



Innst. S. nr. 262

(2007–2008)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Helse- og omsorgsministerens redegjørelse 26. februar 2008 og Dokument nr. 8:83 (2007–2008)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om helse- og omsorgsministerens redegjørelse 26. februar 2008 om den økonomiske situasjonen ved landets helseforetak og om representantforslag fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Vigdis Giltun, Jan-Henrik Fredriksen og Harald Valved om tilleggsbevilgninger til de regionale helseforetakene

Til Stortinget

1. HELSE- OG OMSORGSMINSTERENS REDEGJØRELSE

Vår helsetjeneste er blant verdens beste. Det bidrar kanskje også til at våre forventninger til hva vi kan og skal få til, sorterer i verdensklasse. Hvert år øker nå gjennomsnittsalderen med 70 dager per år. Spedbarnsdødeligheten har sunket med en tredel i løpet av ti år og ligger på et svært lavt nivå internasjonalt sett. Vi er helt klart blant de land i verden som bruker mest penger på helsetjenester. Vi har hatt en årsverksvekst i sjukehusa på om lag 9 500 fra 2002 til 2006 – like mange innbyggere som det bor i Holmestrand kommune. Legeårsverkene ved sjukehusa har økt med om lag 300 hvert år i samme tidsrom. Sammenlikner vi oss med Sverige, Danmark og Finland, har vi både flere leger og flere sjukepleiere per innbygger.

For vel to måneder siden vedtok Stortinget, som kjent, et sjukehusbudsjett for 2008 på om lag 85 mrd. kroner, eller 85 tusen mill. kroner. Det er 35 tusen mill. kroner mer enn vi brukte i 2002.

Antall pasienter som får behandling, har økt kraftig de siste åra, samtidig som ventelistene har vært relativt stabile. Flere undersøkelser viser oss også at

pasienter jevnt over er godt fornøyd med det tilbudet de får i våre sjukehus. Vi får til stadig mer, og vi kan hjelpe stadig flere. Det gjøres et fantastisk bra arbeid av mange flotte medarbeidere og fantastiske medmennesker, folk som nok altfor sjelden får den ros og omtanke de fortjener.

Mye er veldig bra, men en god del kan også bli bedre. Da må det være gode prosesser. Ingen av oss kan love en ferdig omstilt helsetjeneste, men vi kan love å bidra med delaktighet i prosesser. Både strukturer, organisering og ikke minst den medisinsk-teknologiske utviklinga utfordrer tilvante ideer og tanker om hvordan vi skal levere helsetjenester. I tillegg vet vi at sykdoms- og alderssammensetninga er i endring.

Det har for eksempel vært en kraftig økning i utbredelsen av kreft siden etterkrigstida, sjøl når vi justerer for alder. Forekomsten av kreft øker årlig med mellom 1,5 og 2 prosent. Dette tilsvarer omtrent 24 000 nye pasienter hvert eneste år. Kreftpasienter får i dag heldigvis både bedre og mer omfattende diagnostikk, og det blir iverksatt flere tiltak overfor hver enkelt pasient enn for få år siden. Utviklinga av bedre behandlingsmetoder har bidratt til økt overlevelse og betydelig bedre livskvalitet for kreftpasienter.

Antallet dialysebehandlinger i sjukehus har økt med 8 prosent fra 2006 til 2007, altså i løpet av ett år er de økt med knapt 6 000.

Cochlea-implantater, som opereres inn i hodet, gjør at folk som før måtte forbli døve, nå kan høre. Det er et helt nytt liv. Det gir en helt ny mulighet, fordi vi har bedre behandlingsmuligheter i vårt helsevesen.

Samtidig betyr økt velferd i seg sjøl økt etterspørsel etter helsetjenester. Forventningene og kravene til hva helsetjenesten kan bidra med, er økende. Folk er bedre utdannet og bedre informert. De får bl.a. gjen-

nom Internett hele tida oppdatert informasjon om hva som kan tilbys både i vårt land og ikke minst også i andre land. Mange kommer med utskrift fra det når de kommer til legen, sjukehuset eller primærhelsetjenesten. Brukerne stiller derfor i større og større grad krav til så vel behandlingstilbud som kvalitet. Det er bra – og det skulle bare mangle.

Er det nå slik at den debatten vi har i Norge, er enestående? Nei, den debatten og de utfordringene drøftes i alle land vi kan sammenlikne oss med. Enkelte problemstillinger kan være annerledes enn i Norge, men utviklingstrekkene er omtrent de samme. Det generelle inntrykket er at ny teknologi, nye behandlingsmetoder og nye medikamenter oftest kommer i tillegg til det eksisterende behandlingstilbudet. Det er bra, fordi nye metoder kan bidra til at levealderen øker ytterligere, og at flere kan leve lenger og bedre med kronisk sykdom eller funksjonshemming. Men dette vil også stille oss overfor større krav til prioritering og til å utnytte behandlingsskapiteten på en enda bedre måte.

I Norge har vi imidlertid oljeinntekter som ikke alle andre har, og det fødes flere barn enn i mange land rundt oss. Det gjør oss godt rustet til å møte en aldrende befolkning. Det er bra.

Vi må fortsatt satse på forskning, nyskaping og gode utdanningsløp for å sikre kvalitet og kompetanse hele tida. Dette er jo for å gi en best mulig helsetjeneste.

La meg understreke at det er de regionale helseforetakene som skal sørge for at befolkninga i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester. Det betyr at de har et ansvar for å tilpasse sitt tilbud i hver enkelt region til befolkningas behov, og de har plikt til å melde fra til mitt departement dersom de ikke kan yte disse tjenestene. Når det skjer alvorlige feil og hendelser, er det viktig at vi tar det på alvor og setter inn tiltak. Det kan også være riktig å koble inn Statens helsetilsyn, slik det ble gjort da to tillitsvalgte leger – i en debatt – sa at pasienter døde mens de ventet på behandling. Om det uttalte fylkeslege Petter Schou i går følgende:

"Per i dag har ikke vi saker eller tegn som tyder på at det er direkte uforsvarlig virksomhet på grunn av endringer, men vi kommer til å følge prosessen tett og nøye både i forhold til hvert enkelt sykehus og i forhold til hva det regionale heleforetaket gjør samlet sett for vårt område."

Det pågår nå en offentlig debatt om arbeidsdelinga mellom sjukehus og behovet for omstilling. Det er en debatt jeg hilser veldig velkommen, fordi det er viktig å diskutere hvordan vi i fellesskap skal utvikle tjenestene framover.

Både befolkningsutviklinga og den teknologiske utviklinga peker mot at vi må utvikle tilbudet langs to linjer: sentralisering og desentralisering. For eksem-

pel er det slik at en nå kan gjenopprette blodstrømmen i tette årer og foreta helbredende inngrep før et akutt hjerteinfarkt har rukket å utvikle seg. Dette har skjedd i løpet av veldig kort tid. Metodene er nå så skånsomme at behandling kan tilbys uten åpen kirurgi, og derfor er det praktisk talt heller ingen aldersgrense for behandling av hjertesjukdommer. Dette er bare ett eksempel. Det samme gjelder for moderne hjerneslagsbehandling. Kreftkirurgi er også eksempel på sykdommer der en må ha trening for å gjøre det godt. Dette må samles på færre steder. For mennesker med alvorlige, livstruende sykdommer trengs det robuste fagmiljøer. Vi må gjøre dette raskt, og vi må se landet som en helhet. Vi må også i større grad samarbeide med andre land, særlig når det gjelder en del sjeldne kreftformer.

Det finnes mennesker som er oppgitt i de landene de kommer fra, og som kommer til oss og får god hjelp. Men det er også slik at vi nok i større grad må være villig til å sende folk med for eksempel sjeldne kreftsykdommer ut til andre land i Norden og Nord-Europa. Jeg har bedt om en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet om hvordan vi skal gjøre dette i praksis, og jeg vil få den innen 1. juni i år.

På den andre sida er de store og voksende gruppene av for eksempel kronikere og sjuke eldre avhengig av lett tilgjengelige tjenester, ofte organisert i et nettverk rundt hver enkelt bruker. For deres livskvalitet vil tilbud i lokalsamfunnet ofte være det beste. Dette tilsier en sterk primærhelsetjeneste, en sterkere satsing på våre fastleger og en fortsatt desentralisert spesialisthelsetjeneste. Ingen lokalsjukehus skal legges ned. Det er nød nok til alle. Distriktsmedisinske sentre, sjukestuer, poliklinikker og rehabiliteringstilbud kan gi økt trygghet og helhet i tilbudet. Desentraliserte tilbud med cellegiftbehandling, dialyse og lysbehandling er eksempler på tjenester som er utviklet flere steder. Og vi skal ha mer av det.

Jeg har stor tru på å gi folk gode og forsvarlige tjenester der de bor. Folk lever livet sitt med helseplager, sykdom og funksjonssvikt i kommunene og er, som mange sier, ofte bare midlertidig innskrevet i spesialisthelsetjenesten. Derfor er helse- og omsorgstjenesten i kommunene grunnmuren i hele vår helsetjeneste, og jeg mener at den har vært viet altfor liten oppmerksomhet i forhold til hvor viktig den faktisk er.

Et område som ofte er viet oppmerksomhet, og hvor det ofte er svikt, er overgangen mellom de ulike nivåene. Jeg er opptatt av at sjukehusa og kommunene må samarbeide til beste for pasienten. Mange steder fungerer det godt å opprette spesielle enheter som løser oppgaver mellom første- og andrelinjertjenesten, slik som for eksempel sjukestua i Alta. Andre steder fungerer det best at spesialisthelsetjenesten kommer ut dit pasienten er, slik som for eksempel

Områdegeriatrik team i Namsos eller den ambulante røntgentjenesten på Ullevål. Begge steder oppsøker spesialisthelsetjenesten de kommunale sjukehusmene, og det gir bedre kvalitet for dem som trenger hjelp.

Etter forslag fra Regjeringa delte Stortinget i fjor høst ut 50 mill. kroner til lokalsjukehus- og samhandlingsprosjekter. Det er også opprettet 133 praksiskon-sulentstillinger for fastleger på sjukehus, noe som skal være med på å styrke samarbeidet mellom kommunene og sjukehusa. Regjeringa har inngått en avtale med Kommunenes Sentralforbund om hvordan man skal samhandle, og det er nå i ferd med å bli inngått likelydende avtaler også på lokalt nivå, fordi det for den enkelte pasient og for samfunnet ligger store kvalitetsmessige forbedringer i et forsterket samarbeid mellom primærhelsetjenesten, sjukehusa og spesialistene.

Hvordan ser så økonomien ut? Sjukehusa har de siste åra fått tilført stadig flere midler. Budsjettopp-legget for inneværende år er historisk sett meget godt - ja, det er det beste i norsk historie. Regjeringas forslag, som Stortinget sluttet seg til, innebærer mer penger til både drift og investeringer, i tråd med hva vi lovt i Soria Moria-erklæringa. Siden Regjeringa tiltrådte høsten 2005 har vi lagt fram en egen omsorgsmelding, en stortingsmelding om sosiale ulikheter innen helse. Vi har for første gang i historien lagt fram en nasjonal helseplan. Vi har etablert en årlig helsekonferanse, som i fjor samlet over 1 000 deltakere. Vi skal gjenta det i år og hvert år framover. Vi har også lagt fram en nasjonal strategi for rehabilitering og en opptrappingsplan for rusfeltet, for å nevne noe.

Vi har også slått sammen, som Stortinget er godt kjent med, Helse Sør og Helse Øst for å få en mer aktiv pasientbehandling og mer kvalitet i tilbudet. For første gang etter sjukehusreformen i 2002 budsjetteres det i år med en økning i pasientbehandling i sjukehus. Det legges til rette for en økning på 1,5 prosent fra 2007 til 2008 – dvs. om lag 18 000 flere behandlinger. Stortinget vedtok som kjent også Regjeringas forslag om å bevilge nesten 2 mrd. kroner mer til inntekter for å sikre fornying av sjukehusbygg og utstyr. Helseforetakene er nå bedre satt i stand til å ivareta en viktig premiss for hele reformen, nemlig ansvaret for drift og investeringer. Dette har vært uløst siden 2002, og det har bl.a. medført og er noe av forklaringa på de underskuddene som det i dag skrives mye om.

Kort oppsummert er budsjettet for sjukehusa reelt styrket med 3,9 mrd. kroner, eller 5 prosent, i 2008 sammenliknet med saldert budsjett for 2007. Som Stortinget også er godt kjent med, er budsjettet for sjukehusa i tillegg økt med om lag 3,2 mrd. kroner for å dekke forventet pris- og lønnsvekst i år. I

løpende kroner er altså økningen på 7,1 mrd. kroner, eller om lag 9 prosent, sammenliknet med saldert budsjett for 2007.

Årets budsjett er det største for spesialisthelsetjenesten noensinne i Norge. Når helseforetak nå sier at de må kutte i kostnadene, er en vesentlig årsak til det at en del over tid har brukt mer penger enn det Stortinget har stilt til disposisjon. Slik kan ikke helsetjenesten fortsette. Det er grunnleggende udemokratisk. Tenk om de som har ansvaret for veier, skoler eller kommuner, skulle gjøre det samme – nei, vi har bare lyst til å bruke en milliard til! Sånn går det ikke an å holde på. Orden i økonomien er viktig for alle, også for helsetjenesten. Det kan nå se ut til at sjukehusa samlet sett vil gå med et underskudd på om lag 1,5 mrd. kroner i 2007 sett i forhold til resultatkravet, men her må jeg understreke at vi ikke har de endelige tallene ennå. Dette utgjør vel 1,5 prosent av helseforetakenes samlede budsjett. Underskuddene innebærer bl.a. at helseforetakene får høyere kortsiktige lån i form av driftskreditter enn det de ellers ville hatt. Ved utgangen av 2007 viser foreløpige tall at samlede driftskreditter er i overkant av 6 mrd. kroner. I tillegg til driftskreditter har helseforetakene vel 12 mrd. kroner i langsiktige lån til staten. Dette kan høres mye ut, og det er sjølsagt mye penger, men jeg vil minne om at det i forbindelse med reformen ble slettet om lag 16 mrd. kroner i langsiktig gjeld til fylkeskommunene. Den gangen utgjorde gjelda over 30 prosent av fylkeskommunenes inntekter til spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende gjeldsbelastning i dag er om lag 14 prosent, eller under halvparten av hva den var før staten overtok sjukehusa.

Jeg vil kommentere den økonomiske situasjonen i de regionale helseforetakene etter høringa vi hadde her i Stortinget i høst.

Det har dessverre vært en forverring i økonomien i Helse Sør-Øst, og da særlig knyttet til de to store Oslo-sjukehusa – Rikshospitalet og Ullevål. Helse Sør-Øst melder nå om et samlet underskudd på i størrelsesorden 1 mrd. kroner. Dette utgjør drøyt 2 prosent av budsjettet på snaut 48 mrd. kroner i 2007. Helse Sør-Øst satte allerede i høst i gang et omfattende arbeid for å få så god organisering i hovedstaden som mulig. Situasjonen ved disse to sjukehusa er en viktig del av dette prosjektet.

Også de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst har utfordringer med å tilpasse driften til de rammene som er stilt til disposisjon. Årsaken til det store underskuddet i 2007 er ifølge Helse Sør-Øst en kombinasjon av manglende omstilling, høy bemanningsvekst og en noe for høy aktivitet.

Siden den åpne høringa i komiteen i fjor høst har alle de tre andre regionene meldt om en uendret eller noe bedre økonomisk situasjon. Dette er en gledelig utvikling som gir håp om at innsatsen som er gjort på

alle nivåer i organisasjonene, nå begynner å gi både styringsmessige og økonomiske resultater.

Helse Vest har gjennom lengre tid kunnet vise til tett og god styring av sine helseforetak. Dette synes å ha gitt gode resultater både faglig og økonomisk. Særlig vil jeg trekke fram det arbeidet som regionen har satt i gang for å få en enda tettere styring og kontroll med bemanningsutviklinga i regionen. Arbeidet innebærer en solid kvalitetsforbedring. Underskuddet for 2007 ser nå ut til å bli om lag 100 mill. kroner for Helse Vest. Det utgjør om lag 0,7 prosent av budsjettet på drøyt 15 mrd. kroner.

Helse Midt-Norge kan vise til bedre resultater enn i høst, noe som tydelig viser at omstillingsarbeidet som denne regionen har satt i gang, har vært vellykket. Regionen synes å ha stanset og til dels også snudd den negative økonomiske utviklinga i regionen de seinere åra. Helse Midt-Norge ligger nå an til et underskudd på under 100 mill. kroner for 2007 av et samlet budsjett på rundt 12 mrd. kroner. Det utgjør om lag 0,8 prosent.

Helse Nord rapporterer nå bedre resultater enn de gjorde før jul. Nå ligger det an til et underskudd på i underkant av 250 mill. kroner for 2007. Det utgjør noe mindre enn 2,5 prosent av budsjettet på 10 mrd. kroner. Men tatt i betraktning at dette er landets minste region, er jeg ikke fornøyd med det resultatet. Også i denne regionen forklares underskuddet med manglende gjennomføring av omstillingstiltak og bemanningsvekst utover det som er budsjettet. På den positive siden er det satt i gang gode tiltak gjennom 2007. Jeg forventer å se god effekt av disse tiltakene i det året vi nå er inne i. I tillegg settes det nå i verk nye tiltak for å få ytterligere kontroll i regionen.

Felles for alle regionene er at den økonomiske utviklinga kan forklares med aktivitetsvekst, bemanningsvekst, økte varekostnader og andre økte driftskostnader. Men det er et gjennomgående trekk over hele landet at det har vært en for svak kontroll med bemanningsveksten. Flere sjukehus må få kontroll med hvor mange mennesker de ansetter, i samsvar med det inntektsgrunnlaget regjering og storting legger opp til. Derfor har jeg i foretaksmøtene med de regionale helseforetakene nå i januar framhevet viktigheten av at det tas grep om dette området i 2008. Ja, jeg har til og med bestemt at det i alle helseforetakene nå skal bli opprettet utvalg som skal godkjenne alle nyopprettede stillinger og ansettelser i helseforetakene.

Fra ulike hold er det reist spørsmål om hvordan de regionale helseforetakene skal forholde seg til økte pensjonskostnader. Jeg vil presisere at den økninga vi her snakker om, i hovedsak kommer som følge av endrede forventninger knyttet til framtidig lønnsvekst og langsiktig rentenivå. Det er forhold

som verken vi eller helseforetakene kan påvirke sjøl. Derfor er, som kjent, denne kostnadsøkningen blitt unntatt fra resultatkravene både i 2007 og i 2008. I budsjettprosessen for 2008 la vi til grunn at rentenivået skulle gå litt opp mot årsskiftet. Det ble da anslått at kostnaden for 2008 ville overstige det som er lagt til grunn i bevilgningene, med om lag 2,2 mrd. kroner. Men fordi rentenivået gikk ytterligere ned mot utgangen av året, er økninga nå beregnet til om lag 3,8 mrd. kroner. Vi vil ikke kjenne den endelige kostnaden for 2008 før på seinhøsten.

Som tidligere varslet til Stortinget, arbeider nå Regjeringa med å finne en mer langsiktig løsning på hvordan vi skal håndtere problemstillingene rundt pensjonskostnader og pensjonspremier både i helseforetakene og i de private institusjonene. Regjeringa vil komme tilbake til dette – seinest i Revidert nasjonalbudsjett for 2008.

Regjeringa er opptatt av at pasienter skal vente kortest mulig tid på å få nødvendig behandling. Om lag to av tre får øyeblikkelig hjelp. Den siste tredjedelen har ikke behov for øyeblikkelig hjelp. Det er pasienter som skal til planlagt utredning og behandling innenfor det tidsrommet som er medisinsk forsvarlig. Nye tall for tredje tertial 2007 viser at samlet ventetid har vært relativt stabil siden 2005, men det er en liten økning på tre dager i gjennomsnitt. Svingninger i ventetida på et par dager kan være et resultat av tilfeldige faktorer. Tallene indikerer at de som har størst behov for hjelp, altså rettighetspasientene, får hjelpen de trenger raskere enn andre. Det er veldig bra.

Samtidig ser vi at det er forskjeller i ventetid mellom de ulike helseforetak. Ved enkelte helseforetak er det null ventetid, og ved andre er det til dels lang ventetid. Mange pasienter kan kutte ventetida ytterligere ved å bruke ordninga med fritt sjukehusvalg og ved at vi på den måten får utnyttet kapasiteten ved sjukehusa enda bedre. For eksempel vil pasienter med muskel- og skjelettplager ha mye å tjene på å bruke ordninga med fritt sjukehusvalg, fordi det er en del ledig kapasitet landet rundt på det området - for å gi ett eksempel. Men for at slik informasjon skal være tilgjengelig for alle, ønsker Regjeringa at vi får ett sted der alle pasienter som har behov for det, kan ringe for å få hjelp til å finne hvilket sjukehus de foretst mulig kan komme inn på, i tillegg til dem som bruker nettet. Vi har nå en forsøksordning i Hedmark som heter Pasienthjelperne, som er mennesker som sitter og hjelper folk videre i systemet, og det har altså forkortet ventetida veldig i de kommuner som nå prøver ut dette.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2007 et landsomfattende tilsyn med akuttmottakene i sjukehus. Resultatet av det tilsynet ble, som Stortinget sikkert kjenner til, lagt fram i går. Det totale bildet viser at

mangelfull styring og ledelse preger hverdagen i flere av disse akuttmottakene. Etter Helsetilsynets vurdering gir dette til tider uforsvarlig behandling. Det framholdes at det i mer enn halvparten av akuttmottakene var usikkert om pasientene fikk faglig forsvarlig undersøkelse og diagnostisering. Dette er sjølsagt helt uakseptabelt og meget alvorlig. Derfor vil akuttmottakene være en sak jeg kommer til å ta opp med styrelederne og direktørene i de regionale helseforetakene i slutten av denne uka. Jeg kommer også til å innkalle til ekstraordinære foretaksmøter, slik at jeg kan forsikre meg om at det blir ordnet opp i dette så fort som overhodet mulig. Vi må ha sikkerhet for at de tilbud som møter befolkninga i de mest kritiske livssituasjoner, er faglig forsvarlig. Noe annet er ikke akseptabelt.

Vi må hele tida se på hvordan vi bruker ressursene, både faglig og økonomisk, på best mulig måte. Helse Sør-Øst har, som kjent, fått i oppdrag å få til en bedre samordning og ressursutnyttelse i den sammenslåtte regionen, spesielt i hovedstadsområdet. Dette gjelder bl.a. bedre samordning av fag- og forskningsmiljøer, bedre utnyttelse av personell, sjukehusarealer, IKT og medisinsk utstyr mv. Det er videre en forutsetning at bedre ressursbruk skal være et gode for alle parter, dvs. først og fremst for pasientene i hovedstadsområdet, men sjølsagt også for pasientene i hele regionen og i landet for øvrig. I det oppdraget som er gitt, har jeg understreket viktigheten av åpen kommunikasjon, gode prosesser og systematisk involvering av ulike aktører.

De løsninger som velges for hovedstadsområdet, kan få betydning for helsetjenesten andre steder i landet. Derfor har vi fra departementets side understreket at det i hovedstadsprosessen må sikres nødvendig dialog med de øvrige delene av landet.

Hovedstadsprosessen er et veldig omfattende oppdrag, og jeg følger tett med på hvordan Helse Sør-Øst gjennomfører denne prosessen. Mål og rammer, også for denne prosessen, skal være politisk styrt. Det vil sjølsagt også være et viktig perspektiv i departementets oppfølging. Helsetjenesten er i omstilling, og slik vil det også være i framtida. Derfor har jeg lagt vekt på at det må være inkluderende prosesser og delaktighet i dette arbeidet. Jeg viser også til at helse- og omsorgskomiteen er invitert til et seminar om hovedstadsprosessen seinere i dag.

Så til saken om bygging av nytt pasienthotell ved Radiumhospitalet. Det er alvorlig at det ser ut som om Rikshospitalet HF har startet dette arbeidet uten at nødvendige fullmakter eller finansiering er på plass. Jeg har derfor bedt Helse Sør-Øst om en redegjørelse i denne saken, og det er en foreløpig redegjørelse som vil foreligge i morgen. Jeg legger til grunn at Helse Sør-Øst RHF følger opp alle sider av denne saken.

Regjeringa vil at brukere og ansatte i større grad skal inkluderes i alt utviklings- og omstillingsarbeid i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har nylig inngått en samarbeidsavtale med arbeidstakerorganisasjonene i helseforetakene om utviklinga av spesialisthelsetjenesten. Jeg vil også understreke at brukerorganisasjonene også må trekkes aktivt inn i dette arbeidet. Avtalene skal bl.a. bidra til å ivareta de ansattes behov for trygghet og forutsigbarhet i omstillingsarbeidet. Målet er at slike avtaler også skal inngås på lokalt nivå.

Et annet forhold jeg vil trekke fram, er oppfølgingen av NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak, Magnussen-utvalget. Den er nå som kjent ute på brei høring fram til midten av april. Regjeringa vil så snart som mulig etter det komme tilbake med sitt forslag på en egnet måte. Problemstillinga som er behandlet i denne rapporten, mener jeg helt klart er et tema for politisk dialog. Inntektsfordelingssystemet er kanskje en av de faktorene som har mest å si for langsiktighet og forutsigbarhet i helsetjenesten. Derfor er det viktig med politisk forståelse – og enighet, hvis det er mulig, om premisene – for hvordan inntektene skal fordeles mellom de ulike regioner. Jeg vil ta opp hvordan vi skal få til en prosess for inntektsfordeling mellom regionene som ivaretar behovet for både langsiktighet og forutsigbarhet.

Ulike politiske syn på deler av helsepolitikken er helt naturlig i et demokratisk samfunn som vårt. Det å få muligheten til å redegjøre i Stortinget gir meg mulighet også til å høre de forskjellige politiske syn på hovedproblemstillingene i sjukehussektoren. Redegjørelsen og debatten etterpå vil sammen med det nevnte seminaret om hovedstadsprosessen seinere i dag og prosessen i forbindelse med Magnussen-utvalget være viktig i en videre dialog.

Av og til trur jeg vi må minne hverandre om at det er god helsetilstand og ikke forbruket av helsetjenester som er målsettinga. Helsetjenestene er bare ett av flere virkemidler som påvirker helsetilstanden i positiv retning. Miljøforhold, fysisk aktivitet, hvor en er oppvokst, utdanningsnivå og ikke minst forebygging spiller også inn. Hvordan kan vi hindre at så mange mennesker blir sjuke? Det er det aller viktigste spørsmålet. Derfor vil Regjeringa styrke innsatsen når det gjelder forebyggende arbeid. Vi er når det gjelder sjukehus og helsetjenester, blant de beste i verden – ja. Men samtidig må vi erkjenne utfordringer og mangler. Det er mye vi kan bli bedre på. Jeg mener det ikke finnes noen enkle løsninger. Regjeringa mener det kun er systematisk og grundig arbeid i samråd med ansatte, ledere, brukere og lokalmiljøer som kan få til gode ting. Faglige og økonomiske ressurser må brukes på beste måte og til beste for pasientene.

Nå dreier utfordringa seg om hvordan vi i fellesskap skal bidra til å utvikle tilbud og tjenester i tråd med de overordnede målene vi har for et trygt og godt og likeverdig behandlingstilbud – et tilbud der alle mennesker blir sett og respektert, der det alltid skal være den enkeltes helsetilstand som avgjør tjenestetilbud og behandling, og det uavhengig av sosial bakgrunn, kjønn, hudfarge og tykkelsen på lommeboka.

1.1 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Jan Bøhler, Sonja Mandt-Bartholsen, Gunn Olsen og Dag Ole Teigen, fra Høyre, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli, fra Sosialistisk Venstreparti, Olav Gunnar Ballo, fra Kristelig Folkeparti, Laila Dāvøy, fra Senterpartiet, Rune J. Skjælaaen, og fra Venstre, Gunvald Ludvigsen, viser til helse- og omsorgsministerens redegjørelse 26. februar 2008 om den økonomiske situasjonen ved landets helseforetak. Som statsråden påpeker i sin redegjørelse, er Norge både ett av de land i verden som bruker mest penger på helsetjenester, og også ett av de land i verden som har den høyeste gjennomsnittsalderen for sin befolkning. Norge er også det landet i Norden som har flest leger og sykepleiere per innbygger.

Flertallet viser til nøkkeltall for årsverk i spesialisthelsetjenesten for 2002 til 2006 (kilde: SSB) der det framgår at antall årsverk i spesialisthelsetjenesten i 2006 var i underkant av 95 000. Dette svarer til en økning på 11,1 prosent i perioden 2002–2006, noe som utgjør ca. 9 500 årsverk eller en årlig økning på 2,7 prosent i perioden. Til sammenligning har antall årsverk for all aktivitet for landet sett under ett årlig økt med 0,7 prosent i samme periode.

Flertallet viser videre til at helseforetakene gjennom nye anslag har fått en betydelig økning i sine pensjonskostnader. Flertallet merker seg at Regjeringen nå arbeider med å finne en langsiktig løsning på hvordan disse økte kostnadene skal dekkes inn, både i helseforetakene og i de private institusjonene, og at dette vil bli lagt fram for Stortinget senest i Revidert nasjonalbudsjett for 2008. Flertallet ser fram til dette, men vil samtidig påpeke at den betydelige bemanningsveksten i helseforetakene, som statsråden i sin redegjørelse påpekte at helseforetakene har hatt for svak kontroll med, også medvirker til en uforutsett økning av pensjonskostnadene.

Flertallet viser til at Regjeringen høsten 2006 la fram en Nasjonal helseplan (2007–2010) som årlig følges opp gjennom statsbudsjettene med vekt på å orientere om gjennomføring av de tiltak og strategier som omtales i planen. Planen gir et rammeverk for utvikling og styring av helsetjenesten. Det arbeides

nå med en videreutvikling av planen for å se på hvordan denne skal bli et bedre redskap for å sikre helhetlig nasjonal og politisk styring av helsetjenesten.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, ser på den nasjonale helseplanen som et sentralt virkemiddel for å sikre demokratisk, overordnet kontroll med utviklingen av helsetjenestene, der Stortinget gis mulighet til å kontrollere at politiske vedtak blir fulgt opp innenfor alle ledd av helsetjenesten.

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, fra Fremskrittspartiet, Per Egil Evensen, Jan-Henrik Fredriksen og lederen Harald T. Nesvik, fra Høyre, fra Sosialistisk Venstreparti, fra Kristelig Folkeparti, fra Senterpartiet og fra Venstre, vil anmerke at den teknologiske utviklingen innen medisinen stiller oss overfor nye utfordringer. På en del områder medfører dette at medisinen blir så spesialisert at det blir nødvendig å sentralisere behandlingstilbudet til få enheter for å sikre den medisinske kvaliteten på tilbudet. Kreftkirurgi er et eksempel på dette. Mens kreftpasienter tidligere ble operert ved de fleste av landets sykehus, er det i dag lite omstridt at dette bør skje ved enheter som foretar mange operasjoner per år, og som har den nødvendige spisskompetanse til å sikre best mulig behandlingsresultat.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at det likevel foregår brystkreftoperasjoner og operasjoner ved livmorkreft ved lokalsykehus der operasjonsraten kan være under 10 operasjoner per år. Dette er etter flertallets syn uheldig. Det er rimelig grunn til å anta at pasientens mulighet til å oppnå et godt behandlingsresultat reduseres når kirurgen har begrenset erfaring med det inngrepet vedkommende foretar.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil anmerke at tilsvarende vil behandlingsresultatene kunne forbedres innenfor nevrokirurgi, hjerte- og karkirurgi og annen spesialisert kirurgi dersom behandlingsenheter sentraliseres. Dette flertallet merker seg at statsråden i sin redegjørelse tar til orde for robuste fagmiljøer for mennesker med alvorlige, livstruende sykdommer, og at utviklingen med styrking av disse fagmiljøene må skje raskt og landet må sees som en helhet.

Komiteen merker seg at statsråden tar til orde for samarbeid med andre land, særlig når det gjelder sjeldne kreftformer. Komiteen støtter dette.

Komiteen merker seg videre at Statens helse-tilsyn i 2007 gjennomførte et landsomfattende tilsyn med akuttmottakene i sykehus og at resultatene av undersøkelsen ble framlagt 25. februar 2008. Resultatet av tilsynet er etter komiteens syn alarmende, fordi det ut fra Helsetilsynets vurdering var usikkert om pasientene fikk faglig forsvarlig undersøkelse og diagnostisering i mer enn halvparten av akuttmottakene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er tilfreds med at statsråden i sin redegjørelse i så sterk grad vektla at kvaliteten ved akuttmottakene må sikres, og at hun allerede har igangsatt en rekke tiltak som ledd i å oppnå dette.

Komiteen mener at manglene som avdekkes, er særlig alvorlige innenfor det kirurgiske fagfeltet fordi manglende kvalitet her kan ha særlig vidtrek- kende og dramatiske konsekvenser for pasienten.

Komiteens medlemmer fra Arbeider- partiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil vise til at Regjeringen legger opp til en rekke tiltak for å sikre kvalitet og trygghet i hele den akuttmedisinske kjeden i samarbeid med Helsedirektoratet. Disse medlemmer har merket seg at arbeidet som er satt i gang med nye veiledende faglige standarder for akuttfunksjonene ved lokalsy- kehusene, er beskrevet i St.prp. nr. 59 (2007–2008). Disse medlemmer støtter de prinsipper som leg- ges til grunn for dette arbeidet.

Disse medlemmer vil påpeke at kvaliteten på spesialisthelsetjenestene må sikres gjennom en bedre oppgavefordeling mellom sykehusenes akuttje- nester.

Disse medlemmer viser til at Regjeringen legger til grunn for sitt arbeid at ingen lokalsykehus skal legges ned.

Komiteen er enig i at det er viktig med kvalitet i alle ledd i sykehusene, og har merket seg at det nok en gang har kommet en rapport fra Helsetilsynet med anmerkninger om fødetilbudet. Komiteen viser til at Stortinget i 2001 fastsatte kriterier for hvordan fødetilbudet skulle differensieres og desentraliseres for å bedre kvaliteten. Det har vært krevende å få oppslutning om en slik differensiering. Komiteen ser derfor fram til at det legges fram en stortingsmel- ding om fødselsomsorgen, der også svangerskap og barselomsorgen drøftes. Dette vil gi en god anledning

til å diskutere både kvaliteten og organiseringen av tjenesten.

Med befolkningens økende alder øker også beho- vet for indremedisinske spesialisttjenester, både i form av et forsterket akutttilbud ved lokalsykehusene, men også i form av et mer bredspektret planlagt behandlingstilbud innenfor indremedisin og geriatri og i form av et tettere samarbeid mellom lokalsyke- husene, den hjemmebaserte omsorgen og sykehjem- mene i pasientenes hjemkommuner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er glad for at statsråden i sin redegjørelse så sterkt vektlegger til- rettelegging for denne typen funksjoner ved lokalsy- kehusene og innenfor primærhelsetjenesten. Flertal- let vil samtidig betone nødvendigheten av at når det foretas endringer i oppgavefordelingen mellom sykehusene, må de mindre sykehusenhetene sikres tilførsel av nevnte oppgaver i forkant av eller samti- dig med at andre oppgaver forsvinner, som ledd i å sikre fortsatt faglig rekruttering og for å hindre at det oppstår utrygghet i befolkningen om at spesialisttje- nestetilbudet helt forsvinner.

Komiteen vil påpeke at utviklingen av nye tje- nester vil kreve administrative og økonomiske insen- tiver for å kunne utvikle disse. I konkurransen om ressursene er det ikke gitt at man lykkes med ambu- lerende spesialisttjenester fra sykehus til kommunene eller med å etablere sykestueplasser dersom det ikke politisk tilrettelegges for virkemidler som stimulerer til denne typen etableringer.

Komiteen merker seg at statsråden i sin rede- gjørelse har trukket fram eksempler på spesielle enheter som løser oppgaver mellom første- og andre- linjetjenesten, som sykestua i Alta, områdeggeriatrik team i Namsos og den ambulante røntgentjenesten ved Ullevål sykehus.

Komiteen er enig med statsråden i at det bør tilrettelegges for denne typen tjenester, men er samti- dig bekymret for at denne typen oppgaver ikke synes høyt prioritert i helseforetakene.

Komiteen merker seg at alle høringsinstansene som har kommet med innspill til komiteen etter helse- og omsorgsministerens redegjørelse, har vekt- lagt bedret samhandling som et viktig virkemiddel for å styrke behandlingstilbudet til den enkelte pasi- ent. Komiteen viser i den forbindelse til Legefore- ningens høringsuttalelse, der det bl.a. uttrykkes:

"God behandling i spesialisttjenesten forutsetter god samhandling med kommunen, særlig for pasien- ter med behov for sammensatte tjenester. Selv min- dre endringer i primærhelsetjenesten har stor innvirk- ning på behovet for tjenester fra spesialisthelsetje-

nesten. Primærhelsetjenesten må sikres tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å sikre riktig behandling på rett sted- lavest effektive omsorgsnivå. Bedret samhandling avhenger for øvrig også av at helsetjenesten er på nett."

Komiteen deler dette synet og vil i den forbindelse påpeke at mens veksten i legeårsværk i spesialisthelsetjenesten var på 13,6 prosent i perioden 2002–2006, var tilsvarende økning for primærhelsetjenesten i samme periode på 3,1 prosent (SSB).

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener dette synliggjør et problem når det gjelder ressursfordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er, slik flertallet ser det, grunn til å anta at en jevnere fordeling av ressursveksten mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ville ha kunnet medvirke til at flere pasienter kunne ha fått sin behandling lokalt, og at behovet for viderehenvisning til den langt mer ressurskrevende spesialisthelsetjenesten i så fall hadde blitt redusert.

Det er etter komiteens syn viktig å følge den videre utviklingen av ressursbruken innenfor primær- og spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i at det skal være et logisk samsvar mellom ressursbehov og ressurstilførsel. Komiteen vil anmerke at det blant landets fastleger er tilnærmet 100 prosent tilgang til datajournal, mens spesialisthelsetjenesten ligger langt etter i utviklingen. Som ledd i å oppnå bedret samhandling er det etter komiteens syn viktig at kommune- og spesialisthelsetjenesten finner fram til nettbaserte løsninger som medfører lettere overføring av pasientdata, inkludert henvisninger og epikriser, samt laboratoriesvar og svar på tekniske undersøkelser som røntgenundersøkelser, CT, ultralydundersøkelser etc.

Komiteen er glad for den avtalen Regjeringen har inngått med KS for å oppnå bedre samhandling mellom kommunene og sykehusene, og ser med forventning fram til de resultatene dette samarbeidet kan resultere i.

Komiteen vil påpeke at målet med helsetjenestene må være å oppnå en best mulig helsetilstand i befolkningen. Forbruket av helsetjenester blir i denne sammenhengen bare et middel og ikke noe mål i seg selv. Helsetjenestene skal primært bidra til å hindre sykdom og sekundært til å diagnostisere og behandle sykdommer som allerede har oppstått. Komiteen er enig i at innsatsen når det gjelder forebyggende arbeid må styrkes.

Komiteen foreslår at redegjørelsen vedlegges protokollen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at helse- og omsorgsministeren i sin redegjørelse om sykehusøkonomien i svært liten grad valgte å gå inn på hvilke løsninger en ser for seg fra Regjeringens side for å møte dagens økonomiske utfordringer ved de regionale helseforetakene. En rekke målbare parametere viser at Norge har store utfordringer i helsesektoren. I 2007 økte antallet nye pasienter som kom i kø for å motta behandling ved landets sykehus, med ca. 20 000 sett i forhold til året før. Denne køen utgjør nå ca. 220 000 personer. Disse medlemmer vil videre vise til at Norge, som ett av svært få vestlige land, har en utstrakt bruk av korridorpasienter til tross for at det fra sentralt politisk hold er presisert at dette er en praksis som ikke er ønskelig. Dette kan ikke fortsette og må følgelig tas tak i på en langt bedre og mer effektiv måte enn det som er gjort frem til i dag. Det er videre verdt å merke seg at om lag 4 000 narkomane står i kø for å motta behandling, samt at hver sjette rehabiliteringsseng ved private rehabiliteringsinstitusjoner ikke var innbefattet i avtaler med de regionale helseforetakene i 2007. Dette skjer i en situasjon der behovet for denne typen tilbud langt overskrider det som tilbys. Disse medlemmer vil derfor understreke at en rekke målbare parametere viser at helsevesenet i Norge står overfor betydelige utfordringer. Videre vil disse medlemmer påpeke at Norge er et land med et svært høyt lønns- og prisnivå, noe som selvsagt påvirker utgiftene til sektoren uten at dette nødvendigvis betyr mer helse for pengene. En stadig eldre befolkning vil også åpenbart føre til økte helseutgifter i årene som kommer. Det er svært gledelig at utviklingen går i retning av at vi blir stadig eldre, men dette gjør at vi må være forberedt på at også helseutgiftene vil kunne stige som en konsekvens av dette. Disse medlemmer vil understreke behovet for å få opp den pasientrelaterte delen av helsepersonells arbeidskraft og mener det må gjøres strukturelle endringer for å få dette til.

Disse medlemmer viser til at Regjeringen i forbindelse med fremleggelsen av Revidert nasjonalbudsjett for 2008 ikke fullt ut ivaretar de økte pensjonskostnadene for de regionale helseforetakene og private institusjoner. Det faktum at Regjeringen velger å ikke fullt ut dekke inn denne kostnaden for de regionale helseforetakene, vil medføre en ytterligere svekkelse av egenkapitalen, som i neste omgang gir seg utslag i manglende evne til å kunne foreta nødvendige investeringer. Dette vil gi seg utslag i betydelige problemer også for de private sykehusene som er registrert som aksjeselskaper, og som dermed er avhengige av å ha en egenkapital som ikke er negativ. Disse medlemmer viser til at dette medfører at man skyver et problem foran seg, noe som vil med-

føre usikkerhet i sektoren frem til situasjonen har funnet sin endelige løsning.

Disse medlemmer har merket seg at statsråden tok til orde for samarbeid med andre land, blant annet knyttet til kreftbehandlinger. Det vises i denne sammenheng til Verdens Gang fra 14. mai 2008, der en kan lese at familien til en jente på 6 år selv har betalt et millionbeløp for at deres datter skulle få behandling i Tyskland. Denne jenta var gitt opp av det norske helsevesenet. Hun har etter behandlingen i Tyskland blitt kvitt sykdommen, men jentas familie har store økonomiske problemer. Disse medlemmer er kjent med en rekke slike tilfeller, hvor pasienter selv har betalt for behandling i utlandet som har reddet deres liv. Det er, slik disse medlemmer ser det, uakseptabelt at personer med økonomiske ressurser skal ha muligheten til å få et bedre helsetilbud enn andre. Disse medlemmer mener det bør være det offentliges oppgave å sørge for folks trygghet for liv og helse. Det er derfor, slik disse medlemmer ser det, nødvendig å bedre og øke omfanget av systemet der norske pasienter får komplisert medisinsk behandling i utlandet.

Disse medlemmer viser til at den økonomiske situasjonen i sykehussektoren er en sterkt medvirkende årsak til at viktige funksjoner ved lokalsykehus legges ned. Det er, slik disse medlemmer ser det, ønskelig med et desentralisert akuttjenestetilbud, disse medlemmer vil derfor legge til rette for at lokalsykehusene opprettholder denne viktige funksjonen.

Disse medlemmer viser videre til Regjeringens gjentatte uttalelser om at "ingen lokalsykehus skal legges ned". Disse medlemmer stiller seg undrende til hvorvidt dette er tilfellet, all den tid funksjoner blir fjernet fra lokalsykehusene. Disse medlemmer mener det er på høy tid at det fra politisk hold defineres hva som er et lokalsykehus, slik at man får en forutsigbarhet og trygghet hos befolkningen som sogner til sitt lokalsykehus.

Disse medlemmer deler statsrådens syn på nødvendigheten av bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer mener det må innføres et nytt finansieringssystem, der pengene følger brukeren til den som utfører tjenesten, enten dette er i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Dagens situasjon fører, slik disse medlemmer ser det, til et overforbruk av dyre sykehussenger, mens det på den andre siden skrives ut pasienter for fort fra sykehusene som følge av manglende kapasitet. Disse medlemmer viser til at dette medfører en ressurskamp mellom kommunene og helseforetakene, som igjen gjør pasienten til taperen. Disse medlemmer mener derfor det mest hensiktsmessige hadde vært om pengene kom

fra én pengesekk, slik at denne ressurskampen hadde blitt fjernet.

Komiteens medlemmer fra Høyre påpeker at det har vært en betydelig vekst i de reelle bevilgninger til spesialisthelsetjenesten etter helseforetaksreformen. Videre har det vært en betydelig vekst både i antall pasientbehandlinger og i antall årsverk i helsetjenesten. Disse medlemmer konstaterer at helseforetakene likevel står overfor betydelige utfordringer for å innfri kravet om at driften skal være i økonomisk balanse. Slik disse medlemmer ser det, skyldes dette i hovedsak strukturelle svakheter i organiseringen av helsetjenesten, mangelfull prioritering og svak økonomisk styring. Norge er i verdenstoppen med hensyn til bruk av ressurser på helse. I en internasjonal sammenlikning av hvor mye de enkelte land får igjen for hver helsekrone, foretatt av Health Consumer Powerhouse, rangeres imidlertid Norge på 16. plass. Dette indikerer, slik disse medlemmer vurderer det, at hovedproblemet i helseforetakene ikke er knyttet til nivået på bevilgningene, men til hvordan ressursene brukes. Forholdet mellom økende forventninger til helsetjenesten, den raske medisinsk-teknologiske utviklingen og begrensede økonomiske rammer er også en sentral utfordring i sektoren. Selv om disse utfordringene ikke kan løses gjennom økte rammer, er det viktig å sikre at fordelingen av ressurser mellom helse-regionene sikrer et likeverdig helsetilbud over hele landet. Høyre vil derfor i sitt alternativ til revidert nasjonalbudsjett foreslå økte bevilgninger til Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Nord som vil bidra til å rette opp underfinansieringen av disse helse-regionene. Det anses imidlertid ikke å være forsvarlig å redusere bevilgningen for Helse Sør-Øst, som står overfor betydelige utfordringer både for å nå balansekravet og for å gjennomføre bedre funksjonsfordeling i hovedstadsområdet.

Disse medlemmer vil særlig påpeke misforholdet i fordelingen av ressurser mellom primærhelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten på den ene siden, og spesialisthelsetjenesten på den andre. Norge har i dag knapt 2,9 sykehussenger per 1 000 innbyggere, mens Sverige har 2,2 sykehussenger per 1 000 innbyggere inkludert geriatrik rehabilitering, dvs. 30 prosent færre. Sverige har imidlertid betydelig flere plasser i sykehjem og rehabilitering, og det er en viktig årsak til at Sverige rangeres betydelig høyere enn Norge i nevnte undersøkelse av kostnadseffektiviteten i helsetjenesten i ulike land. Slik disse medlemmer ser det, er det nødvendig å ruste opp primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene i kommunene, for å sikre at pasientene får bedre pleie og helsehjelp i sitt nærmiljø i tråd med LEON-prinsippet. Det er særlig viktig å

styrke helsetjenesten i sykehjem og tilbudet innenfor habilitering og rehabilitering, for å begrense unødvendige og belastende sykehusinnleggelser for syke eldre og andre pasientgrupper. Det neste store helsepolitiske satsingsområdet må være innenfor habilitering og rehabilitering. Dette vil gi mange mennesker bedre mulighet til å oppleve mestring og livskvalitet i hverdagen og samtidig redusere behovet for helse- og omsorgstjenester.

Slik disse medlemmer ser det, er det også helt nødvendig å sikre bedre organisering av pasientforløp internt i helseforetakene og i helsetjenesten. Mens sykehusene oftest er organisert i vertikale enheter, går pasientforløpene på tvers av disse. Dette fører til dårlig informasjon, ventetid og dobbeltarbeid. Erfaringer med forbedringsprosesser internt i sykehusene viser svært gode resultater både for pasientene og for ressursutnyttelsen. Disse medlemmer mener at helse- og omsorgsministeren må ta ansvar for at det iverksettes slike forbedringsprosesser i alle helseforetak. Videre er det nødvendig å sikre fortgang i arbeidet med utvikling av et finansierings-system som sikrer mer helhetlige behandlingsforløp.

Det påpekes videre at en undersøkelse foretatt av McKinsey på oppdrag for helse- og omsorgsdepartementet viser at merkostnadene knyttet til manglende samordning av helsetjenesten i hovedstadsområdet beløper seg til om lag 900 mill. kroner per år. En arbeidsgruppe nedsatt av samme departement viste muligheter for innsparinger opp mot en milliard kroner per år gjennom bedre samordning av støttefunksjoner, administrasjon og innkjøp. Disse medlemmer har store forventninger til at sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør skal sikre bedre pasientbehandling, forskning og organisering av spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet. Videre mener disse medlemmer at det fortsatt må arbeides med å sikre en mer effektiv forvaltning av støttetjenester og administrative funksjoner i alle helseregionene.

Disse medlemmer påpeker at både ventetiden for behandling og køene til spesialisthelsetjenesten øker. Samtidig har private helseinstitusjoner ledig kapasitet. Private aktører er et viktig supplement og korrektiv til den offentlige helsetjenesten, som bidrar til større mangfold og valgfrihet, samt fagutvikling og effektivisering av helsetjenesten. Regjeringens politikk for å begrense bruk av private aktører fører til at stadig flere pasienter må vente for lenge på nødvendig helsehjelp. Innenfor rusbehandling har ventetiden økt det siste halvannet året, samtidig som Helse Sør-Øst sier opp 49 plasser i private rusinstitusjoner. Aleris sykehus har fått redusert sin avtale om behandling av pasienter i samme helseregion og opplever som følge av dette en dobling i antall pasienter som betaler nødvendig behandling selv. Disse med-

lemmer mener Regjeringens politikk fører til en klassedelt helsetjeneste, der bare de som har god økonomi, kan kjøpe seg ut av en stadig økende helsekø. En bedre utnyttelse av ledig kapasitet hos private aktører vil bidra til bedre helsehjelp for pasientene og en bedre utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren.

Disse medlemmer mener omstillinger i helseforetakene er helt nødvendig for å sikre bedre pasientbehandling og balanse i driften av sykehusene. Samtidig er det avgjørende at omstillingstiltak ikke bærer preg av kortsiktige løsninger, som har uheldige konsekvenser både for behandlingstilbudet og for samfunnsøkonomien. Det er derfor nødvendig at det foretas grundige konsekvensanalyser av omstillingstiltakene i et samfunnsperspektiv.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener det må iverksettes tiltak på en rekke områder for å bedre den økonomiske situasjonen i sykehusene. Ledelse av sykehusene må styrkes, både overordnet og lokalt. I Dagens Næringsliv 21. mai 2008 vises det til at det er dramatiske forskjeller i produktivitet mellom norske og finske sykehusleger og sykepleiere. Finske leger skriver ut nær 80 prosent flere pasienter per årsverk enn norske leger, og finske sykepleiere var 40 prosent mer effektive enn norske sykepleiere. Norge har dobbelt så mange sykepleiere som Finland, og 50 prosent høyere legedekning. Effektivitet og produktivitet i sykehus kan være vanskelig å måle og sammenlikne mellom land, blant annet fordi det kan være kvalitetshensyn og brukerperspektiver som ikke kommer frem. Like fullt kan fokus på antall møter og operasjoner og tid brukt til forskning påvirke effektiviteten.

Dette medlem viser til Magnussen-utvalgets innstilling (NOU 2008:2) der utvalget påpeker at de regionale helseforetakene har et ansvar for å tilpasse sin forskningsaktivitet til de økonomiske rammebetingelsene, og at departementet må utrede og se på omfanget av medisinskfaglig forskning, og hvordan finansieringen av denne ikke går på bekostning av bevilgninger til pasientbehandling.

Dette medlem er bekymret for manglende samhandling mellom kommunenes helsetjenester og sykehusene, herunder at kommunene står for dårlig rustet til å ta imot pasientene som kommer fra sykehusene, og at mennesker som kunne vært behandlet i kommunehelsetjenesten, sendes til sykehus. Svingdørpasienter og korridorpasienter hører ikke hjemme i vår helsetjeneste. Dette medlem viser til undersøkelse fra Akershus universitetssykehus som viste at 10 pasienter døde samme dag som de ble sendt hjem, og 40 døde den første uken. Videre kom 53 av 752 pasienter tilbake innen to uker etter utskrivelse. Undersøkelsen dokumenterer at syke eldre blir sendt

frem og tilbake mellom sykehus og sykehjem. Dette medlem etterlyser handlingsplanen for spesialisthelsetjenester for eldre som var varslet høsten 2007, og som ennå ikke har kommet.

Dette medlem vil vise til et vellykket samhandlingsprosjekt mellom St. Olavs hospital og Trondheim kommune, der antallet korridorpasienter sank med 12 pasienter per dag, og eldre i større grad klarte seg selv etter utskrivelse som følge av opprettelse av intermediære avdelinger i sykehjem. Denne type samhandlingsprosjekter mangler mange steder i landet som følge av at det ikke finnes gode finansieringsordninger for slik samhandling. Siden kommune og sykehus ikke blir enige om finansieringen, blir ikke prosjektene noe av. Samhandling innen somatikk, psykiatri og rusfeltet ville kunne hindre reinnleggelser og korridorpasienter, og pasienter ville kunne få større grad av mestring og trygghet. Dette medlem ber Regjeringen opprette finansieringsordninger som sikrer slik samhandling.

Dette medlem vil vise til at sykehusreformen ble valgt med tanke på å få en indirekte politisk styring gjennom foretaksmodellen, blant annet for å få til bedre samordning mellom fylkene, få et likere helsetilbud i hele landet, bedre tilgjengelighet gjennom kortere køer og ventetider og ikke minst bedre kontroll med økonomien. Evalueringer av sykehusreformen viser at produktiviteten og aktivitetsutviklingen har blitt bedre. Prioriteringspraksis synes ikke å ha blitt utjevnet mellom de regionale helseforetakene. Det har imidlertid blitt mer ensartet praksis innad i de fleste helseforetakene. Noe urovekkende observeres en tendens til at lavere prioriterte grupper har fått relativt størst reduksjon i ventetider, noe som tolkes som en forverring av prioriteringspraksis.

Når det gjelder samarbeid og koordinering mellom statlig eide sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester, viser resultatet at det er en effekt av samhandling på liggetidene for pasientene med behov for institusjonsplass etter utskrivning, mens sykehusreformen ikke har hatt noen klar virkning på samhandlingen mellom de to forvaltningsnivåene. Videre kan halvparten av økningen i antallet pasientopphold fra 2001 til 2004 tilskrives at flere pasienter får behandling. Den andre halvparten kan tilskrives flere opphold per pasient.

Vi ser nå at fokus på økonomi helt ned på avdelingsnivå på sykehusene er styrende for prioritering og kvalitet i helsetjenesten, slik Sosial- og helsedirektoratet uttrykker bekymring for i sin rapport om innsatsstyrt finansiering som ble lagt frem i 2007. Innsatsstyrt finansiering (ISF) var ment som et styringsverktøy for de regionale helseforetakene og ikke som et prioriteringsverktøy for lønnsomme og ulønnsomme pasienter. Sykehusene ser ISF som en mulighet for inntektsøkning. Dette medlem er bekym-

ret for at det blir lagt for mye vekt på økonomi i sykehusene, slik at presset om rask utskrivelse øker, og at dette særlig rammer de sykeste eldre. Dersom en slik vektlegging går for langt, mener dette medlem det er sterkt bekymringsfullt.

Krav fra befolkningen og den medisinske utviklingen gjør at helsetjenestene ikke er et statisk område, men vil kreve dynamikk. Det synes å være et stadig større ønske om kvalitet på tjenestene, og pasienter synes dermed å være villige til å flytte på seg, fremfor å bli behandlet i nabolaget.

Dette medlem mener det bør komme justeringer av reformen slik at vi kan få et system som legger opp til større grad av sammenheng mellom helsetjenestene, fra forebygging til behandling til rehabilitering. Det trengs en forsterket styring med innholdet i helsepolitikken fra Stortingets og Regjeringens side. Dagens system skaper ikke tillit i befolkningen, selv om statsråden sier at hun har tillit til helseforetakene. For Kristelig Folkeparti er det viktig å understreke at utviklingen av sykehusstruktur og akuttberedskap må være en politisk styrt prosess, der det tas hensyn til geografiske, klimatiske og medisinskfaglige forhold, og ikke utelukkende økonomi. Det trengs et system som hindrer at økonomi blir styrende for behandlingen som gis på den enkelte avdeling. Det må bli slutt på å prioritere lønnsomme operasjoner i stedet for å prioritere de sykeste pasientene.

Dette medlem er bekymret for at mange pasienter opplever å være kasteballer mellom ulike nivåer i systemet. Det trengs et finansieringssystem som henger bedre sammen på tvers av nivåene i helsetjenestene. Videre må det som skjer i sykehusene, ses i sammenheng med det som skjer i kommunene. Uten en opprusting av helsetilbudet i kommunene vil det bli et for stort trykk på sykehusene.

Dette medlem viser til at statsråden trekker frem Cochlea implantat-operasjoner som et eksempel på bedre behandlingsmuligheter i helsetjenesten. Dette medlem vil vise til Innst. O. nr. 51 (2007–2008) om endringer i opplæringsloven og privatskoleloven, der det fremmes forslag om at elever som trenger talespråklig utvikling, sikres like rettigheter, uavhengig av om de bruker tegn eller tale som kommunikasjonsform. Målet med CI-operasjon er i mange tilfeller at barna skal bli talespråklige, og de trenger dermed hjelp til utvikling av talespråk. CI-opererte barn vil ofte fungere som lett til moderat tunghørte, med de utfordringer et slikt kommunikasjonshandikap medfører i en opplærings situasjon. Et tilbud om tale- og lyttetrening vil være like vesentlig for talespråkutviklingen og kommunikasjonsevnen for denne gruppen som tegnspråkopplæring er for døve. I en rekke oppslag i mediene kommer det frem at mange barn ikke får den oppfølging etter CI-operasjon som de har behov for, og at de dermed ikke

utvikler språk. Dette medlem mener det er sterkt beklagelig, og vil understreke at dette må tas tak i av helse- og omsorgsministeren.

Statsråden uttalte i sin redegjørelse at det på enkelte spesielle områder vil kunne være aktuelt å samarbeide med andre land om behandlingstilbud. Dette medlem vil i den sammenheng vise til at enkelte barn med ganefeil ikke har hatt et tilfredsstillende behandlingstilbud i Norge.

Videre uttalte statsråden at ingen lokalsykehus skal legges ned. Dette medlem vil vise til at Mandal sykehus allerede er lagt ned. Ved Stensby sykehus driftes nå kun 25 senger av tidligere 60, samtidig som det uttrykkes bekymring for at Nye Akershus universitetssykehus vil få for få senger. På Florø sykehus er sengeposten nedlagt.

Dette medlem vil uttrykke bekymring for at pensjonsutgiftene i 2007 til de private, ideelle institusjonene ikke dekkes i forslag til Revidert nasjonalbudsjett for 2008. For at slike institusjoner skal kunne fungere som supplement og korrektiv til den offentlige helsetjenesten, må de sikres tilfredsstillende rammebetingelser. Dette medlem mener dette bør følges opp i forbindelse med behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett for 2008.

Dette medlem viser til den pågående hovedstadsprosessen, der det benyttes grunnlagsmateriale fra Sintef Helse om hva sengebehovet i området vil være i årene fremover. Det er fra flere instanser påpekt feil i dette materialet, og det vil dermed være sterkt beklagelig dersom det planlegges for et for lavt antall senger. Det vil kunne medvirke til press om kortere liggetid og et økt antall korridorpasienter, noe som kan gå ut over kvaliteten på behandlingen.

Komiteens medlem fra Venstre understreker at tiden er overmoden for å komme frem til beslutninger om sykehusenes fremtid. I dag bruker stat og kommune 19 prosent av sine økonomiske ressurser på helse. Årsakene er sammensatt; vi blir stadig eldre og mer pleietrengende, flere overlever alvorlig kreftsykdom og trenger ofte livslang behandling. Sykdommer som folk tidligere døde av, kan i dag behandles. Medisinske fremskritt gjør at nesten alt kan behandles, og den perfekte helse tilstrebes i for stor grad. I tillegg er Norge i alle sektorer et høykostland.

Det er særlig to områder hvor det kreves sterkere styring etter dette medlems mening. Det er politikerne som har ansvar for økonomiske prioriteringer og ressursbruk. Dette medlem mener det er viktig med nøkternhet og ansvarlighet i den økonomiske politikken, også på helseområdet.

Å forebygge har etter dette medlems mening et stort potensial for å begrense pasientstrømmen til sykehusene. Ressurser må omfordes fra spesialist-

nivå til primærhelsenivå, og det må satses mer på rehabilitering.

Dette medlem understreker at LEON-prinsippet, behandling på lavest mulig nivå, er de fleste enige om i teorien. I praksis fungerer ikke dette så godt. Her har fastlegene et stort ansvar for å prioritere dem som virkelig trenger spesialisert oppfølging, mot dem som kan klare seg fint med enklere oppfølging. Det handler ofte om å ta seg tilstrekkelig tid med hver enkelt pasient, noe mange er flinke til å gjøre, men hvor det fortsatt er potensial. Kommunene har også et ansvar, de utnytter ikke den mulighet som fastlegeavtalen gir til offentlig legearbeid. I gjennomsnitt arbeider en fastlege 5,0 til 5,5 timer i offentlig legearbeid, mens avtalen gir anledning til å pålegge legene 7,5 timer per uke. Dette medlem fremholder at dette er et viktig tiltak for å stoppe noen av de uberettigede henvisningene til spesialisthelsetjenesten som fører til køer.

Dette medlem vil ha flere leger og sykepleiere med kompetanse på sammensatte sykdommer på sykehjem, og de må kunne ta beslutninger og se når eldre er i terminalfasen og mest av alt trenger ro rundt seg. Omfattende operasjoner bør i sterkere grad vurderes i lys av allmenn helsetilstand. Det brukes svært mye ressurser på sykehusene, som i stedet kunne vært brukt på sykehjem og gitt eldre en verdig avslutning på livet.

Politikk, og særlig helsepolitikk, handler om å prioritere. Det er derfor vi trenger råd fra Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, men så må også flere politikere tørre å ta disse vanskelige prioriteringsdebattene.

Dette medlem understreker at de aller eldste vil utgjøre en stor og behandlingstrengende gruppe på sykehusene i fremtiden, og derfor er det viktig med nærhet til sykehusene for både pasienter og pårørende. Lokalsykehusene skal være ryggraden i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjeneste bør i størst mulig grad tilbys desentralisert med god kvalitet og kostnadseffektivitet.

Lokalsykehusene har en avgjørende funksjon i sykehusstrukturen. Lokalsykehusenes rolle er etter dette medlems mening uavklart, og deres rolle må styrkes ikke minst med tanke på at eldre pasienter ofte velger det nærmeste sykehuset. Men dette medlem mener ikke at vi trenger kreftbehandling på 55 sykehus i landet. Det er ikke forsvarlig for pasientene. Akutfunksjonene må som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap og anestesileger i døgnberedskap og i tillegg tilgjengelig røntgen og laboratorietjenester. De bør etter dette medlems mening kunne tilby elektive kirurgiske tjenester, i hovedsak ortopedi, innrettet mot store pasientgrupper organisert enten som dagkirurgi eller med mulighet for innleggelse i sengepost. Det har vært en

enorm mengde utredninger og rapporter som er blitt skrevet, knyttet til finansiering, lokalisering og innhold. En av hovedutfordringene for sykehusene er at prisingen av den enkelte pasients behandling ikke er god nok. Dagens finansiering reflekterer ikke et helhetlig pasientforløp og gir ikke incitament til samhandling mellom sykehusene og primærhelsetjenestene. Dette medlem påpeker at samhandlingselementet må inn i prissystemet.

Lokalsykehusene bør innrette sine tjenester og sin kompetanse mot store pasientgrupper, framfor alt kroniske syke og eldre, samt pasienter innen psykisk helse og rusbehandling og pasienter som trenger planlagte kirurgiske tjenester.

Helseforetaksreformen skulle blant annet føre til harmoni mellom bevilgninger og forbruk. Men aldri har underskuddene vært større enn etter at helseforetaksreformen kom på plass. Derfor understreker dette medlem at helseforetaksreformen som økonomisk styringsredskap har vært mislykket.

Dette medlem konstaterer at det ikke er mulig å forebygge alderdom, men at det er mulig å forebygge skader. Fallulykker både i og utenfor

hjemmet er ofte årsak til at eldre havner på sykehus og deretter sykehjem. Venstre har foreslått at alle kommuner skal gi et tilbud om enkle vaktmestertjenester. Bare det å sørge for strøing av gate, fortau og vei har et stort potensial slik at eldre unngår å brette lårhalsen. Litt hjelp av vaktmester i egen bolig er med på å gjøre mange eldre i stand til å bo hjemme lenger. Disse enkle tiltakene kunne redusert noe press på sykehusene.

Dette medlem understreker at helsestasjoner for ungdom er vel anvendte ressurser. Det skal satses mer på forebyggende tiltak og lavterskeltilbud spesielt for ungdom. Ikke alle unge med et psykisk problem trenger spesialistbehandling. For noen er det nok med en å snakke med. Flere helsesøstre inn på skolen, som Venstre har foreslått, vil være et steg i riktig retning.

Innenfor systemet med Legemiddelassistert behandling (LAR) er køene lange, og dette gjør at mange rusmiddelmisbrukere gir opp. I tillegg blir mange kastet ut av LAR på grunn av sidemisbruk. Det vises derfor til Dokument nr. 8:75 (2007–2008) hvor Venstre har foreslått en ny ruspolitikk.

2. SAMMENDRAG AV REPRESENTANTFORSLAG NR 83 (2007–2008)

Det fremmes i dokumentet følgende forslag:

"På statsbudsjettet for 2008 gjøres følgende endringer:

Kap.	Post	Formål	Kroner
732		Regionale helseforetak	
	72	Tilskudd Helse Sør-Øst RHF, økes med	839 100 000
	73	Tilskudd Helse Vest RHF, økes med	280 650 000
	74	Tilskudd Helse Midt-Norge RHF, økes med	203 100 000
	75	Tilskudd Helse Nord RHF, økes med	177 150 000"

Forslagsstillerne uttaler at det er kommet en rekke signaler som tyder på at den økonomiske situasjonen ved de regionale helseforetakene er av en slik art at det vil måtte gå ut over pasientbehandlingen. Det uttales videre at situasjonen fører til økt sykefravær blant helsepersonell.

Det framholdes at antallet som venter i sykehuskø, økte med 20 000 i 2007, og at køen nå omfatter 220 000 mennesker. Forslagsstillerne mener kutt- og innsparingskrav som innebærer nedbemanning, vil ramme pasientene og medføre at antallet på ventelister øker.

Forslagsstillerne viser til store geografiske skjevfordelinger når det gjelder bevilgningene mellom de ulike helseregionene, og anmoder Stortinget om at skjevfordelingen rettes opp senest i statsbudsjettet for 2009 ved at de underfinansierte regionene får tilført økte midler.

Forslagsstillerne understreker behovet for strukturendringer innenfor sykehussektoren og mener det

er nødvendig at strukturendringene og tiltak som er nødvendige på lengre sikt, gis fornuftige tidsmessige og økonomiske rammevilkår.

Forslagsstillerne mener det vil være nødvendig med en styrking på 1,5 mrd. kroner av de regionale helseforetakenes inneværende års budsjett.

2.1 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til helse- og omsorgsministerens redegjørelse til Stortinget 26. februar 2008 om den økonomiske situasjonen ved landets helseforetak. Av redegjørelsen framgår det at sykehusene fikk styrket sin økonomi med 3,9 mrd. kroner eller 5 prosent i 2008 sammenlignet med saldert budsjett for 2007. I tillegg til dette har det vært en budsjettøkning på ca. 3,2 mrd. kroner som

ledd i å dekke forventet pris- og lønnsvekst inneværende år. Samlet sett gir dette en budsjettøkning på ca. 9 prosent sammenlignet med saldert budsjett for 2007.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet støtter statsrådets vurdering av at en vesentlig årsak til at det i enkeltforetak er behov for å kutte i kostnadene, er at disse over tid har brukt mer penger enn det Stortinget har bevilget. Statsråden påpekte i sin redegjørelse at dette er en utvikling som ikke kan fortsette, og at den i sitt vesen er grunnleggende udemokratisk fordi den innebærer manglende respekt for de rammer helseforetakene har å forholde seg til, og de politiske vedtakene som er fattet.

Disse medlemmer merker seg at utviklingen i flere av helseforetakene har gått i positiv retning slik at man nærmer seg en balanse i budsjettene. I denne situasjonen vil det etter disse medlemmers syn være helt ødeleggende for motivasjonen til å overholde budsjettene dersom Stortinget midt i et budsjettår og utenom de vanlige budsjetttrundene relatert til revidert nasjonalbudsjett og statsbudsjett skulle etterbevilge midler, slik forslagsstillerne legger opp til.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, vil påpeke at mens spesialisthelsetjenesten har hatt en betydelig kostnadsvekst i perioden 2002–2008, så har den tilsvarende kostnadsveksten innenfor primærhelsetjenesten, rusmiddelbehandlingen og innenfor det forebyggende helsearbeidet vært langt mer beskjeden. Det vil etter flertallets syn være urimelig at virksomheter som forholder seg lojalt til vedtatte budsjettammer, skal bli budsjettapere fordi Stortinget hele tiden må etterbevilge midler til de deler av helsetjenesten som ikke gjør det. Også på denne bakgrunnen vil flertallet understreke det urimelige i å komme representantenes forslag i møte, slik det framkommer i Dokument nr. 8:83 (2007-2008).

Flertallet foreslår at representantforslaget ikke bifalles.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at antallet som venter i helsekø, steg med 20 000 i 2007, noe som førte til at det totale antallet var 220 000. Når man nå er vitne til kuttforslag og innsparingskrav som innebærer en nedbemanning av både personell og sengeposter, vil dette måtte medføre, slik disse medlemmer ser det, at ventelistene øker.

Innsparingskravene for inneværende år er svært betydelige, og disse medlemmer viser til Dagbladets artikkel fra 8. mars 2008 hvor det vises til de kutt som må foretas ved de 8 største sykehusene, fordelt på samtlige fire helseregioner. Det vises her til kutt som blant annet rammer barn, hjertepasienter, kreftbehandling og psykiatri. Det er, slik disse medlemmer ser det, liten tvil om at kuttene kommer til å ramme pasienter.

Disse medlemmer viser videre til St.prp. nr. 44 (2006–2007) hvor det ble gitt tilleggsbevilgninger til de regionale helseforetakene med nærmere 800 mill. kroner.

Disse medlemmer vil understreke behovet for strukturendringer innenfor sykehussektoren. Slik disse medlemmer ser det, er det nødvendig at strukturendringene og de tiltak som er nødvendig på lengre sikt, gis fornuftige rammevilkår, både hva gjelder tid og økonomi. Disse medlemmer mener derfor man må arbeide langsiktig med å gjennomføre de fornuftige tiltak for omstrukturering i norsk sykehussektor, slik at endringene ikke rammer pasientbehandlingen. Disse medlemmer mener derfor det vil være behov for friske midler på nåværende tidspunkt, slik at pasienttilbudet ikke blir forverret som følge av manglende økonomi hos de regionale helseforetakene.

Disse medlemmer viser videre til helseminister Sylvia Brustads redegjørelse for Stortinget den 26. februar 2008, hvor hun uttalte:

"Det kan nå se ut til at sjukehusa samlet sett vil gå med et underskudd på om lag 1,5 mrd. kroner i 2007 sett i forhold til resultatkravet, men her må jeg understreke at vi ikke har de endelige tallene ennå."

Det er også grunn til å påpeke at i tillegg til dette vil det også kunne påløpe til dels betydelige ekstrautgifter i forbindelse med det pågående lønnsoppgjøret for helsesektoren. Det er i budsjettet for 2008 lagt til grunn en lønnsvekst på 5 prosent. Når en ser hvilken retning andre oppgjør har tatt denne våren, er det grunn til å tro at lønnsveksten blir over det som er lagt til grunn i statsbudsjettet for inneværende år. Det er ikke lagt opp til en kompensasjon for en lønnsvekst utover 5 prosent.

Disse medlemmer er av den oppfatning at det vil være nødvendig med en styrkning av de regionale helseforetakenes inneværende års budsjett med minst 1,5 mrd. kroner. Dette vil, etter disse medlemmers syn, sørge for at kutt i pasienttilbudene kan reverseres. Disse medlemmer vil på denne bakgrunn varsle at Fremskrittspartiet i forbindelse med behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett for 2008 vil fremme forslag om en tilleggsbevilgning til de regionale helseforetakene for å kunne møte de økonomiske utfordringene disse nå har. Disse

medlemmer fremmer forslag om at representantforslaget vedlegges protokollen.

3. FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Dokument nr. 8:83 (2007–2007) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Vigdis Giltun, Jan-Henrik Fredriksen og Harald Valved om tilleggsbevilgninger til de regionale helseforetakene – vedlegges protokollen.

4. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteens tilråding til I fremmes av en samlet komité. Komiteens tilråding til II fremmes av Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre.

Komiteen viser til redegjørelsen, representantforslaget og merknadene og rå Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

I

Helse- og omsorgsministerens redegjørelse 26. februar 2008 om den økonomiske situasjonen ved landets helseforetak vedlegges protokollen.

II

Dokument nr. 8:83 (2007–2008) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Vigdis Giltun, Jan-Henrik Fredriksen og Harald Valved om tilleggsbevilgninger til de regionale helseforetakene – bifalles ikke.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 29. mai 2008

Harald T. Nesvik

leder

Olav Gunnar Ballo

ordfører

