroner utover økningen i Senterpartiets budsjett til de regionale helseforetakene. Dette medlem viser til de generelle merknadene under dette rammeområdet og Senterpartiets alternative budsjett hvor bevilgningene til Helse Midt-Norge på kap. 732 post 74 til sammen økes med 237 935 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til følgende flertallsmerknad i Innst. S. nr. 250 (2003-2004):



"Flertallet understreker betydningen av at den faglige kompetanse i bruk av ultralyd utvikles i tråd med denne utviklingen.

Flertallet legger til grunn at det offentlige helsevesen har et ansvar for at denne kompetansen bygges ut, og understreker betydningen av videreutdanningstilbudet i ultralyd for jordmødre i Helse midt Norge.

Med bakgrunn av det økte behov for ultralydskompetanse i svangerskapsomsorgen vil de respektive partier i sine forslag til statsbudsjett for 2005 styrke videreutdanningen på dette området."

Disse medlemmer ber Helse Midt-Norge om å sørge for oppfølging av styrking av videreutdanningstilbudet i ultralyd for jordmødre i Helse Midt-Norge med til sammen 2,5 mill. kroner i 2005.

#### POST 75 TILSKUDD TIL HELSE NORD RHF

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til disse partienes budsjettavtale. Flertallet er blitt enige om å øke basisbevilgningen til helseforetakene med 500 mill. kroner. Flertallet er blitt enig om at Helse Nord RHF skal ha 39 mill. kroner av disse.

Flertallet har samtidig blitt enig om å øke ISF-andelen til RHFene til 60 prosent med virkning fra 1. januar 2005. Som følge av dette foreslår flertallet å overføre 689,9 mill. kroner fra post 75 til post 76.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 732 post 75 reduseres med 650,9 mill. kroner og bevilges med 4 576,208 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil anmerke at det i Helse Finnmark som ledd i å komme i økonomisk balanse er foreslått å nedlegge fylkets 42 sykestueplasser, i tillegg til at barneavdelingen ved Hammerfest sykehus og rehabiliteringsavdelingen ved Kirkenes sykehus er foreslått nedlagt. Disse medlemmer mener at nevnte endringer er av et slikt omfang at de ikke kan avgjøres av helseforetaket alene.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at det fra helse- og omsorgsministeren er klargjort at større endringer i spesialisthelsetjenesten skal forelegges Stortinget til godkjenning før endringene finner sted, og disse medlemmer forutsetter at statsråden griper inn dersom planene søkes iverksatt, og eventuelt bringer saken inn til Stortinget for godkjenning før planene iverksettes.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til de generelle merknadene under dette rammeområdet og Senterpartiets alternative budsjett hvor bevilgningene til Helse Nord på kap. 732 post 75 økes med 171,882 mill. kroner.

#### POST 76 INNSATSSTYRT FINANSIERING AV SYKEHUS

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig

Folkeparti, viser til disse partienes budsjettavtale. Flertallet har blitt enige om å øke ISF-andelen til RHF-ene til 60 prosent med virkning fra 1. januar 2005. Som følge av dette foreslår flertallet å øke post 4 med 6 570,2 mill. kroner.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 732 post 76 økes med 6 570,2 mill. kroner og bevilges med 19 710,573 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til disse medlemmers merknader under kap. 732, der disse medlemmer begrunner hvorfor de går mot at den innsatsbaserte finansieringen økes fra 40 til 60 prosent.

#### POST 77 REFUSJON POLIKLINISK VIRKSOMHET VED SYKEHUS MV.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti viser til disse medlemmers merknader under kap. 732, der disse medlemmer går mot økningen av egenandelen ved konsultasjon hos spesialist.

Disse medlemmer foreslår at kap. 732 post 77 økes med 50 mill. kroner og bevilges med 3 249,134 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til partiets generelle merknader under rammeområde 16 hvor dette medlem uttrykker stor bekymring over at regjeringen Bondevik II også denne gangen i likhet med tidligere år foreslår økt skatt på sykdom gjennom en økning av egenandelene. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil gå imot egenandelsøkningene, noe som fører til at man i Senterpartiets alternative budsjett øker kap. 732 post 77 med 50 mill. kroner.

#### POST 78 TILSKUDD TIL FORSKNING, UTDANNING OG NASJONALE MEDISINSKE KOMPETANSESENTRER

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er kjent med at ADHD er blant de hyppigst forekommende psykiatriske lidelsene. Forekomsten er ca. 5 prosent hos barn og 4 prosent hos voksne. ADHD synes å være et stadig økende problem for den enkelte, familien og samfunnet. Disse medlemmer vet at ADHD ofte er en arvelig lidelse, men også at dette ikke kan forklare hvorfor ADHD forekommer stadig hyppigere i befolkningen. Disse medlemmer kjenner til at ca. 50 prosent av personer med ubehandlet ADHD har problemer med angst eller depresjon. Dette kan være en av årsakene til "selvmedisinering" som gjør at om lag 40 prosent av gutter og menn med ubehandlet ADHD blir avhengig av illegale medikamenter eller alkohol. Avhengigheten fører i svært mange tilfeller til lovbrudd for å skaffe penger til rus, hvilket bidrar sterkt til at minst 30 prosent av de innsatte i norske fengsler synes å ha ADHD.

Disse medlemmer vet at en gjennomsnittlig narkotikamisbruker i løpet av sitt liv koster det norske samfunnet flere millioner kroner til finansiering av rusmidler gjennom kriminalitet, til fengselsopphold og rettsvesen, til rehabilitering og sykehusopphold og til diverse kommunale støttetiltak. Disse medlemmer er kjent med at folk med ubehandlet ADHD har flere sykemeldinger og mer jobbfravær enn normalt, og at dette også gjelder de andre medlemmene i familier med ADHD. Menn med ubehandlet ADHD er også oftere enn normalt involvert i bilulykker. Disse medlemmer understreker derfor at ADHD-forskning har store helse-, skole-, kriminal- og miljøpolitiske aspekter.

Disse medlemmer er klar over at medisinsk forskning, også psykiatrisk forskning, er meget spesialisert, og at grunnforskning på ADHD er helt nødvendig for forståelse, diagnostikk, forebygging og behandling av ADHD. Forskning på ADHD innebærer forståelse av arvelighet; av påvirkning fra miljøfaktorer som rusmidler, miljøgifter og psykologisk oppvekstmiljø; samt avvik i hjernens oppbygning, dens kjemi og virkemåte.

Disse medlemmer vil rette oppmerksomheten mot at en av de viktigste grunnforskningsgruppene i verden for ADHD fins ved Instituttgruppe for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Denne gruppen er i ferd med å forsvinne pga. manglende forskningsbevilgninger. Dette vil få konsekvenser for utvikling av mer effektive behandlingsmetoder og for utdannelsen av helsepersonell som leger og psykologer, men også pedagoger og lærere. Den norske gruppen brukes i dag som rådgivere og forelesere i inn- og utland.

Disse medlemmer er kjent med at den norske forskergruppen høsten 2004 og våren 2005 leder en internasjonal gruppe med ADHD-forskere ved Senter for grunnforskning ved Det Norske Vitenskaps Akademi. Dette senteret har som formål å heve standarden på norsk grunnforskning ved å gi norske forskere anledning til å arbeide sammen med internasjonale forskere. Disse medlemmer mener at dette initiativ må videreføres i form av et grunnforskningssenter for ADHD om Norge skal kunne nyttiggjøre seg denne kunnskapsoverføringen i fremtiden. Disse medlemmer mener med dette at det er behov for et norsk grunnforskningssenter for ADHD som har som intensjon å øke kunnskapen, forebygge og forbedre behandlingen av ADHD.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der det foreslås 5 mill. kroner til et grunnforskningssenter for ADHD ved Universitetet i Oslo ved at kap. 732 post 78 økes med 5 mill. kroner.

#### POST 79 KREFTBEHANDLING M.M.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet, viser til rapporten "Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – kompetanse, kvalitet og kapasitet" der det er lagt vekt på å ta hensyn til

nye metoder i det videre arbeid. Flertallet mener at systematisert, omfattende forebyggende arbeid og tidlig oppdagelse kan bidra til mindre økning i utgiftene til kreftbehandling på noe sikt. Det bør derfor foretas en gjennomgang av satsningsmulighetene innen forebygging og virkningene av utvidet bruk av screening. Flertallet legger til grunn at det allerede arbeides med en oppfølging av mulighetene for utvidet screening for kvinner ned til 40 år for å oppdage brystkreft. Videre er det ønskelig at fagmiljøenes innspill for masseundersøkelser på andre områder også gjennomgås for å sikre en bred vurdering av eventuell utvidet satsing på testing av livmorhalskreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at forslag til ny nasjonal plan mot kreft er på høring med frist medio desember 2004. Eventuelle forsøk med mammografi-screening av kvinner fra 40 år bør utredes og eventuelt igangsettes som del av ny nasjonal strategi.

#### POST 80 PASIENTTRANSPORT

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til disse partienes budsjettavtale. Flertallet har blitt enige om at egenandelen ved reise knyttet til fritt sykehusvalg ikke skal økes i 2005.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 732 post 80 økes med 0,5 mill. kroner og bevilges med 423,5 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet er overrasket over at Regjeringen ønsker å nesten doble egenandelen knyttet til fritt sykehusvalg. Disse medlemmer ønsker kun å prisjustere egenandelen slik at den blir øket fra 220 kroner til 225 kroner hver vei.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til disse medlemmers merknader under kap. 732, der disse medlemmer går mot økte egenandeler. Disse medlemmer går også mot økte egenandeler knyttet til pasientreiser.

Disse medlemmer mener imidlertid at det bør foreligge medisinske inngangsvilkår for refusjon av reisekostnader knyttet til det frie sykehusvalget, idet midler som brukes til reiser som ikke er medisinsk begrunnet, kan brukes mer målrettet til diagnostikk og behandling, og dermed bidra til at flere pasienter kan behandles. Inngangsvilkårene kan være de samme som for annen henvisning til spesialist eller mellom spesialister ved at refusjonsretten er knyttet til den medisinske begrunnelsen for valg av annet enn nærmeste sykehus fra henvisende lege. Disse medlemmer mener at medisinske begrunnelser kan være raskere behandlingstid ved annet sykehus eller større faglig tillit til annet sykehus som velges i stedet for nærmeste sykehus.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å vurdere innføring av medisinske inngangsvilkår for dekning av reisekostnader ved fritt sykehusvalg og legge saken fram for Stortinget i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2005."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 732 post 80 økes med 10 mill. kroner og bevilges med 433 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til partiets generelle merknader under rammeområde 16 hvor dette medlem uttrykker stor bekymring over at regjeringen Bondevik II også denne gangen i likhet med tidligere år foreslår økt skatt på sykdom gjennom en økning av egenandelene. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil gå imot egenandelsøkningene, noe som fører til at man i Senterpartiets alternative budsjett øker kap. 732 post 80 med 10 mill. kroner.

#### **Plan og meldingssystem for regionale helseforetak**

Komiteen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet forvalter det statlige eierskapet og styringsposisjon overfor de fem regionale helseforetakene gjennom to roller:

- Departementet kan i eierrollen utøve styring gjennom vedtekter, sammensetning av styret og beslutninger på foretaksmøter. Gjennom eierrollen stilles også økonomiske og organisatoriske styringskrav.
- Styring gjennom forvaltning av bevilgningen ved å knytte vilkår til finansiering av virksomheten. Det årlige styringsdokument i den formelle tildeling av foretakenes ressurser, utdyper målkrav, gir prioriteringer og setter strategiske resultatkrav.

Komiteen viser til at et flertall i komiteen i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) ba departementet vurdere om det ville være hensiktsmessig at plan- og meldingssystemet for de regionale helseforetakene i fremtiden legges frem som egen melding i tilknytning til budsjettet. Departementet har vurdert henstillingen fra flertallet i sosialkomiteen, men har kommet frem til at den riktige måten å legge frem dette på er som en integrert del av stortingsproposisjon, altså budsjettforslaget.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, tar dette til etterretning. Plan- og meldingssystemet som skisseres i helseforetaksloven § 34, er grunnleggende i styringsdialogen mellom storting, regjering og deretter de regionale helseforetak.

#### **KAPITALFUNDAMENTET FOR DE REGIONALE HELSEFORETAKENE**

Komiteen viser til at foretakene ved inngangen til 2003 var satt opp med anleggsmidler i balansen basert

på foreløpig kostpris. Departementet baserte verdisetningen på det etablerte inntektsnivå knyttet til investeringer, noe som innebærer at foretakene tilføres årlige inntekter gjennom basisbevilgninger til å kunne dekke årlige avskrivninger tilsvarende 2,9 mrd. kroner. Departementet forutsatte den gang at basert på valgte levetider og dette inntektsnivå ville foretakene over tid være satt i stand til å gjenskape ca. 3/4 av den beregnede anskaffelsesverdien av kapitalen. Helse- og omsorgsdepartementet er innstilt på at foretakene gradvis skal kunne øke sitt investeringsnivå som vil medføre høyere avskrivninger over tid.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har merket seg at departementet foreslår lovendring som gir anledning til gjennom forskrift å kunne fastsette verdien av åpningsbalansen og levetiden for bygg, anlegg og utstyr med tilhørende avskrivninger. Disse medlemmer mener det har vært uheldig for helsevesenet og gjennomføringen av helse-reformen at en ennå ikke har fått en åpningsbalanse som grunnlag for gjenskaffelse av denne kapitalen.

Disse medlemmer ser av budsjettforslaget at det planlegges en åpningsbalanse som bare vil avspeile 2/3 til 3/4 av de faktiske verdier. Dette kan bety at en ikke i framtida vil være i stand til å vedlikeholde og fornye helseforetakenes egentlige verdier, noe som vil være et viktig grunnlag for et godt helsevesen. Disse medlemmer ber derfor om at det må tas en fornyet vurdering av verdifastsettelsen slik at en i større grad kan fastsette den reelle gjenskaffelsesverdi.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil understreke at verdifastsettelsen i forbindelse med åpning av kapitalbalansen for helseforetakene synes å være ufullstendig og dermed lite å forholde seg til. Disse medlemmer mener at det tjener helse-reformen til liten ære at et av hovedelementene i reformen ennå ikke er skikkelig på plass. En fullstendig verdifastsettelse, og dermed status for foretakene, var en forutsetning for den nye driftsmodellen. Disse medlemmer registrerer nå at når dette ikke har kommet på plass på en ordentlig måte, blir driftsgrunnlaget kunstig i forhold til forutsetningene, og det blir også et ikke-reelt forhold mellom verdier, gjeld, avskrivninger og akkumulerte behov i helseforetakene.

Disse medlemmer vil påpeke at situasjonen med den uklare kapitalbalansen sammen med de lukkede prosessene omkring drift og økonomi skaper frustrasjon og uoversiktlige forhold både innad i helseforetakene og blant i alle fall noen av oss som skal "sørgefor" at helseforetakene og spesialisthelsetjenesten er velfungerende og har optimale driftsforhold.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil minne om at dette var et av utgangspunktene for at Senterpartiet ønsket å gjøre noe med gjeldssituasjonen for helseforetakene også i inneværende år.

## VENTETIDER

Komiteen har merket seg at det per 30. april 2004 er registrert 196 0000 pasienter på venteliste, og at dette tallet er omtrent samme som til samme tidspunkt i 2003, men en nedgang på over 24 prosent i forhold til 1. januar 2002. Komiteen har også merket seg at de pasienter som venter på utredning eller behandling ved utgangen av april 2004, hadde en gjennomsnittlig ventetid på 92 dager, og at dette er mer enn en halvering i forhold til 2001.

Komiteen viser til at ventetidene i 2. tertial 2004 også er redusert sammenlignet med samme periode i fjor. Komiteen har merket seg at ventetidene er redusert – også i omstillingsåret 2004.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at målingen av lengden på en venteliste er en lite eksakt vitenskap, og at opplysninger gitt av Regjeringen avviker til dels betydelig fra de som helseforetakene selv oppgir. Som eksempel på dette angir Regjeringen i proposisjonen at gjennomsnittlig ventetid for barn og unge innen det psykiske helsevernet siste to år har gått ned fra 90 til 75 dager. Opplysninger fra de ulike helseforetakene gjengitt i Dagsavisen 29. november 2004 viser imidlertid en *økt* ventetid i 2004 med en gjennomsnittlig ventetid på opp til 103 dager.

Det blir dermed etter disse medlemmers syn lite meningsfylt å bruke ventetid som et mål på hvorvidt helseforetaksreformen har vært vellykket eller ikke. Den viktigste erkjennelsen er etter disse medlemmers syn at det er lite samsvar mellom hvilke grupper som burde ha vært prioritert og dermed har opplevd en innkorting av ventetiden, og de grupper som faktisk blir prioritert innenfor helseforetaksreformen.

Disse medlemmer tror at den viktigste årsaken til dette er måten helseforetakene finansieres på. Disse medlemmer frykter at økningen av ISF-andelen som en konsekvens av regjeringsforliket med Fremskrittspartiet vil forsterke forskjellene og favorisere behandlingen av tilstander som er mindre ressurskrevende for helseforetakene, men som samtidig sikrer dem større inntjening. Disse medlemmer tror at de grupper som særlig vil tape på dette, vil være mennesker med sammensatte lidelser, deriblant mennesker med psykiske lidelser, mennesker med sykdommer som følge av rusmiddelavhengighet og mennesker med muskel/skjelettlager.

## FORSKNING

Komiteen deler departementets synspunkt på at sykehusene har en unik kompetanse når det gjelder pasientbehandling, og at sykehusene er tillagt et særskilt ansvar for anvendt pasientrettet forskning innen somatikk og psykisk helse. Komiteen ser derfor positivt på at de regionale helseforetak har lagt til rette for en mer samordnet og strukturert forskningsinnsats, og at det utarbeides regionale forskningsstrategier i et konstruktivt samarbeid med universitets- og høyskolesektoren for forskning og forskerutdanning gjennom etablerte samarbeidsorgan.

## OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE

Komiteen ser positivt på at foretakene på relativt kort tid har etablert lærings- og mestringssentra. Dette er et svært viktig tiltak særlig rettet mot pasienter med kroniske lidelser, sammensatte lidelser og funksjonshemming.

## OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE

Komiteen viser til at plandokumentet påpeker at helseforetakenes respektive plandokumenter har gitt prioritet til psykisk helse generelt og barne- og ungdomspsykiatri spesielt, og at departementet gjennom styringsdokument og tilleggsrundskriv i perioder har hatt sterkt fokus på at opptrappingsplanmidler benyttes i tråd med forutsetningene. Komiteen vil videre vise til at det i budsjettproposisjonen for 2005 er lagt betydelig større midler til psykiatri, men komiteen vil likevel bemerke at selv om behandlingsskapiteten innen psykiatri har økt de to siste årene, øker tilgangen på pasienter sterkere, slik at ventetiden for psykiatriske pasienter særlig innen barne- og ungdomspsykiatrien ikke er tilfredsstillende.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at Riksrevisjonen ikke har kunnet dokumentere at foretakene virkelig har benyttet de øremerkede psykiatrimidler til psykiatrien, og dette mener disse medlemmer er alvorlig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at Riksrevisjonen har påpekt at regionale helseforetaks rapportering av øremerkede midler innen psykiatrien er mangelfull, og at dette vil komplisere departementets mulighet for oppfølging og kontroll. Dette mener flertallet er alvorlig, men har merket seg at departementet har iverksatt tiltak for å utbedre dette.

Slik komiteen ser det, er omstillingsutfordringene innen psykisk helse fortsatt ganske store og krevende for å sikre god balanse mellom nasjonal koordinering og desentraliserte løsninger, eksempelvis ved utbygging og drift av distriktspsykiatriske sentra.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, har registrert at det de par siste årene har vært foretatt en reduksjon av døgnplasser i de distriktspsykiatriske sentrene, men merker seg at regionale helseforetaks egne plantall viser at det planlegges å etablere totalt 2 215 døgnplasser i 2008.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har registrert at det de par siste årene har vært foretatt en reduksjon av døgnplasser i de distriktspsykiatriske sentrene, noe som disse medlemmer mener er i strid med forutsetningen i psykiatriplanen om at de distriktspsykiatriske sentrene i tillegg til poli-

klinisk virksomhet og dagbehandling skulle ha et tilstrekkelig antall døgnplasser med en relativt lav innleggelsesterskel.

Komiteen har også registrert at det er store variasjoner i tilbudene fra landsdel til landsdel og fra kommune til kommune, og komiteen ber derfor departementet vie saken stor oppmerksomhet og medvirke til faglig konsensus i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser. Dette bør i særlig grad etter komiteens mening være en oppgave for den etablerte strategiske gruppe som er sammensatt av representanter fra samtlige regionale helseforetak.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at departementet på bakgrunn av at tilrettelagte boliger med tilhørende servicetjenester og nødvendig faglig oppfølging er helt fundamentalt for å realisere målene i opptrappingsplanen, og på bakgrunn av omfanget av reduksjonen i sykehjemssenger, har tatt initiativ til en ny gjennomgang av behovet for boliger og tilrettelegging av bolig-situasjonen. I denne gjennomgangen vil man vurdere både omfanget av udekkete støtte- og servicetiltak i tilknytning til boligene, behovet for ulike typer fysiske boliger, hvordan de boligpolitiske virkemidlene kan nyttes for å realisere målene, behovet for faglig oppfølging mv. Gjennomgangen forutsettes å skje i samråd med bl.a. KS og brukerorganisasjonene. Stortinget vil bli orientert om status i løpet av 2005. Disse medlemmer peker på at de regionale helseforetakene i eget brev særskilt er bedt om å sørge for at det ikke skjer en ytterligere reduksjon i antall psykiatriske sykehjemsplasser før det er foretatt en samlet gjennomgang av situasjonen.

#### LOKALSYKEHUSENES ROLLE

Komiteen viser til at flertallet i sosialkomiteen i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) ba om at Regjeringen i meldingsdelen av budsjettforslaget for 2005 legger frem en analyse av hvilken rolle lokalsykehuse- og nærsykehuse skal spille i den samlede spesialisthelsetjenesten. Videre uttalte det samme flertall i komiteen at siktemålet med arbeidet bør være å foreslå en strategi som gjør at lokalsykehuse kan være en trygghetsbase for lokalbefolkningen. Denne henstillingen fra et flertall i sosialkomiteen følges nå opp i plan-dokumentet i budsjettproposisjonen for 2005. Komiteen sier seg glad for at departementet slår fast at dagens struktur for lokalsykehuse i hovedsak forutsettes opprettholdt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, sier seg også enig i at det må være stor fleksibilitet slik at det regionale helseforetak ut fra hva som til enhver tid vurderes som gode, faglige løsninger for befolkningen, gjennomfører endringer i det enkelte sykehus' tidligere oppgaver. Slik flertallet ser det, blir det av faglige grunner nødvendig med nye oppgavefordelinger også mellom sentralsykehus og universi-

tetssykehus i tiden fremover. Flertallet ser det videre slik, noe som også er i tråd med departementets vurdering, at lokalsykehuseenes rolleoppgaver fortrinnsvis skal konsentrere seg om tilbudene til de store sykdomsgruppene som trenger nærhet til tjenesten, eksempelvis indremedisin, psykiatri, rehabilitering og tjenester for syke, særlig syke eldre. Flertallet vil også påpeke at etter hvert som ventelistene reduseres til et forsvarlig nivå, vil mange lokalsykehus på en spesiell måte måtte kunne inngå et samarbeid med kommunene for å ivareta på en bedre måte samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i kommunene. Enkelte lokalsykehus vil da på en god måte utvikle seg som nærsykehus i forhold til lokalmiljøet og særlig ivareta rehabilitering, behandling og observasjon av de store eldre pasientgruppene og kronikerne. I en helhetsstrategi for videreutviklingen av lokalsykehuset må lokalsykehuseets oppgaver i det samlede beredskapsopplegg baseres på moderne medisinsk behandlings- og transportformer.

#### GJENNOMFØRINGEN AV RUSREFORMEN

Gjennom rusreformen er behandlingen av personer med rusmiddelproblemer blitt en del av spesialisthelsetjenesten, idet loven er endret. Slik komiteen ser det, er det særdeles viktig at foretakene gir rusbehandlingen prioritet og medvirker til et tettere samarbeid mellom rusbehandling og psykiatri, idet et betydelig antall av rusmiddelmissbrukere har dobbeltdiagnose. Komiteen vil understreke at Rusreform II er en betydelig utfordring for helseforetakene i årene som kommer.

#### UTVIKLING AV DE REGIONALE HELSEFORETAKENES KJERNEROLLER

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, vil peke på at modellen som er valgt med at de regionale helseforetakene både skal ivareta et sørge for-ansvar for spesialisthelsetjenesten til befolkningen i regionen og samtidig lede sine respektive helseforetaksgrupper, byr på store utfordringer. Ikke minst gjør disse utfordringene seg gjeldende i forhold til ulike private virksomheter som i tillegg til egne helseforetak er forutsatt å spille en sentral rolle i den samlede helsetjeneste. Flertallet sier seg derfor enig med departementet i at de regionale helseforetakene i større grad må fremstå med tydeligere organisatorisk systemmessig markering mellom de to hovedoppgavene som henholdsvis er ivaretagere av sørge for-ansvaret og konsernlederfunksjoner. Slik flertallet ser det, er praksisen så langt i de regionale helseforetakene en sterkere vektlegging på lederfunksjonen for egne foretak på bekostning av bestillerrollen som forutsetter en utstrakt konkurranse. Denne problematikken mener flertallet en bør komme tilbake til når reformen skal evalueres, og da stille spørsmål om eierstyringen i dag er den mest optimale, eller om man bør velge en annen modell med et eget sykehusdirektorat som ivaretar eierstyringen, mens de regionale helseforetak i større grad konsentrerer seg om sørge for-ansvaret.

Flertallet vil peke på at private sykehus og spesialister de siste årene i større grad har blitt en del av det offentlig finansierte tilbudet til alle pasienter. De regionale helseforetakene har rollen både som eier av de offentlige sykehusene og bestiller av private spesialisthelsetjenester på vegne av befolkningen.

Flertallet er kjent med at flere private sykehus har uttrykt bekymring over om de regionale helseforetakene klarer å håndtere denne dobbeltrollen. Det er eksempler på avtaler med svært begrensede diagnoser for et svært begrenset tidsrom, som vanskeliggjør situasjonen både for pasientene og for de private sykehusene. Det er også eksempler på at de regionale foretakene i liten grad lar private konkurrere med egen virksomhet, men bruker private kun som et supplement.

Flertallet har merket seg at helseministeren i debatt i Stortinget 23. april 2004 klart understreket at private virksomheter som har ansatte og investerer i utstyr, må sikres forutsigbare og rasjonelle rammebetingelser. Helseministeren uttalte også at det kan ikke og skal ikke være slik at de private bare brukes i de tilfeller der det offentlige ikke har den nødvendige kapasiteten. Videre pekte han på at private virksomheters forholdsmessige bidrag i helsetjenesten ikke skal reduseres gjennom de effektiviseringsprosesser som må gjennomføres i de regionale helseforetakene.

Flertallet er tilfreds med at departementet i St.prp. nr. 1 (2004-2005) følger dette opp ved å understreke at man overfor de regionale helseforetakene vil legge til grunn at man fremstår med en tydeligere organisatorisk og systemmessig markering mellom de to hovedoppgavene som henholdsvis ivaretaker av "sørge for-ansvaret" og konsernlederfunksjoner i forhold til egne eide helseforetak. Dette vil gi økt tydeliggjøring og større organisatorisk ryddighet i forholdet mellom de regionale helseforetakenes to kjerne roller. Flertallet synes også det er positivt at departementet i styringsdialogen med de regionale helseforetakene vil vektlegge at man tilstreber tilstrekkelig langsiktighet og forutsigbarhet i rammebetingelsene for private tilbydere.

Flertallet er også fornøyd med at departementet har satt ned en arbeidsgruppe med deltakelse fra de regionale helseforetakene, de private sykehusene og Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon som i løpet av desember 2004 skal fremme forslag som kan sikre bedre samhandling mellom de regionale helseforetakene og private, og som kan danne grunnlag for styringsdokumentet for 2005.

#### TILLIT OG LEGITIMITET

Komiteen viser til at selv om de regionale helseforetakene og deres eide helseforetak er underlagt nasjonal politisk styring gjennom foretaksmøte og styringsdokumentet, er det ikke til å legge skjul på at deler av befolkningen, særlig i miljøene rundt lokalsykehusene, har svekket tillit til den styring som så langt har vært gjennomført. Komiteen viser til at spesialisthelsetjenesten forbruker en betydelig del av offentlig sektors budsjetter, og at det derfor er viktig at befolk-

ningen som bidragsytere til vårt felles tjenestetilbud opplever tjenestetilbudet som godt, moderne og målrettet tilpasset det enkelte menneskets behov. I denne sammenheng er det etter komiteens mening viktig å peke på at man får en faglig forsvarlig balanse mellom desentralisering og sentralisering av tjenestetilbudene.

#### REGIONINNDELING

Komiteen har registrert at fusjonen mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet går etter planen, og at det videre arbeid med hovedstadssykehus-problematikken i forhold til Helse Øst og Helse Sør blir sett i sammenheng med fusjonen mellom Radiumhospitalet og Rikshospitalet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er i denne sammenheng kjent med at departementet vil sende dette problemkomplekset ut på høring med det første.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at ulike modeller for bedre samordning av Helse Sør og Helse Øst har vært drøftet i høringsmøter med representanter for fylkeskommunene i de to helseregionene og Oslo kommune, brukerutvalg i Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, Universitetet i Oslo, høyskolene, de øvrige helseregionene samt fagforeninger for ansatte i spesialisthelsetjenesten. Det er bred enighet om behovet for bedre samordning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til prosjektet "Sykehus i hovedstadsområdet", et arbeid som er igangsatt for å vurdere sykehusstruktur og samhandling i Osloområdet og med høringsfrist 1. desember 2005. Disse medlemmer mener det kan være gode grunner for å se på bedre samhandling mellom helseforetakene i området for unngå ressursødende strukturer og manglende driftsmessige koordineringer. Dimensjonering og lokalisering av nye bygg må nødvendigvis ta hensyn til bl.a. korte geografiske avstander. Videre er det grunn til å understreke at forskning viser at de driftsmessige og økonomiske gevinster blir borte når sykehusene overskrider en viss størrelse.

Disse medlemmer forutsetter at det ikke blir foreslått omfattende endringer av nåværende regionsstruktur uten at Stortinget involveres. Inndeling i fem regionale helseforetak har vært viktig for å få til en utjevning av spesialisthelsetjenestene i distriktene. Samtidig har en viss balanse i størrelse mellom regionene hatt betydning for oppbygging av regionenes helsetilbud til sin befolkning. Regioninndelingen har sørget for en viss nærhet til befolkningen som motsats til ei direkte styring fra for eksempel et helsedirektorat.

Disse medlemmer mener det er viktig å ta vare på denne oppbyggingen i den videre utvikling av helsenorge. Derfor vil disse medlemmer advare mot å bygge opp en gigantregion for over halvdel av lan-

dets befolkning. Dette ville bli tilfellet om en skulle tenke seg å slå sammen Helse Øst og Helse Sør. Disse medlemmer vil ikke kunne gi sin støtte til ei slik regioninndeling.

Disse medlemmer ser de utfordringer som ligger i Oslo-området og behovet for prosjektet "Sykehus i hovedstadsområdet". Disse medlemmer viser til de styringsfullmakter som lov om helseforetak gir helseministeren, og mener at disse må brukes for å bestemme samordning og fordeling av helseforetakenes oppgaver i hovedstadsområdet, også for å unngå oppbygging av overkapasitet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet finner det helt nødvendig at det gjøres noe med sykehusstrukturen, og vil støtte departementet i det påbegynte arbeidet med dette. Disse medlemmer mener at sykehusene i Oslo-regionen må slås sammen til ett foretak, noe som vil gi som konsekvens at de regionale helseforetakene Sør og Øst nedlegges og at det arbeides for etablering av et Statens sykehusdirektorat som overtar eierstyringen av foretakene.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil ikke støtte en sammenslåing av Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Dette medlem vil understreke at det er viktig å samarbeide innenfor sykehus- og helsesektoren, men dette må kunne skje uten slike gigantfusjoner. En slik sammenslåing vil skape et så stort sykehus at de interne driftsforholdene vil skape minst like store problemer som de man i dag ser mellom sykehusene. Dette medlem mener at det er en feilvurdering og en form for stormannsgalskap når Norge på denne måten skal etablere ett av Europas klart største sykehus. Dette medlem mener at helsereformen og ordningen med helseministeren som øverste myndighet for helseforetakene har spilt fallitt om man ikke kan klare å få til gode samarbeidsformer og riktig ressursutnyttelse uten å gå til slike sammenslåingsprosjekter.

#### ***Kap. 742 Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter***

Det foreslås bevilget 26,6 mill. kroner for 2005 mot 25,6 mill. kroner i saldert budsjett for 2004.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, merker seg ut fra St.prp. nr. 1 (2004-2005) at det i landet er 57 kontrollkommisjoner mot 56 foregående år. Flertallet ser det som tjenlig at den geografiske fordelingen av disse beskrives i neste års budsjettproposisjon. Flertallet mener at årsaken til eventuell endring av antallet fra ett år til et annet også skal omtales i kommende proposisjoner.

Komiteen merker seg at Sosial- og helsedirektoratet har startet arbeidet med å evaluere kontrollkommisjonenes arbeid, og at arbeidet er så omfattende at det også vil pågå i 2005. Komiteen vil anmerke at dette arbeidet er kommet i gang med utgangspunkt i komite-

ens enstemmige merknad i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002-2003) der komiteen vektla en samlet evaluering av kontrollkommisjonene som ledd i å kvalitetssikre deres arbeid. Komiteen ba i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) Regjeringen om å ta med en beskrivelse av de deler av arbeidet som var sluttført i sitt forslag til statsbudsjett for 2005.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, kan imidlertid ikke se at Regjeringen har gitt noen presentasjon av innholdet i evalueringen i St.prp. nr. 1 (2004-2005), og kan heller ikke se at det foreligger noen begrunnelse for hvorfor dette er utelatt.

Flertallet frykter at en evaluering av kontrollkommisjonenes arbeid som pågår over flere år uten at noen delrapporter legges fram, i liten grad vil virke dynamisk korrigerende for det arbeidet som kommisjonene utfører, fordi de dataene som framkommer, vil kunne anføres å være gamle og utdaterte når de presenteres. Flertallet mener derfor at det nå er rimelig å forvente at evalueringen slutføres i god tid før statsbudsjettet for 2006, slik at gjennomgangen kan presenteres for Stortinget før enda et budsjettår er avviklet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til oppdrag gitt om å evaluere kontrollkommisjonens arbeid og omtale av dette evalueringsarbeidet i budsjettproposisjonen for 2005. Disse medlemmer er kjent med at hovedårsaken til at arbeidet er forsinket, skyldes gjennomføring av datainnhenting og videre bearbeiding. Det forutsettes at resultatet av evalueringen presenteres i budsjettproposisjonen for 2006.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 742 post 70 reduseres med 0,5 mill. kroner og bevilges med 1,762 mill. kroner.

#### ***Kap. 743 Statlige stimuleringsiltak for psykisk helse***

Det foreslås bevilget 3 772,1 mill. kroner for 2005 mot 3 348 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Det er overført 29,2 mill. kroner fra 2003 til 2004. For 2005 foreslås det omdisponert midler til kap. 732.

Komiteen merker seg at Regjeringen i budsjettproposisjonen beskriver at neste års opptrapping til driften av det psykiske helsevernet er på 849 mill. kroner, og at dette er den største økningen av driftsmidlene i noe år siden opptrappingsplanen ble iverksatt i 1999.

Komiteen er glad for at ressursinnsatsen innenfor det psykiske helsevernet økes såpass betraktelig. Manglene innenfor psykiatrien har vært betydelige, og mange mennesker har ikke mottatt den hjelpen de burde ha fått, eller har fått hjelpen for seint. En målrettet styrking av det psykiske helsevernet kan bidra til å redusere ventelister og til å hindre alvorlig

sykdom gjennom adekvat behandling. Men komiteen vil påpeke at dette bare kan oppnås gjennom målrettet bruk av de bevilgede midlene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at de manglene som har blitt avdekket når det gjelder det psykiske helsevernet, ikke bare har vist at den samlede ressursinnsatsen har vært mangelfull, men også at midler til det psykiske helsevernet har vært brukt for lite målrettet ut fra hvor behovene har vært størst.

Flertallet mener et eksempel på dette er forskjellen i ventelister til psykiatrisk behandling for barn og voksne. Tall som departementet selv har presentert, har vist at henviste barn i gjennomsnitt har måttet vente opptil dobbelt så lenge som voksne for å få en plass innenfor det psykiske helsevernet. Flertallet mener at ventetiden bør være kort for både barn og voksne. Men når ventetiden blir betydelig lengre for å behandle barn med alvorlige psykiske lidelser, er dette et tegn på at styrkingen av tilbudet til de yngste er kommet atskillig kortere enn for de voksne. Flertallet er glad for at det det siste året har vært en nedgang i ventetiden for barn, men merker seg at denne ut fra departementets egne tall likevel fortsatt er betydelig lengre enn for voksne.

Flertallet mener at det er et behov for særskilt å gjennomgå tilbudet til barn og unge innenfor det psykiske helsevernet på linje med den gjennomgangen som er gjort for voksne, og som Stortinget har fått til behandling i form av en melding fra Riksrevisjonen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå behandlingstilbudet til barn og unge innenfor det psykiske helsevernet og legge fram gjennomgangen for Stortinget på egnet måte."

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti har merket seg at de totale driftsutgiftene til psykisk helsevern for barn og unge har økt mest. Fra 2002 til 2003 var økningen på 22 prosent, og i perioden 1998 til 2003 på hele 56 prosent. Til tross for dette er det fortsatt slik at ventetiden til spesialisttjenesten for barn og unge er større enn for voksne. Disse medlemmer er kjent med at strategiplan for barn og unges psykiske helse har som siktemål å styrke deres egne ressurser og bedre tjenestetilbudet til barn og unge. Disse medlemmer ber om en redegjørelse for arbeidet med barn og unges psykiske helse i statsbudsjettet for 2006.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er glad for at utbyggingen av distriktpsikiatriske sentra i det vesentlige går som forutsatt. Flertallet er imid-

lertid bekymret for at eksisterende behandlingstilbud bygges ned før nye erstatter disse. Flertallet vil påpeke at det for enkeltbrukere kan være større behov for nære lavterskeltilbud enn for høyt spesialiserte tilbud langt fra brukernes bosted. En psykiatrisk avdeling vil ikke nødvendigvis kunne erstatte et lokalt psykiatrisk sykehjem, både fordi terskelen for innleggelse er helt forskjellig i de to institusjonstypene, og fordi det faglige innholdet også er helt forskjellig.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at det må stilles strenge krav om at det skal være et alternativt behandlingstilbud på plass før noe tilbud tas bort. Disse medlemmer mener også at det behandlingstilbudet som kommer til erstatning, må ha en innretning som gjør at de berørte brukerne reelt sett kan nyttiggjøre seg tilbudet til erstatning for det som forsvinner. Disse medlemmer vil be om at disse forutsetningene følges tett opp av Regjeringen, slik at ingen nedbygging av helsetjenestetilbud finner sted uten at disse på forhånd er erstattet av et tilsvarende eller bedre tilbud.

Disse medlemmer merker seg den økte satsingen på forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene. Disse medlemmer mener at dette arbeidet er viktig som ledd i å bedre folkehelsen og for å forebygge sykdom. Disse medlemmer mener imidlertid at de midlene som er knyttet til opptrappingsplanen for psykisk helsevern, i sin helhet skal benyttes til å styrke dette fagområdet. Dersom midlene også skal settes inn i det generelle helseforebyggende arbeidet, også til arbeidsoppgaver som bare perifert har relasjon til psykisk helsevern, mener disse medlemmer at det kan bidra til å redusere effekten av opptrappingsplanen.

Disse medlemmer mener at tiltak som ungdommens helsestasjoner, skolehelsetjenesten og generelt forebyggende helsearbeid bør finansieres gjennom refusjon og tilskudd til kommunene uavhengig av opptrappingsplanen, som tiltak det skal tilrettelegges for i kommunene også når det gjelder fysiske plager og generelt helsefremmende arbeid.

Disse medlemmer mener at det er et stort behov for å sikre økte ressurser til mennesker med sykdommer som følge av rusmiddelavhengighet, og at opptrappingsplanen må tilrettelegges i sterkere grad slik at det psykiske helsevernet også kan gi et behandlingstilbud til mennesker med rusmiddelproblemer, slik at mennesker med såkalte dobbeltdiagnoser ikke opplever å bli avvist av det psykiske helsevernet.

Disse medlemmer mener imidlertid at opptrappingsplanen for psykisk helsevern alene ikke kan dekke opp for de store manglene når det gjelder behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige. Disse medlemmer mener at det er et behov for en gjennomgang av hele rusmiddelfeltet som ledd i å oppnå en bedre og mer sammenhengende behandlingsskjede også til mennesker med rusmiddelproblemer.

Disse medlemmer mener at det er behov for å kartlegge hvor store ressurser som må settes inn over-



for mennesker med rusmiddelavhengighet, som ledd i å oppnå et tilfredsstillende behandlingstilbud, og at også dette fagfeltet bør inngå i en langsiktig, helhetlig opptrappingsplan.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå det samlede ressursbehovet for et helhetlig behandlingstilbud for mennesker med rusmiddelavhengighet og legge resultatet av gjennomgangen fram for Stortinget på egnet måte."

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til vedtak i forbindelse med rusreformen der det bes om at reformen evalueres etter tre års virketid, med særlig vekt på henvisningsordningen og i hvilken grad det somatiske og det psykiske helsevernet er organisert slik at mennesker som har utviklet sykdom som følge av rusmiddelavhengighet, gis et helhetlig tilbud.

Disse medlemmer er kjent med at Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet om å igangsette en slik evaluering. Evalueringen vil gi verdifull informasjon om helheten i behandlings- og rehabiliteringstilbudet til rusmiddelmissbrukere og gi grunnlag for å vurdere behov for eventuell styrking av ulike innsatsområder.

Disse medlemmer viser til at departementet på bakgrunn av at tilrettelagte boliger med tilhørende servicetjenester og nødvendig faglig oppfølging er helt fundamentalt for å realisere målene i opptrappingsplanen, og på bakgrunn av omfanget av reduksjonen i sykehjemssenger, har tatt initiativ til en ny gjennomgang av behovet for boliger og tilrettelegging av bolig-situasjonen. I denne gjennomgangen vil man vurdere både omfanget av udekkete støtte- og servicetiltak i tilknytning til boligene, behovet for ulike typer fysiske boliger, hvordan de boligpolitiske virkemidlene kan nyttes for å realisere målene, behovet for faglig oppfølging mv. Gjennomgangen forutsettes å skje i samråd med bl.a. KS og brukerorganisasjonene. Stortinget vil bli orientert om status i løpet av 2005. Disse medlemmer peker på at de regionale helseforetakene i eget brev særskilt er bedt om å sørge for at det ikke skjer en ytterligere reduksjon i antall psykiatriske sykehjemsplasser og heldøgns plasser i psykiatriske behandlingstilbud før det er foretatt en samlet gjennomgang av situasjonen.

Komiteen viser til at de distriktspsykiatriske sentra var en av bærebjelkene i den psykiatriplan Stortinget vedtok i 1997. Sentrene skulle bygges ut i et betydelig antall basert på de godkjente psykiatriplaner som staten overtok fra fylkeskommunene i 2002 i forbindelse med sykehusreformen. DPS-ene skulle gi et bedre tilbud innen psykiatri i distriktene basert på poliklinisk virksomhet, dagbehandling og døgnbehandling med en lavere innleggelsesterskel enn det de psykiatriske sykehusene hadde.

Slik komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosi-

alistisk Venstreparti og Senterpartiet, registrerer det, har de regionale helseforetakene ikke alle steder fulgt opp de godkjente fylkeskommunale psykiatriplaner, og i enkelte regioner, som eksempelvis i Helse Sør, er antall døgnplasser i DPS-ene vesentlig redusert.

Flertallet etterlyser sterkere konsensus i de psykiatriske behandlingstilbudene i landet. Dette vil etter flertallets mening styrke tilliten til behandlingsapparatet.

Flertallet vil igjen peke på at det ofte forekommer at psykiatriske behandlingstilbud legges ned før pasientene er gitt et tilsvarende behandlingstilbud i regionen. Dette mener flertallet er svært uheldig og mener at helseministeren i sitt styringsdokument til helseforetakene må sette en stopper for at så skjer.

Komiteen viser til at ressursene til psykiatriplanen er vesentlig økt for 2005. Det pålegger etter komiteens mening helseforetakene et stort ansvar for at de bevilgede midler benyttes i direkte pasientbehandling. Komiteen ber departementet spesielt om å medvirke til større pasientbehandling per dagsverk hos offentlig psykiater og psykolog.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har merket seg at kombinasjonen av rus og alvorlige psykiske lidelser har økt dramatisk de siste årene. Kompetansen i faggruppene er i mange tilfeller for lav. En kartlegging Sosial- og helsedirektoratet foretok i 2003, viste at det generelt var mangelfullt tilbud om utredning og behandling, og det var et udekket behov for kompetansetiltak. Disse medlemmer anmoder Helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide et handlingsprogram for kompetanseheving innen behandling og oppfølging av pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser i både 1.- og 2.-linjetjenesten.

Disse medlemmer har registrert at kommunikasjonen mellom 1.- og 2.-linjetjeneste ofte er utilfredsstillende. Disse medlemmer mener at Helse- og omsorgsdepartementet må gi overordnede føringer når det gjelder forpliktende samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer er bekymret for at pasientrettighetsloven ikke fungerer godt nok for pasienter med psykiske lidelser, og fremmer derfor følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for en evaluering av hvordan pasientrettighetsloven gagnar mennesker med psykiske lidelser, og at dette omtales i Revidert nasjonalbudsjett for 2005."

Disse medlemmer er kjent med at behandling av psykisk syke pasienter ofte kan være forskjellig, avhengig av hvor man behandles. Behandlingen base-res ofte på tilnærminger behandleren selv er opptatt av, ofte med usikker basis i aksepterte retningslinjer for utredning og behandling. Disse medlemmer mener derfor det bør utvikles standardiserte retnings-

linjer for behandlingsopplegg for psykiske lidelser. Behandlingen må bygge på konsensus om hva som er god klinisk praksis.

Disse medlemmer er videre kjent med at mange barn og unge med psykiske lidelser får behandling i flere år uten å ha fått stilt diagnose. Disse medlemmer mener at for å sikre riktig behandling er det viktig at det utføres diagnostisk vurdering, og at det utarbeides en behandlingsplan for alle pasienter.

Disse medlemmer har registrert at en del alvorlig psykisk syke personer står helt uten et tilpasset bo- og behandlingstilbud. Dette er en stor belastning for den enkelte, og det skaper utrygghet i befolkningen. Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å utføre en kartlegging av hvor mange alvorlig psykisk syke personer det er som står helt uten et tilpasset bo- og behandlingstilbud, og hvor disse befinner seg."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 743 post 62 økes med 25 mill. kroner og bevilges med 2 075,783 mill. kroner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til behandlingen av St.prp. nr. 63 (2003-2004) og Innst. S. nr. 250 (2003-2004) der Stortinget gir sin tilslutning til at Mental Helse Norge får ansvar for å etablere et senter som prosjekt for bruker- og pårørendekompetanse. I proposisjonen redegjøres det for samarbeidet som skal skje mellom Mental Helse Norge og Sosial- og helsedirektoratet. Flertallet viser til dette arbeidet og foreslår bevilget 3 mill. kroner til etablering av det planlagte senteret for bruker- og pårørendekompetanse.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 743 post 70 økes med 3 mill. kroner og bevilges med 322,973 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at Mental Helse Norge over lang tid har arbeidet med å få etablert et lærings- og mestrings-senter for mennesker med psykiske lidelser. Formålet med senteret er å styrke kompetansen hos brukerne og pårørende spesielt og befolkningen generelt for å gi kunnskap om hvordan en kan mestre eget liv. Disse medlemmer mener at dette er et meget viktig initiativ. Selv om en gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse har oppnådd mye, må en fortsette innsatsen og sørge for tilgjengelighet til et bredt spekter av tiltak. Mental Helse Norges etablering av Frogner lærings- og kompetansesenter fortjener myndighetenes støtte.

Disse medlemmer viser til at Stortinget i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) ba Regjeringen vurdere godkjenning og finansiering av senteret. Dette har ennå ikke skjedd.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag.

"Stortinget ber Regjeringen vurdere godkjenning og i samarbeid med de regionale helseforetak og Mental Helse Norge i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2005 vurdere finansiering av Frogner lærings- og kompetansesenter for mennesker med psykiske lidelser."

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det er viktig å stimulere gode rehabiliteringstilbud blant annet gjennom yrkesrettet attføring. Innenfor dette området må det satses på lavterskeltiltak som Arbeid med bistand, Arbeidspraksis i skjermert virksomhet og Varig tilrettelagt arbeid.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser her til Senterpartiets alternative budsjett hvor det er satt av 2,5 mill. kroner til KIM-sentret i Trondheim slik at dette kan satse videre på rehabilitering gjennom de nevnte ordningene.

Dette medlem viser til at Senterpartiet i sitt alternative statsbudsjett ønsker å styrke kommuneøkonomien generelt med over 6 mrd. kroner. Dette medlem mener det i tillegg til dette må være en ekstra styrking av det psykiske helsevernet i kommunene, og at denne styrkingen også må kunne brukes innenfor området rus/psykiatri da svært mange innenfor dette omsorgsområdet har en dobbeltdiagnose. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der det psykiske helsearbeidet i kommunene styrkes med 80 mill. kroner på kap. 743 post 62.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at det fra Modum bad er søkt om midler til etablering av en egen avdeling med 20 plasser for mennesker med rus- og psykiske problemer. Flertallet viser til proposisjonens omtale av prosjektet. Modum bad har ikke utviklet kompetanse på rusproblematikk i tilknytning til psykiske lidelser. Dette er en kompetanse som flertallet mener må utvikles. Flertallet mener at den pasientgruppe som Modum bad gir tilbud til, bør gis behandling ut fra sin grunndiagnose, slik at de ulike avdelingene også må utvikle kompetanse på rusmiddelmissbruk. Flertallet foreslår derfor å øke bevilgningen med 2 mill. kroner til et slikt kompetansetiltak.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 743 post 75 økes med 2 mill. kroner og bevilges med 1 191,972 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har registrert at Modum bad har utredet behandlingstilbud for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer, og at institusjonen nå ønsker å etablere et tilbud for behandling. Disse medlemmer mener det er et stort behov for et slikt tilbud.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Budsjett-innst. S. I (2004-2005), merknad under kap. 719 post 72, og ønsker omprioritering for å styrke kap. 743 post 72 med 1 mill. kroner slik at Modum bad kan fullføre planleggingen med en avdeling med 20 plasser for mennesker med psykiske lidelser og samtidige rusproblemer.

Komiteens medlem fra Senterpartiet støtter planleggingen av et tilbud for pasienter med psykiatri/rusproblemer ved Modum bad og viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der det på kap. 743 post 72 er ført opp 2 mill. kroner til dette formålet.

#### **Kap. 744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede**

Det foreslås bevilget 41,6 mill. kroner for 2005 mot 32,2 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 54,2 mill. kroner.

Komiteen har merket seg at etter forslag fra kontrollkommissjonen for Østmarka og Brøset sykehus har fylkesmannen i Sør-Trøndelag blitt bedt om å opprette en egen kontrollkommissjon for fagenheten med ansvar for alle psykisk utviklingshemmede som dømmes til tvungen omsorg.

Komiteen har videre merket seg at det per juli 2004 er 9 personer som er dømt til tvungen omsorg.

#### **Kap. 750 Statens legemiddelverk**

Det foreslås bevilget 125,4 mill. kroner for 2005 mot 121,4 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Det er overført 1,9 mill. kroner fra 2003 til 2004.

Komiteen vil understreke at Statens legemiddelverk skal bidra til å sikre at de legemiddelpolitiske og refusjonspolitiske mål blir oppfylt ved å sikre tilgang til

- sikre og effektive legemidler uavhengig av bosted
- rask tilgang på nødvendige legemidler
- nødvendige legemidler ved langvarige behandlinger, uavhengig av betalingsevne
- faglig og økonomisk rasjonell bruk av legemidler
- lavest mulig pris på legemidler
- faglig veiledning om legemiddelbruk

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, registrerer at de europeiske prosedyrene er blitt prioritert i forbindelse med behandlinger av søknader om markedstillatelser. Som følge av disse prioriteringene har det blitt lagt ned færre ressurser til behandling av rent nasjonale søknader, noe som har ført til at behandlingstiden har blitt overholdt i mindre grad.

Flertallet vil minne om Stortingets vedtak nr. 137 av 10. desember 2003:

"Stortinget ber Regjeringen undersøke hvorfor tidsfristen for godkjenning av markedsføringstillatelser for

legemidler ikke overholdes av Statens legemiddelverk i enkelte saker der det er søkt om markedsføringstillatelse for legemidlet også i enkelte EØS-land, og underrette Stortinget på egnet måte."

Flertallet vil påpeke at dette arbeidet ikke synes å være gjort på tilfredsstillende måte fram til nå. Flertallet vil understreke viktigheten av å få brakt dette forholdet i orden og at undersøkelsen nå burde ha vært gjort.

Komiteen vil påpeke at tidsfristen for godkjenning av markedsføringstillatelser ikke er blitt overholdt fram til nå. Komiteen vil understreke viktigheten av å få brakt dette forholdet i orden og har merket seg at det nå legges et løp som kan sikre at tidsfristen for behandling av nasjonale søknader kan overholdes bedre enn i dag. Komiteen forutsetter at Stortinget underrettes om utviklingen på området senest i forbindelse med fremleggelsen av Revidert nasjonalbudsjett for 2005.

Komiteen mener at strenge prioriteringer og effektivisering av rutiner innenfor Statens legemiddelverks virksomhet må ha sikkerheten for gode og riktige medisiner til pasientene som sin viktigste målsetting. Videre må det være en klar forutsetning at nasjonale saker behandles med samme prioritet og tidsperspektiv som andre saker. Komiteen mener at arbeidssituasjonen innen Statens legemiddelverk må gjennomgås dersom disse forholdene ikke kan oppfylles, og at departementet må komme tilbake til Stortinget med en egen sak dersom legemiddelkontrollen ikke har god nok kapasitet.

Komiteen vil også påpeke at kontrollen med detaljister utenom apotek må være på plass snarest, og at det må satses på informasjon til publikum om risiko ved internetthandel med legemidler. I tillegg bør det fokuseres på kontroll med at forfalskede og stjalne legemidler ikke kommer inn i den legale distribusjonskjeden. Dette bør være et samarbeid mellom flere etater, bl.a. Legemiddelverket, Kriminalpolitisen og Toll- og avgiftsdirektoratet.

Komiteen vil understreke at bivirkningskartleggingen og risiko ved legemiddelbruk er en viktig oppgave for Statens legemiddelverk. Videre vil komiteen slutte seg til de satsningsområdene som er utpekt når det gjelder antibakterielle midler, onkologi, hjerte/karmidler, utvalgte midler innen sentralnervesystemet, vaksiner til mennesker, legemidler til fisk og parasittmidler til dyr.

Komiteen mener også det er viktig å gå dypere inn i dokumentasjonen for søknader som gjelder for legemidler med innhold av genmodifiserte organismer, legemidler framstilt av blod og legemidler med spesielle produksjonsforhold eller annet som kan tenkes å medføre kvalitetsproblemer.

Komiteen støtter også at Statens legemiddelverk fortsetter å bygge opp egen kompetanse både forvaltningsmessig og faglig, når det gjelder legemidler som brukes innenfor kreftbehandlingen.

Komiteen viser til at legemiddelområdet og refusjonsordningene skal opp til helhetlig behandling i

Stortinget i løpet av vinteren 2005, og at man vil komme tilbake til en helhetlig vurdering av dette området inkludert Legemiddelverkets rolle i den sammenheng.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet, og foreslår at kap. 750 post 1 reduseres med 0,5 mill. kroner og bevilges med 121,307 mill. kroner.

#### **Kap. 751 Apotekvesen og legemiddelfaglige tiltak**

Det foreslås bevilget 133,5 mill. kroner for 2005 mot 85,6 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 79,4 mill. kroner.

Komiteen har merket seg at arbeidet med å få innført elektroniske resepter (eResept) nå er i gang og med forventning om iverksetting i slutten av 2006. Komiteen forutsetter at dette arbeidet prioriteres meget høyt da elektroniske resepter forventes å gi grunnlag for å gi legene forskrivningsstøtte knyttet til bruk, virkning, pris og refusjonskriterier. Dersom dette vil fungere, vil legemiddelforvaltningen kunne få en vesentlig og tiltrengt kvalitetsforbedring. Med en økende bruk av individuelle refusjonssøknader på blåreseptmedisin, kan dette gi stor fare for økende byråkratisering og uforsvarlig lang ventetid før pasientenes søknader er behandlet. En mer rasjonell og automatisert behandling gjennom eReseptsystemet kan forhåpentligvis oppveie noe av ei slik uheldig utvikling.

Komiteen har merket seg en avtale mellom NMD grossisthandel A/S og Sosial- og helsedirektoratet om beredskapslager av legemidler. Komiteen mener at det aldri må kunne reises tvil om beredskapssituasjonen er fullt ut tilfredsstillende, og ber om at en gjennom neste års statsbudsjett blir orientert om status for forsyningsberedskapen.

Komiteen viser til den bebudede stortingsmeldingen om legemiddelpolitikken og forutsetter at det i stortingsmeldingen legges opp til prosedyrer som sikrer en fortløpende god og effektiv legemiddelbruk. I dagens fragmenterte system legges veien altfor åpen for innspill mot Stortinget. Dette skyldes ofte et gap mellom tidspunktet for Statens legemiddelverks behandling av søknad om forskrivning på blå resept og det tidspunkt legemidlet tas opp i budsjettprosessen.

Komiteen forutsetter at myndighetenes informasjon til befolkningen og helsepersonellet om legemidler forbedres betydelig. Så langt er en i for stor grad avhengig av å få viktig informasjon fra legemiddelprodusenter, apotek og grossister.

Komiteen har merket seg at en nå har fått et regionalt legemiddelinformasjonscenter i alle helseregioner. Disse skal bl.a. sørge for god informasjon omkring legemidler. Komiteen har merket seg at det er satt søkelys på bivirkningsovervåkning bl.a. gjennom de regionale legemiddelinformasjonscentrene. Det er uheldig at bivirkninger ved legemiddelbruk er for lite

kjent for publikum. Det samme gjelder omfanget av skader og dødsfall. Komiteen mener at Stortinget må informeres om disse forhold.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 751 post 21 reduseres med 1,7 mill. kroner og bevilges med 65,742 mill. kroner.

#### **Kap. 760 Utredningsvirksomhet m.m.**

Det foreslås bevilget 8,5 mill. kroner for 2005. Kapitlet er nytt, og det er omdisponert midler fra Sosialdepartementets budsjett.

Komiteen er tilfreds med at Regjeringen foreslår å gi tilskudd til Kommunenes Sentralforbund på 2,2 mill. kroner for å styrke kvalitetsutviklingsarbeidet i kommunene gjennom å utvikle egnet måleverktøy for medarbeidertilfredshet og kompetanseutvikling om brukerundersøkelser.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 760 post 21 reduseres med 1 mill. kroner og bevilges med 7,454 mill. kroner.

#### **Kap. 761 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet**

Det foreslås bevilget 2 597,4 mill. kroner for 2005. Kapitlet er nytt, og det er omdisponert midler fra kap. 732 og fra Sosialdepartementets budsjett og Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett.

#### **POST 21 SPESIELLE DRIFTSUTGIFTER**

Komiteen har merket seg at grunnet arbeidsfordeling mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet så er deler av den bevilgningen som tidligere lå under kap. 621 overført til dette nyopprettede kapitlet. Dette dreier seg i første rekke om en del tilskuddsordninger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at diakonstillingen i Spania som flertallet fikk etablert gjennom budsjettforliket mellom Fremskrittspartiet og regjeringspartiene høsten 2002, og som har vært besatt siden 1. juli 2003, har en driftskostnad på 700 000 kroner mens bevilgningen var på 500 000 kroner. For 2004 viser flertallet til at det er blitt etterbevilget 200 000 kroner fra Sosial- og helsedirektoratet. Flertallet foreslår derfor at diakonstillingen i Torrevieja bevilges med 700 000 kroner i 2005, og foreslår at posten økes med 0,2 mill. kroner. Flertallet viser til at stillingen nå skal evalueres, og ber om at Stortinget i løpet av 2005 får seg forelagt en vurdering om ordningen skal gjøres permanent.

Flertallet viser til at da HVPU-reformen ble gjennomført og de større institusjonene ble nedlagt og pasientene flyttet ut i kommunene til egne boliger eller mindre bokollektiver, ble det vanskeligere å organisere ferie- og rekreasjonsreiser for psykisk funksjonshemmede. I tillegg må oppholdet og ledsagertjenestene i de fleste tilfellene betales av brukeren selv.

Dette innebærer at det ofte er brukere med god personlig økonomi og minst funksjonshemming som har hatt muligheten til å benytte seg av tilbud som for eksempel Solgården i Alicante i Spania. Så mye som 10 til 15 prosent av de psykisk funksjonshemmede trenger ledsager ved reiser og ferieturer utenom eget bosted. For at flere skal kunne bruke disse tilbudene, vil flertallet foreslå bevilget 2 mill. kroner til ledsagertjenester til ferie og rekreasjonsopphold, særlig for multiple psykisk funksjonshemmede. Flertallet ber om at det etableres et samarbeid med Samordningsrådet for psykisk funksjonshemmede for å organisere dette prøveprosjektet.

Flertallet forutsetter samtidig at det foretas diverse innsparinger på denne posten på 3,6 mill. kroner slik at nettovirkning blir en reduksjon på 1,2 mill. kroner.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 761 post 21 reduseres med 1,4 mill. kroner og bevilges med 73,357 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at enkelte landsomfattende fritidsaktiviteter for mennesker med psykiske lidelser ikke kan videreføres med et fragmentert økonomisk ansvar. Fysiske aktiviteter har fremdeles for liten plass i behandlingsterapien og kommunenes oppfølging av mennesker med psykiske lidelser. Det er derfor viktig at Stiftelsen Skifestival som gjennomfører sommer- og vinterarrangement for mennesker med psykiske lidelser, sikres bidrag også i år.

#### POST 60 TILSKUDD TIL OMSORGSTJENESTER

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til den lave bemanningsfaktoren som i mange norske sykehjem fører til uverdige forhold for pasientene og uholdbare arbeidsforhold for de tilsatte. På bakgrunn av informasjonen fra bl.a. Handlingsplanen for eldreomsorgen om økningen i antall eldre over 80 år som er forventet å ha et omsorgsbehov, vil disse medlemmer i sitt alternative budsjett fremme forslag om å øke antallet stillinger i omsorgssektoren med 500. Disse medlemmer vil samtidig vise til Dokument nr. 8:92 (2002-2003) der forslagsstillerne peker på de utnyttede ressurser som finnes blant landets omsorgsarbeidere, og finner ingen grunn til å tro at dette forhold har endret seg. Disse medlemmer vil samtidig vise til de rapporter fra både Norsk Sykepleierforbund og Statens helsetilsyn som har vist at forholdene i omsorgssektoren ikke er tilfredsstillende.

Disse medlemmer viser til Dokument nr. 8:29 (2003-2004) om å tillegge Sosial- og helsedirektoratet

godkjenningsmyndighet for bemanningsplaner ved sykehjem og i hjemmesykepleien slik at behandlings- og pleietrengende syke eldre sikres et faglig forsvarlig nivå på bemanningen uavhengig av bosted, og disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen tillegge Sosial- og helsedirektoratet godkjenningsmyndigheten for bemanningsplaner ved sykehjem og i hjemmesykepleien slik at behandlings- og pleietrengende syke eldre sikres faglig forsvarlig nivå på bemanningen uavhengig av bosted."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at det trengs mer personell og bedre kvalifisert personell i pleie- og omsorgssektoren. Disse medlemmer vil understreke at dette først og fremst kan endres ved at kommunene tilføres mer ressurser, og at det satses mer på tilrettelegging for økte bemanning og kompetanseutvikling.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil i den forbindelse vise til Senterpartiets alternative statsbudsjett der kommuneøkonomien styrkes med vel 6 mrd. kroner samt at både rusfeltet og psykiatrien i kommunen tilføres mer midler. Videre foreslås det å styrke tiltakene for tilsetting av leger, tannleger og et utdanningsstipend for å skaffe mer og bedre kvalifisert personell. Dette medlem mener en slik bevisst satsing og prioritering på en bedre og mer reell måte vil styrke situasjonen innen pleie- og omsorgssektoren enn å lage bemanningsplaner og myndighetsbestemmelser som vanskelig kan realiseres med den ressurstilgangen som flertallet legger opp til. Dette medlem vil minne om at det meste ikke vedtas, men skapes, slik det også ble uttrykt i et politisk slagord for noen år siden.

#### POST 61 TILSKUDD TIL VERTSKOMMUNER

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, har særlig merket seg at Regjeringen foreslår at 450,2 mill. kroner under post 61 Tilskudd til vertskommunene mv. foreslås innlemmet i inntektssystemet til kommunene. Dette medfører at vertskommunene vil kunne få til dels betydelig mindre overføringer knyttet til vertskommunetilskuddet enn det som har vært forutsetningen gjennom avtalen mellom staten og vertskommunene. Flertallet er enig med vertskommunene i at dette vil være et brudd på tidligere inngåtte avtaler, og at dette derfor må vurderes reversert.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti vil understreke at endringen i tilskuddsordningen ikke har konsekvenser for hvor mye vertskommunene får eller fordelingsvirkninger mellom disse kommunene. Gjennom endringene som ble vedtatt ved behandlingen av Innst. S. nr. 255 (2003-2004) (kommuneproposisjonen) ble det vedtatt en delvis innlemming av vertskommunetilskuddet tilsva-

rende kriteriet for psykisk utviklingshemmede. Den resterende del av vertskommunetilskuddet vil bli tildelt vertskommunene. Vertskommunene vil etter dette få tildelt midler knyttet til de psykisk utviklingshemmede gjennom inntektssystemet og gjennom den gjenværende øremerkede bevilgningen. Statens samlede overføringer til vertskommunene per psykisk utviklingshemmet vil ligge på samme nivå i 2005 som i 2004.

#### POST 63 TILSKUDD TIL RUSMIDDELTLTAK

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at det i løpet av de 10 siste årene har Stiftelsen Kirkens Sosialtjeneste utviklet fire ettervernssentre for frigitte innsatte i norske fengsler, fortrinnsvis innsatte med psykiske problemer og rusproblemer. Økonomien i disse sentrene har vært anstrengt i det siste. Flertallet viser til at Regjeringen i proposisjonen foreslår å øke bevilgningen til samarbeidsprosjekter mellom kommunene og frivillige organisasjoner knyttet til ettervern med 10 mill. kroner. Flertallet støtter dette, men vil styrke satsingen med ytterligere 0,6 mill. kroner til dette arbeidet i regi av Kirkens Sosialtjeneste.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 761 post 63 økes med 0,6 mill. kroner og bevilges med 145,053 mill. kroner.

#### POST 70 FRIVILLIG RUSMIDDELFOREBYGGENDE ARBEID MV.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, vil peke på at de private rusverninstusjonene som Kraft institusjoner og Evangeliesenteret er nødvendige aktører i det helhetlige behandlings- og omsorgstilbud for rusmiddelmissbrukere. Det er derfor viktig å sikre at de omsorgsbaserte løsningene de private institusjonene tilbyr, også får sin plass etter omleggingen i rusreformen. Flertallet mener Regjeringen bør gjennomgå situasjonen til disse institusjonene og komme tilbake til Stortinget med forslag til mer langsiktige løsninger. For å bøte på den akutte situasjonen vil flertallet foreslå at posten økes med 5 mill. kroner.

Komiteen fremmer følgende foreslag:

"Stortinget ber Regjeringen gjennomgå situasjonen til private rusverninstusjoner som ikke omfattes av spesialisthelsetjenesten, og komme tilbake til Stortinget med vurdering av tiltak for å sikre dette tilbudet til rusmiddelmissbrukere."

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 761 post 70 økes med 5 mill. kroner og bevilges med 51,53 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at et betydelig antall institusjonsplasser ikke blir nyttet, selv om det er lange ventelister på behandling innen rusomsorgen. Disse medlemmer viser til disse partiers alternative budsjetter der tilskuddene til helseforetakenes generelle ramme økes. En slik økning vil muliggjøre større bruk og utvikling av rusinstitusjonene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, er kjent med at P22 ikke har fått fornyet avtale med Helse Øst etter anbudsrunder. Flertallet ber derfor Regjeringen komme tilbake til Stortinget med et forslag til en langsiktig løsning for videre drift også for denne institusjonen.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil understreke det viktige arbeidet frivillige organisasjoner utfører når det gjelder rusmiddelforebyggende og rehabiliterende arbeid. Dette medlem mener dette arbeidet må stimuleres ytterligere og viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der dette styrkes med 7,5 mill. kroner på kap. 761 post 70.

#### POST 71 TILSKUDD TIL FRIVILLIG ARBEID

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til den viktige innsatsen som gjøres av Kirkens SOS gjennom arbeidet med hjelpetelefonen. Flertallet støtter det viktige forebyggende arbeidet Kirkens SOS driver på landsplan blant barn og unge. Flertallet er kjent med at organisasjonen kontakter alle ungdomsskoler og videregående skoler og deler ut hjelp-kort og musematter med info om døgnåpen telefon og muligheten til å sende meldinger på Internett, noe som betyr at antall henvendelser på telefon og Internett er sterkt økende.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, foreslår derfor at bevilgningen øker med 1,5 mill. kroner til dette formålet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 761 post 71 økes med 1,5 mill. kroner og bevilges med 14,58 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener frivillig arbeid må støttes i langt sterkere grad enn det Regjeringen legger opp til i sin frivillighetssatsing. Det er etter dette medlems mening viktigere enn noen gang å stimulere til dugnadsarbeid og menneskelig omsorg i ei tid der slike verdier synes å ha stadig dårligere kår. Det må være en oppgave for det

offentlige samfunn å stille ressurser til rådighet for å stimulere til økt frivillig innsats både overfor de som driver slik utmerket virksomhet, og for å trekke flere krefter inn i et slikt fellesskapsarbeid. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der kap. 761 post 71 styrkes med 12 mill. kroner til slike formål, derav 1,5 mill. kroner til hjelpetelefonen i regi av Kirkens SOS.

#### POST 73 TILSKUDD TIL DØVBLINDE OG DØVE

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er kjent med at organisasjonsarbeidet for døvblinde og døve bl.a. sliter med økonomiske problem i forhold til de tiltak som bør være tilgjengelig også for disse gruppene. Disse medlemmer mener det er viktig å opprettholde og videreutvikle tiltak for våre funksjonshemmede, særlig må dette gjelde tiltak for de som er multifunksjonshemmet, og gruppen barn og unge.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett der dette arbeidet styrkes med 7,5 mill. kroner på kap. 761 post 73.

#### POST 64 RESSURSKREVENDE BRUKERE

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at det i 2005 skal gjennomføres en evaluering av ordningen med ressurskrevende brukere. I denne sammenheng vil disse medlemmer peke på at evalueringen særlig må ta for seg de utfordringene som ligger i ordningen. Det dreier seg bl.a. om avgrensningsproblematikken i forhold til dem som er over 67 år, det gjelder reglene for hvilke utgifter kommunene kan legge inn i egenandelen på 700 000 kroner, og det gjelder tilskuddets virkninger på tilbud til de brukerne som ikke kommer inn under ordningen. Disse medlemmer mener videre det er viktig med en grundig evaluering av både innslagspunktet på 700 000 kroner og kompensasjonsgraden på 80 prosent for å kunne se om dette er riktige nivåer i forhold til eventuelle vridningseffekter og virkning på tilbud til brukere som ikke kommer inn under ordningen.

#### POST 76 TILSKUDD TIL OPPHOLD I INSTITUSJON FOR ELDRE MED SÆRSKILTE BEHOV

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, understreker at det er avgjørende for eldre som er vant til et tegnspråkmiljø, å kunne få tilbud om sykehjemsplass ved særskilt institusjon for døve. Uten en slik mulighet vil eldre døve bli helt isolert når de trenger institusjonsomsorg i alderdommen. Flertallet støtter det å utvikle en rekke tiltak for å gi eldre døve og sterkt tunghørte et godt tjenesteapparat med tegnspråkkompetanse og kunnskap om særskilte behov innen kommune- og tannhelsetjenesten. Imidlertid mener flertallet at denne gruppen ikke bare kan ivaretas ved interkommunalt samarbeid eller ved å hen-

vide til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere. Det er lite hensiktsmessig å etablere nye miljøer for omsorg overfor tegnspråklige på bekostning av de gode tilbud som allerede eksisterer. Flertallet understreker derfor at døve som er avhengige av å kommunisere ved hjelp av tegnspråk, må få tilbud om omsorg og pleie ved livets slutt på et sted med slik kompetanse, dersom de ønsker det.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at dårlig kommuneøkonomi ikke må forhindre bruk av eksisterende tilbud. Institusjoner med tilbud for eldre døve bør få særskilt tilskudd, slik at kommunene kan velge å tilby plass her.

#### *Kap. 2711 Spesialisthelsetjenester mv.*

Det foreslås bevilget 2 864,3 mill. kroner for 2005 mot 3 006,6 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. For 2005 foreslås det omdisponert midler til kap. 732. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett og St.prp. nr. 71 (2003-2004) er bevilgningen for 2004 3 030 mill. kroner.

#### POST 70 REFUSJON SPESIALISTHJELP

Komiteen vil bemerke at årets avtale vedrørende legeoppkjøret ble inngått for sent til at Stortinget kunne behandle denne og bevilgningsendringene for 2004 våren 2004. Komiteen legger til grunn at dette var et engangstilfelle. Komiteen tar til etterretning de endringer som nå foreslås i budsjettet vedrørende denne avtalen.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet kan ikke akseptere den foreslåtte økningen på 8 prosent fra 1. juli 2005 når det gjelder egenandeler for legehjelp.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener økningen av egenandelene innen helsesektoren bidrar til en ekstra belastning på de som er syke og/eller uføre, og er en form for skatt som bare øker forskjellene og fattigdomsutviklingen i Norge.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti viser til disse medlemmers merknad under kap. 732 post 70. Disse medlemmer mener at refusjonen til privatpraktiserende spesialister i sin helhet skal disponeres av helseforetakene, og at refusjonene forutsetter inngåtte avtaler mellom de aktuelle helseforetakene.

Disse medlemmer foreslår at kap. 2711 post 70 reduseres med 1 046 mill. kroner og utgår.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til partiets generelle merknader under rammeområde 16 hvor dette medlem uttrykker stor bekymring over at regjeringen Bondevik II også denne gangen i likhet med tidligere år foreslår økt skatt på sykdom gjennom en økning av egenandelene. Dette med-

lem viser til at Senterpartiet vil gå imot egenandelsøkningene, noe som fører til at man i Senterpartiets alternative budsjett øker kap. 2711 post 70 med 25 mill. kroner

#### POST 71 REFUSJON PSYKOLOGHJELP

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2711 post 71 reduseres med 8 mill. kroner og bevilges med 178 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet tar til etterretning de endringer som er avtalt når det gjelder fordelingen mellom refusjonstakstene og driftstilskuddet, men aksepterer ikke en egenandelsøkning på 8 prosent fra pasientene, og mener staten må dekke denne delen av oppgjøret til psykologene.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti viser til disse medlemmers merknad under kap. 732 post 70. Disse medlemmer mener at refusjonen til psykologer i sin helhet skal disponeres av helseforetakene, og at refusjonene forutsetter inngåtte avtaler mellom de aktuelle helseforetakene.

Disse medlemmer foreslår at kap. 2711 post 71 reduseres med 186 mill. kroner og utgår.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til partiets generelle merknader under rammeområde 16 hvor dette medlem uttrykker stor bekymring over at regjeringen Bondevik II også denne gangen i likhet med tidligere år foreslår økt skatt på sykdom gjennom en økning av egenandelene. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil gå imot egenandelsøkningene, noe som fører til at man i Senterpartiets alternative budsjett øker kap. 2711 post 71 med 5 mill. kroner.

#### POST 72 REFUSJON TANNLEGEHJELP

Komiteen vil minne om at utgifter til tannlegehjelp dekkes etter forskrifter gitt i medhold av folketrygdloven § 5-6. Videre vil komiteen understreke at den sterke økningen i utgifter til tannlegehjelp i 2003 har sammenheng med at Stortinget i forbindelse med 2003-budsjettet vedtok å styrke tannlegerefusjonene med 140 mill. kroner på årsbasis. Komiteen forutsetter at refusjon til rehabilitering til tannsett i de tilfeller der tennene er tapt som følge av periodontitt, blir utbetalt så snart behandlingen av slike tilfeller er avsluttet. Videre forutsetter komiteen at Sosial- og helsedirektoratets vurdering av kvalifikasjonskrav til tannleger som utfører implantatbehandling og implantatforankret protetisk behandling med refusjon fra trygden, skjer raskt og kan få sin avklaring så snart som mulig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk

Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, ønsker også å poengtere at den brede utredningen vedrørende tannhelseområdet, herunder de offentlige støtteordningene til tannlegebehandling, blir raskt fulgt opp og forelagt Stortinget på en god måte.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2711 post 72 reduseres med 40 mill. kroner og bevilges med 660 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 2711 post 72 reduseres med 40 mill. kroner og bevilges med 660 mill. kroner.

#### POST 76 PRIVATE LABORATORIER OG RØNTGENINSTITUTT

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2711 post 76 reduseres med 25 mill. kroner og bevilges med 498 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet merker seg at veksten i utbetalingene til de private laboratoriene og røntgeninstituttene fortsatt er stor. Disse medlemmer vil meget sterkt understreke at styring og kontroll med dette feltet er viktig, og at rapporter vedrørende utgiftene til poliklinisk virksomhet bør føre til endringer som bedre kan styre og kontrollere dette feltet uten at det går utover pasienttilbudet og den medisinske og teknologiske utviklingen som er nødvendig og påkrevd.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti viser til disse medlemmers merknad under kap. 732 post 70. Disse medlemmer mener at refusjonen til private laboratorier og røntgeninstitutter i sin helhet skal disponeres av helseforetakene, og at refusjonene forutsetter inngåtte avtaler mellom de aktuelle helseforetakene.

Disse medlemmer foreslår at kap. 2711 post 76 reduseres med 523 mill. kroner og utgår.

#### POST 78 OPPTRENNINGSINSTITUSJONER M.FL.

Komiteen vil innledningsvis understreke at rehabilitering er et svært viktig område innen helsesektoren dersom den medisinske behandlingen skal være vellykket og gi optimale resultater. Videre vil komiteen understreke at god og rask rehabilitering er viktig for at flest mulig i yrkesaktiv alder kan komme tilbake i arbeid, og at det for alle er viktig å få en rehabilitering som kan føre til optimal selvhjelpenhet og minst mulig smerte og uførhet.



Komiteen vil derfor understreke at rehabiliteringsvirksomheten må prioriteres høyere, og de institusjoner som driver denne virksomheten, må sikres en bedre og mer forutsigbar økonomi.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, vil peke på at dagens beregningsmodell for basistilskudd til opptreningsinstitusjonene er basert på erfaringstall for utførte kurdøgn i årene 2000, 2001 og 2002. Antall pasientbehandlinger eller kurdøgn vil imidlertid variere fra år til år fordi det kan være bygningsmessige endringer, rom som stenges grunnet oppussing osv. Slik var det også når det gjelder det antall kurdøgn som ble lagt til grunn ved beregningen av basistilskuddet i 2003. Noen institusjoner hadde opp mot 100 prosent utnyttelse av sine godkjente årskurdøgn, mens andre hadde en utnyttelsesgrad ned mot 80 prosent.

Konsekvensen av dette er at institusjoner med 100 prosent utnyttelsesgrad ved fastsetting av basistilskuddet får 100 prosent finansiering av utførte kurdøgn innenfor godkjent ramme. Institusjoner som hadde lavere utnyttelsesgrad får derimot kun aktivitetsfinansiering (og ikke basistilskudd) for kurdøgn som overstiger grunnlaget for basistilskuddet.

Flertallet mener at gjeldende finansieringsordning for 2004 bør videreføres også i 2005. Dette vil da medføre at opptreningsinstitusjonene fra 2006 får hele sin finansiering gjennom de regionale helseforetakene. Flertallet legger til grunn at de regionale helseforetakene i 2005 forbereder avtaler med institusjonene om hvilke oppgaver institusjonene skal ha og prisen på tjenestene. Avtalene skal gjøres gjeldende fra 1. januar 2006. I en overgangsperiode bør det stilles krav om at regionale helseforetak inngår avtaler minst tilsvarende det beløp som er overført.

Flertallet viser til forslag under kap. 732 post 70 om å overføre 193,1 mill. kroner til denne posten.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2711 post 78 økes med 193,1 mill. kroner og bevilges med 602,409 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet registrerer nå at Sosial- og helsedirektoratet har foretatt en gjennomgang av de enkelte opptreningsinstitusjonene. Disse medlemmer kan ikke si seg fornøyd med denne gjennomgangen i forhold til de konklusjoner som trekkes, og at det tilsynelatende ikke fører til nødvendig handling og oppfølging. Etter disse medlemmers mening burde en grundigere gjennomgang gitt data for oppfølging både i forhold til faglige krav og samtidig en økonomisk justering av driftsstøtten slik at kravene kan oppfylles til brukernes beste. Disse medlemmer vil be om at en slik gjennomgang blir foretatt snarest mulig, og at den følges opp med en opptrappingsplan der både faglige og økonomiske forhold avklares og sikres.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet, viser til at det tidligere har vært delt i synet på finansieringsinnretning når det gjelder opptreningsinstitusjonene og de institusjonene som under dette begrepet gir rehabilitering. Flertallet tar nå til etterretning at finansieringssystemet er delt med bidrag både fra folketrygden og helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil allikevel advare mot å legge enda mer inn under helseforetakene når det gjelder finansieringsandelen til disse institusjonene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at gjeldende refusjonsordning for opptreningssettene skaper helt ulike vilkår for de ulike sentrene, fordi et likt behandlingstilbud ved to institusjoner kan refunderes helt ulikt. En vesentlig årsak til dette er etter disse medlemmers syn at det ved innføringen av et tak for egenandelene ble gitt høyere refusjon til institusjoner som hadde høye egenandeler, enn til institusjoner som hadde lave egenandeler, uavhengig av årsaken til at egenandelene var forskjellige. Disse medlemmer mener at det er behov for en full gjennomgang av refusjonsordningen for opptreningssettene som ledd i å oppnå en mer rettferdig fordeling av den refusjonen som gis.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå refusjonsordningen for opptreningssettene ut fra målsetningen om at like behandlingsopplegg skal refunderes likt, og legge fram resultatet av gjennomgangen for Stortinget i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett i 2005."

Komiteens medlem fra Senterpartiet har gjennom flere år og i flere budsjettinnstillinger fremmet synspunkter og forslag på en endret finansieringsordning når det gjelder rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene. I disse merknadene er det tatt opp flere forhold som er uheldig i den modellen som nå er valgt. Det gjelder både i forhold til pasienten og i forhold til utøverne innen rehabiliteringsfeltet. Dette medlem må imidlertid ta til etterretning at det ikke er flertall for det synet som Senterpartiet står for, og som er i tråd med mindretallets syn i utvalget som vurderte disse forholdene.

Dette medlem vil påpeke at skjevheten og vilkårligheten i finansieringsopplegget for opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene har flere historiske årsaker. Inndelingen som skjedde i Gruppe I- og Gruppe II-institusjoner er én årsak, spesielt fordi grunnlagskriteriene for denne inndelingen ikke er fulgt opp. Videre ble skjevfordelingen, vilkårligheten og underfinansieringen ytterligere forsterket da Stortinget vedtok et tak for egenandelene. Dette medlem mener at vedtaket om tak for egenandelene var riktig, men staten fulgte ikke opp med en nødvendig gjennomgang og

justering av sin del av finansieringen. Dette medlem mener at statens finansieringsmodell gjennom flere år har skapt en situasjon for rehabiliteringsinstitusjonene og rehabiliteringsfeltet som både er uoversiktlig og urettferdig, og som fører til så store skjevheter og problemer at større deler av rehabiliteringstilbudet kan forsvinne. Dette medlem vil igjen understreke at det er på høy tid at Regjeringen på en grundig måte gjennomgår og utarbeider en helhetlig plan for rehabiliteringsfeltet, der kapasitet, kvalitet og økonomi gir klare og forutsigbare signaler både til institusjonene som utøver rehabiliteringen og de som har behov for å motta et slikt tilbud.

Dette medlem mener, som tidligere år, at rehabiliteringsfeltet må styrkes økonomisk. Gjennom en slik styrking og økt ramme kan departementet justere og sette opp den statlige delen av finansieringsordningen. I den sammenheng viser dette medlem til de beregninger som store deler av rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene har framlagt som argument for en slik gjennomgang. Videre mener dette medlem at en styrking og økt ramme til rehabiliteringsområdet vil medføre at flere plasser tas i bruk og flere kan få nødvendig rehabilitering.

Dette medlem vil styrke rehabiliteringsfeltet med 50 mill. kroner og viser til Senterpartiets alternative budsjett der kap. 732 post 70 styrkes med 30 mill. kroner og kap. 2711 post 78 styrkes med 20 mill. kroner.

Dette medlem vil spesielt bemerke at det er et stort behov for yrkesrettet rehabilitering, og at både atferdssentre i Rauland og Hernes Institutt kan videreutvikles til kompetansesentre innenfor yrkesrettet rehabilitering. Videre bør det i samarbeid med disse institusjonene på sikt utvikles lignende tilbud i de andre helseregionene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) der flertallet uttalte følgende:

"Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil vise til flertallsmerknader fra sosialkomiteens innstilling i forhold til statsbudsjettet for 2003. I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002-2003) uttalte stortingsflertallet følgende:

"Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til det vellykkede forsøksprosjektet som har vært gjennomført i regi av Norges Astma- og Allergiforbund ved Selli Rehabiliterings- og opptreningscenter i Klæbu i Sør-Trøndelag med det faglige ansvaret tillagt lungeseksjonen ved St. Olavs hospital i Trondheim. Dette flertallet er kjent med den søknaden som foreligger fra Norges Astma- og Allergiforbund om behandlingssenter knyttet til lungerehabilitering og astmaskole ved Selli Rehabiliterings- og opptreningscenter. Dette flertallet stiller seg positive til at Selli Rehabiliterings- og opptreningscenter gis permanent status som spesialinstitusjon for lungerehabilitering."

Dette flertallet vil vise til meldinger fra Selli Rehabiliterings- og opptreningscenter om fortsatte problemer i forhold til antall behandlingssenter og finansiering. Dette flertallet er opptatt av at driften ved Selli sikres.

På denne bakgrunn vil dette flertallet fremme følgende forslag:

"Stortinget ber om at Regjeringen ved behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett for 2004 vurderer forslag til finansieringsløsning for Selli Rehabiliterings- og opptreningscenter."

Disse medlemmer vil påpeke at på tross av at komiteens flertall i to påfølgende budsjetter har bedt Regjeringen om å sikre en finansiering av Selli opptreningscenter som sikrer videre drift som spesialinstitusjon knyttet til lungerehabilitering og som astmaskole, så har dette ikke blitt fulgt opp.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at Regjeringen nå må rydde opp i dette forholdet i tråd med Stortingets vedtak.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti fremmer som del av sitt forslag til bevilgning på rammeområde 16 følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å sikre Selli rehabiliterings- og opptreningscenter tilskudd til permanent drift."

Komiteens medlem fra Senterpartiet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å sikre Selli rehabiliterings- og opptreningscenter tilskudd til permanent drift."

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at tilbud og kapasitet når det gjelder institusjonsbaserte rehabiliteringsplasser, er svært ulikt fra helseregion til helseregion. Disse medlemmer mener at de plasser man har til rådighet, må sikres i alle regionene, men i tillegg må Regjeringen påse at de regioner som har lavest kapasitet, får utbygd og godkjent flere plasser. Disse medlemmer vil igjen understreke den store betydningen rehabiliteringen har for et velfungerende og slutført behandlingstilbud. Disse medlemmer er blant annet kjent med at det finnes planer om økt kapasitetstilbud som bare venter på å få godkjenning i de fleste helseregionene, og at det blant annet i Helse Sør foreligger planer for etablering av et moderne rehabiliteringssenter i Aust-Agder.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at Reuma Sol, som er en institusjon som er eid av Norsk Revmatikerforbund på Costa Blanca-kysten i Spania, har søkt om offentlig godkjenning som opptreningsinstitusjon. Flertallet viser til at dette tilbudet er viktig for

denne pasientgruppen, og at institusjonen har vist til gode resultater. Flertallet vil be Regjeringen vurdere en godkjenning av Reuma Sol som en offentlig godkjent opptreningsinstitusjon underlagt et av de regionale helseforetakene. Flertallet ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en slik vurdering i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2005.

#### **Kap. 2751 Legemidler mv.**

Det foreslås bevilget 9 861 mill. kroner for 2005 mot 9 105 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 9 272 mill. kroner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet, har merket seg at Regjeringen også i budsjettet for 2005 legger opp til flere endringer innen området for legemidler til tross for at det er bebudet en egen stortingsmelding om legemiddelpolitikken våren 2005. Initiativet til denne meldingen ble tatt av komiteen allerede i forbindelse med Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002-2003) der komiteens flertall, bestående av Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet fremmet følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen foreta en helhetlig gjennomgang av legemiddelpolitikken og forvaltningen av denne og forelegge denne som egen sak for Stortinget."

Disse partier har imidlertid ikke flertall i Stortinget, slik at når dette forslaget kom til endelig votering i Stortinget, så falt det. Stortinget har imidlertid på et senere tidspunkt vedtatt at det skal fremlegges en egen legemiddelmelding til behandling i Stortinget. Regjeringen skriver i sitt forslag til statsbudsjett at denne meldingen skal gi en samlet fremstilling av sentrale utfordringer i legemiddelpolitikken. Regjeringen har varslet at meldingen skal fokusere på hvordan forholdene kan legges til rette for riktigere og mer effektiv legemiddelbruk. Flertallet har merket seg at meldingen også vil ta for seg områder som forskrivning av legemidler, tilgjengelighet til legemidler, refusjonssystemets utforming og legemiddelpriser.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er enig med Regjeringen i at det er grunnlag for å foreta noen av de endringer som det legges opp til, allerede i statsbudsjettet for 2005, men vil likevel stille spørsmål om ikke den foreslåtte ordningen med innføring av en trinnprismodell burde vært behandlet sammen med andre store og vesentlige endringer i den varslede legemiddelmeldingen slik at en på en langt bedre måte vil kunne se de forskjellige virkemidlene innen dette området i en sammenheng.

Komiteen vil imidlertid likevel støtte opp om Regjeringens ønske om å utforme en ny modell for bedre å kunne redusere utgiftene til legemidler gjennom generisk konkurranse. De senere års regjeringer

har forsøkt å få dette til gjennom en rekke forskjellige former for tiltak uten at dette har lyktes i nevneverdig grad. Det siste tiltaket i den sammenheng var innføring av indekssprissystemet som ble innført i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 1 (2002-2003). Komiteen er kjent med at ECON Analyse AS på oppdrag fra Helsedepartementet har evaluert indekssprissystemet og i den forbindelse ikke har kunnet påvise at det har blitt en markert endring i omfanget av generisk bytte som følge av dette systemet. ECON konkluderer også med at "det er grunn til å tro at ressursbruken i indekssprissystemet er stor i forhold til de positive effektene som oppnås".

På denne bakgrunn slutter komiteen seg til Regjeringens konklusjoner om at en må få på plass et nytt system som kan utløse de resultater en ønsker å oppnå uten at dette rammer pasientene på en uheldig måte.

Komiteen har også merket seg at Helse- og omsorgsdepartementet har utredet en rekke andre modeller som anbudsmodellen, gevinstdelingsmodell kombinert med maksimalprisregulering på GIP-nivå og tilskuddsprismodellen.

Komiteen tar til etterretning at trinnprismodellen baserer seg på en ensidig garanti gitt av Norges Apotekerforening som oppsummerer dens forståelse av hvordan en trinnprismodell skal praktiseres. Komiteen er derfor innforstått med at den andre part ikke ensidig kan endre betingelsene for hvordan modellen skal praktiseres. Komiteen er imidlertid kjent med at alternative modeller vil kunne gi et betydelig høyere proveny, og ber derfor om at Helse- og omsorgsdepartementet går i dialog med Apotekerforeningen slik at forskjellen mellom de ulike modellene om mulig kan reduseres noe.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener at den nye prismodellen, trinnprismodellen, for generiske legemidler kan være en effektiv måte å få til forutsigbarhet og innsparinger på for både folketrygden og pasientene. Flertallet støtter departementets opplegg inkludert at prismodellen også skal gjelde legemidler på hvit resept. Flertallet støtter også at trinnprismodellen gjennomføres over flere trinn slik at en oppnår reell konkurranse, forutsigbar prisreduksjon og utfordring av originalindustriens tilnærmede monopolsituasjon.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2751 post 70 reduseres med 157 mill. kroner og bevilges med 8 628 mill. kroner, og at kap. 2751 post 72 reduseres med 15 mill. kroner og bevilges med 1 061 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at økte egenandeler ved bruk av helsetjenester også er

skatt. Mens Regjeringen gir skattelettelser til høyinntektsgrupper, beskatter Regjeringen lavinntektsgrupper hardere gjennom økte egenandeler, fordi omfattende eller kronisk sykdom reduserer arbeidsevnen og dermed inntektsgrunnlaget. Disse medlemmer går mot alle Regjeringens forslag til økt skatt på sykdom, også økte egenandeler til medikamenter på blå resept og til sykepleieartikler.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 2751 post 70 reduseres med 37 mill. kroner og bevilges med 8 748 mill. kroner og at kap. 2751 post 72 økes med 5 mill. kroner og bevilges med 1 081 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til partiets generelle merknader under rammeområde 16 hvor dette medlem uttrykker stor bekymring over at regjeringen Bondevik II også denne gangen i likhet med tidligere år foreslår økt skatt på sykdom gjennom en økning av egenandelene. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil gå imot egenandelsøkningene, noe som fører til at man i Senterpartiets alternative budsjett øker kap. 2751 post 70 med 120 mill. kroner og kap. 2751 post 72 med 20 mill. kroner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, har merket seg at spørsmålet om refusjon av diabeteslegemidlene Avandia og Actos nå endelig ser ut til å ha funnet sin løsning gjennom inngåelse av refusjonskontrakter.

Komiteen er imidlertid gjort kjent med at det virker som om at ordningen med refusjonskontrakter er en langsom og møysommelig prosess, slik at det må være grunnlag for å se på hvordan dette systemet kan gjøres mer effektivt og mindre arbeidskrevende både for myndighetene og de bedrifter som søker om en slik refusjonskontrakt. Komiteen vil også påpeke at det må være mulig å inngå et større antall kontrakter på andre legemiddelfelter slik at pasientene kan få en raskest mulig tilgang til de beste legemidlene uten at kostnadene for samfunnet blir for store grunnet at andre pasientgrupper enn de er ment for, får forskrevet preparatene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, er glad for at Regjeringen har funnet rom for å gi legemiddelet Risperdale Consta, som brukes mot schizofrene psykoser hos voksne, opptak på blåreseptforskriftens § 9 etter de vilkår som legemiddelverket har tilrådd.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet, har merket seg at Regjeringen foreslår å overføre legemidler for lungesykdommen KOLS

fra blåreseptforskriftens § 9 til § 10a (individuell refusjon). Dette har medført er rekke henvendelser fra bekymrede pasienter som er redd for at de mister refusjonen for disse preparatene, at det vil ta lang tid å få time hos spesialist, at antallet spesialister er for lavt og i hovedsak befinner seg i sentrale strøk av landet, eller at saksbehandlingstiden hos myndighetene vil trekke i langdrag grunnet mange søknader og store restanser.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, vil peke på at koksiber (cox2-hemmere) er godkjent i symptomlindrende behandling av leddgikt og slitasjegikt. Koksibene erstatter de såkalte NSAIDs i bruk. I kliniske studier er det dokumentert at koksibene har en tilsvarende antiinflammatorisk og smertelindrende effekt som NSAIDs. Da koksibene ble innvilget refusjon etter forhåndsgodkjennelse (§ 9 i blåreseptforskriften), var dette ut fra dokumentasjon som tydet på at de hadde en gunstigere bivirkningsprofil.

Flertallet foreslår at koksibene også i Norge flyttes fra § 9 i blåreseptforskriften (forhåndsgodkjent refusjon) og i stedet gis individuell refusjon over § 10a – alternativt at prisen på disse reduseres til nivået for alternativ behandling. Tiltaket foreslås gjennomført fra 1. mars 2005 etter en høringsrunde forberedt av Statens legemiddelverk.

Flertallet vil understreke at det skal sikres at pasientene ikke kommer forholdsmessig dårlig ut ved overgangen til § 10a. Det må etableres overgangsordninger for pasienter som har gyldig resept. Dersom det i høringsrunden fremkommer ny informasjon som rokker ved den faglige vurderingen, skal Regjeringen komme tilbake til dette i Revidert nasjonalbudsjett for 2005.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti viser til at ny informasjon viser at det også er et problem med bivirkninger ved lengre tids bruk av koksiber. Ett av koksibene (legemiddelet Vioxx) ble 1. oktober 2004 trukket fra markedet pga. dokumentert overhyppighet av kardiovaskulære bivirkninger (hjerneslag, hjerteinfarkt). Det er uavklart om de øvrige legemidlene har tilsvarende økt risiko. Prisen for NSAIDs er om lag 25 prosent av prisen for koksibene. Prisforskjellene og ny informasjon om bivirkningene har medført at den danske legemiddelstyrelsen fjernet den forhåndsgodkjente refusjonen for koksibene 25. oktober i år.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet, har merket seg at Regjeringen foreslår å endre vilkårene for trygderefusjon hva gjelder flere legemidler som brukes i behandlingen av KOLS-pasienter. Det som foreslås er at flere legemidler som i dag brukes i behandlingen, og som i dag refunderes etter den generelle refusjonsordningen (blåreseptfor-

skriften § 9), i fremtiden bare skal refunderes etter individuell refusjon (§ 10a). I den forbindelse er det også grunn til å merke seg at dersom dette blir gjort gjeldende, kan disse pasientene bare få refundert sine kostnader dersom resepten er fylt ut av spesialist. Flertallet er meget bekymret for denne gruppen pasienter dersom dette nå gjøres gjeldende etter de kriterier som er knyttet opp mot refusjon etter § 10a. Det er allerede store restanser og lang behandlingstid knyttet opp til søknader om refusjon for de legemidler som allerede i dag ligger under § 10a, men det som kanskje er minst like alvorlig, er den relativt sett manglende tilgang på spesialister rundt om i landet. Flertallet viser også til at det i budsjettet ikke har fremkommet forslag til endringer i kostnadene knyttet til endringen. Flertallet fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at de legemidler som nyttes til behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), og som i dag refunderes etter § 9 i blåreseptforskriften, ikke overføres til individuell refusjon etter § 10a."

Flertallet viser til at det fremkommer opplysninger i proposisjonen om at Legemiddelverket i sine legemiddeløkonomiske analyser vurderer et nytt legemiddel opp mot annen eksisterende behandling for tilstanden KOLS. Legemiddelverket har i den forbindelse tilrådd refusjon etter § 9 for tiotropium (Spiriva) for en nærmere avgrenset pasientgruppe. Flertallet har merket seg at Regjeringen ikke har funnet å imøtekomme dette ønsket til tross for anbefalingen.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at sykdomspunkt 2 i blåreseptforskriften § 9 i dag er et felles sykdomspunkt for astma og KOLS. Disse medlemmer har merket seg at Statens legemiddelverk har fått i oppdrag å vurdere å splitte dette i to punkter, ett for astma og ett for KOLS. Legemiddelverket mener at det bør klargjøres hvilke produkter som kan forskrives på blå resept for astma, og hvilke som kan refunderes for KOLS. Disse medlemmer er kjent med at det har vært en praksis at astmamedisiner har blitt refundert etter blåreseptforskriften § 9 til behandling av KOLS, selv om dette ikke har vært i henhold til regelverket. Disse medlemmer forutsetter at Regjeringen vil sørge for tilfredsstillende overgangsordninger for pasienter som eventuelt bør få slike legemidler fortsatt refundert etter individuell søknad (§ 10a).

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, ber Regjeringen foreta en ny gjennomgang av finansieringen av Remicade slik at de pasientene som har mest nytte av dette legemidlet, ikke får forskrevet et alternativt legemiddel grunnet at det ene gis i sykehus og det andre ikke. Det bør også vurderes om det

ikke er naturlig å innlemme Remicade på refusjonslisten over legemidler til behandling av Bechterev.

Flertallet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om at dersom Statens legemiddelverks utredning angående legemiddelet Remicade gir grunnlag for å endre refusjonsvilkår, legges saken frem for Stortinget med sikte på en avklaring i Revidert nasjonalbudsjett våren 2005."

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti vil understreke at Regjeringen ikke har foreslått å overføre forhåndsgodkjente legemidler til behandling av KOLS til individuell refusjon etter søknad. Statens legemiddelverk arbeider imidlertid med en oppsplitting av sykdomspunktet 2 i sykdomslisten, der blant annet legemidler for behandling av KOLS inngår, uten at dette vil endre de vilkårene som er knyttet til refusjon for det enkelte legemiddel. Disse medlemmer kan imidlertid ikke akseptere at det forskrives legemidler som ikke er i tråd med de reglene som er gitt for refusjon. Disse medlemmer vil i den forbindelse minne om det ansvar legene er delegert for at forskrivningen er i tråd med regelverket.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er kjent med at mange nordmenn sliter med smerter og er avhengig av moderne smertebehandling som inkluderer rehabilitering. God behandling av disse pasientene kan gi store nasjonaløkonomiske innsparinger, og det gir økt livskvalitet for pasientene. Flertallet har fått oppgitt at saksbehandlere ved trygdekontorene ofte avslår spesialisters søknad om medikamentrefusjon for smertepasienter. Grunnen til dette er at en rekke medikamenter som brukes til smertebehandling, ikke er registrert på indikasjon smerte. Dette til tross for at det foreligger internasjonal dokumentasjon på effekt av medikamentet. Flertallet ber om en vurdering av om regelverket for refusjon av legemidler til smertepasienter er tilpasset pasientenes behov og internasjonal forskning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti er opptatt av at veterinære legemidler skal leveres og oppbevares på en hensiktsmessig, trygg og forsvarlig måte. Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen i den varslede stortingsmeldingen om legemiddelpolitikken vurdere hensiktsmessigheten av direkteleveranser av veterinærlegemidler til profesjonelle sluttbrukere."

#### **Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling**

Det foreslås bevilget 2 791 mill. kroner for 2005 mot 2 878,2 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandling av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 3 010,2 mill. kroner.

POST 70 REFUSJON AV EGENBETALING,  
EGENANDELSTAK 1

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at fra å være en ordning for storforbrukere av helsetjenester da ordningen ble innført i 1984 og som omfattet 130 000-140 000 brukere, har frikortordningen blitt en ordning som omfatter en betydelig del av befolkningen og deres relativt normale forbruk av helsetjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet som innebærer at egenandelstak 1 innen frikortordningen i 2004 blir på 1 585 kroner. Flertallet understreker at minstepensjonistene blant alders- og uførepensjonistene fortsatt skal fritas for egenandeler på legemidler på blå resept. Flertallet viser til at budsjettavtalen mellom disse partiene innebærer at det legges inn 595 mill. kroner til reduksjon av egenandeler for helsetjenester i forhold til Regjeringens opprinnelige forslag.

Flertallet viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2752 post 70 økes med 595 mill. kroner og bevilges med 3 341 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet er forbauset over at Regjeringen nok en gang foreslår drastiske økninger i egenandelene. Disse medlemmer vil sikre lave egenandeler for helsetjenester og vil derfor kun prisjustere egenandelstak 1.

Disse medlemmer mener at Regjeringens forslag om å innføre en ny egenandel for fysioterapi på grunnlag av diagnoselisten i stønadsforskriften § 3 vil ramme alvorlig syke og kronikere, og kan ikke godta dette forslaget som i praksis vil bety at egenandelen for en rekke kronikere vil øke fra 1 550 kroner til 6 000 kroner i året.

Disse medlemmer ønsker å bidra til sikring av et lavt egenandelstak for helsetjenester. De som har omfattende helseproblemer og har store behov for helsehjelp og legemidler, må ikke rammes. Egenandelstaket må sikre at de deler av befolkningen med størst helseproblemer ikke hindres fra å få legehjelp og riktige medisiner til rett tid. Disse medlemmer mener det er naturlig at egenandelstaket kun prisjusteres.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet går mot Regjeringens forslag til hevelse av egenandelstak 1 fra 1 550 kroner til 2 500 kroner. Disse medlemmer vil påpeke at økte egenandeler ved bruk av helsetjenester også er skatt. Mens Regjeringen gir skattelettelser til høyinntektsgrupper, beskatter Regjeringen lavinntektsgrupper hardere gjennom økte egenandeler, fordi omfattende eller kronisk sykdom reduserer arbeidsevnen og dermed inntektsgrunnlaget. Disse medlemmer går mot alle Regjeringens forslag til økt skatt på sykdom.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 2752 post 70 økes med 485 mill. kroner og bevilges med 3 231 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til partiets generelle merknader under rammeområde 16 hvor dette medlem uttrykker stor bekymring over at regjeringen Bondevik II også denne gangen i likhet med tidligere år foreslår økt skatt på sykdom gjennom en økning av egenandelene. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil gå imot egenandelsøkningene, noe som fører til at man i Senterpartiets alternative budsjett øker kap. 2752 post 70 med 485 mill. kroner.

POST 71 REFUSJON AV EGENBETALING,  
EGENANDELSTAK 2

Komiteen har merket seg at utgiftene til egenandelstak 2 i andre kvartal 2004 var 137 prosent høyere enn i tilsvarende periode året før. Komiteen mener at dette tyder på at ordningen er i ferd med å bli bedre kjent, og har videre merket seg at trykdeetaten høsten 2004 setter i verk informasjonstiltak overfor de aktuelle behandlere og brukere. For å skjerme storforbrukerne av helsetjenester bedre støtter komiteen forslaget om at egenandelstak 2 blir satt ned fra 4 500 kroner til 3 500 kroner i 2005.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2752 post 71 reduseres med 5 mill. kroner og bevilges med 40 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at økte egenandeler ved bruk av helsetjenester også er skatt. Mens Regjeringen gir skattelettelser til høyinntektsgrupper, beskatter Regjeringen lavinntektsgrupper hardere gjennom økte egenandeler, fordi omfattende eller kronisk sykdom reduserer arbeidsevnen og dermed inntektsgrunnlaget. Disse medlemmer går mot alle Regjeringens forslag til økt skatt på sykdom. Som en konsekvens av at disse medlemmer går mot økningen av egenandelstak 1 og mot økte egenandeler, vil dette også utløse færre utgifter til tak 2-ordningen, fordi færre vil få så høye utgifter at de vil være i behov av refusjonen som ordningen gir.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 2752 post 71 reduseres med 5 mill. kroner og bevilges med 40 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til partiets generelle merknader under rammeområde 16 hvor dette medlem uttrykker stor bekymring over at regjeringen Bondevik II også denne gangen i likhet med tidligere år foreslår økt skatt på sykdom

gjennom en økning av egenandelene. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil gå imot egenandelsøkningene, noe som fører til at man i Senterpartiets alternative budsjett reduserer kap. 2752 post 71 med 15 mill. kroner.

**Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv.**

Det foreslås bevilget 3 815 mill. kroner for 2005 mot 3 647 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett og St.prp. nr. 71 (2003-2004) er bevilgningen for 2004 3 687 mill. kroner.

Komiteen viser til at kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, og sørge for nødvendig allmennlegehjelp, herunder legevaktordning, fysioterapitjeneste og jordmorhjelpe.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil peke på at egenandelene på kommunale helsetjenester har økt betydelig i de siste åra. Disse medlemmer viser til at også i forslaget til statsbudsjett for 2005 foreslår Regjeringa å øke disse egenandelene. Fra 1. januar 2005 foreslås det innført en egenandel på 45 kroner per undersøkelse og behandling for pasienter som faller inn under diagnoselisten i forskrift om stønad for utgifter til fysioterapi. I tillegg til dette viser disse medlemmer til at egenandelene for allmennlegehjelp og fysioterapi foreslås økt med 8 prosent fra 1. juli 2005.

Disse medlemmer vil uttrykke bekymring over denne utviklinga fordi de økende egenandelene på nødvendig helsehjelp er en svært usosial form for skattlegging.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslår at kap. 2755 post 62 økes med 35 mill. kroner og bevilges med 195 mill. kroner, kap. 2755 post 70 reduseres med 60 mill. kroner og bevilges med 2 349 mill. kroner, og at kap. 2755 post 71 økes med 170 mill. kroner og bevilges med 1 317 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at økte egenandeler ved bruk av helsetjenester også er skatt. Mens Regjeringa gir skattelettelse til høyinntektsgrupper, beskatter Regjeringa lavinntektsgrupper hardere gjennom økte egenandeler, fordi omfattende eller kronisk sykdom reduserer arbeidsevnen og dermed inntektsgrunnlaget. Disse medlemmer går mot alle Regjeringens forslag til økt skatt på sykdom.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at Sosialistisk Venstreparti

støttet innføringen av fastlegereformen. Disse medlemmer er tilfreds med at ordningen har ført til bedret tilgang på allmennleger, og at innføring av ordningen i det vesentlige har bidratt til å redusere ventetiden for å komme inn til fastlege. Disse medlemmer ser imidlertid med bekymring på lønnsutviklingen for en del fastleger med til dels kraftig økning etter innføring av ordningen. Disse medlemmer er kjent med at en bieffekt av dette er at det i enkeltkommuner er vanskelig å få tilsatt kommuneleger til samfunnsmedisinske stillinger, fordi disse stort sett vil lønnes lavere enn dersom tilsvarende arbeidstid benyttes til kurativ virksomhet som fastlege.

Disse medlemmer mener at driftstilskuddene og refusjonsavtalene for fastlegene bør gjennomgås for å oppnå et bedre samsvar mellom denne typen stillinger og annen type arbeid. Disse medlemmer mener at gjennomgangen skal ha som formål at egenandelene for legetjenester holdes nede, og at det tilrettelegges for at tilstander som er komplekse også kan tas i én seanse, og ikke nødvendigvis flere påfølgende konsultasjoner når én samlet gjennomgang rent faglig framstår som mest hensiktsmessig.

Disse medlemmer mener at det bør settes en øvre grense for refusjonen av fastlegetjenester på døgnbasis idet det etter disse medlemmers syn ikke bør stimuleres til at fastlegens arbeidsuke uten legevakt avviker vesentlig fra en normalarbeidsuke sammenholdt med andre sammenlignbare yrkesgrupper.

Disse medlemmer forventer som en konsekvens av denne gjennomgangen at det er mulig å oppnå innsparinger i refusjonen til fastlegeordningen sammenholdt med Regjeringens budsjettforslag på til sammen 78 mill. kroner, svarende til 3,4 prosent av samlet bevilgning.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringa om å gjennomgå samlet refusjon til fastlegeordningen ut fra målsetningen om en utligning av avlønningen sammenholdt med andre sammenlignbare yrkesgrupper."

Disse medlemmer foreslår at kap. 2755 post 62 økes med 40 mill. kroner og bevilges med 200 mill. kroner, at kap. 2755 post 70 reduseres med 138 mill. kroner og bevilges med 2 271 mill. kroner, og at kap. 2755 post 71 økes med 190 mill. kroner og bevilges med 1 337 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til partiets generelle merknader under rammeområde 16 hvor dette medlem uttrykker stor bekymring over at regjeringa Bondevik II også denne gangen i likhet med tidligere år foreslår økt skatt på sykdom gjennom en økning av egenandelene. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil gå imot egenandelsøkningene, noe som fører til at man i Senterpartiets alternative budsjett øker kap. 2755 post 62 med 50 mill. kroner, kap. 2755 post 70 med 90 mill. kroner og kap. 2755 post 71 med 240 mill. kroner.

#### HENVISNINGSRETT FOR KIROPRAKTORER OG MANUELLTERAPEUTER

Komiteen viser til at det, etter ønske fra Stortinget, er gjennomført en to-årig prøveordning i Hordaland, Nordland og Vestfold for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi (manuellterapeuter). Forsøket innebærer at henvisningskravet for trygderefusjon er avvirket, og at de to personellgruppene har anledning til å sykmelde sine pasienter for inntil 8 uker og henvise til spesialist på nærmere fastsatte vilkår. Komiteen viser til at prøveordningen ble avsluttet 31. august 2003 og er evaluert av SINTEF. Denne evalueringen konkluderer med at pasientene er fornøyde, bl.a. fordi de kommer raskere til rett behandling, og at de sparer tid og penger. Ordningen oppleves ikke som problematisk av fastlegene, og det er heller ikke kommet fram noe som viser uforvarselig bruk av retten til å rekvirere radiologiske tjenester. Det kommer også fram at ordningen har bidratt til bedre samarbeid og kommunikasjon mellom helsepersonellgruppene. Det kan ikke statistisk dokumenteres samfunnsøkonomiske besparelser som følge av ordningen. Komiteen registrerer at ordningen vil bli videreført uendret i de tre fylkene inntil det er tatt en avgjørelse om en eventuell landsomfattende ordning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at det er gjennomført en prøveordning med henvisningsrett for kiropraktorer og manuelle terapeuter, og at ordningen er evaluert. Flertallet ber Regjeringen legge frem en vurdering av en fremtidig ordning med slik henvisningsrett.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener det på bakgrunn av de positive resultatene av prøveordningen er riktig å gjøre denne ordningen permanent og landsomfattende.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringa komme tilbake til Stortinget med et forslag om en permanent, landsdekkende ordning for kiropraktorer og manuellterapeuter i tråd med reglene for prøveordningen i Hordaland, Nordland og Vestfold."

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at vurderingen av henvisningsrett for optikere til øyelege og vurdering av henvisnings- og sykemeldingsrett for enkelte andre behandlergrupper, skal være avklart høsten 2004. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge fram vurdering og forslag vedrørende henvisningsrett for optikere til øyelege og henvisnings- og sykemeldingsrett for enkelte andre behandlergrupper, herunder psykologer, i Revidert nasjonalbudsjett for 2005."

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til de positive erfaringene som er gjort med henvisningsretten for kiropraktorer og manuellterapeuter. Dette medlem mener disse erfaringene nå bør føre til at man iverksetter en lignende prøveordning når det gjelder henvisningsrett for psykologer.

#### LEGEDEKNING I KOMMUNALE INSTITUSJONER

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at en samla sosialkomité i innstillinga til statsbudsjett for 2003 uttrykte bekymring over legedekninga i kommunale institusjoner for eldre og funksjonshemma. Disse medlemmer viser videre til at en samla sosialkomité i innstillinga til statsbudsjett for 2004 gjentok denne bekymringa. Disse medlemmer vil nok en gang understreke det alvorlige i at mange beboere i sykehjem og andre institusjoner for eldre og funksjonshemma ikke får det helsetilbud og den legehjelp som er nødvendig. Disse medlemmer vil også peke på at situasjonen de siste åra er blitt ytterligere forverra ved at liggetida ved norske sykehus er betydelig redusert. Dette fører til at et stadig økende antall beboere har et økende behov for et til dels omfattende behandlings-, pleie- og omsorgstilbud. Disse medlemmer vil også peke på at den betydelige reduksjonen i liggetid ved norske sykehus ikke bare skyldes bedre behandlingsmetoder, men også i minst like stor grad har sammenheng med finansieringssystemet for norske sykehus som gir økonomiske incentiver til en rask utskrivning fra sykehusa. Dette tilsier at legedekninga må økes betydelig i åra framover. Det viser seg også at legedekninga varierer uakseptabelt mye fra kommune til kommune og fra institusjon til institusjon. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til en undersøkelse som nylig er utført av SINTEF Helse på oppdrag av Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Den norske Lægeforening i 29 norske sykehjem. Denne undersøkelsen viser bl.a. at legedekningen varierer fra 2,6 til 26 pasienter per legetime. Undersøkelsen bekrefter også at det er en tydelig sammenheng mellom kvaliteten på det helsetilbudet beboerne ved sykehjem får, og antallet legetimer per beboer ved institusjonen.

For å sørge for både mindre forskjeller i helsetilbudet og et kvalitativt og kvantitativt bedre helsetilbud til beboere i sykehjem mener derfor komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti det er nødvendig å utarbeide kriterier for en minstenorm for legedekningen ved disse institusjonene. Disse medlemmer viser i den forbindelse til Dokument nr. 8:19 (2004-2005) som nå er til behandling i Stortinget, der det tas til orde for slike minstenormer.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, mener at det er grunn til å se nærmere på legetjenesten, både på omfang og måten den er organisert på. Flertallet viser til at dette er Regjeringen i



gang med som en oppfølging av St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Flertallet viser til at Helse- og omsorgsdepartementet har bedt KS om å følge opp overfor kommunene slik at de utnytter muligheten med fastlegeavtalene (7,5 t/uke) til å pålegge legene offentlig legearbeid og dermed få en bedre legedekning i sykehjem. Flertallet har også merket seg at Sosial- og helsedirektoratet i 2004 gjennomfører en kartleggingsundersøkelse av legetjenester innenfor pleie- og omsorgssektoren. Resultat fra denne vil bli brukt i departementets videre arbeid for å utvikle legetjenester både til beboere i sykehjem og personer som mottar pleie- og omsorgstjenester hjemme.

#### LEGEVAKTORDNINGER

Komiteen viser til at et flertall i sosialkomiteen i innstillinga til statsbudsjett for 2004 pekte på at legevaktordninga er ei utfordring både for kommunene og for legene i primærhelsetjenesten, og at deltakelse i vakt kan være den mest belastende delen av arbeidet for mange allmennleger. Komiteen er kjent med at det mange steder i landet er tatt initiativ til å få til et samarbeid om legevaktjeneste mellom kommuner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener dette har ført til både en bedre legevaktjeneste for innbyggerne og besparelser i de totale kostnadene for samfunnet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil påpeke at disse kostnadene er skjevt fordelt ved at kostnadene for folketrygden er blitt redusert, mens kostnadene for de deltakende kommunene har økt. Disse medlemmer viser videre til at et flertall i sosialkomiteen i innstillinga til statsbudsjettet for 2004 ba departementet foreta en vurdering av hvordan en kan få til ei bedre kostnadsfordeling mellom folketrygd og kommune slik at kommunene ikke taper penger på å legge til rette for ei ordning som totalt sparer samfunnet for utgifter, som gir befolkninga et bedre helsetilbud, og som i tillegg er god personalpolitikk.

Disse medlemmer har ikke registrert at en slik vurdering er foretatt, og vil derfor be departementet foreta denne vurderingen og legge den fram for Stortinget i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett våren 2005.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen foreta en vurdering av hvordan en best kan sikre at kommuner som inngår legevaktsamarbeid, ikke taper økonomisk på dette, og legge forslag til tiltak fram for Stortinget i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett i 2005."

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til Regjeringens redegjørelse i

kommuneproposisjonen for 2005 (St.prp. nr. 64 (2003-2004)) hvor det går frem at departementet har sammenstilt et grunnlagsmateriale. Det eksisterende materialet gir ikke regnskapsmessig grunnlag for å foreslå overføring fra trygden til kommuner med interkommunalt samarbeid. Flertallet viser til at departementet i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeförening vil arbeide videre med å få frem reelle kostnadsberegninger for ulike måter å organisere legevakt på kveld og natt. Kommunalkomiteen sluttet seg til dette i Innst. S. nr. 255 (2003-2004).

#### UNGDOMMENS HELSESTASJON

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er kjent med at mange kommuner har etablert ungdommens helsestasjon som et lavterskel helsetilbud, spesielt i forhold til rådgiving og annet forebyggende helsearbeid blant ungdom. Disse medlemmer vil understreke verdien av disse helsestasjonene særlig med tanke på å fange opp og forebygge psykiske lidelser, problemer knytta til seksualitet, uønska svangerskap og andre spesielle helserelaterte utfordringer blant ungdom.

Disse medlemmer er kjent med at det i flere kommuner nå er fare for at ungdommens helsestasjon kan bli avvirket eller at aktiviteten kan bli betydelig redusert, bl.a. som følge av at det fra departementets side er gjort innskjerpingar i refusjonsordningene slik at bare arbeid som er utført av lege, er refusjonsberettiget. Disse medlemmer er svært bekymra over dette og mener at det må settes i verk tiltak som hindrer at ungdommens helsestasjon i noen kommuner blir lagt ned, og som også stimulerer til at denne type tilbud kan etableres i flere kommuner og lokalmiljøer. Disse medlemmer vil derfor be departementet om å foreta en gjennomgang av ulike økonomiske virkemidler som kan bidra til å sikre finansieringa av ungdommens helsestasjon i kommunene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at verken prevensjonsveiledning eller arbeid utført av lege i ungdomshelsestasjoner har vært omfattet av trygdens refusjonsordning. Enkelte stasjoner har likevel krevd og fått utbetalt refusjon gjennom den tidligere ordningen for svangerskapsomsorg i helsestasjoner. Omfanget var svært begrenset, og det er ukjent for flertallet at opprydningen som skjedde, har ført til at ungdomsstasjoner er nedleggingsstruet. Flertallet viser derimot til at det har vært en betydelig personellvekst i helsestasjonene, blant annet gjennom tilskudd fra opptrappingsplanen for psykisk helse.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at målsettingen i opptrappingsplanen er en samlet styrking av 800 årsverk i planperioden 1999-2008, og staten bidrar med øremerkede midler til dette.

## KIROPRAKTORUTDANNING

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet, viser til at kiropraktorer i dag er den eneste store gruppen autorisert helsepersonell hvor det foreløpig ikke finnes et utdanningstilbud i Norge. Det er i dag over 300 kiropraktorer i Norge og om lag 200 norske studenter under utdanning i utlandet. Tall fra 2002 viser ifølge opplysninger fra Norske Kiropraktorer Servicekontor til flertallet at andelen av befolkningen som hadde oppsøkt kiropraktor i løpet av siste år hadde økt til 7 prosent for både kvinner og menn. Flertallet har fått opplyst at Norsk Kiropraktorforbund utredet behovet for kiropraktorutdanning i 2001, og at både Universitetet i Oslo og Høgskolen i Stavanger valgte å utrede saken. Begge institusjoner har, slik flertallet har fått opplyst, vedtatt å fortsette arbeidet med etablering av kiropraktorutdanning. Flertallet anser det for å være på tide å etablere kiropraktorstudium i Norge og viser til merknader fra Fremskrittspartiets fraksjon i kirke-, utdannings- og forskningskomiteen.

**Kap. 2790 Andre helsetiltak**

Det foreslås bevilget 486 mill. kroner for 2005 mot 478 mill. kroner i saldert budsjett for 2004. Etter behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett er bevilgningen for 2004 481 mill. kroner.

Komiteen viser til påstander om mangelfull dekning av utgifter til smertebehandling, for eksempel for pasienter med langt utviklet kreftsykdom. Komiteen forutsetter slik det kan framgå av budsjettet, at det nå åpnes for en langt bedre utgiftsdekning og en mer aktiv

holdning til bruk av medikamenter mot smerte, for eksempel apotektilvirkete metadontabletter for pasienter med kreft og immunsvikt.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at kreftpasienter som er i behov av metadon til smertelindrende behandling skal ha dekket kostnadene til disse på linje med andre sterkt smertestillende medikamenter. Disse medlemmer vil som ledd i å oppnå dette bevilge midler til dekningen av kostnadene til denne typen behandling til kreftpasienter.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti foreslår at kap. 2790 post 70 økes med 5 mill. kroner og bevilges med 491 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til partiets generelle merknader under rammeområde 16 hvor dette medlem uttrykker stor bekymring over at regjeringen Bondevik II også denne gangen i likhet med tidligere år foreslår økt skatt på sykdom gjennom en økning av egenandelene. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil gå imot egenandelsøkningene, noe som fører til at man i Senterpartiets alternative budsjett øker kap. 2790 post 70 med 5 mill. kroner.

**Oversikt over bevilgningsforslag**

Sammenligning av forslag til fordeling av tildelt ramme for rammeområde 16 der det foreligger avvikende forslag til bevilgning. Avvik i forhold til Regjeringens forslag i parentes.

| Kap.                                     | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1 | H, FrP, KrF         | SV                   |
|--|------|---|---------------|---------------------|----------------------|
| Utgifter rammeområde 16 (i tusen kroner) |      |   |               |                     |                      |
| <b>700</b>                               |      | <b>Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)</b>   |               |                     |                      |
|  | 1    | Driftsutgifter  | 124 751       | 124 251<br>(-500)   | 114 751<br>(-10 000) |
| <b>701</b>                               |      | <b>Forskning</b>  |               |                     |                      |
|  | 50   | Norges forskningsråd mv.  | 132 576       | 135 576<br>(+3 000) | 132 576<br>(0)       |
| <b>710</b>                               |      | <b>Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)</b>  |               |                     |                      |
|  | 1    | Driftsutgifter  | 372 051       | 370 051<br>(-2 000) | 372 051<br>(0)       |
|  | 21   | Formidlingsvirksomhet   | 135 852       | 137 852<br>(+2 000) | 135 852<br>(0)       |
| <b>715</b>                               |      | <b>Statens strålevern (jf. kap. 3715)</b>   |               |                     |                      |
|  | 1    | Driftsutgifter  | 58 859        | 58 359<br>(-500)    | 58 859<br>(0)        |
| <b>719</b>                               |      | <b>Helsefremmende og forebyggende arbeid</b>  |               |                     |                      |
|  | 21   | Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv. | 16 389        | 16 389<br>(0)       | 19 389<br>(+3 000)   |
|  | 70   | Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer - smittevern                                 | 22 826        | 23 826<br>(+1 000)  | 27 826<br>(+5 000)   |

| Kap.       | Post | Formål:   | St.prp. nr. 1 | H, FrP, KrF                | SV                        |
|------------|------|---|---------------|----------------------------|---------------------------|
|            | 71   | Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv.                      | 22 363        | 22 363<br>(0)              | 29 389<br>(+7 026)        |
|            | 72   | Stiftelsen Amathea  | 15 026        | 15 026<br>(0)              | 0<br>(-15 026)            |
| <b>720</b> |      | <b>Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)</b>   |               |                            |                           |
|            | 1    | Driftsutgifter  | 406 055       | 404 055<br>(-2 000)        | 406 055<br>(0)            |
|            | 21   | Spesielle driftsutgifter  | 56 393        | 54 893<br>(-1 500)         | 56 393<br>(0)             |
| <b>723</b> |      | <b>Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)</b>   |               |                            |                           |
|            | 1    | Driftsutgifter  | 17 916        | 16 916<br>(-1 000)         | 17 916<br>(0)             |
| <b>724</b> |      | <b>Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak</b>   |               |                            |                           |
|            | 1    | Driftsutgifter, Statens helsepersonellnemnd og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell | 23 831        | 23 581<br>(-250)           | 23 831<br>(0)             |
|            | 21   | Tilskudd til personell i allmennelegetjenesten og i tannhelsetjenesten                        | 48 697        | 48 697<br>(0)              | 63 697<br>(+15 000)       |
|            | 60   | Tilskudd til rekrutteringsplanen  | 60 819        | 59 819<br>(-1 000)         | 85 819<br>(+25 000)       |
|            | 61   | Tilskudd til turnustjenesten  | 132 028       | 131 028<br>(-1 000)        | 132 028<br>(0)            |
| <b>726</b> |      | <b>Habilitering og rehabilitering</b>   |               |                            |                           |
|            | 21   | Spesielle driftsutgifter  | 33 951        | 34 201<br>(+250)           | 33 951<br>(0)             |
|            | 61   | Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddel-<br>misbrukere                                      | 54 912        | 54 912<br>(0)              | 79 912<br>(+25 000)       |
| <b>727</b> |      | <b>Tannhelsetjenesten</b>   |               |                            |                           |
|            | 21   | Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelse-<br>tjenesten                                      | 17 038        | 16 538<br>(-500)           | 17 038<br>(0)             |
| <b>728</b> |      | <b>Forsøk og utvikling mv.</b>  |               |                            |                           |
|            | 21   | Spesielle driftsutgifter  | 116 837       | 115 837<br>(-1 000)        | 116 837<br>(0)            |
| <b>729</b> |      | <b>Annen helsetjeneste</b>  |               |                            |                           |
|            | 60   | Helsetjenesten for innsatte i fengsel - tilskudd til kommuner                                 | 79 299        | 79 299<br>(0)              | 84 299<br>(+5 000)        |
| <b>732</b> |      | <b>Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)</b>   |               |                            |                           |
|            | 21   | Forsøk og utvikling i sykehussektoren   | 17 709        | 15 709<br>(-2 000)         | 17 709<br>(0)             |
|            | 70   | Tilskudd til helseforetakene  | 2 494 851     | 2 303 251<br>(-191 600)    | 4 591 851<br>(+2 097 000) |
|            | 71   | Tilskudd til Helse Øst RHF  | 15 853 516    | 13 718 416<br>(-2 135 100) | 15 853 516<br>(0)         |
|            | 72   | Tilskudd til Helse Sør RHF  | 8 922 960     | 7 600 060<br>(-1 322 900)  | 8 922 960<br>(0)          |
|            | 73   | Tilskudd til Helse Vest RHF   | 7 883 761     | 6 769 561<br>(-1 114 200)  | 7 883 761<br>(0)          |
|            | 74   | Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF   | 5 800 265     | 4 953 165<br>(-847 100)    | 5 800 265<br>(0)          |
|            | 75   | Tilskudd til Helse Nord RHF   | 5 227 108     | 4 576 208<br>(-650 900)    | 5 227 108<br>(0)          |
|            | 76   | Innsatsstyrt finansiering av sykehus  | 13 140 373    | 19 710 573<br>(+6 570 200) | 13 140 373<br>(0)         |
|            | 77   | Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.   | 3 199 134     | 3 199 134<br>(0)           | 3 249 134<br>(+50 000)    |
|            | 80   | Pasienttransport  | 423 000       | 423 500<br>(+500)          | 433 000<br>(+10 000)      |

| Kap.        | Post | Formål:  | St.prp. nr. 1 | H, FrP, KrF             | SV                      |
|-------------|------|--|---------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>742</b>  |      | <b>Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter</b>        |               |                         |                         |
|             | 70   | Tilskudd   | 2 262         | 1 762<br>(-500)         | 2 262<br>(0)            |
| <b>743</b>  |      | <b>Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse</b>                    |               |                         |                         |
|             | 62   | Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner                              | 2 050 783     | 2 050 783<br>(0)        | 2 075 783<br>(+25 000)  |
|             | 70   | Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid                              | 319 973       | 322 973<br>(+3 000)     | 319 973<br>(0)          |
|             | 75   | Tilskudd til styrking av psykisk helsevern                               | 1 189 972     | 1 191 972<br>(+2 000)   | 1 189 972<br>(0)        |
| <b>750</b>  |      | <b>Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)</b>                    |               |                         |                         |
|             | 1    | Driftsutgifter   | 121 807       | 121 307<br>(-500)       | 121 807<br>(0)          |
| <b>751</b>  |      | <b>Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)</b> |               |                         |                         |
|             | 21   | Spesielle driftsutgifter   | 67 442        | 65 742<br>(-1 700)      | 67 442<br>(0)           |
| <b>760</b>  |      | <b>Utredningsvirksomhet m.m.</b>   |               |                         |                         |
|             | 21   | Spesielle driftsutgifter   | 8 454         | 7 454<br>(-1 000)       | 8 454<br>(0)            |
| <b>761</b>  |      | <b>Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet</b>                |               |                         |                         |
|             | 21   | Spesielle driftsutgifter   | 74 757        | 73 357<br>(-1 400)      | 74 757<br>(0)           |
|             | 63   | Tilskudd til rusmiddeltiltak   | 144 453       | 145 053<br>(+600)       | 144 453<br>(0)          |
|             | 70   | Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.                               | 46 530        | 51 530<br>(+5 000)      | 46 530<br>(0)           |
|             | 71   | Tilskudd til frivillig arbeid  | 13 080        | 14 580<br>(+1 500)      | 13 080<br>(0)           |
| <b>2711</b> |      | <b>Spesialisthelsetjenester mv.</b>                                      |               |                         |                         |
|             | 70   | Refusjon spesialisthjelp   | 1 046 000     | 1 046 000<br>(0)        | 0<br>(-1 046 000)       |
|             | 71   | Refusjon psykologhjelp   | 186 000       | 178 000<br>(-8 000)     | 0<br>(-186 000)         |
|             | 72   | Refusjon tannlegehjelp   | 700 000       | 660 000<br>(-40 000)    | 660 000<br>(-40 000)    |
|             | 76   | Private laboratorier og røntgeninstitutt                                 | 523 000       | 498 000<br>(-25 000)    | 0<br>(-523 000)         |
|             | 78   | Opptreningsinstitusjoner m.fl.   | 409 309       | 602 409<br>(+193 100)   | 409 309<br>(0)          |
| <b>2751</b> |      | <b>Legemidler mv.</b>  |               |                         |                         |
|             | 70   | Legemidler   | 8 785 000     | 8 628 000<br>(-157 000) | 8 748 000<br>(-37 000)  |
|             | 72   | Sykepleieartikler  | 1 076 000     | 1 061 000<br>(-15 000)  | 1 081 000<br>(+5 000)   |
| <b>2752</b> |      | <b>Refusjon av egenbetaling</b>  |               |                         |                         |
|             | 70   | Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1                                | 2 746 000     | 3 341 000<br>(+595 000) | 3 231 000<br>(+485 000) |
|             | 71   | Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2                                | 45 000        | 40 000<br>(-5 000)      | 40 000<br>(-5 000)      |
| <b>2755</b> |      | <b>Helsetjeneste i kommunene mv.</b>                                     |               |                         |                         |
|             | 62   | Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter                            | 160 000       | 195 000<br>(+35 000)    | 200 000<br>(+40 000)    |
|             | 70   | Refusjon allmennlegehjelp  | 2 409 000     | 2 349 000<br>(-60 000)  | 2 271 000<br>(-138 000) |
|             | 71   | Refusjon fysioterapi   | 1 147 000     | 1 317 000<br>(+170 000) | 1 337 000<br>(+190 000) |

| Kap.                                      | Post | Formål:                  | St.prp. nr. 1     | H, FrP, KrF                            | SV                                     |
|---|------|--------------------------|-------------------|--|--|
| <b>2790</b>                               |      | <b>Andre helsetiltak</b> |                   |  |  |
|   | 70   | Bidrag, lokalt           | 486 000           | 486 000<br>(0)                         | 491 000<br>(+5 000)                    |
|   |      | <b>Sum utgifter</b>      | <b>93 771 363</b> | <b>94 763 363</b><br><b>(+992 000)</b> | <b>94 763 363</b><br><b>(+992 000)</b> |
| Inntekter rammeområde 16 (i tusen kroner) |      |                          |                   |  |  |
|   |      | <b>Sum inntekter</b>     | <b>300 814</b>    | <b>300 814</b><br><b>(0)</b>           | <b>300 814</b><br><b>(0)</b>           |
|   |      | <b>Netto</b>             | <b>93 470 549</b> | <b>94 462 549</b><br><b>(+992 000)</b> | <b>94 462 549</b><br><b>(+992 000)</b> |

**FORSLAG FRA MINDRETALL****Rammeområde 15****Forslag fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet:***Forslag 1*

Stortinget ber Regjeringen foreta en evaluering av de nye reglene for uføretrygding, rehabilitering, attføring og sykemelding for å vurdere om regelverket fanger opp personer som trenger hjelp, slik at de får de riktige ytelsene.

*Forslag 2*

Stortinget ber Regjeringen vurdere å innføre ordning med lønns subsidium for alle uførepensjonister og per-

soner med tidsbegrenset uførestønad som ønsker å prøve seg i arbeidslivet.

*Forslag 3*

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det settes i gang et prosjekt for å sikre tilgjengelighet til faglitteratur for synshemmede studenter og arbeidstakere.

**Forslag fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet:***Forslag 4*

Stortinget ber Regjeringa om å sette ned et utvalg for en gjennomgang av nivået på trygde- og sosialytelsene med utgangspunkt i SIFOs levekostnadsberegninger.

**Forslag fra Sosialistisk Venstreparti:***Forslag 5*

I

På statsbudsjettet for 2005 bevilges under:

| Kap.     | Post | Formål:  | Kroner      | Kroner |
|----------|------|--|-------------|--------|
| Utgifter |      |  |             |        |
| 600      |      | Arbeids- og sosialdepartementet (jf. kap. 3600)                          |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....   | 93 200 000  |        |
|          | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....    | 2 800 000   |        |
| 620      |      | Utredningsvirksomhet, forskning m.m.                                     |             |        |
|          | 21   | Spesielle driftsutgifter .....   | 83 900 000  |        |
|          | 50   | Norges forskningsråd .....   | 88 400 000  |        |
| 621      |      | Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet                       |             |        |
|          | 21   | Spesielle driftsutgifter .....   | 56 500 000  |        |
|          | 63   | Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i> .....                 | 121 100 000 |        |
|          | 70   | Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i> .....   | 93 800 000  |        |
|          | 74   | Tilskudd til pensjonistenes og funksjonshemmedes organisasjoner mv. .... | 128 400 000 |        |
| 622      |      | Statens institutt for rusmiddelforskning                                 |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....   | 28 500 000  |        |

| Kap. | Post Formål:  | Kroner         | Kroner |
|------|---|----------------|--------|
| 660  | Krigspensjon  |                |        |
|      | 70 Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i> .....                               | 255 000 000    |        |
|      | 71 Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                 | 615 000 000    |        |
| 2600 | Trygdeetaten  |                |        |
|      | 1 Driftsutgifter .....  | 4 996 000 000  |        |
|      | 21 Spesielle driftsutgifter .....   | 14 800 000     |        |
|      | 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....              | 147 600 000    |        |
|      | 70 Tilskudd .....   | 3 600 000      |        |
| 2603 | Trygderetten  |                |        |
|      | 1 Driftsutgifter .....  | 48 100 000     |        |
|      | 21 Klagenemnd for utenlandsbehandling .....   | 2 100 000      |        |
| 2650 | Sykepenges  |                |        |
|      | 70 Sykepenges for arbeidstakere mv., <i>overslagsbevilgning</i> .....                 | 25 047 500 000 |        |
|      | 71 Sykepenges for selvstendige, <i>overslagsbevilgning</i> .....                      | 1 810 000 000  |        |
|      | 72 Omsorgs- og pleiepenges ved barns sykdom m.m.,<br><i>overslagsbevilgning</i> ..... | 395 000 000    |        |
|      | 73 Tilretteleggingstilskudd, <i>kan overføres</i> .....                               | 96 400 000     |        |
|      | 74 Refusjon bedriftshelsetjenester .....  | 22 700 000     |        |
|      | 75 Feriepenges av sykepenges, <i>overslagsbevilgning</i> .....                        | 1 380 000 000  |        |
| 2652 | Medisinsk rehabilitering mv.  |                |        |
|      | 70 Rehabiliteringspenges, <i>overslagsbevilgning</i> .....                            | 8 748 500 000  |        |
|      | 71 Legeerklærings .....   | 275 000 000    |        |
| 2655 | Uførhet   |                |        |
|      | 70 Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                     | 16 809 000 000 |        |
|      | 71 Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                  | 24 533 000 000 |        |
|      | 72 Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                      | 1 380 000 000  |        |
|      | 73 Foreløpig uførepensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                           | 250 000 000    |        |
|      | 74 Tidsbegrenset uførestønads, <i>overslagsbevilgning</i> .....                       | 2 174 000 000  |        |
|      | 75 Menerstatning ved yrkesskade, <i>overslagsbevilgning</i> .....                     | 105 000 000    |        |
|      | 76 Yrkesskadetrygd gml. lovgivning, <i>overslagsbevilgning</i> .....                  | 70 000 000     |        |
| 2661 | Grunn- og hjelpestønads, hjelpemidler mv.   |                |        |
|      | 70 Grunnstønads, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                     | 1 490 000 000  |        |
|      | 71 Hjelpestønads, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                    | 1 564 600 000  |        |
|      | 73 Hjelpemidler mv. under arbeid og utdanning .....                                   | 149 000 000    |        |
|      | 74 Tilskudd til biler .....   | 975 000 000    |        |
|      | 75 Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler .....                                      | 2 756 000 000  |        |
|      | 76 Bedring av funksjonsevnen, andre formål .....                                      | 77 300 000     |        |
|      | 77 Ortopediske hjelpemidler .....   | 685 000 000    |        |
|      | 78 Høreapparater .....  | 420 000 000    |        |
| 2670 | Alderdom  |                |        |
|      | 70 Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                     | 33 015 000 000 |        |
|      | 71 Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                  | 45 645 000 000 |        |
|      | 72 Ventetilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                    | 105 000 000    |        |
|      | 73 Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                      | 4 870 000 000  |        |
| 2680 | Etterlatte  |                |        |
|      | 70 Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                     | 1 207 000 000  |        |
|      | 71 Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                  | 1 034 000 000  |        |
|      | 72 Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....                                      | 62 000 000     |        |
|      | 74 Utdanningsstønads .....  | 2 500 000      |        |
|      | 75 Stønads til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i> .....                          | 14 500 000     |        |

| Kap. | Post Formål:  | Kroner        | Kroner                 |
|------|---|---------------|------------------------|
| 2683 | Stønad til enslig mor eller far (jf. kap. 5701)             |               |                        |
|      | 70 Overgangsstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....        | 2 300 000 000 |                        |
|      | 72 Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i> ..... | 612 000 000   |                        |
|      | 73 Utdanningsstønad.....                                    | 85 000 000    |                        |
|      | 75 Stønad til flytting for å komme i arbeid.....            | 500 000       |                        |
|      | 76 Forskuttering av underholdsbidrag.....                   | 1 115 000 000 |                        |
| 2686 | Gravferdsstønad   |               |                        |
|      | 70 Gravferdsstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....        | 110 000 000   |                        |
| 2690 | Diverse utgifter  |               |                        |
|      | 70 Sykestønadsutgifter i utlandet.....                      | 130 000 000   |                        |
|      | 77 Pasienter fra gjensidighetsland .....                    | 60 000 000    |                        |
|      | Totale utgifter   |               | <u>188 359 300 000</u> |

## Inntekter

|      |   |             |                      |
|------|---|-------------|----------------------|
| 3622 | Statens institutt for rusmiddelforskning                  |             |                      |
|      | 2 Oppdragsinntekter.....                                  | 500 000     |                      |
| 5701 | Diverse inntekter   |             |                      |
|      | 1 Administrasjonsvederlag.....                            | 29 100 000  |                      |
|      | 2 Diverse inntekter .....                                 | 175 000 000 |                      |
|      | 3 Hjelpemiddelsentraler m.m.....                          | 55 000 000  |                      |
|      | 6 Gebyrinntekter ved fastsettelse av bidrag .....         | 15 000 000  |                      |
|      | 7 Administrasjonsvederlag fra regionale helseforetak..... | 88 300 000  |                      |
|      | 71 Refusjon ved yrkesskade.....                           | 967 200 000 |                      |
|      | 73 Refusjon fra bidragspliktige.....                      | 545 000 000 |                      |
|      | 74 Refusjon medisinsk behandling .....                    | 2 100 000   |                      |
|      | 75 Refusjon overskytende bidrag .....                     | 26 400 000  |                      |
|      | 80 Renter.....  | 40 000 000  |                      |
|      | Totale inntekter  |             | <u>1 943 600 000</u> |

## II

*Merinntektsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Arbeids- og sosialdepartementet i 2005 kan:

| overskride bevilgningen under | mot tilsvarende merinntekter under |
|-------------------------------|------------------------------------|
| kap. 600 post 1 .....         | kap. 3600 post 2                   |
| kap. 622 post 1 .....         | kap. 3622 post 2                   |
| kap. 2600 post 1 .....        | kap. 5701 postene 1, 4, 5 og 6     |
| kap. 2603 post 1 .....        | kap. 5705 post 2                   |

## III

*Folketrygdytelser*

Stortinget samtykker i at med virkning fra 1. januar 2005 skal følgende ytelser etter folketrygdloven utgjøre:\*

|  | kroner |
|--|--------|
| 1a. Grunnstønad for ekstrautgifter ved uførhet etter lovens § 6-3 (laveste sats) ..... | 6 636  |
| 1b. Ved ekstrautgifter utover laveste sats, kan grunnstønaden forhøyes til .....       | 10 140 |
| 1c. eller til .....  | 13 332 |
| 1d. eller til .....  | 19 620 |
| 1e. eller til .....  | 26 604 |
| 1f. eller til .....  | 33 240 |

|       |  |        |
|-------|--|--------|
| 2a-1. | Hjelpestønad til uføre som må ha hjelp i huset <sup>1,2</sup> .....  | 11 064 |
| 2a-2. | Hjelpestønad etter lovens § 6-4 til uføre som må ha tilsyn og pleie <sup>3</sup> .....                               | 11 904 |
| 2b.   | Forhøyet hjelpestønad etter lovens § 6-5 til uføre under 18 år som må ha særskilt tilsyn og pleie <sup>3</sup> ..... | 23 808 |
| 2c.   | eller til .....  | 47 616 |
| 2d.   | eller til .....  | 71 424 |
| 3.    | Behovsprøvet gravferdsstønad opptil .....  | 16 068 |
| 4.    | Stønad til barnetilsyn etter lovens §§ 15-11 og 17-9 <sup>4</sup>  |        |
|       | for første barn .....  | 33 144 |
|       | for to barn .....  | 43 236 |
|       | for tre og flere barn .....  | 48 996 |

\* Satsene under pkt. 1, 2 og 4 er årsbeløp for ytelsene.

<sup>1</sup> Stønad til hjelp i huset gjelder tilfeller før 1. januar 1992.

<sup>2</sup> Fra 1. januar 1997 skiller det mellom stønad til hjelp i huset og stønad til særskilt tilsyn og pleie.

<sup>3</sup> Gjelder også ved uførhet som skyldes yrkesskade, jf. lovens § 12-18.

<sup>4</sup> Fra 1. januar 2003 dekkes 66 pst. av dokumenterte utgifter til barnetilsyn. Beløpene i tabellen er maksimale refusjonssatser. Stønden er inntektsprøvet.

### Forslag fra Senterpartiet:

#### Forslag 6

Stortinget ber Regjeringen i løpet av våren 2005 utarbeide en handlingsplan for forebygging av benskjørhet i befolkningen.

### Rammeområde 16

### Forslag fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet:

#### Forslag 7

Stortinget ber Regjeringen om å utrede innføringen av faste skolemåltider i grunnskolen som ledd i å bedre kostholdsvanene blant barn og unge.

#### Forslag 8

Stortinget ber Regjeringen om å tilrettelegge for virkemiddelordninger knyttet til opptak til medisinstudiet på særskilte vilkår, inkludert vurdering av bindingstid samt tilskudd til videre- og etterutdanning etter endt studium under arbeid i virkemiddelsonen.

#### Forslag 9

Stortinget ber Regjeringen om å vurdere en statlig virkemiddelordning for rekruttering av helsepersonell og tannhelsepersonell til kommuner med særlig store rekrutteringsvansker.

#### Forslag 10

Stortinget ber Regjeringen foreta oppretting av skjevfordelingen i bevilgning mellom helseregionene over to år i samsvar med tidligere vedtatt fordelingsnøkkel.

#### Forslag 11

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det vedtatte tillegget til Helse Nord Regionalt Helseforetak finansieres med et prosentvis like stort trekk fra de øvrige fire regionene som regionenes basisbevilgning tilsier.

#### Forslag 12

Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå behandlingstilbudet til barn og unge innenfor det psykiske helsevernet og legge fram gjennomgangen for Stortinget på egnet måte.

#### Forslag 13

Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå det samlede ressursbehovet for et helhetlig behandlingstilbud for mennesker med rusmiddelavhengighet og legge resultatet av gjennomgangen fram for Stortinget på egnet måte.

#### Forslag 14

Stortinget ber Regjeringen sørge for en evaluering av hvordan pasientrettighetsloven gagnar mennesker med psykiske lidelser, og at dette omtales i Revidert nasjonalbudsjett for 2005.

#### Forslag 15

Stortinget ber Regjeringen om å utføre en kartlegging av hvor mange alvorlig psykisk syke personer det er som står helt uten et tilpasset bo- og behandlingstilbud, og hvor disse befinner seg.

#### Forslag 16

Stortinget ber Regjeringen vurdere godkjenning og i samarbeid med de regionale helseforetak og Mental Helse Norge i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2005 vurdere finansiering av Frogner lærings- og kompetansesenter for mennesker med psykiske lidelser.

#### Forslag 17

Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå refusjonsordningen for opptreningsstrenene ut fra målsetningen om at like behandlingsopplegg skal refunderes likt, og legge fram resultatet av gjennomgangen for Stortinget i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett i 2005.



*Forslag 18*

Stortinget ber Regjeringa komme tilbake til Stortinget med et forslag om en permanent, landsdekkende ordning for kiropraktorer og manuellterapeuter i tråd med reglene for prøveordningen i Hordaland, Nordland og Vestfold.

*Forslag 19*

Stortinget ber Regjeringen foreta en vurdering av hvordan en best kan sikre at kommuner som inngår legevaktsamarbeid, ikke taper økonomisk på dette, og legge forslag til tiltak fram for Stortinget i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett i 2005.

**Forslag fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet:***Forslag 20*

Stortinget ber Regjeringen utrede hvordan det kan legges til rette for at fastlegene gis rett til å avgjøre om pasientene skal tilbys legemiddelassistert rehabilitering.

**Forslag fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti:***Forslag 21*

Stortinget ber Regjeringen i den varslede stortingsmeldingen om legemiddelpolitikken vurdere hensiktsmessigheten av direkteleveranser av veterinærlegemidler til profesjonelle sluttbrukere.

**Forslag fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet:***Forslag 22*

Stortinget ber Regjeringa sørge for at det planlagte psykiatrisenteret blir bygd som en del av fase 2 av bygginga av ny universitetsklinikk i Trondheim, og at staten skal dekke en vesentlig del av kostnadene ved utbygginga.

*Forslag 23*

Stortinget ber Regjeringen legge fram vurdering og forslag vedrørende henvisningsrett for optikere til øyelege og henvisnings- og sykemeldingsrett for enkelte andre behandlergrupper, herunder psykologer, i Revidert nasjonalbudsjett for 2005.

**Forslag fra Arbeiderpartiet:***Forslag 24*

Stortinget ber Regjeringen sikre en bedre lokal- og regionalpolitisk forankring i helseforetakene ved at lokale og regionale myndigheter får anledning til å foreslå kandidater til styrene på alle nivåer i helseforetakene.

**Forslag fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet:***Forslag 25*

Stortinget ber Regjeringen snarest klargjøre de krav som må stilles til utenlandsk helsepersonell når det gjelder kvalifikasjoner som kompetanse og skikkethet, samt hvilke kontroll- og kvalitetssikringstiltak som må gjelde for å ivareta pasientenes sikkerhet og rettigheter. Saken legges fram for Stortinget på egnet måte.

*Forslag 26*

Stortinget ber Regjeringen om å etablere et rehabiliteringstilbud for mennesker med traumatiserte hjerne-skader og legge fram planen for dette som del av forslaget til statsbudsjett for 2006.

*Forslag 27*

Stortinget ber Regjeringen om å fastsette rammer for lønnsmidler til helseforetakene med utgangspunkt i vedtatte bevilgninger i statsbudsjettet, slik at det ved lønnsforhandlinger klart framgår hvilke midler det kan forhandles om.

*Forslag 28*

Stortinget ber Regjeringen om å tilrettelegge for at finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten fortløpende justeres for utilsiktede vridningseffekter mellom diagnosegruppene ut fra målsetningen om at ressursbruken optimaliseres, slik at det er best mulig samsvar mellom den medisinske tilstanden som foreligger, og de ressurser som settes inn i diagnostikk og behandling.

*Forslag 29*

Stortinget ber Regjeringen om å legge fram en samlet tilråding overfor Stortinget om det framtidige nyfødtilbudet, inkludert en tilråding av den geografiske fordeling av tilbudet i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2005.

*Forslag 30*

Stortinget ber Regjeringen om å vurdere innføring av medisinske inngangsvilkår for dekning av reisekostnader ved fritt sykehusvalg og legge saken fram for Stortinget i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2005.

**Forslag fra Fremskrittspartiet:***Forslag 31*

Stortinget ber Regjeringen tillegge Sosial- og helsedirektoratet godkjenningsmyndigheten for bemanningsplaner ved sykehjem og i hjemmesykepleien slik at behandlings- og pleietrengende syke eldre sikres faglig forsvarlig nivå på bemanningen uavhengig av bosted.

**Forslag fra Sosialistisk Venstreparti:***Forslag 32*

## I

På statsbudsjettet for 2005 bevilges under:

| Kap.     | Post | Formål:   | Kroner      | Kroner |
|----------|------|---|-------------|--------|
| Utgifter |      |   |             |        |
| 700      |      | Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)  |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 114 751 000 |        |
|          | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....   | 4 153 000   |        |
| 701      |      | Forskning   |             |        |
|          | 50   | Norges forskningsråd mv. ....   | 132 576 000 |        |
| 702      |      | Helse- og sosialberedskap   |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 14 974 000  |        |
| 703      |      | Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)  |             |        |
|          | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 17 012 000  |        |
| 710      |      | Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)   |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 372 051 000 |        |
|          | 21   | Formidlingsvirksomhet .....   | 135 852 000 |        |
|          | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....   | 15 088 000  |        |
| 712      |      | Bioteknologinemnda  |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 6 647 000   |        |
| 715      |      | Statens strålevern (jf. kap. 3715)  |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 58 859 000  |        |
|          | 21   | Oppdragsutgifter .....  | 34 438 000  |        |
| 719      |      | Helsefremmende og forebyggende arbeid   |             |        |
|          | 21   | Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv., <i>kan overføres</i> ..... | 19 389 000  |        |
|          | 70   | Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer - smittevern, <i>kan overføres</i> .....                                 | 27 826 000  |        |
|          | 71   | Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv., <i>kan overføres</i> .....                          | 29 389 000  |        |
|          | 73   | Handlingsplan for fysisk aktivitet .....  | 12 340 000  |        |
| 720      |      | Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)  |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 406 055 000 |        |
|          | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 56 393 000  |        |
| 721      |      | Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)   |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 63 360 000  |        |
| 722      |      | Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)  |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 60 127 000  |        |
|          | 50   | Tilskudd til NPE som statlig fond .....   | 394 023 000 |        |
|          | 70   | Dekning av advokatutgifter .....  | 12 408 000  |        |
| 723      |      | Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)  |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 17 916 000  |        |

| Kap. | Post | Formål:   | Kroner         | Kroner |
|------|------|---|----------------|--------|
| 724  |      | Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak  |                |        |
|      | 1    | Driftsutgifter, Statens helsepersonellnemnd og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell ..... | 23 831 000     |        |
|      | 21   | Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten.....                          | 63 697 000     |        |
|      | 60   | Tilskudd til rekrutteringsplanen.....   | 85 819 000     |        |
|      | 61   | Tilskudd til turnustjenesten .....  | 132 028 000    |        |
|      | 71   | Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.....                                      | 13 247 000     |        |
| 725  |      | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 3725)  |                |        |
|      | 1    | Driftsutgifter .....  | 35 086 000     |        |
| 726  |      | Habilitering og rehabilitering  |                |        |
|      | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 33 951 000     |        |
|      | 61   | Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, kan overføres.....                            | 79 912 000     |        |
| 727  |      | Tannhelsetjenesten  |                |        |
|      | 21   | Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten .....   | 17 038 000     |        |
| 728  |      | Forsøk og utvikling mv.   |                |        |
|      | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 116 837 000    |        |
| 729  |      | Annen helsetjeneste   |                |        |
|      | 60   | Helsetjenesten for innsatte i fengsel - tilskudd til kommuner ....                                  | 84 299 000     |        |
|      | 70   | Behandlingsreiser til utlandet .....  | 83 660 000     |        |
|      | 71   | Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m. ....  | 5 218 000      |        |
| 732  |      | Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)  |                |        |
|      | 21   | Forsøk og utvikling i sykehussektoren, kan overføres.....   | 17 709 000     |        |
|      | 70   | Tilskudd til helseforetakene, kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74 og 75.....     | 4 591 851 000  |        |
|      | 71   | Tilskudd til Helse Øst RHF, kan overføres .....   | 15 853 516 000 |        |
|      | 72   | Tilskudd til Helse Sør RHF, kan overføres .....   | 8 922 960 000  |        |
|      | 73   | Tilskudd til Helse Vest RHF, kan overføres .....  | 7 883 761 000  |        |
|      | 74   | Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, kan overføres.....   | 5 800 265 000  |        |
|      | 75   | Tilskudd til Helse Nord RHF, kan overføres.....   | 5 227 108 000  |        |
|      | 76   | Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning .....                                     | 13 140 373 000 |        |
|      | 77   | Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., overslagsbevilgning .....                          | 3 249 134 000  |        |
|      | 78   | Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre, kan overføres .....     | 1 050 888 000  |        |
|      | 80   | Pasienttransport .....  | 433 000 000    |        |
|      | 81   | Tilskudd til store byggeprosjekter, kan overføres .....   | 444 000 000    |        |
| 737  |      | Kreftregisteret   |                |        |
|      | 70   | Tilskudd .....  | 71 206 000     |        |
| 742  |      | Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter  |                |        |
|      | 1    | Driftsutgifter .....  | 24 312 000     |        |
|      | 70   | Tilskudd .....  | 2 262 000      |        |
| 743  |      | Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse   |                |        |
|      | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 28 107 000     |        |
|      | 62   | Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, kan overføres .....                                    | 2 075 783 000  |        |
|      | 70   | Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, kan overføres.....                                     | 319 973 000    |        |

| Kap. | Post | Formål:  | Kroner        | Kroner |
|------|------|--|---------------|--------|
|      | 72   | Tilskudd til Modum bads nervesanatorium .....  | 84 660 000    |        |
|      | 73   | Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress,<br><i>kan overføres</i> .....       | 98 584 000    |        |
|      | 75   | Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i> .....                 | 1 189 972 000 |        |
| 744  |      | Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede   |               |        |
|      | 70   | Fagenhet for tvungen omsorg .....  | 41 598 000    |        |
| 750  |      | Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)   |               |        |
|      | 1    | Driftsutgifter .....   | 121 807 000   |        |
|      | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....                  | 3 614 000     |        |
| 751  |      | Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak<br>(jf. kap. 3751 og 5577)                   |               |        |
|      | 21   | Spesielle driftsutgifter .....   | 67 442 000    |        |
|      | 70   | Tilskudd .....   | 66 093 000    |        |
| 760  |      | Utredningsvirksomhet m.m.  |               |        |
|      | 21   | Spesielle driftsutgifter .....   | 8 454 000     |        |
| 761  |      | Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet                                     |               |        |
|      | 21   | Spesielle driftsutgifter .....   | 74 757 000    |        |
|      | 60   | Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i> .....                              | 64 841 000    |        |
|      | 61   | Tilskudd til vertskommuner.....  | 481 456 000   |        |
|      | 63   | Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i> .....                               | 144 453 000   |        |
|      | 64   | Ressurskrevende brukere, <i>overslagsbevilgning</i> .....                              | 1 584 400 000 |        |
|      | 66   | Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse .....                                    | 50 541 000    |        |
|      | 70   | Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i> .....                 | 46 530 000    |        |
|      | 71   | Tilskudd til frivillig arbeid.....   | 13 080 000    |        |
|      | 72   | Tilskudd til Landsbystiftelsen.....  | 58 938 000    |        |
|      | 73   | Tilskudd til døvblinde og døve .....   | 10 133 000    |        |
|      | 75   | Kompetansesentra m.m.....  | 61 832 000    |        |
|      | 76   | Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med<br>særskilte behov .....              | 6 411 000     |        |
| 2711 |      | Spesialisthelsetjenester mv.   |               |        |
|      | 72   | Refusjon tannlegehjelp .....   | 660 000 000   |        |
|      | 78   | Opptreningsinstitusjoner m.fl. ....  | 409 309 000   |        |
| 2751 |      | Legemidler mv.   |               |        |
|      | 70   | Legemidler .....   | 8 748 000 000 |        |
|      | 72   | Sykepleieartikler .....  | 1 081 000 000 |        |
| 2752 |      | Refusjon av egenbetaling   |               |        |
|      | 70   | Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1 .....  | 3 231 000 000 |        |
|      | 71   | Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2 .....  | 40 000 000    |        |
| 2755 |      | Helsetjeneste i kommunene mv.  |               |        |
|      | 62   | Tilskudd til fastlønsordning fysioterapeuter,<br><i>kan nyttes under post 71</i> ..... | 200 000 000   |        |
|      | 70   | Refusjon allmennlegehjelp .....  | 2 271 000 000 |        |
|      | 71   | Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i> .....                            | 1 337 000 000 |        |
|      | 72   | Refusjon jordmorhjelp .....  | 18 000 000    |        |
|      | 73   | Kiropraktorbehandling .....  | 26 000 000    |        |
|      | 75   | Logopedisk og ortoptisk behandling .....   | 55 000 000    |        |

| Kap.             | Post Formål:  | Kroner      | Kroner                |
|------------------|---|-------------|-----------------------|
| 2790             | Andre helsetiltak   |             |                       |
|                  | 70 Bidrag, lokalt .....   | 491 000 000 |                       |
|                  | Totale utgifter   |             | <u>94 763 363 000</u> |
| <b>Inntekter</b> |   |             |                       |
| 3710             | Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)                        |             |                       |
|                  | 2 Salgs- og leieinntekter .....                                     | 78 882 000  |                       |
|                  | 3 Diverse inntekter .....   | 890 000     |                       |
| 3715             | Statens strålevern (jf. kap. 715)                                   |             |                       |
|                  | 2 Salgs- og leieinntekter .....                                     | 1 558 000   |                       |
|                  | 5 Oppdragsinntekter .....   | 34 392 000  |                       |
| 3720             | Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 720)                         |             |                       |
|                  | 2 Salgs- og leieinntekter .....                                     | 2 000 000   |                       |
|                  | 4 Gebyrinntekter .....  | 6 521 000   |                       |
| 3722             | Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)                         |             |                       |
|                  | 50 Overføring fra NPE som statlig fond.....                         | 72 535 000  |                       |
| 3723             | Pasientskadenemnda (jf. kap. 723)                                   |             |                       |
|                  | 50 Overføring fra NPE som statlig fond.....                         | 17 916 000  |                       |
| 3724             | Statens autorisasjonskontor for helsepersonell                      |             |                       |
|                  | 2 Gebyrinntekter .....  | 15 308 000  |                       |
| 3725             | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)         |             |                       |
|                  | 3 Oppdragsinntekter .....   | 103 000     |                       |
| 3732             | Regionale helseforetak (jf. kap. 732)                               |             |                       |
|                  | 80 Renter på investeringslån.....                                   | 65 000 000  |                       |
| 3750             | Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)                               |             |                       |
|                  | 2 Gebyrinntekter .....  | 5 563 000   |                       |
| 3751             | Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak<br>(jf. kap. 751 og 5577) |             |                       |
|                  | 3 Tilbakebetaling av lån.....                                       | 146 000     |                       |
|                  | Totale inntekter  |             | <u>300 814 000</u>    |

## II

*Merinntektsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan:

| overskride bevilgningen under   | mot tilsvarende merinntekter under |
|---------------------------------|------------------------------------|
| kap. 700 post 1 .....           | kap. 3700 post 2                   |
| kap. 703 postene 60 og 70 ..... | kap. 3703 post 3                   |
| kap. 710 postene 1 og 21 .....  | kap. 3710 post 2                   |
| kap. 715 postene 1 og 21 .....  | kap. 3715 postene 2, 3 og 5        |
| kap. 720 post 1 .....           | kap. 3720 postene 2 og 3           |
| kap. 721 post 1 .....           | kap. 3721 postene 2 og 4           |
| kap. 722 post 1 .....           | kap. 3722 post 50                  |
| kap. 723 post 1 .....           | kap. 3723 post 50                  |
| kap. 724 post 1 .....           | kap. 3724 post 2                   |
| kap. 725 post 1 .....           | kap. 3725 post 3                   |
| kap. 750 post 1 .....           | kap. 3750 post 2                   |

## III

*Bestillingsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

| Kap. | Post | Betegnelse                    | Samlet ramme    |
|------|------|-------------------------------|-----------------|
| 710  |      | Nasjonalt folkehelseinstitutt |                 |
|      | 1    | Driftsutgifter .....          | 4 mill. kroner  |
|      | 21   | Formidlingsvirksomhet .....   | 70 mill. kroner |

## IV

*Tilsagnsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

| Kap. | Post | Betegnelse   | Samlet ramme   |
|------|------|--|----------------|
| 761  |      | Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet |                |
|      | 60   | Tilskudd til omsorgstjenester .....                | 1 mill. kroner |
|      | 75   | Kompetansesentra m.m. ....                         | 7 mill. kroner |

## V

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan gi de fem regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en totalramme på 5 500 mill. kroner.

## VI

*Nettoføring av refusjoner*

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan nettoføre som utgiftsreduksjon under kap. 732 Regionale helseforetak post 80 Pasienttransport, refusjoner fra helseforetakene av utgifter til pasienttransport.

## VII

Stortinget ber Regjeringa sørge for at det planlagte psykiatrisenteret blir bygd som en del av fase 2 av bygginga av ny universitetsklinikk i Trondheim, og at staten skal dekke en vesentlig del av kostnadene ved utbygginga.

## VIII

Stortinget ber Regjeringen om å overføre refusjonsansvaret for privatpraktiserende spesialister, psykologer, laboratorier og røntgentjenester fra Rikstrygdeverket til helseforetakene.

## IX

Stortinget ber Regjeringen om å sikre Selli rehabiliterings- og opptreningscenter tilskudd til permanent drift.

*Forslag 33*

Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå samlet refusjon til fastlegeordningen ut fra målsetningen om en utligning av avlønningen sammenholdt med andre sammenlignbare yrkesgrupper.

**Forslag fra Senterpartiet:***Forslag 34*

Stortinget ber Regjeringen endre retningslinjene for pensjoner i det offentlige slik at maksimum pensjon ikke kan overstige 8 G.

*Forslag 35*

Stortinget ber Regjeringen om å overføre refusjonsansvaret for privatpraktiserende spesialister, psykologer, laboratorier og røntgentjenester fra Rikstrygdeverket til helseforetakene.

*Forslag 36*

Stortinget ber Regjeringen om å sikre Selli rehabiliterings- og opptreningscenter tilskudd til permanent drift.

**KOMITEENS TILRÅDING**

Under rammeområde 15 fremmer en samlet komité IV og V. Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmer I, II og III.

Under rammeområde 16 fremmer en samlet komité VII og VIII. Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet fremmer X. Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet fremmer IX. Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmer I-VI.

Komiteen viser til proposisjonen og merknadene og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

**Rammeområde 15  
(Sosial)**

I

På statsbudsjettet for 2005 bevilges under:

| Kap.            | Post | Formål:   | Kroner               | Kroner |
|-----------------|------|---|----------------------|--------|
| <b>Utgifter</b> |      |   |                      |        |
| 600             |      | Arbeids- og sosialdepartementet (jf. kap. 3600)                                 |                      |        |
|                 | 1    | Driftsutgifter .....  | 113 200 000          |        |
|                 | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....           | <u>2 800 000</u>     |        |
| 620             |      | Utredningsvirksomhet, forskning m.m.  |                      |        |
|                 | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 83 900 000           |        |
|                 | 50   | Norges forskningsråd .....  | <u>88 400 000</u>    |        |
| 621             |      | Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet                              |                      |        |
|                 | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 56 500 000           |        |
|                 | 63   | Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i> .....                        | <u>121 100 000</u>   |        |
|                 | 70   | Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i> .....          | <u>96 800 000</u>    |        |
|                 | 74   | Tilskudd til pensjonistenes og funksjonshemmedes organisasjoner mv.....         | <u>132 400 000</u>   |        |
| 622             |      | Statens institutt for rusmiddelforskning  |                      |        |
|                 | 1    | Driftsutgifter .....  | <u>28 500 000</u>    |        |
| 660             |      | Krigspensjon  |                      |        |
|                 | 70   | Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i> .....                            | 255 000 000          |        |
|                 | 71   | Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i> .....                              | <u>615 000 000</u>   |        |
| 2600            |      | Trygdeetaten  |                      |        |
|                 | 1    | Driftsutgifter .....  | 4 954 000 000        |        |
|                 | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | <u>14 800 000</u>    |        |
|                 | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....           | <u>147 600 000</u>   |        |
|                 | 70   | Tilskudd .....  | <u>3 600 000</u>     |        |
| 2603            |      | Trygderetten  |                      |        |
|                 | 1    | Driftsutgifter .....  | 48 100 000           |        |
|                 | 21   | Klagenemnd for utenlandsbehandling .....  | <u>2 100 000</u>     |        |
| 2650            |      | Sykepenger  |                      |        |
|                 | 70   | Sykepenger for arbeidstakere mv., <i>overslagsbevilgning</i> .....              | 25 415 000 000       |        |
|                 | 71   | Sykepenger for selvstendige, <i>overslagsbevilgning</i> .....                   | <u>1 810 000 000</u> |        |
|                 | 72   | Omsorgs- og pleiepenger ved barns sykdom m.m., <i>overslagsbevilgning</i> ..... | 395 000 000          |        |
|                 | 73   | Tilretteleggingstilskudd, <i>kan overføres</i> .....                            | <u>91 400 000</u>    |        |
|                 | 74   | Refusjon bedriftshelsetjenester .....   | <u>22 700 000</u>    |        |
|                 | 75   | Feriepenger av sykepenger, <i>overslagsbevilgning</i> .....                     | <u>1 380 000 000</u> |        |
| 2652            |      | Medisinsk rehabilitering mv.  |                      |        |
|                 | 70   | Rehabiliteringspenger, <i>overslagsbevilgning</i> .....                         | 8 400 000 000        |        |
|                 | 71   | Legeerklæringer .....   | <u>275 000 000</u>   |        |

| Kap.             | Post | Formål:   | Kroner         | Kroner          |
|------------------|------|---|----------------|-----------------|
| 2655             |      | Uførhet   |                |                 |
|                  | 70   | Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                    | 16 819 000 000 |                 |
|                  | 71   | Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                 | 24 543 000 000 |                 |
|                  | 72   | Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....                    | 1 380 000 000  |                 |
|                  | 73   | Foreløpig uførepensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....          | 250 000 000    |                 |
|                  | 74   | Tidsbegrenset uførestønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....       | 2 155 000 000  |                 |
|                  | 75   | Menerstatning ved yrkesskade, <i>overslagsbevilgning</i> .....    | 105 000 000    |                 |
|                  | 76   | Yrkesskadetrygd gml. lovgivning, <i>overslagsbevilgning</i> ..... | 70 000 000     |                 |
| 2661             |      | Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.                          |                |                 |
|                  | 70   | Grunnstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....                     | 1 490 000 000  |                 |
|                  | 71   | Hjelpestønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....                    | 1 564 600 000  |                 |
|                  | 73   | Hjelpemidler mv. under arbeid og utdanning.....                   | 149 000 000    |                 |
|                  | 74   | Tilskudd til biler.....   | 975 000 000    |                 |
|                  | 75   | Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler.....                      | 2 756 000 000  |                 |
|                  | 76   | Bedring av funksjonsevnen, andre formål .....                     | 77 300 000     |                 |
|                  | 77   | Ortopediske hjelpemidler.....                                     | 685 000 000    |                 |
|                  | 78   | Høreapparater.....  | 420 000 000    |                 |
| 2670             |      | Alderdom  |                |                 |
|                  | 70   | Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                    | 33 015 000 000 |                 |
|                  | 71   | Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                 | 45 645 000 000 |                 |
|                  | 72   | Ventetillegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....                    | 105 000 000    |                 |
|                  | 73   | Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....                    | 4 870 000 000  |                 |
| 2680             |      | Etterlatte  |                |                 |
|                  | 70   | Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                    | 1 207 000 000  |                 |
|                  | 71   | Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....                 | 1 034 000 000  |                 |
|                  | 72   | Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....                    | 62 000 000     |                 |
|                  | 74   | Utdanningsstønad.....   | 2 500 000      |                 |
|                  | 75   | Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i> .....          | 14 500 000     |                 |
| 2683             |      | Stønad til enslig mor eller far (jf. kap. 5701)                   |                |                 |
|                  | 70   | Overgangsstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....                 | 2 300 000 000  |                 |
|                  | 72   | Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i> .....          | 612 000 000    |                 |
|                  | 73   | Utdanningsstønad.....   | 85 000 000     |                 |
|                  | 75   | Stønad til flytting for å komme i arbeid.....                     | 500 000        |                 |
|                  | 76   | Forskuttering av underholdsbidrag.....                            | 1 115 000 000  |                 |
| 2686             |      | Gravferdsstønad   |                |                 |
|                  | 70   | Gravferdsstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....                 | 110 000 000    |                 |
| 2690             |      | Diverse utgifter  |                |                 |
|                  | 70   | Sykestønadsutgifter i utlandet.....                               | 130 000 000    |                 |
|                  | 77   | Pasienter fra gjensidighetsland .....                             | 60 000 000     |                 |
|                  |      | Totale utgifter   |                | 188 359 300 000 |
| <b>Inntekter</b> |      |   |                |                 |
| 3622             |      | Statens institutt for rusmiddelforskning                          |                |                 |
|                  | 2    | Oppdragsinntekter.....  | 500 000        |                 |
| 5701             |      | Diverse inntekter   |                |                 |
|                  | 1    | Administrasjonsvederlag.....                                      | 29 100 000     |                 |
|                  | 2    | Diverse inntekter .....   | 175 000 000    |                 |
|                  | 3    | Hjelpemiddelsentraler m.m.....                                    | 55 000 000     |                 |
|                  | 6    | Gebyrinntekter ved fastsettelse av bidrag .....                   | 15 000 000     |                 |



| Kap. | Post | Formål:   | Kroner      | Kroner        |
|------|------|---|-------------|---------------|
|      | 7    | Administrasjonsvederlag fra regionale helseforetak..... | 88 300 000  |               |
|      | 71   | Refusjon ved yrkesskade.....                            | 967 200 000 |               |
|      | 73   | Refusjon fra bidragspliktige.....                       | 545 000 000 |               |
|      | 74   | Refusjon medisinsk behandling.....                      | 2 100 000   |               |
|      | 75   | Refusjon overskytende bidrag.....                       | 26 400 000  |               |
|      | 80   | Renter.....   | 40 000 000  |               |
|      |      | Totale inntekter  |             | 1 943 600 000 |

## II

*Merinntektsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Arbeids- og sosialdepartementet i 2005 kan:

| overskride bevilgningen under | mot tilsvarende merinntekter under |
|-------------------------------|------------------------------------|
| kap. 600 post 1 .....         | kap. 3600 post 2                   |
| kap. 622 post 1 .....         | kap. 3622 post 2                   |
| kap. 2600 post 1 .....        | kap. 5701 postene 1, 4, 5 og 6     |
| kap. 2603 post 1 .....        | kap. 5705 post 2                   |

## III

*Folketrygdytelse*

Stortinget samtykker i at med virkning fra 1. januar 2005 skal følgende ytelse etter folketrygdloven utgjøre:\*

|   | kroner |
|---|--------|
| 1a. Grunnstønad for ekstrautgifter ved uførhet etter lovens § 6-3 (laveste sats) .....                                  | 6 636  |
| 1b. Ved ekstrautgifter utover laveste sats, kan grunnstønaden forhøyes til .....  | 10 140 |
| 1c. eller til .....   | 13 332 |
| 1d. eller til .....   | 19 620 |
| 1e. eller til .....   | 26 604 |
| 1f. eller til .....   | 33 240 |
| 2a-1. Hjelpstønad til uføre som må ha hjelp i huset <sup>1,2</sup> .....  | 11 064 |
| 2a-2. Hjelpstønad etter lovens § 6-4 til uføre som må ha tilsyn og pleie <sup>3</sup> .....                             | 11 904 |
| 2b. Forhøyet hjelpstønad etter lovens § 6-5 til uføre under 18 år som må ha særskilt tilsyn og pleie <sup>3</sup> ..... | 23 808 |
| 2c. eller til .....   | 47 616 |
| 2d. eller til .....   | 71 424 |
| 3. Behovsprøvet gravferdsstønad opptil .....  | 16 068 |
| 4. Stønad til barnetilsyn etter lovens §§ 15-11 og 17-9 <sup>4</sup>  |        |
| for første barn .....   | 33 144 |
| for to barn .....   | 43 236 |
| for tre og flere barn .....   | 48 996 |

\* Satsene under pkt. 1, 2 og 4 er årsbeløp for ytelsene.

<sup>1</sup> Stønad til hjelp i huset gjelder tilfeller før 1. januar 1992.

<sup>2</sup> Fra 1. januar 1997 skilles det mellom stønad til hjelp i huset og stønad til særskilt tilsyn og pleie.

<sup>3</sup> Gjelder også ved uførhet som skyldes yrkesskade, jf. lovens § 12-18.

<sup>4</sup> Fra 1. januar 2003 dekkes 66 pst. av dokumenterte utgifter til barnetilsyn. Beløpene i tabellen er maksimale refusjonssatser. Stønaden er inntektsprøvet.

## IV

Stortinget ber Regjeringen iverksette et arbeid med en egen stortingsmelding om seniorpolitikk.

## V

Stortinget ber Regjeringen vurdere å fjerne aldersgrensen for hjelpemidler til trening, stimulering og aktivisering av personer med nedsatt funksjonsevne.

**Rammeområde 16  
(Helse)**

## I

På statsbudsjettet for 2005 bevilges under:

| Kap.     | Post | Formål:   | Kroner      | Kroner |
|----------|------|---|-------------|--------|
| Utgifter |      |   |             |        |
| 700      |      | Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)  |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 124 251 000 |        |
|          | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....   | 4 153 000   |        |
| 701      |      | Forskning   |             |        |
|          | 50   | Norges forskningsråd mv. ....   | 135 576 000 |        |
| 702      |      | Helse- og sosialberedskap   |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 14 974 000  |        |
| 703      |      | Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)  |             |        |
|          | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 17 012 000  |        |
| 710      |      | Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)   |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 370 051 000 |        |
|          | 21   | Formidlingsvirksomhet .....   | 137 852 000 |        |
|          | 45   | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....   | 15 088 000  |        |
| 712      |      | Bioteknologinemnda  |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 6 647 000   |        |
| 715      |      | Statens strålevern (jf. kap. 3715)  |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 58 359 000  |        |
|          | 21   | Oppdragsutgifter .....  | 34 438 000  |        |
| 719      |      | Helsefremmende og forebyggende arbeid   |             |        |
|          | 21   | Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv., <i>kan overføres</i> ..... | 16 389 000  |        |
|          | 70   | Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer - smittevern, <i>kan overføres</i> .....                                 | 23 826 000  |        |
|          | 71   | Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv., <i>kan overføres</i> .....                          | 22 363 000  |        |
|          | 72   | Stiftelsen Amatheia .....   | 15 026 000  |        |
|          | 73   | Handlingsplan for fysisk aktivitet .....  | 12 340 000  |        |
| 720      |      | Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)  |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 404 055 000 |        |
|          | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 54 893 000  |        |
| 721      |      | Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)   |             |        |
|          | 1    | Driftsutgifter .....  | 63 360 000  |        |

| Kap. | Post | Formål:  | Kroner         | Kroner |
|------|------|--|----------------|--------|
| 722  |      | Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)   |                |        |
|      | 1    | Driftsutgifter .....   | 60 127 000     |        |
|      | 50   | Tilskudd til NPE som statlig fond.....   | 394 023 000    |        |
|      | 70   | Dekning av advokatutgifter.....  | 12 408 000     |        |
| 723  |      | Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)   |                |        |
|      | 1    | Driftsutgifter .....   | 16 916 000     |        |
| 724  |      | Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak   |                |        |
|      | 1    | Driftsutgifter, Statens helsepersonellnemnd og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell..... | 23 581 000     |        |
|      | 21   | Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten .....                        | 48 697 000     |        |
|      | 60   | Tilskudd til rekrutteringsplanen.....  | 59 819 000     |        |
|      | 61   | Tilskudd til turnustjenesten.....  | 131 028 000    |        |
|      | 71   | Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv. ...                                     | 13 247 000     |        |
| 725  |      | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 3725)                                       |                |        |
|      | 1    | Driftsutgifter .....   | 35 086 000     |        |
| 726  |      | Habilitering og rehabilitering   |                |        |
|      | 21   | Spesielle driftsutgifter .....   | 34 201 000     |        |
|      | 61   | Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, kan overføres .....                          | 54 912 000     |        |
| 727  |      | Tannhelsetjenesten   |                |        |
|      | 21   | Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten .....  | 16 538 000     |        |
| 728  |      | Forsøk og utvikling mv.  |                |        |
|      | 21   | Spesielle driftsutgifter .....   | 115 837 000    |        |
| 729  |      | Annen helsetjeneste  |                |        |
|      | 60   | Helsetjenesten for innsatte i fengsel - tilskudd til kommuner....                                  | 79 299 000     |        |
|      | 70   | Behandlingsreiser til utlandet .....   | 83 660 000     |        |
|      | 71   | Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m. ....   | 5 218 000      |        |
| 732  |      | Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)   |                |        |
|      | 21   | Forsøk og utvikling i sykehussektoren, kan overføres .....   | 15 709 000     |        |
|      | 70   | Tilskudd til helseforetakene, kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74 og 75 .....   | 2 303 251 000  |        |
|      | 71   | Tilskudd til Helse Øst RHF, kan overføres.....   | 13 718 416 000 |        |
|      | 72   | Tilskudd til Helse Sør RHF, kan overføres.....   | 7 600 060 000  |        |
|      | 73   | Tilskudd til Helse Vest RHF, kan overføres .....   | 6 769 561 000  |        |
|      | 74   | Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, kan overføres .....   | 4 953 165 000  |        |
|      | 75   | Tilskudd til Helse Nord RHF, kan overføres .....   | 4 576 208 000  |        |
|      | 76   | Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning.....                                     | 19 710 573 000 |        |
|      | 77   | Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., overslagsbevilgning.....                          | 3 199 134 000  |        |
|      | 78   | Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre, kan overføres .....    | 1 050 888 000  |        |
|      | 80   | Pasienttransport.....  | 423 500 000    |        |
|      | 81   | Tilskudd til store byggeprosjekter, kan overføres .....  | 444 000 000    |        |
| 737  |      | Kreftregisteret  |                |        |
|      | 70   | Tilskudd .....   | 71 206 000     |        |

| Kap. | Post | Formål:   | Kroner        | Kroner |
|------|------|---|---------------|--------|
| 742  |      | Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter                    |               |        |
|      | 1    | Driftsutgifter .....  | 24 312 000    |        |
|      | 70   | Tilskudd .....  | 1 762 000     |        |
| 743  |      | Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse                                |               |        |
|      | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 28 107 000    |        |
|      | 62   | Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i> .....       | 2 050 783 000 |        |
|      | 70   | Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i> .....       | 322 973 000   |        |
|      | 72   | Tilskudd til Modum bads nervesanatorium .....                                 | 84 660 000    |        |
|      | 73   | Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i> ..... | 98 584 000    |        |
|      | 75   | Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i> .....        | 1 191 972 000 |        |
| 744  |      | Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede                                  |               |        |
|      | 70   | Fagenhet for tvungen omsorg.....  | 41 598 000    |        |
| 750  |      | Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)                                |               |        |
|      | 1    | Driftsutgifter .....  | 121 307 000   |        |
|      | 45   | Større utstysanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....          | 3 614 000     |        |
| 751  |      | Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak<br>(jf. kap. 3751 og 5577)          |               |        |
|      | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 65 742 000    |        |
|      | 70   | Tilskudd .....  | 66 093 000    |        |
| 760  |      | Utredningsvirksomhet m.m.   |               |        |
|      | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 7 454 000     |        |
| 761  |      | Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet                            |               |        |
|      | 21   | Spesielle driftsutgifter .....  | 73 357 000    |        |
|      | 60   | Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i> .....                     | 64 841 000    |        |
|      | 61   | Tilskudd til vertskommuner .....  | 481 456 000   |        |
|      | 63   | Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i> .....                      | 145 053 000   |        |
|      | 64   | Ressurskrevende brukere, <i>overslagsbevilgning</i> .....                     | 1 584 400 000 |        |
|      | 66   | Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse.....                            | 50 541 000    |        |
|      | 70   | Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i> .....        | 51 530 000    |        |
|      | 71   | Tilskudd til frivillig arbeid .....   | 14 580 000    |        |
|      | 72   | Tilskudd til Landsbystiftelsen .....  | 58 938 000    |        |
|      | 73   | Tilskudd til døvblinde og døve.....   | 10 133 000    |        |
|      | 75   | Kompetansesentra m.m. ....  | 61 832 000    |        |
|      | 76   | Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov              | 6 411 000     |        |
| 2711 |      | Spesialisthelsetjenester mv.  |               |        |
|      | 70   | Refusjon spesialisthjelp .....  | 1 046 000 000 |        |
|      | 71   | Refusjon psykologhjelp.....   | 178 000 000   |        |
|      | 72   | Refusjon tannlegehjelp.....   | 660 000 000   |        |
|      | 76   | Private laboratorier og røntgeninstitutt .....                                | 498 000 000   |        |
|      | 78   | Opptreningsinstitusjoner m.fl. ....   | 602 409 000   |        |
| 2751 |      | Legemidler mv.  |               |        |
|      | 70   | Legemidler .....  | 8 628 000 000 |        |
|      | 72   | Sykepleieartikler .....   | 1 061 000 000 |        |
| 2752 |      | Refusjon av egenbetaling  |               |        |
|      | 70   | Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1 .....                               | 3 341 000 000 |        |
|      | 71   | Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2 .....                               | 40 000 000    |        |

| Kap.      | Post | Formål:  | Kroner        | Kroner                |
|-----------|------|--|---------------|-----------------------|
| 2755      |      | Helsetjeneste i kommunene mv.  |               |                       |
|           | 62   | Tilskudd til fastlønsordning fysioterapeuter,<br><i>kan nyttes under post 71</i> ..... | 195 000 000   |                       |
|           | 70   | Refusjon allmennlegehjelp.....   | 2 349 000 000 |                       |
|           | 71   | Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i> .....                            | 1 317 000 000 |                       |
|           | 72   | Refusjon jordmorhjelp .....  | 18 000 000    |                       |
|           | 73   | Kiropraktorbehandling .....  | 26 000 000    |                       |
|           | 75   | Logopedisk og ortoptisk behandling.....  | 55 000 000    |                       |
| 2790      |      | Andre helsetiltak  |               |                       |
|           | 70   | Bidrag, lokalt.....  | 486 000 000   |                       |
|           |      | Totale utgifter  |               | <u>94 763 363 000</u> |
| Inntekter |      |  |               |                       |
| 3710      |      | Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)   |               |                       |
|           | 2    | Salgs- og leieinntekter.....   | 78 882 000    |                       |
|           | 3    | Diverse inntekter .....  | 890 000       |                       |
| 3715      |      | Statens strålevern (jf. kap. 715)  |               |                       |
|           | 2    | Salgs- og leieinntekter.....   | 1 558 000     |                       |
|           | 5    | Oppdragsinntekter.....   | 34 392 000    |                       |
| 3720      |      | Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 720)  |               |                       |
|           | 2    | Salgs- og leieinntekter.....   | 2 000 000     |                       |
|           | 4    | Gebyrinntekter .....   | 6 521 000     |                       |
| 3722      |      | Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)  |               |                       |
|           | 50   | Overføring fra NPE som statlig fond .....  | 72 535 000    |                       |
| 3723      |      | Pasientskadenemnda (jf. kap. 723)  |               |                       |
|           | 50   | Overføring fra NPE som statlig fond .....  | 17 916 000    |                       |
| 3724      |      | Statens autorisasjonskontor for helsepersonell   |               |                       |
|           | 2    | Gebyrinntekter .....   | 15 308 000    |                       |
| 3725      |      | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)                            |               |                       |
|           | 3    | Oppdragsinntekter.....   | 103 000       |                       |
| 3732      |      | Regionale helseforetak (jf. kap. 732)  |               |                       |
|           | 80   | Renter på investeringslån .....  | 65 000 000    |                       |
| 3750      |      | Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)  |               |                       |
|           | 2    | Gebyrinntekter .....   | 5 563 000     |                       |
| 3751      |      | Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak<br>(jf. kap. 751 og 5577)                    |               |                       |
|           | 3    | Tilbakebetaling av lån .....   | 146 000       |                       |
|           |      | Totale inntekter   |               | <u>300 814 000</u>    |

## II

*Merinntektsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan:

| overskride bevilgningen under   | mot tilsvarende merinntekter under |
|---------------------------------|------------------------------------|
| kap. 700 post 1 .....           | kap. 3700 post 2                   |
| kap. 703 postene 60 og 70 ..... | kap. 3703 post 3                   |

| overskride bevilgningen under  | mot tilsvarende merinntekter under |
|--------------------------------|------------------------------------|
| kap. 710 postene 1 og 21 ..... | kap. 3710 post 2                   |
| kap. 715 postene 1 og 21 ..... | kap. 3715 postene 2, 3 og 5        |
| kap. 720 post 1 .....          | kap. 3720 postene 2 og 3           |
| kap. 721 post 1 .....          | kap. 3721 postene 2 og 4           |
| kap. 722 post 1 .....          | kap. 3722 post 50                  |
| kap. 723 post 1 .....          | kap. 3723 post 50                  |
| kap. 724 post 1 .....          | kap. 3724 post 2                   |
| kap. 725 post 1 .....          | kap. 3725 post 3                   |
| kap. 750 post 1 .....          | kap. 3750 post 2                   |

## III

*Bestillingsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

| Kap. | Post | Betegnelse                    | Samlet ramme    |
|------|------|-------------------------------|-----------------|
| 710  |      | Nasjonalt folkehelseinstitutt |                 |
|      | 1    | Driftsutgifter .....          | 4 mill. kroner  |
|      | 21   | Formidlingsvirksomhet .....   | 70 mill. kroner |

## IV

*Tilsagnsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

| Kap. | Post | Betegnelse   | Samlet ramme   |
|------|------|--|----------------|
| 761  |      | Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet |                |
|      | 60   | Tilskudd til omsorgstjenester .....                | 1 mill. kroner |
|      | 75   | Kompetansesentra m.m. ....                         | 7 mill. kroner |

## V

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan gi de fem regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en totalramme på 5 500 mill. kroner.

## VI

*Nettoføring av refusjoner*

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan nettoføre som utgiftsreduksjon under kap. 732 Regionale helseforetak post 80 Pasienttransport, refusjoner fra helseforetakene av utgifter til pasienttransport.

## VII

Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag for å styrke forskningen innen allmennmedisin.

## VIII

Stortinget ber Regjeringen gjennomgå situasjonen til private rusverninstitusjoner som ikke omfattes av spesialisthelsetjenesten, og komme tilbake til Stortinget med vurdering av tiltak for å sikre dette tilbudet til rusmiddelmissbrukere.

## IX

Stortinget ber Regjeringen sørge for at de legemidler som nyttes til behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), og som i dag refunderes etter § 9 i blåreseptforskriften, ikke overføres til individuell refusjon etter § 10a.

## X

Stortinget ber Regjeringen om at dersom Statens legemiddelverks utredning angående legemiddelet Remicade gir grunnlag for å endre refusjonsvilkår, legges saken frem for Stortinget med sikte på en avklaring i Revidert nasjonalbudsjett våren 2005.

Oslo, i sosialkomiteen, den 1. desember 2004

**John I. Alvheim**

leder og ordfører for kap. 600, 729,  
732 og 3732

**Olav Gunnar Ballo**

ordfører for kap. 700, 721, 742 og 743

**Åse Gunhild Woie Duesund**

ordfører for kap. 719, 2680 og 2752

**Ola D. Gløtvold**

ordfører for kap. 724, 750, 2711 og 3750

**Bjarne Håkon Hanssen**

ordfører for kap. 703

**Britt Hildeng**

ordfører for kap. 701, 727, 2600, 2655,  
2670 og 2683

**Beate Heieren Hundhammer**

ordfører for kap. 702, 760 og 2650

**Bent Høie**

ordfører for kap. 620, 715, 737,  
2603 og 3715

**Asmund Kristoffersen**

ordfører for kap. 728, 751, 2690,  
2790 og 3751

**Sigbjørn Molvik**

ordfører for kap. 725, 2686, 2755  
og 3725

**Harald T. Nesvik**

ordfører for kap. 761, 2751 og 5701

**Elisabeth Røbekk Nørve**

ordfører for kap. 622, 726, 2652, 2661  
og 3622

**Gunn Olsen**

ordfører for kap. 710, 722, 723, 744,  
3710, 3722 og 3723

**Per Steinar Osmundnes**

ordfører for kap. 621, 660, 712,  
720 og 3720











