

**Møte onsdag den 10. desember kl. 10**

President: J ø r g e n K o s m o

D a g s o r d e n (nr. 31):

1. Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2004 vedkommende Sosialdepartementet (rammeområde 15) og Helsedepartementet (rammeområde 16)  
(Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004), jf. St.prp. nr. 1 (2003-2004) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 6 (2003-2004))
2. Forslag fra stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet oversendt fra Odelstingets møte 2. desember 2003 (jf. Innst. O. nr. 23):  
«Stortinget ber Regjeringen om å utarbeide en behandlingsgaranti der barn og unge med tiltak fra barnevernet gis en lovhjemlet rett til behandling for rus og psykiatri.»
3. Referat

**Presidenten:** Representantene André *Kvakkestad* og Siri Hall *Arnøy*, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

*Valg av settepresident*

**Presidenten:** Presidenten vil foreslå at det velges to settepresidenter for Stortingets gjenstående møter i inneværende uke – og anser det som vedtatt.

Presidenten ber om forslag på settepresidenter.

**Jens Stoltenberg (A):** Jeg foreslår Oddbjørg Ausdal Starrfelt og Ranveig Frøiland.

**Presidenten:** Oddbjørg Ausdal Starrfelt og Ranveig Frøiland er foreslått som settepresidenter. – Andre forslag foreligger ikke, og Oddbjørg Ausdal Starrfelt og Ranveig Frøiland anses enstemmig valgt som settepresidenter for Stortingets gjenstående møter inneværende uke.

Før sakene på dagens kart tas opp til behandling, vil presidenten foreslå at Stortingets møte i dag avbrytes kl. 12.15, for at representantene skal kunne delta ved utdelingen av Nobels fredspris i Oslo rådhus. Som en følge av dette vil presidenten foreslå at møtet settes igjen kl. 15.30 og fortsetter utover den reglementsmessige tid til dagens kart er ferdigbehandlet. – Ingen innvendinger er kommet mot presidentens forslag, og det anses vedtatt.

S a k n r . 1

*Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2004 vedkommende Sosialdepartementet (rammeområde 15) og Helsedepartementet (rammeområde 16)* (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004), jf. St.prp. nr. 1 (2003-2004) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 6 (2003-2004))

**Presidenten:** Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 2 timer og 40 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene:

Arbeiderpartiet 40 minutter, Høyre 35 minutter, Fremskrittspartiet 25 minutter, Sosialistisk Venstreparti 20 minutter, Kristelig Folkeparti 20 minutter, Senterpartiet 10 minutter, Venstre 5 minutter og Kystpartiet 5 minutter.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til replikkordskifte med inntil fem replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen innenfor den fordelte taletid.

Videre blir det foreslått at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

**John I. Alvheim (FrP)** (komiteens leder): Av en total bevilgning fra finansinnstillingen på ca. 268 milliarder kr på ramme 15 og 16 har sosialkomiteen, altså fagkomiteen, etter fire ukers intenst budsjettarbeid maktet å flytte på 22 mill. kr. Jeg stiller meg spørsmålet, og flere burde gjøre det samme: Har det lenger noen hensikt, og er det riktig prioritering av fagkomiteenes kostbare tid å bruke tre–fire uker på en budsjettbehandling nr. 2 i fagkomiteene, når rammene fra finansinnstillingen er fastlagt på kapitler og poster?

I den nye situasjonen for fagbudsjettbehandlingen, med svært begrenset rom for pengeflytting, har partifraksjonene i sosialkomiteen på en meget positiv og konstruktiv måte valgt å skrive omfattende merknader på de aller fleste helse- og sosialpolitiske områder. De ulike fraksjoner har gitt uttrykk for de respektive partiers fremtidige målsetting for sin helse- og sosialpolitikk. Et betydelig antall eksterne høringer fra ulike brukerorganisasjoner i november har gitt medlemmene av komiteen viktig og nyttig informasjon om problemer som mange brukere sliter med der ute. Innstillingen er av denne grunn blitt ganske omfattende. Selv om det er mange hilsener hjem, fra Hakadal til Rauland, er det mye verdifull lesning i den verbale delen av den foreliggende innstilling. Jeg vil særlig anbefale departementet og embetsverket å lese innstillingen nøye. Det kunne være at Stortingets sosialkomite også har noe å lære fra seg til departementet og den politiske ledelse.

Det av Bondevik-regjeringen fremlagte statsbudsjett for 2004 var og er kanskje verre enn fjorårets budsjettforslag på helse- og sosialsektoren. Forslaget om å redusere ISF-andelen fra 60 pst. til 40 pst., skyhøye egenandeler og kun 1,2 milliarder kr i tilleggsbevilgning til helseforetakene, ikke mer til psykiatrien og intet til å styrke bemanningen i eldreomsorgen opplevde jeg som en ren provokasjon mot Fremskrittspartiet, hvor Regjeringen i utgangspunktet stengte dørene for reelle budsjettforhandlinger med partiet.

Jeg har tidligere gitt honnør til helseministeren for hans positive oppfølging ved gjennomføringen av sykehusreformen, som hans eget parti var sterkt imot. Etter fremleggelse av årets statsbudsjett og St.meld. nr. 5 er

jeg nå meget usikker på helseministerens fremtidige agenda for reformen. Begrunnelsen for å redusere ISF-andelen fra 60 pst. til 40 pst. oppgis fra departementet å være av prioriteringshensyn, men dette må være en vikarierende argumentasjon. I dag har man en overfinansiering av korte døgnopphold, og slik jeg ser det, vil en 40 pst. ISF-andel bare forsterke uønskede prioriterings-effekter. En reduksjon av ISF-andelen fra 60 pst. til 40 pst. er et godt stykke på vei tilbake til rammefinansiering, med rasjonering på helsetjenester og ny venteliste-økning. Med en budsjettøkning på kun 1,2 milliarder kr til foretakene, som ved utgangen av 2003 har et akkumulert underskudd på 2–2,2 milliarder kr, måtte helseministeren vite at dette vil gi som resultat et betydelig kutt i pasientbehandlingstilbudene i 2004. Det akkumulerte underskuddet representerer et effektiviseringskrav på hele 5 pst. i 2004, som ikke vil kunne nås uten en betydelig reduksjon av omfang og kvalitet på pasienttilbudet. Kostnads-kutt på 5 pst. representerer en bemanningsreduksjon på minst 5 000 årsverk i foretakene. Jeg er meget redd for at behandlingkuttene ved foretakene i 2004 vil øke antall fakkeltog og gi økt uro og utrygghet i befolkningen. Private helsetjenestetilbud vil få et meget vanskelig driftsår. Med dette driftsbudsjettet for helseforetakene og uten at en samtidig dekker inn det meste av det akkumulerte driftsunderskuddet, slik Fremskrittspartiet foreslår i forbindelse med St.prp. 21, er jeg redd for at sykehusreformen kan få sitt banesår i 2004.

Budsjettforliket med Arbeiderpartiet endrer ikke dette bildet. Den negative utviklingen vi vil få i helseforetakene i 2004, med kutt i behandlingstilbud og økende ventelister, må regjeringspartiene og Arbeiderpartiet ta det fulle og hele ansvaret for. Sykehusreformen har så langt vært en stor suksess, med en sterkt økende produksjon som har redusert ventelistene og ventetiden. Dette hadde ikke vært mulig om vi ikke hadde hatt en så høy ISF-andel som et incitament som har gitt mer rasjonell og effektiv drift av våre sykehus. Når sykehusene nå har pådratt seg et betydelig underskudd, burde ikke det overraske noen, heller ikke helseministeren eller Stortingets flertall, som har vært ansvarlig for en grov underbudsjettering av sykehusene både i 2002 og 2003, og nå også for 2004.

Jeg var i tvil da reformen ble vedtatt, om det var riktig å organisere reformen med fem frittstående regionale helseforetak. Jeg og mitt parti ville gjerne i stedet hatt et frittstående sykehusdirektorat. Vi mente den gang at et frittstående sykehusdirektorat burde være bedre i stand til å ivareta utviklingen og styringen av DRG og ISF og sørge for at sykehusene fikk en forutsigbar økonomi. Det må bli slutt på at departementet midt i en driftstermin endrer inntektsgrunnlaget for foretakene, noe som avstedkommer lite gjennomtenkte og useriøse kuttforslag i behandlingstilbudene.

Det er etter min mening svært uheldig at administreringen av ISF skal ligge i departementet, reelt sett styrt av finansministeren. Jeg er styrket i min tro på at det var en feilvurdering ikke å etablere et sykehusdirektorat fra begynnelsen av. Det er en feilslutning fra foretakenes side når de oppfører seg som om de er fristilt fra helsepo-

litisk styring. Rå markedsstyring og sterk sentralisering av behandlingstilbudene ivaretar ikke reformens målsetting om likeverdige tilbud til alle uavhengig av bosted. Nærhet, tilgjengelighet og trygghet var også en forutsetning i reformen. I forbindelse med St.meld. nr. 5 ber Fremskrittspartiet Regjeringen vurdere å opprette et sykehusdirektorat.

Så langt har omstruktureringen i foretakene stort sett rammet lokalsykehusene. Regjeringspartiene, Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet viser i en fellesmerknad innstillingen til at lokalsykehusene fortsatt skal ha en sentral plass i spesialisthelsetjenesten. En samlet komite fremmer forslag om å be Regjeringen gjennomgå grundig de faglige vurderinger som nå foreligger i forhold til de endringer i fødetilbud og akuttberedskap som er gjort, og som planlegges. Så langt synes lite å ha blitt gjort når det gjelder ledelse og organisering internt i det enkelte sykehus. Dette arbeidet må nå prioriteres av eierne i stedet for nedbygging av akuttfunksjoner og fødetilbud i lokalsykehusene.

Egenandelene i helsesektoren har de seneste år økt med over 64 pst., og både Bondevik I og Bondevik II har vært de største eksponenter for høye egenandeler. Slik også i inneværende års budsjett. Jeg er glad for at Arbeiderpartiet i budsjettforliket fikk redusert taket betydelig, men er svært skuffet over at inndekningen delvis skjedde ved å øke de generelle egenandelene.

I den økonomiske situasjonen helseforetakene nå er inne i, finner Fremskrittspartiet bevilgningen til ramme 16 så utilstrekkelig at partiet ikke har funnet å kunne legge frem et alternativt tallbudsjett; inndekning av nødvendige påplusninger var helt umulig. Dette har nok vært lettere for Sosialistisk Venstreparti, som i sitt alternative fagbudsjett har rasert all privat helsetjeneste. Jeg viser her til at Fremskrittspartiet i sitt alternative budsjett økte ramme 16 med hele 1,8 milliarder kr. Ikke minst prioriterte Fremskrittspartiet psykiatrien i sitt alternative budsjett med 300 mill. kr ekstra. Psykiatriplanen er etter mitt skjønn så langt ikke i tråd med Stortingets intensjoner.

Det har ikke vært mange politiske gevinster for Fremskrittspartiet i denne budsjettinnstillingen, men vi lever en god stund på de helsepolitiske seire vi oppnådde tidligere i høst med Rusreform II og pasientrettighetsloven.

Jeg skal kommentere noen av de saksinnspill Fremskrittspartiet har i innstillingen, og som fikk god oppslutning i komiteen.

Jeg er meget engstelig for at hele byggeprosjektet Nye Ahus står i fare for å bli avvirket på grunn av manglende investeringstilskudd fra statens side. Det haster med å få bygd et nytt Ahus, både med tanke på fremtidige pasienter og, ikke minst, på grunn av de universitetsfunksjoner og den medisinerutdanning som er tillagt Ahus. Vi foreslår konkret i innstillingen at Regjeringen på nytt må vurdere en statlig større andel av investeringsutgiftene til bygging av Ahus, slik at byggeprosjektet som nå foreligger, kan realiseres med byggestart i 2004. Jeg viser også til at Fremskrittspartiet er med i en fellesmerknad med regjeringspartiene og Arbeiderpartiet, der man forutsetter at byggingen av Nye Ahus starter opp våren 2004, og at

dette skjer med utgangspunkt i det forprosjektet som nå foreligger.

Mental Helse har utarbeidet et prosjekt for etablering av et lærings- og kompetansesenter i Skien, det såkalte Frognersenteret, og søknad med anmodning om godkjenning ligger i øyeblikket i departementet. Etablering av dette lærings- og mestringssenteret har fått full støtte fra ulike brukerorganisasjoner, som Norges Handikapforbund, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Rådet for Psykisk Helse. Slik jeg ser det, burde det være helt naturlig at Frogner lærings- og kompetansesenter i Skien blir en del av opptrappingsplanen innen psykiatrien. Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet fremmer i foreliggende innstilling et konkret forslag om at kompetansesenteret blir realisert innen 2005, med byggstart i 2004. Jeg beklager sterkt at Arbeiderpartiet, som også støtter etableringen av et lærings- og kompetansesenter i Skien, på grunn av budsjettforliket ikke støtter forslaget som da kunne ha fått flertall.

Firmaet Bionor i Skien har utviklet en terapeutisk vaksine mot aids som stimulerer oppbyggingen av kroppens immunforsvar. Etter bevilgning i Stortinget for inneværende år er vaksinen klinisk utprøvd ved Ullevål sykehus med særdeles godt resultat, og jeg er gjort kjent med at Bionor har hatt henvendelse fra Afrika med spørsmål om samarbeid om et større klinisk utprøvningsprosjekt i et afrikansk land. Sosialistisk Venstreparti, Fremskrittspartiet og Senterpartiet fremmer i innstillingen et konkret forslag der man ber Regjeringen vurdere muligheten for å få etablert et slikt prosjekt om klinisk utprøving av Bionor-vaksinen i et afrikansk land.

Forskning på og forebygging av ADHD-sykdommen, en sykdom som særlig i voksen alder gir ekstreme sosiale problemer i form av rus og kriminalitet, er lite utviklet i Norge. Universitet i Oslo ønsker å etablere et forsknings-senter for ADHD-pasienter som senere kan utvikles til et kompetansesenter for forebygging og behandling av ADHD. Et flertall bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet fremmer forslag i innstillingen om å be Regjeringen vurdere å etablere et grunnforsknings-senter for ADHD ved Universitetet i Oslo.

Representanten Bjarne Håkon Hanssen fremsatte i budsjettdebatten i fjor ganske hard kritikk fordi Fremskrittspartiet den gang ikke fikk opprettholdt den generelle gravferdsstøtten, en kritikk jeg den gang forsto ganske godt. Nå hadde Arbeiderpartiet muligheten selv til å få gravferdsstøtten på plass, men gjorde det ikke. Jeg ber representanten Bjarne Håkon Hanssen om en forklaring på dette. Var ikke gravferdsstøtten så viktig likevel for Arbeiderpartiet? Ble den bare brukt for å kritisere Fremskrittspartiets budsjettforlik med regjeringspartiene?

Til slutt tar jeg opp de forslag Fremskrittspartiet er sammen med andre partier om, og våre egne forslag i innstillingen.

**Presidenten:** Representanten John I. Alvheim har tatt opp de forslag han refererte til.

**Bjarne Håkon Hanssen (A):** Budsjettøsten har selv sagt vært preget av forliket mellom regjeringspartiene og Arbeiderpartiet. Ikke siden krigsdagene har Arbeiderpartiet og Høyre inngått forlik om statsbudsjettet. Mange har argumentert både for og imot hvorvidt det var taktisk klokt av Arbeiderpartiet å inngå dette budsjettforliket. For oss har det vært avgjørende at vi har fått gjennomslag for viktige deler av vår politikk.

Arbeiderpartiet har i sitt alternative forslag til statsbudsjett særlig lagt vekt på tre forhold som berører sosialkomiteens budsjettinnstilling: Vi har i vårt alternativ foreslått å styrke sykehusenes økonomi, både gjennom å øke bevilgningene med 1 milliard kr og ved å skyve kravet om en drift i økonomisk balanse ut i tid med ett år. Vi har i vårt alternativ foreslått at egenandelstaket ikke skal økes, og vi har i vårt alternativ foreslått å opprettholde dagens regler i sykelønnsordningen.

Sett i forhold til Arbeiderpartiets alternative forslag til statsbudsjett mener jeg at vi i Arbeiderpartiet har grunn til å være fornøyd med forliket med regjeringspartiene. Sykehusene får 500 mill. kr mer i basisbevilgning i 2004. Kravet om en økonomisk drift i balanse skyves ett år fram i tid. Egenandelstaket økes ikke fra 1 350 kr til 2 500 kr, som Regjeringen opprinnelig foreslo. Egenandelstaket blir etter forliket på 1 550 kr.

Vi har ikke fått gjennomslag på alle punkter. Derfor beklager vi at neste års statsbudsjett vil inneholde usosiale kutt. Derfor beklager vi at vi nå får en endring av dagens sykelønnsordning. Ikke en stor og omfattende endring, men partene i arbeidslivet og staten har gjennom avtalen om inkluderende arbeidsliv gjort det klart at sykelønnsordningen ikke skal endres. Når det likevel skjer, oppleves det som avtalebrudd fra statens side.

Likevel vil jeg med full kraft påstå at budsjettet for 2004 har en klart bedre sosial profil enn det budsjettet Fremskrittspartiet inngikk forlik om, altså årets. I årets budsjett er gravferdshjelpen avviklet som en velferdsordning for alle. I årets budsjett må alle pensjonister og uføre, med unntak av minstepensjonister, igjen betale egenandeler for medisiner på blå resept. I årets budsjett mistet de arbeidsledige feriepengene sine. I årets budsjett forsvant småbarnstillegget. Fremskrittspartiets budsjettforlik med Regjeringen i fjor høst gav ikke fem øre mer til sykehusene, samtidig som det forliket la på plass økonomiske rammer for kommunene som har rammet mange eldre rundt omkring i landet.

Alt blir ikke bra med årets budsjettforlik, men erfaringen fra i fjor tilsa at det ville bli enda verre med Fremskrittspartiet som forlikspartner.

For å få på plass viktige politiske saker, og for å få slutt på spill og spetakkel, inngikk altså vi i Arbeiderpartiet i år forlik med Regjeringen. Det står vi for!

Flere av Arbeiderpartiets talere vil komme inn på ulike sider ved sykehusene. La meg slå fast at vi fortsatt er inne i en krevende fase i igangsettingen av den store helsereformen. Fortsatt gjenstår mye arbeid før de nye systemene er etablert. I tillegg kommer det forhold at vi i Stortinget hele tiden gir helseforetakene nye oppgaver.

Gjennom helsereformen har vi som ambisjon bl.a. at vi skal få mer helse for hver krone. Den nye organiseringen skal effektivisere pasientbehandlingen. Det vil være bra for pasientene, og det vil sette samfunnet i stand til å øke behandlingsskapasiteten. Helseforetakene jobber godt for å nå de mål Stortinget har satt.

I en slik situasjon er det viktig at effektiviseringskravene ikke blir urimelige. Økonomiske mål må kunne nås, hvis ikke demoraliseres hele organisasjonen. Vi i Arbeiderpartiet mener at Regjeringen i sitt budsjettforslag stilte helseforetakene overfor urimelige krav til effektivisering. Selv etter budsjettforliket er det klart at dette blir tøft, men de rapporter jeg får fra sykehus rundt omkring i landet, tilsier at det nå jobbes aktivt med forutsetninger som kan oppfylles.

Høstens budsjettarbeid i helseforetakene har ført til mye støy mange steder. Folk føler seg utrygge på hva slags helsetilbud de i framtiden vil få. Særlig er folk bekymret for lokalsykehusenes framtid, ikke minst i forhold til det desentraliserte føde- og akutttilbudet.

Jeg er glad for at komiteen gjennom budsjettinnstillingen slår fast at lokalsykehusene både har hatt og skal ha en sentral plass i norsk helsevesen.

Regjeringen vil i budsjettet for 2005 komme grundig tilbake til viktige sider ved lokalsykehusenes framtid. For meg er det imidlertid viktig å understreke at budsjettforliket har gitt helseforetakene økonomiske rammer som klart reduserer behovet for rent økonomisk motiverte endringer av det desentraliserte akutt- og fødetilbudet.

Skal lokalsykehusene kunne ivareta sine oppgaver for framtiden, må politikken og faget kunne gå hånd i hånd. En medisinsk utvikling i retning av flere og flere grenspesialiteter vil gjøre det stadig vanskeligere å opprettholde gode desentraliserte tilbud. Helsepolitikken må derfor samarbeide med helsefagene. For eksempel vil akuttberedskap ofte handle om at legen, altså faget, lokalt må kunne stabilisere pasientens tilstand, slik at transport i ettertid kan skje trygt.

Faglige utfordringer har allerede ført til at flere helseforetak har fattet vedtak om endringer i føde- og akutttilbudet. Men disse vedtakene er ikke fattet i et politisk vakuum der faget styrer politikken, slik mange hevder. Foretaksrådet, altså helseministeren, har jo løftet alle disse sakene opp på sitt bord. Og helseministeren har stilt klare politiske krav til faget.

Dersom vedtakene til slutt blir gjennomført, skyldes ikke det mangel på politisk styring. En gjennomføring vil komme som en konsekvens av at politisk styring er utført. Og dersom de politiske krav som er stilt til gjennomføringen, ikke kan oppfylles, vil ikke vedtakene bli gjennomført.

Dette slås også fast gjennom Stortingets behandling i dag. Komiteens flertall, regjeringspartiene, Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet, viser til det faktum at helseministeren har satt klare kriterier som må oppfylles før endringen gjennomføres.

En samlet komite viser til at det er betydelig faglig uenighet om hvorvidt de foreslåtte endringene kan gjennomføres i tråd med de krav helseministeren har stilt, slik

at forsvarlig helsetilbud sikres. På denne bakgrunn fremmer en samlet komite følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen grundig gjennomgå de ulike faglige vurderinger som nå foreligger i forhold til de endringer i fødetilbud og akuttberedskap som er planlagt.»

Helseministeren har stilt krav om at forsvarlig helsetilbud skal sikres. Jeg har tillit til at helseministeren vil sørge for at kravene oppfylles. Hvis så ikke skjer, har jeg også tillit til at helseministeren sørger for at endringer ikke gjennomføres. Og dette er en konsekvens av politisk styring.

To store utbyggingsprosjekter omtales særlig i budsjettinnstillingen. Det gjelder Ahus og ny universitetsklinikk i Trondheim. Arbeiderpartiet har i forhold til begge prosjekter valgt å skrive felles merknader sammen med regjeringspartiene. Det er Regjeringen som må forplikte seg til positivt å følge opp disse prosjektene. Uten en aktiv holdning fra Regjeringens side vil stortingsflertallet hele tiden måtte gå i motbakke.

Jeg er derfor svært godt fornøyd med at også regjeringspartiene i sine merknader nå sier at en

«legger til grunn at utbyggingen av Nye Ahus starter opp våren 2004, og at dette skjer med utgangspunkt i det forprosjektet som nå foreligger».

Videre er regjeringspartiene med på merknader der det heter at en

«forutsetter at nødvendig finansiering blir stilt til rådighet i utbyggingsperioden».

Dette er formuleringer som etter Arbeiderpartiets mening forplikter Regjeringen, og som dermed vil sørge for at vi til våren får byggestart på Nye Ahus.

På samme måte sikrer merknader der også regjeringspartiene er med, at planleggingen av fase 2 ved St. Olavs Hospital i Trondheim vil inkludere et psykiatrisenter. Det er viktig.

Etter at Stortinget gjennom behandlingen av finansinnstillingen fastsatte rammeområdene 15 og 16, har, som også komiteens leder var inne på, arbeidet i komiteen i liten grad ført til endringer i Regjeringens budsjettforslag. Arbeiderpartiet og regjeringspartiene har kommet fram til enighet gjennom forhandlinger som er ført i en god tone, og jeg har behov for å gi ros til regjeringspartienes representanter for en svært positiv holdning til våre spørsmål og ønsker.

I komiteen foretar vi ett viktig politisk veivalg. Vi oppretter en ny tilskuddspost for forebyggende helsearbeid. Bevilgningen er ikke stor, sett i forhold til budsjettets totale omfang. Vi flytter på 10 mill. kr innenfor en ramme på nesten 86 milliarder kr. Men jeg mener denne omdisponeringen gir et viktig politisk signal

Vi er nødt til å starte det vanskelige arbeidet med å vri økonomiske ressurser fra reparerende virksomhet til forebygging. Fortsetter vi som nå, er det utelukkende et tidsspørsmål før vårt system kollapser. Vi er et rikt land, derfor vil det ta tid. Men til slutt vil også vi møte vegg. Folkehelsen preges av en markant økning i lidelser relatert til livsstil. Vi blir stadig tyngre, flere og flere sliter med høyt blodtrykk og høyt kolesterol. Stadig flere får

diabetes 2. Stadig flere får kreft. Vi bruker mer og mer penger til medisiner og legetjenester. Vi må ta fatt i dette, og det er et samfunnsansvar å bidra til å snu utviklingen.

Men 10 mill. kr er ikke så mye. Derfor er det viktig å tenke igjennom hvordan en skal få mest mulig igjen for hver krone. Ved å samarbeide med frivillige lag og organisasjoner vil vi få effekter som langt overstiger det beløp vi setter inn.

Derfor målretter vi den nye tilskuddsordningen i forhold til frivillige organisasjoner. Videre sier vi at vi må starte med de yngste, og vi må særlig jobbe med å få de unge i økt fysisk aktivitet. Jeg er svært godt fornøyd med at Norges Idrettsforbund nå så tydelig vektlegger forebyggende arbeid, og jeg er glad for at det av merknadene går fram at Norges Idrettsforbund skal prioriteres når midlene skal fordeles.

Med dette tar jeg opp forslaget fra Arbeiderpartiet.

**Presidenten:** Representanten Bjarne Håkon Hanssen har tatt opp det forslaget han refererte til.

**Bent Høie (H):** Budsjettet for 2004 er igjen rekordstort på området helse og sosial. En viktig prioritering i budsjettet er å videreføre våre sentrale velferdsordninger, framfor alt i folketrygden.

Utviklingen på dette området er imidlertid veldig bekymringsfull. Det er et økende problem at vi har færre i arbeid og flere på trygd. Mange blir stående utenfor det ordinære arbeidsliv i lang tid, og trygdeutgiftene øker.

Ved utgangen av 2002 var det registrert 292 000 uførepensjonister, 98 000 personer mottok rehabiliteringspenger eller attføringspenger, og 33 500 var AFP-pensjonister. Dette betyr at ved utgangen av 2002 hadde omtrent én av fem nordmenn i arbeidsdyktig alder trygd som viktigste inntektskilde, mer enn 400 000 mennesker.

Utover dette utgjorde det trygdefinansierte sykefraværet om lag 100 000 årsverk ved utgangen av 2002. Totalbeløpet for disse ordningene i 2004 utgjør nesten 90 milliarder kr.

Utfordringene knyttet til alderspensjon kommer på toppen, og vil slå inn med full tyngde i årene som kommer, særlig etter 2010. Vi er i en situasjon som er lik den de har i de fleste andre landene i Europa.

Antall alderspensjonister øker, levealderen øker, mens antall yrkesaktive for hver pensjonist går ned. Dette skjer samtidig som oljeinntektene faller. En myte er at Norge har et godt utgangspunkt fordi vi har oljefondet. Sannheten er at vi – blant de OECD-landene som vi vanligvis sammenlikner oss med – har den største utfordringen knyttet til økte utgifter til folketrygden fram mot 2050.

Jeg tilhører den generasjonen som vil bli berørt av pensjonsreformene. I media er det ofte grafer som viser hvordan jeg vil komme ut i forhold til dagens pensjonister med ulike modeller. Det er en irrelevant sammenlikning. Dagens nivå og rettigheter er ikke et alternativ – da blir det et sammenbrudd. Velger vi som har ansvaret for de framtidige pensjonsforpliktelsene, å sitte i ro og håpe at det går over, vil systemet bryte sammen før min gene-

rasjon blir alderspensjonister. Derfor er det helt avgjørende at Pensjonskommissjonens arbeid blir fulgt opp. Skal vi kunne se våre barn i øynene og si at vi var villige til å reformere velferdssamfunnet på et tidspunkt da det ikke var for sent, må vi gjøre det nå.

I dette perspektivet er Regjeringens velferdspolitikken den eneste bærekraftige. Vi har fått mye kjeft både av fagforeninger og en rekke interesseorganisasjoner. Det er forståelig. Hvert enkelt velferdsgode har en egen begrunnelse og en sterk interesse bak seg. Det er også knyttet store krav til forbedring av disse godene.

Men kanskje de som representerer de svakeste i samfunnet, bør stille seg spørsmålet: Hvem er det egentlig som er våre viktigste venner? Er det de som sier ja til alle krav, og som ikke vil gjøre endringer? Det kan virke forlokkende i et kortsiktig perspektiv. Men hvem taper mest på at velferdssamfunnet slik vi kjenner det i dag, kollapser av sin egen tyngde? Det er ikke de som har fast inntekt, det er alle de som også i dag fanges av fattigdomsfellen – de som er varig utenfor arbeidslivet, av ulike årsaker.

Strategien for dem som har kjempet for at velferdsgodene skulle omfatte alle, har lyktes med ett mål: Alle skal nyte godt av ordningene og dermed stille seg i veien for nødvendige endringer. Fremskrittspartiet har i sin nypopulistiske periode oppdaget denne mekanismen, og har dermed blitt systemets varmeste forsvarere. Ideen om at en skal omfordele fra alle til alle er en udetonert bombe under velferdssamfunnet slik vi kjenner det i dag.

Regjeringen følger opp sin målrettede satsing på å forbedre velferdssamfunnet for dem som trenger det mest. Regjeringen har foreslått og fått tilslutning til bl.a.:

- rekordstor satsing på fattigdomsbekjempelse
- rekordstor satsing på psykiatriplanen
- nedbygging av de funksjonshemmedes barrierer – Regjeringen har nylig framlagt en plan med 120 konkrete tiltak for å fremme tilgang til alle arenaer for personer med nedsatt funksjonsevne
- etablering av en toppfinansieringsmodell for ressurskrevende brukere
- gjennomføring av rusreformen – som gir rusmisbrukerne bedre rettigheter

Jeg vil framheve tre viktige hovedutfordringer for helsepolitikken framover.

Den første er å lykkes med en folkehelsestrategi som reduserer behovet for helsetjenester og medisiner. Vi vet at det viktigste bidraget til vår forbedring av helsetilstanden ikke har vært den medisinske utviklingen, men vår velferdsutvikling. Nå er det viktig at denne velstanden ikke gjør oss enda mer avhengig av helsetjenester, men at vi klarer å ta et større ansvar for det gode liv selv.

Den andre er gjennomføringen av satsingen på psykiatri. Regjeringens forslag om rekordøkning og forlengelse av perioden er avgjørende for å lykkes med dette.

Den tredje er å sikre at sykehusreformen fortsetter å gi positive resultater i form av bedre tilbud til pasientene og mer helse for hver krone.

Nå følges målsettingene i folkehelsemeldingen opp med konkrete tiltak. I forslaget fra Regjeringen er det en

samlet folkehelsepakke på 131,4 mill. kr. I tillegg har regjeringspartiene og Arbeiderpartiet i komiteen blitt enige om en ytterligere satsing – i realiteten 16 mill. kr – på forebyggende arbeid i regi av frivillige organisasjoner. 10 av disse millionene skal brukes til å legge til rette for fysisk aktivitet for barn og unge.

I den forbindelse vil jeg trekke fram det gode arbeidet og den dugnadsinnsatsen som legges ned av friluftsansjonene. De legger til rette for å bruke naturen i nærområdene og har egne opplegg for å motivere barn og unge til å være aktive friluftsmennesker.

I budsjettet øremerkes det 3,3 milliarder kr til gjenomføringen av psykiatriplanen i 2004. I perioden 1999–2004 vil det bli gitt 3 400 tilsagn om bygging av boliger tilrettelagt for psykisk syke. Dette betyr at måltallet for opptrappingsperioden planlegges nådd i 2004.

Økningen fra 2003 til 2004 er på om lag 700 mill. kr. Dette er den største økningen i løpet av ett år i hele planperioden.

Vi har nå fått et år til med erfaring med helsereformen. På tross av de siste månedenes oppslag, er det et annet bilde av reformen som er viktig: ventetider som kortes ned, ventelister som reduseres, rekordhøy aktivitetsvekst og rekordhøy bevilgning. Dette skjer samtidig som vi i 2002 for første gang fikk mer behandling igjen for hver krone brukt i helsevesenet. Effektiviteten øker. Helseforetakene griper fatt i et vanskelig tema som funksjonsfordeling, og legger til grunn faglighet og pasientens sikkerhet når de planlegger virksomheten.

Utfordringene er store, og helseforetakene har absolutt en tøff jobb med å omstille seg. Derfor er jeg glad for at vi sammen med Arbeiderpartiet har fått til å øke bevilgningen med 1/2 milliard kr utover veksten på 1,2 milliarder kr som allerede forelå fra Regjeringen. Når dette kombineres med en utsettelse av balansekravet til 2005, vil dette gjøre foretakenes forutsetninger for å lykkes, bedre.

Jeg er glad for at vi sammen med Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet i innstillingen gjennomgående har blitt enige om styringssignalene overfor foretakene for 2004. Det er viktig, og det er landets pasienter som tjener på dette.

Høyre er i denne budsjettinnstillingen med på et forslag som er et brudd med vårt stortingsvalgprogram. Det er forslaget om å redusere andelen innsatsstyrt finansiering. Årsaken til at vi kan være med på dette, er den utfordrende situasjonen foretakene er i. Stortinget vil med dette budsjettet legge til grunn et aktivitetsnivå for 2004 som er om lag det samme som i 2003. Dette er et rekordhøyt nivå. Det vil innebære en betydelig prioritering fra foretakenes side. I en styringsmessig utfordrende situasjon er dette et redskap som de regionale foretakene har vært positive til, bl.a. i høringer med komiteen. Vi må følge nøye med på hvordan dette slår ut. Ikke minst må det være oppmerksomhet rettet mot at de regionale foretakene evner å ivareta de private sykehusene. Regjeringen og Stortinget har gitt klare styringssignaler om dette.

Avslutningsvis vil jeg takke Arbeiderpartiet for et ryddig budsjettsamarbeid. Jeg vil også komme med en utfordring til SV, som har et eget forslag til fordeling innenfor rammen. Jeg er svært overrasket over at de i realiteten foreslår i overkant av 1,2 milliarder kr mindre til sykehusene enn det som blir vedtatt i dag. De pålegger dem å overta ansvaret for refusjon til private spesialister, laboratorier og røntgeninstitutt, men de tar 758 mill. kr av disse pengene og bruker til andre formål. Jeg vil utfordre SVs representanter til å bekrefte disse tallene i den videre debatten.

**Sigbjørn Molvik (SV):** Jeg skal i all hovedsak konsentrere mitt innlegg om budsjetttramme 15, dvs. Sosialdepartementets budsjett, og så vil Olav Gunnar Ballo ta for seg helsebudsjettet i sitt innlegg.

Noe av det som SV ser som den aller største utfordringen i sosial- og velferdspolitikken, er å finne tiltak som kan snu den svært negative trenden som dreier seg om at et stadig større antall mennesker nå står utenfor arbeidslivet, enten fordi de er arbeidsledige, langtidssykmeldte eller uføretrygdede.

Neste år forventes det at sykefraværet i norsk arbeidsliv igjen vil øke, slik det har gjort de siste åra, og det vil kunne bli rekordhøyt. Samtidig vil bortimot 300 000 personer være på uføretrygd. Til sammen utgjør utgiftene til sykepengene og uføretrygd bortimot 70 milliarder kr.

Mange vil si at dette er svært store tall, slik også Bent Høie var inne på. Ja, det er det. Men det mest bekymringsfulle er likevel ikke beløpets størrelse isolert sett, men det faktum at mange av dem som mottar enten syke-trygd, uføretrygd eller andre ytelser, har et sterkt ønske om å ha et yrkesaktivt liv, men ikke kan få det. Det vi må være opptatt av i en slik situasjon, er hva vi fra Stortingets side kan gjøre for å legge til rette for at flere av dem som i dag er sykmeldte eller uføretrygdede, igjen kan komme i jobb. SV vil i en slik situasjon ikke falle for fristelsen til å svekke de sosiale ordningene for på den måten å spare penger, slik Høyre vil, jf. Bent Høies innlegg. Dette er ikke veien å gå.

En moderne velferdsstat i et rikt land som Norge, skal, slik SV ser det, ha gode og trygge økonomiske og sosiale ordninger når sykdom, skader eller andre forhold gjør at folk i kortere eller lengre perioder ikke kan forsørge seg sjøl og sin familie gjennom lønnet arbeid. Dette er helt grunnleggende i SVs velferds- og sosialpolitikk. I stedet for Høyres og Regjeringas fokusering på svekkelse av velferdsordningene vil SV fokusere på de underliggende årsakene til et stort sykefravær og en høy andel uføretrygdede.

Norsk arbeidsliv har de siste åra blitt betydelig tøffere og stiller stadig større krav til effektivitet og omstilling. Eierne i det private næringsliv stiller stadig høyere krav til avkastning og fortjeneste. I det offentlige blir det også stilt krav om mer effektivitet. Færre ansatte skal gjøre enda mer enn før, ansatte i pleie- og omsorgstjenestene skal springe enda fortere, og kommunale tjenester skal konkurranseutsettes for at man skal finne ut hvor få an-

satte det er mulig å klare seg med for å få det nødvendige arbeidet gjort.

Resultatet av denne brutaliseringen ser vi nå med en kraftig økning i sykefravær og antall uføretrygdede. En stor del av arbeidsstyrken blir rett og slett utstøtt fra arbeidslivet fordi de av ulike årsaker ikke makter effektiviseringsjaget og alle omstillingskravene som stilles i den forbindelse.

Og dette fører faktisk til at folk blir syke. Dette bekreftes av allmennlege og spesialist i samfunnsmedisin, Olav Røynealand, som til NRK Telemark for 2 dager siden uttalte at effektivisering og omorganisering i bedrifter gjør folk syke. Omstillinger og trussel om nedbemanning gjør at folk rett og slett møter veggen, sier han, med bakgrunn i sin kontakt med pasienter.

Dette må Stortinget ta alvorlig. Det må være et tankekors for det flertallet her i salen som år etter år har sørget for en så stram kommuneøkonomi at bl.a. ansatte i pleie- og omsorgssektoren i kommunene nå har en arbeidsdag og en arbeidssituasjon som er svært hektisk, og der de føler at de kommer så til kort at de blir syke av det.

Avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv, som er inngått mellom partene i arbeidslivet og staten, har som målsetting å hindre at enda flere støtes ut av arbeidslivet. Den skal legge til rette for at mange av dem som allerede har falt utenfor, kan komme inn igjen, og at flere kan stå i arbeid lenger enn det de klarer i dag.

Dette stiller store krav til alle de tre partene som har inngått denne avtalen. Arbeidstakerne skal aktivt delta i arbeidet for å tilrettelegge arbeidsplass og arbeidsoppgaver for å forebygge og unngå skader og sykdom. På samme måte plikter arbeidsgiverne å bidra til dette.

Men det er også helt nødvendig at eiere og ledere i næringslivet innser rekkevidden av det økende presset som i dag preger store deler av norsk arbeidsliv. Dette er en meningsløs forvaltning av landets og næringslivets viktigste ressurs, nemlig de ansattes arbeidskraft i vid forstand. Dersom denne utviklingen – der stadig flere blir presset ut – får fortsette, vil næringslivet rett og slett komme til å mangle arbeidskraft. Og det forundrer meg at ikke flere næringslivsledere skjønner konsekvensene av dette, at de på denne måten direkte og indirekte er i ferd med å ødelegge grunnlaget for sin egen eksistens.

SV legger stor vekt på statens ansvar knyttet til avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv. Det er trygdeattaten som på vegne av staten ivaretar dette ansvaret. I den forbindelse er det nå opprettet såkalte arbeidslivssentre i alle landets 19 fylker. Mange er skuffet over at avtalen så langt ikke ser ut til å ha gitt de resultatene som mange hadde håpet på. Det kan være forståelig med en slik skuffelse, men samtidig tror jeg alle må erkjenne at den trenden vi har sett i norsk arbeidsliv de siste årene, ikke lar seg snu over natten.

SV har likevel sterk tro på at intensjonsavtalen vil kunne gi effekt og bidra til at færre støtes ut fra yrkes- og arbeidslivet, og at flere raskere kommer tilbake til arbeidslivet. Men da må vi styrke det virkemiddelapparatet vi har. Og slik SV ser det, betyr det at de 19 arbeidslivs-

sentrene må styrkes betydelig både med bemanning og kompetanse. Det er disse sentrene som skal være statens viktigste virkemiddel i arbeidet for et arbeidsliv som har plass til flere. SV foreslår derfor i sitt budsjett, som vi fremmer her i dag, å styrke denne delen av trygdeattaten med 75 mill. kr. Dette vil hjelpe flere til å bli værende i arbeid og flere til å komme raskere tilbake til aktivt yrkesliv. SV fremmer også forslag om å utarbeide en opptrappingsplan for arbeidslivssentrene både når det gjelder bemanning og kompetanse.

Regjeringa går dessverre i sitt budsjettforslag den motsatte veien av det SV ønsker. Der foreslås det innstramminger både i reglene for sykelønn og i reglene for rehabiliteringspenger.

Når arbeidstakere nå etter Regjeringas forslag må ha en sterkere tilknytning til arbeidslivet for å kunne få sykelønn, er det ikke færre som blir syke av den grunn. Nei, det eneste resultatet av denne innstrammainga er at når en person blir syk etter f.eks. tre uker i arbeidslivet, må vedkommende klare seg *uten* sykepenger. Men det er vel ingen som tror at mennesker blir friske av det? SV tar avstand fra en tilnærming til sosiale og medisinske problemer som har som utgangspunkt at slike problemer vil bli redusert bare de økonomiske ordningene er dårlige nok! Denne endringen vil SV derfor stemme imot.

På samme måte er det når Regjeringa foreslår innstramminger i reglene for rehabiliteringspenger. Noen vil av ulike årsaker ha behov for et noe lengre rehabiliteringsløp enn de fleste andre. Derfor har vi også fram til nå hatt et regelverk der det har vært mulig å gå utover den tidsavgrensede perioden som er hovedregelen for ordningen.

Denne unntaksregelen blir nå kraftig strammet inn. Det vil i praksis bety at noen av dem som trenger ekstra lang tid i sitt rehabiliteringsopplegg, ikke vil få mulighet til å fullføre dette og dermed ha mindre muligheter til å komme i arbeid. Med andre ord oppnår en altså det motsatte av det som for SV er et viktig mål; flest mulig som ønsker det og har mulighet til det, i aktivt arbeid. Derfor går SV mot denne innstrammainga i budsjettet.

Regjeringa er stolt over det de mener er en styrking av innsatsen mot fattigdom i dette budsjettforslaget, og henviser til at de øker innsatsen med 240 mill. kr. Jeg er ikke særlig imponert, for samtidig med denne økningen strammer nå Regjeringa inn når det gjelder sykelønn, rehabilitering, uførepensjonsordninger og støtte til hjelpemidler for funksjonshemmede – en innstramming på til sammen 410 mill. kr, altså nesten dobbelt så mye. I tillegg kommer økninger i egenandelene på til sammen ca. 900 mill. kr. Dette er innstramminger som ikke bare, men i stor grad, rammer dem som fra før har det relativt trangt økonomisk. Enda mer grell blir kontrasten når vi vet hvor mange av dem som har aller mest å rutte med, også neste år vil nyte godt av skattelettelser i milliardklassen som denne regjeringa i de to foregående årenes budsjetter har foreslått og fått flertall for sammen med Fremskrittspartiet her i salen.

I et slikt perspektiv blir Regjeringas fattigdomsbekjempelse tafatt og puslete, og forskjellene mellom dem

som har minst, og dem som har mest, vil komme til å øke også neste år, som en følge av regjeringa Bondeviks politikk.

Jeg tar opp de forslag SV alene eller sammen med andre har fremmet i innstillinga.

**Presidenten:** Representanten Sigbjørn Molvik har tatt opp de forslag han refererte til.

**Åse Gunhild Woie Duesund (KrF):** Som saksordfører for folkehelsemeldingen er jeg svært fornøyd med at helsepolitikken nå dreies mer i retning av å forebygge. Det bevilges 131,4 mill. kr til en folkehelsepakke i 2004. Dette innebærer en reell styrking på 28,3 mill kr.

Helsetruslene er først og fremst knyttet til livsstilsfaktorer som tobakk, rusmidler, kosthold og fysisk aktivitet. Kristelig Folkeparti ser fram til at landets serveringssteder blir røykfrie fra 1. juni neste år.

Vi synes det er positivt at det skal utarbeides en handlingsplan for økt fysisk aktivitet. Mangel på fysisk aktivitet øker risikoen for hjerte- og karsykdommer, diabetes og en rekke andre sykdommer. Det er viktig at gode vaner innarbeides i ung alder, og at skolen stimulerer til fysisk aktivitet.

For å tilrettelegge for mer fysisk aktivitet i fritiden har regjeringspartiene sammen med Arbeiderpartiet opprettet en ny post på 10 mill. kr. Denne skal gå til frivillige organisasjoner som driver med fysisk aktivitet, spesielt rettet mot barn og unge.

Abonnementsordningen for frukt og grønt i skolen blir doblet neste år. Skolehelsetjenesten skal bli bedre tilpasset ungdom og nye utfordringer knyttet til helse og levevaner. Kristelig Folkeparti synes det er viktig at barn og unge prioriteres. Rådgivningskontoret Amatheia er en viktig medspiller når det gjelder abortforebyggende tiltak, og vi ser behovet for å styrke posten med 500 000 kr.

Behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere styrkes. Målet er å avvikle ventelistene for legemiddellassistert rehabilitering. En økning på 20 mill. kr vil gjøre dette mulig. I tillegg videreføres lavterskel helsetilbud, slik at rusmiddelmissbrukerne kan få adekvat helsehjelp. For mange slitne narkomane kan et slikt tilbud redde liv. Mange frivillige organisasjoner gjør en stor innsats i forhold til rusmiddelmissbrukerne. Kristelig Folkeparti er takknemlig for at Arbeiderpartiet valgte å øke det frivillige rusforebyggende arbeid med ytterligere 6 mill. kr i samarbeid med regjeringspartiene.

Plan for psykisk helse blir utvidet med to år. Dette har brukerorganisasjonene ønsket, og det er i tråd med det Stortinget har sett behov for. Satsingen på over 700 mill. kr for neste år er den høyeste bevilgningen til nå i opptrappingsperioden. Det er ikke riktig som lederen sa, at bevilgningen ikke øker. Tilsagn om tilrettelagte boliger viser at planens mål om 3 400 boliger til neste år blir innfridd.

Etter fire års satsing ser vi resultater. Over 10 000 flere barn og unge fikk hjelp av spesialisthelsetjenesten i 2002 i forhold til 1998. Det er en økning på hele 51 pst. Samtidig ser vi at nesten like mange ber om hjelp, og

derfor går ikke ventetiden ned så mye som vi ønsker. Men flere søker hjelp, og flere får hjelp. Det er viktig. I møte med ledelsen i helseforetakene sier man at helseministeren er tydelig i sine styringsdokumenter. Barn og unge skal gis prioritet. Dette støtter jeg og mitt parti hjertet. Det tar tid før brukervedvirkningen er reell på alle plan. Det er bra at ett av de tiltakene som settes i verk i 2004, er at brukervedvirkning vil bli et selvstendig kriterium for kvalitetsvurdering.

Budsjettforliket med Arbeiderpartiet har ført til at egenandelstaket øker mindre enn det Regjeringen foreslo. Taket blir på 1 550 kr. Minstepensjonistene blant alders- og uførepensjonistene skal fortsatt fritas for egenandeler for legemidler på blå resept. Kristelig Folkeparti ønsker at egenandelen blir mer målrettet. Når nesten 900 000 personer fikk fritak i 2002, viser det at ordningen er blitt for generell og omfatter mange med et relativt normalt forbruk av helsetjenester.

Avtalen med Arbeiderpartiet har ført til en lettere situasjon for spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene har i tillegg til en økning på 1,7 milliarder kr fått utsatt åpningsbalansen med ett år. Det fører til et historisk høyt nivå på pasientbehandling. Alt i dag ser vi at ventelister og ventetid er blitt betydelig redusert. For Kristelig Folkeparti er det viktig at en prioriterer å hjelpe dem som trenger det mest.

Kristelig Folkeparti støtter endringer i basisbevilgningen med en økning fra 40 pst. til 60 pst., mot en tilsvarende reduksjon i ISF-satsene fra 60 pst. til 40 pst. For oss er det viktig at dette gir mulighet til å prioritere f.eks. psykiatri, som i dag ikke er omfattet av ISF-ordningen.

For Kristelig Folkeparti er det viktig at de regionale helseforetakene fortsatt utnytter kapasiteten, både ved egne foretak og de private sykehus og klinikker som de har avtale med. Likevel ser vi behov for en del utbygging. Dagens budsjett gir sterke føringer og legger til grunn at utbyggingen av Nye Ahus kan starte opp våren 2004.

I Trondheim vil arbeidet med forprosjektet for fase 2 av ny universitetsklinikk videreføres. Kristelig Folkeparti er opptatt av at et psykiatrisenter blir inkludert i fase 2.

Det gjør inntrykk når 15 000 personer går i fakkeltog i Arendal for å bevare sitt sykehus. Det er viktig at alle har et godt og trygt helsetilbud, uavhengig av økonomi og bosted. En samlet komite står bak disse verdiene. I tillegg presiseres det at en ønsker et desentralisert akutt- og fødetilbud.

Vi ser det som en riktig utvikling når det legges til rette for dialyse- og cellegiftbehandling nær pasientens hjemsted, slik at den syke slipper lange og slitsomme reiser.

Pasientene får stadig mer makt og innflytelse. Vi har nettopp vedtatt en lovfestet rett til behandling innen individuelle frister fastsatt på medisinsk grunnlag. Det er fritt sykehusvalg. Fra neste år vil de regionale helseforetakene overta nye oppgaver. Behandlingshjelpemidler, syke-transport og oppfølging av rusreformene er eksempler på nye utfordringer.



Kristelig Folkeparti har tillit til at dette går bra. Samtidig minner vi om at smertebehandling og omsorg ved livets slutt bør intensiveres. Det er i dette møtet våre verdier blir testet.

Regjeringen la fram et budsjett for å få flere i arbeid. Etter en vanskelig periode for norsk næringsliv ser optimismen ut til å komme tilbake. Flere arbeidsplasser er for mange den viktigste veien ut av fattigdom. Folk flest ønsker å forsørge seg selv og sine gjennom egen inntekt.

Funksjonshemmede strever fortsatt med å bli inkludert både i arbeidslivet og i samfunnet ellers. Budsjettforliket med Arbeiderpartiet har gitt denne gruppen mulighet til å få en funksjonsassistent. En slik assistent kan gi praktisk hjelp på arbeidsplassen. Det kan føre til at også sterkt bevegelsehemmede kan være yrkesaktive dersom de ønsker det. Kristelig Folkeparti ser fram til at vi skal behandle St.meld. nr. 40 for 2002-2003, som inneholder 120 konkrete tiltak for å bygge ned samfunnets barrierer overfor denne gruppen.

En samlet komite ser behovet for at det blir større fleksibilitet med hensyn til at eldre kan kombinere arbeid og trygd. Et større fribeløp før avkorting av pensjon virker positivt. Det er viktig at denne trenden utvikles videre, slik at flere står lenger i arbeid. Mange minstepensjonistektepar gleder seg over at samordningseffekten av grunnpensjonen nå er mindre. Det betyr økte inntekter, samtidig som grunnbeløpet nå utvikler seg på linje med lønnsutviklingen.

For eldre som må bo i en kommunal institusjon, er det helt avgjørende at legedekningen er god. Det kan ha store negative følger for eldre dersom de ikke blir diagnostisert riktig og dermed heller ikke gitt riktig medisindosering. Dette ønsker Kristelig Folkeparti å følge opp i kvalitetsmeldingen til våren. La meg minne om at alt i dag kan kommunene pålegge fastlegene offentlig legearbeid når de inngår avtaler.

Avslutningsvis vil jeg spesielt takke fraksjonslederen i Arbeiderpartiet, som har ført forhandlingene med regjeringspartiene på en konstruktiv og ryddig måte. Det viser vilje til å ta ansvar, og jeg føler meg overbevist om at det kommer pasientene til gode.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** Alle som står her i disse dager og snakker om sitt fagbudsjett, synes vel at det budsjettet som en behandler der og da, er det største og viktigste. Slik er det også med oss som nå skal behandle rammeområdene 15 og 16, når det gjelder sosial- og helsedelen av statsbudsjettet. At det er stort, er helt klart. Disse to rammeområdene omhandler omtrent halve statsbudsjettet, og de er samtidig viktige. Etter Senterpartiets mening er vel helse- og sosialpolitikken den største velferdspolitiske sak og det største område som vi kan ivareta fra dette hus.

Senterpartiet har valgt å stå utenfor den rammen som flertallet gjennom budsjettforliket har streket opp. Vi ønsker å ha en høyere profil på en del av de sosialpolitiske tiltakene innenfor rammeområde 15, men vi ønsker spesielt innenfor rammeområde 16, helse, å ha en større ramme. Det gjør vi bl.a. for å sikre sykehusene en annen

driftskapital og andre handlingsrammer enn det flertallet går inn for her i dag, og også for å styrke arbeidet innenfor psykiatri og rehabilitering på en bedre måte enn hva flertallet legger opp til.

Regjeringen har kommet med en melding mot fattigdom, og har sagt at fattigdomsproblematikken skal tas på alvor og bekjempes. Da er det ganske pussig at Regjeringen i dette statsbudsjettet fremmer forslag som virker direkte usosiale, og som egentlig fremmer forskjeller og økt fattigdom. Vi mener at de innstrammingsene som Regjeringen foreslår når det gjelder sykehuspenger, rehabilitering og attføringsordninger, og også innstramminger når det gjelder støtteordninger for å hjelpe funksjonshemmede i deres hverdag og i deres arbeidsliv, er noe som øker forskjellene og øker fattigdomsutviklingen.

Videre mener vi at økningen i egenandeler, bl.a. når det gjelder frikortordningen, virker på samme måte – fattigdomsutviklende. Vi er glad for at forliket mellom Regjeringen og Arbeiderpartiet førte til at egenandelstaket, frikortordningen, ikke ble på 2 500 kr, men ble noe redusert. Men jeg er noe overrasket over at Arbeiderpartiet ikke bidrog til at man fikk beholde frikortordningen på det nivået som er i dag. Det er i det hele tatt ganske mange områder hvor dette forliket har meget usosiale sider ved seg fortsatt, til tross for at Arbeiderpartiet fikk muligheter til å innvirke på budsjettet i såpass stor grad som de fikk.

Vi legger inn igjen penger når det gjelder sykepenge- og rehabiliteringsordningene slik at de ikke blir endret, men vi ser at her går det den gale veien. Vi er bekymret for at antall sykmeldte, uføretrygdede og førtidspensjonister øker i sterk grad. Vi synes det er ille at så mange yrkesvalghemmede og funksjonshemmede er ute av arbeidslivet, som det er i dag. Men vi mener at dette har med det som en del innenfor arbeidslivet i dag kaller brutalisering i yrkeslivet, å gjøre. Rasjonalisering og effektivisering, ikke minst i offentlig sektor, fører til at flere faller ut og i hvert fall må ta en pause, ikke minst gjelder dette innenfor omsorgsyrkene. Det stresset som kommunesektoren utsettes for i dag, bl.a. fra kommunalministeren, gjør – mener vi – at vi får en arbeidssituasjon for mange av disse som fører til sykmelding. I neste omgang blir kravet om rasjonalisering og effektivisering et meget dyrt eksperiment, og det beklager vi.

Så litt om dette med ressurskrevende brukere ute i kommunene. Senterpartiet, sammen med SV, fremmet i vår et forslag om at det skulle være en statlig toppfinansiering av dette, som gikk ut på at utgifter over 600 000 kr pr. bruker skulle dekkes 100 pst. av staten. Dette kunne vi ha fått flertall for sammen med Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet i vår, men dessverre ble ikke det tilfellet. I stedet kommer Fremskrittspartiet nå med et forslag om 100 pst. statlig finansiering for alle disse brukerne. Det blir litt merkelig at en skifter standpunkt så fort, samtidig som en ikke kunne være med på en ordning som helt klart hadde vært bedre enn den som ble, nemlig at den kommunale egenandelen nå ligger på 700 000 kr, og dekningen fra staten bare er 80 pst. av et visst utgiftsnivå på dette. Det er beklagelig å se at denne ordningen er for

**(Gløtvold)**

dårlig, og at vi får sånne utslag som vi bl.a. har sett i media i det siste fra Nesodden kommune.

Vi er glad for at Regjeringen nå har kommet med det forslaget som Senterpartiet fremmet tidligere i år, nemlig om å oppheve arbeidsgivers egenandel på 0,5 G når det gjelder å tilrettelegge arbeidsplasser for yrkeshemmede og funksjonshemmede. Det er vi glad for, og vi mener at man med dette går i riktig retning når det gjelder å utviske forskjeller.

Frivillighet burde være en av denne regjeringens store saker, som så ofte prater om det private initiativ og frivillig engasjement. Men når vi ser på hva denne regjeringen legger opp til f.eks. i forhold til frivillige organisasjoner, i forhold til frivillighetssentralene og FRISAM, er det ganske bedrøvelig. Vi vet at det er 51 som i år har søkt om å opprette frivillighetssentral. Bare tolv av disse har fått innvilget sin søknad og har kunnet realisere oppstarting. Begrunnelsen er, litt vagt antydning, at det ikke var riktige søknader og riktig konsept. Da synes jeg at Sosialdepartementet burde gå inn i en dialog med disse søkerne og si at greit, da må vi endre forutsetningene og få til en ordning, slik at disse ildsjelene kan starte opp frivillighetssentraler rundt om. De har så stor betydning for å ivareta dem som ønsker kontakt og hjelp og støtte i hverdagen. Frivillighetssentralkonseptet er veldig unikt. Det er et samarbeid mellom enkeltpersoner og frivillige organisasjoner på den ene siden og det offentlige, både kommune og stat, på den andre. Dette er noe jeg synes vi burde stimulere til istedenfor å lage problemer.

Omsorgslønn har vært en stor sak for Senterpartiet, og vi ønsker at omsorgslønn til pårørende fortsatt skal være en viktig del av frivillig og personlig hjelp. Derfor øker vi på det området.

Vi øker også tilskuddet til omsorgstjenester for rekruttering av personell i kommunene. Vi mener at den planen som vi skal behandle over jul om kvalitet og innhold i omsorgen, gjør at vi bør legge penger på bordet nå, slik at vi har noe å sette i gang med.

Til slutt en del om sykehussektoren. Vi er bekymret for helseforetakenes økonomi, og det viser vi ved å legge inn mer penger i driftsopplegget nå – 1,1 milliarder kr. Vi ønsker også å utsette balansekravet overfor helseforetakene, og vi ønsker å slette noe gjeld, en sak som vi kommer tilbake til før julefreden senker seg over dette huset.

Vi synes at det er uakseptabelt at for stramme økonomiske rammer samtidig med en bedriftsøkonomisk tankegang og sterkt effektiviseringspress skal føre til at kanskje fødetilbud og akuttmedisinske tilbud, både når det gjelder akuttavdelinger og ambulansetjeneste, skal forsømmes og sentraliseres. Det er uakseptabelt. Jeg skjønner godt dem som har gått i fakkeltog dette siste halve året for å kjempe for at dette skal opprettholdes. Men da må vi legge inn virkemidler, slik at dette kan opprettholdes.

Vi er også bekymret for de store investeringskostnadene som vi har i sykehussektoren vår, og mener at Ahus-prosjektet, universitetsklinikken i Trondheim og

også Follo sykehus nå må få sin avklaring, og at det må legges inn en aktivitet fra statens side for å få disse etablert. For to år siden verserte det tall på rundt 50 milliarder kr for at sykehusvesenet i Norge skulle få nye lokaler og rehabilitert sine gamle lokaler som fortsatt kan brukes. 50 milliarder kr er antakeligvis et for lavt tall i dag, men jeg synes vi burde se på en finansiering og kanskje en fondsordning for utbyggingen som gjør at vi kan ivareta de fasilitetene som vi har.

– President, 10 minutter er faktisk ikke lang tid! Jeg har lyst til å si litt om rehabilitering og opptrening helt til slutt. Vi ønsker at helsebehandling skal føre til rehabilitering, men da må vi også tilrettelegge for det. Opptrening sinstitusjonene våre er i økonomiske vansker. Da må staten se til at disse opptrening sinstitusjonene fortsatt kan drive rehabilitering. Det tar Senterpartiet høyde for. Vi mener at finansieringen skal skje direkte fra RTV, og jeg kommer tilbake til en del av momentene senere.

**May Britt Vihovde (V):** Venstre stiller seg sjølvsagt bak Regjeringa sitt budsjett med dei endringane som følger av budsjettavtalen med Arbeidarpartiet, og dei forslaga som Høgre og Kristeleg Folkeparti stiller seg bak i denne innstillinga.

Venstre ser på kvart einskilt menneske som unikt og ulikt. Vi vil ha eit samfunn prega av toleranse, rettferd og likeverd. Venstre meiner at kvart einskilt menneske – dersom det får tillit og ansvar – vil skapa sitt eige gode liv og vil ta ansvar for andre. Vi meiner at alle menneske ønskjer å vera noko for andre – vil yta, ikkje berre nytta – dersom dei får moglegheit til det. Velferdstilbodet må alltid byggja på respekt for det einskilde mennesket sin integritet og i langt større grad vera tilpassa den einskilde sine ønske og behov.

Folketrygda sine utgifter aukar med 14,7 milliardar kr i løpet av 2004, noko som i hovudsak kjem av auka utbetalingar til alderspensjon, rehabilitering og uførepensjon. Prognosane viser at det vil vera stadig færre yrkesaktive som må bera auka utgifter til stadig fleire som har trygdeytningar som si hovudinntektskjelde.

Dei av oss som har jobb og god helse, bør bidra meir for å frigjera pengar til dei som treng det mest. Difor aukar Regjeringa eigendelane i helsesektoren. Samstundes vil tak 2-ordninga vera godt eigna til å skjerma storforbrukarane.

I 1984 var det 140 000 som nytta seg av eit eigendels-tak på helsetenester, i 2003 er det estimert til å bli 900 000. Regjeringa sitt forslag om å auka eigendelstaket med litt meir enn den generelle prisveksten frå 1984 til 2004 blei vesentleg reversert i budsjettavtalen med Arbeidarpartiet. I staden auka ein eigendelane som kjem inn under taket, med 13 pst. Dette vil ikkje gi ein vesentleg reduksjon i talet på menneske som blir omfatta av den generelle velferdsordninga. Og det er ikkje 900 000 storforbrukarar av helsetenester i Noreg som har dårleg økonomi. Dette viser at ordninga femnar for vidt.

Velferdsordningar som femnar for vidt, og som har auka utgiftsvekst år for år, gjer at vi kan få store problem med å finna rom for å prioritera dei som verkeleg har be-

hov for offentlig velferd og tenester. Vi kan ikkje vera så naive å tru at å smøra velferdsgode jamt utover den norske befolkning er løysinga på våre fattigdomsproblem. Venstre er ikkje naive, vi veit at skal ein få bukt med fattigdom i Noreg, gjer ein ikkje det ved å heva den generelle barnetrygda eller å redusera eigendelstaket med nokre hundrelappar. Venstre har mykje meir tru på Regjeringa si line, der ein set inn målretta tiltak mot dei som treng det aller mest. I budsjettforslaget for 2004 er det føreslått tiltak for nesten 1 milliard kr for å førebyggja og nedkjempa fattigdom.

Auka livskvalitet og verdigheit for våre narkomane er ei hjartesak for Venstre, som vi har fått gjennomslag for i budsjettforslaget ved bl.a. auka ressursar for å hjelpe våre rusmiddelmissbrukarar, og omorganisering av hjelpeapparatet for å betra samarbeid og få klarare ansvarsfordeling. Når ein samtidig gir rusmiddelmissbrukaren pasientrettar og rett til individuell rehabiliteringsplan, vil livskvalitet og motivasjon til eigen innsats bli vesentleg betre.

Mange rusmiddelmissbrukarar opplever vanskar med å få tak over hovudet og har ønske om arbeid. Forslaget frå Regjeringa om å prioritera fleire bustader samt sysselsetjingstiltak som kan gi verdifull arbeidstrening, er svært positivt.

Mange av våre narkomane har store helseskadar, og mange har vanskar med å oppsøkje sin eigen fastlege. Styrkinga av lågterskel helsetiltak er difor heilt nødvendig for å kunna gi mange den hjelpa dei treng. For mange er også dette første kontakt med hjelpeapparatet og ein viktig kontakt for kanskje å bli motivert til å søkje vidare hjelp.

Vi har eit mangfald av organisasjonar og stiftingar som gjer ein viktig og imponerande innsats innan rusomsorga. Venstre er glad for at ein i budsjettforliket med Arbeidarpartiet styrkjer innsatsen her.

Regjeringa føreslår også auka midlar til legemiddelassistert behandling. Dette gjer at stadig fleire kan få dette tilbodet. Men vi må heile tida ha med oss at metadon, Subutex, eller andre medisinar, er berre ein del av rehabiliteringa. Skal ein lukkast i å få eit tilnærma «normalt» liv, må også tilbod om bustad, arbeid og sosial nettverk vera til stades, eller, om ein vil, eit heilskapleg rehabiliteringsopplegg, ein individuell plan.

Vi er glade for at ein i tillegg til auka innsats for å gjennomføra psykiatriplanen også utvidar tidsperioden. Det er naudsynt for å få utdanna dei fagfolka ein treng for å kunna gi eit skikkeleg godt tilbod til menneske med psykiske problem.

Venstre ønskjer meir fridom for kvar einskild, men det betyr også meir ansvar. Venstre meiner at å hjelpe dei som har minst, til eit betre liv, er viktigare enn å flytta pengar mellom det store fleirtalet som allereie lever i materiell velstand.

Det er kanskje grunn til å minna oss alle om at vi lever i eit av verdas rikaste land.

**Asmund Kristoffersen (A):** Budsjettforliket mellom Arbeidarpartiet og regjeringspartiene har resultert i et betydelig bedre helsebudsjett, og arbeidet etter forliket, slik

Bjarne Håkon Hanssen nevnte, har vært meget godt og meget ryddig.

Mye går svært godt innenfor spesialisthelsetjenesten. Køene er redusert betydelig, og ventetiden vesentlig kortet ned. Dette er et sunnhetstegn for vårt helsevesen. Men utfordringene er ennå mange. Som et resultat av forliket har helseforetakene fått styrket sin økonomi med 500 mill. kr, og kravet til balanse i driften er forskjøvet med ett år.

Selv om det fortsatt vil være behov for betydelige omstillinger i vårt helsevesen, kan helseforetakene nå, som resultat av en mindre anstrengt økonomi, foreta en faglig forsvarlig omlegging av sin drift. Jeg er derfor meget godt tilfreds med at Arbeiderpartiet har fått en samlet komite med seg på et forslag der vi ber Regjeringen grundig gjennomgå de ulike faglige vurderingene som nå foreligger i forhold til de endringer i fødetilbud og akuttberedskap som er planlagt. For meg og for Arbeiderpartiet er det viktig å understreke at lange avstander og lang reisetid må få konsekvenser i forhold til å opprettholde tilbud når dette er faglig forsvarlig.

Arbeiderpartiet fremmer igjen forslaget om regionale rådsorganer for de regionale helseforetakene. Selv om den politiske styringen av helseforetakene foretas gjennom de fullmakter helseministeren gir foretakene, basert på Stortingets beslutninger og rammer, mener Arbeiderpartiet at et regionalt rådsorgan ville være et viktig rådgivingsforum for de regionale helseforetakene, spesielt i forhold til planlegging av det totale helsetilbudet i regionen. Jeg tror det hadde vært bra for de regionale styrene å ha en slik lyttepost hos sentrale regionale politikere. Jeg har fra tid til annen merket meg uheldige uttalelser og reaksjoner i det regionale ledd, som kunne vært unngått med bedre regional kontakt. Jeg er forundret over at ikke andre partier støtter Arbeiderpartiets initiativ.

Jeg er for øvrig glad for at det er et bredt flertall som har støttet vårt innspill om å få til mer og bedre legevakt-samarbeid i kommunehelsetjenesten. Det er slik at vaktbelastningen for leger i svært mange små og mindre kommuner kan være svært tung og en direkte fare for rekruttering av leger. Erfaringene fra slikt organisert vakt-samarbeid er gode. Et hinder har bl.a. vært å få til en bedre kostnadsfordeling mellom folketrygden og kommunene for slikt vakt-samarbeid. Erfaringene fra bl.a. Nord-Trøndelag viser at samfunnet totalt sett sparer penger, men for kommunene har denne ordningen gitt noe merutgifter, mens folketrygden har spart mer enn det kommunene har hatt i merutgift. Dette gir feil signaler om legevakt-samarbeid. Flertallet har bedt departementet gå inn i dette, og det er jeg veldig glad for.

Stortinget har besluttet at finansieringsansvaret for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell skal overføres fra folketrygden og til henholdsvis kommuner og helseforetak. Talleksempler fra mange kommuner med ansvar for ambulans- og legeskyssbåt viser at det nye systemet kan gi slike kommuner en betydelig mindre refusjon enn det utgiftene skulle tilsi, og vil være. Komiteen tar tak i dette og regner med at departementet fanger opp dette og sikrer disse kommunene korrekt refusjon.

Jeg liker ikke noe av det som jeg hører om nedlegginger i psykiatrien. Helseministeren må gå helseforetakene etter i sømmene, slik jeg tror han gjør og vil gjøre i framtiden. Selv om vi med dette budsjettet ikke oppfyller det opprinnelige målet for opptrapping i psykiatrien, er 700 nye, friske millioner til psykiatrien i 2004 et stort beløp, som skulle bety betydelig opptrapping, og ikke nedlegging. Kommunene er definitivt verken organisatorisk eller faglig i stand til å ta imot psykiatriske pasienter som nå hører hjemme i spesialisthelsetjenesten.

Jeg er i grunnen meget overrasket over representanten Alvheims påstand her i dag om at det ikke legges inn mer penger til psykiatrien. 700 mill. kr legges inn av Regjeringen, og det støtter Arbeiderpartiet i forliket. 700 mill. kr er mye penger. Det er fristende å spørre hva Fremskrittspartiet foreslo for inneværende år da Fremskrittspartiet inngikk forlik med Regjeringen.

Mye skjer i helsevesenet for tiden. Rusreformene skal gjennomføres fra nyttår, reformer som skal sikre rusmiddelmissbrukere et helhetlig tilbud, sikre disse rettigheter som pasienter og fjerne tidligere ulikheter mellom statlige eller fylkeskommunale pasienter og rusmiddelmissbrukere i kommunale institusjoner. Det uakseptable ved tidligere ordninger var at den enkelte kommunes økonomi ofte bestemte hvilke tilbud rusmiddelmissbrukeren fikk. Slik skal det ikke være. Det har Stortinget nylig bestemt. Det er derfor med den største undring jeg hører rykter om at MARIO-senteret, vårt nasjonale kompetansesenter og regionsenter for mange fylker, skal være i ferd med å bli splittet opp mellom Oslo kommune og helseforetaket. Det vil føre for langt å gå nærmere inn på dette nå, men poenget er at en ikke bygger ned det en har behov for å bygge opp.

Legemiddelpolitikken er krevende fordi pasientene må sikres tilgang på de beste og mest effektive medisiner, samtidig som storting og regjering må søke å begrense den store utgiftsveksten innenfor legemiddelområdet. Denne veksten varierer faktisk mellom 10 pst. og 15 pst. årlig.

Blåreseptordningen er et sentralt element i foreskriving og bruk av legemidler, og det er svært positivt at en samlet komite nå ber om en samlet og bred gjennomgang av blåreseptordningen. Ved siden av at det åpenbart må sikres kostnadskontroll, hefter det svakheter ved vårt nåværende system. I mange tilfeller tar det for lang tid å få god og kostnadseffektiv medisin inn på blåreseptordningen. Dagens prosedyrer inviterer i for stor grad Stortinget til å bli en slags saksbehandler i fagmedisinske spørsmål om legemidler skal tas inn i blåreseptordningen eller ikke.

Odelstinget skal i dag behandle en annen sak, der flertallet slutter seg til prisnippet om refusjonskontrakter mellom stat og legemiddelfirmaer. Der ber vi også om at departementet vurderer et alternativ med midlertidig godkjenning av legemidler på blå resept, samt vurderer former for overslagsbevilgninger som likevel må sikre kostnadskontroll.

Flertallet i Stortinget peker på at det er viktig med refusjonsordninger som sikrer norske pasienter et tilbud,

slik vi ser det i andre land, ikke minst når det gjelder anbefalte legemidler for behandling av KOLS, hjertesykdommer og hjerneslag, godartet prostataforstørrelse og diabetes type II. Her ligger utfordringen hos helseministeren.

Som jeg har nevnt tidligere, vil det være uheldig om Stortinget i for detaljert grad må gå inn på disse forhold.

**Beate Heieren Hundhammer (H):** Utformingen av det framtidige tjenestetilbudet ved sykehusene har ført til stort folkelig engasjement. Det er flott. Det viser at helse-regionene tar på alvor Stortingets krav om åpenhet i de prosessene som foregår i helseregionene.

Helsereformen har ført til og vil føre til strukturelle endringer og omstillinger. En bedre gjennomføring av endringer og omstillinger var også en av hensiktene med helsereformen, en reform som har gitt flere behandlede pasienter og kortere ventetider. Den medisinske utviklingen er i konstant utvikling. Det betyr at skal vi sørge for at helsevesenet opptrer faglig forsvarlig, må det skje omstillinger.

I debatten har behovet for strukturendringer hovedsakelig vært knyttet til økonomi. Men strukturendringer er ikke nødvendigvis bare å få mer helse ut av hver krone, selv om det er viktig nok, men også å sikre en god kvalitet på de tjenestene som blir levert. Derfor blir inntrykket enkelte prøver å skape av at sykehus for sentrale politikere kun dreier seg om nedleggelser og sparing, galt. I virkeligheten er omstillinger og strukturendringer et middel både til å få mer helse ut av hver krone og å bedre kvaliteten på behandlingen. Det bør være i alles interesse, uavhengig av hvor mye ressurser vi bruker på sykehusene, at vi får flest mulig behandlede pasienter innenfor de rammene som er til rådighet. Likeledes bør det være i alles interesse at vi driver helsevesenet vårt på en slik måte at vi makter å henge med i den kontinuerlige medisinske utviklingen, slik at vi kan tilby tjenester av høy kvalitet. Det som var faglig forsvarlig i går, er ikke nødvendigvis faglig forsvarlig i dag.

Når det gjelder den økonomiske situasjonen til sykehusene, er det heller ikke slik at den sittende regjering sultefører sykehusene. Regjeringen har i forslag til statsbudsjett foreslått 1,2 milliarder kr i økte bevilgninger til sykehusene. I tillegg har budsjettforliket med Arbeiderpartiet ført til ytterligere ½ milliard kr til sykehusene og utsettelse av balansekravet med ett år. Selv om sykehusene står overfor tøffe utfordringer, har de alt i alt fått muligheten til å videreføre det rekordhøye antall behandlede pasienter innenfor økonomisk forsvarlige rammer.

Regjeringen følger i forslaget til budsjett opp kampen mot fattigdom ved å bevilge 948 mill. kr til fattigdomsbekjempelse, en økning på 239 mill. kr fra i fjor. Fattigdomstiltakene retter seg mot dem som trenger det mest. Dette er en videreføring av Regjeringens kursendring i sosialpolitikken, hvor man har tatt konsekvensene av at den ensidige vektleggingen av brede velferdsordninger ikke har greid å hindre nyfattigdom. I neste års budsjett styrkes arbeidsmarkedstiltakene for langtids sosialhjelpsmottakere, enslige forsørgere får en bedre overgangsstø-

nad, bostedsløse skal få bedre hjelp til å skaffe bolig, og flere vil få tilskudd til kjøp av egen bolig.

Den viktigste måten å komme ut av fattigdom på vil fortsatt være gjennom arbeid. Derfor er det bra at Regjeringen satser på å få folk ut i arbeid. Det gjøres ved bl.a. å bygge ned de barrierene funksjonshemmede opplever i samfunnet. I budsjettet er det foreslått en rekke tiltak, bl.a. at bedriftene ikke lenger skal betale en egenandel for å tilrettelegge arbeidsplasser for funksjonshemmede. Staten skal heretter betale alle utgiftene til dette. Det blir dermed lettere å ansette arbeidstakere med nedsatt funksjonsevne.

Det er også bekymringsfullt at om lag 400 000 personer, dvs. hver femte nordmann i yrkesaktiv alder, har trygd som sin hovedinntektskilde. Det er flere uføretrygdede enn industriarbeidere i Norge. Derfor er det bra at vi får en ordning med midlertidig uførestønning, en ordning som vil gi flere muligheten til å være tilknyttet arbeidslivet.

Like bekymringsfullt er det høye sykefraværet. Det er skuffende at intensjonsavtalen for et inkluderende arbeidsliv foreløpig verken har ført til redusert sykefravær, flere funksjonshemmede inn i yrkeslivet eller høynet den reelle pensjonsalderen. Allikevel støtter en enstemmig komitee Regjeringens syn når det gjelder videreføring av avtalen, fordi vi tror den vil gi positive resultater på lengre sikt.

Regjeringen har fremmet forslag om en sterkere tilknytning til arbeidslivet for å falle inn under sykepengeordningen. Kravet om hvor lenge en person skal ha vært i arbeid før denne har rett til sykepenger, utvides fra to til fire uker. Og perioden man har rett til sykepenger i inaktive perioder, reduseres fra tre til en måned. Dette er små og rimelige endringer. Det som er urimelig, er at man etter to uker i arbeidslivet har full rett til sykepenger, slik det er i dag. Disse små justeringene er med på å bidra til at vi kan opprettholde verdens beste sykkelønsordning med full lønn fra første dag.

For å bevare og utvikle velferdssamfunnet trenger vi flere mennesker i arbeid. Da må sykefraværet ned. De som i dag står utenfor arbeidslivet, men som har mulighet til å bli arbeidsføre, må inn i arbeidslivet. Slik kan vi også få frigjort midler til andre oppgaver.

**Harald T. Nesvik (FrP):** Årets statsbudsjett får flertall med støtte fra Arbeiderpartiet. Da skulle det jo være grunn til å tro at nettopp Arbeiderpartiet ville forhandlet seg fram til et budsjett som iallfall nulltet ut den endringen som ble gjort i forbindelse med inneværende års budsjett, og som det ble lagt så stor vekt på i fjorårets debatt:

«Enslige forsørgere får redusert tilskudd til barnepass. Bare minstpensjonistene vil få nå fritak for egenandeler på blå resept. Gravferdshjelpen avvikles. Det kuttes i viktige tilskuddsordninger for funksjonshemmede.»

Dette er ikke mine egne ord, men et direkte sitat fra representanten Bjarne Håkon Hanssens innlegg under fjorårets debatt om helse- og sosialbudsjettet.

Etter den kraftsalven som ble rettet mot Fremskrittspartiet i den debatten, skulle en i alle fall være helt sikker på at det ikke ville bli foretatt en reduksjon hva angår stønningen til barnepass. Det skulle ikke kunne bli foretatt innstramminger overfor funksjonshemmede. Det måtte i alle fall kunne forventes at gravferdsstøtten ble tilbakeført, slik Fremskrittspartiet hadde foreslått i sitt alternativ til statsbudsjett.

Det er tydelig at Arbeiderpartiet ikke lenger legger så mye vekt på det de selv uttalte for bare ett år siden. Det er grunn til å minne om at dette budsjettet som Arbeiderpartiet nå er med på, er et budsjett der de vil måtte stå inne for hele innholdet. Det er verdt å huske representanten Hill-Marta Solbergs ord fra fjorårets finansdebatt: «Det finnes ingen subsidiære virkeligheter.» Det er derfor grunn til å dvele ved noen av de kutt og endringer som også Arbeiderpartiet nå helt åpenbart må mene er fornuftige, når de står inne for den avtalen som er inngått.

I forbindelse med valgkampen før siste stortingsvalg gjorde Arbeiderpartiet et meget stort poeng ut av viktigheten av at det ikke kom på tale å svekke de faglige rettighetene knyttet til sykkelønsordningen. Det forliket som Arbeiderpartiet nå har inngått med regjeringspartiene, viser at det er langt mellom det man lover i en valgkamp, og det man gjør i praktisk politikk. Det forliket som er inngått, medfører en svekkelse av sykkelønsordningen, fordi man nå skal kreve en sterkere tilknytning til yrkeslivet for at man skal kunne få retten til å motta sykepenger. Arbeiderpartiets garantier i framtiden hva angår å skjerme sykkelønsordningen, vil ikke lenger stå til troende.

Jeg er ikke forundret over at Regjeringen i sin tid la fram et forslag til budsjett preget av betydelig økning av egenandeler, innstramminger i ordninger for syke og funksjonshemmede og manglende vilje til å prioritere å gi refusjon for de mest effektive og anbefalte legemidlene på noen områder, til tross for at Regjeringens eget fagorgan hadde anbefalt det. Dette er faktisk bare en videreføring av den sittende regjeringens politikk, særlig slik vi kjenner den politikken fra tidligere år.

I forrige års budsjettdebatt brukte representanter fra Arbeiderpartiet mye taletid på at Fremskrittspartiet ikke maktet å få respekt hos regjeringspartiene for at den generelle gravferdsstøtten måtte opprettholdes, slik Fremskrittspartiet ønsket og foreslo i sitt alternative budsjett. Fremskrittspartiet foreslår derfor i sitt forslag til sosialbudsjett at den generelle gravferdsstøtten gjeninnføres, med 4 000 kr i tillegg til en behovsprøvd del på 8 500 kr. Det er forunderlig at dette forslaget bare får Fremskrittspartiets stemmer, særlig når en ser tilbake på fjorårets budsjettdebatt i denne sal. I den forbindelse er det jo bare å legge merke til at Arbeiderpartiet ikke ser det som viktig å prioritere at gravferdsstøtten kommer på plass.

De stadige forsøkene på å øke egenandelene i helsevesenet, og da særlig egenandelstaket, vekker stor bekymring hos syke mennesker, og ikke minst hos kronikere, som i utgangspunktet skulle ha mer enn nok problemer med å takle sin egen sykdom, om de ikke stadig

også skal måtte bekymre seg over at økonomien ikke strekker til, og som faktisk i en del tilfeller må velge mellom mat og medisin. Regjeringspartiene og Arbeiderpartiet sørger for at egenandelstaket øker fra 1 350 kr til 1 550 kr. Egenandelene ved besøk hos lege, psykolog og øvrig helsepersonell øker med ca. 13 pst., og egenbetalingen – altså summen for å hente ut enkeltresepten – øker fra 400 til 450 kr. Dette er å straffe syke mennesker, hvorav mange allerede sliter med en dårlig økonomi. Fremskrittspartiet har i sitt alternative budsjett funnet dekning for at egenandelene ikke skal økes.

Forholdene innen eldreomsorgen er stadig for dårlige. Vi har vel alle blitt minnet på at flere pleie- og omsorgsarbeidere innen eldreomsorgen er påkrevd. Det er viktig, slik Fremskrittspartiet ser det, at vi nå legger inn en del øremerkede midler til å øke antallet pleiere innen denne omsorgen. Fremskrittspartiet foreslår at det skal opprettes 1 000 nye stillinger innen denne sektoren neste år, men det ligger ikke an til å få flertall i denne sal. Det ser ikke ut til at man er tilstrekkelig opptatt av dette området lenger, nå når valgkampen er over.

Regjeringspartiene og Arbeiderpartiet skaffer også flertall for at det skal strammes inn på unntaksbestemmelsene for dem som skal motta rehabiliteringspenger, ved at man vedtar en tidsbegrensning for hvor lenge man kan motta denne stønaden. Fremskrittspartiet må bare konstatere at Regjeringen også på dette området får flertall sammen med Arbeiderpartiet.

Det skal bli interessant å høre hvorfor Arbeiderpartiet også har prioritert å redusere satsene for støtten til barnetilsyn i dette budsjettet når det gjelder enslige forsørgere, da disse går ned fra 66 til 64 pst. av dokumenterte utgifter, all den tid at nettopp Arbeiderpartiet i fjorårets budsjett gjorde et poeng av hvor viktig det var ikke å redusere denne støtten. Jeg vil utfordre representanten Bjarne Håkon Hanssen til å forklare hva som har endret seg det siste året, fra fjoråret til i år, angående dette temaet når det gjelder barnetilsyn.

Fremskrittspartiet har ved flere anledninger etterlyst en helhetlig gjennomgang av den norske legemiddelpolitikken, der det gjennom de senere årene har blitt foretatt en rekke mer eller mindre drastiske endringer uten at man har fått anledning til å se hele området i en større sammenheng. I den forbindelse kan nevnes generisk bytte og indeksprissystem og bruken av refusjonskontrakter, som skal debatteres i Odelstinget senere i dag. I forbindelse med den saken fremmer vi nok en gang forslag om en helhetlig og fullstendig gjennomgang av legemiddelområdet. Men det som ligger an til å få flertall, er en mer begrenset gjennomgang.

Fremskrittspartiet framhever i sine merknader viktigheten av at en del legemidler raskest mulig blir tatt opp i blåreseptforskriftens § 9. Dette gjelder bl.a. diabeteslegemidlene Actos og Avandia. Det vil ikke ha noen budsjettmessige konsekvenser dersom de blir foreskrevet etter Statens legemiddelverks anbefalinger, da dette vil kunne medføre en reduksjon i insulinbruken. Videre ønsker vi

at man også skal få refusjon for hjertemedisinen Plavix og legemiddelet Spiriva mot KOLS.

Jeg har full forståelse for en del av den kritikken som framkommer mot det faktum at enkeltlegemidler tas opp til diskusjon i Stortinget. Men det er dessverre et faktum at ved flere anledninger viser dette seg å være siste mulighet for å kunne hjelpe en rekke pasienter til å kunne gjøre seg nytte av de beste legemidlene for sin sykdom. Det er et paradoks at begrunnelsen for at det ikke blir gitt refusjon, er at det ikke foreligger budsjettmessig dekning for å kunne gjøre dette. Fremskrittspartiet ser dette som helt meningsløst og ønsker å gi Regjeringen det verktøyet som skal til på dette området, nemlig å gjøre legemiddelkapitlet om til overslagsbevilgning, på lik linje med f.eks. sykepenger. Det er jo ingen som ville drømt om å nekte noen sykepenger grunnet at budsjettet var tomt.

Det har også vært knyttet en del kommentarer, bl.a. fra representanten Gløtvold, til ressurskrevende brukere. Jeg vil minne om at vi har fremmet et primært forslag i den saken, men vi vil subsidiært støtte det forslaget som bl.a. representanten Gløtvold var inne på. Det gjorde vi også i forbindelse med kommuneøkonomiproposisjonen, men da med et annet forslag som kunne få flertall. Arbeiderpartiet ville ikke være med på det forslaget som det ble henvist til.

E i r i n F a l d e t hadde her overtatt presidentplassen.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** I går, tirsdag den 9. desember, hadde Dagbladet et oppslag der det står:

«Cecilie (35) fortviler over psykiatri-nedleggelse:

«Hvor skal jeg gjøre av meg?»»

I artikkelen opplyses det at 20 plasser for alvorlig psykisk syke på Dikemark i Asker skal legges ned, og Cecilie aner ikke hvor hun skal flyttes. Hun sier:

«Jeg vil bare dø. Uvissheten er ikke til å holde ut.»

Hun ble to uker tidligere fortalt av overlegen på Dikemark at avdelingen hun var på, skulle flyttes til Ullevål, at man skulle foreta en endring av strukturen, men at pasientene ikke skulle flytte med.

Dette er ett av flere eksempler som er kommet opp gjennom det siste året, ikke på at psykiatrien styrkes som forutsatt innenfor opptrappingsplanen, men på at tilbud legges ned uten at man erstatter dem med andre tilbud.

Jeg var tidligere i år på Gran på Hadeland, der jeg traff flere beboere ved et psykiatrisk sykehjem. De beskrev sin fortvilelse over at deres tilbud skulle forsvinne. Det eneste det skulle erstattes med, var psykiatriske avdelinger, der det var lite aktuelt at de samme pasientene ville bli lagt inn.

Det er klarere og klarere at forskjellen mellom det som har vært Stortingets intensjon med opptrappingsplanen for psykisk helsevern, og det som skjer ute i regi av de ulike helseforetakene og overfor de enkelte pasientene, er stor. Her er det en stor diskrepans. Og det er en forskjell som vi ikke kan leve med. Man kan godt si at Stortinget ved nå å styrke budsjettet med 700 mill. kr, fortsatt

gjør noe i forhold til psykiatrien, men det skulle da også bare mangle. Vi har fått rapporter år etter år. Vi kan ved å lese gjennom Lønning I-utvalgets rapport fra 1980-tallet og rapportene til ulike prioriteringsutvalg se at psykiatrien har vært skadelidende. Vi må gjennom en Samdata-rapport erkjenne at på tross av at vi nå gjennomfører en opptrappingsplan, er det ikke psykiatrien, men somatikken som styrkes mest. Jeg synes det også gjenspeiles i debatten vi har her i dag. Det er ikke psykiatrien som får hovedoppmerksomheten. Det er det andre deler av helsevesenet som får.

Jeg registrerte at Aftenposten Aften i forgårs hadde en beskrivelse av utenlandske turisternes besøk i Oslo. De var forskrekket over det de opplevde på Plata og området rundt, med sprøytespisser og med narkomane som tilsynelatende ikke hadde noe tilbud, hvor bruken av narkotika var helt åpenbar. Det er en annen side av den samme saken. Vi vet at veldig mange som sliter med et rusmiddelproblem, som en konsekvens av det – eller kanskje som en oppstart til det – har mentale problemer. Det vi ser, er at vi ikke har klart å skape et samfunn som ivaretar de svakeste.

Det støynivået vi har sett gjennom de senere månedene når det gjelder helseforetakene og somatikken, overskygger helt at vi svikter de svakeste. Jeg skulle ha ønsket meg et storting som hadde klart å stå imot en del av de kravene som kommer fra de avdelingene som i dag står sterkest, nettopp for å kunne ivareta dem som er de svakeste, de som ikke har noen røst til å si fra om det sviaket som har vært i forhold til dem – for på mange måter er dette et svik. Det er et svik i forhold til den styrkingen som skulle komme, men som ikke kommer. Og det er et svik i forhold til de pasientene som føler utrygghet og usikkerhet, og som føler at de ikke blir hjulpet.

En far skrev et lengre brev til meg om sin situasjon og de erfaringene han hadde gjort. Han hadde en datter som døde på grunn av spisevegring. Han beskrev hvordan de planene som ble lagt, ikke ble fulgt opp, og han beklaget at sosialkomiteen i år ikke spesielt hadde nevnt gruppen som har spisevegring. Jeg har reflektert litt rundt det, for jeg har selv en datter som har slitt med slike problemer, men man skal passe seg for å drive budsjettbehandling med tanke på å ta vare på sine egne. Det var noe som overrasket meg da jeg leste boken til Arne Olav Brundtland i sin tid. Han beskrev Gro Harlem Brundtlands refleksjoner omkring psykiatrien etter at hun selv fikk en syk sønn, nemlig engstelsen for å gå inn i de områdene av frykt for at man kunne mistenkes nettopp for å ville hjelpe sine egne.

Man opplever stadig at en i familien eller andre blir lagt inn på sykehus, men noe av det som virkelig har overrasket meg i en tettere kontakt med psykiatrien, er hvor store manglene er. Manglene er ikke nødvendigvis størst på det området jeg nevnte nå, spisevegring, men på en rekke andre områder. Påførende føler seg sviaket. De føler at de står alene tilbake, at de ikke har noen til å hjelpe seg i forhold til å få de syke inn i et behandlingstilbud, og at de raskt blir alene om å ta omsorgen når de kommer tilbake. Det er et ansvar som Stortinget må ta i større

grad enn det har gjort til nå. Det er overraskende og skuffende at Arbeiderpartiet i sitt forlik med Regjeringen ikke har vært mer opptatt av det området. Jeg burde brukt hele mitt innlegg til å snakke om det, for dette ligger meg på sinne, men jeg skal komme inn på en del andre områder også.

Riksrevisjonen presenterte den 14. november en undersøkelse av effektiviteten i sykehusene, basert på en sammenlikning av organisering av hofteoperasjoner. I rapporten står det:

«Riksrevisjonens undersøkelse viser at innsatsstyrt finansiering i praksis kan ha betydning for sykehusenes prioriteringer.»

Det er SV helt enig i. Vi har helt siden innføringen av den innsatsbaserte finansieringen advart mot å gjøre den innsatsbaserte andelen for høy, fordi det kan ha uheldige vridningseffekter.

For hofteoperasjoner kan det innebære at pasienter som opereres første gang, prioriteres, mens pasienter som opplever at operasjonen ikke er vellykket, ikke prioriteres fordi inntjeningen for sykehuset blir mindre ved andregangsoperasjon av samme pasient enn ved å operere en annen pasient for første gang. Dette er naturligvis uetisk. Prioriteringen skal etter SVs syn skje etter pasientens tilstand og alvorlighetsgraden av den tilstanden som foreligger, ikke ut fra hva slags inntjening den enkelte behandlingen kan gi sykehuset. SV er dermed glad for at man nå gjør det vi har tatt til orde for i flere år, nemlig å redusere den innsatsbaserte finansieringen og øke rammeandelen til sykehusene.

Vi er også glad for at helseforetakene skal disponere midlene til dekning av reisekostnader fra 1. januar 2004. SV har foreslått det i mange år, og fikk til slutt gjennomslag for det sammen med Regjeringen i forbindelse med behandlingen av inneværende års budsjett.

Jeg er også glad for at Fremskrittspartiet og Høyre har gitt seg tid til å studere SVs alternative budsjettforslag innenfor rammeområde 16. Til det budsjettforslaget som kom i stand etter forliket mellom regjeringspartiene og Arbeiderpartiet, er SV det eneste partiet som fremmer et alternativt budsjettforslag innenfor rammen. Det er forståelig at andre partier gir seg tid til å studere det. Flere av de tingene vi har foreslått tidligere, har jo senere blitt gjennomført.

Jeg registrerer at komiteens leder hevder at SV med sitt forslag legger opp til å rasere den privatpraktiserende spesialisthelsetjenesten. Jeg kan forsikre at det ikke er tilfellet. Men ved at refusjonen som privatpraktiserende spesialister, psykologer, laboratorier og røntgeninstitutt har mottatt fra Rikstrygdeverket, i stedet skal disponeres av helseforetakene, er det all grunn til å tro at samordningen vil bli bedre, at pasientenes samlede helsetjenestetilbud vil bli bedre, at køene lettere lar seg avvikle, og at oppgaven med å ta hånd om de sykeste først, kan fordeles på flere hender. Det er åpenbart at de refusjonene som i dag utbetales til privatpraktiserende spesialister, styres for dårlig i regi av Rikstrygdeverket fordi man ikke kan legge føringer for hva slags pasientgruppe som skal prioriteres. Og det er det SV ønsker. Vi ønsker ikke å frata

privatpraktiserende spesialister levebrødet, men vi ønsker at de pasientene de skal behandle for offentlige refusjoner, skal være pasienter med første prioritet. Det burde være helt naturlig. Flertallet burde argumentere på samme måte.

Så sier Bent Høie at SVs budsjettforslag innebærer 1,2 milliarder kr mindre til helseforetakene. Slik er det jo ikke. Det innebærer 1,2 milliarder kr mer til helseforetakene. Det betyr en styrking av helseforetakenes økonomi, men det betyr også at man samtidig får nye oppgaver. Det betyr at man skal ha ansvaret for refusjonen til de privatpraktiserende spesialistene, laboratoriene, røntgeninstituttene og psykologene. Og det betyr naturligvis at SV forventer seg en effektivisering som en konsekvens av det. Vi ser i dag at enkeltleger ved sykehusene er oppe i en årsinntekt på 2,4 mill. kr. Det kan ikke være riktig at man har leger som tjener tre ganger så mye som statsministeren. I stedet for at de gjør det, skal vi naturligvis ha en samordning av felles ressursbruk, slik at det blir helt unødvendig med overtidig vikarbruk eller ekstrautgifter til helseforetakene. I stedet skal man benytte de privatpraktiserende spesialistene, samordnet med sykehusene, for på den måten å oppnå en mer effektiv ressursbruk.

SV er opptatt av at mye av den ressursbruken som skal skje innenfor helsevesenet i framtiden, skal skje der folk bor, i kommunene og i regi av primærhelsetjenesten. Vi må i mye sterkere grad tilrettelegge for at spesialisthelsetjenesten kan komme ut til befolkningen. Vi er glad for at Regjeringen nå også legger til rette for tiltak som cellegiftbehandling og dialysebehandling, som SV har tatt til ordet for i mange år. Men vi ønsker å gå videre på den veien, ved at spesialisthelsetjenesten gjøres mer tilgjengelig der folk bor, slik at færre skal måtte dra langt for å få behandling.

Takk for oppmerksomheten, president.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Regjeringens helsepolitikk bygger på respekt for menneskeliv og menneskeverd, omsorg for de svakeste, satsing på forebygging og personlig ansvar for egen helse.

- Budsjettforslaget er særlig rettet inn mot
- oppfølging av folkehelsemeldingen gjennom en folkehelsepakke
  - økt innsats for psykisk helse
  - økt innsats for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt
  - videreføring av aktivitetsnivået i sykehusene

Det er et stort behov for å styrke folkehelsearbeidet. Helsetruslene og de største helseutfordringene i vår del av verden er nært knyttet til levevaner. Ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 16 for 2002-2003, Resept for et sunnere Norge, ble det også fra Stortingets side uttrykt bred enighet om at offentlig innsats i større grad må rettes mot det forebyggende. Dette er nå fulgt opp av Regjeringen i budsjettforslaget for 2004 og ytterligere forsterket gjennom sosialkomiteens behandling.

En viktig utfordring framover blir å legge til rette for økt fysisk aktivitet i de gruppene som er minst aktive,

øke hverdagsaktiviteten generelt og ikke minst fremme fysisk aktivitet blant barn og unge.

Det kanskje viktigste perspektivet for den statlige politikken vil være å skape gode rammebetingelser for det lokale folkehelsearbeidet og sikre at helsehensyn trekkes sterkere inn i samfunnsplanleggingen. For å bidra til at dette skal skje, etableres det partnerskap for folkehelse mellom stat, fylkeskommune, kommuner og frivillige organisasjoner, som skal sikre en sterkere infrastruktur og en lokal forankring av folkehelsearbeidet.

Som en oppfølging av kvinnehelsestrategien i folkehelsemeldingen styrkes forskningen på forebygging og behandling av osteoporose og forskning på kvinners psykiske helse.

Vi har de siste årene hatt en sterk vekst i aktiviteten i sykehusene, ikke minst gjelder dette inneværende år, hvor aktivitetsveksten har vært på i overkant av 5 pst. Det er lagt til grunn at dette historisk høye aktivitetsnivået skal kunne videreføres på om lag samme nivå neste år.

Det er over flere år tilført betydelige ressurser til spesialisthelsetjenesten. For å sikre at vi i en slik situasjon har en god ressursutnyttelse, er det viktig at det stilles krav til omstilling og effektivisering. Et viktig mål med sykehusreformen har vært å få mer helse for hver krone. Det er gledelig å kunne konstatere at reformen allerede begynner å gi resultater. Det har skjedd en nødvendig opprydding i ventelister, og ventetider har også reelt sett gått ned. De regionale helseforetakene har grepet fatt i problemet med overbelegg og korridorpasienter, og det har gitt positive resultater. Styrer og ledelse i de regionale helseforetakene er gitt ansvaret for å forvalte store samfunnsverdier, og for første gang har vi nå fått en samlet oversikt over bygninger og utstyr som er stilt til disposisjon.

Kravene til omstilling og effektivisering må imidlertid ikke gå på bekostning av nødvendig trygghet for befolkningen når det oppstår behov for helsetjenester.

Det er viktig at de økte bevilgningene som nå gis gjennom budsjettforliket, brukes til å redusere underskuddet i 2004 og ikke til å øke aktiviteten ut over det som er forutsatt i budsjettforslaget. Jeg vil stille krav til omstilling i det enkelte regionale helseforetak, slik at målet om balanse kan nås i 2005.

Det er og skal være et betydelig engasjement for spesialisthelsetjenesten og helseforetakene. Jeg opplever at engasjementet i sin kjerne ofte dreier seg om trygghet, noe som vi politikere må ta på alvor. Jeg vil trekke fram tre forhold som framstår som viktige når denne situasjonen skal møtes.

For det første må vi unngå at vi bidrar til en oppfatning om at opprettholdelse av status quo er en god strategi for å ivareta trygghet for befolkningen når det gjelder nødvendig helsetjeneste. Å fastholde etablerte mønstre vil i en del tilfeller innebære at vi utnytter tilgjengelige faglige ressurser på en dårlig måte. Men forandringer må være forankret i gode faglige analyser av hvordan tjenesten kan dekke befolkningens behov på en god måte. Videre er det viktig at tjenesten klarer å komme i god dialog med befolkningen som den skal tjene.



For det andre opplever jeg at mange mener at utvikling er ensbetydende med sentralisering. Det er slett ikke slik at drivkreftene for utvikling ensidig trekker i denne retning. Det skjer en betydelig utvikling av informasjonsteknologi. Det gir nye mulighet for samspill mellom sentrale ekspertmiljøer og lokale og regionale sykehusmiljøer. At foretakene nå overtar ansvaret for syketransport, og at ISF-ordningen utvides til å omfatte dialyse- og cellegiftbehandling som gis utenom sykehus, gir også nye muligheter til å gjennomføre desentraliserte løsninger.

For det tredje må det understrekes at helsetjenestens utvikling ikke må betraktes som et rent faglig anliggende. Utviklingen av tjenesten skal også være underlagt nasjonal politisk styring. Det er en viktig forutsetning for at befolkningen skal oppleve trygghet i forhold til endringer. Arbeidsdelingen bør være slik at de politiske organene trekker opp overordnede retningslinjer, og at helseforetakene og de faglige miljøene finner de konkrete løsningene innenfor disse rammebetingelsene.

Vi har nå kommet i gang med å utvikle et plan- og meldingssystem som nettopp har til hensikt å legge til rette for en mer overordnet og helhetlig styringsrolle for Stortinget. I så henseende er jeg glad for at komiteen ber om at det skal arbeides med den rollen som de lokale sykehusene skal spille i tiden framover. Arbeidet må gjøres i nært samarbeid med foretakene, i dialog med brukergrupper, de faglige organisasjonene og de lokale folkevalgte.

De regionale helseforetakene skal innrette sin virksomhet slik at pasientene som omfattes av pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften, sikres behandling innenfor individuelt fastsatte behandlingstider. Det er fortsatt et tydelig behov for å prioritere behandling av kreftsykdommer, lindrende behandling, rusrelaterte behandlingsopplegg, tjenester innen psykisk helse og tilbud innenfor habilitering og rehabilitering. Pasienter skal ikke prioriteres etter hvilken betaling som tilbys gjennom ISF-systemet, slik man dessverre har sett en del eksempler på. Regjeringens forslag om å øke basisbevilgningen og redusere ISF- og poliklinikkattsene tilsvarende vil redusere faren for uønskede vridninger i pasienttilbudet.

Helsemyndigheter og helseforetak møter økende press fra organisasjoner, næringsliv og profesjoner om nye behandlingsmetoder og helsetiltak, som ofte medfører store investeringer og økte driftsutgifter. En systematisk faglig vurdering av metoder og tiltak som benyttes, og som innføres i norsk helsetjeneste, blir stadig viktigere. Jeg er derfor glad for at sosialkomiteen støtter forslaget om opprettelse av et nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

De overordnede mål og virkemidler i Opptrappingsplanen for psykisk helse ligger fast. Opptrappingen neste år på 700 mill. kr er den største økningen i løpet av ett år siden planen ble vedtatt.

Gjennomgang av status og tilbakemeldinger viser en rekke gode resultater av opptrappingsplanen, men de underslås dessverre i den offentlige debatten og ofte også i debatter her i denne salen. Brukerorganisasjoner og fagmiljøer har imidlertid gitt uttrykk for at planperioden bør

utvides. Samtidig har Stortinget bedt Regjeringen vurdere en slik utvidelse. Regjeringen har kommet til at en forlengelse av planperioden er nødvendig for å sikre at de forutsatte mål for opptrappingsplanen nås.

For å lykkes i arbeidet med å skape et godt og individuelt tilpasset tilbud i brukernes nærmiljø er det veldig viktig at brukerperspektivet styrkes. Det gjelder både i tilknytning til planlegging og utvikling av tjenestene og i tilknytning til det individuelle møtet mellom bruker og behandler.

Omstillingen av tjenesteapparatet omfatter både en holdningsmessig omstilling og en fysisk omstrukturering av tilbudet. Blant annet er det forutsatt at de psykiatriske sykehjemmene dels skal omdannes til distriktpsikiatriske sentre med ansvar for aktiv behandling, og dels skal erstattes av boligtiltak i kommunene. Budsjettforslaget innebærer tilsagn om ytterligere vel 900 boliger tilrettelagt for psykisk syke i 2004. Samtidig vil jeg understreke at ingen tilbud skal legges ned før nye og bedre tiltak er etablert for dem som i dag bor på sykehjemmene.

Barn og unges psykiske helse er særlig prioritert for Regjeringen. Jeg viser i den forbindelse til at Regjeringen har presentert en egen strategiplan på dette området, som innebærer hundre konkrete tiltak på sju departementers ansvarsområder.

Opptreningsinstitusjonene representerer et viktig tilbud for mange mennesker. Ved behandling av St.prp. nr. 1 for 2002-2003 vedtok Stortinget at de regionale helseforetak skal overta ansvaret for finansiering og bestilling av tjenester fra opptreningsinstitusjonene. Siktemålet er å knytte opptreningsinstitusjonene nærmere den øvrige spesialisthelsetjeneste. En fireårig overgangsperiode ble vedtatt. Budsjettforslaget for 2004 følger opp dette. Omleggingen er viktig for å sikre et kvalitativt godt tilbud. Jeg har merket meg henstillingen fra komiteens flertall om å prioritere utvikling av et kode- og klassifikasjonssystem for rehabilitering og habilitering. Jeg har videre merket meg at komiteen ber om tilbakemelding om tilbudet overfor kronikere som trenger denne type tjenester.

Tilgangen på tannleger til den offentlige tannhelsetjenesten er ikke god nok. Regjeringen har derfor i budsjettforslaget for 2004 foreslått økt tilskudd til rekruttering av tannleger. En arbeidsgruppe har utarbeidet en rekke tiltak i en rapport som har vært på bred høring, og som vil ligge til grunn for min oppfølging av komiteens ønske om en samlet tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsetjeneste.

Regjeringen har også i statsbudsjettet for 2004 varslet at den vil sette ned et eget utredningsutvalg for en bred gjennomgang av tannhelsefeltet. Utvalgsarbeidet vil bli fulgt opp overfor Stortinget etter at utvalgsrapporten og høringsuttalelsene foreligger.

Jeg vil for øvrig vise til at pasientskadeloven trådte i kraft for offentlig helsetjeneste 1. januar i år. Loven trådte ikke i kraft for privat helsevirksomhet. Loven ble i år endret for å legge til rette for at forsikringsselskapene skulle tilby forsikringer i samsvar med pasientskadeloven til helsepersonell i privat virksomhet.

Det er en forutsetning for lovens ikrafttreden for privat helsevirksomhet at det tilbys forsikringer i dette markedet. Helsedepartementet har vært i dialog med forsikringsbransjen for å sikre dette, men forsikringsselskapene ønsker fremdeles ikke å tilby forsikringer etter vilkårene i pasientskadeloven. Jeg må informere om at pasientskadeloven derfor ikke vil bli iverksatt i sin helhet fra 1. januar 2004, slik jeg tidligere har tatt sikte på.

Grunnlaget for plikten til forsikring utenfor den offentlige helsetjenesten vil derfor fortsatt være helsepersonellovens regler om dette, og ikke pasientskadeloven.

Helsedepartementet vil ta initiativ til å utrede spørsmålene vedrørende forsikringsordningen for den private helsetjenesten, slik at loven etter hvert kan tre i kraft i sin helhet.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**Bjarne Håkon Hanssen (A):** Jeg var i mitt hovedinnlegg inne på spørsmål knyttet til omleggingen innenfor akutt- og fødetilbud som var i gang, altså vedtak som var fattet, og jeg tenkte da særlig på de vedtakene som er fattet i Helse Nord og Helse Vest.

Som jeg også sa i mitt hovedinnlegg, er jo disse saken behandlet i foretaksmøtene for de respektive regionale helseforetakene, og helseministeren har i foretaksmøtene stilt opp klare kriterier som skal oppfylles før vedtakene gjennomføres. Så vidt jeg husker, satte helseministeren en tidsfrist, 1. november i år, for en tilbakemelding om hvor man nå var kommet. Og mitt spørsmål til helseministeren er: Hvor i prosessen befinner man seg nå, og hvor går veien videre?

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Det er korrekt som representanten Bjarne Håkon Hanssen viser til, at foretaksmøtene i Helse Nord og Helse Vest har behandlet spørsmålet om omstrukturering av føde- og akutttilbudet i de to helseregionene knyttet til bestemte sykehus der.

I forbindelse med den behandlingen, hvor foretaksmøtet gav sin tilslutning til de hovedforslag som var fremmet av de regionale helseforetakene, ble det stilt opp en del konkrete forutsetninger som skulle være på plass før de kunne gjennomføres, og foretakene ble bedt om å rapportere innen 1. november på gjennomføringen.

Jeg har fått de rapportene. De er under arbeid og til behandling i departementet. Det viser seg at forutsetningene på noen punkter så langt ikke er oppfylt. Jeg arbeider derfor i dialog med de to regionale helseforetakene med en plan for å sikre at de forutsetningene blir oppfylt før gjennomføringen.

**John I. Alvheim (FrP):** I et innslag på Dagsrevyen 19. november i år uttalte representanten Bjarne Håkon Hanssen at det er viktig at man prinsipielt i Stortinget sier at lokalsykehusene skal bestå, at de skal ha en sentral plass i norsk helsevesen, og at det inkludert i lokalsykehusene må være akuttberedskap og fødeavdelinger.

Mange – også enkelte foretak – har oppfattet dette slik at de 500 mill. kr som er lagt inn i budsjettforliket, skal

benyttes til å skjerme lokalsykehusene. På den måten får man ikke lenger strukturendringer i lokalsykehusene som utelukkende er begrunnet i økonomi. Tolker helseministeren dette på samme måte, at lokalsykehusene nå skal skjermes for de uheldige situasjoner som har oppstått hittil?

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Jeg opplever både innstillingen fra flertallet og debatten så langt her i dag dit hen at det er bred enighet i Stortinget om at lokalsykehusene har en viktig funksjon i den norske helsetjenesten, at det å ha desentraliserte føde- og akuttjenester er viktig.

Jeg oppfatter det ikke slik at flertallet har utstedt noen verneordre over tjenestetilbudet på disse områdene – altså slik det er i dag alle steder. Det er et omstillingsbehov, og det må gjennomføres. Jeg viser her til hva flertallet sier i innstillingen, som jeg er helt enig i.

Når det gjelder spørsmålet om disponeringen av økte ressurser, har flertallet valgt å legge disse inn i basisbevilgningen til helseforetakene. Det gir helseforetakene muligheten til å få mer tid og til å ta omstillingene noe mer forsiktig enn det man ellers ville ha gjort, og – som representanten Bjarne Håkon Hanssen var inne på i sitt innlegg – til kanskje å kunne la være å gjennomføre en del rent økonomisk begrunnede omstillingstiltak.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** I mitt hovedinnlegg refererte jeg til et oppslag i gårsdagens Dagbladet, der en psykolog ved Dikemark, Erik Røise, beskriver situasjonen innenfor psykiatrien slik:

«Det er en tendens til å satse på de gruppene som det er enklest å håndtere i psykiatrien.»

Det er snakk om en omleggelse av finansieringen innenfor psykiatri, slik at man også der vil få incentivbasert finansiering. Ser helseministeren, ut fra hvordan opptrappingsplanen har forløpet til nå og også framover, faren for at man prioriterer pasienter som i liten grad påfører helseforetakene eller behandlingsenhetene utgifter, slik at det nettopp er de svakeste, de som har størst behov for behandling, som rammes, både gjennom finansieringsordningen i dag og gjennom framtidige finansieringsordninger? Ser han at det ligger et særlig ansvar her for å sikre at det er de som har de største behovene, som også prioriteres høyest?

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Ja, det ligger et særlig ansvar for å sikre de svakeste og mest utsatte et tilbud. Bruk av begreper som f.eks. «svik», som representanten Ballo brukte i sitt hovedinnlegg, finner jeg i så måte ganske krenkende i forhold til det engasjement som er utvist både av Regjeringen og av stortingsflertallet for å sikre nettopp det.

Så ser vi en del utslag av prosesser ute i foretakene som ingen av oss liker. Jeg har funnet det nødvendig, ut fra en del av de medieoppslagene som har vært i den senere tid, å sende et varsel til samtlige regionale helseforetak om hvilke styringssignaler jeg kommer til å styre etter i 2004. I det brevet, som gikk ut i går, gjøres det

klart at de ressursene som kommer fra opptrappingsplanen, skal komme i tillegg til den satsingen som ligger der fra før – det er ikke anledning til å kutte i bunnen. Og i den grad man effektiviserer, skal effektiviseringsgevinsten komme psykiatrien til gode.

Vi vil bruke styringsdokumentene til å presisere nødvendigheten av å ha en god ivaretagelse av hver enkelt pasient. Vi vil gjøre det klart at i den grad man skal legge ned sykehjem, noe Stortinget har forutsatt, skal man ikke gjøre det før man har bygd opp et tilsvarende, alternativt tilbud. Vi vil også (presidenten klubber) – unnskyld, president – gjøre det klart at vi ikke aksepterer en nedbygging av tilbud (presidenten klubber) til de svakeste pasientene, før det er bygd opp et alternativt tilbud.

**Presidenten:** Det var i grunnen et langt innlegg, men presidenten fant presiseringen nødvendig.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Jeg beklager, president.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** Det kunne være veldig mange spørsmål en kunne stille – jeg skal i hvert fall ta et par.

Helseministeren sier at det er behov for omstilling. Jeg er enig i at det er behov for utvikling og endring i positiv og faglig sammenheng. Men omstillingsbehovene som helseministeren sikter til, mener jeg er mer økonomisk begrunnet – i forhold til sentralisering, nedlegging og avvikling av desentraliserte tilbud i dag.

Derfor vil jeg spørre: Når man bl.a. skal bruke Nasjonalt råd for fødselsomsorg for å se på behovet for et desentralisert fødselsomsorgstilbud, er det ikke da slik at hvis man vil bruke ressurser, så kan man få til et faglig forsvarlig tilbud også i en desentralisert struktur? Det samme gjelder for akuttmottak og ambulansetjeneste. Det er et spørsmål om hvorvidt man vil bruke ressurser, og da er det et kost-nyttespørsmål.

En liten sak i forbindelse med kampen mot kreftsykdom, som (presidenten klubber) helseministeren har prioritert. Radonsatsingen for 2004 etterlyses.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Radonsatsingen har vært en del av Nasjonal kreftplan, som er inne i sitt siste år. Derfor er ikke det videreført i 2004.

Når det gjelder omstilling i fødeavdelinger i Norge, må jeg si at jeg har merket meg at det Senterpartiet har prioritert ved denne budsjettbehandlingen, er omstillingen i fødeavdelingen på Aker i Oslo. Den omstillingen ønsker Senterpartiet å stoppe. Det er en omstilling som

innebærer at noen kvinner som bor i Groruddalen i Oslo, må føde i Lørenskog – ca. 10 minutters kjøring fra Groruddalen – og at noen kvinner på Ullern må føde på Bærum sykehus, som faktisk er nærmere enn Aker.

Det synes jeg er et ganske merkverdig utslag av Senterpartiets motstand mot forandringer i sykehussektoren.

Det er riktig at det er mulig å sette inn en ubegrenset mengde ressurser, forutsatt at man får rekruttert fagfolk. Man kan jo ha et spesialisttilbud hvor som helst i landet, hvis man får fagfolk til å søke det. Men spørsmålet er om det faktisk er en rasjonell utnyttelse av samfunnets ressurser.

**Presidenten:** Klokken er nå 12.15, men presidenten akter å bli ferdig med replikkordskiftet før pausen.

**Asmund Kristoffersen (A):** Siden vi diskuterer psykiatri, har jeg lyst til å understreke at jeg tror helseforetakene oppfatter helseministeren som meget klar i synet på opptrappingsplanen og den virkningen den skal ha i helseforetakene.

Vi har nylig vedtatt en rusreform som gir helseministeren et økt ansvarsområde, i og med at vi har fått gitt rusmisbrukerne pasientrettigheter. Beslutningen om dette ble gjort i høst, og det betyr at helseforetakene har kort tid på seg til å organisere og finansiere tilbudet.

Da er mitt spørsmål: Hvordan vil helseministeren sikre at helseforetakene nå organiserer og finansierer en helhetlig rusbehandling, i tråd med både pasientrettighetsloven og Rusreform I og II?

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Som jeg sa i debatten om Rusreform II, er det meget krevende og tidskrittisk å få gjennomført reformen fra 1. januar, i og med at Stortinget utsatte behandlingen av proposisjonen. Men vi har arbeidet parallelt, under forutsetning av Stortingets konklusjoner. Jeg kan derfor informere Stortinget om at i forhold til de praktiske prosesser med overføring av personell og bygninger og tjenester som skal gjennomføres innen 1. januar, er vi i rute, og vi følger det nøye gjennom prosjektorganisasjonen fra dag til dag.

Når det så gjelder sikringen av tjenestetilbudet inn i den nye sammenheng, vil vi ta med oss de føringer Stortinget gav ved behandlingen av loven, i styringsbrevet for helseforetakene for 2004.

**Presidenten:** Replikkordskiftet er omme.

Stortinget tar nå pause i sine forhandlinger. Møtet settes igjen kl. 15.30.

Møtet avbrutt kl. 12.20.

-----

Stortinget gjenopptok sine forhandlinger kl. 15.30

President: E i r i n F a l d e t

**Presidenten:** Stortinget fortsetter behandlingen av sak nr. 1 på dagsorden nr. 31.

**Britt Hildeng (A):** Vi har i den senere tid stått overfor ikke bare en stigende arbeidsledighet, men også overfor stadige angrep på grunnleggende arbeidstakerrettigheter. Det er med vantrø at en hørte en norsk statsråd framheve og argumentere for svekkede arbeidstakerrettigheter, ut fra et resonnement om at gode arbeids- og lønnsvilkår er et hinder for et inkluderende arbeidsliv.

Stillingsvern, sykelønnsordning, arbeidsledighetsstrygd og opparbeidede pensjonsrettigheter har alt vært en del av velferdsstaten og Velferds-Norge. Dette er rettigheter det moderne Velferds-Norge har tatt for gitt, og mange har tatt det som en selvfølge at det vil forbli slik. Det er derfor med vantrø en erfarer at retten til arbeid ikke lenger er en selvfølge, at arbeidsledighetsstrygden svekkes, at sykelønnsordningen angripes, og at det settes spørsmålstegn ved mulighetene til framtidige pensjoner.

Den høyredreining vi har vært vitne til i norsk politikk i de siste årene, har nettopp gitt seg utslag i slike angrep og resultert i at flere og flere arbeidstakere marginaliseres og støtes ut av arbeidslivet. For Arbeiderpartiet er det en hovedoppgave å snu denne utviklingen. Vi har ikke greid å snu utviklingen gjennom det budsjettforliket vi har inngått, men vi har greid å stoppe noen av de verste utslagene.

For oss var det en forutsetning at Regjeringen trakk sitt forslag om midlertidige ansettelser. Det var viktig å få flere i arbeid og å sikre dette gjennom en omfattende næringslivspakke og vesentlig flere arbeidsmarkedstiltak. Det var en forutsetning at en fikk styrket sykehusenes økonomi. Riktignok ble det ikke 1 milliard kr, som vi ønsket, men med ½ milliard kr og utsettelse av balansekravet kommer sykehusene i hvert fall bedre ut enn det som var utgangspunktet.

Vi mener at sykehusfinansieringen, med en økning av grunnfinansieringen på bekostning av stykkprisfinansieringen, legger til rette for at helsevesenet bedre skal kunne ta seg av kronikerne, de eldre og de psykiatriske pasientene.

Vi greide ikke å fryse egenandelstaket, slik vi la opp til i vårt eget budsjett, men vi greide å bidra til at økningen ble halvert i forhold til det Regjeringen opprinnelig la opp til.

På noen områder har vi ikke fått gjennomslag for våre prioriteringer. Det gjelder styrking av uføretrygdedes situasjon, og det gjelder støtte til enslige forsørgere, som vi hadde i vårt budsjett, og vi beklager at regjeringspartiene ikke ville følge oss i dette.

Vi er imidlertid glade for at Regjeringen bekrefter at den vil følge opp intensjonsavtalen, og for løfter om at staten også økonomisk vil gjennomføre sin del når det gjelder oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen, slik at situasjonen vi var i i sommer, da IA-arbeidet nes-

ten stoppet opp på grunn av manglende bevilgninger, ikke vil gjenta seg.

Det er åpenbart at helseforetakene ikke bare har hatt en anstrengt økonomi, men at de har hatt en økonomisk situasjon som for mange har vært oppfattet som uholdbar. De burde vært tilført 1 milliard kr, slik Arbeiderpartiet foreslo. Men vi har greid å styrke budsjettet med 500 mill. kr, og dette – kombinert med en utsettelse av balansekravet – skulle gjøre det mulig å sikre en videre forsvarlig drift. Denne styrkingen bør brukes av foretakene til å gå gjennom sine forslag og vedtak om sine disposisjoner. Vi har fra mange steder i landet fått bekymringsmeldinger om strukturendringer som mer er diktert ut fra økonomibetraktninger enn ut fra faglige vurderinger. Det er særlig fødetilbudet, de akuttmedisinske tjenestene og psykiatrien man har bekymringer for.

På denne bakgrunn har en enstemmig komite bedt om at Regjeringen går gjennom de faglige vurderingene av de endringene som nå er foreslått eller vedtatt, og sørger for at de endringene som ikke er faglig tilrådelige, stoppes. Vi har registrert at helseministeren nettopp ut fra slike kriterier grep inn når det gjaldt fødeavdelingen på Gjøvik.

Jeg vil vise til at slike bekymringsmeldinger ikke bare er et distriktsfenomen, men at også planlagte endringer i sykehustilbudet i Oslo-området vil gi et tilbud som ikke lett kan forsvares. Den planlagte nedleggingen av fødeavdelingen på Aker sykehus er vanskelig å forstå rent faglig. En av de fødeavdelingene som kanskje har best renommé i hele landet, bl.a. på grunn av utprøving og utvikling innenfor fødselsomsorgen, trues nå av nedleggelse. Det er planlagt at en del av de fødende skal overføres til Ullevål sykehus, en avdeling som allerede har sprenget sine kapasitetsrammer og må sende fødende rundt i hele østlandsområdet.

Ikke bare en for liten fødeavdeling, men også en for stor fødeavdeling kan gå ut over rimelige kvalitetskrav, og dette må vurderes når det gjelder de fødende i Oslo og en eventuell utvidelse av Ullevåls kapasitet på bekostning av Aker.

En omlegging av inntaksområdet for Aker vil også gi store konsekvenser for hele Groruddalens befolkning, og det er betenkelig, særlig fordi det er en aldrende befolkning som nå vil miste sitt geriatritilbud.

Hvor gale disse disposisjonene kan være, vitner de siste dagenes planlagte kutt i psykiatritilbudet ved Aker sykehus om, og tilsvarende kutt ved Ullevål sykehus. Dette kan ikke være i tråd med opptrappingsplanens intensjoner, og ut fra hva helseministeren her har sagt i dag, heller ikke i tråd med hans intensjoner.

Det kan heller ikke være faglig forsvarlig å legge ned psykiatriske sykehjem eller legge ned sengeplasser før et forsvarlig tilbud er bygd opp. Slik psykiatrien nå fungerer, med uttalte effektivitetskrav, synes det som om det er de letteste pasientene som prioriteres. På den måten synes det å være enklere å få til produktivitetsøkning, men det fører til at det er de tyngste og mest trengende pasienter som ikke får de tilbudene de trenger. Slik situasjonen nå er, må en ta de krav som kommer fra pårørendes orga-

nisasjoner og fra faglig hold om å fryse antall sengeplasser til en har tilstrekkelig alternativ behandlingsskapasitet, på alvor.

Jeg vil spesielt be helseministeren se på fødetilbudet og på tilbudene som gis de eldre og de psykiatriske pasientene i Oslo-området, når han får tilbakemelding fra Helse Øst med hensyn til hvordan de faglige kriteriene skal sikres innen disse vitale helseområdene.

Helt til slutt vil jeg si at jeg er glad for at komiteen så seg i stand til å styrke tegnspråksenteret Conrad Svendsens Stiftelse, som er et bo- og rehabiliteringssenter, med 1 mill. kr. Det er ikke noe stort beløp, men det er av stor betydning for dem dette tilbudet gjelder. Jeg vil understreke at det er viktig at denne styrkingen kommer institusjonens generelle virksomhet til gode, slik at det er pasienter og beboere som vil nyte godt av denne økningen.

**Statsråd Ingjerd Schou:** Målet på om sosialpolitikken lykkes, er om den skaper tilstrekkelig trygghet, om den skaper nye muligheter for dem som faller utenfor, og om den legger til rette for aktivitet og deltakelse. De som trenger det, skal få en ny sjanse, og tiltak og tjenester må formes med utgangspunkt i den enkeltes situasjon og behov. Jeg er glad for at det er bred tilslutning til tiltakene. Regjeringen har foreslått i budsjettet for neste år.

Statsbudsjettet har en god sosial profil, med fokusering på de mest vanskeligstilte og med fokusering på tiltak som innebærer hjelp til selvhjelp.

Politikk handler om å prioritere. Det gjelder også i sosialpolitikken. Spørsmålet er: Når fellesskapet skal rekke ut en hjelpende hånd, hvem skal hånden rekkes ut til?

Flertallet av oss har det godt. De fleste tar del i den generelle velferdsutviklingen, men enkelte faller likevel utenfor. Et bærekraftig velferdssamfunn krever imidlertid at alle som er i stand til å bidra til fellesskapet, gjør det gjennom arbeid.

De siste årene har vi sett en utvikling der stadig flere lever av offentlige stønader. I dag lever én av fem i yrkesaktiv alder på trygd. I tillegg kommer alderspensjonistene. Samtidig øker sykefraværet og antall personer på medisinsk rehabilitering og uføretrygd. Utviklingen er svært bekymringsfull.

Velferdssamfunnet er under press. Forholdet mellom yrkesaktive og stønadsmottakere svekkes. Vi må snu utviklingen, og vi må få flere i arbeid. Dette handler om å sikre fremtidige pensjoner, men også om å kunne tilby gode velferdstjenester både i dag og i årene fremover.

En av de viktigste omleggingene innenfor velferdspolitikken vil være fornyelsen av pensjonssystemet. Pensjonskommisjonen skal snart legge frem sin innstilling. Debatten har allerede begynt, og den skal pågå enda en stund til. Den angår hver og en av oss – de yngre mer enn de eldre – og jeg er glad for at engasjementet er vekket.

Vi må fokusere på det som bidrar til å hjelpe personer inn i arbeidslivet, og hindre at personer faller ut. Derfor er inkluderende arbeidsliv viktig. Men det er også viktig fordi de største forskjellene er mellom dem som har og dem som ikke har arbeid. Vi trenger økt forståelse for at fellesskapet trenger alle hender til å forme velferden. Hver

og en av oss må bidra med det vi kan. Jeg vil at vi fokuserer mer på hva vi *kan* gjøre, enn hva vi *ikke* kan gjøre.

Spørsmålene er: Har vi oppmerksomhet på de mest vanskeligstilte i budsjettet for 2004? Har vi nok oppmerksomhet på det som innebærer hjelp til selvhjelp?

Hovedmålgrupper for tiltak i 2004 er:

- Langtidsmottakere av sosialhjelp og innvandrere med svak tilknytning til arbeidslivet. I budsjettet for 2004 etablerer vi nye arbeidsplasser i arbeidsmarkedstiltak for langtidsmottakere av sosialhjelp, 45 mill. kr. styrker kompetansen i sosialtjenestens arbeid overfor nettopp langtidsmottakere av sosialhjelp.
- Enslige forsørgere under utdanning. Vi må sikre at flere fullfører utdanning. Utdanning kvalifiserer til arbeid. Regjeringen forbedrer nå stønadsordningen for enkelte grupper av enslige forsørgere under utdanning.
- Bostedsløse og rusmiddelmissbrukere med behov for oppfølging i bolig. Vi øker satsingen på oppfølgings-tjenester i bolig for bostedsløse og rusmiddelmissbrukere i storbykommunene og utvider rammene for boligtilskuddet.
- Barnefamilier og andre med lav inntekt og høye boutgifter. Vi foreslår å forbedre bostøtteordninger for vanskeligstilte barnefamilier. Forbedringer i bostøtteordningen gjøres gjennom å fjerne arealkravet for barnefamilier i kommunale utleieboliger og heve boutgiftstaket i storbyene.
- Vi foreslår å styrke tilbudet til legemiddellassistert rehabilitering for rusmiddelmissbrukere, og vi foreslår å opprette 85 tiltaksplasser for personer i LAR. Vi vet alle at en pille alene ikke er nok. Det handler også om å finne ny mening i livet, og det handler om å ha noe å stå opp til hver eneste dag.

Vi endrer ordningen med rehabilitering. Krav om å vurdere atferd skal skje tidligere. Denne vurderingen samler vi nå i Aetat. Dette er viktig i forhold til arbeidslinjen og er et eksempel på at Regjeringen tar praktiske grep for å bringe samordningen videre.

Med de tiltakene som ligger i forslaget til budsjett for 2004, er denne regjeringens samlede forslag til tiltak rettet mot rus og fattigdom på nær 2 milliarder kr. Men viktigere enn selve tallet er at vi ser resultater:

- Vi har satsset på arbeidsmarkedstiltak for langtidssosialhjelpsmottakere. Pr. 1. november er 4 825 tilmeldt Aetat, og pr. 1. desember er 3 196 i tiltak.
- Vi målretter forbedringer i viktige ordninger som bostøtte og stønadsordninger for enslige forsørgere.
- Vi har styrket satsingen for bostedsløse.
- Vi samarbeider med frivillige organisasjoner.

Det er bred politisk enighet om behovet for å organisere Aetat, trygdeetaten og den kommunale sosialtjenesten bedre. Vi utreder nå ulike modeller for hvordan det skal gjøres. Saken vil bli lagt frem for Stortinget i løpet av 2005. Det er imidlertid min plikt å foreta de utredninger som kreves for at arbeidet skal bli bra.

Vi har nedsatt et offentlig utvalg som skal avgi innstilling 30. juni 2004. Jeg har merket meg utålmodigheten i komiteen, og deler den. Derfor har utvalget en stram tids-

frist, og må arbeide raskt og effektiv. Utvalget må derfor ha en egnet organisasjonsform. Vi har nedsatt en stor og bredt sammensatt referansegruppe som utvalget har nær kontakt og dialog med. I referansegruppen deltar hele 32 organisasjoner/virksomheter eller andre som på en eller annen måte berøres av reformen, eller som har interesse i å delta.

Arbeidet med intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv pågår for fullt. Cirka 50 pst. av landets arbeidstakere arbeider nå i en IA-virksomhet. På denne tiden i fjor var det ca. 24 pst. Der man har kommet i gang, ser vi også resultater. Arbeidet går sakte, men fremover. Partene i arbeidslivet og Regjeringen er enige om å videreføre samarbeidet. Jeg er glad for økt fokusering på funksjonshemmede og eldre. Vi skreddersyr nå også IA-opplegg for småbedriftene. Vi er enige om at arbeidsplassen er den sentrale arenaen for arbeidet, og vi er enige om at *alle* målene i avtalen er likeverdige.

Like før sommeren la Regjeringen frem St.meld. nr. 40 for 2002-2003, om nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Meldingen ligger til behandling i komiteen, og debatten kommer da. I budsjettet for 2004 er stortingsmeldingen fulgt opp med 67,7 mill. kr, fordelt på innsatsområdene i meldingen; arbeid og utdanning, tjenester og tilgjengelighet. Særlig viktig er forslaget om at arbeidsgivers egenandel på ½ G for hjelpemidler på arbeidsplassen faller bort. Det gjør det lettere å ansette folk med nedsatt funksjonsevne. Vi foreslår midler til tilrettelegging på universitets- og høyskolesektoren og til jobbkubber for funksjonshemmede, og vi foreslår å opprette et eget dokumentasjonssenter.

I tillegg foreslår Regjeringen å øke den statlige bevilgningen til ressurskrevende brukere med 550 mill. kr. neste år. Dette innebærer at kommunene får dekket 80 pst. av kostnadene utover 700 000 kr. Dette gir kommunene et godt økonomisk grunnlag for å yte gode pleie- og omsorgstjenester til dem med omfattende hjelpebehov.

Unge bosatt i alders- og sykehjem skal få et annet tilbud, om de ønsker det. Et mest mulig selvstendig og normalt liv er et mål. En arbeidsgruppe med representanter fra Norges Handikapforbund, FFO, Sosial- og helsedirektoratet og Sosialdepartementet har nylig lagt frem en rapport med forslag til tiltak, slik at unge personer med nedsatt funksjonsevne som ønsker et annet botilbud enn sykehjem, får en vurdering og en plan for utflytting. Regjeringen følger opp med tiltak.

Kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene engasjerer oss alle. Samtidig vet vi det er en stor utfordring å tilby tilstrekkelige og gode nok tjenester. Gode tjenester forutsetter gode boliger. Her har vi foretatt et løft gjennom handlingsplanen, men det er ikke nok. Regjeringen har lagt frem en egen stortingsmelding om kvalitet som nå er til behandling i komiteen. Regjeringen følger opp stortingsmeldingen med å foreslå bevilgninger til flere tiltak. Særlig viktig er forslaget om å bevilge ytterligere 20 mill. kr. til kompetanseheving og rekruttering. Samlet foreslås det avsatt 130,9 mill. kr. i 2004 til rekrutteringsplanen. Jeg ser at komiteen vil komme tilbake med for-

slag og synspunkter når meldingen skal behandles. Debatten ser jeg frem til.

Helt til slutt: Arbeiderpartiet og regjeringspartiene har inngått et forlik som har gitt oss et godt budsjett, innenfor ansvarlige rammer. Jeg vil gi Arbeiderpartiet honnør for den samarbeidsvilje som er vist, og som har ført til et godt sosialbudsjett for neste år.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**Bjarne Håkon Hanssen (A):** I avtalen om inkluderende arbeidsliv, som gjelder i perioden fra 3. oktober 2001 til 31. desember 2005, er det forutsatt at man i avtaleperioden ikke skal endre på sykelønnsordningen. Likevel har Regjeringen fremmet forslag om å endre nettopp på sykelønnsordningen, og i budsjettforhandlingene har det ikke vært mulig å få Regjeringen til å vike på det standpunktet.

Mitt spørsmål til sosialministeren er: Hvordan kan man argumentere for at når man gjør det motsatte av det som er avtalt, ikke begår et avtalebrudd?

**Statsråd Ingjerd Schou:** Spørsmålet opptar naturlig nok mange, og jeg har lyst til å si at det er full lønn fra første fraværsdag. Spørsmålet blir: Hvor lenge skal du jobbe før du får fulle rettigheter? Ordningen med de 14 dagene som har vært gjeldende til nå, har ikke vært justert på mange år. Jeg kaller dette en justering.

Videre har jeg lyst til å si at Regjeringen har inngått en avtale med partene i arbeidslivet om å forlenge avtalen om et inkluderende arbeidsliv med en rekke presiseringer. Det er en sterk vekst i utgiftene til sykepenge og andre trygdeordninger. Blant annet på grunn av den utgiftsveksten, men også i forhold til utvidelse av EØS-området, har det vært viktig for Regjeringen å målrette sykelønnsordningen mot dem som har en fast tilknytning til arbeidslivet. Sykelønnsordningen står fast, med full lønn under sykdom fra første fraværsdag.

**Harald T. Nesvik (FrP):** Det er underlig å høre at statsråden her sier at det skal være 100 pst. sykelønn. Det er jo riktig. Problemet er bare at statsråden faktisk fratar en rekke mennesker muligheten til å motta noe som helst i forbindelse med sykelønnsordningen. Det er det som ligger i budsjettet. Det er jo interessant at statsråden sier at det er blitt et godt budsjett, all den tid at den sosiale innstramningen faktisk er tatt på denne statsrådets område, jf. rehabiliteringspenge og sykelønn. Det er jo interessant.

Den dag i dag ligger det en rekke unge personer, unge funksjonshemmede, på sykehjem og aldershjem, som ønsker et annet tilbud. Spørsmålet mitt til statsråden er som følger: Hvorfor i all verden klarer ikke staten og det norske systemet å hjelpe disse få menneskene, som er i denne uverdige situasjon. Det burde denne regjeringen og statsråden klart å få til.

**Statsråd Ingjerd Schou:** La meg først si at det ikke er akseptabelt at unge skal få et tilbud om sykehjem. Der-

nest er det viktig å si at det er et kommunalt ansvar å gi et tilbud til innbyggerne sine, også til dem som krever store ressurser.

Det Regjeringen har lagt vekt på, er for det første at kommunene nå skal få anledning til, sammen med dem det gjelder, å legge en individuell plan for den enkelte. Toppfinansieringen i forhold til ressurskrevende brukere vil også være et viktig bidrag i så måte. Departementet har samarbeidet nøye med brukerorganisasjonene i denne kartleggingen. Når vi har telt opp og sett hvor mange som nå er uten et slikt tilbud, og som samtidig ønsker seg ut av sykehjem, har vi sagt: de yngste først. Men det betyr jo ikke at det ikke er en jobb å gjøre i forhold til dem som er eldre, og som også ønsker et annet tilbud. Der vil denne toppfinansieringen være viktig. Det å ha rett til en individuell plan vil også være et sentralt element. Men ansvaret for innbyggerne ligger i kommunen.

**Sigbjørn Molvik (SV):** Mitt spørsmål går litt i forlengelsen av det Nesvik tok opp.

Den nye finansieringsordningen for ressurskrevende brukere, som Stortinget vedtok i vår, gav en betydelig forbedring for de fleste kommuner. Likevel vet vi nå at noen enkeltkommuner ser ut til å komme svært dårlig ut, også med den nye ordningen. På denne bakgrunn vil derfor stortingsflertallet i dag komme til å vedta å be Regjeringa evaluere ordningen fortløpende, og samtidig at fylkesmannen skal bruke sine skjønnsmidler for å rette opp disse skjevhetene.

Spørsmålet til statsråden blir da: På hvilken måte vil statsråden gå aktivt inn og sørge for at fylkesmennene i åra framover bruker skjønnsmidlene på den måten Stortinget nå ber om? Vil statsråden eventuelt komme tilbake til Stortinget med forslag til endringer i denne ordningen, dersom den løpende evalueringen viser at det kan være behov for det?

**Statsråd Ingerd Schou:** Ja, jeg kommer til å følge håndteringen av denne ordningen nøye. Det har vi gjort allerede. Vi har brukt fylkesmennene, bl.a. i kartleggingen, og det er samtalt med hver eneste én, også deres pårørende. De har blitt spurt om de vil ut, eller om de vil være.

Toppfinansieringen vil være et viktig bidrag. Hvis ikke 550 mill. kr – over en halv milliard kr – skal være et viktig bidrag til dette, så vet ikke jeg!

Dessuten har vi også skjønnsmidlene. Jeg merker meg at representanten er opptatt av at fylkesmennene skal kunne bruke disse. Det vil også fylkesmennene kunne gjøre. Det er viktig at vi har to institusjoner i landet som også kan være med og hjelpe den enkelte og gi en faglig vurdering i forhold til tilrettelegging utenfor institusjon. Da tenker jeg særlig på Muritunet og Valnesfjord.

Jeg registrerer det som flertallet i komiteen har sagt. Jeg synes det er helt opplagt at vi må følge denne gruppen, som er en av de mest sårbare vi har. Slik sett vil den også ha min oppmerksomhet.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** En liten visitt også fra meg når det gjelder de funksjonshemmede som bor på sykehjem,

og den toppfinansieringsmodellen som nå er etablert for ressurskrevende brukere. Har det ikke slått statsråden, ut fra de reaksjoner som har kommet fra kommunene, at denne toppfinansieringsordningen kanskje er for dårlig til å ivareta det som Stortinget og sosialkomiteen er opptatt av?

Så til budsjettavtalen mellom regjeringspartiene og Arbeiderpartiet. Den kutter 40 mill. kr på Rikstrygdeverkets midler til ulike prosjekt. Så står det i merknaden følgende:

«Denne reduksjonen skal ikke gå ut over prosjekter knyttet til avtalen om et inkluderende arbeidsliv.»

Jeg forutsetter at statsråden har sett på hva slags følger dette kuttet på 40 mill. kr får, og vil gjerne høre hvilke virkninger hun mener det vil ha, og hvilke prosjekt som skal endres ut fra det kuttet.

**Statsråd Ingerd Schou:** Det er mulig at den finansieringen, med en toppfinansiering i forhold til ressurskrevende brukere, ikke er slik som representanten Gløtvold ønsker. Vi kan gjerne diskutere finansieringsformer også i årene som kommer, men det jeg er opptatt av, er at vi ikke har en finansieringsordning som belønner kommunene for å sende unge funksjonshemmede på sykehjem.

Så til det neste spørsmålet i forhold til funksjonshemmede og hjelpemidler. Der er det slik at Regjeringen har prioritert arbeid og dagligliv. Midlene har gått til det. Det er mulig at representanten Gløtvold nå tenker på terrenggående kjøretøy – jeg ser det ikke er det, men uansett er det viktig å si at vi har prioritert arbeid og dagligliv. Vi skulle gjerne ha sett at vi hadde prioritert mer, men her strakk ikke pengene til.

**Britt Hildeng (A):** Det virker som om departementet og sosialministeren er opptatt av å forsere arbeidet med å samle Aetat, trygdeetat og sosialetat. Det er i tråd med Stortingets flertall, og vi er glad for det.

Det er imidlertid bekymringsfullt at departementet synes å ha oversett, eller ikke har tatt innover seg, stortingsflertallets understreking av betydningen av at brukerorganisasjonene og de ansattes organisasjoner skal være med i dette arbeidet. Mener statsråden at deltakelse i en perifer referansegruppe ivaretar deres interesser? Og hvordan kan det forklares at FFO har trukket seg fra dette arbeidet på grunn av manglende påvirkningsmuligheter?

**Statsråd Ingerd Schou:** FFO trakk seg fordi de ikke fikk være med i utvalget. Jeg har understreket at døren står åpen for dem til enhver tid.

«Perifer referansegruppe» sier representanten Hildeng. Referansegruppe, sier jeg – aktivt med i utvalget, i nær kontakt. Jeg finner det ganske oppsiktsvekkende at representanten Hildeng konsentrerer seg om én organisasjon når det handler om 32 til, og hvor alle mener de har brukerperspektivet. Det gjelder de ansattes organisasjoner, det gjelder brukerorganisasjoner, og det gjelder arbeidstakerorganisasjoner – 32 i tallet. Men FFO er hjertelig velkommen når som helst det måtte være, og døren står fortsatt åpen.

J ø r g e n K o s m o hadde her overtatt presidentplassen.

**Presidenten:** Replikordskiftet er omme.

**Per Steinar Osmundnes (KrF):** Budsjettforslaget og budsjettforliket sikrar ein god profil innanfor rammeområda 15 og 16, og mange viktige saker for Kristeleg Folkeparti blir på denne måten understreka og forsterka.

Alkoholmisbruk er ei av våre største sosialmedisinske utfordringar, og det er såleis viktig å motverke nyrekruttering av unge rusmiddelmissbrukarar. Kristeleg Folkeparti er derfor glad for at det i 2004 blir sett i gang ein haldningskampanje mot alkohol, retta inn både mot befolkninga generelt og mot ungdomsgruppene spesielt. Det blir sett av 15 mill. kr til kampanjen i 2004. Ein slik kampanje er gledeleg nytt for Kristeleg Folkeparti, og vi håper at kampanjen vil få minst like gode resultat som haldningskampanjane mot tobakk har hatt det siste året.

Mange skjebnar kunne sett annleis ut om foreldre og ungdom hadde hatt betre kunnskap om rus. Samarbeidsregjeringa har peika på at i arbeidet med rusmiddelpolitikken er det viktigaste å fokusere på ungdom og førebygging. Det at foreldre og ungdom bryr seg og har kunnskap om rusmiddel, er den beste måten å førebyggje på. Kristeleg Folkeparti er derfor glad for at denne regjeringa har sett i gang prosjektet RUS-telefonen, og at dette prosjektet blir vidareført i 2004.

Rusmiddelmissbruk påfører den enkelte store problem og samfunnet betydelege kostnader. Denne byrda blir ikkje styrt av ukontrollerbare krefter, men kan bli redusert gjennom ein aktiv offentleg politikk. Sjølvsaft finst det ikkje noko politisk universalmiddel eller enkle grep som løyser alle problem, men førebygging og rusfrie miljø er tiltak som fleirtalet i komiteen har understreka sterkt i budsjettinnstillinga. Fleirtalet ser på rusfrie miljø som ein viktig delstrategi i det førebyggjande arbeidet, og føreset at det kulturbaserte førebyggingsaspektet framleis skal stimulerast gjennom tilskot til rusfrie miljø.

Det har vore eit klart uttrykt ønske om ein toppfinansieringsmodell for ressurskrevjande brukarar. Dei ulike partia i dette huset har hatt ulike modellar og ønske, men ein har alle hatt eit felles ønske om at ein statleg toppfinansieringsmodell skulle bli etablert. Samarbeidsregjeringa har altså, som den første regjeringa, gjennomført dette og foreslått ei slik toppfinansiering sett i gang for året 2004. Denne ordninga vil sikre at kommunane får kompensert ein større del av utgiftene sine, og vil dermed leggje til rette for eit godt tenestetilbod til denne gruppa. Staten vil kompensere for kommunane sine utgifter over 700 000 kr, tilsvarende 80 pst. på landsbasis. Kommunar som har særleg høge utgifter i forhold til folketalet, vil også få ein høgare kompensasjon. Denne ordninga blir finansiert som ei overslagsløyving, og det er foreslått 1,2 milliardar kr til føremålet i 2004. Dette er ein auke på 550 mill. kr, samanlikna med budsjettet for 2003, og dette må såleis karakteriserast som ei storsatsing. Denne nye ordninga vil kunne sikre betre tenestetilbod for brukarane og meir føreseielegheit for kommunane.

For Kristeleg Folkeparti er det avgjerande at unge funksjonshemma ikkje må bu på aldersinstitusjonar mot sin vilje. Sosialdepartementet har varsla at innan utgangen av 2005 skal alle unge funksjonshemma få flytte til alternativ bustad dersom dei ønskjer det. Dette signalet er Kristeleg Folkeparti glad for. For å gjere kommunane i stand til å gi funksjonshemma eit godt tilbod, blir nettopp innføringa av denne nye toppfinansieringsmodellen for ressurskrevjande brukarar avgjerande. Med ei slik toppfinansiering kan ein ikkje lenger bortforklare eit dårleg tilbod til funksjonshemma i kommunane.

Amathea er den einaste instansen, både blant offentlege og private, som har abortrådgiving til gravide som hovudoppgave. Valet mellom å fullføre eller avbryte svangerskapet kan opplevast som vanskeleg, og det er derfor heilt avgjerande at ein har instansar som tilbyr slike samtalar. Klienten får også tilbod om oppfølging etter at valet er teke, uansett utfallet av valet. Kristeleg Folkeparti meiner at Amathea gjer ein viktig jobb, og at rådgivingskontoret er ein særdeles viktig bidragsytar i det abortførebyggjande arbeidet. Det er derfor positivt at Amathea får auka tilskot med 0,5 mill. kr på årets budsjett.

Kristeleg Folkeparti er nøgd med at Regjeringa følgjer opp St.meld. nr. 16 for 2002-2003, Resept for et sunnere Norge. Helsepolitikken vert med dette dreia meir i retning av førebyggjande arbeid. Folkehelsearbeidet skal styrkjast i alle samfunnssektorar.

Det viktigaste staten kan bidra med er å skape gode rammevilkår for det lokale folkehelsearbeidet – gi føreseielegheit og moglegheiter for tilpassing ut frå lokale behov. Kristeleg Folkeparti vil ha folkehelse inn på dei ulike arenaene for samfunnsplanlegging, fordi det handlar om å leggje forholda til rette for eit godt samfunn. Og skal folkehelsearbeidet gi resultat, må det vere forankra lokalt, det må byggje både på kunnskap og på dialog med dei berørte.

Eit prosjekt som ein samla komite viser til innan folkehelsearbeidet, er Trivselshagen på Sandane i Gloppen. Ein samla komite seier at dette er eit veldig godt prosjekt. Trivsel utviklar sjølvtilitt, slik at vi torer meir og toler meir, både som enkeltpersonar og som grupper. Trivselshagen skal vere ein møteplass i lokalsamfunnet – eit tanketorg for nasjonal kunnskapsutvikling innan feltet trivsel og folkehelse.

Det er derfor ein merkedag for Trivselshagen på Sandane og for lokalt folkehelsearbeid når ein samla komite peiker på at Trivselshagen er eit nasjonalt pilotprosjekt, og seier at prosjektet er veldig godt, og at det skal bli teke vare på og sett i verk.

Målet for sosial- og helsepolitikken må vere respekt for menneskelivet og menneskeverdet, omsorg for svake stilte, satsing på førebygging og å sikre tryggleik for enkeltmenneske og skape nye moglegheiter. Slik eg ser det, ligg prioriteringane på statsbudsjettet for 2004 godt innanfor dette føremålet.

**Gunn Olsen (A):** Sosialkomiteens budsjettbehandling får stor oppmerksomhet ute i befolkningen. Det kommer til uttrykk på ulike måter, men særleg er engasje-



mentet stort rundt lokalsykehus og lokalsykehusenes framtidige funksjoner. Det er derfor avgjørende viktig at komiteen i dag understreker den viktige rollen lokalsykehusene har hatt og skal ha i framtidens helsevesen i Norge. Når en samlet komite understreker betydningen av et desentralisert akutt- og fødetilbud, må dette tas hensyn til under det videre arbeidet med helsereformen.

Det er en god retning på mye av det som skjer innenfor psykiatrifeltet, men det er selvsagt veldig langt igjen til vi kan tilby alle med psykiske lidelser den hjelp de trenger. Vi er alle tjent med at Stortinget har psykiatri høyt på den politiske dagsordenen. Den prisen samfunnet og enkeltmennesker må betale dersom vi ikke lykkes i dette arbeidet, er for drøy. Det er all grunn til å ha tillit til helseministerens engasjement når det gjelder de psykisk syke og det tilbudet de trenger. Jeg håper at helseministeren er å oppfatte slik at han holder helseforetakene i ørene, sånn at de prioriterer psykiatri, slik Stortinget og vel også helseministeren forventer. De må ikke få anledning til å legge planer om f.eks. distriktspsykiatriske senter til side nærmest over natta.

Alle institusjoner ligger jo i en kommune, og jeg har lyst til å bruke et eksempel fra Kragerø. Der har kommunen bygd et nytt sykehjem for å frigi lokaler til et distriktspsykiatriske senter med 8–10 senger. De har altså gjennomført den jobben fylkeskommunen bad dem om, å bygge opp et slikt senter. Men, vips, så er alle planer om penger skrinlagt og sentralisert. Tilbake står mange ansatte, pasienter og deres pårørende, ja faktisk et helt lokalsamfunn, og føler dette som underlig behandling. Det oppleves selvsagt som stikk i strid med hva Stortinget har sagt om å desentralisere tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Istedenfor å utvikle distriktspsykiatriske senter avviker man dem før de kommer i gang. Dette må være helt uakseptabelt.

Mange mennesker har hatt store forhåpninger til at de kan få hjelp for sine psykiske lidelser nærest mulig der de bor. Jeg må nesten håpe at dette eksemplet er enestående, slik at det går an å gjøre noe med det.

Jeg har fått med meg at Fremskrittspartiet stadig gjør forsøk på å fortelle at Arbeiderpartiet hindrer en realisering av Mental Helse Norge sitt lærings- og kompetansesenter i Skien. Arbeiderpartiet gleder seg over det flertallet har gitt uttrykk for i innstillingen, og ser på det som et langt skritt i riktig retning for at dette senteret kan bli en del av opptrappingsplanen innen psykiatri.

Med ulike ordvalg er alle i sosialkomiteen opptatt av at folk skal komme tilbake i jobb etter sykdom, ikke bare fordi trygdeutbetalinger koster mye penger, men fordi det er viktig å ta vare på den menneskelige kapitalen. Vi kjenner til at flere institusjoner har opparbeidet seg stor kompetanse, og de kan dermed vise til gode resultater innenfor rehabilitering. Det er svært gledelig at regjeringspartiene i denne innstillingen er med på å utgjøre et flertall for å videreutvikle Attføringssenteret i Rauland til et nasjonalt kompetansesenter innenfor yrkesrettet rehabilitering. Ved Attføringssenteret i Rauland er helhetlig arbeidsrettet metodikk velprøvd, og det har gitt svært gode resultater. Åtte av ti langtidssykemeldte er tilbake i yrkes-

aktivitet. Det er også svært positivt at denne innstillingen fokuserer på den største årsaken til at så mange kvinner blir uføretrygdet, nemlig fibromyalgi. Det føles som et langt steg framover når regjeringspartiene også her har gått med på å vise til den kompetansen Jæløy Kurbad i Østfold har innenfor dette området. I Arbeiderpartiet håper vi at tida nå skal arbeide for at Jæløy Kurbad i Østfold kan bli et nasjonalt kompetansesenter innenfor feltet fibromyalgi. Det vil være en stor seier for mange kvinner med svært plagsomme kroniske lidelser.

**Elisabeth Røbekk Nørve (H):** Budsjettforliket mellom Regjeringen og Arbeiderpartiet har ført til mer penger til sykehus, kamp mot fattigdom og rusproblemer og forebyggende helsearbeid.

Høyre er fornøyd med at Regjeringen har fått gjenomslog for å bevilge historiske 948 mill. kr til fattigdomsbekjempelse. Det er en økning på 239 mill. kr i forhold til inneværende år. Budsjettforliket legger også grunnlag for å videreføre et historisk høyt nivå på pasientbehandlingen, og satsingen på psykiatrien er i år den største så langt i opptrappingsperioden.

Gjennom budsjettforliket har vi også funnet rom for å styrke det rusforebyggende arbeidet ytterligere. Samtidig har vi styrket det forebyggende helsearbeidet blant barn og ungdom. Det siste vil særlig komme frivillige organisasjoner til gode.

St.meld. nr. 16 for 2002-2003, Resept for et sunnere Norge, understreker behovet for å satse på forebyggende arbeid, spesielt blant barn og unge. En bevilgningsøkning på 10 mill. kr til frivillige organisasjoner som setter fokus på forebyggende helsearbeid gjennom økt fysisk aktivitet, er helt i tråd med Regjeringens strategi i folkehelsemeldingen.

Det er viktig å forebygge mot dårlig helse for den som er frisk. Men det er minst like viktig å gi et godt tilbud til barn og unge som ikke kan delta i de aktivitetene som idrettslag og frivillige organisasjoner kan tilby friske barn. I St.prp. nr. 1 slår Regjeringen fast at det fortsatt skal fokuseres på habilitering av barn. Barn og unge med kronisk sykdom og funksjonshemming har ofte behov for et bredt, planlagt og langsiktig habiliteringstilbud. Det er derfor positivt at Regjeringen tilrettelegger for at barn som har behov for langvarige og koordinerte tilbud, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Det er viktig at det gis gode tilbud, og at ressursene i hovedsak benyttes til å bygge opp og styrke faglig gode tilbud både innenfor spesialisthelsetjenesten og ute i kommunene.

Det er ingen hemmelighet at Høyre er opptatt av valgfrihet. Jeg er derfor glad for at habiliteringstjenesten styrkes, ved at foreldre som ønsker å benytte alternative behandlingsmetoder som f.eks. Doman-metoden for sine barn, skal kunne velge slik behandling.

Det er svært viktig at utredning for slik behandling gis uavhengig av hvor i landet en bor, og at de regionale helseforetakene har ansvar for å følge opp barnefamilier som ønsker slik behandling. Der det er faglig forsvarlig å gi slik trening, skal hjemkommunen i samarbeid med foretakene vurdere økonomisk og praktisk støtte til tre-

**(Røbekk Nørve)**

ningen. Når valget først er tatt, er det viktig at foreldrene respekteres, og at de får den hjelp og støtte som de har rett til og krav på.

Vi opplever at altfor mange såkalte tyngre brukere, ofte yngre funksjonshemmede, blir plassert i sykehjem, da slike tilbud er rimeligst og mest gunstig for kommunene. Stortinget har sagt at de som ønsker det, skal ut av sykehjem. Regjeringen har sørget for at det fra 2004 vil bli etablert en toppfinansieringsmodell for ressurskrevende brukere, der staten dekker 80 pst. på landsbasis av utgifter som for kommunene overskrider 700 000 kr pr. bruker.

Det er viktig å påpeke at kommuner som har særlig høye utgifter i forhold til folketallet, vil få en høyere kompensasjon enn 80 pst., mens kommuner som har forholdsvis lavere utgifter pr. innbygger, vil få en lavere dekningsgrad enn 80 pst. For 2004 er det foreslått 1,2 milliarder kr til formålet, noe som innebærer en reell økning på 550 mill. kr fra 2003.

Til slutt vil jeg vise til at forskning på kvinnehelse styrkes i tråd med intensjonen i folkehelsemeldingen, og at forskning på osteoporose og psykisk helse i denne omgang blir prioritert.

**Presidenten:** De talere som heretter får ordet, har en taletid på inntil 3 minutter.

**Bent Høie (H):** Representanten for SV, Olav Gunnar Ballo, fortsetter med å ta kelegge hvordan de omdisponerer penger innenfor ramme 16. Hvis en leser tabellen til SV, kan det virke tilforlatelig at SV øker bevilgningen til sykehus med 1,2 milliarder kr. Men den nye oppgaven som SV vil gi foretakene, refusjon til private, koster over 1,9 milliarder kr bare i utbetalinger. Her er det en differanse på over 758 millioner. I tillegg kommer de administrative kostnadene ved å administrere et så stort system, som i dag ligger i Rikstrygdeverket, og at regjeringspartiene og Arbeiderpartiet har lagt inn 500 mill. kr ekstra utover Regjeringens forslag. Det betyr at forskjellen mellom SVs forslag til sykehusene og det forslaget som blir vedtatt i salen i dag, er i overkant av 1,2 milliarder kr. Det betyr at disse 1,2 milliardene må tas inn på sykehusene gjennom effektivisering. I rettferdighetens navn skal det sies at SV bruker noen av disse pengene på diverse psykiatriprosjekter, men allikevel er det helt åpenbart at et så stort effektiviseringskrav også ville måtte gå ut over tilbudet til de psykisk syke.

Det kan godt være at SV ikke mener dette, men ønsker å illustrere sin politikk gjennom en slik omdisponering, at de på en måte ønsker å vise hvordan deres budsjett ideelt hadde sett ut, men ikke er villig til å ta konsekvensen av dette. I så fall er det bare symbolpolitikk, og SVs prioriteringer innenfor dette området vil i så måte bare være symboler, og ikke realiteter.

**Sverre Myrli (A):** Da budsjettinnstillinga fra sosialkomiteen for 2004 forelå, var det en gledens dag på Romerike og i Akershus. Jeg tenker sjølsagt på det som der

slås fast om bygging av Nye Akershus Universitetssykehus – Ahus – i Lørenskog.

Det er ikke til å legge skjul på at usikkerheten var stor etter framleggelsen av statsbudsjettet i oktober. Helseministeren og departementet sa det var nok penger i budsjettet til å starte bygging av Nye Ahus i 2004, mens Helse Øst sa det motsatte: Dette er for dårlig – finansieringen er ikke tilstrekkelig.

Men dette lar vi ligge i dag. I dag fordeles verken skyld eller kjeft – i dag fordeles ros, takk og honnør.

Det er særdeles gledelig at stortingsflertallet – Arbeiderpartiet, regjeringspartiene og Fremskrittspartiet – slår krystallklart fast at bygging av Nye Ahus skal starte våren 2004. Komitelederen var krystallklar i åpningsinnlegget i dagens debatt. Det samme var Bjarne Håkon Hanssen.

SV og Senterpartiet er også helt klare i saken. Det er derfor et samlet storting, kanskje med unntak av Kystpartiet, som mener at bygging av Nye Ahus nå endelig skal igangsettes.

Det er godt kjent og godt dokumentert at det er nødvendig med et nytt sjukehus. La meg likevel nevne noen stikkord for å underbygge behovet.

For det første: Akershus er det området i landet hvor befolkningsveksten forventes å bli sterkest i åra som kommer.

For det andre: Dagens bygningsmasse på Ahus er gammel, nedslitt og lite funksjonell. Bygningene er i så dårlig forfatning at tekniske fagfolk faktisk er i tvil om det er praktisk mulig å drive sjukehus der noen år fram i tid.

Vi er allerede seint ute. Vi er på overtid. Det haster med å få bygd nytt sjukehus!

Det er mange år siden den tidligere sjukehuseieren, Akershus fylkeskommune, startet arbeidet med det nye sjukehuset. Og allerede i 2000 var fylkeskommunen i drøftinger med departementet om størrelse og funksjoner. Sommeren 2001 ble det oppnådd enighet mellom fylkeskommunen og departementet om hvordan det nye sjukehuset skulle bygges. Etter at Helse Øst overtok ansvaret i forbindelse med sjukehusreformen i fjor, hadde vi fortsatt forståelsen av at prosjektet hadde høy prioritet. Så kjelket det seg noe til, og vi fikk en ny runde. Prosjektet ble slanket med 2 milliarder kr, slik at vi nå snakker om et revidert sjukehusprosjekt.

Til slutt: Hvis det skulle være noe som fortsatt henger litt, måtte det være Helse Øst sine vurderinger av det skisserte opplegget. Jeg vil derfor benytte anledningen til å utfordre helseministeren på at det fortsatt er slik at det Stortinget bestemmer, skal følges av underordnet organ – altså at Helse Øst har den samme forståelsen og vurderingen av den politiske løsningen det nå er flertall for.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** Jeg hører at Bent Høie repper sine feilaktige resonnementer når det gjelder SV og SVs alternative budsjett. Det er altså slik at sammenlignet med Regjeringen foreslår SV 1 280,5 mill. kr mer til helseforetakene. Til sammenligning foreslår Arbeiderpartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti i sitt budsjettfor-

slag 447 mill. kr mer til helseforetakene. Hvis man skulle ha lagt det samme resonnementet til grunn for forslaget fra regjeringspartiene og Arbeiderpartiet som Bent Høie gjør når det gjelder SV, ville det være snakk om 372 mill. kr, for da må de føre til fradrag de kuttene de har både i forhold til refusjon spesialisthjelp med 60 mill. kr og refusjon psykologhjelp med 15 mill. kr, noe jeg ser at Bent Høie ikke tar med i sine betraktninger når han så regner over en halv milliard.

Men det som jeg har understreket på vegne av SV, er at vi anser at det vil være betydelige effektiviseringsmuligheter ved å samordne i regi av helseforetakene oppgavene knyttet til privatpraktiserende spesialister, psykologer, laboratorietjenester og røntgentjenester. Det tror vi er viktig. Men det som helseforetakene vil disponere, er altså ikke mindre, men mer. Det er nesten 1,3 milliarder kr mer.

Så registrerer jeg at en helt sentral debatt har pågått om i hvilken grad Stortinget skal ha styringsmuligheter overfor helseforetakene. Jeg registrerer at Arbeiderpartiet tar opp igjen sitt forslag fra da vi behandlet helsereformen, et forslag som går ut på at man i regi av helseforetakene skal nedsette råd, der det også skal være folkevalgte politikere. Det er jo en type råd som man kan huske eksisterte tilbake på 1960-tallet. Lederen for et slikt råd het Balle Klorin. Det er jo åpenbart at det vil være suppe som vil være i sentrum for den type råd. Det er jo også en helt motsatt modell av det SV ønsker. Vi ønsker at folkevalgte skal ha makt til å foreta endringer, mens den modellen Arbeiderpartiet legger opp til, gjør at folkevalgte reduseres til rådgivere for byråkratiet, som så skal stå for beslutningene. Og det er jo en helt meningsløs modell.

Likevel ser jeg at Arbeiderpartiet gang på gang, i forbindelse med valgkampen og på ulike sett og vis, har klart å skape et inntrykk av at de ønsker folkevalgt kontroll. Bjarne Håkon Hanssen har uttalt til Namdalsavisa den 23. oktober at han ønsker at Stortinget skal vedta premisser for helseforetaksstyrene der det slås fast at lokalsykehusene skal bestå med akuttfunksjoner, og understreker at man skal ha større folkevalgt styring. Det er jo det SV foreslår. Det er ikke det Arbeiderpartiet foreslår. Men dessverre klarer vi altså ikke her i salen å få støtte fra Arbeiderpartiet til en slik modell. Jeg må si at en del av de uttalelsene som har falt i valgkampen fra ulike arbeiderpartipolitikere, og for så vidt fra Britt Hildeng her i dag, er oppsiktsvekkende. Her argumenterer man mot at fødeavdelingen ved Aker sykehus skal nedlegges, samtidig som man går for det i budsjettforliket. Vi har altså et forslag om at avdelingen skal bestå, at den ikke skal nedlegges, som Arbeiderpartiet ikke støtter.

**John I. Alvheim (FrP):** Jeg vil følge opp representanten Olav Gunnar Ballos innlegg om psykiatrien. Jeg må langt på vei si meg enig med representanten Ballo i at situasjonen innen psykiatrien ikke er så god som noen vil ha det til. Akkurat i disse dager står vi overfor en god del kriser i Oslo-området. Jeg tenker på Gaustad, der det skal

legges ned syv dagplasser, tre døgnplasser ved Furuset distriktpspsykiatriske senter skal legges ned, fem senger på Folloklinikken skal legges ned, åtte dagpasientplasser på Grefsenlia skal legges ned.

Mitt budskap i denne sammenheng er: Vi har snakket om voksenpsykiatri, vi har snakket om barne- og ungdomspsykiatri, hvor forholdene er blitt bedre, men ikke bra nok der heller. Men vi har en kategori psykiatriske pasienter som faktisk er bortglemt, det er de eldre langtidspasientene som kanskje har ligget 20–30 år i institusjon, og som nå blir sendt som pakkepost fra det ene stedet til det andre. Og det er verre enn som så. Alle disse 15 pasientene som jeg nå tok frem og viste til hvor de var, har ikke fått et eneste signal om hvor de skal fra 1. januar, fra 1. mars, fra 1. april.

Går det an å behandle de svakeste av de svake innen psykiatrien på denne måten? Jeg mener nei. Og jeg er da i hvert fall glad for hva helseministeren svarte i en replikk her. Han sa omtrent som så at han skal påse at ingen psykiatrisk pasient blir flyttet fra nåværende behandlingssted før et annet tilbud foreligger. Hvis helseministeren greier å gjennomføre det, er vi kommet veldig langt. Men jeg tror ikke det er mulig selv for helseministeren å følge opp dette.

Så jeg synes at hovedessensen i denne budsjettdebatten bør være fokuseringen på psykiatri, der foretakene nå etter hvert må begripe og forstå at Stortinget ikke aksepterer den måten dette foregår på i dag. For det ligger planer om betydelige nedtrappinger av psykiatrien rundt omkring i foretakene, hvor de legger ned avdelinger, kutter sengeplasser. Pasientene har ikke fått noe tilsvarende tilbud, og det kan vi ikke akseptere.

**Bjarne Håkon Hanssen (A):** La meg først få si at det innlegget representanten Ballo nettopp holdt fra denne talerstolen, var oppsiktsvekkende. Det viser i hvert fall at SV har et problem, for her er situasjonen den at SVs hovedtalsmann i sosialkomiteen ikke har forstått sitt eget budsjett. Det er en litt spesiell situasjon, men etter å ha hørt innlegget kan det vanskelig utlegges som noe annet.

Det som fikk meg til å ta ordet, var litt av den retorikken som Fremskrittspartiet i dag har brukt mot Arbeiderpartiet, og som vel ikke har vært mer enn det man kunne forvente. Men det interessante med retorikken og de problemstillingene man har prøvd å trekke opp overfor oss i Arbeiderpartiet, er at det man på mange måter sier, er: Hvorfor har ikke Arbeiderpartiet kunnet rette opp de feil Fremskrittspartiet gjorde i fjor? Jeg takker på mange måter for tilliten, men det er kanskje ikke vår primæroppgave i norsk politikk. Hvorfor kunne ikke vi bruke vår makt til å gjøre det Fremskrittspartiet ikke maket? Nei, det har vi ikke gjort. Men dette illustrerer på mange måter velferdssamfunnets dilemma. Det er vanskelig å bygge opp, men lett å rive ned. Vi har i budsjettforhandlingene insistert på at så godt som alle skattelettelser som var foreslått, måtte bort før vi kunne gå inn i forlik – vi må bruke de pengene som er til disposisjon, til å styrke fellesskapsløsningene. Så har vi kommet et stykke på vei, men ikke helt i mål.

Men hva var det som var utgangspunktet for budsjettforliket i fjor? Sa Fremskrittspartiet da: Nå må vi ta bort alle skattelettelser, slik at vi kan finansiere fellesskapsløsningene? Nei, utgangspunktet i budsjettforliket i fjor var bl.a. at Fremskrittspartiet insisterte på at noe av det viktigste som skulle skje, var å få redusert årsavgift på campingvogner! Det var liksom krafttaket. Og da fikk gravferdsstøtten gå og de arbeidsledige miste feriepengene, osv. Man må bare prøve å sammenlikne den sosiale profilen i neste års budsjett med årets budsjett, men man kommer ikke langt i den sammenlikningen.

Jeg skal prøve å avslutte litt mer i det rause hjørnet, og si følgende: Jeg tror ikke det vil herske noen tvil om at representanten John I. Alvheim en dag vil forlate dette huset med et godt ettermæle, ikke minst når det gjelder et sterkt sosialt engasjement. Men det ettermålet vil også omfatte at han var blant dem som sørget for å stemme slik at gravferdshjelpen ble avviklet som en generell velferdsordning i dette landet.

**Magnhild Meltveit Kleppa (Sp):** Eg skal fyrst understreka tre forhold.

For det fyrste er Senterpartiet ikkje fornøgd med Regjeringa si manglande innleving når det gjeld uroa ved mange av sjukehusa våre i forhold til kva behandlingstilbod det enkelte sjukehuset skal ha. For det andre vil vi ha ein reell opptrappingsplan når det gjeld psykiatrien. Og for det tredje vil vi ha ein handlingsplan mot fattigdom som ikkje sjuke og ledige skal betala.

Så vil eg nytta mine minutt til å snakka om temaet ressurskrevjande brukarar. Det er gledeleg at det no kjem på plass ei ordning på det området, ei statleg finansieringsordning for brukarar med spesielle behov. Det skulle vera sjølve testen på kor langt vi skal stilla opp for kvarandre, kor langt samfunnet skal ha fellesskapsløsningar. Senterpartiet ynskjer ei føreseieleg ordning. Vi meiner nivået skal vera slik at alternativet, sjukeheimplass, ikkje er å føretrekkja av økonomiske omsyn, og vi meiner at ein må sjå kommuneøkonomien og den stramheita som er der, i samheng med kvar vi legg ordninga. Det betyr i klartekst at ordninga ikkje er god nok slik som ho no er vedteken. Innslagspunktet på 700 000 kr og ei dekning med 80 pst. av gjennomsnittskostnadene på landsplan betyr at kommunane fyrst må dekkja 100 000 kr, og at dei etterpå òg har store kostnader med tilbod utanom sjukeheim.

Det er ei merkeleg oppleving å lesa Framstegspartiet sine merknader i denne saka, for det er Framstegspartiet som har sørget for at Regjeringa har fleirtal for den ordninga som no blir sett i verk. Det kjem fram i behandlinga av kommuneproposisjonen, der det vart inngått eit forlik mellom regjeringspartia og Framstegspartiet. Alle partia hadde kvar sine ordningar i innstillinga til kommuneproposisjonen som vi etter kvart sydde saman. Dersom ein skulle gått inn for 700 000 kr og 80 pst. dekning, som ville vore føreseieleg i forhold til den enkelte klienten, måtte vi ha samla oss om Arbeidarpartiet sitt forslag. Senterpartiet og SV låg lågare. Vårt forslag var 600 000 kr og 100 pst. dekning. Framstegspartiet hadde

eit anna forslag. I den innstillinga som ligg føre i dag, kritiserer altså Framstegspartiet den ordninga som dei har sikra fleirtal for.

Ein MS-pasient på Nesodden har dei siste dagane vist oss kor viktig det er med ei ordning med lågare innslagspunkt. Nesodden er ein av dei kommunane som no blir ramma og får mindre pengar neste år enn dei har i år, til dette formålet.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** Helseministeren gjorde et nummer av at Senterpartiet har vært med på å be om at Aker sykehus' fødeavdeling bør opprettholdes og ikke nedlegges. Det står vi ved at vi har gjort. Vi mener at det som har vært av utprøvende og utviklende fødetilbud ved Aker sykehus – og det alternativet som ligger der – burde ha vært ivarettatt. Vi synes at det er svært viktig at vi ikke legger ned dette tilbudet. Vi lager en kabal – som for så vidt helseministeren viste til, og som vi ikke er noe særlig glad for – som går ut på at folk i nabolaget til Aker sykehus, i Groruddalen, f.eks., skal til Ahus, mens folk fra Follo-området skal til Aker sykehus. Dette er veldig synd, og derfor er vi også opptatt av hva som skjer med planene for et Follo-sykehus. For øvrig mener Senterpartiet at nedleggelse av enhver fødeavdeling i dette landet skal forelegges Stortinget til behandling før en endring eventuelt gjennomføres.

Så også en liten visitt til helseministeren. Jeg spurte om konsekvensene av kutt på 40 mill. kr til ulike prosjekter på kap. 2600 post 01 Trygdeetaten. Da må det være tillatt å si at sosialministeren nok var noe på vidde i sin henvisning til terrenggående kjøretøy.

Så til sykehuspolitikken i dette landet. Vi ønsker å opprettholde fullverdige sykehus, ikke minst lokalsykehus, for å ha det akuttmedisinske tilbudet. Vi er redd for at den divisjonering og seksjonering som nå skjer, river opp gode samhandlingskjeder mellom ulike medisinske fagområder og på den måten svekker bl.a. akuttberedskapen.

Når det gjelder psykiatrien, er jeg enig med representanten Alvheim og representanten Ballo i at situasjonen der ikke er så god som man ønsker å framstille den som. Hensynet til barn og unge og ventetiden for dem, hensynet til de tyngste og mest ressurskrevende innenfor psykiatrien og nå også – etter rusreformen – de med dobbeltdiagnoser, gjør at dette må tas mer på alvor og prioriteres sterkere.

Så litt om god rehabilitering, som bl.a. representanten Gunn Olsen var inne på. God rehabilitering er en god investering både for den enkelte og for det offentlige. Det er litt forunderlig at når det gjelder den yrkesrettede attføringen, har et stort flertall i denne komiteen sett helt bort fra at vi har to gode institusjoner for det her i landet, nemlig Attføringscenteret i Rauland og Hernes Institutt. Og begge burde få utvikle seg ut fra den kompetanse, de kvalifikasjoner og de målsettinger de har. Vi trenger kanskje mer enn ett slikt senter i hver helseregion for å ivareta den yrkesrettede attføringen vi har behov for.

Legemiddelområdet kommer vi tilbake til senere. Jeg har bare lyst til å si at når Senterpartiet foreslår at bevilg-

ningene til blå resept-medisin skal være en overslagsbevilgning, ser vi på dette som en midlertidig ordning fram til vi får en helhetlig gjennomgang av hele legemiddelområdet fra produksjon til bruker. Det er viktig, og derfor er det litt skuffende at det bare er Fremskrittspartiet og Senterpartiet som står bak det forslaget.

**Harald T. Nesvik (FrP):** Først bare et par små kommentarer til representanten Magnhild Meltveit Kleppa: I kommunalkomiteen fremmet vi to forslag. Vårt primærforslag gjaldt en statlig stykkprisfinansiering på 100 pst., ut fra antallet brukere, pengene skulle følge brukeren. Primært fremmet Fremskrittspartiet et forslag som gikk ut på at den kommunale egenandelen ble satt til 400 000 kr pr. bruker, men støttet subsidiært standpunktet om å dekke utgiftene til kommunene også utover det beløpet.

Det er også verdt å legge merke til at Fremskrittspartiet i dag faktisk subsidiært vil støtte forslaget om å senke egenandelen til 600 000 kr fordi en sykehjemsplass faktisk koster mindre enn de 700 000 kr som er lagt inn. Men vi fremmer primært vårt eget forslag.

Jeg vil sitere følgende:

«Regjeringen skisserer en fattigdomspakke, men skaper flere verdig trengende og potensielle sosialklienter ved at

– det kuttes i barnetillegget for enslige forsørgere...»

Et annet strekpunkt:

«– det innføres behovsprøvd gravferdsstøtte, og det gjør flere til sosialklienter.»

Videre:

«Grunntryggheten realiseres ikke med utgangspunkt i et menneskesyn basert på mistenksomhet, slik det gjøres gjennom de økonomiske sanksjoner som foreslås for dem som ikke er i fullt arbeid:»

Under dette står følgende strekpunkt:

«– ved trusler om å redusere sykelønnen dersom ett av intensjonsavtalens mål om 20 pst. reduksjon ikke nås.»

Dette er sitater fra Brit Hildengs innlegg i denne salen i fjor. I dag sitter den samme Brit Hildeng og stemmer for et forslag om å redusere sykelønnsordningen ved å utvide perioden som skal til for å kunne opparbeide seg den rettigheten. Det må representanten Hildeng ta innover seg, særlig når representanten Hill-Marta Solberg i fjor forklarte at det fantes ingen subsidiær virkelighet.

Videre må også representanten Brit Hildeng ta innover seg at gjennom forliket mellom regjeringspartiene og Arbeiderpartiet i komiteen har man faktisk sørget for også å redusere stønaden til barnetilsyn til enslige forsørgere. Det harmoniserer veldig dårlig med det representanten Hildeng var inne på i sitt innlegg.

Så til representanten Bjarne Håkon Hanssen. For å si det rett ut: Arbeiderpartiet viser jo sitt sanne ansikt i denne saken om gravferdshjelpen og gravferdsstøtten. Dersom Arbeiderpartiet hadde ment alvor med at dette var et så viktig punkt, hadde man i hvert fall forsøkt å få det inn i budsjettet igjen. Vi må ta innover oss at det ble fjernet i

fjor. Det får vi ta ansvaret for. Men etter innlegget som representanten Bjarne Håkon Hanssen hadde i denne salen i fjor, er det underlig at den samme person overhodet ikke har vist vilje til å reversere dette.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Flere har i debatten vært innom opptrappingsplanen for psykisk helse. La meg minne om at innenfor psykisk helsevern i dag er det stadig flere som søker hjelp, og stadig flere som får hjelp. Ventetiden går ned både for voksne og for barn og unge. Samtidig er det ingen idyll. Vi har gjort opp status i budsjettokumentet og vist at vi på noen områder er godt i rute, på andre områder ligger vi etter ruten. Derfor har vi foreslått en forlengelse av planen.

Opptrappingsplanen for psykisk helse er ingen verneplan. Det er en opptrappingsplan og en omstillingsplan. Det betyr at noe skal bygges ut, noe skal bygges ned, og noe skal definitivt ikke bygges opp, men være på det nivået det er i dag. Det er ikke slik at opptrappingsplanen har lagt til grunn av sykehjemmene skal vernes. Sykehjemmene skal bygges ned – det er Stortingets forutsetning. Men det er også Stortingets forutsetning at distriktpsykiatriske sentra og boliger skal bygges opp, og at det skal være en sammenheng mellom det som bygges opp, og det som bygges ned. Det er det jeg har presisert overfor helseforetakene i det brevet jeg refererte til tidligere i dag.

Det er ikke slik som det kan framstå, når enkelte avdelingsoverleger står fram og sier at de har ikke sett noe til opptrappingsmidlene ved sin sykehusavdeling. Nei, men det har heller ikke Stortinget forutsatt. Stortinget forutsatte at utbyggingen av distriktpsykiatriske sentra og tjenester i kommunene skulle avlaste sykehusavdelingene, slik at de i større grad kunne få rom for å hjelpe de mest alvorlig syke. Det er opptrappingsplanens innhold. Da må man i debatten ikke gi inntrykk av noe annet.

Ellers vil jeg si meg helt enig med representanten Alvheim i at de beskrivelser han gav, ikke er akseptable hvis de medfører riktighet. Jeg kan vise til at vi i budsjettproposisjonen har nevnt eldre med psykiske lidelser som en spesiell gruppe som bør vies større oppmerksomhet, ikke minst når det gjelder å bygge kompetanse i tjenesteapparatet.

La meg avslutningsvis også bemerke til representanten Alvheim, som i sitt hovedinnlegg sa at sykehusreformen så langt har vært en stor suksess. Det er jeg enig i. Samtidig sa han at han var usikker på helseministerens agenda framover når det gjelder reformen. Det har han ingen grunn til. Min innsats når det gjelder å gjennomføre sykehusreformen, er knyttet til å gjennomføre de vedtak Stortingets flertall har fattet, og gjennomføre de retningslinjer som Stortingets flertall vedtar. Jeg har ingen annen agenda enn det.

**Presidenten:** John Alvheim har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad.

**John I. Alvheim (FrP):** Når jeg uttalte i mitt hovedinnlegg at jeg var usikker på helseministerens agenda

fremover, var det fordi denne regjeringen nå for tredje året på rad fremlegger et driftsbudsjett for foretakene som ikke går i hop, og ikke vil dekke de oppgavene som helseforetakene er pålagt, verken når det gjelder somatikk eller psykiatri. Det er ikke noe mer som ligger bak enn det.

Jeg bad om ordet for å komme tilbake til representanten Bjarne Håkon Hanssen. Det var et forunderlig svar han gav på mitt spørsmål i hovedinnlegget. Jeg er overhodet ikke interessert i mitt ettermæle i dette huset. Det jeg er interessert i, og det jeg prøver å jobbe for, er å ha god samvittighet når jeg går hjem fra dette hus.

Så kunne jeg tenke meg å spørre: Fremmet Bjarne Håkon Hanssen forslag om å få tilbake gravferdshjelpen, eller gjorde han det ikke?

**Statsråd Ingjerd Schou:** Jeg vil avlegge en liten visitt til representanten Gløtvold, som nok antok at jeg var noe på jordet i svaret mitt. Det er mulig at uklart forstått er uklart fortalt. Jeg har i hvert fall bare lyst til å gi en tilbakemelding om at det er klart at man merker en reduksjon på 40 mill. kr i Rikstrykdeverkets midler, men det skal ikke merkes på IA-arbeidet. Innretningen på dette vil vi ta opp i tildelingsbrevet, både i forhold til forenkling, omorganisering og elektronisk videreutvikling. Nå kan jeg vel trøste representanten med at jeg tror at vi faktisk var på det samme jordet, for visitten som Gløtvold gjorde til meg, var stilet til helseministeren. Men nå skulle vi være oppe på veien igjen begge to.

Derneft vil jeg avlegge en liten visitt til representanten Meltveit Kleppa. Når det gjelder ønsket om en fattigdomsplan som ikke skal betales av dem som er arbeidsledige, osv., har jeg lyst til å si at det ikke er slik at alle kutt er usosiale. Jeg har merket meg at Senterpartiet mener at 900 000 i dette landet er såkalt verdig trengende i forhold til egenandelstak og eventuelle justeringer. Jeg tror neppe at 900 000 er fattige i dette landet. I så fall har jeg registrert at det finnes noen her i denne salen også som kommer inn under egenandelstaket. Vi har satsset på fattigdom fra første stund. Vi har målrettet innsatsen. Vi har brukt 2 milliarder kr nettopp i forhold til målrettede fattigdomstiltak. Det går på hjelp til dem som er langtidsmottakere av sosialhjelp. Vi ser at det virker, at flere kommer både i arbeid og på tiltak. Det er noen som ikke har et hjem, som er bostedsløse. Vi har målrettet innsatsen særlig overfor dem. Vi ser at vi kanskje også har noen utfordringer i forhold til Senterpartiet. Istedenfor å spre en del utover som favner vidt, burde vi heller diskutere hvor grensen går. Hvem er det som egentlig er fattig? Hvem er det som er verdig trengende? Vi ser at den politikken er viktig, men vi ser samtidig at den ikke hjelper dem som faktisk trenger det aller mest, at de faktisk faller utenom. I forhold til de spesielle målgruppene som jeg bl.a. nevnte i mitt hovedinnlegg, har Regjeringen vært tydelig fra første stund.

**Magnhild Meltveit Kleppa (Sp):** Senterpartiet vil gjerne stå saman med Regjeringa i kampen mot fattigdomen, men det kan vi ikkje gjera så lenge Regjeringa har

vorte så smålege i innretninga av politikken sin. Dei har gått vekk frå det viktigaste i dei fem strategiane i utjamningsmeldinga, nemleg eit meir rettferdig skattesystem.

Det som eg bad om ordet for no, gjeld endå ein gong dei ressurskrevjande brukarane, og den ordninga som no vert sett i verk frå 1. januar. Det er ei ordning som har vore under kontinuerleg forbetring frå år 2000, og det er ei ordning som kommunalkomiteen i Stortinget har brukt mykje tid på. På den bakgrunnen synest eg det var underleg å lesa merknadene frå Framstegspartiet i dag, når det er dei som må ta ansvaret for at det i vår var – og det er det framleis – fleirtal for den ordninga som no vert innført, og som for mange synest svært mangelfull. Det eine som er vanskeleg, er sjølv sagt innslagspunktet. Det som er endå meir vanskeleg for kommunane, er at ordninga no er så uføreseieleg, fordi ein på landsplan opererer med gjennomsnittskostnader, og ikkje ei fast prosentmessig dekning over eit innslagspunkt.

Det er rett som Nesvik seier, at Framstegspartiet hadde eit primærstandpunkt som vart fremja i vår – innslagspunkt 400 000 kr, 70 pst. dekning av kostnadene opp til 600 000 kr, og så 90 pst. dekning over det. Det som ikkje har kome klart nok fram, er at då innstillinga frå kommunalkomiteen låg føre, var det berre Framstegspartiet, fordi dei hadde vorte einige med Regjeringa, som signaliserte at dei gjekk for Regjeringa sitt opplegg – heldigvis eit forbetra opplegg, gjort av Høgre og Kristeleg Folkeparti i kommunalkomiteen, i høve til det som Regjeringa hadde hatt ute til høyring, og som hadde eit innslagspunkt på 800 000 kr.

Lat meg seia at eg er veldig glad for at Framstegspartiet no har snudd, men det er litt seint, for no blir eit uføreseieleg opplegg for kommunane vedteke. Men det som er det beste, er at Framstegspartiet i lag med Arbeidarpartiet, Senterpartiet og SV er med og sikrar fleirtal for eit forslag om ei kontinuerleg evaluering, og om vidare bruk av skjønnsmidlar. Det er særdeles viktig, for det ser faktisk ut som om sosialministeren er nøgd med den ordninga som no blir innført.

**Presidenten:** Harald T. Nesvik har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad.

**Harald T. Nesvik (FrP):** Jeg skal ikke bruke så mye av tiden på de eventuelle forhandlingene som har vært tidligere i kommunalkomiteen, men heller forholde meg til det vi debatterer i dag, altså statsbudsjettet for helse- og sosialområdet.

Sosialministeren var i sted inne på, og viste til, at 900 000 i dag kommer inn under egenandelstaket, og at det ikke finnes 900 000 fattige i dette landet. Nei, det er helt riktig. Jeg er helt enig med sosialministeren i det. Men forslaget til økning av egenandelstaket rammer også dem som er fattige, det rammer blindt, fordi en hever opp fra bunnen. Selv om færre kommer inn under egenandelstaket, må de som har minst – det gjelder ofte syke mennesker, og det er ofte dem vi henviser til når det gjelder fattigdomsproblematikken – faktisk betale en økning på 200 kr. Hadde sosialministeren fått det som hun ville,

hadde disse måttet betale 2 500 kr. Det er ingen sammenheng mellom det antallet som sosialministeren viser til, og det faktum at de som har minst i dette landet, nå må betale mer i økte egenandeler. Det er et faktum.

**Presidenten:** Ola D. Gløtvold har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** Først en kort kommentar til begrepet «verdige trengende». Jeg skulle ønske meg et samfunn hvor vi ikke hadde det begrepet. Jeg synes at det er en klassesamfunnsbeskrivelse som vi ikke burde ha.

Senterpartiet ønsker at vi skal ha minst mulig skatt på medisiner og medisinsk behandling, og vi ønsker en skattefordeling som er etter evne og inntekt, hvor det kanskje er et noe høyere skattetrykk enn det som Regjeringen uten tvil legger opp til.

Så en rettelse: Komiteens leder sa at deres parti stod bak et forslag om et grunnforskningssenter for ADHD, og tok ikke med Senterpartiet. Men vi er i høyeste grad med på det, og jeg håper at departementet tar det til følge.

Så har jeg en visitt til helseministeren om radon. Radonsatsingen er ikke videreført, på grunn av at Nasjonal kreftplan skal avvikles. Ja vel, men når Statens strålevern har innledet samarbeid med 44 kommuner i 2002, altså i fjor, og stilt folk i utsikt at man skulle få penger, synes jeg dette er å jukse folk.

**Karin Andersen (SV):** Det er ingen tvil om at ordningen for de særlig ressurskrevende brukerne må bedres utover det den er blitt nå. Den har blitt mye bedre, men er fremdeles ikke god nok, fordi egenandelen for kommunene er så høy at kostnadene fremdeles blir så store at mange kommuner velger, og tvinges til å velge, uønskede løsninger, slik som det er i dag.

Grunnen til at jeg tar ordet, er Regjeringens sjølros når det gjelder fattigdomssatsingen. SV har tatt seg bryet med å sette sammen tallene for hvor mye denne regjeringen har gjort for de fattige, og hvor mye de har gjort for de rikeste de siste årene. I løpet av 2002, 2003 og 2004 har de aller fattigste mistet 6,1 milliarder kr i diverse kutt, det har vi summert sammen fra de ulike budsjettene. De rikeste har fått 4,9 milliarder kr cash på labben. Det er mulig Regjeringen synes at dette er en fattigdomssatsing, men vi deler altså ikke det synet. Senest i går debatterte denne salen ytelsene og mulighetene til yrkesrettet atferd. I går fjernet vi 266 mill. kr fra de som er syke og står uten arbeid. Det synes ikke jeg og SV er særlig mye å skryte av.

Så gjelder det målrettingen av pengene. Regjeringen har vært utrolig flinke til å målrette pengene: rett til de aller rikeste. Når kritikken nå kommer om at man ikke ønsker så høye egenandeler, sier Regjeringen at det ikke er alle syke som er fattige. Nei, det er ikke det, men alle rike er faktisk rike. Regjeringen fjerner f.eks. skatt på aksjeutbytte. Det er bare å se på statistikkene, så vet vi hvem som får pengene. Det er de aller rikeste som får pengene. Det var 1,7 milliarder kr cash rett på labben,

uten at Regjeringen behøvde å tenke seg om et sekund hvem som var mest verdig trengende den gangen. Det er ikke slik at denne Regjeringen har en fattigdomspolitik som er god. De tar mer fra de fattige, og de gir ut til de rike – tar med begge hendene fra de fattige, og gir med begge hendene til de rike. At de så baketter putter på noen fattigdomstiltak til de aller mest verdige trengende, hjelper ikke. Fattigdommen i Norge øker dessverre, og det er denne Regjeringens ansvar.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Jeg er glad for at denne debatten viser at Stortingets flertall ønsker å styre sykehussektoren gjennom overordnede planer og føringer fra Stortinget, og ikke gjennom en detaljstyring ned på enkeltavdelingsnivå. Jeg konstaterer at Senterpartiet er uenig i det. Senterpartiet ønsker å styre sykehusene på avdelingsnivå fra denne sal. Jeg vil anslå at vi i Norge har noe sånt som et tusentalls sykehusavdelinger, så Stortinget skal få det ganske travelt hvis man skal leve opp til Senterpartiets styringsambisjoner. Det Senterpartiet faktisk gjør, er å plassere Stortinget i rollen som et gjennomsnittsfylkesting under det fylkeskommunale sykehuseierskap. Det var ikke intensjonen med sykehusreformen. Jeg er glad for at flertallet i denne salen ikke er med på den type premisser.

Men når Senterpartiet så skal styre, velger de altså å gjøre fødeavdelingen på Aker, blant alle landets fødeavdelinger, til gjenstand for vedtak i denne sal. Det vil vel sikkert Senterpartiets velgere i distriktene merke seg – at Senterpartiet i denne debatten var mest opptatt av unge, friske jenter på Ullern som skulle slippe å føde i Bærum.

**Asmund Kristoffersen (A):** Jeg skal bare be om at forslaget til vedtak XII under rammeområde 16 blir gjort om til et oversendelsesforslag.

**Presidenten:** Det skal bli gjort.

**Statsråd Ingjerd Schou:** For det første er jeg glad for engasjementet til Sosialistisk Venstreparti i forhold til å hjelpe dem som trenger det aller mest. Nå har det vært stilt spørsmål ved SVs regneferdigheter her tidligere i dag, og når SV sier at Regjeringens fattigdomssatsing utgjør 575 mill. kr, tror jeg det er viktig å ta med hele regnestykket – det er det jeg har sett av dokumentene. Det er nær innpå 1 milliard kr i satsing i 2004 – 240 nye millioner. Man må jo ta med det som er gitt i 2002 og 2003.

Jeg registrerer at SV er opptatt av å ta fra de rike, mer det enn å fokusere på dem som er faktisk svake. Når jeg ser på SVs budsjettforslag, har de en meget bredmasket fattigdomsdefinisjon, at alle som omfattes av folketrygden, synes å være i nød. Sånn er det ikke. Jeg tror også at det burde være en erkjennelse i SV av at problemet ikke er at vi har noen få som har for mye, men at vi har for mange som ikke på noen måte har tilstrekkelig.

Jeg registrerer også at SV vil at vi skal arbeide mer og få mindre, og sånn sett går ikke regnestykket i hop. Jeg ser også at SV i sitt budsjett reduserer grensen for når

man skal betale såkalt toppskatt – eller kakseskatt, som det gjerne blir kalt. Jeg synes i grunnen det er litt oppsiktsvekkende når det gjelder dem som tjener 300 000 kr, for det er vel heller ikke spesielt råflott til lønn å være i dag.

Men engasjementet i forhold til fattigdomsproblematikken setter jeg pris. Det er heller ikke slik at alle sosiale kutt nødvendigvis er feil. Jeg hører at representanten Andersen sier at man tar med den ene hånden og gir med den andre. Men det er noe med å målrette – heller det enn å spre og tyne utover til de mange.

**Presidenten:** Olav Gunnar Ballo har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** Når jeg tar ordet, er det i tilslutning til det som helseministeren kom inn på når det gjaldt Aker Sykehus. Vi hørte også at Arbeiderpartiet advarte i forhold til konsekvensene av nedleggelse av en velfungerende avdeling som har vært et alternativt tilbud for mange fødende. Det er naturligvis viktig, og det kan ikke herske noen tvil om det heller, at belegget på denne avdelingen er stort nok til at man rent faglig burde ha ivaretatt den og videreført den.

Men jeg er overrasket, spesielt over Arbeiderpartiet, som på et tidligere tidspunkt har vært helt klar på og argumentert nettopp for det samme som SV gjør, at disse beslutningene må tas inn i Stortinget, og så skal det være opp til Stortinget å bestemme strukturen før endringene skjer. Jeg ser at Helgeland Arbeiderblad den 21. november – det er ikke mange dagene siden – hadde et oppslag der Stoltenberg ifølge Helgeland Arbeiderblad har gjort

«det helt klart at helseregionene ikke kan handle etter eget forgodtbefinnende. Han sa at han oppfatter det som nå skjer enkelte steder i landet som store endringer – og som derfor skal forelegges Stortinget før man kan gå videre».

Så registrerer jeg til min store overraskelse at Arbeiderpartiet i dag ikke gir støtte til det samme når det kommer forslag om å få til akkurat det gjennom vedtak av nasjonal helseplan.

**Karin Andersen (SV):** Når det gjelder SVs skatteprofil, får alle som har inntekt under 350 000 kr, skattelette med den. Alle som tjener over det, får skatteøkning. Det mener vi faktisk er en rettferdig profil, for da er vi i nærheten av dem som har dårlig råd. Høyres profil har jo vært tvert imot, at man gir skattelette, og aller mest til dem som har mest. Hvordan man får til at det skal være de mest trengende, er helt uforståelig for SV.

Ja, vi har et engasjement på dette, fordi vi mener at det er viktig – det er ideologisk viktig, selvfølgelig, men det er en plikt vi har, som har makt og innflytelse i dette landet, å være med og gi en verdighet i livet til dem som ikke har inntekter sjøl og muligheter til å ivareta dette. En viktig bit av dette er kommuneøkonomien, for det vil fremdeles være mange som har dårlig råd i Norge. Vi vil kanskje aldri kunne greie å ta bort alt. Men da må vi gjø-

re det sånn at det ikke blir umulig å ha dårlig råd, og veldig vanskelig, særlig for unger. Da er det viktig at skolen er så god at en ikke risikerer å bli skoletaper fordi mor og far ikke har råd til dataanlegg. Det er kjempeviktig at kommunen har en slik økonomi at den kan gi et fritidstilbud, et kulturtilbud som gjør at du kan få lov til å utvikle deg sjøl om mor og far har dårlig råd, et tilbud som gjør at du ikke må opp med lommeboka for alt du skal gjøre, noe som gjør at du føler deg utenfor i alle sammenhenger, og ikke får vært med. Dette er kjempeviktig, og her svikter Regjeringen, for den har ment at det har vært mye viktigere å dele ut disse skattelettene. Vi er dypt uenig i Regjeringens prioritering. Jeg skjønner at det i bakhodet her svirrer et eller annet om at hvis det regner på presten, drypper det på klokkeren. Det er noe slikt man tenker seg, at når man deler ut på den måten, blir det liksom mer økonomi, og så regner noe av dette ned på de fattigste. Men slik er det altså ikke. Hvis de som har minst, skal få nok til et verdig liv, er den eneste måten å få til det på, å vise politisk vilje til å tørre å fordele skikkelig. Det er det det går på.

Et område som sosialministeren ikke har ansvaret for, men som er uhyre viktig, er jo boligpolitikken – det er hjemmet. Der svikter vi også, for det er veldig mange i Norge som ikke har råd til et skikkelig sted å bo og den tryggheten det er å kunne si til ungene sine når de legger seg om kvelden, at en er sikker på at her skal vi kunne bo. Der har vi en kjempejobb å gjøre, alle som sitter på Stortinget og enhver regjering.

**Presidenten:** Bent Høie har hatt ordet to ganger, har bedt om ordet en tredje gang og har trukket seg fra talerlisten. Han ber nå på nytt om ordet for tredje gang, og presidenten er fortsatt i tvil om han burde få ordet. Den merkningen må bli sylkort!

**Bent Høie (H):** Den er helt kort. Det var Karin Andersens nye innlegg i forhold til fattigdomsbekjempelse som provoserte meg. Det er helt tydelig at det er forskjell på regjeringspartienes og SVs omfordelingspolitikk. Men en må kunne erkjenne at det er foretatt en betydelig satsing på dette området, at den sosialministeren som sitter i denne regjeringen, er den første sosialministeren etter krigen (presidenten klubber) som har lagt fram en helhetlig plan for bekjempelse av fattigdom. Hadde SVs alternative budsjett (presidenten klubber) ...

**Presidenten:** Presidenten har klubbet. Da tar man ikke ny sats og begynner på et nytt resonnement.

Magnhild Meltveit Kleppa har også bedt om ordet for tredje gang.

**Magnhild Meltveit Kleppa (Sp):** Helseministeren må gjerne harselera over Senterpartiet sin sjukehuspolitikk. Men det betyr jo at han samtidig harselera over mange av dei som i dag engasjerer seg over heile landet vårt i forhold til godt fungerande helsetilbod lokalt. Det er ei stor utfordring no å erstatta det regionale folkevalde nivået som før var oppe og stod for best mogleg sjuke-



hustilbud i sine respektive fylke. Men det må ikkje bli slik at storting, helseminister og Regjeringa elles synest omtrent å abdisera i forhold til framleis å sikra gode og tydelege vedtak og følgja opp i forhold til den tryggleik og den tillit som den enkelte innbyggjar skal ha i det enkelte fylke. Det bekymrar meg at helseministeren ikkje har større antenner enn han har, på dette området.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1. (Votering, se nedenfor)

#### S a k n r . 2

*Forslag fra stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet oversendt fra Odelstingets møte 2. desember 2003 (jf. Innst. O. nr. 23):*

«Stortinget ber Regjeringen om å utarbeide en behandlingssgaranti der barn og unge med tiltak fra barnevernet gis en lovhjemlet rett til behandling for rus og psykiatri.»

**Presidenten:** Ingen har bedt om ordet. (Votering, se side 1129)

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte **presidenten:** Da skal Stortinget votere i de sakene som er oppført på dagens kart.

#### Votering i sak nr. 1

**Presidenten:** Under debatten er det satt fram i alt 36 forslag. Det er

- forslagene nr. 1–5 og 17–19, fra John I. Alvheim på vegne av Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslagene nr. 6–8 og 24–29, fra Sigbjørn Molvik på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslagene nr. 9–14 og 30–34, fra John I. Alvheim på vegne av Fremskrittspartiet
- forslagene nr. 15, 16, 35 og 36, fra Sigbjørn Molvik på vegne av Sosialistisk Venstreparti
- forslag nr. 20, fra Bjarne Håkon Hanssen på vegne av Arbeiderpartiet
- forslagene nr. 21–23, fra John I. Alvheim på vegne av Fremskrittspartiet og Senterpartiet

Presidenten vil først ta opp mindretallsforslagene til votering. Det voteres over forslagene nr. 15, 16, 35 og 36, fra Sosialistisk Venstreparti.

Forslag nr. 15 lyder:

«I

På statsbudsjettet for 2004 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
<b>U t g i f t e r :</b>				
600		Sosialdepartementet (jf. kap. 3600)		
	1	Driftsutgifter .....	72 950 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....	2 750 000	
620		Utredningsvirksomhet, forskning m.m.		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	58 420 000	
	50	Norges forskningsråd .....	53 380 000	
621		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	142 300 000	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i> .....	62 800 000	
	61	Tilskudd til vertskommunene mv. ....	986 600 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i> .....	190 600 000	
	64	Ressurskrevende brukere, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 200 000 000	
	66	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede .....	48 950 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i> .....	120 100 000	
	71	Tilskudd til frivillig arbeid .....	71 800 000	
	72	Tilskudd til Landsbystiftelsen .....	57 000 000	
	73	Tilskudd til døvblinde og døve .....	51 200 000	
	74	Tilskudd til pensjonistenes og funksjonshemmedes organisasjoner mv. ....	122 150 000	
	75	Kompetansesentra m.m. ....	51 300 000	
	76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov .....	6 200 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
622		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	1	Driftsutgifter .....	27 550 000	
660		Krigspensjon		
	70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i> .....	263 000 000	
	71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i> .....	651 000 000	
2600		Trygdeetaten		
	1	Driftsutgifter .....	4 837 400 000	
	21	Spesielle driftsutgifter .....	14 300 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....	145 000 000	
	70	Tilskudd .....	3 500 000	
2603		Trygderetten		
	1	Driftsutgifter .....	46 300 000	
	21	Klagenemnd for utenlandsbehandling .....	2 050 000	
2650		Sykepengar		
	70	Sykepengar for arbeidstakere mv., <i>overslagsbevilgning</i> .....	25 724 500 000	
	71	Sykepengar for selvstendige, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 900 000 000	
	72	Omsorgs- og pleiepengar ved barns sykdom m.m., <i>overslagsbevilgning</i> .....	400 000 000	
	73	Tilretteleggingstilskudd .....	107 700 000	
	74	Refusjon bedriftshelsetjenester .....	22 000 000	
	75	Feriepengar av sykepengar, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 360 000 000	
2652		Medisinsk rehabilitering mv.		
	70	Rehabiliteringspengar, <i>overslagsbevilgning</i> .....	8 622 000 000	
	71	Legeerklæringer .....	300 000 000	
2655		Uførhet		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	15 275 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	22 696 000 000	
	72	Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 356 000 000	
	73	Foreløpig uførestønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	262 000 000	
	74	Tidsbegrenset uførestønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	867 200 000	
	75	Menerstatning ved yrkesskade, <i>overslagsbevilgning</i> .....	121 000 000	
	76	Yrkesskadetrygd gml. lovgivning, <i>overslagsbevilgning</i> .....	72 000 000	
2661		Grunn- og hjelpetønad, hjelpemidler mv.		
	70	Grunnstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 447 000 000	
	71	Hjelpetønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 556 000 000	
	73	Hjelpemidler mv. under arbeid og utdanning .....	137 700 000	
	74	Tilskudd til biler .....	955 000 000	
	75	Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler .....	2 566 800 000	
	76	Bedring av funksjonsevnen, andre formål .....	64 000 000	
	77	Ortopediske hjelpemidler .....	633 000 000	
	78	Høreapparater .....	392 000 000	
2670		Alderdom		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	31 496 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	42 729 000 000	
	72	Ventetilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....	120 000 000	
	73	Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....	4 985 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
2680		Etterlatte		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 200 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 030 000 000	
	72	Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....	62 000 000	
	74	Utdanningsstønad .....	2 500 000	
	75	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i> .....	14 500 000	
2683		Stønad til enslig mor eller far (jf. kap. 5701)		
	70	Overgangsstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	2 199 000 000	
	72	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i> .....	675 000 000	
	73	Utdanningsstønad .....	101 000 000	
	75	Stønad til flytting for å komme i arbeid .....	500 000	
	76	Forskuttering av underholdsbidrag .....	1 320 000 000	
2686		Gravferdsstønad		
	70	Gravferdsstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	96 000 000	
2690		Diverse utgifter		
	70	Sykestønadsutgifter i utlandet .....	126 000 000	
	77	Pasienter fra gjensidighetsland .....	52 000 000	
		Totale utgifter .....		182 334 000 000
<b>I n n t e k t e r :</b>				
3622		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	2	Oppdragsinntekter .....	400 000	
5701		Diverse inntekter		
	1	Administrasjonsvederlag .....	28 600 000	
	2	Diverse inntekter .....	175 000 000	
	3	Hjelpemiddelsentraler m.m. ....	43 000 000	
	6	Gebyrinntekter ved fastsettelse av bidrag .....	15 000 000	
	7	Administrasjonsvederlag fra regionale helseforetak .....	85 300 000	
	71	Refusjon ved yrkesskade .....	880 000 000	
	73	Refusjon fra bidragspliktige .....	755 000 000	
	74	Refusjon medisinsk behandling .....	1 000 000	
	75	Refusjon overskytende bidrag .....	41 000 000	
	80	Renter .....	60 000 000	
		Totale inntekter .....		2 084 300 000

## II

*Merinntektsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2004 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 600 post 1 .....	kap. 3600 post 2
kap. 622 post 1 .....	kap. 3622 post 2

## III

*Tilsagnsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2004 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
621		Tilskudd som forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester .....	1,0 mill. kroner
	73	Tiltak for døvblinde og døve .....	7,0 mill. kroner

IV  
Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2004 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 2600 post 1 .....	kap. 5701 postene 1, 4, 5 og 6
kap. 2603 post 1 .....	kap. 5705 post 2

V  
Folketrygdytelser

Stortinget samtykker i at med virkning fra 1. januar 2004 skal følgende ytelser etter folketrygdløven utgjøre\*:

	kroner
1a. Grunnstønnad for ekstraavgifter ved uførhet etter lovens § 6-3 (laveste sats) .....	6 540
1b. Ved ekstraavgifter utover laveste sats, kan grunnstønningen forhøyes til .....	9 996
1c. eller til .....	13 140
1d. eller til .....	19 332
1e. eller til .....	26 208
1f. eller til .....	32 748
2a-1. Hjelpstønning til uføre som må ha hjelp i huset <sup>1), 2)</sup> .....	10 896
2a-2. Hjelpstønning etter lovens § 6-4 til uføre som må ha tilsyn og pleie <sup>3)</sup> .....	11 724
2b. Forhøyet hjelpstønning etter lovens § 6-5 til uføre som må ha særskilt tilsyn og pleie <sup>3)</sup> .....	23 448
2c. eller til .....	46 896
2d. eller til .....	70 334
3. Behovsprøvd gravferdsstønning opptil .....	15 540
4. Stønning til barnetilsyn etter lovens §§ 15-11 og 17-9 <sup>4)</sup>	
for første barn .....	32 052
for to barn .....	41 820
for tre og flere barn .....	47 388»

\* Satsene under pkt. 1, 2 og 4 er årsbeløp for ytelsene.

1) Stønning til hjelp i huset gjelder tilfeller før 1. januar 1992.

2) Fra 1. januar 1997 skilles det mellom stønning til hjelp i huset og stønning til særskilt tilsyn og pleie.

3) Gjelder også ved uførhet som skyldes yrkesskade, jf. lovens § 12-18.

4) Fra januar 2003 dekkes 66 pst. av dokumenterte utgifter til barnetilsyn. Beløpene i tabellen er maksimale refusjonssatser. Stønningen er inntektsprøvd.

Forslag nr. 16 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2004 komme tilbake med en opptrappingsplan for bemanning av trygdeetatens arbeidslivssentre.»

Forslag nr. 35 lyder:

«I

På statsbudsjettet for 2004 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r :				
700		Helsedepartementet (jf. kap. 3700)		
	1	Driftsutgifter .....	94 356 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....	4 080 000	
701		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv. ....	123 585 000	
702		Helse- og sosialberedskap		
	1	Driftsutgifter .....	18 004 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
703		Internasjonalt samarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	16 453 000	
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)		
	1	Driftsutgifter .....	351 744 000	
	21	Formidlingsvirksomhet .....	128 484 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....	14 821 000	
712		Bioteknologinemnda		
	1	Driftsutgifter .....	6 781 000	
715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)		
	1	Driftsutgifter .....	58 035 000	
	21	Oppdragsutgifter .....	33 306 000	
719		Helsefremmende og forebyggende arbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv., <i>kan overføres</i> .....	16 258 000	
	70	Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer – smittevern, <i>kan overføres</i> .....	31 099 000	
	71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv., <i>kan overføres</i> .....	28 160 000	
	73	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak .....	10 000 000	
720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)		
	1	Driftsutgifter .....	398 456 000	
	21	Spesielle driftsutgifter .....	48 156 000	
721		Statens helsetilsyn		
	1	Driftsutgifter .....	61 323 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....	520 000	
722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)		
	1	Driftsutgifter .....	60 152 000	
	50	Tilskudd til NPE som statlig fond .....	320 575 000	
	70	Dekning av advokatutgifter .....	12 000 000	
723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)		
	1	Driftsutgifter .....	15 229 000	
724		Statens helsepersonellnemnd og tilskudd til personelltiltak		
	1	Driftsutgifter .....	5 600 000	
	21	Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten	80 633 000	
	60	Tilskudd til rekrutteringsplanen .....	110 905 000	
	61	Tilskudd til turnustjenesten .....	123 550 000	
	71	Tilskudd til Nordiska Hälsovårdshögskolan mv. ....	12 811 000	
725		Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (jf. kap. 3725)		
	1	Driftsutgifter .....	33 819 000	
726		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	23 263 000	
	61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, <i>kan overføres</i>	146 404 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
727		Tannhelsetjenesten		
	21	Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten .....	16 700 000	
728		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	114 644 000	
729		Annen helsetjeneste		
	60	Helsetjenesten for innsatte i fengsel – tilskudd til kommuner ....	86 803 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet .....	80 909 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m. ....	5 046 000	
732		Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i> .....	29 799 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74 og 75</i> .....	2 276 422 000	
	71	Tilskudd til Helse Øst RHF, <i>kan overføres</i> .....	14 526 904 000	
	72	Tilskudd til Helse Sør RHF, <i>kan overføres</i> .....	8 234 294 000	
	73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i> .....	7 221 357 000	
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i> .....	5 335 185 000	
	75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i> .....	5 157 286 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i> .....	12 344 915 000	
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i> .....	4 099 910 000	
	78	Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i> .....	953 601 000	
	79	Kreftbehandling m.m. ....	20 738 000	
	80	Syketransport .....	864 035 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i> .....	297 000 000	
737		Kreftregisteret		
	70	Tilskudd .....	61 843 000	
742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter		
	1	Driftsutgifter .....	23 408 000	
	70	Tilskudd .....	4 188 000	
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	27 183 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i> .....	1 788 821 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i> ....	293 668 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium .....	81 876 000	
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i> .....	91 493 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i> .....	1 454 972 000	
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg .....	32 230 000	
750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)		
	1	Driftsutgifter .....	119 313 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....	3 550 000	
751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	28 540 000	
	70	Tilskudd .....	84 084 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
2711		Diverse tiltak i spesialisthelsetjenesten		
	72	Refusjon tannlegehjelp .....	519 994 000	
	78	Opptreningsinstitusjoner m.fl. ....	582 601 000	
2750		Sykefransport mv.		
	71	Skyssvederlag for leger mv. ....	56 600 000	
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler .....	8 289 500 000	
	72	Sykepleieartikler .....	1 020 000 000	
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1 .....	2 679 195 000	
	71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2 .....	99 000 000	
2755		Helsetjeneste i kommunene mv.		
	62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i> .....	217 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp .....	2 361 000 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i> .....	1 278 000 000	
	72	Refusjon jordmorhjelp .....	10 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling .....	24 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling .....	52 000 000	
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt .....	520 000 000	
		Totale utgifter .....		<u>85 858 169 000</u>
<b>I n n t e k t e r :</b>				
3710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)		
	2	Salgs- og leieinntekter .....	77 824 000	
	3	Diverse inntekter .....	861 000	
3715		Statens strålevern (jf. kap. 715)		
	2	Salgs- og leieinntekter .....	1 507 000	
	5	Oppdragsinntekter .....	33 261 000	
3720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 720)		
	2	Salgs- og leieinntekter .....	16 739 000	
	4	Gebyrinntekter .....	6 490 000	
3722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)		
	50	Overføring fra NPE som statlig fond .....	72 152 000	
3723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 723)		
	50	Overføring fra NPE som statlig fond .....	15 229 000	
3725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)		
	3	Oppdragsinntekter .....	100 000	
3732		Regionale helseforetak (jf. kap. 732)		
	80	Renter på investeringslån .....	50 000 000	
3750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)		
	2	Gebyrinntekter .....	5 380 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
3751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577)		
	3	Tilbakebetaling av lån .....	1 044 000	
		Totale inntekter .....		280 587 000

## II

*Merinntektsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2004 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 postene 1, 60 og 70 .....	kap. 3700 postene 2 og 3
kap. 710 postene 1 og 21 .....	kap. 3710 post 2
kap. 715 postene 1 og 21 .....	kap. 3715 postene 2, 3 og 5
kap. 720 post 1 .....	kap. 3720 postene 2 og 3
kap. 707 postene 1 og 21 .....	kap. 3720 postene 2 og 3
kap. 721 post 1 .....	kap. 3721 postene 2, 4 og 70
kap. 722 post 1 .....	kap. 3722 post 50
kap. 723 post 1 .....	kap. 3723 post 50
kap. 725 post 1 .....	kap. 3725 post 3
kap. 750 post 1 .....	kap. 3750 post 2

## III

*Bestillingsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2004 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overskrider følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	1	Driftsutgifter .....	4 mill. kroner
	21	Formidlingsvirksomhet .....	70 mill. kroner

## IV

*Diverse fullmakter*

Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2004 kan gi de 5 regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en total låneramme på 4 500 mill. kroner.»

Forslag nr. 36 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å tilrettelegge for at medikamenter, sykepleieartikler og tekniske hjelpemidler som dekkes over blåreseptordningen, skal dek-

kes av Rikstrygdeverket ved behandling i spesialistinstitusjon.»

## V o t e r i n g :

Forslagene fra Sosialistisk Venstreparti ble med 84 mot 14 stemmer ikke bifalt.  
(Voteringsutskrift kl. 17.19.59)

**Presidenten:** Det votes over forslagene nr. 9–14 og 30–34 fra Fremskrittspartiet.

Forslag nr. 9 lyder:

«I

På statsbudsjettet for 2004 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
<b>U t g i f t e r :</b>				
600		Sosialdepartementet (jf. kap. 3600)		
	1	Driftsutgifter .....	67 950 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, kan overføres .....	2 750 000	
620		Utredningsvirksomhet, forskning m.m.		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	58 420 000	
	50	Norges forskningsråd .....	53 380 000	



Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
621		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	142 300 000	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i> .....	312 800 000	
	61	Tilskudd til vertskommunene mv. ....	986 600 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i> .....	190 600 000	
	64	Ressurskrevende brukere, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 200 000 000	
	66	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede .....	48 950 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i> .....	120 100 000	
	71	Tilskudd til frivillig arbeid .....	71 800 000	
	72	Tilskudd til Landsbystiftelsen .....	57 000 000	
	73	Tilskudd til døvblinde og døve .....	52 200 000	
	74	Tilskudd til pensjonistenes og funksjonshemmedes organisasjoner mv. ....	127 150 000	
	75	Kompetansesentra m.m.	54 300 000	
	76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	6 200 000	
622		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	1	Driftsutgifter .....	25 550 000	
660		Krigspensjon		
	70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i> .....	263 000 000	
	71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i> .....	651 000 000	
2600		Trygdeetaten		
	1	Driftsutgifter .....	4 794 900 000	
	21	Spesielle driftsutgifter .....	14 300 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....	145 000 000	
	70	Tilskudd .....	3 500 000	
2603		Trygderetten		
	1	Driftsutgifter .....	46 500 000	
	21	Klagenemnd for utenlandsbehandling .....	2 050 000	
2650		Sykepenger		
	70	Sykepenger for arbeidstakere m.v., <i>overslagsbevilgning</i> .....	25 250 000 000	
	71	Sykepenger for selvstendige, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 900 000 000	
	72	Omsorgs- og pleiepenges ved barns sykdom m.m., <i>overslagsbevilgning</i> .....	400 000 000	
	73	Tilretteleggingstilskudd .....	107 700 000	
	74	Refusjon bedriftshelsetjenester .....	22 000 000	
	75	Feriepenges av sykepenges, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 360 000 000	
2652		Medisinsk rehabilitering mv.		
	70	Rehabiliteringspenges, <i>overslagsbevilgning</i> .....	8 722 000 000	
	71	Legeerklæringer .....	300 000 000	
2655		Uførhet		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	15 330 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	22 696 000 000	
	72	Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 356 000 000	
	73	Foreløpig uførestønads, <i>overslagsbevilgning</i> .....	262 000 000	
	74	Tidsbegrenset uførestønads, <i>overslagsbevilgning</i> .....	853 000 000	
	75	Menerstatning ved yrkesskade, <i>overslagsbevilgning</i> .....	121 000 000	
	76	Yrkesskadetrygd gml. lovgivning, <i>overslagsbevilgning</i> .....	72 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
2661		Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.		
	70	Grunnstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 447 000 000	
	71	Hjelpestønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 556 000 000	
	73	Hjelpemidler mv. under arbeid og utdanning .....	137 700 000	
	74	Tilskudd til biler .....	955 000 000	
	75	Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler .....	2 566 800 000	
	76	Bedring av funksjonsevnen, andre formål .....	64 000 000	
	77	Ortopediske hjelpemidler .....	633 000 000	
	78	Høreapparater .....	392 000 000	
2670		Alderdom		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	31 496 000 000	
	71	Tilleggs pensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	42 729 000 000	
	72	Ventetillegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....	120 000 000	
	73	Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....	4 985 000 000	
2680		Etterlatte		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 200 000 000	
	71	Tilleggs pensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 030 000 000	
	72	Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....	62 000 000	
	74	Utdanningsstønad .....	2 500 000	
	75	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i> .....	14 500 000	
2683		Stønad til enslig mor eller far (jf. kap. 5701)		
	70	Overgangsstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	2 174 000 000	
	72	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i> .....	675 000 000	
	73	Utdanningsstønad .....	51 000 000	
	75	Stønad til flytting for å komme i arbeid .....	500 000	
	76	Forskuttering av underholdsbidrag .....	1 320 000 000	
2686		Gravferdsstønad		
	70	Gravferdsstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	295 000 000	
2690		Diverse utgifter		
	70	Sykestønadsutgifter i utlandet .....	126 000 000	
	77	Pasienter fra gjensidighetsland .....	52 000 000	
		Totale utgifter .....		182 334 000 000
<b>I n n t e k t e r :</b>				
3622		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	2	Oppdragsinntekter .....	400 000	
5701		Diverse inntekter		
	1	Administrasjonsvederlag .....	28 600 000	
	2	Diverse inntekter .....	175 000 000	
	3	Hjelpemiddelsentraler m.m. ....	43 000 000	
	6	Gebyrinntekter ved fastsettelse av bidrag .....	15 000 000	
	7	Administrasjonsvederlag fra regionale helseforetak .....	85 300 000	
	71	Refusjon ved yrkesskade .....	880 000 000	
	73	Refusjon fra bidragspliktige .....	755 000 000	
	74	Refusjon medisinsk behandling .....	1 000 000	
	75	Refusjon overskytende bidrag .....	41 000 000	
	80	Renter .....	60 000 000	
		Totale inntekter .....		2 084 300 000

## II

*Merinntektsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2004 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 600 post 1 .....	kap. 3600 post 2
kap. 622 post 1 .....	kap. 3622 post 2

## III

*Tilsagnsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2004 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
621		Tilskudd som forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester .....	1,0 mill. kroner
	73	Tiltak for døvblinde og døve .....	7,0 mill. kroner

## IV

*Merinntektsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2004 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 2600 post 1 .....	kap. 5701 postene 1, 4, 5 og 6
kap. 2603 post 1 .....	kap. 5705 post 2

## V

*Folketrygdytelser*

Stortinget samtykker i at med virkning fra 1. januar 2004 skal følgende ytelser etter folketrygdløven utgjøre\*:

	kroner
1a. Grunnstønnad for ekstraavgifter ved uførhet etter lovens § 6-3 (laveste sats) .....	6 540
1b. Ved ekstraavgifter utover laveste sats, kan grunnstønningen forhøyes til .....	9 996
1c. eller til .....	13 140
1d. eller til .....	19 332
1e. eller til .....	26 208
1f. eller til .....	32 748
2a-1. Hjelpstønnad til uføre som må ha hjelp i huset <sup>1), 2)</sup> .....	10 896
2a-2. Hjelpstønnad etter lovens § 6-4 til uføre som må ha tilsyn og pleie <sup>3)</sup> .....	11 724
2b. Forhøyet hjelpstønnad etter lovens § 6-5 til uføre som må ha særskilt tilsyn og pleie <sup>3)</sup> .....	23 448
2c. eller til .....	46 896
2d. eller til .....	70 334
3 Behovsprøvd gravferdsstønnad opptil .....	15 540
4. Stønnad til barnetilsyn etter lovens §§ 15-11 og 17-9 <sup>4)</sup>	
for første barn .....	32 052
for to barn .....	41 820
for tre og flere barn .....	47 388»

\* Satsene under pkt. 1, 2 og 4 er årsbeløp for ytelsene.

1) Stønnad til hjelp i huset gjelder tilfeller før 1. januar 1992.

2) Fra 1. januar 1997 skilles det mellom stønnad til hjelp i huset og stønnad til særskilt tilsyn og pleie.

3) Gjelder også ved uførhet som skyldes yrkesskade, jf. lovens § 12-18.

4) Fra januar 2003 dekkes 66 pst. av dokumenterte utgifter til barnetilsyn. Beløpene i tabellen er maksimale refusjonssatser. Stønningen er inntektsprøvd.

Forslag nr. 10 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem sak om samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten for Stortinget våren 2004.»

Forslag nr. 11 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for en økning av antallet stillinger i omsorgssektoren med 1 000.»

Forslag nr. 12 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å tillegge Sosial- og helsedirektoratet godkjenningsmyndighet for bemaningsplanene ved landets sykehjem, slik at pleietrengende sykehjemsboere sikres et faglig forsvarlig nivå på bemanningen uavhengig av bosted.»

Forslag nr. 13 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utrede og foreslå en finansieringsmodell for ressurskrevende brukere basert på en 100 prosent statlig finansiering. Finansieringen skal skje ved at ressursene følger brukeren. Ordningen skal tre i kraft senest 1. januar 2005.»

Forslag nr. 14 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen gjeninnføre den generelle gravferdsstønaden med 4 000 kroner samt et behovsprøvd tillegg på 8 500 kroner.»

Forslag nr. 30 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen vurdere å opprette en enhet for barn med hjerneskade på Øverby Kompetansesenter. Senterets hovedoppgave skal være informasjon, veiledning og datainnsamling omkring barn og foreldre som ønsker å drive intensiv hjemmebasert habilitering etter Doman (IAHP)-metoden.»

Forslag nr. 31 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at Pasientbroen til utlandet fortsatt skal være et ansvar for Rikstrykdeverket.»

Forslag nr. 32 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen opprettholde satsen for innsatsstyrt finansiering av poliklinisk virksomhet på 60 prosent.»

Forslag nr. 33 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at refusjon for poliklinisk virksomhet fortsatt utbetales til det enkelte helseforetak og de enkelte tjenesteytere.»

Forslag nr. 34 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at tidsfristen for godkjenning av markedsføringstillatelse for legemidler på 90 dager etter EU-kommisjonens vedtak overholdes av Statens legemiddelverk.»

#### V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet ble med 84 mot 14 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 17.20.31)

**Presidenten:** Forslagene nr. 6, 7 og 24–29, fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, tas opp til votering.

Forslag nr. 6 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen innen 1. april 2004 legge fram forslag til en supplerende stønadsordning for

personer med for kort botid i Norge til å ha fulle rettigheter i folketrygden.»

Forslag nr. 7 lyder:

«Stortinget ber Regjeringa i forbindelse med avslutninga av Prosjekt bostedsløse utarbeide en handlingsplan for bygging av boliger for bostedsløse som beskriver omfang, tidsfrister og statlig medvirkning i finansieringa.»

Forslag nr. 24 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å bidra til at Resurshelsestasjonen i Molde videreføres inntil det foreligger en evaluering av tilbudet.»

Forslag nr. 25 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen foreta en helhetlig utredning av tannhelsefeltet og fremme forslag til tannhelsereform på egnet måte i løpet av 2004.»

Forslag nr. 26 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide en nasjonal helseplan som i sin helhet blir revidert hvert fjerde år. Dette betinger blant annet at lov om helseforetak endres slik at den inneholder bestemmelse om en nasjonal helseplan.

Planen skal omfatte en beskrivelse av den overordnede strukturen på spesialisthelsetjenesten, inkludert geografisk ressursfordeling, samordning mellom de ulike enheter og mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten. Planen skal også innbefatte rehabiliteringstilbudet på alle nivå og en oversikt over og målsetting for primærhelsetjenestens behandlingstilbud, ressurser og behov, samt en samlet oversikt og plan for personellressursene innen helsevesenet. Forslaget til plan skal forelegges Stortinget til endelig godkjenning før iverksettelsen finner sted.»

Forslag nr. 27 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å utarbeide en samlet plan for det framtidige fødetilbudet og forelegge planen for Stortinget som egen sak.»

Forslag nr. 28 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å sikre videre drift av fødeavdelingen ved Aker sykehus.»

Forslag nr. 29 lyder:

«Stortinget ber om at Regjeringen kommer tilbake til Stortinget med egen sak som redegjør for konsekvenser av ulike modeller for finansiering av store investeringer i helseforetakene, deriblant konsekvensene av modell som fullfinansierer store investeringer med investeringstilskudd fra staten. I denne sammenheng må Stortinget inviteres til å fatte beslutning om valg av finansieringsmodell. Stortinget ber om at Regjeringen legger fram slik sak for Stortinget så raskt som mulig, senest i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2004.»

#### V o t e r i n g :

Forslagene fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 78 mot 20 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 17.21.03)

**Presidenten:** Det voteres så over forslag nr. 8, fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide en nedtrapingsplan for den kommunale egenandelen knytta til ressurskrevende brukere som senker denne egenandelen til 600 000 kroner i løpet av 2 år.»

Fremskrittspartiet har varslet at de støtter forslaget.

#### V o t e r i n g :

Forslaget fra Sosialistisk Venstreparti og Senterparti ble med 64 mot 34 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 17.21.27)

**Presidenten:** Det voteres over forslagene nr. 21–23, fra Fremskrittspartiet og Senterpartiet.

Forslag nr. 21 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at legemidlene Actos og Avandia refunderes etter blåreseptforskriftens § 9.»

Forslag nr. 22 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen på nytt vurdere å refundere legemidlene Plavix og Spiriva etter blåreseptforskriftens § 9 i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2004.»

Forslag nr. 23 lyder:

«Kap. 2751 Legemidler gjøres om til en overslagsbevilgning.»

#### V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet og Senterpartiet ble med 78 mot 20 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 17.21.52)

**Presidenten:** Forslag nr. 20, fra Arbeiderpartiet, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om endring av lov om helseforetak m.m. der det skal lov-hjemles at regionale helseforetak skal ha et regionalt rådsorgan.»

#### V o t e r i n g :

Forslaget fra Arbeiderpartiet ble med 72 mot 26 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 17.22.11)

**Presidenten:** Forslagene nr. 1–5 og 17–19, fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, tas opp til votering.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide en handlingsplan for utflytting av unge funksjonshemmede som ønsker det, fra alders- og sykehjem innen sommeren 2004. Denne fremmes som egen sak for Stortinget og skal også innholde forslag til tiltak om hvordan utflytting skal skje, samt hvordan en kan forhindre at nye flyttes inn.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at organisasjonen MOT tildeles midler slik at den kan fortsette med sitt forebyggende og holdningsskapende arbeid rettet mot barn og unge.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2004 legge fram forslag om at forsøksordningen med arbeids- og utdanningsreiser utvides til å gjelde hele landet og samtidig gjøres permanent.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem sak for Stortinget med en grundig gjennomgang av hele ordningen med tilskudd til biler hjemlet i lov om folketrygd.»

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det ytes støtte til anskaffelse av digitale høreapparater med en kostnad som overstiger den fastsatte prisgrense når behovet for slikt høreapparat er medisinsk begrunnet.»

Forslag nr. 17 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en vurdering av et samarbeidsprosjekt mellom Ullevål sykehus, BioNor og et land i Afrika for klinisk utprøving av vaksine/behandling mot hiv.»

Forslag nr. 18 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen vurdere hvorvidt bevilgningen til Helse Vest er riktig sett i forhold til de øvrige foretakene.»

Forslag nr. 19 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen på nytt å vurdere en større statlig andel av investeringsutgiftene til bygging av nytt Ahus, slik at sykehusprosjektet som det nå foreligger, kan realiseres.»

#### V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 64 mot 34 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 17.22.38)

**Presidenten:** Da skal det være votert over alle mindretallsforslag, og vi går over til innstillingens forslag til vedtak. Vi begynner med rammeområde 15.

Komiteen hadde innstillet:

**Rammeområde 15  
(Sosial)**

I

På statsbudsjettet for 2004 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
<b>U t g i f t e r :</b>				
600		Sosialdepartementet (jf. kap. 3600)		
	1	Driftsutgifter .....	72 950 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....	2 750 000	
620		Utredningsvirksomhet, forskning m.m.		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	58 420 000	
	50	Norges forskningsråd .....	53 380 000	
621		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	140 300 000	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i> .....	62 800 000	
	61	Tilskudd til vertskommunene mv. ....	986 600 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i> .....	190 600 000	
	64	Ressurskrevende brukere, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 200 000 000	
	66	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede .....	48 950 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i> .....	126 100 000	
	71	Tilskudd til frivillig arbeid .....	71 800 000	
	72	Tilskudd til Landsbystiftelsen .....	57 000 000	
	73	Tilskudd til døvblinde og døve .....	52 200 000	
	74	Tilskudd til pensjonistenes og funksjonshemmedes organisasjoner mv. ....	124 150 000	
	75	Kompetansesentra m.m. ....	54 300 000	
	76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov. ....	6 200 000	
622		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	1	Driftsutgifter .....	27 550 000	
660		Krigspensjon		
	70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i> .....	263 000 000	
	71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i> .....	651 000 000	
2600		Trygdeetaten		
	1	Driftsutgifter .....	4 726 900 000	
	21	Spesielle driftsutgifter .....	14 300 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....	145 000 000	
	70	Tilskudd .....	3 500 000	
2603		Trygderetten		
	1	Driftsutgifter .....	46 300 000	
	21	Klagenemnd for utenlandsbehandling .....	2 050 000	
2650		Sykepengar		
	70	Sykepengar for arbeidstakere mv., <i>overslagsbevilgning</i> .....	25 940 000 000	
	71	Sykepengar for selvstendige, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 900 000 000	
	72	Omsorgs- og pleiepengar ved barns sykdom m.m., <i>overslagsbevilgning</i> .....	400 000 000	
	73	Tilretteleggingstilskudd .....	107 700 000	
	74	Refusjon bedriftshelsetjenester .....	22 000 000	
	75	Feriepengar av sykepengar, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 360 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
2652		Medisinsk rehabilitering mv.		
	70	Rehabiliteringspenger, <i>overslagsbevilgning</i> .....	8 512 000 000	
	71	Legeerklæringer .....	300 000 000	
2655		Uførhet		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	15 330 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	22 696 000 000	
	72	Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 356 000 000	
	73	Foreløpig uførestønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	262 000 000	
	74	Tidsbegrenset uførestønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	853 000 000	
	75	Menerstatning ved yrkesskade, <i>overslagsbevilgning</i> .....	121 000 000	
	76	Yrkesskadetrygd gml. lovgivning, <i>overslagsbevilgning</i> .....	72 000 000	
2661		Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.		
	70	Grunnstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 447 000 000	
	71	Hjelpestønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 556 000 000	
	73	Hjelpemidler mv. under arbeid og utdanning .....	137 700 000	
	74	Tilskudd til biler .....	955 000 000	
	75	Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler .....	2 551 000 000	
	76	Bedring av funksjonsevnen, andre formål .....	64 000 000	
	77	Ortopediske hjelpemidler .....	633 000 000	
	78	Høreapparater .....	392 000 000	
2670		Alderdom		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	31 496 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	42 729 000 000	
	72	Ventetilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....	120 000 000	
	73	Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....	4 985 000 000	
2680		Etterlatte		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 200 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i> .....	1 030 000 000	
	72	Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i> .....	62 000 000	
	74	Utdanningsstønad .....	2 500 000	
	75	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i> .....	14 500 000	
2683		Stønad til enslig mor eller far (jf. kap. 5701)		
	70	Overgangsstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	2 199 000 000	
	72	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i> .....	645 000 000	
	73	Utdanningsstønad .....	101 000 000	
	75	Stønad til flytting for å komme i arbeid .....	500 000	
	76	Forskuttering av underholdsbidrag .....	1 320 000 000	
2686		Gravferdsstønad		
	70	Gravferdsstønad, <i>overslagsbevilgning</i> .....	96 000 000	
2690		Diverse utgifter		
	70	Sykestønadsutgifter i utlandet .....	126 000 000	
	77	Pasienter fra gjensidighetsland .....	52 000 000	
		Totale utgifter .....		<u>182 334 000 000</u>
<b>I n n t e k t e r :</b>				
3622		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	2	Oppdragsinntekter .....	400 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
5701		Diverse inntekter		
	1	Administrasjonsvederlag .....	28 600 000	
	2	Diverse inntekter .....	175 000 000	
	3	Hjelpemiddelsentraler m.m. ....	43 000 000	
	6	Gebyrinntekter ved fastsettelse av bidrag .....	15 000 000	
	7	Administrasjonsvederlag fra regionale helseforetak .....	85 300 000	
	71	Refusjon ved yrkesskade .....	880 000 000	
	73	Refusjon fra bidragspliktige .....	755 000 000	
	74	Refusjon medisinsk behandling .....	1 000 000	
	75	Refusjon overskytende bidrag .....	41 000 000	
	80	Renter .....	60 000 000	
		Totale inntekter .....		2 084 300 000

## II

*Merinntektsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2004 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 600 post 1 .....	kap. 3600 post 2
kap. 622 post 1 .....	kap. 3622 post 2

## III

*Tilsagnsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2004 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
621		Tilskudd som forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester .....	1,0 mill. kroner
	73	Tiltak for døvblinde og døve .....	7,0 mill. kroner

## IV

*Merinntektsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2004 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 2600 post 1 .....	kap. 5701 postene 1, 4, 5 og 6
kap. 2603 post 1 .....	kap. 5705 post 2

## V

*Folketrygdytelser*

Stortinget samtykker i at med virkning fra 1. januar 2004 skal følgende ytelser etter folketrygdloven utgjøre\*:

	kroner
1a. Grunnstønad for ekstrapgifter ved uførhet etter lovens § 6-3 (laveste sats) .....	6 540
1b. Ved ekstrapgifter utover laveste sats, kan grunnstønaden forhøyes til .....	9 996
1c. eller til .....	13 140
1d. eller til .....	19 332
1e. eller til .....	26 208
1f. eller til .....	32 748
2a-1. Hjelpstønad til uføre som må ha hjelp i huset <sup>1), 2)</sup> .....	10 896
2a-2. Hjelpstønad etter lovens § 6-4 til uføre som må ha tilsyn og pleie <sup>3)</sup> .....	11 724
2b. Forhøyet hjelpstønad etter lovens § 6-5 til uføre som må ha særskilt tilsyn og pleie <sup>3)</sup> ....	23 448
2c. eller til .....	46 896
2d. eller til .....	70 334



	kroner
3. Behovsprøvd gravferdsstønad opptil .....	15 540
4. Stønad til barnetilsyn etter lovens §§ 15-11 og 17-9 <sup>4)</sup>	
for første barn .....	32 052
for to barn .....	41 820
for tre og flere barn .....	47 388

\* Satsene under pkt. 1, 2 og 4 er årsbeløp for ytelsene.

1) Stønad til hjelp i huset gjelder tilfeller før 1. januar 1992.

2) Fra 1. januar 1997 skilles det mellom stønad til hjelp i huset og stønad til særskilt tilsyn og pleie.

3) Gjelder også ved uførhet som skyldes yrkesskade, jf. lovens § 12-18.

4) Fra januar 2003 dekkes 66 pst. av dokumenterte utgifter til barnetilsyn. Beløpene i tabellen er maksimale refusjonssatser. Stønaden er inntektsprøvd.

**Presidenten:** Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har varslet at de ønsker å stemme imot.

#### V o t e r i n g :

Komiteens innstilling til rammeområde 15 bifaltes med 64 mot 34 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 17.23.14)

**Presidenten:** Det voteses så over innstillingens romertall utenfor rammeområde 15.

Komiteen hadde innstillet:

#### VI

Stortinget ber Regjeringen om å evaluere ordningen med ressurskrevende brukere fortløpende. Fylkesmennene bes om å ta hensyn til særlig tyngende utslag for enkeltkommuner ved fordeling av skjønnsmidler.

**Presidenten:** Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet står bak innstillingen.

#### V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 61 mot 37 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 17.23.46)

Videre var innstillet:

#### VII

Stortinget ber Regjeringen om å legge fram en evaluering av Rusreform I og II etter tre års virketid med særlig vekt på i hvilken grad det somatiske og det psykiske helsevernet er organisert slik at mennesker som har utviklet sykdom som følge av rusmiddelavhengighet, gis et helhetlig tilbud.

**Presidenten:** Her står hele komiteen bak innstillingen.

#### V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

**Presidenten:** Vi går over til rammeområde 16.

Komiteen hadde innstillet:

### Rammeområde 16

#### (Helse)

#### I

På statsbudsjettet for 2004 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r :				
700		Helsedepartementet (jf. kap. 3700)		
	1	Driftsutgifter .....	97 356 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....	4 080 000	
701		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv. ....	120 085 000	
702		Helse- og sosialberedskap		
	1	Driftsutgifter .....	15 504 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
703		Internasjonalt samarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	16 453 000	
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)		
	1	Driftsutgifter .....	350 744 000	
	21	Formidlingsvirksomhet .....	128 484 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....	14 821 000	
712		Bioteknologinemnda		
	1	Driftsutgifter .....	6 781 000	
715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)		
	1	Driftsutgifter .....	57 035 000	
	21	Oppdragsutgifter .....	33 306 000	
719		Helsefremmende og forebyggende arbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv., <i>kan overføres</i> .....	13 258 000	
	70	Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer – smittevern, <i>kan overføres</i> .....	26 099 000	
	71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv., <i>kan overføres</i> .....	21 628 000	
	72	Stiftelsen Amatheia .....	14 532 000	
	73	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak .....	10 000 000	
720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)		
	1	Driftsutgifter .....	396 956 000	
	21	Spesielle driftsutgifter .....	48 156 000	
721		Statens helsetilsyn		
	1	Driftsutgifter .....	60 823 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> .....	520 000	
722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)		
	1	Driftsutgifter .....	60 152 000	
	50	Tilskudd til NPE som statlig fond .....	320 575 000	
	70	Dekning av advokatutgifter .....	12 000 000	
723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)		
	1	Driftsutgifter .....	15 229 000	
724		Statens helsepersonellnemnd og tilskudd til personelltiltak		
	1	Driftsutgifter .....	5 600 000	
	21	Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten .....	49 133 000	
	60	Tilskudd til rekrutteringsplanen .....	58 905 000	
	61	Tilskudd til turnustjenesten .....	120 550 000	
	71	Tilskudd til Nordiska Hälsovårdshögskolan mv. ....	12 811 000	
725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 3725)		
	1	Driftsutgifter .....	33 819 000	
726		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	23 263 000	
	61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, <i>kan overføres</i> .....	46 404 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
727		Tannhelsetjenesten		
	21	Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten .....	16 200 000	
728		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	110 144 000	
729		Annen helsetjeneste		
	60	Helsetjenesten for innsatte i fengsel – tilskudd til kommuner	76 803 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet .....	80 909 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m. ....	5 046 000	
732		Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i> .....	29 799 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74 og 75</i> .....	1 555 922 000	
	71	Tilskudd til Helse Øst RHF, <i>kan overføres</i> .....	14 722 904 000	
	72	Tilskudd til Helse Sør RHF, <i>kan overføres</i> .....	8 345 294 000	
	73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i> .....	7 320 357 000	
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i> .....	5 406 185 000	
	75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i> .....	5 222 286 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i> ...	12 344 915 000	
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i> .....	3 469 910 000	
	78	Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i> .....	953 601 000	
	79	Kreftbehandling m.m. . ....	20 738 000	
	80	Sykefrakt .....	839 035 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i> .....	297 000 000	
737		Kreftregisteret		
	70	Tilskudd .....	61 843 000	
742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter		
	1	Driftsutgifter .....	23 408 000	
	70	Tilskudd .....	2 188 000	
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	27 183 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i> . ....	1 598 821 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i> .....	273 668 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium .....	81 876 000	
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i> .....	61 493 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i> ....	1 304 972 000	
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg .....	32 230 000	
750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)		
	1	Driftsutgifter .....	117 813 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> ....	3 550 000	
751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)		
	21	Spesielle driftsutgifter .....	26 540 000	
	70	Tilskudd .....	59 084 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
2711		Diverse tiltak i spesialisthelsetjenesten		
	70	Refusjon spesialisthjelp .....	1 043 000 000	
	71	Refusjon psykologhjelp .....	200 000 000	
	72	Refusjon tannlegehjelp .....	519 994 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstituttt .....	661 000 000	
	78	Opptreningsinstitusjoner m.fl. ....	582 601 000	
2750		Syketransport mv.		
	71	Skyssvederlag for leger mv. ....	56 600 000	
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler .....	8 085 000 000	
	72	Sykepleieartikler .....	1 020 000 000	
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1 .....	2 779 195 000	
	71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2 .....	99 000 000	
2755		Helsetjeneste i kommunene mv.		
	62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i> .....	202 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp .....	2 131 000 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i> .....	1 228 000 000	
	72	Refusjon jordmorhjelp .....	10 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling .....	24 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling .....	52 000 000	
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt .....	478 000 000	
		Totale utgifter .....		<u>85 858 169 000</u>
<b>I n n t e k t e r :</b>				
3710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)		
	2	Salgs- og leieinntekter .....	77 824 000	
	3	Diverse inntekter .....	861 000	
3715		Statens strålevern (jf. kap. 715)		
	2	Salgs- og leieinntekter .....	1 507 000	
	5	Oppdragsinntekter .....	33 261 000	
3720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 720)		
	2	Salgs- og leieinntekter .....	16 739 000	
	4	Gebyrinntekter .....	6 490 000	
3722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)		
	50	Overføring fra NPE som statlig fond .....	72 152 000	
3723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 723)		
	50	Overføring fra NPE som statlig fond .....	15 229 000	
3725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)		
	3	Oppdragsinntekter .....	100 000	
3732		Regionale helseforetak (jf. kap. 732)		
	80	Renter på investeringslån .....	50 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
3750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)		
	2	Gebyrinntekter .....	5 380 000	
3751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577)		
	3	Tilbakebetaling av lån .....	1 044 000	
		Totale inntekter .....		280 587 000

## II

*Merinntektsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2004 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 postene 1, 60 og 70 .....	kap. 3700 postene 2 og 3
kap. 710 postene 1 og 21 .....	kap. 3710 post 2
kap. 715 postene 1 og 21 .....	kap. 3715 postene 2, 3 og 5
kap. 720 post 1 .....	kap. 3720 postene 2 og 3
kap. 707 postene 1 og 21 .....	kap. 3720 postene 2 og 3
kap. 721 post 1 .....	kap. 3721 postene 2, 4 og 70
kap. 722 post 1 .....	kap. 3722 post 50
kap. 723 post 1 .....	kap. 3723 post 50
kap. 725 post 1 .....	kap. 3725 post 3
kap. 750 post 1 .....	kap. 3750 post 2

## III

*Bestillingsfullmakter*

Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2004 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overskrider følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	1	Driftsutgifter .....	4 mill. kroner
	21	Formidlingsvirksomhet .....	70 mill. kroner

## IV

*Diverse fullmakter*

Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2004 kan gi de 5 regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en total låneramme på 4 500 mill. kroner.

**Presidenten:** Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har varslet at de ønsker å stemme imot.

## Votering:

Komiteens innstilling til rammeområde 16 bifaltes med 64 mot 34 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 17.24.25)

**Presidenten:** Det votes over innstillingens romertall utenfor rammeområde 16.

Presidenten vil først la votere over innstillingens V, VIII, IX og XI, deretter over VI og VII og til slutt over X.

Komiteen hadde innstillet:

## V

Stortinget ber Regjeringen utrede alternativer for behandling av rus- og psykiatriproblemer for innsatte i fengsler og fremme tiltak som fører til at behovet for slik behandling kan tilbys til alle som dømmes til fengselsstraff.

## VIII

Stortinget ber Regjeringen vurdere godkjenning og finansiering av Frogner lærings- og kompetansesenter for mennesker med psykiske lidelser i forbindelse med fremleggelse av Revidert nasjonalbudsjett for 2004.

## IX

Stortinget ber Regjeringen vurdere å etablere et grunnforskningssenter for ADHD ved Universitetet i Oslo.

## XI

Stortinget ber om at Regjeringen ved behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett for 2004 vurderer forslag til fi-

nansieringsløsning for Selli Rehabiliterings- og opptreningssenter.

**Presidenten:** Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet står bak innstillingen.

*V o t e r i n g :*

Komiteens innstilling bifaltes med 60 mot 38 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 17.24.58)

Videre var innstillet:

VI

Stortinget ber Regjeringen grundig gjennomgå de ulike faglige vurderinger som nå foreligger i forhold til de endringer i fødetilbud og akuttberedskap som er planlagt.

VII

Stortinget ber Regjeringen vurdere behovet for CI-operasjoner og om slike operasjoner bør tilbys ved flere sykehus.

**Presidenten:** Hele komiteen står her bak innstillingen.

*V o t e r i n g :*

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

X

Stortinget ber Regjeringen undersøke hvorfor tidsfristen for godkjenning av markedsføringstillatelse for legemidler ikke overholdes av Statens legemiddelverk i enkelte saker der det er søkt om markedsføringstillatelse for legemidlet også i enkelte andre EØS-land, og underrette Stortinget på egnet måte.

**Presidenten:** Arbeiderpartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti står bak innstillingen.

**Harald T. Nesvik (FrP)** (fra salen): Fremskrittspartiet vil stemme for dette forslaget, nå når vårt eget er falt.

**Presidenten:** Fremskrittspartiet vil også være med. Det vil kanskje også Senterpartiet? – Det nikkes. Hvordan er det med SV, skal de fremdeles være imot?

**Olav Gunnar Ballo (SV)** (fra salen): Nei.

**Presidenten:** Da er alle med.

*V o t e r i n g :*

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

**Presidenten:** Når det gjelder forslaget til vedtak XII, har Asmund Kristoffersen bedt om at dette forslaget gjøres om til et oversendelsesforslag.

Forslaget lyder da i endret i endret form:

«Det henstilles til Regjeringen å vurdere henvisningsrett for optikere til øyelege.»

Presidenten foreslår at forslaget oversendes Regjeringen uten realitetsvotering – og anser det som vedtatt.

*V o t e r i n g i s a k n r . 2*

**Presidenten:** Det votes over forslag fra stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, oversendt fra Odelstingets møte 2. desember 2003:

«Stortinget ber Regjeringen om å utarbeide en behandlingsgaranti der barn og unge med tiltak fra barnevernet gis en lovhjemlet rett til behandling for rus og psykiatri.»

*V o t e r i n g :*

Forslaget fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 77 mot 20 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 17.26.39)

**Presidenten:** Da skulle vi ha votert over det som var å votere over.

S a k n r . 3

*Referat*

**Presidenten:** Det foreligger ikke noe referat.

Møtet hevet kl. 17.30.