

# Innst. S. nr. 24

(2000-2001)

## Innstilling fra finanskomiteen om forslag fra stortingsrepresentant Carl I. Hagen om endringer i statsbudsjettet for 2000

Dokument nr. 8:1 (2000-2001)

Til Stortinget

### 1. BAKGRUNN

#### Sammendrag

Anslagene for oljeinntektene var i det opprinnelige statsbudsjett for 2000 av Regjeringen anslått til 85 120 mill. kroner og dette medførte et overskudd i statsbudsjettforslaget på 79 238 mill. kroner. Statsøkonomien går altså med et meget betydelig overskudd og oljeinntektene må reduseres enormt før det nærmer seg underskudd. I Revidert nasjonalbudsjett som Stortinget behandlet 16. juni 2000 anslo Regjeringen oljeinntektene (statens netto kontantstrøm fra oljevirkksomheten) til 138 120 mill. kroner, altså en økning på 53 mill. kroner. Senere har oljeprisen i kroner til dels vært betydelig høyere enn det siste anslaget, men utviklingen er selvsagt usikker. Det er likevel helt åpenbart at Norge uventet har fått betydelige inntekter som de ordinære budsjetter og derved utgifter ikke er basert på. Disse nye og udisponerte pengeinntekter som landet mottar kan selvsagt enten spares for fremtiden eller benyttes til formål som er meget nødvendig i det norske samfunn.

De økte inntekter til staten er en virkning av de økte oljepriser, mens virkningen for innbyggerne i Norge er økte drivstoffkostnader. Dette skyldes at Fremskrittspartiets forslag om nedsettelse av drivstoffavgiftene for å hindre at den ubudsjetterte og ikke planlagte vekst i drivstoffkostnader skulle stoppes, ble nedstemt. Staten har altså fått langt flere penger, mens innbyggerne og næringslivet har fått økte kostnader som følge av økte priser på dieselolje og bensin. Disse økte priser kunne lett ha vært stoppet gjennom avgiftslettelser slik at de opprinnelige forutsetninger for bensinpriser og dieselpriser kunne vært opprettholdt i samsvar med det som lå i det vedtatte budsjett for 2000. Det kan også påpekes at andre forutsetninger fra det opprinnelige budsjett ble fraveket i det kostnadsveksten som følge

av lønnsoppgjøret ble høyere enn tiltenkt i og med at Fremskrittspartiets forslag om å tilby skattelettelse tilsvarende tre kroner i timen i lønnsøkning ikke ble imøtekommet. Som følge av den mangelfulle oppfølging av det opprinnelige budsjett ved innføring av avgifts- og skattelettelser har det medført en økt prisstigning og økt kostnadspress i økonomien stikk i strid med det som var planlagt i det opprinnelige statsbudsjett som ble vedtatt av Bondevik-regjeringen med støtte fra Arbeiderpartiet. Den unødvendige prisstigning som følge av at man sa nei til avgiftslettelser og skattelettelser istedenfor bruttolønnsøkninger har også medført en økning i rentene fra Norges Bank, noe som har medført en ytterligere forverring av kjøpekraften til folk flest i forhold til det som lå i forutsetningene i nasjonalbudsjettet og statsbudsjettet for 2000. Sentrumspartiene og Arbeiderpartiet som vedtok statsbudsjettet kunne selvsagt ha sikret at både prisforutsetningen og kostnadsforutsetningen hadde vært bibeholdt gjennom skatte- og avgiftsreduksjoner og det ville også sannsynligvis ha hindret de siste renteøkninger.

Det må også påpekes at utviklingen gjennom 2000 har klarlagt at det er oppstått vanskeligheter med økonomien i landets sykehus i større grad enn det som var forutsetningen ved vedtagelsen av statsbudsjettet og det som ble hevdet fra Regjeringen under behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett. Det er således hevdet fra flere sykehus som har foretatt innstramminger i sin aktivitet når det gjelder behandling av pasienter at mangel på penger er årsaken til innskrenkninger. Sykehusene kan ikke utnytte full tilgjengelig arbeidskapasitet fordi det mangler penger til å betale lønn, overtid eller oppgradering av deltidsstillinger til heldagsstillinger. Det er således klart at det ikke bare er mangel på leger, sykepleiere, hjelpepleiere og annet personell

som er årsaken til manglene i sykehusene, men også på penger til å betale folk for en arbeidsinnsats.

Det er selvsagt begrenset hva man kan gjøre på slutten av et år når det gjelder endringer i statsbudsjettet særlig på utgiftssiden, men noe av merinntektene må kunne benyttes til helt spesielle formål og det vil derfor i dette dokumentforslag bli tatt opp forslag om at staten direkte dekker alle underskuddene i landets sykehus fra foregående år som ellers må dekkes inn gjennom innsparinger i driften for inneværende år. Samtidig bør det bevilges direkte fra staten for inneværende år det som er nødvendig for at alle sykehus i de siste to måneder av året kan utnytte all tilgjengelig kapasitet som kan kjøpes for penger slik at flere behandlingstrengende mennesker får den nødvendige behandling. Det forutsettes at det også for neste år bevilges direkte nødvendige midler for at sykehussektoren kan arbeide med full kapasitet til beste for befolkningen. Imidlertid er det relativt klart at de betydelige ventelister og køer av pasienter som trenger behandling ikke vil kunne elimineres før på meget lang tid dersom det er den norske behandlingsskapasitet som skal legges til grunn. Det er imidlertid fullt mulig å gjøre noe med dette problemet hvis man i stor grad iverksetter kjøp av operasjonskapasitet og behandlingsskapasitet i andre land hvor slik kapasitet er tilgjengelig. Dette er mulig for et land som disponerer tilstrekkelig med penger, slik som den norske stat nå gjør gjennom de uventede og uplanlagte inntekter som staten har mottatt i 2000. Norge står overfor et enkelt valg, nemlig valget mellom å la behandlingstrengende syke mennesker dø, lide med smerter i køer og på venteliste eller å bruke en mindre del av de ekstraintekter ingen visste vi ville få da budsjettet for 2000 ble laget. Når vi selv om vi bruker noen milliarder kroner til å kjøpe behandlingsskapasitet i andre land allikevel står langt bedre økonomisk stille enn planlagt, må vi selvsagt bruke noe av "Lottogevinsten" til å få behandlet syke mennesker og til å få fjernet alle køer og ventelister som kan kjøpes for penger brukt i andre land. Slike kjøp av operasjons- og behandlingsskapasitet må imidlertid organiseres, og det tas i dette dokumentforslag opp forslag om opprettelse av et eget kontor i statlig regi for kjøp av operasjons- og medisinsk behandlingsskapasitet i andre land.

#### **Komiteens merknader**

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, lederen Dag Terje Andersen, Erik Dalheim, Grethe G. Fossum, Britt Hildeng, Ottar Kaldhol, Torstein Rudihagen og Signe Øye, fra Kristelig Folkeparti, Valgerd Svarstad Haugland, Lars Gunnar Lie og Ingebrigt S. Sørfonn, fra Høyre, Børge Brende, Per-Kristian Foss og Kjellaug Nakkim, fra Senterpartiet, Odd Roger Enoksen, fra Sosialistisk Venstreparti, Øystein Djupedal, fra Venstre, Terje Johansen, og representanten Steinar Bastesen, viser

til at de forslag som fremsettes i dokumentet gjelder endring av særavgifter og økte utgifter som endrer balansen i inneværende års budsjett med i alt nærmere 6 mrd. kroner.

Flertallet mener generelt at både hensynet til forutsigbare rammebetingelser for virksomheter som berøres av avgifts- og andre budsjettendringer og hensynet til rasjonell organisering av Stortingets arbeid, tilsier at det ikke foretas budsjettendringer i løpet av året med mindre det foreligger klar begrunnelse for å foreta helt nødvendige justeringer.

Slike endringer bør så langt mulig eventuelt tas i forbindelse med behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett i juni.

Flertallet viser til at dette også var et ledende motiv i forbindelse med budsjettreformen i 1997, jf. Innst. S. nr. 243 (1996-1997).

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og representanten Steinar Bastesen mener det vil åpne for en uheldig praksis, i strid med intensjoner i budsjettreformen, dersom Stortinget nå realitetsbehandler forslag som tar sikte på endringer for årets to siste måneder. Disse medlemmer viser videre til at statsbudsjettet for 2001 ligger til behandling i Stortinget og til at det i den forbindelse vil være mulig for forslagsstillerne å reise forslag i tråd med forslagene i dokumentet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Siv Jensen, Per Erik Mønsen og Kenneth Svendsen, har ved flere anledninger vist til behovet for forutsigbare rammebetingelser og at Stortinget og Regjeringen derfor heller ikke bør foreta budsjettendringer i løpet av året med mindre det foreligger klare begrunnelser for dette. Dette er en praksis Fremskrittspartiet helt konsekvent har fulgt i forbindelse med behandlingen av revidert budsjett, mens disse medlemmer har registrert med en viss undring at Regjeringen hvert eneste år foreslår betydelige endringer på en rekke kapitler og poster uten at disse er begrunnet med annet enn hensynet til den såkalte budsjettbalansen. Med andre ord foreslår Regjeringen kutt i tidligere vedtatte bevilgninger for å finansiere nye forslag innenfor den "hellige budsjettbalansen".

Når forslagsstiller Carl I. Hagen gjennom dette dokumentet foreslår endringer i budsjettet for inneværende år er det selvsagt fordi det har blitt avdekket behov for dette.

Da stortingsflertallet fastsatte avgiftssatser på drivstoff i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2000, satte flertallet, bestående av Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, forutsetninger for bensin- og dieselpriene som i realiteten medførte at pumpeprisen for produktene skulle ligge på kr 8,90. I ettertid har både innbyggerne og næringslivet fått betydelige økninger i kostnadene som følge av økte priser på diesel og bensin, mens staten på sin side har fått betydelige inntekter som følge av dette.

Etter disse medlemmers oppfatning er det derfor naturlig at det samme stortingsflertall i det minste korrigerer dette slik at budsjettforutsetningene ble opprettholdt. Disse medlemmer registrerer at ikke bare har disse forutsetningene endret seg, men også forutsetningene som lå til grunn for lønnsoppgjøret. I sum har dette medført betydelige kostnadsøkninger, som disse medlemmer derfor vil kompensere ved å sette avgiftene på diesel og bensin kraftig ned.

Gjennom 2000 har det også oppstått betydelige økonomiske problemer for landets sykehus. Når flere sykehus nå hevder at de foretar innstramminger i sin aktivitet som følge av mangel på penger, mener disse medlemmer at budsjettforutsetningene er brutt. Fremskrittspartiet har sendt en henvendelse til landets sykehus for å kartlegge den økonomiske situasjonen. Fra 35 av sykehusene foreligger det i skrivende stund svar, og en oppsummering viser at disse, som utgjør ca. halvparten av landets sykehus, er underskuddet i størrelsesorden 706 mill. kroner.

Disse medlemmer vil hevde at man noe misforstått henviser til hensynet til forutsigbarhet, når konsekvensene er at syke mennesker ikke får nødvendig behandling ved våre sykehus som følge av akutt pengemangel. Budsjettbalansen må aldri være mer hellig enn hensynet til befolkningen. Disse medlemmer vil derfor ta opp forslag om en bevilgning på 2 mrd. kroner for å slette underskuddene ved norske sykehus.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil understreke at det skal være mulig for Stortinget å ta initiativ til å endre budsjettet midt i budsjettåret når svært tungtveiende hensyn taler for det. Dette medlem vil påpeke at Fremskrittspartiet de siste årene har vært det partiet som har vært mest opptatt av at det er i det ordinære budsjettet budsjettbehandlingen skal foregå. Fremskrittspartiet har til og med gått så langt at de ikke har ønsket å gjøre mindre endringer ved behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett, selv om endringene har gått i retning av partiets egen politikk. Også på dette området har partiet altså nå skiftet syn.

Dette medlem oppfatter bakgrunnen for Fremskrittspartiets forslag slik at det kan være rom for å bruke mer oljepenger. Dette medlem er enig i at det er behov for å problematisere hvor grensen for overoppheting går, og at det er behov for en mer nyansert finanspolitikk som skiller mellom utgiftsøkninger som vil føre til hhv. stort eller lite press på arbeidsmarkedet.

Komiteen viser for øvrig til merknader under de enkelte avsnitt nedenfor.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet, anbefaler at dokumentet vedlegges protokollen.

## 2. NÆRMERE OM DE ENKELTE FORSLAG TIL ENDRINGER I STATSBUDDSJETTET FOR 2000

### 2.1 Drivstoffavgifter

#### *Sammendrag*

Stortinget la til grunn en oljepris på kr 125 pr. fat ved behandlingen av statsbudsjettet for inneværende år. Oljeprisen er nå i området kr 260 pr. fat og har vært over kr 340 pr. fat i år.

Bensin- og autodieselprisene har dermed gjennom året vedvarende vært svært mye høyere enn hva som ble lagt til grunn som forutsetning ved budsjettbehandlingen. Dette har ført til svært mye høyere transportomkostninger for næringsliv og husholdninger. Norges Bank fastslår i sin inflasjonsrapport for 3. kvartal at oljeprisen og avgiftene har drevet konsumprisindeksen i været og dermed nødvendiggjort de kraftige renteøkninger gjennom året.

Det må konstateres at Stortingets budsjettforutsetning om oljeprisen har sviktet. Dermed har forventningen om pumpepris for drivstoff sviktet. Næringsliv og husholdninger bruker mer enn forutsatt av sin disponible inntekt på renter og transport. Regjeringens og flertallets passivitet overfor drivstoffavgiftene har således gitt husholdningene og næringslivet et dårligere økonomisk utgangspunkt enn det som var forutsatt i nasjonalbudsjettet. For å bringe balanse i regnskapet og yte noe tilbake for den utilsiktede innstramning dette har medført hittil i år, fremmes med dette forslag til nye avgiftssatser for bensin og autodiesel slik at pumpeprisen i Norge kommer ned i ca. kr 6,90. De nye og lavere avgiftssatser er foreslått gjort gjeldende fra og med 1. november 2000. Det er ingen grunn til å vente og Stortinget har da også i andre sammenhenger demonstrert evne til å lage nye lover på rekordkort tid når den politiske vilje er til stede. Fremskrittspartiet vil for øvrig vise til sine forslag om bevegelige drivstoffavgifter for å sikre en stabil bensin- og dieselpris mellom kr 6,50 og kr 7,00 pr. liter som vil bli tatt opp igjen noe senere.

#### *Komiteens merknader*

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet, viser til sine merknader foran og går imot forslag om endring av drivstoffavgiften på inneværende års budsjett.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil vise til at forslagsstiller i utgangspunktet foreslo at reduksjoner i diesel- og bensinavgifter skulle iverksettes fra 1. november 2000. På grunn av den tiden det har tatt for å få behandlet forslaget, vil disse medlemmer nå foreslå at dette iverksettes fra 15. november 2000.

Disse medlemmer viser for øvrig til sine merknader under punkt 1 og fremmer følgende forslag:

"a

I Stortingets vedtak om særavgifter til statskassen for budsjetterterminen 2000 gjøres følgende endringer med virkning fra 15. november 2000:

#### AVGIFT PÅ MOTORVOGNER M.M.

##### V. Avgift på bensin

§ 1 nytt annet ledd skal lyde:

Fra 15. november 2000 skal det i henhold til lov av 19. mai 1933 nr. 11 betales avgift til statskassen på bensin. Avgift betales med følgende beløp pr. liter:

- a) For blyholdig bensin med blyinnhold over 0,05 g/l: kr 2,02.
- b) For blyholdig bensin med blyinnhold 0,05 g/l eller under: kr 1,48.
- c) For blyfri bensin: kr 1,23.

##### VI. Avgift på mineralolje til framdrift av motorvogn (autodieselavgift)

§ 1 nytt annet ledd skal lyde:

Fra 15. november 2000 skal det i henhold til lov av 19. mai 1933 nr. 11 betales avgift til statskassen med kr 0,70 pr. liter mineralolje til framdrift av motorvogn.

b

På statsbudsjettet for 2000 gjøres følgende endringer:

Kap.	Post	Formål:	Kroner
5536		Avgift på motorvogner m.m.	
	76	Avgift på bensin, reduseres med .....	550 000 000
	77	Avgift på mineralolje til fremdrift av motorvogn (autodieselavgift), reduseres med .....	320 000 000"

## 2.2 Sletting av underskudd og full kapasitetsutnyttelse ved norske sykehus

### Sammendrag

For å dekke oppsamlede underskudd ved de norske sykehus, samt å sikre tilstrekkelige midler slik at ikke mangel på penger er en begrunnelse for at ikke maksimal kapasitetsutnyttelse for operasjoner og behandling av syke mennesker utnyttes, foreslås en tilleggsbevilgning på 2 000 mill. kroner for inneværende budsjettermin. Bevilgningen gjøres som en overslagsbevilgning og det forutsettes at midlene stilles til rådighet direkte til de enkelte sykehus basert på innsendte oppgaver over regnskapssituasjonen, samt muligheter for å øke kapasiteten hvis penger stilles til rådighet fra og med 1. november 2000.

### Komiteens merknader

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet, viser til merknader under avsnitt 1 foran og går imot forslag om bevilgning for å dekke underskudd ved norske sykehus.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Dokument nr. 8:1 (2000-2001) og argumentasjonen i dette som nå er forsterket ved at Ullevål sykehus er pålagt å spare 300 mill. kroner og at sjefslegen har meddelt at dette vil redusere behandlingen av syke mennesker. Behovet for å fjerne underskudd og sikre friske midler for perioden november og desember er enda klarere. Pengemangelen i andre sykehus er også bekreftet. Disse medlemmer vil ikke sitte som passive tilskuere til at mennesker i Norge risikerer å dø og lide fordi vår styrtrike stat skal spare penger i utlandet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"På statsbudsjettet for 2000 gjøres følgende endring:

Kap.	Post	Formål:	Kroner
732		(Nytt) Sletting av underskudd ved norske sykehus og til å sikre full kapasitetsutnyttelse ved norske sykehus, <i>overslagsbevilgning</i> , bevilges med .....	2 000 000 000"

Komiteens medlemmer fra Høyre mener det er behov for å styrke finansieringsordningene for sykehusene, og vil i forbindelse med behandlingen av budsjettet for 2001 fremme forslag om forbedringer i ordningen med innsattsstyrt finansiering. Finansiering av sykehusene må legges opp slik at man belønner

aktivitet og effektiv drift. Disse medlemmer advarer mot at man gjennom å ukritisk slette alle underskudd ved norske sykehus i realiteten belønner sykehus som har drevet mindre effektivt og uten tilstrekkelig økonomisk styring.

### 2.3 Opprettelse av et Statens kontor for kjøp av medisinske operasjoner og tjenester fra utlandet (SKKMOTU)

#### Sammendrag

Det foreslås opprettet et eget kontor (SKKMOTU) som skal organisere kjøp av behandlingsskapasitet fra sykehus og behandlingstjenester i andre land. Et slikt kontor bør kunne opprettes i løpet av noen uker med en stillingsramme til å begynne med på ca. 20 personer. Samtidig innføres det et system hvor alle sykehus kan innrapportere alle pasienter som er utredet for behandling eller operasjon, men hvor kapasitetsmangelen er slik at behandling ikke vil kunne påbegynnes før etter to måneder. Kontoret forventes å raskt skaffe seg en oversikt over hvilke sykehus i Europa som mot betaling kan ta imot ulike pasientkategorier, samt en kvalitetsvurdering av disse tilbud. Videre må det utvikles rutiner for kjøp og organisering av transportkapasitet for de pasienter som velger å la seg behandle i utlandet fremfor å vente i usikkerhet i Norge, samt for oppholdssystemer i de enkelte land. Det må videre lages noen enkle regler for mulighet til å ha med seg pårørende og andre praktiske spørsmål. De utgifter dette vil medføre vil bortsett fra kontorets egne driftskostnader på ca. 20 mill. kroner pr. år ikke påvirke norsk innenriksøkonomi idet utgiftene til transport, opphold og betaling for operasjonen eller behandlingen vil påløpe i utlandet. For å sikre at kontoret vil kunne starte opp, samt sikres midler til ett års drift foreslås det å bevilge 20 mill. kroner til driften av kontoret og 3 000 mill. kroner (3 pst. av engangsoverskuddet) på 100 mrd. kroner ekstra i 2000 og begge bevilgninger gjøres overførbare til neste år.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til svarbrev fra finansministeren til Arbeiderpartiets stortingsgruppe av 1. november 2000:

#### "Spørsmål fra Arbeiderpartiets stortingsgruppe, av 27.10.2000, vedrørende Dok. nr. 8:1 for 2000-2001

##### Spørsmål:

Hvor stor andel av de som står på venteliste ved norske sykehus vil det være mulig å tilby behandling i utlandet, dersom en slik mulighet gjøres tilgjengelig?

Er det mulig å iverksette en slik ordning allerede innværende år? Eventuelt hvor raskt vil en økning av antall operasjoner i utlandet kunne iverksettes?

Hva vil i såfall provenyvirkingen være i år og neste år?

##### Svar:

Spørsmålet er forelagt Sosial- og helsedepartementet som svarer:

1. *Hvor stor andel av de som står på venteliste ved norske sykehus vil det være mulig å tilby behandling, dersom en slik mulighet gjøres tilgjengelig?*

Innledningsvis må det understrekes at det er et svært usikkert grunnlag for å anslå hvor mange av pasientene på venteliste ved norske sykehus som vil kunne gis

behandling i utlandet dersom det åpnes for dette. Antallet vil bl.a. avhenge av en nærmere utredning av hvilke pasientgrupper det er hensiktsmessig og mulig å sende til utlandet for behandling. Opplegget i forhold til ledsager og hvilke land som vil kunne være aktuelle, vil påvirke hvor mange som vil ønske å benytte seg av behandlingstilbud i utlandet. Færre må forventes å ønske behandling i et land med et språk som pasienten ikke behersker.

I følge tall fra Norsk pasientregister (NPR)<sup>1</sup> venter omlag 280 000 pasienter på somatisk behandling<sup>2</sup>.

De fleste pasientene får behandling innen rimelig tid. Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter på venteliste ligger under 3 måneder.

En eventuell ny ordning med behandling i utlandet forutsettes forbeholdt pasienter hvor ventetiden er lang. Som et utgangspunkt for å tallfeste det samlede omfang av pasienter som kan være aktuelle for en slik ordning, kan det skilles mellom a) pasienter med garanti (hovedsakelig 3 mndts garanti) b) pasienter uten garanti som har ventet mer enn 6 måneder alternativt pasienter som har ventet lengre enn 9 måneder. Alternativene under punkt b) ovenfor er ment som rene illustrasjoner, og en har her ikke vurdert hvorvidt dette i de enkelte tilfellene kan anses som medisinsk forsvarlig eller ikke.

#### a) Pasienter med garanti som har ventet lengre enn 3 måneder

Tall fra NPR viser at 5 803 pasienter opplever brudd på ventetidsgarantiene. Av disse venter 5 205 pasienter på somatisk behandling, 3 392 pasienter venter på poliklinisk behandling, 383 pasienter dagbehandling og 1 430 på behandling ved innleggelse. I tillegg kommer en pasientgruppe som ikke er spesifisert. Hva slags type behandling pasientene venter på sier ikke nødvendigvis noe om lidelsenes alvorlighetsgrad.

Tall fra NPR på garantipasienter med ventetid over 90 dager før utskrivning viser at dette gjelder bl.a. pasienter med langsomtvoksende former for kreft (hvor behandlingen kan være påbegynt tidligere), pasienter med ledd- og ryggproblemer, pasienter med sykdommer i fordøyelsesorganene, og pasienter som venter på poliklinisk utredning av hjertesykdommer.

En del av disse pasientene blir satt opp på behandling i nær fremtid og antas derfor å ikke være aktuelle for behandling i utlandet. I tillegg er det erfaringsmessig en høy prosentandel som ikke er egnet eller interessert i behandling i annet sykehus enn på hjemstedet, for eksempel på grunn av høy alder og sammensatte lidelser. Evalueringen av ventelistedugnaden foretatt av Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo i 1998, viser at kun 50 % av pasientene på venteliste ønsket behandling i andre fylker enn der hvor de opprinnelig var blitt henvist. Denne andelen vil trolig være enda lavere blant pasienter som tilbys behandling i utlandet.

Det vil derfor være rimelig å anta at det neppe vil være aktuelt med behandling for mer enn 50 pst. av denne pasientgruppen.

#### b) Pasienter uten garanti som har ventet mer enn 6 måneder/9 måneder

Det finnes 93 843 pasienter som har ventet mer enn 6 måneder på somatisk behandling. Av disse venter 70 689 på poliklinisk behandling, 8 540 pasienter venter på dagbehandling, og 14 614 venter på innleggelse.

<sup>1</sup> Pr. 31.08.2000

<sup>2</sup> Det står 289 678 pasienter på venteliste i Norge. Av disse er omlag 10 000 psykiatriske pasienter.

Sannsynligvis vil enda en større andel av denne pasientgruppen være lite interessert i behandling i utlandet. Videre kan det anføres at det vil være lite hensiktsmessig å behandle polikliniske pasienter i utlandet da behandlingskostnadene i slike tilfeller vil kunne være betydelig lavere enn transportkostnadene. Som en illustrasjon tas det i det følgende utgangspunkt i at behandling i utlandet er aktuelt for ca. 25 % av denne pasientgruppen, dvs. for ca. 23 500 pasienter.

2. *Er det mulig å iverksette en slik ordning allerede innværende år? Eventuelt hvor raskt vil en økning av antall operasjoner i utlandet kunne iverksettes?*

Departementet mener at man i løpet av året vil kunne lage et rammeverk for en eventuell ordning, f.eks. klargjøre kriterier for hvilke pasienter som kan reise hvor. Målsetningen må være at ordningen skal kunne være operativ det meste av 2001.

3. *Hva vil i såfall provenyvirkningen være i år og neste år?*

På bakgrunn av det usikre anslaget på hvor mange venteliste pasienter som vil kunne gis behandling i utlandet, kan det ikke angis noen eksakt provenyvirkning.

Som en beregningsteknisk forutsetning tas det i det følgende utgangspunkt i at gjennomsnittlig behandlingskostnad i utlandet settes lik en gjennomsnittlig DRG-pris på 28 324 kr. Prisen ved de utenlandske behandling sinstitusjonene vil kunne ligge lavere enn dette, noe som vil medføre at enhetsprisen som her er lagt til grunn kan være noe høy. I beregningene nedenfor er det videre forutsatt at også polikliniske pasienter får behandling i utlandet, hvilket tilsier betydelig lavere gjennomsnittlige behandlingskostnader.

#### Pasienter med garanti som har ventet mer enn 3 måneder

Hvis det legges til grunn at det vil være aktuelt å behandle 5286 pasienter i utlandet, vil det dermed medføre en kostnad på ca. 150 mill. kr. Legges det 50 % av denne pasientgruppen til grunn blir kostnadene ca. 75 mill. kr.

I tillegg kommer utgifter til transport. Et anslag basert på et gjennomsnitt på ca. 10 000 kr. gir en samlet kostnad på vel 50 mill. kr for å transportere 5286 pasienter, og vel 25 mill. kr for å transportere halvparten av disse.

Mange pasienter vil også trenge ledsager, noe som ikke er tatt med i beregningene. Ledsager vil som oftest være en pårørende, men i noen tilfeller kan det også bli aktuelt med helsepersonell. Uansett om ledsager er nær pårørende eller helsepersonell, vil dette ha innvirkning på innenlandsk etterspørsel. Disse representerer arbeidskraft innenlands som for en kortere periode ikke vil være disponibel, og dette vil forsterke presset i det norske arbeidsmarkedet. Hvis ledsager må hentes fra helsevesenet, vil det også påvirke behandling skapasiteten i Norge. Kostnader til kostgodtgjørelse, tapt arbeidsinntekt og opphold er ikke inkludert.

#### Pasienter uten garanti som har ventet mer enn 6 måneder/9 måneder

Basert på de samme forutsetningene som under pkt. a vil et anslag på kostnadene av å behandle 23 500 pasienter i utlandet være 666 mill. kr.

I tillegg kommer også her utgifter til transport. Basert på de samme forutsetningene som ovenfor er et anslag for transport av 23 500 pasienter ca. 235 mill. kr. Eventuelle kostnader til kost, opphold, tapt arbeidsfortjeneste og ledsager er også her holdt utenfor.

Totalt har pr. 31.08.2000 67 904 pasienter ventet mer enn 9 mnd på somatisk behandling. Av disse venter 50 797 pasienter på poliklinisk behandling, 5872 pasienter venter på dagkirurgi, og 11 235 pasienter venter på innleggelser.

Med de samme forutsetninger som lagt til grunn ovenfor, vil utgiftene til behandling i utlandet for 25 % av pasientene som har ventet mer enn 9 måneder (16 976 pasienter) beløpe seg på 481 mill. kr.

Transportutgiftene blir her anslagsvis 170 mill. kr.

I tillegg til utgifter til behandling og transport kommer utgifter til administrasjon av ordningen. Det mest aktuelle er å etablere en sentral enhet, men hvor denne eventuelt skal plasseres er ikke avklart.

Kostnadene til administrasjon vil være avhengige av hvordan ordningen utformes og organiseres. Hvis det forutsettes at oppgavene er knyttet til samhandling med fylkeskommunene, prisforhandlinger, utforming av avtaler, kontraktsinngåelser, organisering av reiser og rapportering, legges det til grunn årlige driftsutgifter på om lag 15 mill. kr. I tillegg kommer engangsutgifter (til EDB o.l.) på ca. 10 mill. kr.

Dette anslaget er basert på at det er fylkeskommunen som selekterer blant aktuelle pasienter. Dersom oppgaven skal ligge i den sentrale enheten vil behovet for administrative ressurser være betydelig større."

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet, mener det er nødvendig med en økning i omfanget av kjøp av pasientbehandling i utlandet. For mange som venter på operasjon i Norge er ventetiden uakseptabelt lang.

Flertallet går inn for at det gis mulighet for at pasienter skal få nødvendig helsehjelp, innenfor en tidsfrist knyttet til forsvarlig medisinsk faglig skjønn, i utlandet. I tillegg må behandling i utlandet kunne knyttes til spesialiserte funksjoner der pasientgrunnlaget i Norge er for lite til at det er mulig å etablere tilbud med høy kvalitet innenlands.

Flertallet viser til at samarbeid med utenlandske sykehus vil gi innsikt i ulike driftsformer og dermed stimulere til nytenkning i forhold til organisering av norske sykehus og at Helsedepartementet allerede er i gang med et slikt arbeid.

Flertallet viser videre til at det ved ikrafttredelse av ny lov om pasientrettigheter 1. januar 2001 vil være viktig å sikre at tilstrekkelig kapasitet er tilgjengelig til å ivareta lovpålagte forpliktelser.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser imidlertid til at kjøp av behandling i utlandet begrenses av flere forhold, bl.a. vil tjenester i utlandet måtte forbeholdes pasientgrupper uten behov for oppfølging fra behandlende sykehus i etterkant. Det er med andre ord klare begrensninger på det potensielle pasientgrunnlaget.

Disse medlemmer viser til at en ved inngåelse av avtaler med sykehus i utlandet vil måtte avklare ansvarsforhold knyttet til blant annet erstatningsplikt

ved feilbehandling. Det må videre inngås avtale om reisekostnader samt at spørsmålet om eventuell ledsager må klargjøres.

Disse medlemmer viser til svarbrevet fra finansministeren til Arbeiderpartiets stortingsgruppe av 1. november 2000 der det sies at det ikke vil være mulig å få effekt av en slik ordning i inneværende år, men at mye av rammeverket rundt en ordning kan klargjøres i år, og at "ordningen skal kunne være operativ det meste av 2001".

Disse medlemmer viser til at en bevilgning for inneværende år derfor ikke vil kunne få praktisk nytte. En bevilgning for inneværende års budsjett kan åpenbart ikke benyttes i år og vil derfor også være i strid med bevilgningsreglementet der det forutsettes at budsjetteringen skal være realistisk.

"På statsbudsjettet for 2000 gjøres følgende endringer:

Kap.	Post	Formål:	Kroner
2600		Trygdeetaten	
	1	Driftsutgifter, <i>kan overføres</i> , forhøyes med.....	15 000 000
		fra kr 3 440 800 000 til kr 3 455 800 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> , forhøyes med .....	10 000 000
		fra kr 136 300 000 til kr 146 300 000	
2790		Andre helsetiltak	
	72	Sykebehandling i utlandet, <i>kan overføres</i> , forhøyes med .....	975 000 000
		fra kr 27 000 000 til kr 1 002 000 000"	

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener det er nødvendig å legge til rette for kjøp av helsetjenester i utlandet for å sikre norske pasienters rett til behandling innen medisinsk forsvarlige frister. Økt satsing på helse gjennom kjøp av helsetjenester i utlandet vil ikke skape press i norsk økonomi.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at et stramt norsk arbeidsmarked gjør det vanskelig å utvide kapasiteten ved norske sykehus uten å forsterke presset i økonomien.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre ser på kjøp av helsetjenester i utlandet som en økonomisk forsvarlig måte for å sikre pasientenes tilgang til nødvendige helsetjenester.

Disse medlemmer viser til det forslag til rettighetsbestemmelse Fremskrittspartiet og Høyre fremmet da pasientrettighetsloven ble behandlet våren 1999, jf. Innst. O. nr. 91 (1998-1999):

"Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som skal gis innen en individuelt fastsatt medisinsk begrunnet frist. Dersom pasienten ikke får behandling fra spesialisthelsetjenesten innen fristens utløp, har pasienten innen samme kostnadsramme rett til behandling ved annen offentlig eller godkjent privat helseinstitusjon i riket eller i utlandet på det offentliges regning."

Disse medlemmer går inn for at det gis mulighet for at pasienter skal få nødvendig helsehjelp, innenfor en tidsfrist knyttet til forsvarlig medisinsk faglig skjønn, i utlandet. Disse medlemmer mener derfor at det vil være naturlig at en betydelig økning i omfanget av kjøp av operasjoner i utlandet knyttes opp til Stortingets ordinære behandling av statsbudsjettet for 2001.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Venstre og representanten Steinar Bastesen viser til sine respektive merknader nedenfor og fremmer følgende forslag:

Disse medlemmer viser til at dette forslaget bare fikk tilslutning fra Fremskrittspartiet og Høyre. De andre partiene stemte for en vag rettighetsbestemmelse som er uklar på flere punkter, og overlater til Regjeringen å avklare det reelle innholdet i retten til behandling gjennom forskrifter.

Disse medlemmer viser til sine partiers forslag i pasientrettighetsloven, og peker på at dette i forhold til ventetidsgarantien innebar en nyorientering. Ventetidsgarantiens skjematiske frist på tre måneder, erstattes av individuelle frister for behandling, som gir rom for klinisk skjønn og en medisinsk vurdering av den enkelte pasients behov. Det må være legen som ut fra sitt kliniske skjønn vurderer og avgjør hva som er forsvarlig behandling og forsvarlige frister for å gi behandling til den enkelte pasient.

Disse medlemmer viser til at en enstemmig sosialkomité i innstillingen om pasientrettighetsloven slo fast at retten til behandling ikke burde knyttes til ventetidsgarantien, men at pasienten skal få nødvendig helsehjelp innenfor en tidsfrist knyttet til forsvarlig medisinsk-faglig skjønn.

Disse medlemmer mener det vil være ønskelig å hjemle en ordning med kjøp av helsetjenester i utlandet i selve pasientrettighetsloven, i tråd med det forslaget som er referert ovenfor. Disse medlemmer vil imidlertid også peke på at den rettighetsbestemmelsen flertallet vedtok gir rom for å hjemle en slik ordning i lovens forskrifter. Det kan i lovens forskrifter slås fast

at pasientgrupper som omfattes av retten til nødvendig helsehjelp skal tilbys behandling i utlandet dersom de ikke kan få det i Norge innen forsvarlige frister, som er individuelle og fastsettes av lege på et medisinsk grunnlag.

Disse medlemmer mener det vil være hensiktsmessig at en ordning med kjøp av helsetjenester i utlandet administreres av Rikstrygdeverket frem til staten har overtatt ansvaret for sykehusene og man har fått etablert en sykehusorganisering som skiller bestiller og utfører, og hvor det statlige bestillerorganet også kan stå for kjøp av helsetjenester i utlandet.

Disse medlemmer peker på at kostnadsoverslagene knyttet til et slikt tiltak vil være usikre, men at det sentrale er å få gjennomført ordninger som sikrer pasientens rett til behandling innen medisinsk forsvarlige frister, om nødvendig i utlandet for det offentliges regning.

Disse medlemmer mener en slik ordning må iverksettes straks og finner det nødvendig å foreslå endringene på budsjettet for 2000.

Disse medlemmer vil på dette grunnlag slutte seg til intensjonen i forslaget i Dokument nr. 8:1 (2000-2001) om tilleggsbevilgning til kjøp av helsetjenester i utlandet i år 2000, og at denne bevilgningen gjøres overførbart.

Disse medlemmer viser samtidig til brev fra finansministeren av 1. november 2000 som følger som trykt vedlegg til denne innstilling, der det fremgår at behandling av alle pasienter som er omfattet av ventetidsgarantien vil koste om lag 200 mill. kroner inkl. transport, og at det vil koste anslagsvis 900 mill. kroner å behandle pasientene uten garanti som har ventet mer enn 6 måneder og som ønsker behandling i utlandet (det er illustrasjonsmessig anslått at dette vil være 25 pst.). Disse medlemmer understreker at de 6

måneder er et anslag for kostnadsberegning, og at grunnlaget for når man får rett til utenlandsbehandling må være medisinsk forsvarlige frister individuelt fastsatt. Disse medlemmer viser også til de beregnede merkostnader knyttet til administrasjon av ordningen i Rikstrygdeverket.

Disse medlemmer ber Regjeringen i forskriftene til pasientrettighetsloven legge til grunn at pasienter som ikke får tilbud om nødvendig helsehjelp innen medisinsk forsvarlige frister i Norge, skal få tilbud om dette i utlandet for det offentliges regning. Disse medlemmer legger til grunn at det offentlige også skal dekke pasientenes reiseutgifter, med unntak av egenandel tilsvarende den egenandel som gjelder ved reise knyttet til fritt sykehusvalg i Norge.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at det åpenbart er et enormt behov for å redusere køer og ventelister for behandling og operasjoner ved norske sykehus. Dette kan relativt enkelt gjøres ved å kjøpe slike i utlandet. Den eneste grunn til å avvise forslaget om et eget kontor for å sikre dette, samt bevilge de nødvendige midler, er at man synes det er i orden at syke mennesker lider eller dør i køen.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

"a

Med virkning fra 15. november 2000 opprettes et Statens kontor for kjøp av medisinske operasjoner og tjenester fra utlandet (SKKMOTU) med oppgave å organisere kjøp av operasjonskapasitet og medisinske tjenester fra sykehus og helseinstitusjoner i utlandet for pasienter som må vente mer enn 2 måneder for nødvendig behandling i Norge, samt utarbeide rutiner for kvalitetssikring og organisering av transport og opphold for pasienter og eventuelt nødvendige pårørende.

b

På statsbudsjettet for 2000 gjøres følgende endringer:

Kap.	Post	Formål:	Kroner
736		(Nytt) Statens kontor for kjøp av medisinske operasjoner og tjenester fra utlandet	
	1	Driftsutgifter, <i>kan overføres</i> , bevilges med .....	20 000 000
	60	Tilskudd til kjøp av tjenester, <i>kan overføres</i> , bevilges med .....	3 000 000 000"

Disse medlemmer vil subsidiært støtte forslaget fra medlemmene fra Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Venstre og representanten Steinar Bastesen.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og representanten Steinar Bastesen mener det er viktig med forutsigbarhet og stabile rammebetingelser i budsjettarbeidet, og at eventuelle endringer bør tas i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i juni. Disse medlemmer avviser dermed forslaget slik det foreligger og vil tilrå at det vedlegges protokollen.

Disse medlemmer ser trass i dette at forslaget tar opp viktige forhold ved dagens situasjon i norsk helsevesen med underskudd og stor gjeld, og vil på denne bakgrunn foreslå å bevilge 1 mrd. kroner til kjøp av helsetjenester i utlandet. Det må understrekes at denne bevilgningen må gjøres overførbart for inneværende års budsjett.

Samtidig ønsker disse medlemmer å understreke at dette er et virkemiddel for å få bukt med problemene i helsevesenet på kort sikt, og at dette ikke er ment som en løsning på helsevesenets utfordringer på lengre sikt. Det er viktig å opprettholde målet om et godt utbygd norsk helsevesen som er dimensjonert for



landets reelle behov, og at vi i denne sammenheng er klar over at kjøp av helsetjenester fra utlandet kan medføre at kompetanse flyttes ut av landet.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til departementets brev av 1. november 2000 der det fremgår at det vil være mulig å opprette et rammeverk for økt pasientbehandling i utlandet i løpet av inneværende år, og at en slik ordning kan være operativ det meste av 2001. Dette medlem mener det er viktig å redusere køen av pasienter som venter på behandling, og at kjøp av tjenester kan være et godt hjelpemiddel på kort sikt. Målet må likevel være at det meste av pasientbehandling skal foregå i Norge og at dette medfører at et slikt ekstraordinært tiltak ikke må gå på bekostning av andre tiltak som kan bedre kvaliteten og effektiviteten i helsevesenet. På denne bakgrunn vil dette medlem bevilge 1 mrd. kroner på inneværende års budsjett, som kan gjøres

overførbar for å legge til rette for økt pasientbehandling i utlandet.

### 3. ANDRE FORSLAG FREMSATT UNDER KOMITEENS BEHANDLING

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og representanten Steinar Bastesen viser til sine respektive merknader og fremmer følgende forslag:

"a

Stortinget ber Regjeringen endre fordelingsnøkkelen av kostnader til investeringer i IT og medisinsk teknisk utstyr mellom sykehuseier og staten, til 20 pst. på sykehuseier og 80 pst. på staten, som en oppfølging av St.prp. nr. 61 (1997-1998).

b

På statsbudsjettet for 2000 gjøres følgende endring:

Kap.	Post	Formål:	Kroner
730	64	Fylkeskommunenes helsetjeneste Tilskudd til utstyr på sykehus, <i>kan overføres, økes med</i> ..... fra kr 4 000 000 til kr 504 000 000"	500 000 000

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2001 foreslå at fordelingen av kostnader mellom staten og sykehuseierne endres fra dagens 60-40 til 90-10, men disse medlemmer vil likevel støtte forslaget om å endre fordelingsnøkkelen for inneværende års budsjett til 80-20. Siden forslaget innebærer at sykehuseierne også skal få refusjon for allerede foretatte investeringer i inneværende budsjettår, antar disse medlemmer at dette kan medføre ytterligere investeringer i sykehusutstyr i inneværende år.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til Innst. S. nr. 220 (1999-2000) om omprioriteringer og tilleggsbevilgninger i statsbudsjettet, der flertallet besluttet å redusere bevilgningene til sykehusutstyr med 760 000 000 kroner. Mindreforbruket skyldes at sykehuseierne ikke hadde innrapportert behov for utstyrsinvesteringer. Det er all grunn til

å tro at den manglende innrapportering ikke skyldes behov for sykehusutstyr, men at den fylkeskommunale egenandel på 40 pst. gjør at sykehuseierne ikke har økonomi til den helt nødvendige fornyelse av medisinsk teknisk utstyr. Dette medlem frykter at den store egenandelen gjør at etterslepet av nødvendige investeringer medfører at sykehusene ikke klarer å gjennomføre Stortingets vedtatte planer for investeringer i sykehusutstyr. Sykehusene har allerede et akkumulert underskudd på nærmere 1 mrd. kroner. Dette medlem vil derfor foreslå at fordelingen av kostnader mellom sykehuseierne og staten endres fra dagens 40-60 til 20-80, og fremmer forslag om dette. Dette vil medføre at staten må bære en større andel av investeringskostnadene. Dette medlem foreslår at dette skal gjøres gjeldende allerede fra inneværende års budsjett, og avsetter inntil 500 mill. kroner til dette formål. Dette innebærer at sykehuseierne også skal få refusjon for allerede foretatte investeringer i dette budsjettår.

#### 4. FORSLAG FRA MINDRETALL

##### Forslag fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og representanten Steinar Bastesen:

###### Forslag 1

a

Stortinget ber Regjeringen endre fordelingsnøkkelen av kostnader til investeringer i IT og medisinsk teknisk utstyr mellom sykehuseier og staten, til 20 pst. på sykehuseier og 80 pst. på staten, som en oppfølging av St.prp. nr. 61 (1997-1998).

b

På statsbudsjettet for 2000 gjøres følgende endring:

Kap.	Post	Formål:	Kroner
730		Fylkeskommunenes helsetjeneste	
	64	Tilskudd til utstyr på sykehus, <i>kan overføres, økes med</i> ..... fra kr 4 000 000 til kr 504 000 000	500 000 000

##### Forslag fra Fremskrittspartiet:

###### Forslag 2

a

I Stortingets vedtak om særavgifter til statskassen for budsjetterminen 2000 gjøres følgende endringer med virkning fra 15. november 2000:

##### AVGIFT PÅ MOTORVOGNER M.M.

###### V. Avgift på bensin

§ 1 nytt annet ledd skal lyde:

Fra 15. november 2000 skal det i henhold til lov av 19. mai 1933 nr. 11 betales avgift til statskassen på bensin. Avgift betales med følgende beløp pr. liter:

- For blyholdig bensin med blyinnhold over 0,05 g/l: kr 2,02.
- For blyholdig bensin med blyinnhold 0,05 g/l eller under: kr 1,48.
- For blyfri bensin: kr 1,23.

###### VI. Avgift på mineralolje til framdrift av motorvogn (autodieselavgift)

§ 1 nytt annet ledd skal lyde:

Fra 15. november 2000 skal det i henhold til lov av 19. mai 1933 nr. 11 betales avgift til statskassen med kr 0,70 pr. liter mineralolje til framdrift av motorvogn.

b

På statsbudsjettet for 2000 gjøres følgende endringer:

Kap.	Post	Formål:	Kroner
5536		Avgift på motorvogner m.m.	
	76	Avgift på bensin, <i>redueres med</i> .....	550 000 000
	77	Avgift på mineralolje til fremdrift av motorvogn (autodieselavgift), <i>redueres med</i> .....	320 000 000

###### Forslag 3

På statsbudsjettet for 2000 gjøres følgende endring:

Kap.	Post	Formål:	Kroner
732		(Nytt) Sletting av underskudd ved norske sykehus og til å sikre full kapasitet utnyttelse ved norske sykehus, <i>overslagsbevilgning, bevilges med</i> .....	2 000 000 000

*Forslag 4*

a

Med virkning fra 15. november 2000 opprettes et Statens kontor for kjøp av medisinske operasjoner og tjenester fra utlandet (SKKMOTU) med oppgave å organisere kjøp av operasjonskapasitet og medisinske tjenester fra sykehus og helseinstitusjoner i utlandet for pasienter som må vente mer enn 2 måneder for nødvendig behandling i Norge, samt utarbeide rutiner for kvalitetssikring og organisering av transport og opphold for pasienter og eventuelt nødvendige pårørende.

b

På statsbudsjettet for 2000 gjøres følgende endringer:

Kap.	Post	Formål:	Kroner
736		(Nytt) Statens kontor for kjøp av medisinske operasjoner og tjenester fra utlandet	
	1	Driftsutgifter, <i>kan overføres</i> , bevilges med .....	20 000 000
	60	Tilskudd til kjøp av tjenester, <i>kan overføres</i> , bevilges med .....	3 000 000 000

**5. KOMITEENS TILRÅDING**

Komiteen viser til dokumentet og til det som står foran, og rå Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

I

På statsbudsjettet for 2000 gjøres følgende endringer:

Kap.	Post	Formål:	Kroner
2600		Trygdeetaten	
	1	Driftsutgifter, <i>kan overføres</i> , forhøyes med ..... fra kr 3 440 800 000 til kr 3 455 800 000	<u>15 000 000</u>
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> , forhøyes med ..... fra kr 136 300 000 til kr 146 300 000	<u>10 000 000</u>
2790		Andre helsetiltak	
	72	Sykebehandling i utlandet, <i>kan overføres</i> , forhøyes med ..... fra kr 27 000 000 til kr 1 002 000 000	<u>975 000 000</u>

II

Dokument nr. 8:1 (2000-2001) - forslag fra stortingsrepresentant Carl I. Hagen om endringer i statsbudsjettet for 2000 - vedlegges protokollen.

Oslo, i finanskomiteen, den 7. november 2000

**Dag Terje Andersen**  
leder og ordfører

**Siv Jensen**  
sekretær

Vedlegg**Brev fra Finansdepartementet til Høyres stortingsgruppe, datert 1. november 2000**

Viser til brev fra Høyres stortingsgruppe av 26. oktober og vedlegger svar på Dok. 8:1 (2000-2001)

**Spørsmål fra Høyres stortingsgruppe, av 26.10.2000, vedrørende Dok. nr 8:1 for 2000-2001**

**Spørsmål:**

Hvor mange nye stillinger må Rikstrykdeverket tilføres og hva vil det koste å administrere en ordning med kjøp av helsetjenester som bygger på følgende forutsetninger:

- Pasienter som ikke får tilbud om behandling innen medisinsk forsvarlige frister i Norge, skal tilbys dette i utlandet for det offentliges regning.
- Fristene for behandling skal være individuelle, og fastsettes av legen ut fra klinisk skjønn og en medisinsk vurdering av hver enkelt pasient.
- Det offentlige skal dekke pasientens reiseutgifter, med unntak av en egenandel som tilsvarer den egenandel som gjelder ved reise knyttet til fritt sykehusvalg i Norge.

Det bes om anslag med utgangspunkt i 1) at ordningen gjelder alle pasienter på venteliste, og 2) at ordningen gjelder pasienter som omfattes av retten til nødvendig helsehjelp på bakgrunn av sosialkomiteens innstilling til den nye pasientrettighetsloven.

**Svar:**

Spørsmålet er forelagt Sosial- og helsedepartementet som svarer:

Innledningsvis må det understrekes at det er svært usikkert grunnlag for å anslå hvor mange av pasientene på venteliste ved norske sykehus som vil kunne gis behandling i utlandet dersom det åpnes for dette. Antallet vil bl.a. avhenge av en nærmere utredning av hvilke pasientgrupper det er hensiktsmessig og mulig å sende til utlandet for behandling. Opplegget i forhold til ledsager og hvilke land som vil kunne være aktuelle, vil påvirke hvor mange som vil ønske å benytte seg av behandlingstilbud i utlandet. Færre må forventes å ønske behandling i et land med et språk som pasienten ikke behersker.

## 1. Alle pasienter på venteliste

Ifølge tall fra Norsk pasientregister (NPR) venter om lag 280 000 pasienter på somatisk behandling.

De fleste pasientene får behandling innen rimelig tid. Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter på venteliste ligger under 3 måneder.

En eventuell ny ordning med behandling i utlandet forutsettes forbeholdt pasienter hvor ventetiden er lang. Som et utgangspunkt for å tallfeste det samlede

omfang av pasienter som kan være aktuelle for en slik ordning, kan det skilles mellom a) pasienter med garanti (hovedsakelig 3 mnds garanti), b) pasienter uten garanti som har ventet mer enn 6 måneder alternativt pasienter som har ventet lengre enn 9 måneder. Alternativene under punkt b ovenfor er ment som rene illustrasjoner, og en har her ikke vurdert hvorvidt dette i de enkelte tilfellene kan anses som medisinsk forsvarlig eller ikke.

a) Pasienter med garanti som har ventet lengre enn 3 måneder

Tall fra NPR viser at 5803 pasienter opplever brudd på ventetidsgarantiene. Av disse venter 5205 pasienter på somatisk behandling. 3392 pasienter venter på poliklinisk behandling, 383 pasienter dagbehandling og 1430 på behandling ved innleggelse. I tillegg kommer en pasientgruppe som ikke er spesifisert. Hva slags type behandling pasientene venter på sier ikke nødvendigvis noe om lidelsenes alvorlighetsgrad.

Tall fra NPR på garantipasienter med ventetid over 90 dager før utskrivning viser at dette gjelder bl.a. pasienter med langsomt voksende former for kreft (hvor behandlingen kan være påbegynt tidligere), pasienter med ledd- og ryggproblemer, pasienter med sykdommer i fordøyelsesorganene, og pasienter som venter på poliklinisk utredning av hjertesykdommer.

En del av disse pasientene blir satt opp på behandling i nær fremtid og antas derfor ikke å være aktuelle for behandling i utlandet. I tillegg er det erfaringsmessig en høy prosentandel som ikke er egnet eller interessert i behandling i annet sykehus enn på hjemstedet, for eksempel på grunn av høy alder og sammensatte lidelser. Evalueringen av ventelistedugnaden foretatt av Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo i 1998, viser at kun 50 pst. av pasientene på venteliste ønsket behandling i andre fylker enn der hvor de opprinnelig var blitt henvist. Denne andelen vil trolig være enda lavere blant pasienter som tilbys behandling i utlandet.

*Kostnader*

Som en beregningsteknisk forutsetning tas det i det følgende utgangspunkt i at gjennomsnittlig behandlingstkostnad i utlandet settes lik en gjennomsnittlig DRG-pris på 28 324 kr. Prisen ved de utenlandske behandlingsinstitusjonene vil kunne ligge lavere enn dette, noe som vil medføre at enhetsprisen som her er lagt til grunn kan være noe høy. I beregningene nedenfor er det videre forutsatt at også polikliniske pasienter får behandling i utlandet, hvilket tilsier betydelig lavere gjennomsnittlige behandlingstkostnader.

Hvis det legges til grunn at det vil være aktuelt å behandle 5286 pasienter i utlandet, vil det dermed

medføre en kostnad på ca. 150 mill. kr. Legges det 50 pst. av denne pasientgruppen til grunn blir kostnadene ca. 75 mill. kr.

I tillegg kommer utgifter til transport. Et anslag basert på et gjennomsnitt på ca. 10 000 kr. gir en samlet kostnad på vel 50 mill. kr. for å transportere 5286 pasienter, og vel 25 mill. kr. for å transportere halvparten av disse.

Mange pasienter vil også trenge ledsager, noe som ikke er tatt med i beregningene. Ledsager vil som oftest være en pårørende, men i noen tilfeller kan det også bli aktuelt med helsepersonell. Uansett om ledsager er nær pårørende eller helsepersonell, vil dette ha innvirkning på innenlandsk etterspørsel. Disse representerer arbeidskraft innenlands som for en kortere periode ikke vil være disponibel, og dette vil forsterke presset i det norske arbeidsmarkedet. Hvis ledsager må hentes fra helsevesenet, vil det også påvirke behandlingsskapiteten i Norge. Kostnader til kostgodtgjørelse, tapt arbeidsinntekt og opphold er ikke inkludert.

#### b) Pasienter uten garanti som har ventet mer enn 6 måneder/9 måneder

Det finnes 93 843 pasienter som har ventet mer enn 6 måneder på somatisk behandling. Av disse venter 70 689 på poliklinisk behandling, 8 540 pasienter venter på dagbehandling, og 14 614 venter på innleggelse.

Sannsynligvis vil enda større andel av denne pasientgruppen være lite interessert i behandling i utlandet. Videre kan det anføres at det vil være lite hensiktsmessig å behandle polikliniske pasienter i utlandet da behandlingsskostnadene i slike tilfeller vil kunne være betydelig lavere enn transportkostnadene. Som en illustrasjon tas det i følgende utgangspunkt i at behandling i utlandet er aktuelt for ca. 25 pst. av denne pasientgruppen, dvs. for ca. 23 500 pasienter.

Basert på de samme forutsetningene som under pkt. a vil et anslag på kostnadene av å behandle 23 500 pasienter i utlandet være 666 mill. kroner.

I tillegg kommer også her utgifter til transport. Basert på de samme forutsetningene som under pkt. a er et anslag for transport av 23 500 pasienter ca. 235 mill. kroner. Eventuelle kostnader til kost, opphold,

tapt arbeidsfortjeneste og ledsager er også her holdt utenfor.

Totalt har 67 904 pasienter ventet mer enn 9 måneder på somatisk behandling. Av disse venter 50 797 pasienter på poliklinisk behandling, 5 872 pasienter venter på dagkirurgi, og 11 235 pasienter venter på innleggelser.

Med de samme forutsetninger lagt til grunn som under pkt. a og b, vil utgiftene til behandling i utlandet for 25 pst. av pasientene som har ventet mer enn 9 måneder (16 976 pasienter) beløpe seg på 481 mill. kroner.

Transportutgiftene blir her anslagsvis 170 mill. kroner.

#### 2. Pasienter som omfattes av rett til nødvendig helsehjelp

Pasienter som omfattes av rett til nødvendig helsehjelp på bakgrunn av Sosialkomiteens innstilling til ny pasientrettighetslov antas å være om lag det samme antall som i dag har behandlingsgaranti iht. forskrift om ventetidsgaranti.

Det vises for øvrig til kostnadsoverslaget i pkt. 1a.

#### 3. Administrasjon av en eventuell ordning

I tillegg til utgifter til behandling og transport kommer utgifter til administrasjon av ordningen. Det mest aktuelle er å etablere en sentral enhet, men hvor denne eventuelt skal plasseres er ikke avklart.

Kostnadene til administrasjon vil være avhengige av hvordan ordningen utformes og organiseres. Hvis det forutsettes at oppgavene er knyttet til samhandling med fylkeskommunene, prisforhandlinger, utforming av avtaler, kontraktsinngåelser, organisering av reiser og rapportering, legges det til grunn årlige driftsutgifter på om lag 15 mill. kroner. I tillegg kommer engangsutgifter (til EDB o.l.) på ca. 10 mill. kroner.

Dette anslaget er basert på at det er fylkeskommunen som selekterer blant aktuelle pasienter. Dersom oppgaven skal ligge i den sentrale enheten vil behovet for administrative ressurser være betydelig større.