

Møte onsdag den 8. 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. 26):

1. Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2005, kapitler under Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområdene 15 og 16) (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004-2005), jf. St.prp. nr. 1 (2004-2005))
2. Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo, Sigbjørn Molvik og Ola D. Gløtvold om rett til tilståelse av rehabiliteringspenger utover 52 uker etter unntaksbestemmelsene (Innst. S. nr. 65 (2004-2005), jf. Dokument nr. 8:6 (2004-2005))
3. Referat

*Minnetale over tidligere stortingsrepresentant
Kolbjørn Stordrange*

Presidenten: Ærede medrepresentanter!

Tidligere stortingsrepresentant Kolbjørn Stordrange er gått bort, bare noen måneder etter at han fylte 80 år.

Kolbjørn Stordrange ble født 27. september i 1924 i tidligere Nes kommune i Vest-Agder. Etter examen artium i 1945 ble han gårdbruker på farsgården Stordrange i Nes i 1947. Ansvaret for gårdsdriften ble i flere år kombinert med både en lærerpost og filologistudier. Han ble cand.philol. i 1954, og fra 1955 kombinerte han virket som gårdbruker med lektorstilling ved Flekkefjord høyere skole.

Kolbjørn Stordrange ble medlem av Nes herredsstyre allerede i 1955. Han var varaordfører i perioden 1960–1963. Fra 1965 var han medlem av Flekkefjord bystyre og formannskap. Han var også medlem av fylkesstyret i Vest-Agder Høyre fra 1955 til 1963.

Stordrange møtte på Stortinget som vararepresentant flere ganger i perioden 1958–1961. Etter stortingsvalget i 1965 rykket han inn som fast møtende vararepresentant for Sverre Walter Rostoft, som ble industriminister i Borten-regjeringen. Stordrange møtte fast gjennom hele perioden og ble valgt representant ved stortingsvalget i 1969. Han ble gjenvalgt i 1973, men valgte å trekke seg tilbake fra Stortinget i 1977.

I Stortinget var han først medlem av den daværende protokollkomiteen og formann i den hemmelige protokollkomiteen. I perioden 1969–1973 var han medlem av landbrukskomiteen, mens han i den siste perioden satt i kirke- og undervisningskomiteen. Han var også varamedlem til den utvidede utenriks- og konstitusjonskomite, medlem av Stortingets delegasjon til NATOs parlamentarikerforsamling og varamedlem til Europarådets parlamentariske forsamling.

Kolbjørn Stordrange trakk seg tilbake fra Stortinget i 1977, men dette ble ikke slutten verken på hans yrkeskarriere eller på hans politiske innsats. Han gikk tilbake til Flekkefjord gymnas, hvor han var rektor fra 1979 til

1991. Han gikk også inn igjen i kommunalpolitikken og var medlem av Flekkefjord bystyre helt fra 1979 til 1995. Fra 1991 var han medlem av formannskapet, og fra 1979 til 1983 var han gruppeleder for Høyres bystyregruppe.

Han hadde en lang rekke verv, både offentlige og i andre organisasjoner og institusjoner. For sitt store samfunnsmessige engasjement ble Kolbjørn Stordrange i 1994 hedret med Kongens Fortjenstmedalje i gull. I 1995 ble han tildelt Kommunenes Sentralforbunds hederstegn, 40 år etter at han begynte med aktiv kommunepolitikk.

I en av nekrologene ved Kolbjørn Stordranges bortgang heter det bl.a.:

«En hel by og landsdel bøyer hodet i sorg, men samtidig i takknemlighet for hva Kolbjørn Stordrange betydde for så mange mennesker.»

Det er lett å slutte seg til en slik vurdering, også når det gjelder Stordranges virke i Stortinget. Han gjorde en solid innsats i sine to fagkomiteer, hvor han kunne trekke på sine erfaringer både fra landbruket og fra skolen. Han var en varm talsmann for Vest-Agder og ikke minst for den vestre delen av fylket. Men viktigst var kanskje det som også nevnes i den siterte nekrologen: Han betydde mye for mange mennesker, også i Stortinget.

Vi minnes Kolbjørn Stordrange for hans virke i Stortinget og lyser fred over han minne.

Representantene påhørte stående presidentens minnetale.

Presidenten: Det foreligger to permisjonssøknader:

- fra representanten Modulf *Aukan* om permisjon i tiden fra og med 8. desember til og med 13. desember for å delta i markeringen av nasjonaldagsfeiring i Kenya
- fra representanten Synnøve *Konglevoll* om permisjon i dagene 9. og 10. desember for å delta i møte i Europarådets parlamentarikerforsamling i Paris

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknadene behandles straks og innvilges.
2. Vararepresentantene, for Møre og Romsdal fylke Rigmor Andersen *Eide* og for Troms fylke Knut Werner *Hansen*, innkalles for å møte i permisjonstiden.

Presidenten: Rigmor Andersen Eide er til stede og vil ta sete.

Representanten Marit Arnstad vil framsette et privat forslag.

Marit Arnstad (Sp) [10:06:50]: På vegne av representantene Odd Roger Enoksen, Åslaug Haga og meg sjøl vil jeg få lov å fremme forslag om tiltak som kan sikre og skape nye arbeidsplasser i Finnmark basert på marine ressurser.

Presidenten: Forslaget vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Før sakene på dagens kart tas opp til behandling, vil presidenten foreslå at formiddagsmøtet – om nødvendig – fortsetter utover den reglementsmessige tid kl. 15, til dagens kart er ferdigbehandlet.

– Ingen innvendinger er kommet mot presidentens forslag, og det anses vedtatt.

Presidenten gjør for øvrig oppmerksom på at det kan ta noe tid før Odelstingets møte er ferdig, ettersom det etter at langtidsplanen først ble fastsatt, er kommet en ny sak som skal behandles i Odelstingets møte.

Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at sakene nr. 1 og 2 behandles under ett – og anser det som vedtatt.

S a k n r . 1

Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2005, kapitler under Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområdene 15 og 16) (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004-2005), jf. St.prp. nr. 1 (2004-2005))

S a k n r . 2

Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo, Sigbjørn Molvik og Ola D. Gløtvold om rett til tilståelse av rehabiliteringspenger utover 52 uker etter unntaksbestemmelsene (Innst. S. nr. 65 (2004-2005), jf. Dokument nr. 8:6 (2004-2005))

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 og Kristelig Folkeparti 20 minutter hver, Senterpartiet 10 minutter og Venstre og Kystpartiet 5 minutter hver.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til replikkordskifte på inntil tre replikker med svar etter innlegg av hovedtalerne fra hver gruppe, og inntil fem replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen innenfor den fordelte taletid.

Videre blir 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) [10:10:11] (komiteens leder):

Jeg vil innledningsvis takke komiteens medlemmer for en ryddig budsjettbehandling. Jeg vil også i den sammenheng understreke den faglige kompetanse som komiteens medlemmer besitter, og som fremkommer i innstillingen. Det er derfor fortsatt for meg et tankekors at den fagekspertisen komiteen innehar, i svært liten grad kan få noen praktisk betydning for den videre utvikling av helse- og sosialområdet i landet, i og med at rammene, som ikke bare går på kapitler, men også på enkeltposter, nå er fastlagt av finanskomiteen.

Det har kun lyktes for Fremskrittspartiet i forhandlinger med regjeringspartiene å flytte på 28 mill. kr av et totalbudsjett på rammene 15 og 16 på 282 milliarder kr. Jeg vil anbefale at embetsverket nøye leser budsjettinn-

stillingen, da jeg tror at embetsverket har meget å lære av komiteens medlemmer når det gjelder helse- og sosialpolitikk.

Det er vel neppe noen her i huset eller utenfor huset som ikke har registrert at den foreliggende budsjettinnstilling har fått en betydelig bedre sosial profil enn det Regjeringen la opp til i sitt forslag. Fremskrittspartiet har i betydelig grad denne gangen satt sitt sosiale stempel på budsjettet på flere områder. I tillegg til det som gjelder helse- og sosialsektoren, har budsjettet fått en mer sosial skatteprofil. Matmomsen er redusert, og kommuneøkonomien er betydelig styrket. Det har vært hyggelig å registrere at Fremskrittspartiet i forhandlinger med regjeringspartiene både i det store forliket og det lille forliket er blitt møtt med den respekt og samarbeidsvilje som Fremskrittspartiet, som et av de største bærende partiene i Norge, fortjener. At helse- og sosialsektoren i den foreliggende budsjettinnstilling er blitt en av budsjettvinnerne, ser jeg personlig på som svært gledelig, da dette er min siste deltakelse i en budsjettbehandling i Stortinget.

Slik jeg ser det, vil budsjettforliket legge et godt grunnlag for et bedre samarbeid mellom de borgerlige partiene frem til valget i 2005. Det er viktig at de borgerlige partiene samarbeider for å demme opp mot de tre sosialistiske partiene som forventes å danne regjering ved neste korsvei.

I et budsjettforlik kan en ikke få alle sine ønsker oppfylt. Særlig er jeg lei for at vi ikke fikk økt basisrammen for sykehusene med 1,2 milliarder kr, slik Fremskrittspartiet har gjort i sitt alternative budsjett, som er inntatt i innstillingen. Likeledes lyktes det ikke å få psykiatrisenteret ved St. Olavs Hospital inn i fase 2, og det har heller ikke lyktes å få utredet kiropraktorutdannelsen i Stavanger. Trist var det også at vi ikke fikk klarsignal for etablering av et rehabiliteringssenter for kreftsyke ved Hysnes Fort, og heller ikke denne gangen fikk på plass igjen den generelle gravferdsstøtten.

I det store budsjettforliket fikk Fremskrittspartiet tilslutning for å øke den innsatsbaserte finansieringen fra 40 pst. til 60 pst., noe som vil muliggjøre en betydelig økning av pasientbehandlingen i 2005. Det blir spesielt lokalsykehusene som profiterer mest på en høyere ISF, da ISF dekker bortimot 200 pst. av utgiftene for behandling ved lokalsykehus. Det ville ha sett svært mørkt ut for mange lokalsykehus om en nå ikke fikk hevet ISF. Det har blant helsepersonell i sykehusene vært en betydelig frustrasjon over den reduksjon av ISF som ble foretatt for 2004 av regjeringspartiene og Arbeiderpartiet, og som førte til en redusert pasientbehandling i 2004.

I forliket er det tilført 500 mill. kr til basisbevilgningen for foretakene, og ved hjelp av denne har vi bevilget 100 mill. kr til Helse Vest og 50 mill. kr til Helse Midt-Norge. Dermed har vi redusert tiden for tilbakebetalingen til disse foretakene fra fem til to år.

I Regjeringens budsjettforslag var det lagt opp til å øke egenandelene, dvs. det vi kaller skatt på sykdom, med hele 1,2 milliarder kr. I budsjettforliket med regjeringspartiene har Fremskrittspartiet fått redusert dette beløpet med 862 mill. kr, som har gitt som konsekvens at

egenandelstaket kun øker med 35 kr, til 1 585 kr. Det er den minste økningen som har skjedd på de siste 16 årene. I tillegg fikk vi nullet ut økningen av egenandel på transport ved fritt sykehusvalg og fjernet den foreslåtte økningen på egenandeler i forbindelse med fysioterapi.

Når det gjelder resultatet av miniforliket med regjeringspartiene i komiteen, har vi, som sagt, fått omdisponert 28 mill. kr på mange ulike kapitler og poster. Jeg skal i denne sammenheng spesielt fremheve en øremerket bevilgning på 3 mill. kr til Norges forskningsråd for grunnforskning på ADHD ved Universitetet i Oslo. ADHD-pasientene utgjør en betydelig del innenfor psykiatrien, mens forskningen på feltet ligger langt tilbake i Norge, særlig i forhold til våre skandinaviske naboland.

Vi fikk også bevilget 3 mill. kr til Mental Helse til videre forberedelse og prosjektering av Frognersenteret, et lærings- og mestringssenter som Mental Helse skal bygge i Skien, med støtte fra alle relevante brukerorganisasjoner. Videre vil jeg fremheve at vi fikk 2 mill. kr til Bio-nor A/S i Skien, som har utviklet en behandlende vaksine mot hiv/aids som har vært klinisk utprøvd ved Ullevål sykehus med særdeles godt resultat. Disse to millionene som nå er bevilget, forutsettes brukt til å forberede et prosjekt i Lesotho i Afrika, et land hvor 25 pst. – hele 25 pst. – av befolkningen er hiv/aids-smittet.

Fra det lille budsjettforliket vil jeg også fremheve at det blir bevilget 2 mill. kr til Modum Bad for åpningen av en egen post for behandling av unge rusmiddelmissbrukere med dobbeltdiagnose, et tilbud som det er meget stort behov for. Staten har nå overtatt dette behandlingsansvaret. Nevnes må også en tilleggsbevilgning til Kirkens SOS på 1,5 mill. kr, som gjør det mulig å holde hjelpetelefonen til Kirkens SOS operativ også i 2005. Totalt sett har miniforliket også ytterligere styrket den sosiale profil i den foreliggende budsjettinnstilling.

Fremskrittspartiet ber i sitt alternative budsjett og i forslaget i innstillingen om at Helsedirektoratet utarbeider bemanningsnormer ved våre sykehjem. Det gjelder både leger og omsorgspersonell. Jeg viser i denne sammenheng til Riksrevisjonens merknader, hvor det i Dokument nr. 3:9 for 2003-2004 ble påpekt betydelige mangler og regelbrudd i eldreplanen. Kontroll- og konstitusjonskomiteen behandlet nylig Dokument nr. 3:9 og hadde en omfattende høring i komiteen. Norsk Sykepleierforbund, Den norske lægeforening og Nasjonalforeningen for folkehelsen uttalte under høringen at eldreformen i stor grad er blitt en boreform. Det er to forhold som ennå ikke er avklart i forhold til eldreomsorgen. For det første: Hva er den riktige definisjon på heldøgns omsorg og pleie? For det andre: Kan aldershjem, omsorgsboliger og sykehjem likestilles når en skal fastslå behovsdekningen av heldøgns omsorg og pleie? Pleie og omsorg i en omsorgsbolig uten fast bemanning kan etter Fremskrittspartiets mening ikke likestilles med en sykehjemsplass.

Fremskrittspartiet mener at eldreplanen totalt sett har redusert antall plasser for heldøgns omsorg og pleie. Slik Fremskrittspartiet ser situasjonen innen eldreomsorgen i dag, kan satsingen ikke avsluttes i 2005 som planlagt.

Den må videreføres fordi det i kommunene er en manko på minst 15 000 sykehjemsplasser ved utgangen av 2005, og behovet vil bare øke kraftig frem til 2010 og 2020.

Jeg er glad for at psykiatrien i dette budsjettet har fått et betydelig løft. Jeg finner her grunn til å be helseministeren om å ha en spesiell oppmerksomhet på hvordan psykiatrimidlene brukes ute i foretakene og faktisk internt i den enkelte institusjon. Det kan synes som om fagekspertisen innen dette fagfeltet føler seg fristilt fra faglig konsensus og effektiv pasientbehandling. Det må kreves at den offentlige psykiatrien blir like effektiv i pasientbehandling som private psykiatere og psykologer.

Til slutt tar jeg opp det forslaget Fremskrittspartiet har i den foreliggende innstilling.

Presidenten: Representanten John I. Alvheim har tatt opp det forslaget han refererte til.

Det blir replikkordskifte.

Bjarne Håkon Hanssen (A) [10:21:49]: De som har hørt representanten Alvheim på denne talerstolen i løpet av dette året, har flere ganger hørt ham tordne mot de rammene som norske sykehus har til disposisjon i år. Sykehusene går i år med om lag 2,2 milliarder kr i underskudd. Neste år skal sykehusene gå i balanse. De økonomiske rammene, slik som budsjettforliket nå legger opp til, vil øke med ca. 500 mill. kr neste år sett i forhold til i år. Med andre ord må altså norske sykehus neste år kutte med 1,7 milliarder kr.

Når vi har hørt representanten Alvheim gang på gang tordne mot de økonomiske rammene som sykehusene har i år, hvordan kan representanten da forsvare at sykehusene neste år står overfor så dramatiske kutt som følge av det budsjettforliket Fremskrittspartiet har vært med på?

John I. Alvheim (FrP) [10:22:56]: Til representanten Bjarne Håkon Hanssen vil jeg først si: Situasjonen i helseforetakene var like vanskelig i fjor, da Arbeiderpartiet inngikk forlik med regjeringspartiene. De greide å få på plass 500 mill. kr. Det har også vi greid. I tillegg har vi økt den innsatsbaserte finansieringen som vil lette presset, særlig i forhold til lokalsykehusene, på en meget god måte.

Jeg er klar over at Arbeiderpartiets alternative budsjett har 1,5 milliarder kr til sykehusene. Men da blir det jo som Jens Stoltenberg uttalte i fjor, da Arbeiderpartiet var i forlik med regjeringspartiene, at å ha 1,5 milliarder kr på sitt alternative budsjett – Fremskrittspartiet har 1,2 milliarder kr – det er i grunnen veldig irrelevant å ta frem i en slik diskusjon som dette. Det er det som er vedtatt, som gjelder.

Olav Gunnar Ballo (SV) [10:24:26]: Bevilgningene til spesialisthelsetjenesten utgjør etter forliket omtrent 65 milliarder kr. Jeg har sett at Alvheim i ulike sammenhenger, også i spørretimen, har engasjert seg overfor statsråden, fordi man har endret den innsatsbaserte finansieringen fra 40 til 60 pst. av det som sykehusene skal få

utbetalt, med spørsmål om ikke det skal føre til at aktiviteten øker i betydelig grad. Men dersom aktiviteten øker i betydelig grad, må jo det bety merkostnader utover de 65 milliarder kr. Mener Fremskrittspartiet og Alvheim at det er slik at man går inn i et forlik, bevilger en sum på 65 milliarder kr, men forutsetter at den summen som i realiteten skal brukes, skal være høyere enn det man har blitt enige om når det gjelder budsjettforliket?

John I. Alvheim (FrP) [10:25:25]: Jeg har nettopp sagt i mitt innlegg at det er lokalsykehusene som får styrket sin økonomi og sin fremtid ved å øke ISF-en, fordi lokalsykehusene stort sett får betalt 100 pst. for den behandlingen de gir, i motsetning til de større universitets-sykehusene, som bare delvis får dekket sine utgifter. ISF-systemet er en overslagsbevilgning. Jeg går ut fra at også representanten Olav Gunnar Ballo er interessert i at flest mulig pasienter skal behandles, og at ventetiden skal kuttes. Det vil da kunne skje i 2005 med det budsjettforliket som nå foreligger mellom Fremskrittspartiet og regjeringspartiene.

Ola D. Gløtvold (Sp) [10:26:31]: Politikken vesen er noe merkelig, og av den grunn kan også nå Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet diskutere hvem som har gitt mest når begge to har gitt for lite til lokalsykehusene, henholdsvis i fjor og i år, i forbindelse med statsbudsjettet og forlik.

Jeg har lyst til å ta opp en annen sak som vi stod sammen med Fremskrittspartiet om i fjor, nemlig psykiatrisenteret som er planlagt bygd ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Fremskrittspartiet var fullt og helt med på kravet om at så skulle skje i fjor. I år går de tilbake på det og sier at DPS-ene kan være gode utgangspunkt og nå utgjøre hovedarenaer for spesialisert psykisk helsearbeid, og at disse også skal være en naturlig arena for undervisning og forskning. Mener representanten Alvheim virkelig at det er godt nok med et psykiatrinivå på nivå med DPS-ene ved Trondheim for å drive forskning og utvikling?

John I. Alvheim (FrP) [10:27:46]: Jeg vil gjerne si at Fremskrittspartiet var et av de partiene og kanskje det første partiet som fremmet forslag om at man skulle ha inkorporert et psykiatrisenter ved St. Olavs Hospital i fase 2. Når det da ikke er medtatt fra Regjeringens side, måtte man i dette forliket finne 600 mill. kr, og det skjønner enhver i denne sal – også sosialkomiteen – ikke var mulig. Fremskrittspartiet har ikke gitt opp å få bygd et psykiatrisenter ved St. Olavs Hospital. Det er helt nødvendig. Det er ikke tilstrekkelig her å bygge på DPS-en.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Bjarne Håkon Hanssen (A) [10:28:59]: Stortinget behandler i dag to budsjett som til sammen har en netto utgiftsramme på om lag 280 000 mill. kr. Vi strides om to–tre tusen millioner kroner, altså om lag 1 pst. av budsjettet. Mange vil vel hevde at dermed synliggjøres et po-

litisk miljø preget av idyll og enighet. Dagens debatt vil nok avdekke at så ikke er tilfellet. Forskjellene er ikke store og dramatiske, men de er viktige, ikke minst dersom en følger utviklingen over noen år.

I Regjeringens forslag til statsbudsjett var man selv-sagt tradisjonen tro, og dermed kom det nok en gang forslag om skattelettelser til dem som har mest fra før. De som har minst, ble også, som vanlig, avkrevd nye egenandeler på medisiner og legetjenester. Det er imidlertid ikke oppsiktsvekkende at en Høyre-dominert regjering fremmer forslag i tråd med god Høyre-politikk.

Men på ett punkt må jeg si at jeg faktisk ble rystet. Jeg hadde aldri sett for meg at Regjeringen, med vitende og vilje, ville fremme forslag som innebar at man brøt skriftlige avtaler som Regjeringen selv hadde underskrevet. Men det gjør man altså.

Den 3. desember 2003 undertegnet sosialministeren og arbeids- og administrasjonsministeren på vegne av Regjeringen erklæringen «Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv». Der heter det under punkt 2:

«Regjeringen vil ikke foreslå overfor Stortinget at det i avtaleperioden gjøres endringer i dagens sykelønnsordning verken for arbeidstakere eller arbeidsgivere med mindre alle parter i avtalen er enige om det.»

Men til tross for den krystallklare avtaleteksten opplever vi altså at Regjeringen nettopp fremmer forslag om å gjøre endringer i dagens sykelønnsordning – for arbeidsgiverne. Og vi opplever at både statsminister, finansminister og arbeids- og sosialminister argumenterer med at avtalen jo allerede er brutt – den skulle gi en betydelig reduksjon i sykefraværet, og det har vi ikke fått. Da er forutsetningene brutt, og dermed kan ikke Regjeringen være forpliktet.

Her har man i alle fall frekkehets nådegave, for hva står det i erklæringen fra 3. desember 2003? La meg komme med noen viktige sitater:

«På denne bakgrunn konstaterer partene at det er lite realistisk å nå avtalens mål om en reduksjon i sykefraværet på 20 % innen utløpet av 2005.»

Regjeringen er altså en av partene. Det var en premiss da avtalen ble fornyet, at alle parter var klar over at man ikke hadde lyktes med å nå avtalens mål. Likevel valgte man å fornye den. Hvorfor? Forklaringen finner man litt lenger ute i teksten:

«Partene mener konseptet med IA-virksomheter inneholder en rekke positive elementer som over tid bør kunne virke til å redusere sykefraværet, og skape et mer inkluderende arbeidsliv. Sammen med det omfang IA-konseptet nå har fått, mener partene det er viktig å la IA-avtalen få virke over noe lengre tid.»

Til alt overmål får vi bekreftet – rett etter at statsbudsjettet er lagt fram – at avtalen begynner å virke. Finansministeren melder om at man forventer et lavere sykefravær i 2005 enn det Regjeringen opprinnelig har lagt opp til i sitt budsjettforslag.

Likevel brytes avtalen. I budsjettsamarbeidet med Fremskrittspartiet iverksettes avtalebruddet, dog fra og med juli i stedet for april. Jeg tviler ikke på at det finnes

stater der en slik oppførsel av en regjering er normal, men jeg tviler på at det er stater vi gjerne vil sammenlikne oss med. Når man ikke kan stole på skriftlige avtaler med Regjeringen, hva kan man da stole på? Jeg kan ikke si annet enn at jeg er svært skuffet over det som her skjer!

Sykehusene styrer mot et underskudd i år på om lag 2,2 milliarder kr. Neste år skal sykehusene drives i balanse. Regjeringens forslag til budsjett innebærer at sykehusene neste år får bevilgninger på om lag samme nivå som i år. Regjeringen legger altså opp til at sykehusene neste år må kutte sine budsjetter med 2,2 milliarder kr for å komme i balanse. Dette er selvsagt ikke mulig uten å gjennomføre drastiske kutt, som vil svekke tilbudet til pasientene.

Derfor har en samlet opposisjon hele tiden gjort det klart at den endelige budsjettbehandlingen i Stortinget må føre til økte bevilgninger til sykehusene. Det er etter Arbeiderpartiets mening rett å opprettholde kravet om drift i balanse ved sykehusene innen utgangen av 2005. Det betinger imidlertid at Stortinget under behandlingen av budsjettet sørger for et bevilgningsnivå som gjør det mulig for sykehusene å innfri dette kravet, uten at pasientene fratras viktige tilbud.

Fremskrittspartiet snakker ofte om økte bevilgninger til sykehusene. Fremskrittspartiet snakker ofte om å skjerme pasientene. Men gang på gang ser vi at når Fremskrittspartiet har makt, blir det med snakket. Norske pasienter har all grunn til å være misfornøyde med budsjettforliket.

Sant nok innebærer forliket 500 mill. kr mer til sykehusene. Men sykehusene skal altså drives i balanse neste år. De går i år med 2,2 milliarder kr i underskudd. 500 mill. kr mer innebærer at driften neste år må kuttes med 1,7 milliarder kr. Det vil pasientene få føle på kroppen!

Det er rett å stille krav til sykehusene om mer helse for hver krone. Det er mulig å effektivisere sykehusene, uten at pasientene rammes. Det er forutsetningen også for Arbeiderpartiet. Derfor innebærer vårt alternative budsjett at vi foreslår å øke bevilgningene til sykehusene med 1,5 milliarder kr. Sykehusene må altså også med vårt opplegg effektivisere driften med om lag 700 mill. kr. Det er realistisk å få til, uten at pasientene rammes. Men 1,7 milliarder kr vil helt sikkert føre til drastiske kutt i antall pasientbehandlinger. Det må Fremskrittspartiet ta ansvaret for!

Fremskrittspartiet vil sikkert hevde at med en endring i ISF-andelen vil mange flere pasienter få behandling, fordi det vil gjøre det mulig for sykehusene «å behandle seg ut av» de økonomiske problemene. Det kan de sannsynligvis ikke, for hva sier avtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet om dette? Jo, der står det – og jeg siterer nok en gang:

«ISF-andelen settes til 60 pst. fra 1. januar 2005.»

«Regjeringen bes i forbindelse med Revidert Nasjonalbudsjett for 2005 komme tilbake med en vurdering og forslag som sikrer kostnadskontroll, jfr. Hagen-utvalgets innstilling.»

Om hva sier Hagen-utvalget om slik kostnadskontroll? Jo, utvalget fastslår at det må fastsettes en maksimumsgrense for stykkprisfinansiering. For å få kostnadskontroll må man forhindre at pasientbehandlingen vokser for mye. Sykehusene kan altså ikke «behandle seg ut av» de økonomiske problemene.

Jeg føler meg helt trygg på at statsråden er enig med meg i dette, selv om han i løpet av dagen neppe kommer til å si det så tydelig som jeg gjør nå. Men det tydelige signalet kommer helt sikkert i styringsbrevet som statsråden skal sende ut til de regionale helseforetakene i januar. Da vil sikkert representanten Alvheim protestere. Men det gjør jo ikke noe for Regjeringen, for da er budsjettet allerede vedtatt.

Så vet jeg at Fremskrittspartiet vil hevde at de har et helhetlig opplegg som de vil fremme forslag om her i denne salen, som vil sikre sykehusenes økonomi for neste år. De vil i forbindelse med salderingen for i år foreslå at det tilleggsbevilges 2 milliarder kr til sykehusenes driftsbudsjetter i år, og at disse nye milliardene skal bevilges med tilføyelsen «kan overføres».

I finansdebatten sa representanten Alvheim at de ville fremme forslag om å slette gjeld med 2 milliarder kr. Så har de vel etter hvert forstått at det i veldig liten grad vil bedre driftssituasjonen for neste år. Derfor er det nå et forslag om en tilleggsbevilgning på årets budsjett – på samme beløp – som er «vidundermidlet». Men det vil jo ha akkurat samme virkning for neste års driftsbudsjett som det en gjeldssanering vil ha.

Jeg har i et brev til helse- og omsorgsministeren spurt om hvilken effekt en tilleggsbevilgning på 2 milliarder kr vil ha på neste års driftsbudsjett. Statsråden svarte meg i går. I svaret heter det:

«Dersom Stortinget bevilger 2 milliarder kroner i 2004 som også blir utbetalt til de regionale helseforetakene inneværende år, er mitt svar at dette vil bedre helseforetakenes likviditet og dempe behovet for driftskreditt i 2005, og vil ikke ha noen resultateffekt i 2005 utover reduserte rentekostnader knyttet til denne ekstra likviditeten slik du riktig påpeker.»

Dersom en reduserer driftskreditten neste år med 2 milliarder kr, vil det utgjøre 60 mill. kr på driftsbudsjettet. Budsjettkniven må altså fram til tross for en eventuell tilleggsbevilgning i år. Fremskrittspartiet har ansvaret for det!

Opptrappingsplanen for psykisk helse har ført til økte bevilgninger til psykiatrien. Flere får behandling. Likevel ser vi en rekke eksempler på at mennesker med psykiske lidelser ikke får god nok behandling.

Den siste tiden har vi særlig fått eksempler fra situasjonen ved psykiatrisk avdeling ved Ullevål universitetssykehus. I avisen VG har vi kunnet lese om en alvorlig suicidal kvinne som – ifølge avisen – ble etterlatt alene så lenge at hun fikk tid og anledning til å begå selvmord. Denne uken kunne vi lese om en kvinne som de pårørende mener ikke fikk hjelp til å håndtere en forferdelig dødsangst i forbindelse med sin kreftsykdom. I dag kan vi lese en ny historie i Aftenposten. Fra før av har det vært stor oppmerksomhet om det såkalte trikkedrapet, der en mann ble utskrevet fra den psykiatriske akuttpos-

ten ved Ullevål, til tross for at mannen ikke hadde noe tilbud om hjelp etter utskrivelsen.

Jeg kan ikke gå god for at alle disse sakene gjennom avisen beskrives objektivt og helhetlig. Å trekke fram tre slike saker gir selvsagt heller ikke et rett inntrykk av den samlede virksomheten innen psykiatrien ved Ullevål. Men i et gammelt ordtak heter det «ingen røk uten ild». Det er i alle fall helt sikkert at det er mye «røk» fra Ullevål for tiden. Helse- og omsorgsministeren er hele Helse-Norges sjef. Jeg ber statsråden om at han i sine innlegg i dag gir sin vurdering av den aktuelle situasjonen ved landets største sykehus, Ullevål universitetssykehus.

Helse- og omsorgsministeren benytter de fleste muligheter til å uttale at det aller viktigste nå er å satse på psykiatrien. Statsråden har bl.a. varslet at dette vil være et meget sentralt område i styringsdokumentet til de regionale helseforetakene. Det er bra. Spørsmålet er bare om de gode intensjonene vil la seg gjennomføre med det økonomiske opplegget som Regjeringen og Fremskrittspartiet er enige om.

Regjeringspartiene har inngått et budsjettforlik med Fremskrittspartiet, noe som altså fører til at finansieringsordningen til foretakene endres til 60 pst. innsatsstyrt finansiering og 40 pst. basisbevilgning. Jeg frykter at dette vil føre til det stikk motsatte av det helse- og omsorgsministeren nå lover når det gjelder psykiatriske pasienter. Med denne finansieringsordningen kan foretakene bli ledet ut i fristelse til å prioritere pasienter med enklere lidelser, som er mer lønnsomme for sykehusene.

I 2003 var det også 60 pst. innsatsstyrt finansiering. Vi har derfor friskt i minne hvordan den samme regjeringen argumenterte for at ISF-andelen måtte senkes til 40 pst. Tidligere helseminister Dagfinn Høybråten, som også er her i dag, uttalte i Aftenposten den 9. oktober for et år siden følgende:

«Vi må prioritere de som trenger behandling mest.

Sykehusenes stadig økende fokus på lønnsomme pasienter utgjør en fare for en vridning bort fra psykiatri og kronisk syke.»

Jeg stiller meg fullt ut bak denne kloke uttalelsen fra tidligere helseminister Dagfinn Høybråten. Det vil imidlertid være av stor interesse å høre nåværende statsråds vurdering av denne uttalelsen.

Situasjonen er nå mer alvorlig enn den var for ett år siden. På grunn av budsjettforliket med Fremskrittspartiet må helseforetakene spare store beløp neste år. Jeg frykter at dette særlig vil ramme de psykiatriske pasientene.

Faren er at økt behandling for noen pasientgrupper fører til færre behandlinger for psykiatriske pasienter og kronikere. Til tross for psykiatrisatsingen er det slik at veksten i den somatiske delen av helsevesenet har vært større enn i psykiatrien de siste årene. Kan vi da si at vi har satset på psykiatri? Jeg lar det spørsmålet henge.

Jeg vil slutte med å si at jeg tar opp de forslag Arbeiderpartiet fremmer alene eller sammen med andre.

Presidenten: Representanten Bjarne Håkon Hanssen har tatt opp de forslagene han refererte til.

Det blir replikkordskifte.

Elisabeth Røbekk Nørve (H) [10:46:29]: Jeg registrerer at Arbeiderpartiet i en liten merknad bekrefter at det private tjenestetilbudet innen spesialisthelsetjenesten har vært en medvirkende årsak til det store kuttet i ventelistene og i ventetidene.

Det som forundrer meg, er at Arbeiderpartiet overhodet ikke deltar i merknader som viser til at de regionale foretakene gjennom sin rolle nå kun bruker de private som et supplement, og at departementet av den grunn i styringsdialog med de regionale helseforetakene vil vektlegge at man tilstreber tilstrekkelig langsiktighet og forutsigbarhet i rammebetingelsene for private sykehus.

Mitt spørsmål til representanten Bjarne Håkon Hanssen blir som følger: Betyr Arbeiderpartiets manglende interesse for de private sykehusene i denne innstillingen at de nå er tilbake igjen til sitt gamle standpunkt der private sykehus i beste fall ble oppfattet som et nødvendig onde, og der det gjaldt mest mulig å skjerme offentlig virksomhet?

Bjarne Håkon Hanssen (A) [10:48:02]: Arbeiderpartiet mener at vi skal ha private sykehus i Norge som et supplement til det offentlige helsevesenet. Men ansvaret skal være det offentlige, og tyngden i det norske helsevesenet skal være et godt utbygd offentlig helsevesen. Så tror vi at det er rett og viktig at det offentlige suppleres av private, ikke minst fordi vi tror at det offentlige også trenger korrektiv. Men det skal være et samarbeid mellom det offentlige og det private. Derfor er vi veldig fornøyd med – og lever godt med – den situasjonen at samarbeidet mellom de offentlige sykehusene og de private sykehusene skjer ved at de regionale helseforetakene inngår avtaler. Så synes vi nok at det kan være grunn til å videreutvikle disse avtalene, og at de ofte gir for dårlige rammebetingelser for de private. Men å holde på avtalesystemet mener vi er rett.

John I. Alvheim (FrP) [10:49:19]: På grunn av sterk kritikk fra Riksrevisjonen for gjennomføringen av eldre-reformen avholdt kontroll- og konstitusjonskomiteen nylig en høring der konklusjonen ble at eldresatsingen til over 30 milliarder kr i for stor grad er blitt en boreform og ikke en omsorgsreform.

Jeg spør da representanten Bjarne Håkon Hanssen: Kan Fremskrittspartiet regne med støtte fra Arbeiderpartiet til å gå inn i eldreplanen på nytt i 2005?

Bjarne Håkon Hanssen (A) [10:50:10]: Jeg tror at det som representanten Alvheim tar opp, er veldig viktig. Vi er på ingen måte ferdig med satsingen på norsk eldreomsorg, selv om planperioden for eldreplanen er avsluttet. Det som ofte er faren med en slik planmessig satsing, er at når planperioden er over, puster liksom det politiske miljøet lettet ut, og så ser man seg om etter nye områder å satse på. Men det er all grunn til å gå videre med en utbygging av norsk eldreomsorg. Jeg er mer enn villig til å være med på å diskutere med Alvheim hvorvidt det skal skje gjennom en ny plan. Men jeg tror det også i den sammenheng er viktig – når vi ser på veksten i antallet

eldre i årene som kommer – å vurdere hvordan vi skal få til et system med hensyn til kommuneøkonomien som gjør at man greier å håndtere disse utfordringene uavhengig av en plan. Men det tar jeg gjerne en diskusjon om, og tar imot gode råd om.

Olav Gunnar Ballo (SV) [10:51:30]: Jeg merket meg at Bjarne Håkon Hanssen kommenterte kostnadsnivået innenfor spesialisthelsetjenesten og utviklingen her, og den uklarheten som rår med hensyn til en mulig utgiftsvekst neste år, at statsråden i liten grad har klargjort det. Og det er betraktninger jeg er helt enig med Bjarne Håkon Hanssen i. Hvis man ikke har kontroll på denne utgiftsveksten, vil vi ramme de områdene som Stortinget har sagt at man skulle prioritere. Det gjelder ikke minst psykiatrien, men det gjelder også rusfeltet, for å nevne to eksempler.

Samtidig synes jeg Arbeiderpartiet selv i en del merknader gir signaler om at det er en betydelig underfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Det er jo et signal om at man heller ikke selv nødvendigvis er spesielt opptatt av å prioritere nettopp psykiatrien og rusfeltet. Det viste seg også i forliket i fjor mellom Arbeiderpartiet og regjeringens partiene at det ikke hadde prioritet fra Arbeiderpartiets side.

Ser Bjarne Håkon Hanssen at det han selv påpeker at man skal være oppmerksom på, nemlig behovet for at man ikke får en kostnadsvekst innenfor spesialisthelsetjenesten, gjør at man mangler ressurser på de områdene som skulle vært prioritert?

Bjarne Håkon Hanssen (A) [10:52:54]: Det er en merkelig oppfatning som er ute og går når det hevdes at Arbeiderpartiet i forbindelse med budsjettet for i år ikke har prioritert sykehusene. Hvis vi ser på helheten i nysalderingen i fjor, budsjettet for i år og revidert for i år, har sykehusene om lag 1,4 milliarder mer med vårt forslag enn med Regjeringens forslag. I tillegg er kravet om balanse utsatt ett år.

Man kunne levende ha forestilt seg situasjonen ved norske sykehus i dag, hvis vi hadde vedtatt Regjeringens opplegg ved alle de tre anledningene. Da ville vi ha hatt om lag 1,4 milliarder mindre på budsjettet pluss balanse i år – og vi går altså i år med 2,2 milliarder i underskudd. Å sammenligne det vi har fått til med sykehusene i år, med det Fremskrittspartiet har greid å få til, det er å sammenligne to vidt forskjellige objekter.

Presidenten: Replikordskiftet er omme.

Bent Høie (H) [10:54:16]: Velferdssamfunnet er mye mer enn velferdsstaten. I velferdssamfunnet har både den enkelte, familiene, organisasjonene og arbeidsplassene et ansvar for egen og andres velferd, fordi det gode liv skapes først og fremst i relasjoner mellom mennesker, i familiene, blant venner og på arbeidsplassen. Vi har alle ulike oppfatninger om hva som er det gode liv for oss, derfor må velferdspolitikken ta utgangspunkt i troen på enkeltmennesket. Den må ha som mål at den en-

kelte får bidratt med sine ressurser, slik at flere kan klare seg selv. Dermed må velferdsordningene innbære både rettigheter og plikter. Krav til den som mottar støtte, er et uttrykk for tro på enkeltmennesket.

Vibeke Melstrøm er fagsjef i ULOBA, en bedrift hun startet sammen med fem andre. Så langt vil de fleste tenke: Ja – en kvinnelig leder og gründer. Men Vibeke Melstrøm er også lam fra halsen og ned. Det er en del av henne som i de fleste tilfellene ville ha overskygget resten av personen. Men som hun selv sier: «Hvis jeg stadig tenkte på meg selv som funksjonshemmet, ville det begrense meg enormt». Hun sier videre: «Det er en bjørnetjeneste å la være å stille krav til funksjonshemmede. Hvis vi godtar en passiv rolle, går vi glipp av muligheten til å utvikle oss. Det er galt å frata personer ansvar og begrunne det med omsorg. Rollene vi har, former identiteten vår.»

Arbeid og deltakelse er grunnlaget for velferd. Høyres mål er et arbeidsliv med plass til alle. Dette krever både en framtidrettet næringspolitikk, et veltilpasset arbeidsmarked, velferdsordninger som fremmer aktivitet og oppfølging tilpasset den enkelte. Dette krever at vi ser på velferdsordningene våre på nytt. En av fem i yrkesaktiv alder har i dag folketrygden som hovedinntektskilde. Det var aldri meningen. Vår velferdsstat skulle ikke gi oss en levemåte, den skulle gi oss et sikkerhetsnett som gav nye muligheter.

Kan det være slik at på grunn av at vi har bygd en velferdsstat som har vært så fokusert på å sikre de økonomiske utbetalingene og omsorgen, har vi fått et nærings- og samfunnsliv der det er vanskelig å være annerledes og der det er vanskelig ikke å kunne yte hundre prosent hundre prosent av tiden?

Til våren er det saken om samordning av Aetat, trygde-etaten og sosialtjenesten som vil prege komiteens arbeid. Dette blir en viktig sak for å gi et mer samordnet tilbud og hindre at brukerne faller mellom flere stoler. Men en slik samordning må også følges opp av endringer av regelverk og ordninger.

I altfor stor grad blir det fokusert på menneskenes begrensninger istedenfor muligheter. Vi må derfor systematisk gå igjennom alle velferdsordningene som er rettet mot personer i yrkesaktiv alder med én ting for øye: Gi folk nye muligheter! Denne regjeringen har vært villig til å forsøke ulike tilnærminger til dette. Det første store prosjektet var tidsavgrenset uførestønad, og vi har også foretatt en rekke endringer i ulike ordninger rettet mot ledige. Analysen er klar: Jo lenger en arbeidsfør person mottar passive ytelser, jo lavere sannsynlighet er det for at vedkommende kommer tilbake i arbeid. Dette følger Regjeringen opp i årets budsjett. I sum foreslås en økt satsing på i overkant av 230 mill. kr til arbeidsmarkeds-tiltak for yrkeshemmede i 2005.

Et av prosjektene synes jeg er svært spennende. Mange som har fått uførepensjon før 2004 kan tenke seg å prøve seg i arbeidslivet igjen. De opplever dessverre et regelverk som ikke motiverer til arbeid, men som er et hinder for arbeid. Gjennom å bruke uførepensjon som lønnstilskudd, snus denne barrieren til en mulighet. Dermed kan den uføretrygdede i lengre tid prøve seg i ar-

beidslivet i trygghet om at hvis det ikke fungerer, så har en uførepensjonen i bakhånd. Vi trenger flere slike forsøk. Det er derfor viktig at vi i arbeidet med omorganisering av tjenestene og utforming av nytt regelverk, ser på hvilke nye muligheter vi kan skape istedenfor å bygge stengsler.

Men vi trenger også holdningsendringer, og det offentlige må gå foran. Som Astrid Sund, toppleder og døv, sa det: «Jeg håper snart bedriftsledere våger å fokusere på mulighetene våre, ikke begrensningene.» Dette gjelder ikke bare bedriftsledere, men og i høy grad i offentlig virksomhet.

Dette er en spesiell budsjettbehandling for sosialkomiteen. Dette er siste statsbudsjett komiteens mangeårige leder, John I. Alvheim, er med på som stortingsrepresentant. Jeg understreker det siste, for jeg føler meg ikke helt trygg på at han ikke kommer til å delta i flere statsbudsjettdebatter – men da utenfor dette hus.

Men det er allikevel tid for en liten refleksjon over hva jeg mener har vært politiske vedtak som er gjort i samarbeid mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet på dette området, og som vår komiteleder har satt et klart preg på i denne fireårsperioden. Jeg vil trekke fram tre saker som jeg mener har den største sosiale betydningen.

Den viktigste og første saken er rusreformen. Gjennom den har en i denne perioden klart å gi de personene som kanskje – for å bruke helseministerens uttrykk – har sittet nederst ved det helsepolitiske bord, de samme rettighetene som andre pasienter.

Den andre saken jeg vil trekke fram, er pasientrettighetsloven, der vi i denne perioden endelig har fått gjennomslag for det viktige prinsipp som både Fremskrittspartiet og Høyre har jobbet for i mange år, nemlig å gi pasientene en individuell medisinsk fastsatt tidsfrist for behandling.

Og det tredje punktet jeg vil trekke fram, er heving av grunnpensjonen til gifte og samboende pensjonister.

Dette er alle tre store og viktige saker som kommer til å prege det norske samfunnet i mange år framover.

Regjeringspartiene og Fremskrittspartiet har også blitt enige om årets budsjett. Jeg vil benytte anledningen til å takke for en ryddig og positiv budsjettprosess. Vi har fått gjort viktige endringer i budsjettet, bl.a. økningen av ISF-satsen fra 40 til 60 pst. I innstillingen er vi også tydelige på hvordan foretakene skal behandle sine private leverandører og samarbeidspartnere. I forbindelse med endringene i komiteen har vi klart å forsterke prioriteringen av de gruppene som vanligvis får minst i norsk helsevesen. Det er en ytterligere styrking av tilbudet til rusmiddelmissbrukerne og av psykiatri, forebyggende arbeid og likemannsarbeid.

Jeg er svært glad for at vi gjennom budsjettforliket i løpet av første året har fått rettet opp over halvparten av den skjevfordelingen som har rammet Helse Vest og Helse Midt-Norge. Det betyr at helseforetakene – med den generelle økningen og åpningen for vurdering av Helse Sørs situasjon – bør gis gode muligheter for å innfri balansekravet i 2005.

Vi må konstatere at de tre partiene som har som målsetting å etablere en flertallsregjering etter valget, ikke har klart å samle seg gjennomgående om en felles politikk i denne innstillingen. Men vi kan allikevel se konturene av hva som forhåpentligvis aldri blir flertallets politikk:

Disse partiene har samlet valgt å stå utenfor enhver merknad som gir en visjon for den private delen av helsevesenet. Det er et signal om at en ønsker å reversere denne regjeringens politikk når det gjelder å inkludere de private sykehusene som en del av det offentlige helsetilbudet.

Disse partiene står samlet for at lokalpolitikkerne i ulik grad igjen skal inn i styringen av sykehusene. Det betyr en reversering i forhold til målet om ett helserike, til beste for pasienten.

Disse partiene ser ikke på det frie sykehusvalget som noe positivt. Dette er et klart signal om at Regjeringens politikk, der pasientenes frie valg har en egen verdi, står i fare for å bli reversert.

Disse partiene sier i Nationen i går at hvis helseministeren slår sammen Helse Sør og Helse Øst for å sikre pasientene i dette området et bedre tilbud – uten en helsemur tvers igjennom hovedstaden – ja, da vil de reversere dette også.

Dette innebærer at Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet i denne innstillingen har klart å samle seg om en helsepolitikk i revers – pasientens valg vil bli begrenset, og det er igjen politikkerne som skal vite hva som er best.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Asmund Kristoffersen (A) [11:03:20]: Det er med en viss forundring jeg registrerer den tilfredsheten som representanten Bent Høie uttrykker i forhold til helsepolitikken, forundring fordi jeg tror at sykehusene i det kommende året går inn i sitt vanskeligste år på mange tiår. Størrelsen på dagens driftsunderskudd er, som vi har hørt og vet, vel 2 milliarder kr. Av dette får altså sektoren ca. 500 mill. kr fra forlikspartnerne. Hvilke konsekvenser tror representanten Høie at en kraftig underfinansiering av sykehusene vil få for utvikling av sykehusene og for pasientene? Jeg kan vise til Fædrelandsvennen i går, der det redegjøres for at det nå skal utredes ett til sykehus på Sørlandet – bare som en påminning om hva som kanskje kan være i vente med det budsjettopplegget som nå er lagt fram fra flertallet.

Bent Høie (H) [11:04:33]: Jeg tror ikke at jeg på noen som helst måte i mitt innlegg skapte et bilde av norsk helsevesen som om alt var rosenrødt. Det er det langt igjen til. Men når Arbeiderpartiet i dagens debatt og ved oppfølgingen fra representanten Asmund Kristoffersen prøver å skape et inntrykk av at det er en dramatisk forskjell mellom det budsjettet for sykehusene som blir vedtatt i dag, og det alternativet som Arbeiderpartiet har lagt fram i sitt budsjett, er det en kraftig overdrivelse. Forskjellen på innsparingskravet mellom de to budsjett-

ene er på 1,5 pst., 1,5 pst. av et budsjett på 65 milliarder kr. Hvis det er det som utgjør et være eller ikke være for norsk spesialisthelsetjeneste, hadde det stått meget dårlig til med spesialisthelsetjenesten i dette landet. Det gjør det ikke – den er på tredjeplass i verden, og de fleste helsetilbudene i dette landet er på førsteplass i verden.

Sigbjørn Molvik (SV) [11:05:55]: I budsjettforliket har Fremskrittspartiet klart å få igjennom at ISF-andelen nå skal økes fra 40 til 60 pst., som flere har vært inne på, først og fremst for å øke aktiviteten i sykehusene. Representanter for Fremskrittspartiet har i ulike sammenhenger hevdet at dette vil bety betydelig mer penger til sykehusene enn det som ligger i budsjettet – tall på 1 milliard kr har vært nevnt i denne salen. Spørsmålet til Høyre blir da: Forutsetter også Høyre at overføringene til sykehusene kommer til å bli betydelig høyere enn det som kommer til uttrykk i budsjettallene?

Bent Høie (H) [11:07:02]: Som jeg sa i min innledning, er jeg glad for den endringen som er gjort i forhold til ISF-satsen. Jeg mener at det er en endring som kan bidra til større fleksibilitet, og ikke minst, som òg representanten John I. Alvheim var inne på: Det kan gi en del av de mindre sykehusene som har satset på spesielle nisjer, større mulighet til å utvikle seg videre.

Som en sikkert husker fra budsjettdebatten i fjor, stemte vi i fjorårets budsjett mot ett punkt som var i strid med Høyres program, og det var reduksjon i ISF-satsen. Så det er klart at for oss er det ikke negativt at denne endres. Men det gir oss to vesentlige utfordringer, og det regner jeg med at helseministeren vil følge opp i styringsdokumentet. Den ene utfordringen, som er den viktigste, er at en gjennom styringsdokumentet helt klart gir beskjed om at en fortsatt skal styrke psykiatrien. Men det finnes heller ingen bevis på det som er gjentatte påstander, at ISF-satsen har ført til en vridning i norsk helsevesen. Det ble det aldri ført bevis for i forbindelse med Hagen-utvalgets innstilling.

Ola D. Gløtvold (Sp) [11:08:26]: Høyres representant Bent Høie sa at Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti stod «utenfor enhver merknad» som omhandler private aktører. Det gjør vi slett ikke, men det som er forskjellen på regjeringspartiene, Fremskrittspartiet og oss, er at vi vil ha kontroll, bl.a. med veksten og utviklingen når det gjelder private laboratorier og private røntgeninstitutt. Det høyresiden sier, er at man ikke skal ha kontroll, men vekst i bruken av disse institusjonene.

Når det gjelder merknader som omhandler private aktører, har jeg lyst til å spørre representanten Høie: Hvorfor er ikke han og Høyre med på å øke driftsgrunnlaget og rammevilkårene for opptreningsinstitusjonene og de private som driver god og riktig rehabilitering, et tilbud som vi absolutt trenger i norsk helsevesen? Hvorfor er ikke regjeringspartiene med på å be om at man skal finne penger til Hysnes HelseFort og Selli rehabiliterings- og

opptreningscenter, f.eks.? Det er private aktører som vi støtter.

Bent Høie (H) [11:09:49]: Finansieringssystemet for opptreningsinstitusjoner er en av de sakene som komiteen i disse årene kanskje har jobbet mest med. Det er en stor utfordring for oss å få etablert et finansieringssystem som er rettferdig, og som gir gode rammebetingelser for de private opptreningsinstitusjonene.

Det grepet som flertallet gjør i denne budsjettinnstillingen, er å fryse trygdeandelen av deres finansiering på samme nivå som i 2004, for dermed å gi et års overgangsordning, slik at en kan få etablert en permanent og god ordning gjennom de regionale helseforetakene. Vårt mål er at en gjennom det året som nå går, får på plass skikkelige avtaler med de private opptreningsinstitusjonene, som sikrer deres drift og ikke minst gjenspeiler den kvaliteten og det arbeidet som de gjør, får dem over på en permanent og rettferdig ordning og ikke viderefører den forferdelig urettferdige ordningen som dagens system bygger på.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Olav Gunnar Ballo (SV) [11:11:10]: Jeg vil i mitt innlegg konsentrere meg om rammeområde 16, helsebudsjettet, mens Molvik senere vil omtale rammeområde 15, sosialbudsjettet.

Samlede ytelser etter budsjettforliket når det gjelder helsebudsjettet, er altså på 94,5 milliarder kr. Spesialisthelsetjenesten alene utgjør ca. 65 milliarder kr av det beløpet – faktisk mer hvis man ser på refusjonsordninger som er knyttet opp mot folketrygden – altså godt og vel to tredjedeler, nærmere tre fjerdedeler, av de samlede kostnadene.

En sammenligning med det vedtatte budsjettet for inneværende år viser en økning på ca. 9 milliarder kr, hvorav ca. halvparten har gått til spesialisthelsetjenesten. Økningen alene utgjør altså nesten halvparten av hele samferdselsbudsjettet, eller tre fjerdedeler av landbruksbudsjettet. Og bare økningen av det helsebudsjettet vi i dag drøfter, er omtrent fire ganger så stort som hele miljøvernbudsjettet til sammen.

Det innebærer etter SVs syn at noe av det viktigste man kan gjøre når det gjelder helsebudsjettet, er å ha styring med økonomien, slik at midlene målrettet brukes der det er politisk bestemt at de er tenkt brukt. Hvis ikke vil underskudd som skapes, være til hinder for at de grupper som var ment prioritert, også får den hjelpen de trenger.

Det merkelige er jo at dette er et resonnement som ofte ikke når ut til befolkningen, fordi det ofte gjennom oppslag i media kan skapes et inntrykk av at de områdene som faktisk er høyest prioritert, er de som prioriteres lavest.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, har det vært en formidabel økning når det gjelder helseforetakene de senere årene. Men i ly av det ser vi hvordan spesielt psykiatrien, ikke minst rusmiddelfeltet, har blitt skadelidende.

Høsten 2003 tok Regjeringen til orde for en reduksjon av den innsatsbaserte finansieringen fra 60 til 40 pst. Det var det all mulig grunn til å gjøre, og Regjeringen fikk da også støtte fra alle partier utenom Fremskrittspartiet for denne endringen. Regjeringen pekte selv på ulemper ved blandingsmodellen, med kombinasjonen av innsatsbasert finansiering og rammefinansiering:

- Det var for svak kostnadskontroll.
- Det var fare for uønsket vridning, fordi ikke alle pasienter og lovpålagte aktiviteter er omfattet av den innsatsbaserte ordningen.
- Det er en komplisert ordning, som krever betydelige administrative ressurser til kontroll, vedlikehold og utvikling, og systemet kan misbrukes.
- Videre påpekte Regjeringen selv at høy refusjonssats kunne stimulere til overkapasitet på en del områder.

Det ble også referert til en undersøkelse som var gjennomført av PricewaterhouseCoopers i 2002, og som ble gjengitt i St.meld. nr. 5 for 2003-2004, Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, der det ble pekt på at følgende forhold kunne forklare styringsvanskene i sykehus:

- Det var en mangelfull plan- og budsjettprosess. Aktivitet ble planlagt uavhengig av budsjettet.
- Det var manglende økonomisk analyse av nye behandlingsmetoder, teknologi, flaskehals mv.
- Det var mangelfull oversikt over legers tidsbruk.
- Det var fullmakter som ble delegert uten nødvendig styringssystem og med uklart resultatansvar for avdelingsledelsen.

Regjeringen uttalte:

«Det er nødvendig å ha økt styringsmessig oppmerksomhet rettet mot at ressursene brukes på de prioriterte områdene. Målet er en balansert og styrt utvikling av behandlingstilbudet i tråd med pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. En bedre balanse mellom aktivitetsfinansiering og basisbevilgning vil understøtte et slikt mål, og redusere faren for uønskede vridninger i tilbudet til pasientene. Derfor tilrår departementet å øke basisbevilgningen og å redusere ISF- og polikliniksatsene fra og med 2004 (jf. forslag i St.prp. nr. 1 (2003–2004)).»

Dette fikk man altså bred støtte for i Stortinget, men i det forliket som nå er inngått, reverserer man hele den ordningen som Regjeringen selv har tatt initiativ til. SV tror at det over tid vil kunne ha ganske alvorlige konsekvenser hvis man ikke finner tilnærming i forhold til spesialisthelsetjenesten som reduserer denne utgiftsveksten. Den alvorligste konsekvensen er nettopp for de gruppene som Regjeringen selv for bare ett år siden påpekte kunne bli skadelidende. Det gjelder pasienter med psykiske lidelser og habilitering av funksjonshemmede, og det gjelder undervisning, forskning og forebyggende arbeid. Jeg vil legge til: ikke minst gjelder det også hele rusmiddel-feltet. Men gjennom det budsjettforliket som Regjeringen har inngått med Fremskrittspartiet, aksepterer Regjeringen nettopp denne utviklingen.

Etter gjentatte spørsmål til helseministeren har det ikke vært mulig å få ham til å klargjøre hva han tenker

seg skal være kostnadsveksten for spesialisthelsetjenesten til neste år, men dermed klargjør jo heller ikke statsråden hvordan man skal få kontroll med den samme utgiftsveksten for å sikre prioritering av de gruppene som i dag er nedprioritert, ikke minst innenfor opptrappingsplanen.

Vi har sett en rekke oppslag i media om hvor liten kontroll Regjeringen har når det gjelder psykiatritilbudet til befolkningen. Vi har hatt oppslag i VG som beskriver forholdene ved Ullevål sykehus som svært graverende. Der hvor helseministeren var på besøk, var det nylig pusset opp, mens i de lokalene han gikk forbi, rant kloakken ned gjennom taket, og man hadde pasienter som ble utskrevet i en tilstand der de var psykotiske.

I Aftenposten i dag står det: «Pasient fikk permisjon – for farlig for pleierne». I VG den 28. november står det: «Skammens hus», og «Dette er huset helseminister Ansgar Gabrielsen ikke fikk se.» Psykiater Ira Haraldsen beskriver en situasjon der pasientene kan tilbys et skjerm-brett på stuen. I Dagsavisen den 29. november står det at barn må vente i månedsvis på psykiatrisk hjelp.

Undersøkelser i de ulike helseforetakene viser i dag akkurat den samme ventetiden på 90 dager som Regjeringen skriver at man hadde for tre år siden. Regjeringen beskriver nedgangen i ventetid til 75 dager, men man er nå på det samme nivået som Regjeringen sier at man forlot for tre år siden.

Manglene på ressurser til de svakeste er påtakelig. Det gjelder psykiatrien generelt, men det gjelder i aller høyeste grad også rusmiddel-feltet. Vi har sett de uverdige forholdene i Oslo ved tømning av Plata, uten at man har alternativer å tilby, og der man får en blanding av prostitusjonsmiljø og rusmiddel-misbrukermiljø i Skippergaten. Det var disse utfordringene man skulle ha tatt tak i. Det var disse områdene man skulle ha fått frigjort midler til, ved å få kontroll med utgiftsveksten innenfor spesialisthelsetjenesten. I stedet får man et forlik som vil forsterke disse forskjellene, fordi man nettopp ikke har kontroll med den samme utgiftsveksten.

Når det gjelder legemiddel-feltet, har det gjennom år vært betydelige økte kostnader, ikke nødvendigvis med målrettet ressursbruk som formål. Vi har sett hvordan sosialkomiteen selv veldig aktivt har gått inn med vurderinger av ulike legemidler.

I 2001 tok sosialkomiteen til orde for at rheumamidlene Remicade og Enbrel skulle inn på blåreseptordningen, og Aricept ble vedtatt tatt inn i ordningen.

Neste år omtalte man Actos, Avandia og Singulair. Man kunne lese i sosialkomiteens innstilling at «trippelkombinasjonen med steroider, beta 2-agonister og Singulair ikke gir mereffekt», ifølge fagmiljøene. Men sosialkomiteen var av en helt annen mening.

Året deretter omtales Cipralax, Citalopram, Nexium, Omeprazol, Carduran, Sinalfa, Actos, Avandia, Plavix og Spiriva, og sosialkomiteen har bastante holdninger til hva slags medikamenter som skal inn på blåreseptordningen.

I år slår man til på nytt med Actos og Avandia, som man er glad for er kommet inn under ordningen. Man om-

(Ballo)

taler også Risperdale Consta i positive vendinger, og nevner Spiriva og Remicade.

Dette kunne ha vært sammenliknet med at man i finanskomiteen uttrykte tilfredshet med at Volkswagen Caravelle med sju seter nå hadde fått avgiftslettelse, eller at Suzuki burde få inn en eller annen varevogn på det norske markedet, slik at man ikke fikk den samme begrensede tilgangen på den bilen som man har i Tyskland.

Dette er i det hele tatt et utføre man er nødt til å ta tak i. Det er uverdigg, og komiteen uttaler seg om forhold den ikke har greie på. Det blir naturligvis ikke bedre av at mye av dette havner i finanskomiteen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett. Men uansett er vi nødt til å ta et initiativ og få slutt på det. Det er klart at bakom synger legemiddelindustrien. Her er formuleringer som man, hvis man studerer deres dokumenter, kan gjenkjenne, men som i stedet er blitt komiteformuleringer.

Vi registrerer i SV at det er forslag fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet der man går imot overføring til blåreseptforskriftens § 10a av preparater som forskrives både til kronisk obstruktiv lungesykdom og til astma. Når det gjelder alle slike betraktninger, har vi bevisst latt være å gå inn på det i komiteen, mye ut fra det jeg nå har anført. Men vi tror det er fornuftig å splitte de to punktene og ikke gå veien om at man skal måtte søke enkeltvis. Det vil skape et byråkrati for den enkelte. Men vi er nødt til å få ryddet opp på legemiddelfeltet på en helt annen måte enn det som har vært tilfellet til nå.

Vi ser fram til at man får en full gjennomgang av legemiddelpolitikken. Da er Stortinget nødt til å ta et medansvar for den situasjonen som nå har oppstått, f.eks. når det gjelder Vioxx – et preparat som har betydelige bivirkninger – nettopp fordi Stortinget selv stimulerer til godkjenning av medikamenter som man burde overlatt til fagmiljøene å vurdere.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Beate Heieren Hundhammer (H) [11:21:35]: SV går i innstillingen inn for å begrense fritt sykehusvalg. Pasientenes rett til selv å få lov til å velge hvilket sykehus de skal behandles på, foreslås innstrammet.

«Respekt for brukernes valg» og «pasienten i sentrum» blir rene floskler uten denne pasientrettigheten. Fravær av denne rettigheten var nok komfortabel for en rekke sykehus. Pasienter i kø som ikke hadde mulighet til å la seg behandle på et annet sykehus, var en grei «ordreserver», som noen sykehusledere kalte køen av pasienter. Innføring av fritt sykehusvalg har også ført til økt tilgang på pasienter for en rekke lokalsykehus.

Hva ønsker SV å oppnå ved å begrense pasientenes rett til å velge behandlingssted? Og hvorfor ønsker SV å undergrave lokalsykehusenes mulighet til å profilere seg på spesialiteter, som igjen kan bidra til at lokalsamfunn får beholde sitt lokalsykehus?

Olav Gunnar Ballo (SV) [11:22:47]: Jeg vil først uttrykke glede over akkurat dette spørsmålet. Det gir mulighet for å utdype hva som er SVs hensikt.

Jeg har sagt i mitt hovedinnlegg at det er særdeles viktig at vi får kontroll med utgiftsveksten når det gjelder spesialisthelsetjenesten. Vi er for at pasienter skal kunne dra til andre sykehus enn sitt lokalsykehus dersom det er medisinsk fornuftig. Det mener vi det er to grunner til, noe som vi for øvrig har understreket i våre merknader: Det ene er for å utnytte kapasitet ved andre sykehus dersom ventelisten åpenbart er lengre ved lokalsykehuset, og det andre er dersom man ønsker en medisinsk revurdering fordi man ikke har tillit til det lokale sykehuset.

Det kan umulig være fornuftig at staten skal bruke sine utgifter på å dekke reise dersom det ikke foreligger en medisinsk indikasjon for det. Det er noe av det dilemmaet man står overfor når det gjelder et parti som Høyre, nemlig at man er villig til å finansiere billetter for folk selv om det ikke er medisinske grunner til at man kunne vært behandlet lokalt. Vi er opptatt av å bruke ressursene målrettet. Derfor skal det foreligge en medisinsk indikasjon for det frie sykehusvalget.

Harald T. Nesvik (FrP) [11:24:11]: Det var en kraftsalve fra representanten Ballo når det gjaldt legemidler og legemiddelpolitikken i komiteen. Jeg tror at hvis representanten Ballo hadde satt seg inn i det som står her, ville han sett at det faktisk er SLVs anbefalinger komiteen har fulgt opp, men Regjeringen har i de enkelte år ikke funnet budsjettmessig dekning for det.

Så vises det også til hvor fantastisk og bra det skal bli når vi nå skal få en egen legemiddelmelding. Men grunnen til at vi ikke får den før nå, er faktisk at SV har gått imot det tidligere. Dette var det flertall for under behandlingen for to år siden, så var det et møte en sen kveldstime mellom en tidligere helseminister og Olav Gunnar Ballo oppe i departementet, så fikk man en MR-buss til Finnmark, og så falt hele forslaget i komiteen. Det er jo interessant.

Det jeg vil be om at representanten Ballo svarer på, er – han var innom det med KOLS-problematikken: Vil SV nå støtte det forslaget som Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Fremskrittspartiet har i innstillingen, om at man ikke skal overføre KOLS-medikamenter fra § 9 til § 10a?

Olav Gunnar Ballo (SV) [11:25:16]: Det er korrekt. Vi sier også i innstillingen at vi ønsker å støtte det forslaget. Men vi ønsker å understreke at premissene for å støtte et slikt forslag må være at det er refusjon for medikamenter som faktisk var tenkt brukt til det formålet som det refunderes for. Hvis det er slik at et medikament er tenkt brukt for kronisk obstruktiv lungesykdom, mener vi at det fortsatt skal refunderes, og at det ikke skal være slik at man skal måtte søke om det enkeltvis. Men hvis det er slik at norske leger har en forskrivningspraksis der man forskriver medikamenter på falske premisser, at medikamentet ikke var ment brukt til det formålet, bør man ikke videreføre en refusjonsordning ut fra de premissene. Det kan i noen tilfeller være at det som er med

på å gi oss utgifter i størrelsesorden 9 milliarder kr på årsbasis til norske legemidler, rett og slett er at man ikke målrettet nok bruker av offentlighetens midler slik at de pasientene som trenger det mest, også er de som får forskrevet disse medikamentene. Dette er et problem, og jeg oppfatter at Regjeringen har pekt på dette som et problem. Vi kommer til å støtte dette forslaget.

Presidenten: Før representanten går ned fra talerstolen, kanskje det er forslag han skulle ha tatt opp?

Olav Gunnar Ballo (SV): Forslagene fra SV er her ved tatt opp.

Presidenten: Representanten Olav Gunnar Ballo har tatt opp de forslag han refererte til.

Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF) [11:26:56]:

Først vil jeg takke Fremskrittspartiet for ryddige og greie forhandlinger. Resultatet understreker viktige saker som Kristelig Folkeparti brenner for. Selv om vi flytter på få millioner av et så stort budsjett, betyr disse midlene svært mye for mottakerne. Positive tilbakemeldinger fra rusverninstitusjoner som Kraft og Evangeliesentrene viser at 5 mill. kr hjelper i en akutt vanskelig situasjon. Disse private institusjonene er viktige aktører i et helhetlig behandlings- og omsorgstilbud for rusmisbrukerne.

Kristelig Folkeparti ser behovet for at disse omsorgsinstitusjonene får mer langsiktige løsninger. Vi ber også om at P22 sikres videre drift. Denne institusjonen har hjulpet mange rusmisbrukere med sitt gatenære tilbud. Rusforebyggende arbeid i regi av frivillige organisasjoner styrkes med 3 mill. kr. Målet er å utsette debutalderen for ungdom når det gjelder bruk av alkohol. Det skal utvikles en kampanje rettet mot ungdom.

For å få mer kunnskap om rusproblematikken i tilknytning til psykiske lidelser har vi bevilget 2 mill. kr til Modum Bad for at de skal utvikle en slik kompetanse.

I vår travle tid virker det som stadig færre har noen å dele sine bekymringer med. Hjelpetelefonene som de frivillige organisasjonene driver, vitner om dette. Behovet øker hele tiden. Mange unge sender meldinger via Internett. Kirkens SOS har kontakt med alle ungdomsskoler og videregående skoler. De får i år en ekstra støtte på 1,5 mill. kr til dette arbeidet.

For Kristelig Folkeparti er det viktig å forebygge og forhindre uønskede graviditeter. Det er gledelig at abortraten blant tenåringer i 2003 var den laveste som er registrert de siste 25 år. Når kvinner likevel kommer i en vanskelig valgssituasjon, har organisasjonen Amatheia vist at de har vært gode medspillere. Støtten på 15 mill. kr blir videreført i budsjettforliket med Fremskrittspartiet. Det er trist at både Arbeiderpartiet og SV har strøket denne støtten i sine alternative budsjetter.

Altfor mange sliter med psykiske problemer i landet vårt. Mange blir uføre av den grunn. Det er bra at opptrappingsplanen er i rute ved at en bevilger 850 mill. kr til drift, og at det settes av 737 mill. kr til investeringer

neste år. Kristelig Folkeparti støtter at kommunene får den sterkeste veksten – en fordobling i forhold til 2004. Vi tror på et desentralisert tilbud der brukeren bor.

Kristelig Folkeparti har vært skeptisk til å øke ISF-andelen ved våre sykehus, fordi vi har fryktet at psykiatriske pasienter skulle bli nedprioritert. Jeg er glad for at en i revidert nasjonalbudsjett for 2005 skal komme tilbake med en vurdering som sikrer at psykiatriseringen kan opprettholdes. På den premiss støtter vi at ISF-andelen settes til 60 pst. fra 1. januar 2005. Vi ser at sykehusene sliter økonomisk, og de ekstra 500 mill. kr som nå er på plass i forliket, vil komme godt med.

150 mill. kr tildeles Helse Vest og Helse Midt-Norge regionale helseforetak for raskere å rette opp underfinansieringen av disse regionene. Dette kommer pasientene til gode gjennom økt behandlingsskapitet.

I budsjettforliket har Regjeringen lagt til grunn at de regionale helseforetak skal oppnå balanse. Kristelig Folkeparti ser at nødvendige effektiviserings- og omstillingstiltak kan gå ut over pasientbehandlingen. Situasjonen for Helse Sør er mest usikker. Vi er derfor glad for at flertallet åpner for en lemping av balansekravet for Helse Sør i 2005.

Bedre samarbeid og samordning er nøkkelord for å lykkes i helsetjenesten. Kristelig Folkeparti er tilfreds med det arbeid som foregår med å inkludere private sykehus på en bedre måte. Vi ser også behovet for en bedre samordning av sykehusene i hovedstaden vår.

Arbeidet med å innføre elektroniske resepter vil gi legene et godt verktøy og sikre pasientene bedre kvalitet og mindre ventetid ved bruk av individuelle refusjons-søknader på blåreseptmedisiner.

I utgangspunktet mener Kristelig Folkeparti at egenandelene under tak 1 er blitt for generelle. Svært mange av oss har fått bedret økonomi og kan betale noe mer de få gangene vi trenger medisinsk hjelp. Det må være et mål å hjelpe dem som har høye utgifter. Tak 2 er satt ned fra 4 500 kr til 3 500 kr. Dette gir en god skjerming for kronikerne og andre med høye helseutgifter.

Det er gledelig at vi i år får en positiv endring når det gjelder sykepenger. Sykefraværet er endret fra en forventet vekst på 3 pst. til en nedgang på 4,5 pst. Dette gir en innsparing på 2,2 milliarder kr, som i all hovedsak overføres til kommunene og letter presset på deres budsjetter.

For hver enkelt betyr det mye, både økonomisk og sosialt, å få være i arbeid. Fra neste år innføres en ny prøveordning der også uføre får prøve seg i arbeidslivet. Dette er nytenkende og en veldig god ordning. Arbeidsgiverne får uføretrygden som et lønnskudd når de ansetter uførepensjonister. De uføre får utbetalt lønn på lik linje med andre arbeidstakere i virksomheten. Dersom arbeidsforsøket ikke lykkes, vil arbeidstakeren få tilbake sin uførepensjon. Dette er en vinn-vinn-situasjon for begge parter.

Jeg håper virkelig at veien inn i arbeidslivet blir bred for alle, og at veien ut blir smalere. Arbeid for alle er en viktig målsetting. Alle kan ikke ha full arbeidsdag. Fleksibelt arbeidsmarked blir en nøkkel for å lykkes.

Neste år satses det 3,2 milliarder kr på tiltaksplaner for yrkeshemmede. Dette utgjør 24 500 plasser – en økning på ca. 2 000. Det er også lagt inn en økning på ca. 300 nye plasser under tiltaket «Varig tilrettelagt arbeid», slik at flest mulig er i aktivitet og ikke er bare passive stønadsmottakere.

Giftede og samboende pensjonister kan glede seg over budsjettforliket med Fremskrittspartiet. Fra 1. mai neste år økes grunnpensjonen fra 1,65 G til 1,7 G. Dette er en sak Kristelig Folkeparti har kjempet for i mange år.

Som saksordfører for folkehelsemeldingen er det betryggende å se at det er en reell styrking av folkehelsearbeidet. Forskningen styrkes generelt og for kvinnehelsen spesielt. Det trengs. Det bevilges 66,7 mill. kr til forebygging innenfor kosthold, mosjon og røykefrihet. 22,2 mill. kr skal brukes til frukt og grønt i skolen.

Jeg ser fram til handlingsplanen for økt fysisk aktivitet som er varslet til neste år. Landet vårt er som skapt for aktivitet, og alt bør ikke foregå innendørs.

I Dokument nr. 8:6, som også behandles i dag, foreslår SV og Senterpartiet at en får rett til rehabiliteringspenger utover 52 uker etter unntaksbestemmelsene.

Kristelig Folkeparti tror det er viktig at en har en ordning som fører til en tidlig avklaring av om stønadsmottakeren kan komme tilbake i arbeid eller må innvilges tidsbegrenset uførestønad eller uførepensjon. Det har kommet kritikk for at de nye reglene praktiseres vel strengt. I brev til komiteen presiserer arbeids- og sosialministeren at unntaksbestemmelsene må praktiseres slik at ingen blir uten ytelse mens en venter på friskmelding eller uførestønad.

Ifølge budsjettavtalen skal et forslag til evaluering av rehabiliteringspenger legges fram i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett til våren. Kristelig Folkeparti støtter derfor at forslaget vedlegges protokollen.

Det påtenkte delansvar for arbeidsgiver i perioden med sykepenger fra folketrygden er med budsjettforliket utsatt, og vil bli vurdert på nytt dersom det viser seg at sykefraværet går ned mer enn forventet.

Alle ordningene er basert på at hver enkelt skal kunne bruke sine ressurser på en aktiv måte, slik at de sikrer alle en god livskvalitet og et verdig liv.

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

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Britt Hildeng (A) [11:37:28]: Regjeringspartiene har programfestet ønsket om innføring av karensdager i sykelønnsordningen. På denne bakgrunnen er det avtalebruddet som Regjeringen nå gjør i forhold til arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene, spesielt alvorlig. Det er naturlig å tenke seg at dette avtalebruddet bare kan bane vei for et nytt avtalebrudd som innebærer innføring av karensdager for arbeidstakere. Er dette Regjeringens skjulte dagsorden når det gjelder sykelønnsordningen?

Til slutt: Føler representanten Woie Duesund fra Kristelig Folkeparti seg bekvem med å være ansvarlig

for det åpenbare avtalebrudd som Regjeringen nå har foretatt, og som kan få konsekvenser for mange arbeidstakere?

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF) [11:38:55]: Jeg tror at representanten Hildeng må lese programmet til Kristelig Folkeparti bedre. Vi har nemlig gått bort fra ønsket om å innføre karensdager, fordi vi ser at det bare ville hjelpe på korttidsfraværet. Det som er problemet i dag, er langtidsfraværet, og derfor har vi ingen planer om å sette karensdager på dagsordenen igjen. Det er langtidsfraværet vi vil ha ned, og det er derfor vi har inngått en IA-avtale. Det som jeg er minst bekvem med, er at sykefraværet har økt istedenfor å ha gått ned, slik som intensjonen var med IA-avtalen.

Vi har også et forslag om at arbeidsgiver skal ha et større medansvar. Det er riktignok blitt utsatt, men det sier noe om hvor viktig det er å gjøre noe med selve arbeidsplassen.

Sigbjørn Molvik (SV) [11:40:15]: Jeg tror nok Kristelig Folkeparti og SV langt på vei kan være enige om at når det gjelder syke og yrkeshemmede, skal vi mest mulig satse på tiltak som legger til rette for og stimulerer til at folk skal kunne komme tilbake og delta i yrkeslivet.

Tidsbegrenset uførestønad er en ordning som skulle bidra til det, og SV var for å innføre den. Men en merkverdighet ved den ordningen er at barnetillegget her skal være betydelig lavere enn ved ordinær uførepensjon. Vi foreslår på nytt at dette likestilles. Kristelig Folkeparti går imot det.

Spørsmålet mitt er: Tror representanten Woie Duesund at trangere økonomi for barnefamiliene stimulerer syke og yrkeshemmede mennesker til å komme tilbake i aktivitet og til yrkeslivet?

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF) [11:41:18]: Jeg tror at det viktigste vi kan gjøre for dem som har problemer, er å få dem tilbake i arbeidslivet. Det er mange tiltak i budsjettet for at en skal få det til.

Når det gjelder selve barnetillegget ved tidsbegrenset uførestønad, er det i dag det samme som en har ved rehabiliteringspenger og attføringspenger, nemlig 17 kr pr. dag. Når en får full uførepensjon, blir barnetillegget behovsprøvd. Det kan bety at noen ikke får det i det hele tatt.

Jeg ser at det kan være lite noen ganger, og det har vi påpekt. Derfor har vi også sagt at ordningen skal evalueres, nettopp med tanke på å se om en skal gjøre noe med barnetillegget.

Ola D. Gløtvold (Sp) [11:42:29]: Kristelig Folkeparti har vært opptatt av å øke rekrutteringen og kompetansen i pleie- og omsorgssektoren, og i forrige periode la partiet fram et Dokument nr. 8-forslag i den sammenheng.

Jeg har lyst til å spørre representanten fra Kristelig Folkeparti om hvorfor man nå ikke er med på et forslag

fra Senterpartiet om et utdanningsstipend som nettopp skal heve kompetansen i helse- og omsorgssektoren, bl.a. i tråd med det som Norsk Sykepleierforbund har ønsket skulle komme inn nå i forbindelse med statsbudsjettet for 2005.

En annen viktig ordning som kunne bedre situasjonen og stimulere til mer personell i pleie- og omsorgssektoren, er en turnusordning for dette personellet på linje med skiftarbeid. Hva vil Kristelig Folkeparti pr. i dag gjøre for at en skal kunne få en slik ordning på plass raskest mulig? Det står ingenting om det i statsbudsjettet.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF) [11:43:38]: Det er et viktig spørsmål som representanten Gløtvold stiller. Vi hadde ikke fått en kvalitativt god behandling på sykehusene hvis vi ikke hadde hatt flinke fagfolk.

Vi har en egen strategisk handlingsplan for å rekruttere fagfolk, og det viser seg at den virker. Vi har også innført fastlegereformen, som viser at de aller fleste kommunene nå har fått fastlege.

Når det gjelder turnus for leger, har vi bl.a. sagt at vi skal se på om de også kan ha turnus ved lokalsykehuse-

ne. Det vi mangler, er tannleger. Ett av målene nå ved å ha en stor gjennomgang av tannhelsetjenesten er å se på hvordan vi skal bli flinkere til å rekruttere nettopp den yrkesgruppen.

For øvrig har vi satt i gang et nytt studium i Nord-Norge.

Presidenten: Replikskordskiftet er omme.

Ola D. Gløtvold (Sp) [11:45:07]: Senterpartiet er uenig med flertallet i deres prioritering når det gjelder sosialsektoren og helse- og omsorgssektoren. Derfor vil vi fremme vårt eget budsjettforslag med egen ramme. Vi mener at det i Norge i dag bør kunne brukes mer ressurser for å få et bedre helse- og sosialvesen enn det man legger opp til i budsjettet for 2005.

Helsepolitikk er den viktigste velferdspolitiske saken vi kan jobbe med. God helse gir trygghet, trivsel og muligheter til å realisere seg selv. For dem som har en dårlig helse, som har kroniske lidelser og funksjonshemninger, er det viktig at det er et hjelpeapparat som er godt nok, slik at smerter kan lindres og funksjonshemningene bli minst mulige gjennom tilrettelegging og bistand.

Senterpartiet vil fremme god helsepolitikk og forebygging framfor å reparere. Men når sykdom og skade oppstår, er det viktig at behandling og rehabilitering skjer raskt, slik at ytterligere skade og sykdomsutvikling kan forhindres. Vi ser fortsatt at det er tilfellet i mange sammenhenger, ikke minst innenfor psykiatrien.

Livsstilssykdommene er i dag økende og må møtes med mer helsefremmende atferd og forebygging, noe jeg vil komme tilbake til.

Vi er bekymret for de endringer og omstruktureringer som skjer innenfor spesialisthelsetjenesten i dag, og innenfor helseforetakene. Dette kan føre til at det ikke blir likeverdige forhold for alle når det gjelder helsebehand-

ling. Målet om likeverdige tilbud til alle innbyggere, uavhengig av bl.a. bosted, økonomi og sosial status, bør være det klare målet for alle. I dag ser det ikke ut som det er det. Når det legges ned fødeavdelinger og akuttmedisinske avdelinger og avstanden til akuttilbudet øker, blir befolkningen utrygg. Alle de demonstrasjonstog og fakkeltog som vi har hatt, er et uttrykk for dette.

Avstanden til sykehus kan bli avgjørende for spørsmålet om liv eller død, særlig der det ikke er en ambulansetjeneste som er tilgjengelig, verken på land, til vanns eller i luften. Dette er en av de ting som vi mener er de viktigste med sykehusstrukturen i dag.

Vi kan konstatere at sykehusene og helseforetakene fortsatt har store økonomiske driftsproblemer. Tallene varierer noe, og i dagens Helse-Norge er det veldig vanskelig å komme inn og få eksakte opplysninger når det gjelder helseforetakene, men et sted mellom 2 og 2 1/2 milliard kr synes driftsunderskuddet å bli i år.

Det er flere helseforetak som har varslet at det kan bli et dårligere behandlingstilbud dersom man ikke får rettet opp økonomien radikalt. Oppsigelse av personell, stenging av sengeposter, avdelinger og behandlingstilbud samt strukturendringer som kan føre til seksjonering og sentralisering, gir ikke gode samhandlingstjenester. De splitter derimot opp slike samhandlingstjenester ved lokalsykehuse-

ne, og det gir etter vårt syn en uønsket og uakseptabel utvikling. Etter at statsbudsjettet fra Regjeringen ble framlagt, sa administrerende direktør i Helse Vest: Skal vi i Helse Vest lage et budsjett på grunnlag av Regjeringens budsjettforslag, vil vi sette hele Vestlandet i flammer. Det er veldig klar tale og burde være en tankevekker for alle som skal være med og bevilge penger til helseforetakene.

Vi frykter at en dårlig økonomi kan gjøre at spesielt akuttberedskapen blir svært svekket. Hvis vi nå sentraliserer, divisjonaliserer og seksjonerer for sterkt, vil vi komme til å rasere en del av de gode verdier som er skapt i norsk helsevesen, og som også var et av hovedpunktene som dannet basis for helsereformen. Det å svekke dette helsevesenet kan bli en dyrekjøpt erfaring, og det kan bli meget vanskelig å rehabilitere det på en skikkelig måte.

Vi var imot helsereformen og helseforetaksordningen. Men slik som vi har prøvd å praktisere politikken etter at dette ble vedtatt av et flertall i Stortinget, har vi kanskje vært de som best har prøvd å tilrettelegge rammevilkårene for helseforetakene og spesialisthelsetjenesten. Vi har foreslått økte ressurser, vi har foreslått gjeldssanering – og også ved denne anledning foreslår vi det. Vi ønsker å bedre driftsforholdene for 2005 ved å legge inn 1,5 milliarder kr mer til helseforetakene, samtidig som vi ønsker å bedre likviditeten nå ved at vi i sluttsalderingen for 2004 legger inn 2 milliarder kr mer.

Jeg skjønner ikke helt regnestykket til bl.a. Bjarne Håkon Hanssen, som sier at dette ikke vil gi bedring for helseforetakene. Det er klart at det gir bedring. Det vil gi en bedring som først og fremst gjør at helseforetakene den 1. januar 2005 står bedre rustet til å gå på de oppgavene de da har. Hvis vi hadde både bedret likviditeten og ut-

videt driftsrammene ved å legge inn 1,5 milliarder kr, som Senterpartiet er alene om å foreslå, hadde helseforetakene stått bedre rustet til å klare den budsjettbalansen som flertallet også pålegger helseforetakene nå i 2005, en budsjettbalanse og et balansekrav som vi ville ha skjøvet på til 2006.

Så ser vi samtidig at overfor det kravet driver regjeringpartiene og Fremskrittspartiet allerede nå en lemping, ved å si at på spesielle kriterier skal man kanskje lempe på balansekravet når det gjelder Helse Sør. Hva slags klare og forutsigbare signaler er det? Og er det slik at vi kommer til å se flere slike lempinger og unntak fra dette kravet framover i 2005?

Vi er glad for at Regjeringen opphever en del av den skjevfordelingen av tilskuddene til helseregionene som vi har hatt, og som vi også påpekte i budsjettbehandlingen i fjor. Nå vil altså Helse Vest og Helse Midt-Norge få en oppretting av den spesielle underfinansieringen som de har hatt.

Vi mener det er behov for mer innsyn og åpenhet i helseforetaksordningen. Det har vi heldigvis fått mer og mer tilslutning til. Vi håper også at helseforetakene på sikt skal kunne underlegges bedre folkevalgt styring, og Senterpartiet vil komme tilbake til det.

Jeg har også lyst til å ta opp en annen prinsipiell ting som vi har stått for gjennom hele den tiden helseforetakene har fungert, og det er at vi også nå vil påpeke at vesentlige endringer av behandlingstilbudet innenfor sykehus og spesialisthelsetjeneste må forelegges Stortinget til behandling før de eventuelle endringene kan settes ut i livet. Jeg har lyst til å høre hva helseministeren mener om disse tingene.

Spesielt lokalsykehusene bør etablere et bedre og nærmere samarbeid med primærhelsetjenesten. Vi vet at liggetiden i dag er uforvarselig kort i en del sammenhenger, og vi synes at det burde være en annen utskrivningsprosedyre enn det det nå legges opp til ved at pasienten ikke lenger skal være ferdigbehandlet, men utskrivningsklar. Vi mener at dette spesielt må gjelde eldre syke, som ofte har flere lidelser, og som har behov for å få flere diagnoser og et bredt behandlingstilbud når de er inne på sykehuset. Vi mener at finansieringsordningene for denne pasientkategorien må bedres, og behovet for denne store og økende gruppen av pasienter må tas mer hensyn til og kalkuleres bedre inn i framtidig kapasitetsbehov.

Vi vet at det er behov for mellom 2 000 og 2 500 nye sykehussenger i 2020. Representanten Alvhelm snakket om behovet for økt sykehjemskapasitet og flere senger. Det synet deler jeg. Men vi må også da passe på å ha en kapasitet ved sykehusene våre og i spesialisthelsetjenesten som kan møte den eldrebølgen som kommer om 15–20 år.

Det er også viktig i den sammenheng å styrke primærhelsetjenestenivået og omsorgsnivået i kommunene. Det mener Senterpartiet må gjøres på generelt grunnlag med en bedre kommuneøkonomi. Samtidig har vi i dette budsjettforslaget klare forslag til å styrke både legebemannning og tannlegebemannning og også til å styrke bemanningen innenfor pleie og omsorg, bl.a. med et utdanningsstipend,

som jeg nevnte i replikken min til Kristelig Folkeparti, og ved å tilrettelegge for at arbeid innenfor helse- og omsorgssektoren blir mer attraktivt, at man får utviklingsstiger og karrierestiger for å øke kompetansen og for å utvikle seg som medarbeider innenfor denne sektoren.

Rehabiliteringstilbudet er for dårlig i mange sammenhenger i Norge. Vi i Senterpartiet er forundret over at ikke flere ønsker å prioritere dette sterkere og få på plass en politikk overfor opptreningsinstitusjonene som gjør at disse har forutsigbare og gode forhold. Det som nå skjer, ved at en fryser refusjonsordningen fra i fjor, gir for så vidt et lite pusterom, men det gir ikke mer ressurser og retter ikke urettferdigheten. Vi bruker i dag veldig mye ressurser på dyr medisinsk behandling, men vi fullfører ikke dette verket med god nok rehabilitering. En kan si at norsk helsevesen er et ufullendt stykke samfunnsarbeid i den sammenheng.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Harald T. Nesvik (FrP) [11:55:55]: Etter å ha hørt representanten Gløtvolds innlegg er det nesten utrolig at det faktisk er levende folk i dette landet. Jeg har ikke hørt en verre dommedagsprofeti – her er absolutt alt galt. Ikke én positiv ting klarer representanten Gløtvold å ta fram om det norske helse- og sosialvesenet i sitt innlegg. Man skulle nesten hatt premie for å kunne klare å snakke i ti minutter uten å trekke fram en eneste positiv ting.

Vi er i den situasjon i dag, etter sykehusreformen, at det aldri er blitt behandlet flere pasienter i Norge. Køene er på full fart ned. Vi vet riktignok at Senterpartiet var imot helsereformen og har gjort alt de kan for å motarbeide helsereformen. Spørsmålet mitt til representanten Gløtvold er: Ser representanten Gløtvold overhodet ingen positive ting i norsk helsevesen, som man kan få inntrykk av av hans innlegg?

Ola D. Gløtvold (Sp) [11:57:00]: Jeg tror at jeg med mitt innlegg har ført en tradisjon fra Fremskrittspartiet videre, ved å være kritisk til en del av de tingene som ikke fungerer. Hvis vi bare skulle stå her og skamrose hverandre, hvordan gikk da verden og norsk helsevesen videre framover?

Jeg tror representanten Nesvik kan slå opp i dagsavisser som vi får her i huset, og nesten daglig finne eksempler på de ting som jeg har påpekt, prinsipielt og uten å nevne konkrete eksempler. Det jeg tror er noe av poenget, er at vi ikke henger oss opp i måten disse tingene presenteres på, slik at vi ser enkeltsaker – vi må se det i en stor helhet. Jeg mener at det skjer noe galt med spesialisthelsetjenesten vår gjennom helseforetaksordningen hvis vi ikke påser at vi har nok ressurser.

Vi har ikke motarbeidet helseforetaksreformen. Vi har påpekt svakheter ved den, men vi har laget bedre rammevilkår for helseforetakene og den reformen enn det Fremskrittspartiet har gjort opp gjennom tiden.

Olav Gunnar Ballo (SV) [11:58:26]: Ola D. Gløtvold har rett i at han gir en beskrivelse av helsevesenet i

år som er helt sammenfallende med den beskrivelse Fremskrittspartiet hadde i fjor. Men det er tydelig at forliket har løst en rekke problemer, noe som gjør at Fremskrittspartiet ikke lenger ser så mørkt på situasjonen. Det må vi jo alle glede oss over.

Når det gjelder Senterpartiet, har man på nytt dette forslaget om at man skal bevilge jeg vet ikke hvor mange milliarder til sykehusene i innværende års budsjett. Det jeg vil spørre Ola D. Gløtvold om, er om han ikke ser problemet knyttet til at man ikke i sterkere grad stiller krav til bruken av ressurser innenfor spesialisthelsetjenesten. Vi har sett en lønnsutvikling bl.a. for leger som har vært slik at man i snitt gjennom en toårsperiode har fått 100 000 kr i lønnsøkning. Man har sett direktører som har fått betydelige avtaler, også pensjonsavtaler, på flere millioner kroner. I sum har kanskje dette vært den viktigste årsaken til at underskuddene har blitt så store som de har blitt. Ser ikke Gløtvold at hvis man uten å være spesifikk i kravene bare bevilger mer, så forsterker man kanskje tendensen til misbruk av ressurser i regi av helseforetakene?

Ola D. Gløtvold (Sp) [11:59:50]: Jeg kan skjønne at representanten Ballo er noe forundret over at vi vil bevilge penger til helsevesenet. Ballo er jo den som bevilger minst til helseforetakene, for han flytter først og fremst penger fra Rikstrykdeverket over til helseforetakene og får dermed store tall.

Men jeg ser de problemene som Ballo her påpeker. Vi har påpekt det tidligere. Vi har sagt at det skal gå til pasientbehandling, og i dette budsjettet har vi, sammen med SV, et godt forslag som går på at vi må vurdere lønnsrammer for helseforetakene i forhold til statlig budsjettering som skal inn i det enkelte foretak og disponeres der.

Så har Senterpartiet et forslag når det gjelder å stille krav og påpeke problemene, som jeg heller ikke ser at SV er med på, og det går på at maksimum pensjon i det offentlige ikke bør overstige 8 G. Jeg etterlyser en støtte fra SV til nettopp det forslaget.

Per Steinar Osmundnes (KrF) [12:01:06]: Representanten Gløtvold var i sitt innlegg inne på rammene for spesialisthelsetenesta. Eg trur alle i denne salen er einige i at det er stramme vilkår, men når ein høyrer på framstillinga til Gløtvold, og når ein les lesarinnlegg frå Senterpartiet i lokalavisar og i regionalavisar rundt omkring, verkar det som om ein skal leggje ned lokalsjukehus på strak arm, og at færre og færre pasientar vil bli behandla. Så eg lurar på om Gløtvold kan gi meg eksempel på lokalsjukehus som er vorte lagde ned etter den nye helseforma, og om han kan fortelje om det er færre eller fleire pasientar som har vorte behandla.

Ola D. Gløtvold (Sp) [12:01:56]: Jeg sa at jeg ikke ønsker å gå inn på konkrete eksempler. Jeg tror vi må ta det overordnede her. Vi vet at flere sykehus, bl.a. UNN i Tromsø, sier at de må si opp så og så mange – jeg mener det var 180. Vi vet at det er blitt nedgradert og tatt vekk

sykehusposter og behandlingstilbud ved flere sykehus som gjør at samhandlingskjedene ikke blir gode nok. Vi vet også at vi har en nedklassifisering av lokalsykehus som gjør at det kan bli en blanding av enogenhalvlinjetjenesten og et distriktsmedisinsk senter. Det gir ikke etter vår mening god nok sikkerhet, spesielt ikke når det gjelder akuttberedskapen. Jeg refererte til administrerende direktør i Helse Vest, Osmundnes sin egen region, hvor det har vært mye uro – ikke minst i Sogn og Fjordane, hvor altså administrerende direktør sier at hvis vi går på Regjeringens budsjettforslag nå, vil det være som å sette fyr på hele Vestlandet, i forhold til den strukturen som vi da vil få.

Presidenten: Replikordskiftet er omme.

May Britt Vihovde (V) [12:03:25]: For Venstre handlar velferdspolitikken først og fremst om å gi alle menneske moglegheit til å meistra den kvardagen dei sjølv opplever, gjennom å la alle få større moglegheit til å løysa dei utfordringane dei sjølv står overfor – anten i fellesskap eller kvar for seg. Vi må våga å gi slepp på dei store og standardiserte løysingane med omsyn til korleis folk skal leva sine gode liv, til fordel for det som passar kvar einskild.

Venstre ønskjer ein sterk offentleg velferdsstat, men samstundes ein velferdspolitikk som vågar å prioritera dei som treng velferd mest, framfor å bruka store ressursar på å omfordela pengar mellom dei mange som er i arbeid og klarer seg godt.

Venstre meiner at Samarbeidsregjeringa sitt forslag til statsbudsjett er eit godt forslag for å målretta gode velferdsordningar til dei som treng mest hjelp.

Å klara seg sjølv ved å ha eit arbeid og ved å kunna yta noko er noko av det viktigaste for oss. Vi er svært glade for at Samarbeidsregjeringa har starta arbeidet med å reformera ulike ordningar, slik at ein lettare kan kombinera utdanning, arbeid og trygd.

Når du blir sjukmeld, er det viktig at det offentlege hjelpeapparatet stiller opp så tidleg som mogleg for å sjå kva som kan gjerast for at ein kan komma tilbake i arbeid. Samordning av velferdsforvaltninga – SATS – er eit sentralt verkemiddel for å kunna lykkast betre med å finna tiltak som er tilpassa kvar einskild sin situasjon. Men velferdstenestene kan ikkje løysa dette aleine, dei kan berre bidra og leggja til rette. Det er i arbeidslivet det viktigaste skjer. Difor har arbeidsgivar eit stort ansvar for å leggja til rette for at flest mogleg kan vera i arbeid.

Venstre ser på kvart einskilt menneske som unikt og ulikt. Vi vil ha eit samfunn prega av toleranse, rettferd og likeverd. Ein sosialliberal vil aldri seia at likskap er det same som rettferd. Menneska er ulike og ønskjer ulike løysingar. 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.

Mange menneske klarer ikkje å takla kvardagen utan å rusa seg. Dei fleste ønskjer ikkje å leva slik. I løpet av denne stortingsperioden er løyvingane til rusfeltet auka med nærare ein halv milliard kroner. Ein har omorgani-

sært hjelpeapparatet med eitt mål for auget: Individuelt tilpassa rehabilitering. Vi har sidan 2000 fått ei fordobling i talet på menneske som får legemiddellassistert rehabilitering. I budsjettforslaget ligg det inne ei styrking av kommunane sin innsats for rusmiddelmissbrukarar, samt styrking av arbeidsmarknadstiltak retta mot langtidsmottakarar av sosialhjelp.

Mange narkomane har store helseplager, og ei styrking av lågterskelhelsetiltak er heilt nødvendig for å gi desse eit betre helsetilbod. Når vi no får sprøyterom, vil òg dette kunna vera med på å bidra til å hjelpa narkomane med ulike helsetilbod, men òg anna hjelp som dei treng. Venstre sitt mål er at den narkomane skal få eit behandlingstilbod utan nødvendig opphald når han eller ho ber om det.

Vi må kanskje begynna å sjå på dei ulike ordningane. Vi har klart å styrkja helsebiten i dette med legemiddellassistert rehabilitering og med avrusingstilbod, men det gjenstår å leggja til rette for gode, sosiale nettverk som butilbod og arbeidstilbod. Der har vi ei kjempestor utfordring med omsyn til korleis vi skal prioritera pengane den neste perioden.

Til å gjennomføra opptrappingsplanen for psykisk helse i 2005 foreslår Regjeringa å setja av om lag 4,3 milliardar kr. Vi er dermed i rute med å gjennomføra den vedtekte opptrappingsplanen. Opptrappingsplanen har tilført psykiatritenesta betydelege midlar dei siste åra, men brukargruppa består av menneske med behov for eit breidt spekter av tenestar, frå akutthjelp til livsvarig helse-, omsorgs-, bu- og aktivitetstenester. Utfordringa er å utvikla eit fleksibelt tilbod på tvers av profesjonar og omsorgsnivå.

For Venstre er det viktig at vi ikkje byggjer ned behandlingsplassar for kommunane har bygd opp framtidens tilbod. Vi er glade for at helseministeren har uttrykt det same overfor helseregionane våre.

Aldri har det vore behandla fleire pasientar ved norske sjukehus, og aldri har ventetida vore kortare. For Venstre er det avgjerande at vi har eit godt og likeverdig helsetilbod til alle som treng det.

I budsjettforliket med Framstegspartiet auka ein løyvingane til sjukehusa med 500 mill. kr. Eg er glad for at ein i dette forliket fann rom for å gi Helse Vest 100 mill. kr ekstra for å ta igjen noko av den skeivfordelinga som ein har i dag.

Som eg sa tidlegare i innlegget mitt: Venstre ønskjer ein velferdspolitikkk som vågar å prioritera dei som treng velferda mest, framføre å bruka store ressursar på å dela ut pengar til dei mange som er i arbeid og klarer seg godt. Samarbeidsregjeringas forslag til budsjett tek steg i rett retning.

Til slutt: Vi støttar sjølvstakt alle dei forslaga som Høgre og Kristeleg Folkeparti står bak i innstillinga.

Presidenten: Det er oppfattet.
Det blir replikkordskifte.

Sigbjørn Molvik (SV) [12:09:02]: Representanten Vihovde la i sitt innlegg stor vekt på den utfordringa vi

står overfor når det gjelder å prioritere hvordan vi skal bruke offentlige midler, og gav uttrykk for at Venstre i stedet for brede universelle ordninger vil satse på målrettede tiltak, rettet mot dem som trenger det mest.

Regjeringa har i denne stortingsperioden så langt gitt ca. 20 milliarder kr i skattelette, aller mest til dem som har mest fra før. Mener virkelig representanten Vihovde og Venstre at dette er målrettet bruk av offentlige midler til dem som trenger det mest og har størst behov?

May Britt Vihovde (V) [12:09:58]: Skal ein ha noko å fordela, må ein òg skapa noko. Å gi skattelette for å få auka verdiskaping er viktig dersom vi skal ha gode velferdsordningar og pengar å fordela.

Regjeringa har faktisk teke veldig mange grep for å møta dei som har minst, ved å målretta tiltaka. Ein har knytt det til reformer for å sjå korleis tiltak innanfor arbeidslivet fungerer for å få redusert utgiftsveksten i folketrygda. Når talet på sjukmelde og uføretrygda har auka betydeleg dei siste åra, må ein ta nokre grep for å stoppa utgiftene, slik at fleire sjukmelde kan få hjelp til å komma tidleg tilbake i arbeid. Det trur eg faktisk er det viktigaste. Vi treng reformer for å møta den enorme utviklinga i utgiftsveksten innanfor folketrygda. Det trur eg alle politiske parti, om dei sit i regjering eller er i opposisjon, er nøyde til å sjå på.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Asmund Kristoffersen (A) [12:11:24]: Budsjettet på sosial- og helseområdet preges av det samme som de øvrige områdene: Regjeringens opplegg med å redusere utgiftene til fellesskapet er der for å kunne ha rom for skattelettelser svært få har bruk for. Hvis dette var en foretelse bare for ett år, kunne vi leve med det, men det alvorlige er gjentakelsen gjennom fire år. Konsekvensene av dette er et begynnende angrep på velferdsstaten, der fellesskapet skal bidra mindre, og den enkelte av oss mer – et skjebnesvangert opplegg for dem som trenger fellesskapets sikkerhetsnett.

Det positive i årets budsjett på helseområdet er at opptrappingsplanen for psykiatrien følges opp, men det er også et opplegg som enhver regjering er forpliktet på. Likevel er det helt uakseptabel lang ventetid på behandling, spesielt for barn og ungdom. Å komme tidlig til kyndig behandling er ofte avgjørende for å hindre alvorlig og langvarig eller varig psykisk sykdom. Dette er alvorlig.

I SINTEF-rapporten SAMDATA Psykisk helsevern 2003 dokumenteres det at nedbyggingen av sykehjemsplasser går fortere enn byggingen av døgnplasser på distriktpsikiatriske sentre, DPS. Produktiviteten til behandlerne har gått ned dette året, ikke opp. Det er dessverre en stigning i antall tvangsinnlagte. Det er et alvorlig varsel. SINTEF-rapporten viser også at det er 1 000 færre sengeplasser om man sammenligner nedbygging av sykehjemsplasser med nye døgnplasser i DPS-ene. Dette er alvorlig når en også vet at kommunene slett ikke

har vært i stand til å bygge opp sine tilbud i takt med reduksjoner i spesialisthelsetjenestens døgntilbud.

Den såkalte dobbeltdiagnosen, dvs. kombinasjonen av alvorlig psykiatrisk diagnose kombinert med rusproblem, er et økende problem. Internasjonal forskning viser at begge sykdommene må behandles samtidig. Her ligger en stor utfordring for helseforetakene, som både krever ressurser, oppbygging av nye tilbud og forskning i kompetente fagmiljø. Dette må helseministeren ta på alvor, og dette må de regionale helseforetakene ta på alvor i videreutviklingen av pasienttilbudene. Vi trenger økt kapasitet her, og vi trenger utvikling av gode fagmiljøer.

Arbeiderpartiet og jeg mener at vi trenger en ny vurdering av avskrivningsreglene for sykehus og utstyr. Det er ikke akseptabelt med et avskrivningsregime som ikke setter sykehusene i stand til å fornye utstyr, holde ved like bygninger og bygge nytt når det kreves.

Nå går toget for å innlemme et psykiatribygg i fase 2 i utbyggingen av St. Olavs Hospital i Trondheim. Det er med beklagelse jeg må registrere at regjeringspartiene og Fremskrittspartiet ikke støtter dette. Departementets begrunnelse, slik det står å lese i budsjettforslaget, er direkte oppsiktsvekkende. Der hevdes det at det ikke er faglige argumenter for å integrere psykiatri og somatikk. Dette tror jeg departementet nesten er alene om å mene i denne verden!

Min kollega Bjarne Håkon Hanssen har i sitt innlegg grundig gått inn på de manglende bevilgningene til sykehusene, så det lar jeg ligge.

Arbeiderpartiet mener at helseforetakene har behov for å styrke sin legitimitet og bedre sin samfunnskontakt, selv om det nå skjer positive forbedringer landet rundt. Befolkningen, pasienter, regionale og lokale politikere må lettere kunne nå fram til styrene med sine synspunkter. Vi mener derfor at lokale og regionale myndigheter skal ha anledning til å foreslå kandidater til styrene på alle nivå i helseforetakene. De regionale helseforetak og helseforetakene bør også snarest opprette formalisert kontakt på henholdsvis regionalt og lokalt nivå, gjerne etter det mønster vi ser er etablert i Helse Nord.

Jeg synes opptreningsinstitusjonene er satt i en meget usikker finansiell situasjon, noe som er forsterket ved at regjeringspartiene og Fremskrittspartiet overfører det finansielle ansvar til de regionale helseforetakene, men dette er en sak som er tapt. Departementet må imidlertid ta et ansvar for en gjennomgang av finansieringsordningene, slik at de både kan sikres en forutsigbar økonomi og et grunnlag for faglig utvikling. Et minstemål må være at like behandlingsopplegg refunderes likt.

Når det gjelder utvikling av nye institusjoner eller tilbud, mener jeg at departementet og helseforetakene må se til de gode erfaringer man har hatt med å samarbeide med tunge pasientorganisasjoner.

Så vil jeg varsle at vi ønsker å gjøre om et forslag til oversendelsesforslag. Det er forslag nr. 18, fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, som er inntatt på side 111 i innstillingen.

Presidenten: Det var flott å vite.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [12:16:53]: Det er like vanskelig for meg som det er for alle andre i denne salen å tegne et helt dekkende objektivt bilde av norsk helsevesen i løpet av et timinuttersinnlegg. Men jeg registrerer i hvert fall at FN har kåret vårt helsevesen til et av verdens beste, målt i ressursbruk, nivå, tilgjengelighet osv. Og det er mye som er bra i norsk helsevesen.

Det er nok allikevel et poeng, som representanten Gløtvold for så vidt sa, at vi i hvert fall må bruke en del av vår tid på å se på de mangler som måtte være, og prøve å gjøre noe med det. For det er mye som er bra. Det er et vell av ansatte som gjør en meget solid jobb hver eneste dag. Det er mange både direktører og styrer som gjør veldig mye som er bra. Til tross for det leser vi nesten daglig om enkelttilfeller som åpenbart ikke har vært en del av det tilbudet som er meget bra. Jeg vil i dette innlegget få lov til å sitere litt fra et langt brev jeg har fått fra en mor – jeg får for øvrig mange brev fra pårørende som har sine i helsevesenet, ikke minst innenfor psykiatrien og rusområdet. Det står i dette brevet:

«Jeg har en sønn som er tung narkoman som har gått på det som er mulig å ruse seg på de siste åra. Han har vært inne til avrusning en rekke ganger, og vært på veksthuset i ca 6 mnd. Likeledes hatt medisinsk nedtrapping med oppfølging fra lege. Han sprakk etter endt program da det ikke var laget et opplegg med oppfølging etterpå. Senere ble andre leger kontaktet, men ingen ville stille opp for ham. Av kommunelegen fikk jeg vite at han har slitt ut to leger og derfor ikke kan forvente mer hjelp.»

Jeg skal prøve å gi min analyse slik jeg oppfatter det etter seks måneder i denne jobben, hva som er min visjon for neste års budsjett for det helsevesenet vi skal prøve å utmeisle, og peke på noen av de tiltakene som jeg mener er nødvendige for å nå våre målsettinger når det gjelder det som er Regjeringens prioriteringer, og som jeg kan se av innstillingen også er Stortingets prioriteringer, nemlig det som har med psykiatri å gjøre, det som har med rusområdet å gjøre, og det som har med kronikere å gjøre.

Det som er helt sikkert, er at en del av helse- og omsorgstjenestene ofte ikke er gode nok, slik det fremstår for meg i hvert all, for dem som trenger det aller mest. Vi har et veldig godt tilbud, vil jeg si, innenfor f.eks. en så relativt smal sak som snorkeoperasjoner. Der har vi seks-sju ukers ventetid, og det er selvfølgelig veldig bra for dem som trenger det, ikke noe galt sagt om det. Men andre får ikke hjelp for alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, og jeg stiller spørsmålet: Er det kanskje nettopp fordi det er innenfor psykiatrien og rusområdet, at de ikke får dette? Vi avdekker svært ofte at disse to pasientgruppene ikke får de hjemmetjenestene de burde hatt.

Etter mitt skjønn er ikke helsevesenet totalt sett diagnosenøytralt, hvis jeg kan få lov til å bruke et slikt ord. Hvis en mann på min alder blir hjertesyk, blir han ikke i forbindelse med innleggelsen møtt med at han eventuelt måtte veie for mye og ha trimmet for lite. Men sønnen som ble omtalt i dette brevet, han ble altså møtt med at han har slitt ut to leger.

En annen bit av min analyse er at vi på ingen måte greier å samhandle slik som vi skulle. På en god restau-

rant er det vel ikke slik som det fremgikk av revyene ofte før, at dette er «ikke mitt bord». Det opplever jeg ikke lenger på en god restaurant. Men det er ikke uvanlig at det i forbindelse med utskrivning et sted, når dialogen begynner, heter: Dette er ikke lenger min pasient. Det er det for mange som opplever.

Et annet forhold er at vi i norsk helsevesen ikke i tilstrekkelig grad tar de pårørendes situasjon tilstrekkelig innover oss. Den ene dagen er vi innlagt i en hvit seng med mennesker i hvite klær rundt oss, neste dag, hvor vi er nesten like syke som dagen før, er det kun de pårørende hjemme som eventuelt skal gjøre en jobb.

Et annet poeng i forbindelse med det som går på samhandling, er det faktum at man konsentrerer seg om kroppsdelene og i mindre grad om mennesket som helhet. Vi er først og fremst et helt menneske. Det synes jeg kanskje heller ikke i tilstrekkelig grad er reflektert i helsevesenet vårt.

«Mitt håp er at min sønn kan få hjelp», skriver denne moren altså.

Mitt håp og min visjon for det neste året er at både sønnen og moren skal få en bedre hverdag, at vi skal ha et helsevesen som ikke avviser de sykeste, men nettopp prioriterer dem som er sykest, at vi skal ha en helsetjeneste som gir et likeverdig tilbud i forhold til hvordan man blir møtt, uavhengig av hvilken diagnose man måtte ha, at vi skal ha et helsevesen som tilbyr en trygg hånd som ikke slipper når man går fra den ene instansen til den andre, fra det ene nivået til det andre, fra den ene institusjonen til den andre, at vi skal ha et helsevesen som, i større grad i hvert fall, ser et helt menneske og ikke bare enkeltlidelser og kroppsdelene isolert sett, og, som jeg sa, at vi skal ha et helsevesen og et hjelpeapparat som ser på de pårørende som en del av løsningen og ikke som en del av problemet.

Hvilke tiltak skal man iverksette for å realisere noe av dette? Hovedprioriteringen, slik jeg ser det, er knyttet til psykiatrien, og da særlig to grupper innenfor psykiatrien: De alvorligst syke og barn og unge. Og selv om vi nå har en psykiatriplan som definitivt kommer til å bli oppfylt, slik Stortinget har forutsatt, er det, slik jeg vurderer det, ikke tilstrekkelig for å gi pasienter som er i psykiatrien, et tilbud som vil være nøytralt i forhold til ressursinnsats mot somatikken. For hvorom allting er, når man ser på den årlige veksten i psykiatri og somatikk i de årene som har gått, viser de nakne tall at det ikke er slik at det har vært en relativt høyere vekst i psykiatrien enn i somatikken. Det er mange gode grunner til det, og en del dårlige, eller som ikke er gode å forklare.

Jeg føler meg veldig overbevist om at det innenfor psykiatrien vil være nødvendig å satse særlig på de kommunale tilbudene. Det er der menneskene til syvende og sist bor, og der de fleste vil få sin behandling. Jeg har også veldig tro på det som nå er i ferd med å realiseres innenfor DPS, og ikke minst det som går på ambulerende team, at vi skal få ambulerende team som også ofte skal kunne agere istedenfor politiet. Jeg kan ikke tenke meg noe mer stigmatiserende enn at politiet kommer inn i et boligstrøk og tar med seg en psykisk syk person, der eks-

pljosjonen har skjedd i hjemmet. Jeg tror dessverre det vil sitte i i generasjoner. Her er det definitivt ting å ta fatt i.

Rus og rusbehandling vil være én av tre hovedprioriteringer for neste år i det bestillingsdokumentet som skal sendes ut like over nyttår. Min tanke er at det bestillingsdokumentet som går ut, og foretaksmøtet, skal understreke meget sterkt behovet for økonomisk ressursallokering til det som er hovedprioriteringene. Og da nytter det ikke å komme ved årets slutt med noen bortforklaring på hvorfor man har økt mer på ressursinnsats i somatikken, uansett om ISF-en er 0 eller 100 pst.

Når det gjelder helseforetakene, vil jeg bare si noe veldig kort, for tiden går jo så fort. Jeg hadde et møte med alle styrene i de regionale helseforetakene i går. Det er klart at det er noen utfordringer knyttet til det spesielle ved at vi øker ISF-andelen. Det fremgår imidlertid av St.prp. nr. 1 hva som er antatt aktivitetsnivå til neste år, noe jeg har brevvekslet med Stortinget om, så det er for så vidt ikke endret.

En annen ting som vil være et hovedfokus i neste års styringsdokument, vil være knyttet til pasientrettigheter, som er vedtatt i lovs form av Stortinget, og som i veldig stor grad ikke er tilstrekkelig etterlevd. Hvordan skal vi bidra til å hjelpe de regionale helseforetakene til å følge opp dette, og ikke minst få styrene til å ansvarliggjøre dem? I foretaksmøtet på nyåret kommer jeg til å pålegge alle fem regionale helseforetak å etablere intern revisjon, slik at kontrollen kan foregå slik den foregår i andre organisasjoner med budsjetter som til sammen beløper seg til 65 milliarder kr.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Bjarne Håkon Hanssen (A) [12:27:36]: Jeg synes dette var et interessant innlegg. Og er det ett område det er veldig bred enighet om i denne sal, så er det nettopp ønsket om å få prioritert psykiatrien og rusfeltet. Så behøver vi ikke nå å krangle om rammene, og vi behøver ikke å krangle om 60-40 eller 40-60, men jeg har lyst til å be helseministeren, av ren interesse, om å utdype hvordan han nå vil stille krav overfor helseforetakene. For det spennende vil jo være om helseministeren vil stille krav om f.eks. økt pasientbehandling, i form av å sette mål for reduksjon i ventelister og for antall personer i behandling, eller ser helseministeren for seg å gå videre gjennom å stille krav om andel av økonomiske ressurser i forhold til psykiatrien og rusfeltet?

K j e l l E n g e b r e t s e n hadde her overtatt presidentplassen.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [12:28:48]: Med den lille reservasjonen at Stortinget skulle behandle budsjettet i dag, holdt jeg et foredrag for styrene i de regionale helseforetakene i går, der jeg antydningvis sa hva som ville kunne være omrisset av det bestillingsdokumentet og det foretaksmøtet som vi skal ha i januar.

Det som er definitivt, er at det vil bli stilt meget klare krav, som er lett etterkontrollerbare, og som for så vidt både er enkle og greie for de regionale helseforetakene å forholde seg til. Og det som er kravet, og som vil være mitt krav, er at det må ytterligere ressurser til utover det som fremgår av det historisk høye bevilgningsnivået vi har foreslått til psykiatrien, for å ta igjen det faktum at psykiatrien har vært underprioritert.

La meg referere styrelederen ved Ullevål sykehus, som var til stede på møtet i går. Han sa at psykiatrien i tiår har vært underprioritert. Og det sa altså en tidligere politiker fra Oslo kommune, som hadde ansvaret for dette. Det vil bli helt soleklare, lett etterkontrollerbare krav til hva som skal allokeres av ressurser til psykiatrien.

John I. Alvheim (FrP) [12:30:25]: Helse Førde har gjort vedtak om å legge ned den kirurgiske akuttberedskapen på Nordfjordeid sykehus, men sykehuset er fortsatt pålagt å drive elektiv kirurgi, både bløtvevskirurgi og ortopedi. Dette er ikke faglig forsvarlig etter min vurdering. Mitt spørsmål til helseministeren er: Vil helseministeren sørge for at dette vedtaket trekkes inn i foretaksmøtet, for eventuelt å omgjøre det vedtaket som er gjort? For man kan faktisk ikke drive elektiv kirurgi i et sykehus hvis man ikke har en beredskap i sykehuset for de pasientene som ligger inne.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [12:31:21]: I utgangspunktet er det en meget krevende balansegang som ligger i denne sykehusreformen slik den er organisert, med fem regionale helseforetak og 30 underliggende helseforetak, hvis fremste oppgave er ikke å bestemme hva man skal holde på med i norsk helsevesen, men hvordan man skal gjøre det. Det ville være nærmest umulig for meg å skulle forsøke faglig å overprøve alle de vedtak som gjøres om på hvilken måte man skal utføre det som er et ansvarlig, tilstrekkelig og godt helsetilbud.

Enkelte ganger er det likevel slik at det vil være så vidtgående beslutninger at det skal inn på helseministerens bord. Det har Stortinget vedtatt, slik det fremgår av helseforetakslovgivningen. Det følger av den hvilke saker som skal inn. Jeg vil være meget forsiktig med i utgangspunktet å trekke inn andre saker for om mulig å overprøve dem, uten at jeg dermed skal ha sagt at jeg har svart eksplisitt på spørsmålet om den angjeldende saken, som jeg ikke i detalj kjenner tilstrekkelig til her jeg nå står.

Olav Gunnar Ballo (SV) [12:32:52]: Statsråden beskrev i sitt innlegg innholdet i et brev fra en mor, og jeg synes det var en klok tilnærming statsråden hadde.

Men det som er et dilemma, er at konsekvensen av den politikken som føres av den sittende regjering – nå er det ikke sikkert at den hadde vært vesensforskjellig om det hadde vært en annen regjering – er veldig sterk fokusering på sykehøkonomien og på helt andre områder enn det som nødvendigvis handler om psykiatri, som handler om rusmidler – som handler om å hjelpe nettopp

de gruppene som skulle vært hjulpet, og som moren gjennom sitt brev til statsråden gir uttrykk for trenger hjelp.

Denne situasjonen er blitt beskrevet i avisartikler, f.eks. i Dagsavisen, i VG – og i Aftenposten i dag, hvor det står:

«Den sterkt psykotiske pasienten var så aggressiv at personalet på Ullevål opplevde ham som truende. For å få ham til å roe seg, ble han sendt hjem.»

Denne situasjonen har vært beskrevet over så lang tid at i SV opplever vi det nå slik at det er behov for en grundig gjennomgang av dette, at statsråden bør gi Stortinget en redegjørelse med hensyn til hvordan man skal få kontroll med situasjonen. Kan statsråden gjøre det – rett og slett gi en redegjørelse overfor Stortinget om situasjonen i psykiatrien nå på nyåret?

Statsråd Ansgar Gabrielsen [12:34:18]: Det som er utgangspunktet for det egentlige spørsmålet, nemlig om å gi en redegjørelse, er summen av enkelttilfeller som vi har sett ved mange institusjoner. Flere av dem har vært knyttet til Ullevål. Så er spørsmålet om man kan gi en redegjørelse i Stortinget om hvordan man ser på situasjonen i norsk psykiatri.

Det er klart at – for å si det slik – det er ingen statsråd som ønsker å fortsette i jobben som motsetter seg en anmodning fra Stortinget om å gi en redegjørelse, det være seg om langt mindre alvorlige ting enn situasjonen i norsk psykiatri.

Ola D. Gløtvold (Sp) [12:35:18]: Helse- og omsorgsministeren var inne på området samhandling i innlegget sitt, og jeg har lyst til å ta opp det i forhold til situasjonen i Oslo, der det helt klart er behov for bedre koordinering og samarbeid – om en vil, samhandling. Dette er først og fremst viktig og riktig i forhold til å få et best mulig tilbud til pasientene, samtidig som det vil bety bedre ressursutnyttelse. Der tror jeg helseministeren og jeg er enige.

Helseministeren er eier og øverste myndighet til disse sykehusene og kan instruere og styre gjennom sitt styringsbrev til helseforetakene og til det som er utøvende helsevirksomhet også innenfor Oslo bys grenser.

Hva vil helseministeren eventuelt gjøre, og hva kan han gjøre, uten å slå sammen Rikshospitalet og Radiumhospitalet, og uten å legge føringer for at en må slå sammen helseregionene Øst og Sør, for å få til et bedre samarbeid og en bedre pasientbehandling i Oslo?

Statsråd Ansgar Gabrielsen [12:36:35]: Spørsmålet var hva jeg kan gjøre, og hva jeg vil gjøre. Da er det enkle svaret at det jeg kan gjøre, vil jeg gjøre – og det kommer jeg også til å gjøre.

I det foretaksmøtet som skal være en av de første dagene i januar, vil det bli en oppstilling av en god del saksområder, hvor de regionale helseforetakene vil bli pålagt å samarbeide og internt koordinere seg på en annen måte enn hva som har vært tilfellet. Det er nokså naturlig at man i de første fasene i denne reformen har prøvd å lete seg frem til former for samarbeid. Dette er jo svære orga-

nisasjoner som skulle sette seg. Jeg tror vi nå etter tre år må si at tiden er inne til å ta noen grep for å foreta helt nødvendige avklaringer foretakene imellom. Investeringer er jo et stikkord. Hvis man ser på grensen vi har mellom øst og sør i denne byen, og ser på hvilke investeringer som er gjort, og, kanskje enda viktigere, ser på hvilke investeringer som ikke er gjort, og hva som er prioritert, jf. det som er hovedprioriteringer, nemlig psykiatri, hadde det kanskje vært lurt å allokere ressursene annerledes – og koordinert.

Asmund Kristoffersen (A) [12:38:02]: Selv om helseministeren ikke berørte dette med avskrivning, og dermed investeringsregimet, direkte i sitt innlegg, var han litt inne på det i sitt siste svar til Gløtvold. Jeg må utfordre helseministeren litt på dette området, fordi det er et sentralt element i sykehusdriften.

Hvis en leser budsjettforslaget riktig, er det grunn til bekymring hvis det er slik at en legger opp til et investeringsregime som ikke ivaretar de verdiene av utstyr og sykehusbygninger som vi faktisk har i dag, og behovet for fornyelse. Spørsmål blir da, for så vidt enkelt nok: Hvordan vil helseministeren sikre et investeringsnivå som i det minste tar utgangspunkt i dagens verdier, i utstyr og i bygninger?

Statsråd Ansgar Gabrielsen [12:39:17]: I driftsregnskapet til foretakene er det for så vidt slik som i alminnelige finansregnskap i en bedrift, at avskrivninger belaster driftsbudsjettet. Det viktigste for å få balanse mellom utgifter og inntekter er jo at man må ha en inntektsstrøm som passer med det utgiftsnivået man har. Så vidt jeg har skjønnet, dreier det seg om ca. 1 milliard kr i differanse hva gjelder avskrivning, og jeg tror det var 4 milliarder kr som var den tekniske verdien, basert på verdiene av det man hadde av teknisk utstyr. Det er snakk om å ta ca. 3/4 av det over tid.

Nå er det slik at bygninger og teknisk utstyr i gjennomsnitt avskrives over en 30–40-årsperiode. Så la meg si det slik at selv om noen direktører i enkelte helseforetak er bekymret for dette, tror jeg nok at det er av de områdene de vil bekymre seg minst for innledningsvis. Det vil bli ganske mange år frem i tid før det skulle vise seg at de har et snev av rett i det de hevder. Jeg tror imidlertid at det nivået som det er lagt på, er mer enn tilstrekkelig for å fornye det vi trenger for å drive norsk helsevesen.

Presidenten: Replikordskiftet er avsluttet.

Harald T. Nesvik (FrP) [12:41:00]: Årets statsbudsjettbehandling har etter min mening foregått på en ryddig og oversiktlig måte. En må vel i stor grad kunne si at dette må tilskrives at regjeringspartiene og Fremskrittspartiet kom fram til enighet, som begge parter kan stille seg bak. Det er grunn til å trekke fram at det forslaget til statsbudsjett på sosialkomiteens område som i dag foreligger til behandling, har gjennomgått en betydelig forbedring i forhold til det som var utgangspunktet da Regjeringen fremmet statsbudsjettet.

Når egenandelstaket ikke blir økt fra 1 550 kr til 2 500 kr, slik som Regjeringen opprinnelig foreslo, men i stedet bare reguleres med det som kan sies å være lønns- og prisveksten, til å bli 1 585 kr, må dette være veldig bra. Dette er betydelig bedre enn det bl.a. Arbeiderpartiet klarte å framforhandle i forbindelse med budsjettet for inneværende år. Fremskrittspartiet er også glad for at en har klart å få til at det ikke skal innføres en egenandel på 45 kr for fysioterapi for dem som faller inn under diagnoselisten.

Det har i mange år vært særdeles viktig for Fremskrittspartiet å holde nivået på egenbetalingen i helsevesenet på et lavest mulig nivå, all den tid dette i stor grad må oppfattes som skatt på sykdom.

Det er en sak i dette budsjettet som på mange måter vil kunne bli en milepæl i norsk politikk. Det er det faktum at Fremskrittspartiet nå får gjennomslag for at det skal utarbeides en egen stortingsmelding om seniorpolitikk. Dette er noe som flere organisasjoner og enkeltpersoner har tatt til orde for over en viss tid, herunder kan bl.a. nevnes Yngve Hågensen og Carl I. Hagen. Også på dette området har Fremskrittspartiet gått i bresjen for en svært viktig sak. Det er svært viktig at seniorpolitikk ikke forveksles med eldreomsorgen og de behov som der framkommer. Seniorpolitikk er noe helt annet. Her kan nevnes viktigheten av å se på utstøtningsproblematikken overfor eldre arbeidstakere, sluttpakker, tidligpensjonering av mennesker som selv ønsker å stå lenger i arbeid, trygdeordninger, osv. Dette blir et svært viktig arbeid som jeg både håper og forventer at Regjeringen tar på alvor, at man raskt setter i gang dette arbeidet med å effektivisere denne bestillingen fra Stortinget.

En kommer dessverre ikke utenom å trekke fram en meget uheldig problemstilling som har oppstått som følge av et endringsforslag fra Regjeringen hva angår refusjonsordningen for medisiner til pasienter som lider av lungesykdommen KOLS. Regjeringen foreslår i budsjettet at de medisinene som brukes for denne pasientgruppen, som i dag refunderes etter blåreseptforskriften § 9, skal refunderes etter individuell søknad etter § 10 a. Dette innebærer at alle pasienter må oppsøke spesialist for å få skrevet ut resept. Denne må så videresendes til Rikstrygdeverket, som så skal behandle søknaden før en eventuell godkjenning eller et avslag blir gitt. Dersom dette blir vedtatt, er det grunn til å tro at mange tusen pasienter vil bli rammet av en byråkratisk og tidkrevende ordning, som i hvert fall jeg frykter ikke vil kunne føre noe godt med seg. Det er grunn til å frykte at KOLS-pasientene kan komme til dels svært mye dårligere ut, da f.eks. spesialistdekningen på lungefeltet er svært variabel. Det er også grunn til å merke seg at det er til dels store skjevheter distriktene imellom om hvorvidt det er lungespesialist eller ikke. Videre vil det også kunne oppstå en situasjon der antallet søknader om refusjon blir så stort at det blir lange ventelister og lang behandlingstid for den enkelte søknad. Av hensyn til KOLS-pasientene er jeg derfor glad for at Sosialistisk Venstreparti her fra

talerstolen i dag har varslet at de vil slutte seg til forslaget fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet om ikke å overføre legemidler fra generell refusjon til individuell refusjon når det gjelder KOLS-behandling, som foreslått i budsjettet.

1. mai neste år vil gifte og samboende pensjonister motta nok en økning i grunnpensjonen takket være at Fremskrittspartiet i sin avtale med regjeringspartiene for noen år siden fikk gjennomslag for en opptrapping på dette området. Dette skjedde da i budsjettbehandlingen høsten 2002. Fremskrittspartiet har imidlertid alltid stått for prinsippet at alle pensjonister skal få sin fulle og rettmessige opparbeidede grunnpensjon, og vil derfor allereide på det nåværende tidspunkt signalisere at vi ved en senere anledning vil fremme forslag om en ytterligere opptrapping, slik at vi til slutt når målet om at også gifte og samboende pensjonister skal få sin hele og fulle grunnpensjon utbetalt.

Gjennom de forhandlingene som er ført mellom Fremskrittspartiet og regjeringspartiene i komiteen, har det blitt en del endringer i fagbudsjettet etter at rammen er gitt. Det har blitt flyttet på noen få, men likevel meget viktige millioner for dem som får disse tildelt. Det har også blitt skapt flertall for en del viktige forslag som vil forplikte Regjeringen til å gjøre et grunnarbeid på en del særdeles viktige områder. I den forbindelse er det viktig å merke seg at et klart flertall i komiteen, alle unntatt Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, ber Regjeringen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2005 vurdere å godkjenne ReumaSol som en offentlig godkjent opptreningsinstitusjon underlagt et av de regionale helseforetakene. Dette vil kunne medføre at langt flere enn det som er tilfellet pr. i dag, vil kunne få gjort seg nytte av et behandlingsopphold på denne institusjonen i Spania, og til en overkommelig egenandel.

Det er viktig at det blir lagt til rette for at debutalderen for ungdom når det gjelder alkohol, utsettes så lenge som mulig. Skal vi få dette til, er det viktig at vi kommuniserer med ungdommen på en slik måte at ungdommen tar budskapet innover seg og respekterer det. Slik Fremskrittspartiet ser det, har skremsepropaganda og voksen-barn-kommunikasjon ikke vært særlig vellykket, snarere tvert imot. Det er derfor gledelig at Fremskrittspartiet nå får gjennomslag for et forslag om at det skal bevilges 2,5 mill. kr til en kampanje som skal rettes mot ungdom, og som skal utarbeides av ungdom, med den målsetting å få utsatt debutalderen, eller få redusert forbruket av alkohol blant ungdom. Kampanjen kan også innrettes mot rusmiddelbruk generelt dersom det er ønskelig, slik Fremskrittspartiet ser det.

Alt i alt har neste års statsbudsjett blitt et budsjett som vil kunne danne grunnlaget for et bedre samfunn også for dem som trenger det mest. Det er mye bra i budsjettet, selv om det selvfølgelig også er mye som Fremskrittspartiet kunne tenkt seg å endre. I den forbindelse vil vi også nevne at det nå blir en betydelig styrking når det gjelder likemannsarbeidet, slik at her vil store pasientkategorier kunne få nytte av andres erfaringer i sin sykdom.

Det beste i dag hadde selvfølgelig vært om man kunne fått vedtatt Fremskrittspartiets alternative budsjett, slik som det framkommer i finansinnstillingen. Men det som skal vedtas nå i dag, er det nest beste. Fremskrittspartiet har fått endret en del på budsjettets profil, slik at de som har høye sykeutgifter og behov for annen hjelp, av diverse årsaker, nå får et bedre utgangspunkt til å kunne takle hverdagen sin.

Sigbjørn Molvik (SV) [12:49:27]: Det er få ting som gjør meg så opprørt som å høre og lese om titusener av barn i Norge som lever i familier med så dårlig råd at de må regnes som fattige. TV2 Nettavisen kunne for to dager siden melde at søknader om julepakker i disse dager strømmer inn til Frelsesarmeen slumstasjon. «Det er mange eneforsørgere som kommer til oss når kjøleskapet blir tomt. Til jul bør de være tidligere ute, så vi kan planlegge noe ekstra til ungene», sier Marit Solli, som er leder for slumstasjonen, til TV2 Nettavisen. Dette er en hard dom over denne regjeringas kanskje høyest profilerte hovedsak: kampen mot fattigdom.

Ære være Frelsesarmeen, Kirkens Bymisjon og andre frivillige som trår til og gjør en kjempeinnsats for folk som har det vanskelig, både i forbindelse med jula og ellers i året. Men det aller meste av dette burde være aldeles unødvendig i et så rikt land som Norge.

Det som gjør meg like opprørt, er det svaret statssekretæren i Arbeids- og sosialdepartementet gav på denne utfordringa. Hun opplyser til Nettavisen at departementet har sendt ut et rundskriv til kommunene om at de må vurdere ekstra tiltak under spesielle høytider, som jul. Hun uttaler også at noen familier har en ekstra stor utfordring. Her innrømmer altså den politiske ledelsen i Arbeids- og sosialdepartementet at mange familier har ekstra store utfordringer i forhold til sin økonomi. Men det eneste konkrete Regjeringa kan komme opp med, er altså å sende ut et rundskriv til kommunene der de blir bedt om å vurdere en ekstra slant til de fattige til jul.

Ja, noen familier har store utfordringer, og disse utfordringene har de hver eneste dag året rundt, ikke bare i jula. Det er sjølsagt bra at kommunene gjør det de kan for at alle skal kunne ha en verdig jul. Men det er ikke på denne måten en fjerner fattigdom, verken blant barn eller voksne. Og det er på dette punktet at denne regjeringa har sviktet. Svært mye tyder på at i de tre åra Regjeringa har sittet ved makten, er det ikke blitt færre fattige i landet vårt. Nei, mye tyder på at det er blitt flere. Innsatsen mot fattigdom for neste år fra Regjeringas side viser en økning på 255 mill. kr. Det er for å si det mildt en beskjeden satsing, særlig sammenliknet med at det blir gitt et mange, mange ganger så stort beløp for å styrke privatøkonomien til dem som har solid økonomi fra før. Skal vi lykkes i å fjerne fattigdommen i Norge, og det er den klare målsettinga SV har, er det nødvendig med langt mer omfattende og brede tiltak.

SVs målsetting i den generelle økonomiske politikken og i sosialpolitikken er sosial utjevning, mer rettferdig fordeling og, som jeg nettopp sa, å fjerne fattigdommen.

Gjennom prioriteringene på sosialbudsjettet synliggjør SV to viktige strategier for å nå disse målene. Den første dreier seg om at flere av dem som er utenfor yrkeslivet på grunn av sykdom, skade eller av andre årsaker, skal få muligheten til å komme tilbake til arbeidslivet. Samtidig må vi skape et arbeidsliv som ikke støter enda flere ut. Den andre strategien handler om at de ordningene og de ytelsene som er etablert for personer som av ulike årsaker ikke kan forsørge seg sjøl gjennom eget arbeid, skal være slik at de gir et godt grunnlag for økonomisk trygghet og verdig liv. Begge disse strategiene er avgjørende for at man skal kunne lykkes med å bekjempe fattigdommen.

De siste åra har vi sett en nærmest dramatisk økning i antall personer som er blitt satt utenfor yrkeslivet og over på ulike ordninger – sykelønn, attføring, rehabilitering eller uførepensjon. Det er for å motvirke denne utviklingen at avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv i sin tid ble inngått mellom partene i arbeidslivet og staten.

Det har tatt tid før den innsatsen som ligger i IA-avtalen, har gitt synlige resultater. Dette har i ulike sammenhenger ført til at det fra ulike hold er blitt hevdet at avtalen er mislykket. Derfor er det nå gledelig å registrere at avtalen begynner å gi positive resultater. Økningen i sykefraværet har stagnert, og i noen bransjer vises til og med en betydelig nedgang.

Da er det svært uheldig at Regjeringa setter hele grunnlaget for avtalen i fare ved å foreslå endringer i sykelønnsordningen midt i avtaleperioden, når den nå fremmer forslag om å utvide arbeidsgivers andel av sykelønnen etter 14 dagers sykmelding.

Etter min og SVs mening er det i den fasen vi nå er, der de positive resultatene begynner å vise seg, ekstremt viktig fra alle parter side å forsterke innsatsen som ligger i avtalen – og ikke svekke den. Derfor vil SV stemme imot de endringene i sykelønnsordningen som Regjeringa foreslår – også den modifiserte varianten som foreligger i budsjettforliket med Fremskrittspartiet. Vi oppfatter dette som et brudd på IA-avtalen.

SV foreslår i stedet å trappe opp statens innsats ved å styrke trygdeetaten – som ivaretar statens ansvar i IA-avtalen – gjennom økt bemanning og kompetanse for å forsterke den positive trenden som vi nå ser ut til å være inne i. En slik forsterket innsats vil gi grunnlag for å beregne ytterligere reduksjon i utgiftene til sykelønn og andre sykdomsrelaterte ytelser i folketrygden.

Rapporten om nedgang i sykefraværet i arbeidslivet tyder på at denne nedgangen først og fremst skjer i privat sektor. I offentlig sektor er langtidssykefraværet fortsatt svært høyt. Dette gjelder spesielt pleie- og omsorgssektoren. Vi vet at mange kommuner sliter svært tungt økonomisk, og det er ingen grunn til å anta at situasjonen blir særlig lysere neste år. Dette tvinger kommunene til å ha en bemanning som er skåret ned til beinet. Det skaper en svært tøff og krevende arbeidsdag for de ansatte, og ingen kan undres over at dette for mange fører til sykdom og – i verste fall – uførhet.

SV foreslår i sitt alternative statsbudsjett å øke kommunenes inntekter neste år med 6,5 milliarder kr. Dette

mener vi er nødvendig, først og fremst for å sikre velferdstilbudet til innbyggerne, men det vil også føre til betydelig lettere og bedre arbeidsforhold for de ansatte som skal utføre velferdstjenestene. Dette vil skape grunnlag for at vi kan begynne å se nedgang i sykefraværet også i kommunal sektor – og i andre deler av offentlig sektor.

Jeg har tidligere i mitt innlegg lagt vekt på at vi må sikre at ordninger og ytelser for dem som ikke kan leve av egen inntekt, må være slik at de gir økonomisk trygghet og grunnlag for verdig liv. Dette er et av de viktigste virkemidlene for å bekjempe fattigdom. Mye tyder på at disse ordningene og ytelsene ikke gir denne tryggheten. SV foreslår derfor at det nå settes ned et utvalg som skal gjennomgå nivået på trygde- og sosialytelsene, med utgangspunkt i SIFOs levekostnadsberegninger.

I de siste åra er det foretatt innstramminger i ulike ordninger i folketrygden som gjør at flere som kunne ha behov for slike ytelser, antakelig ikke fanges opp av regelverket. Derfor ønsker SV – sammen med Arbeiderpartiet og Senterpartiet – en evaluering av effekten av de ulike regelendringene. Et eksempel på en slik innstramning er reglene for rehabiliteringspenger. I statsbudsjettet for 2004 ble det satt en begrensning på 52 uker for å kunne motta rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelsene. Dette har skapt store vansker for mange, med avbrudd i rehabiliteringsopplegg. Mange har vært nødt til å gå til sosialkontoret for å kunne klare seg. Dette er et eksempel på hvordan fattigdom skapes. SV har derfor sammen med Senterpartiet fremmet et eget Dokument nr. 8-forslag om å reversere denne innstramningen, et forslag som ligger til behandling her i dag – sammen med budsjettet.

Jeg startet dette innlegget med å snakke om barnefattigdom, og jeg skal også avslutte med det. Noen av de innstramminger i regelverket i folketrygden som er vedtatt i denne stortingsperioden, rammer barn spesielt hardt. De som mottar ytelser knyttet til attføring, rehabilitering og tidsbegrenset uførestønad, og som forsørger barn, har fått en betydelig reduksjon i barnetillegget. Dette mener SV er uakseptabelt, fordi det øker risikoen for at barn havner i fattigdom. Vi foreslår derfor – på nytt – i årets budsjett at barnetillegget i disse ytelsene settes til samme nivå som nivået for mottakere av ordinær trygd.

Jeg skulle like å høre dem som for alvor mener at det er mulig å klare utgifter til mat, klær, utstyr, fritidsaktiviteter og andre ting barn trenger, for 17 kr dagen. Ved å opprettholde et så lavt barnetillegg bidrar Regjeringa og stortingsflertallet til at kanskje enda flere må gå til Frelsesarmeen neste år for å få noe ekstra til barna når jula nærmer seg. Men det skal heldigvis være et stortingsvalg i mellomtida, og er det ett område hvor landet trenger et nytt stortingsflertall og en ny regjering, så er det på sosialpolitikken – i kampen mot fattigdom.

Statsråd Dagfinn Høybråten [12:58:59]: Regjeringens politikk bygger på respekten for menneskeverdet, med vekt på omsorg for svakstilte, likeverdighet og sosial inkludering. Det innebærer at vi på sosialpolitikken

område har et overordnet mål om å sikre økonomisk og sosial trygghet gjennom gode, generelle velferdsordninger som i størst mulig grad møter den enkeltes behov og livssituasjon. Dette skal muliggjøre et verdig liv og sikre livskvalitet for den enkelte, uavhengig av personlige ressurser og bistandsbehov.

Denne regjeringen har gjennom Tiltaksplan mot fattigdom iverksatt et bredt spekter av tiltak for å forebygge og hjelpe personer ut av fattigdommen og foreslår derfor å trappe opp innsatsen med 255 mill. kr i 2005. Med dette har Regjeringen økt nivået på bevilgningene til fattigdomstiltak med 1,2 milliarder kr i løpet av tiltaksperioden. Etter at Samarbeidsregjeringen tiltrådte, har den samlede innsatsen til ekstra tiltak mot fattigdom kommet opp i nær 3,2 milliarder kr.

Jeg hører nå at en begrunnelse for å få en ny regjering er at vi ikke satser nok på tiltak mot fattigdom. Jeg bare minner om at det var denne regjeringen som tok initiativet til en egen handlingsplan mot fattigdom, og som har gjort noe med dette.

Arbeid er det viktigste virkemiddelet for å oppnå sosial og økonomisk trygghet i befolkningen. Tiltak som kan bidra til å styrke arbeidslivstilknytningen for personer som står helt eller delvis utenfor arbeidsmarkedet, er derfor viktigst. Vi foreslår bl.a. å trappe opp den særlige satsingen på målrettede tiltak for sosialhjelpsmottakere og innvandrere. Erfaringer gir oss grunnlag for å mene at vi er på rett vei, og at samarbeidet mellom sosialtjenesten og Aetat gir et godt grunnlag for videre arbeid.

Vi foreslår et kvalifiseringsprogram for innvandrere med lang botid og som er avhengige av sosialhjelp, etter modell av introduksjonsprogrammet, og vi foreslår igangsatt forsøk med aktivisering og arbeidstrening i regi av frivillige organisasjoner. Flere av tiltakene er rettet mot de tyngste rusmiddelmissbrukerne, herunder styrking av behandlings- og oppfølgingstilbud og øremerking av plasser i arbeidsmarkedstiltak for gruppen.

Regjeringen er beskyldt for å ha lagt fram et usosialt budsjett. Jeg mener det er galt. Regjeringen legger opp til å bruke flere milliarder kroner mer til den offentlige velferden neste år. Det kan neppe kalles usosialt. Den sosiale profilen synliggjøres ikke bare gjennom økte bevilgninger, men også gjennom Regjeringens bevisste satsing på å hjelpe mennesker fra passive stønader til aktive tiltak og arbeid.

Mennesker med nedsatt funksjonsevne skal ha muligheter til personlig utvikling, deltakelse og livsutfoldelse på linje med alle andre. For 2004 ble det lagt inn nær 100 mill. kr til styrking av tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne, og for 2005 foreslår Regjeringen å øke denne innsatsen med ytterligere 85 mill. kr.

Arbeid er et av hovedinnsatsområdene i Regjeringens politikk for personer med nedsatt funksjonsevne. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at yrkesaktiviteten i denne gruppen øker fra 2003 til 2004. I statsbudsjettet for neste år foreslår Regjeringen økt innsats for å få flere personer med nedsatt funksjonsevne i arbeid. Gjennom budsjettarbeid i Stortinget er det funnet rom for å øke denne innsatsen ytterligere, noe jeg er glad for.

Det er viktig å motvirke tendenser til et samfunn som diskriminerer på grunnlag av funksjonsnivå. Manglende tilgjengelighet er et stort hinder for at personer med nedsatt funksjonsevne kan delta på linje med andre. Jeg er glad for at Regjeringen i disse dager har lagt fram en handlingsplan for økt tilgjengelighet. Handlingsplanen er den første i sitt slag, og Regjeringen avsetter over 180 mill. kr til målrettede tiltak for å fremme økt tilgjengelighet i neste års budsjett.

I 2005 vil Regjeringen øke innsatsen knyttet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Nye tiltak vil bli etablert og eksisterende styrket. En egen strategiplan for barn med funksjonsnedsettelse og deres familier vil bli lagt fram til våren.

Når det gjelder innsatsen overfor denne gruppen, er jeg glad for at det gjennom budsjettavtalen er mulig å styrke tilskuddet til likemannsarbeid for neste år med 3 mill. kr.

Tidsbegrenset uførestønad har nå eksistert i underkant av et år. Det er viktig for meg å følge utviklingen og se på de effekter ordningen har fått i løpet av sin eksistens. Ordningen vil derfor bli evaluert. Jeg er glad for at komiteen støtter dette. Evalueringen vil bli gjort i to faser. Den første fasen vil være en kartlegging av kjennetegn ved stønadsmottakerne, størrelsen på uføreytelsen sammenliknet med ytelsen til uførepensjonister og hvordan stønadsmottakerne blir fulgt opp. Denne delen av evalueringen vil foreligge til sommeren. I evalueringens fase 2 er det ønskelig å kartlegge i hvilken grad stønadsmottakere med tidsbegrenset uførestønad kommer tilbake i arbeid. Stortinget vil bli orientert om resultatet av evalueringene på egnet måte.

Bakgrunnen for endringene i rehabiliteringspengeordningen har vært å stimulere til tidligere avklaring av om stønadsmottakeren kan gå tilbake i jobb, om det skal iverksettes yrkesrettet attføring eller innvilges tidsbegrenset uførestønad/uførepensjon.

Jeg har i eget brev til komiteen redegjort for at jeg har bedt Rikstrykdeverket om å endre praktiseringen av regelverket for rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad, slik at det sikres at personer med helseproblemer ikke skal bli stående uten ytelser til livsopphold. Retningslinjene til trygdeataten er blitt endret i samsvar med dette. I stedet for å reversere endringene i rehabiliteringspengeordningen mener jeg at en del av dem som ellers ville ha mottatt rehabiliteringspenger i mange år, bør få tidsbegrenset uførestønad. Jeg mener at unntaksbestemmelsen som gjelder alvorlig syke, må praktiseres med skjønn, slik at stønadsmottakere som er i et behandlingsopplegg, med utsikt til friskmelding innen rimelig kort tid, kan beholde retten til rehabiliteringspenger.

Regjeringen vil, jf. budsjettavtalen med Fremskrittspartiet, presentere et opplegg for evaluering av endringene i regelverket for rehabiliteringspenger i revidert nasjonalbudsjett til våren.

Regjeringen legger vekt på å videreføre samarbeidet med partene i arbeidslivet om gjennomføringen av IA-avtalen, og mener at IA-avtalen og det arbeidet som er

lagt ned i den, er viktig for å nå målene om redusert sykefravær og et mer inkluderende arbeidsliv.

Jeg kan forstå reaksjonene på det forslaget som Regjeringen har fremmet om endringer i arbeidsgivers ansvar når det gjelder sykelønnsordningen. Regjeringen mener at det er nødvendig å intensivere arbeidet for å redusere sykefraværet ytterligere, og har derfor foreslått å innføre et begrenset medfinansieringsansvar for arbeidsgiver i hele sykepengeperioden. Et flertall i Stortinget har sluttet seg til de endringer som er foreslått.

Etter en vedvarende økning i sykefraværet siden 1994 er det svært gledelig at vi nå ser en nedgang i sykefraværet også etter utløp av arbeidsgiverperioden. Dersom det viser seg at fraværet går ned mer enn forventet utover i neste år, vil Regjeringen, slik som forutsatt i budsjettavtalen, foreta en ny vurdering av gjennomføringen av delansvar for arbeidsgiverne i trygdeperioden.

Det er ikke bare sykefraværet som er en viktig del av dette arbeidet. Også de andre delmålene i IA-avtalen er viktige for Regjeringen. Vi legger derfor til rette for inkludering i arbeidslivet av personer med redusert arbeidsevne eller svak tilknytning til arbeidslivet, herunder yrkeshemmede, innvandrere, ungdom, langtidsmottakere av sosialhjelp, osv. Budsjettforslaget for 2005 gir rom for gjennomsnittlig 24 500 tiltaksplasser under spesielle arbeidsmarkedstiltak for yrkeshemmede. Forslaget inkluderer flere midler til oppfølging av Opptrappingsplanen for psykisk helse og til økt innsats overfor personer med nedsatt funksjonsevne. Ungdom, innvandrere og langtidsledige, herunder langtidsledige sosialhjelpsmottakere, vil fortsatt være prioritert ved inntak på ordinære arbeidsmarkedstiltak.

Vi arbeider også med en stor og omfattende reform av hele vår arbeids- og velferdsforvaltning. Jeg tror tiden er moden for å foreta en langt sterkere samordning mellom de ulike delene av arbeids- og velferdsforvaltningen enn det man har oppnådd gjennom tiltak som har vært prøvd til nå. Vi vil derfor til våren fremme et stortingsdokument med konkrete forslag til hvordan dette skal skje.

Det som vil være avgjørende for oss, er at brukerne får møte én enhetlig front i kommunene av arbeids-, sosial- og trygdeforvaltning. Vi har sett gode eksempler i forsøk rundt omkring i kommunene på hvordan dette fungerer, hvor mennesker som ikke har hatt noen fast tilknytning til arbeidslivet, har fått det gjennom en samordnet innsats fra disse tre etatene.

Hovedmålet for rusmiddelpolitikken er en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelmisbruk, bl.a. ved å redusere forbruksnivået. I vårt forslag til statsbudsjett følger vi opp Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer. Vi kommer til å legge fram en ny handlingsplan til neste år, med en oppfølging av viktige tiltak.

Dagens situasjon er oppløftende på noen områder, mens den er mer nedslående på andre. Den største bekymringen for meg er knyttet til det økende alkoholforbruket, særlig blant unge. Samtidig ser vi ingen økning i narkotikamisbruket, snarere en stagnasjon eller en liten

nedgang de siste årene, men registrerer dessverre en viss økning av antall overdoser siste år.

At situasjonen er tilfredsstillende på noen områder, tilsier ikke at vi kan slappe av. Tvert imot, vi må opprettholde og styrke innsatsen med sikte på at den positive utviklingen kan fortsette.

Sammenhengen mellom pris, tilgjengelighet og forbruk av alkohol er veldokumentert. Norge har derfor alltid hatt en relativt restriktiv alkoholpolitikk. For Regjeringen er det viktig å beholde denne politikken for å forebygge at flere drikker mer. Et viktig mål er å utsette debutalderen. Det er bakgrunnen for en kampanje som vi har kjørt i år. Vi er glad for at det er tilslutning til at vi skal fortsette kampanjevirkningen også neste år, og forsterke den.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Bjarne Håkon Hanssen (A) [13:09:16]: Jeg har ofte gledet av å reise mye rundt i landet, og under kaffepratene etter møter får jeg ofte spørsmålet: Hva slags kar er egentlig Høybråten? Og tro det eller ei, men da svarer jeg alltid at han er en grei kar. Jeg er ofte uenig med ham, men en kan i alle fall stole på ham. Derfor må jeg si at jeg ble skuffet da statsråd Høybråten valgte å fremme et statsbudsjett som innebar et brudd på IA-avtalen. Det som skuffer meg kanskje mest, er at man etterpå prøver å framstille det som om det ikke er et brudd på IA-avtalen. Hadde man gått ut og sagt: Vi er klar over IA-avtalen, men fra desember 2003 og fram til i dag har det skjedd så mye at vi mener det er uforsvarlig å stå på avtalen. Derfor ønsker vi å legge fram et forslag som betyr brudd. Men å bryte avtalen og etterpå benekte at det er det man gjør, må jeg si skuffer meg.

Statsråd Dagfinn Høybråten [13:10:35]: Jeg takker for referatet fra kaffeslabberasene rundt omkring i Trøndelag. Det var godt å høre. Samtidig må jeg si at representanten Bjarne Håkon Hanssen refererer statsråden på en relativt upresis måte i denne replikken.

Jeg har sagt klart – og det har andre medlemmer av Regjeringen også sagt – at forslaget om et økt arbeidsgiveransvar ikke er i samsvar med IA-avtalen. Men det er heller ikke den utviklingen vi har hatt i sykefraværet etter at IA-avtalen ble inngått. Det er et ansvar for en regjering å ta tak i en utvikling som går i feil retning, og som ikke innfrir i forhold til de forutsetninger man har lagt. Det har vi gjort, og vi har fremmet et forslag som til forveksling ligner forslag som er fremmet av arbeiderpartiregjeringer tidligere overfor Stortinget, og som Arbeiderpartiet har stemt for her i Stortinget.

Jeg må si at jeg savner noe av den saklige debatten rundt dette forslaget, ikke bare spørsmål om forholdet til IA-avtalen, selv om det er viktig, og selv om jeg forstår reaksjonene på det forslaget som Regjeringen har fremmet.

Harald T. Nesvik (FrP) [13:12:06]: Det offentlige har i løpet av de senere år iverksatt en rekke tiltak for å få

bukt og kontroll med legemiddelutgiftene i Norge. Det siste er at Rikstrygdeverket har skjerpet inn praktiseringen av reglene for utlevering av legemidler ved å innføre kontrollsystemet APOK. Dette gjelder særlig for medisiner som må lages på apotek, men som ikke er registrert i Norge. Dette har medført at pasienter med langt framskreden kreft må legge ut tusenvis av kroner for medisiner mens de venter på refusjon. Dette har blitt et problem, som bl.a. overlege Dagny Faksvåg Haugen ved Haukeland Universitetssykehus gir et varsku om i forbindelse med en artikkel i Dagens Medisin, som det også er referert til i Bergens Tidende den 3. desember i år.

Spørsmålet mitt til statsråden er: Slik som dette kontrollsystemet nå er innrettet, ser statsråden at det kan medføre så store problemer for pasientene at det må være utilsiktet, og at man kanskje må reversere og ikke minst kanskje praktisere det på en annen måte enn det som er tilfellet pr. i dag?

Statsråd Dagfinn Høybråten [13:13:25]: Det spørsmålet som representanten Nesvik stiller, berører helseministerens konstitusjonelle ansvarsområde. Mitt ansvarsområde er administrasjonsbudsjettet til trygdeetaten. Jeg skal bare få svare ut fra det som er mitt ansvar, og så får helseministeren svare for legemiddelforvaltningen.

Det er min oppfatning at Rikstrygdeverket skal ha gode kontrollrutiner på de refusjonsordninger, de utbetalinger og de stønader som Rikstrygdeverket har å forvalte. Det er viktig for å sikre at Stortingets intensjoner med de vedtatte ordninger blir ivarettatt, og for å kunne forebygge og hindre misbruk av ordninger. Derfor er gode kontrollsystemer og nye databaserte kontrollsystemer viktig. Så er det selvfølgelig et poeng at disse kontrollene utøves på en slik måte at det er til pasientens beste, og ikke det motsatte. Det ville vi ha et ansvar for å se til.

Sigbjørn Molvik (SV) [13:14:45]: Det er mange som har minsteytelsene i folketrygda som eneste inntekt. Særlig barnefamilier har svært trang økonomi, og det rapporteres stadig om at flere i denne nevnte gruppa tvinges til å søke økonomisk sosialhjelp for å klare seg. Blant annet har Lillesand kommune laget en rapport om dette.

SV fremmer derfor i dag et forslag om å sette i gang et utvalgsarbeid for å se på nivået, både på trygde- og sosialytelsene, i forhold til levekostnader. Regjeringspartiene er blant de partiene som kommer til å stemme imot dette i dag.

Betyr det at statsråden føler seg helt trygg på at nivået på disse ytelsene er slik at ikke nye grupper risikerer å havne i fattigdom? Pågår det en fortløpende vurdering av dette i departement og regjering?

Statsråd Dagfinn Høybråten [13:15:46]: Ja, det pågår et løpende arbeid, og det er en løpende fokusering på den problemstillingen som representanten Molvik pekte på.

Jeg vil vise til at de statlige veiledende retningslinjene for sosialhjelp ble prisjustert senest for 2004. I tillegg er satsene for barns livsopphold, som representanten Mol-

vik var sterkt opptatt av i sitt innlegg, hevet utover prisjusteringen i 2002. Det er i det hele tatt foreslått bevilget over 600 mill. kr til forskjellige tiltak for barnefamilie gjennom utvidelser av bostøtteordningen, endringer i overgangsordningen for enslige forsørgere, økning i barnetillegget for uførepensjonister, økningen i barnesatsen, som jeg nevnte, for sosialhjelp og særlig tilrettelagte tiltak i storbyene for barn og unge.

Det er ikke slik som representanten Molvik sa i sitt innlegg, at det eneste denne regjeringen har gjort, er å sende et rundskriv om at man skal være snille til jul. Det rundskrivet ble for øvrig sendt i 2001, lenge før denne statsråden overtok.

Ola D. Gløtvold (Sp) [13:17:03]: Før jeg glemmer det igjen, vil jeg gjerne ta opp de forslag som Senterpartiet har i denne innstillingen, og de forslag som Senterpartiet er med på.

Arbeids- og sosialministeren snakket om kampen mot fattigdom, og sa at det var denne regjeringen som hadde gjort noe med den. Det er vel ikke helt riktig. Senterpartiet tok opp dette med fattigdom og Forskjells-Norge for mange år siden og ble også da beskyldt for å svartmale. Så kom Bondevik I-regjeringen, og da ble utjamningsmeldingen lagt fram, med Magnhild Meltveit Kleppa som sosialminister. Så det er vel naturlig at denne meldingen nå blir fulgt opp med en plan.

Men det som er vårt anliggende i opposisjon, er at planen og den reelle politikken fra nåværende regjering ikke er god nok. Da tenker jeg bl.a. på egenandelsøkningen og deler av trygde- og støtteordningene, som har blitt dårligere under denne regjeringen.

Jeg vil etterlyse en annen plan, som òg har stor betydning i forhold til uførhet og økt press på trygdebudsjettet. Det er Senterpartiets forslag om at man kunne få utarbeidet en handlingsplan for forebygging av beinskjørhet i befolkningen. Jeg vet at det ligger en utredning og et godt forhåndsarbeid i departementet. Hvorfor vil ikke Regjeringen gjøre noe med denne saken?

Presidenten: Representanten Ola D. Gløtvold har tatt opp de forslag han selv refererte til.

Statsråd Dagfinn Høybråten [13:18:28]: Når det gjelder etterlysningen av handlingsplanen i forhold til beinskjørhet, vil jeg igjen henvisne til helseministeren som rette statsråd. Jeg mener at det faktisk er et arbeid som er i gang.

Når det gjelder kampen mot fattigdom, vil jeg gi Senterpartiet det at det har vært et omfattende engasjement over flere år, og utjamningsmeldingen som Bondevik I-regjeringen la fram, med Magnhild Meltveit Kleppa som sosialminister, var et viktig fundament for den handlingsplanen mot fattigdom som denne regjeringen har lagt fram og fått vedtatt, med bred tilslutning i Stortinget.

Det er ikke slik som en ofte får inntrykk av i debatten, at Stortinget har hatt en helt annen oppfatning av hva den fattigdomsplanen skulle inneholde. Det har det vært bred

(Statsråd Høybråten)

oppslutning om. Det er jeg glad for, for det er en viktig plattform for å gjennomføre disse tiltakene.

Så er man uenig om en del annen politikk, og det har vi rikelig anledning til å diskutere. Men fattigdomsplannen har det vært bred tilslutning til fra praktisk talt alle partier i denne sal.

Bjarne Håkon Hanssen (A) [13:19:48]: Nei, jeg er ikke fornøyd med de svarene statsråden gir i forhold til intensjonsavtalen.

Vi kan gjerne diskutere det tiltaket som iverksettes. Det kan være argumenter for og imot. Men det kan ikke herske noen tvil om at Regjeringen bryter avtalen. Jeg synes det blir altfor enkelt av statsråden å argumentere med at det er andre deler av avtalen, f.eks. sykefraværet, som heller ikke har utviklet seg som forventet.

I erklæringen fra møtet desember 2003 er det nøye beskrevet at man er klar over at man ikke når målene i forhold til nedgang i sykefravær. Regjeringen er fullt klar over det. Likevel ønsker man å gå videre, likevel avtalesfester man, og til tross for det bryter man. Det synes jeg ikke er redelig. Grunnen til at jeg kjører dette så sterkt som jeg gjør, er for å sørge for at man i hvert fall kan forsikre seg om at det ikke gjentar seg.

Statsråd Dagfinn Høybråten [13:21:04]: Jeg synes representanten Bjarne Håkon Hanssen nå blir relativt sterk i sine karakteristikker, men jeg skal overlate til presidenten å forholde seg til det.

Jeg for min del vil si følgende: Vi har fra denne regjeringens side åpent lagt fram et forslag. Vi har åpent sagt at det ikke er i samsvar med IA-avtalen isolert sett. Men vi mener det er et nødvendig tiltak i forhold til å ansvarliggjøre arbeidsgiver når det gjelder kampen mot sykefraværet, for å få en raskere nedgang i sykefraværet. Det er ikke noe uredlig i det.

Man kan være fortørnet på Regjeringen for at man gjør det. Det har jeg sagt at jeg har forståelse for, det har jeg respekt for. Jeg har deltatt i debatten med utgangspunkt i det. Det jeg er glad for, er at Regjeringens forsikring om at vi vil videreføre IA-samarbeidet, har blitt møtt med et videreført IA-samarbeid fra organisasjonene i arbeidslivet. Det legger jeg til grunn for det som skal skje videre.

Nå ser det ut til at vi får en nedgang i sykefraværet som er langt sterkere enn vi forutsatte, og da vil vi i pakt med den avtalen som er lagt fram i finanskomiteen, vurdere dette på nytt.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Britt Hildeng (A) [13:22:54]: 3,2 milliarder kr skryter statsråden av er satt av til ekstratiltak mot fattigdom siden Regjeringen tiltrådte. Noen vil si at det er imponerende. Jeg vil være mer tilbakeholden og heller spørre: Har Regjeringen brukt disse pengene på en måte som virker, og dermed bidratt til at vi har fått færre fattige i Nor-

ge? Og hvordan harmonerer Regjeringens retoriske fattigdomsbekjempelse med Regjeringens øvrige politikk?

I praksis er nemlig ikke Regjeringens fremste mål fattigdomsbekjempelse, men en skattelettepolitikk. Også her brukes en snedig retorikk: Når folk får mer i egen lommebok, kan de fritt velge sin velferd. Men det er ikke slik det fungerer. Det er de som fra før alltid har kunnet velge, som får skattelette. De som ikke har kunnet velge, dvs. de som på grunn av dårlig råd må holde barna sine borte fra fritidsaktiviteter, de som har barn som ikke kan gå på kino, og som ikke kan feire bursdag, har ikke fått skatteletten. Derimot har mange av dem måttet betale for skatteletten i form av innskrenkninger i arbeidsledighetsstrygden, i rehabiliteringspengene, i uføretrygdordningen, i sykepengeordningen.

Samtidig fører Regjeringen en konsekvent politikk som gjør ansettelsesforhold utrygge. Gjennom privatisering, virksomhetsoverdragelse og midlertidig ansettelser skapes det usikkerhet både om ansettelsesforhold og om opparbeidede rettigheter som pensjonsvilkår. Samtidig med at rammene for arbeidsinntekt blir svekket og trygdeytelsene redusert, øker både stat og kommuner kravene til egenfinansiering av viktige velferdsgoder, noe som særlig oppleves som tungt for funksjonshemmede, trygdede, syke og lavtlønte, dvs. de med dårlig økonomi – de som ikke får skattelette.

Vi må redusere de allmenne og universelle ytelsene, slik at vi kan hjelpe dem som virkelig trenger det, heter det fra regjeringsskreddersøm – skreddersøm er mantraet. Men Regjeringens skreddersømpolitikk er en politikk som ikke hjelper de fattigste, derimot en politikk og en skreddersøm som rettes mot de nest fattigste. Innsparingene i trygdeytelsene, i uføretrygden og rehabiliteringspengene «skal motivere de nest fattigste til arbeid». Men det er ikke slik det fungerer. Daglig får vi tilbakemeldinger fra trygdemottakere i fortvilte situasjoner. Det er personer som er under rehabilitering, men som ikke får fullført sine rehabiliteringsopplegg. Årsakene kan være mange. Noen har måttet stå i kø for å vente på behandling, andre er i langvarig behandlingsopplegg. De blir stående uten trygderettigheter, og trygdeetaten har henvist dem til sosialkontorene.

På samme måte får vi tilbakemeldinger om at regelen om at attføring skal vurderes før uføretrygd kan tilstås, praktiseres slik at attføring uansett skal være prøvd. Dette resulterer i at attføringsbedrifter får klienter som er så syke at de ikke kan gjøre noe, og bedriftene har ikke noe meningsfylt å tilby dem. De som i utgangspunktet er i en vanskelig situasjon, får det enda vanskeligere, og veien tilbake til arbeid kan synes uoverkommelig.

Skreddersømmen til Regjeringen retter seg mot mange som i utgangspunktet er i en marginal situasjon, og resulterer i en ytterligere utstøting av samfunnet. Resultatet av Regjeringens fattigdomsbekjempelse kan en avlese i sosialstatistikken, som forteller at antall sosialklienter øker, og at sosialbudsjettene øker med det.

Beate Heieren Hundhammer (H) [13:28:40]: Også for neste år får sykehusene økte bevilgninger. Både Re-

gjeringens budsjettforslag og ytterligere 500 mill. kr ved budsjettforliket med Fremskrittspartiet sørger for det. Sykehusreformen gir også stadig flere resultater som viser at reformen var et riktig grep å ta.

Antall pasienter på venteliste har sunket med nærmere 25 pst. siden 1. januar 2002. Ventetiden for pasientene som står på venteliste, er blitt mer enn halvert. Også for inneværende år, som er et omstillingsår for sykehusene, har ventetiden gått ned.

Disse resultatene viser at det er gjort mye godt arbeid i helseregionene og på det enkelte sykehus. Men det viser også at det var mye å hente på bedre ressursutnyttelse og på en bedre samordning av spesialisthelsetjenesten.

Selv om det er oppnådd gode resultater, er vi ennå ikke i mål med reformen. Spesialisthelsetjenesten er en stor skute å snu. Men med de resultatene vi har oppnådd så langt, er det ubegripelig for meg at noen ønsker å reversere reformen, enten det er ved å putte regionale politikere inn i regionstyrene, innskrenke pasientrettighetene eller å lage vanskeligheter for de private aktørene innen spesialisthelsetjenesten.

Alle helseregionene skal være i budsjettbalanse ved utgangen av 2005. Ettergivelse av gjeld vil undergrave de incentivene helseforetakene har både på lang og kort sikt når det gjelder å følge de rammebetingelser som er gitt av Stortinget.

Imidlertid har et flertall i komiteen, bestående av regjeringspartiene og Fremskrittspartiet, i innstillingen sagt at det vil være knyttet usikkerhet til hvor raskt de regionale helseforetakene som driver med store underskudd, greier å iverksette nødvendige tiltak som skal bringe helseregionen i balanse innen utgangen av neste år. Det pekes i merknaden spesielt på Helse Sør. Flertallet ber på denne bakgrunn om at Helsedepartementet må se nærmere på effektiviseringstiltakene i Helse Sør, og i denne sammenheng også vurdere en eventuell lemping av balansekravet.

Det er viktig å understreke at dette ikke skal være noen sovepute for Helse Sør, eller at man kan skyve alle problemene foran seg. Det må også sies at én av grunnene til at Helse Sør nå sliter, er at helseregionen kom sent i gang med nødvendige effektiviseringstiltak og omstillinger sammenlignet med andre regioner. Imidlertid skal ikke pasienten lide for dette, derfor denne åpningen for å se på hvordan og når man skal komme i balanse.

Jeg forstår godt at venstresiden ikke ønsker å trekke fram at en regjering hvor Høyre er med, faktisk er den regjeringen som har grepet fatt i utfordringene knyttet til fattigdom i Norge.

De fattigdomsproblemene vi har i dag, bl.a. 26 000 fattige barn, er i høy grad en arv fra Arbeiderpartiet. De viste ingen vilje til å ta tak i disse problemene.

Samarbeidsregjeringen har som den første regjeringen i nyere tid kartlagt omfanget av fattigdom i Norge. Siden 2002 har Regjeringen økt nivået på bevilgingene til bekjempelse av fattigdom med 1,2 milliarder kr. I 2005 økes bevilgingene med 255 mill. kr. Den samlede innsatsen er 3,2 milliarder kr etter at Regjeringen tiltrådte.

Budsjettet inneholder langt mer enn julehilsener til de fattige. Det inneholder målrettede tiltak: Antallet tiltaksplasser for yrkeshemmede økes, bostøtten forbedres, det innføres lønnstilskudd for uføre, og oppfølgingen av rusmiddelmissbrukere styrkes. Og ikke minst er det tiltak som skal hjelpe folk raskere tilbake i arbeid. Det er viktig, fordi vi vet at arbeid er den mest effektive veien ut av fattigdom.

I et samfunn med gode generelle ordninger er det alltid noen som faller utenfor. Skal vi klare å hjelpe disse, kreves nye, målrettede løsninger, ikke mer av samme medisin. Vi må hjelpe dem som trenger det, så det monner, ikke smøre tynt utover, slik venstresiden ønsker. Vi vet at lange stønadsløp utgjør rene fattigdomsfeller. Jo lenger man lever på stønad, jo vanskeligere er det å komme tilbake i jobb.

Jeg vil også understreke at et godt utdanningssystem er et av de beste virkemidlene vi har til rådighet i kampen mot fattigdom. For Høyre er det viktig å sikre en likeverdig rett til utdanning og hindre at barn faller utenfor skolen.

Denne regjeringen har de siste årene styrket velferden i Norge. Det har ikke skjedd på tross av, men på grunn av, de skattelettelsene som er gitt. Det meste av skattelettelsene er gitt til bedriftene, noe som nå gir grunnlag for flere arbeidsplasser. Det har en dobbel effekt: Det blir mer penger til velferd, og flere mennesker kommer i arbeid.

For øvrig har Regjeringen gitt skattelette til alle inntektsgrupper. Minstefradraget er økt fra 40 300 kr til 57 400 kr. Det er en skattelette som betyr mye for dem som tjener minst.

Ingen kan nekte venstresiden å bruke de fattige som unnskyldning for å øke skattene. Men det hjelper ikke ham eller henne som ønsker seg arbeid for selv å kunne forsørge seg, at næringslivet og bedriftene får økt skatt, tvert imot.

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

Gunn Olsen (A) [13:33:48]: Plager flest, koster mest, sier Nasjonalt ryggnettverk om muskel- og skjelettlidelser i Norge.

Ca. 300 000 mennesker i Norge lever med en revmatisk sykdom.

Vi regner med at 500 000 mennesker lever med revmatiske smertetilstander, uten å ha en diagnose, sier Norsk Revmatikerforbund.

Rikstrygdeverkets tall viser at 46 pst. av alt sykefravær skyldes muskel- og skjelettlidelser. Over 40 pst. av alle som er under medisinsk rehabilitering eller på attføring, har muskel- og skjelettlidelser, og 33 pst. av alle uførepensjoner har sin årsak i muskel- og skjelettlidelser. Dette er svært høye tall, men det er et område hvor det forskes lite.

Mange av dem som lider, er kvinner. Kvinnelidelser får fortsatt liten oppmerksomhet. Vi kjenner til at langt flere kvinner enn menn har disse lidelsene, og at det er grunnlaget for deres uførhet. Med dette som bakgrunn vil

Arbeiderpartiet henlede oppmerksomheten på tidsbegrenset uførestønad, som statsråden også var inne på. Tilgangen til tidsbegrenset uførestønad er dominert av kvinner med nesten 70 pst. Dette gjør oss urolige, fordi vi er redd for at dette henger sammen med manglende kunnskap om kvinnesykdommer og kvinnelidelser.

Vi er bekymret for at skjevfordelingen mellom varig trygd og midlertidig trygd er et uttrykk for manglende forståelse for at disse lidelsene fører til uførhet. En samlet kvinnebevegelse har i flere år vært opptatt av dette fordi det lett kan oppfattes som kvinnekriminerende. Ordningen føres nå videre i den nye lovgivningen, som differensierer mellom varig og midlertidig trygd. De som får tidsbegrenset uførestønad, får mye mindre penger. Det er lett å se at det kan oppfattes som diskriminering av kvinner. Når man skal evaluere den nye uførelovgivningen, er Arbeiderpartiet veldig opptatt av det kvinnepolitiske aspektet. Ut fra det statsråden sa i sitt innlegg, håper jeg at det blir ivarettatt.

Når vi nå vet at en av hovedårsakene til uføretrygding er muskel- og skjelettlidelser, krever det at vi får et mer målrettet og helt behandlings- og rehabiliteringsprogram. Flertallet i sosialkomiteen mener derfor at det er på tide å få en nasjonal handlingsplan. Vi trenger rehabiliteringsinstitusjonene våre som redskap for å nå målene om redusert sykefravær, slik at flere kan delta i det inkluderende arbeidsliv.

Dette bringer meg inn på at flertallet i sosialkomiteen har sagt at Attføringssentret i Rauland skal være et nasjonalt kompetansesenter for yrkesrettet rehabilitering. Denne saken er ennå ikke brakt i orden. Regjeringspartiene hevder i sin merknad om Attføringssentret i Rauland at Regjeringen har gjort jobben sin. Da håper jeg, gode statsråder, vi kan oppfatte det som et signal på at en løsning er rett rundt hjørnet.

Arbeiderpartiet er glad for at Mental Helse Norges etablering av Frogner lærings- og kompetansesenter har bred støtte, om enn på litt ulik måte. Men totalt sett er det rom for at dette skal lykkes.

Vi har registrert at Modum Bad har utredet behandlingstilbud for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. Det er ikke tvil om at det er et stort behov for et slikt behandlingstilbud, slik mange har vært inne på i debatten. Vi håper dette snart kan komme i gang. Arbeiderpartiet støtter dette tiltaket, selv om vi har foreslått noe mindre penger enn Regjeringen.

Elisabeth Røbekk Nørve (H) [13:38:20]: Regjeringen setter pasienten i sentrum for sin helsepolitikk. Gjennom rusreformen er behandling av personer med rusmiddelproblemer blitt en del av spesialisthelsetjenesten. Loven er endret, og rusmiddelmissbrukerne har fått pasientrettigheter. Denne regjeringen har foretatt den største satsing noensinne på behandlings- og helsetilbud til personer med rusproblemer.

Helseministeren har her i dag sagt at rus vil bli en av tre hovedprioriteringer for neste år – det gir håp.

Høyre støtter Regjeringen i det arbeidet som er på gang med å utvikle stadig flere og bedre behandlingstil-

bud innen rus og psykiatri i brukernes nærmiljø. I budsjettet for 2005 styrkes lavterskelhelsetiltak for de mest slitne, og det satses på arbeidsmarkedstiltak for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Samtidig videreutvikles de medikamentfrie behandlingstiltakene for å gi et tverrfaglig behandlingstilbud av høy kvalitet.

Legene, sammen med kommunene, har gjennom rusreformen fått en klart tydeligere rolle, noe som betyr at den enkelte rusmiddelmissbruker i framtiden skal bli møtt med et mer helhetlig behandlings- og omsorgstilbud, med individuelle planer og oppfølging i sitt nærmiljø.

Rusreform II vil stille store krav og blir en betydelig utfordring for helseforetakene i årene som kommer. Dette fordi et betydelig antall av rusmiddelmissbrukere har en såkalt dobbeltdiagnose, der de sliter med både rus og psykiske problemer. Høyre ser det derfor som svært viktig at foretakene gir rusbehandlingen høy prioritet og medvirker til et tettere samarbeid mellom rusbehandling og psykiatri.

Regjeringen har satt som et viktig strategisk mål for rusmiddelpolitikken å bedre tilgangen til effektiv rådgivning, hjelp og behandling for personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende. Samtidig styrkes tilbudet til de mest slitne narkomane, ved at Regjeringen bevilger penger til etablering av Frelsesarmeens gatehospital i Oslo, samtidig som satsingen på oppfølgingstjenester i bolig for bostedsløse og rusmiddelmissbrukere i kommunene skal trappes opp.

Regjeringen prioriterer dem som trenger det mest. Den styrkede bevilgningen til Opptrappingsplanen for psykisk helse for 2005 medfører at planen er i rute. Det er fortsatt et klart behov for å styrke det psykiske helsevernet for å gi mennesker med psykiske lidelser et likeverdig og godt tjenestetilbud. Men like viktig som økte ressurser er omstilling og kulturendringer innenfor psykisk helsevern. Omstillingen krever endret behandlingspraksis og en ny tilnærming til brukerne.

Målet for Høyre og Regjeringen er at flere skal få et tjenestetilbud i sitt nærmiljø og dermed gis mulighet for deltakelse og inkludering i samfunnet. Det betyr at tjenesteapparatet i større grad skal utformes ut fra brukernes behov og ønsker. Til tross for at behandlingskapasiteten har økt betydelig, er tjenesteapparatet fortsatt preget av manglende kommunale tilbud, manglende samarbeid og manglende oppfølging av brukerne.

I budsjettet økes driftsmidlene til psykisk helsevern med 853 mill. kr. For at kommunenes tjenestetilbud til psykisk syke skal styrkes, tildeles kommunene 400 mill. kr, mens de resterende 453 mill. kr går til foretakene. Det bevilges 737 mill. kr til nye investeringer i spesialisthelsetjenesten.

Etter fem år med opptrapping er status at stadig flere søker hjelp og flere får hjelp innen psykisk helsevern. Det ble i 2003 behandlet 33 650 barn og unge. Det utgjør en økning på 65 pst. fra planperiodens oppstart i 1998. I samme periode økte antall voksne som ble behandlet i poliklinikkene, med 49 pst. Tall fra Norsk Pasientregister viser at gjennomsnittlig ventetid for barn og unge har endret seg fra 90 dager pr. første tertial 2002 til 71 dager

pr. første tertial 2004. Målet for Regjeringen er å få redusert ventetiden for vurderingssamtale for barn og ungdom til ti dager.

Så til slutt en aldri så liten avstikker fra rus og psykiatri.

Det betyr svært mye for de fødende og deres familier at komiteen nok en gang bidrar til å legge sterke føringer for at prematurtilbudet på nyfødtavdelingen i Ålesund skal kunne videreføres og videreutvikles. Ålesund-regionen er i sterk vekst, med stadig økende folke- og fødselstall. Prematurtilbudet ved sjukehuset i Ålesund er kjent for å holde svært god faglig kvalitet, og det er det eneste tilbudet mellom Bergen og Trondheim som ivaretar fødende fra Møre og Romsdal og store deler av Sogn og Fjordane. Regionene setter stor pris på støtten.

Det er også positivt at Regjeringen i samarbeid med Fremskrittspartiet fikk styrket grunnrammene til Helse Vest og Helse Midt-Norge med henholdsvis 167 mill. kr og 99 mill. kr. På sikt, og snarest mulig, må disse to helseregionene få like rammevilkår som de andre helseregionene har, slik Hagen-utvalget har uttalt.

Ranveig Frøiland (A) [13:44:26]: Den viktigaste oppgåva no er å få ledige i arbeid, inkludera fleire i arbeidslivet, få eit betre utdanningstilbod og skapa tryggleik for eldre og sjuke gjennom eit godt helsetilbod og med overkomelege eigendelar.

Sjukehusa må få økonomi til å halda fram den gode utviklinga der køar og ventetider har vorte kortare. Føremålet med sjukehusreforma var å gje likeverdige tilbod til pasientane uavhengig av kvar dei bur, og kva økonomi dei har. Slik er det, og køane har vorte reduserte, men likevel må ein vel kunna hevda at føretaka enno ikkje har funne si ideelle driftsform.

Men når driftsunderskotet i føretaka er på over 2 milliardar kr, seier det seg sjølv at dette budsjettet som i dag vert vedteke, kjem til å setja sjukehusa våre i ein svært vanskeleg situasjon neste år. Vi har alle her i salen høyrte tordentale av Framstegspartiets Alvheim om at det er for lite pengar til eldre og sjuke. Men med dette forliket mellom regjeringspartia og Framstegspartiet vil det framleis vera slik at sjukehusa får betydelege økonomiske vanskar neste år.

Arbeidarpartiet går imot framlegget til innsparing som vil gå på kostnad av tilbodet til pasientane, og difor har vi i vårt alternative budsjett løyvt 1,5 milliardar kr meir til sjukehusa for neste år.

Det har òg vore slik at det har vore ei skeivfordeling når det gjeld midlar til dei ulike regionale føretaka, og Helse Vest og Helse Midt-Noreg får for lite. Det er sjølv sagt ingen aksept i Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane og dei andre fylka nordover for at innbyggjarane skal få færre helsekroner enn dei andre i regionane. Det er ein urett som Stortinget tidlegare har vedteke skal rettast opp. I revidert budsjett for dette året fekk Arbeidarpartiet regjeringspartia med på å ta det første steget, og Helse Vest fekk meir pengar i tillegg til Helse Midt-Noreg.

Regjeringa førte ikkje dette vidare då dei la fram budsjettet for neste år. Difor måtte Stortinget ordna opp, og eg er glad for at Framstegspartiet fekk regjeringspartia med på å redusera opptrappingstida frå fem til to år.

Arbeidarpartiet er einig i dette, og med vårt budsjett ville f.eks. Helse Vest ha fått ytterlegare 338 mill. kr. Det hadde vore til god hjelp for å gje eit pasienttilbod til folk som bur på Vestlandet, på lik linje med det resten av landet har.

Utanom å gje skattelette til dei som ikkje treng det, er det eitt område der Bondevik-regjeringa verkeleg er til å kjenna igjen. Kvar einaste haust har Regjeringa gjort framlegg om å auka eigendelane i helsevesenet dramatisk. For neste år ville Regjeringa auka eigendeltaket til 2 500 kr. Det er ein auke på nær 1 000 kr.

Heldigvis vart dette stoppa i Stortinget også i år. I fjor greidde Arbeidarpartiet å stoppa auken. Det er fint at Framstegspartiet i budsjettavtalen for neste år har greidd det same. Tryggleik i alderdom og i periodar med sjukdom er grunnleggjande i eit velferdssamfunn. Difor går Arbeidarpartiet imot framlegget frå Regjeringa om ein slik auke i eigendelar på medisins og behandling.

Alvheim frå Framstegspartiet sa i sitt innlegg tidlegare i dag at Framstegspartiet hadde fått til eit meir sosialt budsjett enn det Regjeringa la fram. Ja, på nokre område er det rett. Når det gjeld eigendelar, f.eks., er eg einig, men det er med støtte frå Framstegspartiet at momsens vert auka med 1 pst. Over 4 milliardar kr skal takast inn frå alle forbrukarar neste år på grunn av det, og ordninga med frådrag for store sjukdomsutgifter vert stramma inn med støtte frå Framstegspartiet. Det er ikkje noko spesielt sosialt.

Det å inkludera fleire i arbeidslivet er utruleg viktig, og det viser seg no at dei bedriftene som har jobba systematisk med IA-avtalen, får ned sjukefråværet. I den situasjonen er det altså at Regjeringa suverent bryt avtalen om eit inkluderande arbeidsliv, som dei har skrive under på saman med partane i arbeidslivet, ved å gjera framlegg om å redusera arbeidsgjevarperioden i sjukelønsordninga. Framstegspartiet har fått utsett dette til sommaren. Arbeidarpartiet går heilt imot å endra sjukelønsordninga. Vi meiner at det er viktig med eit tillitsfullt tilhøve mellom politiske styresmakter og partane i arbeidslivet, og det er viktig å stå på for inngåtte avtalar. Det er viktig å inkludera fleire i arbeidslivet, og denne avtalen viser at sjukefråværet går ned og fleire kan koma attende til arbeidet. Det er godt for den einskilde, og det er godt samfunnet.

Per Steinar Osmundnes (KrF) [13:49:40]: I samband med St.meld. nr. 5 for 2003-2004, om finansiering av spesialisthelsetenestene, gjekk ein samstemt sosialkomite inn for at delar av skeivfordelinga mellom dei ulike helseføretaka skulle rettast opp over fem år. Det regionale helseføretaket som lir under den største skeivfordelinga, Helse Vest, skulle få ca. 250 mill. kr meir i basisløyvingar i løpet av ein femårsperiode.

Kristeleg Folkeparti er derfor veldig glad for at regjeringspartia, i lag med Framstegspartiet, alt dette første

året klarer å gi 150 mill. kr av disse 250 mill. kr til Helse Vest. Det betyr omtrent 60 pst. Eg håpar då, til liks med representanten Røbekk Nørve frå Høgre, at dette kan vere starten på at vi klarer å følgje opp heile innstillinga frå Hagen-utvalet, og ikkje berre det som er lagt til grunn i St.meld. nr. 5.

Kristeleg Folkeparti er oppteke av at ressursane til turnustenesta i helsesektoren må vere tilstrekkelege for at turnustenesta kan bli utført på ein god måte også på dei mindre lokale sjukehusa våre. Det er derfor avgjerande at det i styringsbrevta til helseføretaka blir lagt vekt på at turnustenesta også blir lagt til rette på ein god måte ved dei mindre lokalsjukehusa og nærsjukehuset vårt.

Gjennomføringa av sjukehusreforma har ført til endra funksjonsfordeling mellom lokalsjukehusa, og det er også blitt oppretta eit eige nærsjukehus i Florø.

Kristeleg Folkeparti er oppteke av å bevare levedyktige lokalsjukehus og nærsjukehus. Derfor må turnustenesta bli teken i vare også etter slike strukturelle endringar, slik at dei same sjukehusa ikkje taper dobbelt opp og blir ytterlegare svekte. Eg er derfor glad for at det i denne budsjettinnstillinga er slått fast at det må vere vilje til å endre organiseringa av turnustenesta for legar på bakgrunn av dei endringane som har skjedd i sjukehusstrukturen. Det vil bety mykje for mindre lokalsjukehus generelt, men også for nærsjukehuset i Florø spesielt.

Det er viktig at det offentlege satsar på rusfrie miljø. Rusfrie samlingsstader må vere ein viktig delstrategi i det førebyggjande arbeidet. Det er derfor positivt at det er blitt sett i gang eit forskingsbasert evalueringsarbeid som har som formål å gi breiare og meir solid kunnskap om den rusførebyggjande effekten og den kulturelle påverknaden i slike gode rusfrie samværmiljø.

AlkoKutt er ein tidsavgrensa kampanje, og den inneverande perioden er på veg til å bli avslutta. AlkoKutt har hatt eit ønske om at kampanjen skal vidareførast også utover den planlagde kampanjeperioden. Det var det stor politisk einigheit om i dette hus, og det har også vore stor einigheit blant folk flest om bodskapen om at nokre bestemte soner skal vere alkoholfrie. Kristeleg Folkeparti er derfor godt fornøgd med at ein i budsjettinnstillinga har klart å leggje til rette for at kampanjen AlkoKutt òg skal sikrast drift utover den planlagde kampanjeperioden.

For Kristeleg Folkeparti er det eit mål å auke debutalderen for alkoholbruk. I inneverande år har det vore gjennomført kampanjar som har retta seg konkret mot ungdom. Kristeleg Folkeparti har stor tru på holdningskampanjar, slik som denne, og trur det er avgjerande at dette arbeidet held fram og blir forsterka neste år.

Som saksordførar ved behandlinga av St.meld. nr. 40 for 2002-2003, Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, er eg veldig glad for at Regjeringa tek eit kraftig lyft på dette området i budsjettet. Budsjettet styrkjer tiltak for personar med nedsett funksjonsevne med 85 mill. kr. For Kristeleg Folkeparti er det eit klart mål at ein klarer å få fleire personar med nedsett funksjonsevne i arbeid. Eg stiller meg bak og er veldig glad for dei forslaga som Regjeringa fremmar.

Familiar med barn som har nedsett funksjonsevne, får òg ytterlegare hjelp i 2005. Kristeleg Folkeparti er glad for at det i dag blir vedteke at det òg neste år blir løyvt 7,5 mill. kr for å spreie og setje i gang arbeid etter gode erfaringar og modellar frå forsøksprosjekt og kommunar. I tillegg blir familieprosjekt og rehabiliteringstilbod, samt samlivsrettleggning retta mot familiar med barn som har nedsett funksjonsevne, styrkte. Dette viser at vi har ei regjering som vel å satse på tiltak for personar med nedsett funksjonsevne.

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

Bendiks H. Arnesen (A) [13:54:24]: Jeg vil i likhet med mange andre uttrykke bekymring for sykehusdriften i det kommende år. Ingen kan være i tvil om at et budsjettkutt på 2,2 milliarder kr for sykehusene vil merkes for både pasienter, ansatte og lokalsamfunn. Jeg forstår godt at folk reagerer kraftig når pasienttilbud reduseres og avdelinger stenges samtidig som det gis store skattelettelser til dem som har mer enn nok fra før.

Jeg kommer fra en landsdel med store avstander. Når tilbud kuttes ved sykehusene, blir avstanden til hjelpen enda større, noe som skaper utrygghet for innbyggerne. Dette er ikke noe som fremmer utvikling og bosetting.

Med Arbeiderpartiets budsjettforslag ville Helse Nord ha fått 162 mill. kr mer til disposisjon. Dette blir i dag ikke vedtatt, og det vil merkes.

Funksjonshemmedes situasjon har alltid interessert meg. Jeg er glad for at samfunnet stadig har gått framover når det gjelder funksjonshemmedes muligheter til å delta i samfunnet og til å skaffe seg utdanning og arbeid. Likevel er det mye som gjenstår.

Jeg synes det er en fallitterklæring for samfunnet vårt at blinde og svaksynte som tar utdanning, skal ha problemer med å skaffe seg faglitteratur for å oppdatere seg etter at de er kommet i arbeid. Dette er mennesker som gjør en kjempejobb, og som skulle slippe å slite for å få den nødvendige faglitteratur. Dette er mennesker som har gode evner og en sterk vilje til å bidra i samfunnet, både som yrkesutøvere og som skattytere. De burde ikke straffes på en slik måte. Jeg trodde ikke mine egne øyne da jeg leste i innstillingen at Høyre, Kristelig Folkeparti og Fremskrittspartiet går *mot* et forslag som vil sikre faglitteratur til synshemmede.

Jeg er glad for at en samlet komite vil legge til rette for videre prosjektering og realisering av Distriktsmedisinsk senter i Midt-Troms. Dette er et senter som skal betjene ti kommuner, hvor avstanden til nærmeste sykehus for innbyggerne i gjennomsnitt er 140 km. Alle forstår hvilken betydning dette senteret vil ha for innbyggerne, for den trygghet vi alle burde føle når vi blir syke.

Øystein Djupedal (SV) [13:57:13]: I forbindelse med behandlingen av utbyggingen av St. Olavs Hospital i Trondheim sa en enstemmig sosialkomité:

«Stortinget ber Regjeringa sørge for utredning av hvordan et psykiatrisenter kan inkluderes i fase 2 av ut-

bygginga av ny universitetsklinikk på Øya i Trondheim.»

Det jeg registrerer, er at dette, hvordan det skal inkluderes, nå av et flertall er tolket dit hen at dette skal modifieres og eventuelt ikke realiseres. Det er spesielt skuffende å registrere at Fremskrittspartiet, som er et av de partiene som har gått høyest på banen når det gjelder hvordan dette psykiatrisenteret skal realiseres, nå prøver å unndra seg det ansvaret de faktisk har. Regjeringen har lenge signalisert at de ikke er interessert i å følge opp dette. Det har velgerne i Midt-Norge merket seg.

Det er meget nedslående å se at noen fremdeles mener at psykiatrien skal behandles annerledes enn somatikken. Her bygger vi en storlyst ny universitetsklinikk og et sykehus for Midt-Norge der psykiatrien ikke skal være en naturlig, integrert del. Det betyr at psykiatrien fremdeles blir behandlet som et stebarn. Det viser seg at de mange fagre ord som er sagt i denne salen fra et enstemmig storting om hvilken plass psykiatrien skal ha i framtiden, og om hvor viktig det er å satse på psykiatrien, ikke følges opp når det kommer til en realitet.

Jeg registrerer også at man fra Regjeringens side prøver å finne en faglig ferniss, et faglig fikenblad, for hvorfor psykiatrien ikke skal inkluderes i en universitetsklinikk. Det betyr at man faktisk ikke lenger mener at psykiatrien er en viktig del av dette, men at psykiatrien skal skilles ut og ikke være en del av den omfattende universitetsklinikken som nå bygges i Trondheim. Dette er spesielt nedslående av den grunn at også alle fagfolk – så langt jeg vet, samtlige fagfolk, uansett hvilket ståsted de måtte ha – mener at psykiatrien naturlig må inkluderes i et somatisk sykehus, for på den måten å se de ulike lidelsene et menneske har, i sammenheng.

Vi fra SVs side har fått støtte fra et mindretall, dessverre, til at en utbygging skal inkluderes i fase 2. Byggingen av dette sykehuset vil pågå kontinuerlig i mange år framover, og i byggefase 2 er det mange nye, store bygg som skal opp. Man har prosjektert og er ferdig med hvordan et psykiatrisenter kan inkluderes i dette, men det er altså dessverre ikke gitt tillatelse fra Stortinget til å gå videre med dette.

Begrunnelsen fra flertallets side er delvis faglig, men også økonomisk. Det er kanskje det som forbauser meg aller mest i Fremskrittspartiets argumentasjon. Også John Alvheim sa i sitt innlegg her fra Stortingets talerstol at man ikke kan gjøre dette, fordi det ikke fantes penger til det i budsjettavtalen. Dette er et bygg som ligger mange år fram i tid, og som ikke berører verken neste års budsjett eller budsjettet deretter. Dette er et prosjekt som ligger langt fram i tid, og man har derfor bare bruk for en godkjenning av hvordan det skal kunne implementeres framover i tid.

Etter mitt skjønn er dette en meget nedslående dag. Velgerne i Midt-Norge merker seg nok hvilke partier som fremdeles mener at psykiatrien ikke skal være en naturlig del av et sykehustilbud.

Gunhild Øyangen (A) [14:00:20]: Det er svært positivt at et samlet storting stiller seg bak prosjektet Hysnes

HelseFort, som skal bygges opp som en del av et nasjonalt kompetansesenter for rehabilitering av kreftpasienter og deres familier.

Vi vet at stadig flere får kreft, og det er ventet en klar økning i antall sykdomstilfeller i årene framover. Krevende kreftbehandling øker behovet for rehabilitering. Slik det er i dag, blir mange gående sykmeldt lenge, og ender opp som uføretrygdet. For eksempel er det slik at 50 pst. av brystkreftopererte kvinner ikke kommer tilbake til jobb etter endt behandling.

Kreft er en spesiell sykdom, og pasienten og de pårørende føler seg ofte svært sårbare. Derfor er det viktig å få støtte, slik at en kan kvitte seg med den frykt eller usikkerhet som følger med. Det å komme tilbake som et fungerende samfunnsmedlem og delta i arbeidslivet kan være det som skal til for igjen å oppleve livskvalitet og livsglede.

Det er inngått en intensjonsavtale mellom Rissa kommune, Kreftforeningen og Helse Midt-Norge, og fagplanene er klare. Et samlet storting stiller seg bak. Samtidig er det slik at rammene til helseforetaket er svært trange pr. i dag på grunn av det borgerlige forliket. Stortingets enstemmige tilslutning til planene er derfor bare trinn 1, neste trinn må komme i revidert budsjett, hvor det må gå klart fram at dette tiltaket kan, og skal, prioriteres. En kan ikke bare snakke om at utgiftene til sykepenger og trygd må reduseres, en må også skaffe seg kunnskaper om hva som skal til, og sette inn tiltak framover som kan hjelpe mennesker tilbake til arbeid. Behandlingstilbudet skal være landsdekkende, og det skal være forskningsbasert. Det betyr at nytteeffekten kan bli meget stor.

Hysnes HelseFort er et sterkt ønsket tilbud, med bred faglig og politisk forankring. Vi har rett og slett ikke råd til å legge dette unike prosjektet i en skuff, og det vil også stille hele Stortinget og Regjeringen i et merkelig lys.

Carl I. Hagen (FrP) [14:03:15]: Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv inneholder tre mål, hvorav ett faller sammen med en viktig målsetting for seniorpolitikken, slik Senter for seniorpolitikk, som styres av styreleder Yngve Hågensen, har utformet det. Intensjonsavtalen, som gjelder til 31.12.05, har tre mål:

- å redusere sykefraværet med minst 20 pst. i avtaleperioden
- å få tilsatt langt flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne
- å øke den reelle pensjonsalderen, dvs. den gjennomsnittlige avgangsalderen fra arbeidslivet – og det er den som teller når det gjelder debatten om finansiering av fremtidige pensjoner

Mye av det seniorpolitiske arbeidet dreier seg om utviklingstiltak som skal bidra til en god personalpolitikk og et inkluderende arbeidsmiljø. Seniorpolitikken bygger på erfaring som tilsier at personalpolitikken og utviklingstiltakene må ha et livsfaseperspektiv, der forebyggende tiltak settes inn tidlig i yrkeskarrieren, står det bl.a. i et faktahefte fra SSP om seniorer i arbeidslivet, som

varmt kan anbefales mange stortingsrepresentanter som tror at seniorpolitikk er et annet uttrykk for eldreomsorg. Det er det altså ikke.

Tendensene til utstøting av arbeidslivet ved sluttpakker, tidligpensjonering av mennesker som selv ønsker å arbeide videre, er samfunnsøkonomisk meget kostbare og medfører også menneskelige lidelser. Senteret har påpekt en rekke uheldige bivirkninger av forskjellige lover, regler, pensjonsbestemmelser og trygdeordninger, og nevner en rekke utrednings- og vurderingsspørsmål i sine forslag til det videre arbeid med seniorpolitikken.

I innstillingen sier vi at vi viser til disse heftene, som er en detaljert beskrivelse av behovet for en mer helhetlig offentlig seniorpolitikk.

Jeg er glad for at det er en enstemmig komite som nå er av den oppfatning at en egen stortingsmelding om en offensiv seniorpolitikk bør utarbeides for å sette dette viktige området skikkelig på den politiske dagsordenen.

Komiteen forutsetter også at arbeidet med en stortingsmelding kan trekke med seg arbeidsgivere og arbeidstakerorganisasjoner, bedrifter, forskningsmiljøer, utdannings- og kompetansehevende institusjoner, frivillige organisasjoner, pensjonistorganisasjoner og selvsagt Senter for seniorpolitikk, Seniorsaken Norge og andre.

Selve prosessen vil kunne bidra til endrede holdninger i arbeidslivet, både på arbeidsgiversiden og på arbeidstakersiden, for å bevisstgjøre alle om behovet – slik at de som ikke ønsker å slutte i arbeidet, ikke på en eller annen måte blir dyttet ut, eller lokket ut – for å få hevet den generelle avgangsalderen fra det aktive arbeidsliv.

Når Stortinget i dag vil fatte vedtak om å be Regjeringen utarbeide en slik stortingsmelding, vil jeg gjerne få lov til å spørre arbeids- og sosialminister Dagfinn Høybråten om han vil ta dette vedtaket alvorlig og iverksette en bred, omfattende faktainnsamling fra næringslivet, både arbeidsgivere og arbeidstakere, som jeg nevnte. Når kan vi forvente at en slik stortingsmelding vil være ferdigbehandlet? Det ville være interessant om statsråden kunne gi noen opplysninger om det.

Berit Brørby (A) [14:06:53]: Lydopplevelser kan føre til nedsatt hørsel og øresus, noe som ofte er en tragedie for den enkelte og kostbart for samfunnet.

Ca. 600 000 mennesker i Norge er rammet av øresus, og av disse er det ca. 20 000 som er så hardt rammet at de er uføre, altså rett og slett satt ut av spill. Derfor er alle tiltak som kan forebygges og bedre disse menneskenes hverdag, gode tiltak.

Ifølge Nasjonalt folkehelseinstitutt er omfanget av hørselsskader som skyldes støy i fritiden, lite kartlagt, i motsetning til omfanget av hørselsskade som skyldes støy i en arbeidssituasjon.

Det er påvist at man kan få midlertidige hørselsnedsettelse og øresus ved høy musikk på konserter, men varige konsekvenser er ikke vist i befolkningsstudier.

Lydnivåene som er målt ved enkelte konserter og diskoteker, indikerer også at det er grunn til å være føre var. Nettopp føre-var-prinsippet er motivasjonen fra Norsk Rockeforbund og Hørselshemmedes Landsforbunds

Ungdom når de nå har initiert et prosjekt som går på å fokusere på hvilke støyskader unge mennesker blir utsatt for i fritiden.

Disse unge menneskene vil samarbeide med Helse- og omsorgsdepartementet om å starte en toårig informasjonskampanje hvor de ønsker å motivere og skolere arrangørene av 2 500 konserter, som besøkes av over 300 000 publikummere. De ønsker å informere og inspirere publikum til å ta ansvar for egen hørsel, dette bl.a. ved å tilby informasjon og gratis ørepropper på konserter og festivaler. Og det å bruke ørepropper går ikke ut over musikkopplevelsen.

Dette er et veldig viktig prosjekt. Derfor er det gledelig at et flertall i Stortinget, Arbeiderpartiet, SV, Senterpartiet og Fremskrittspartiet, faktisk støtter opp om dette og ber Regjeringen følge dette opp. Jeg vil derfor be statsråden ved behandlingen av 2005-midlene til de ulike prosjektene se spesielt på dette gode, forebyggende tiltaket. Etter min vurdering er dette god samfunnsøkonomi, og det er også virkelig et helseforebyggende tiltak av beste klasse.

Heidi Grande Røys (SV) [14:09:29]: Dei regionale helseføretaka har ein kontinuerleg debatt om sjukehusstrukturen sin og funksjonsfordelinga mellom sjukehusa.

I Sogn og Fjordane har det ført til oppretting av nær-sjukehus i Florø og omgjerung av fødeavdeling til forsterka fødestove ved Lærdal sjukehus. Det er òg vedteke nedlegging av akuttbereidskapa både i Lærdal og på Nordfjordeid.

Eg skal ikkje bruke tid på om eg er for eller imot slike endringar, men fokusere på at endringane gjer at fylkeslegen reiser spørsmål om lokalsjukehuset og nærsjukehuset vil vere i stand til å gi medisinske turnuskandidatar ei sjukehusteneste som oppfyller alle målkrava for turnustenesta. Representanten Osmundnes var òg innom det i sitt innlegg.

Problemstillinga er ikkje særreiga for vårt fylke, ho vert òg drøfta i proposisjonen frå Regjeringa. Men det er ikkje nok å seie at ein skal leggje til rette for å vareta turnustenesta ved lokalsjukehusa, ein må seie noko om korleis ein vil gjere det. Sosialkomiteen har no gitt klare signal om at dette handlar om at endringar i struktur og funksjonar òg skal ha som konsekvens ei endring i turnustenesta. Dette kan ein ikkje forstå på nokon annan måte enn at forskriftene må endrast, slik at turnustenesta framleis skal vere så desentralisert som mogleg. Det er eit veldig viktig poeng. Misser utkantane turnusplassane, misser vi det viktigaste rekrutteringsverkemidlet vi har.

Ei spørjeundersøking som fylkeslegen i Sogn og Fjordane har lagt ut i dag, blant noverande og tidlegare kommunelegar i Sogn og Fjordane, stadfester nettopp det ein både har trudd og hevda før, at ei god turnusteneste og akseptable legevaktordningar er dei viktigaste verkemidla for å rekruttere og behalde legar i kommunane i fylket.

Ein annan viktig ting er jo at dette òg har konsekvensar for innhaldet i turnustenesta. Møter ikkje turnuslegane kronikaromsorga og handsaminga av dei vanlegaste medisinske problemstillingane i turnustida, vil det berre

vere med på å gi endå ei omdreining på spesialiseringsskruen. Grunnleggjande tenestetilbod ved framtidige lokalsjukehus vil vere prega av generell indremedisin, geriatri og rehabilitering. Problemet er at det i dag ikkje finst spesialistar som kan eller vil gå inn i slike stillingar. Det er grunnleggjande misforhold mellom befolkninga sine behov og legane sin spesialiststruktur og deira jobbinske som vi ikkje lenger kan sitje roleg og sjå på. Difor er eg veldig glad for at sosialkomiteen i ein samrøystes merknad i innstillinga er oppteken av å bevare levedyktige lokalsjukehus og nærsjukehus, og turnustenesta må varetakast òg om ein endrar struktur. Komiteen skriv at dette må ein ta omsyn til i organiseringa av turnustenesta. Eg ber ministeren merke seg det, for no er det hans oppgåve å ta tak i det i styringsbrevta til føretaka, men òg i det vidare arbeidet med endringar i innhaldet av turnustenesta og forskriftene knytte til denne.

Bent Høie (H) [14:12:40]: Jeg føler et behov for å svare litt på det innlegget som representanten Olav Gunnar Ballo holdt på vegne av Sosialistisk Venstreparti. Jeg synes at representanten Ballo fortjener ros for den måten han tok opp spørsmålet om legemiddelpolitikken på. Ikke bare gjorde han det på en god måte, han gjorde det også med humoristisk sans.

Det er helt klart at selv om det kunne virke morsomt med den gjennomgangen av alle disse merkelige navnene som få kan forholde seg til, er det et grunnleggende problem som jeg, på lik linje med han og de fleste andre som har vært på denne talerstolen, mener bør endres og ryddes opp i. Dette er et problem som en får tatt virkelig tak i fra Regjeringens side i den legemiddelmeldingen som kommer til våren, slik at vi slipper den type behandling i framtiden. Dette er vår målsetting. Når en ser på årets budsjettinnstilling, er det heldigvis betydelig færre legemidler som er omtalt enn tidligere. Så en er på rett vei, men dette er et system som en bør kunne endre ganske mye på.

Så til en av problemstillingene knyttet til dette, nemlig innstillingens forslag IX, som gjelder KOLS. Jeg vil bare gi en forklaring på bakgrunnen for at regjeringspartiene vil stemme mot det forslaget. Vi mener forslaget som sådant bygger på en misforståelse. Regjeringen har ikke foreslått å overføre legemidler som i dag refunderes etter § 9 til § 10a. Det som ligger i budsjettinnstillingen, er et forslag om å foreta en deling i refusjonsforskriften mellom KOLS og astma for å unngå den praksis som ser ut til å foregå, nemlig at KOLS-pasienter får forskrevet astmamedisiner etter § 9, som i realiteten er feil forskrivning.

Jeg oppfattet det også slik at da representanten Olav Gunnar Ballo forklarte at SV skulle stemme for dette forslaget, var han likevel klar på at han støtter Regjeringen i at man skal kunne foreta en slik deling i refusjonsforskriften. Med det vil regjeringspartiene fortsatt stemme mot forslaget, og jeg registrerer at man har støtte av et flertall i Stortinget i forhold til det som har vært intensjonen fra Regjeringens side fra dag én.

Ola D. Gløtvold (Sp) [14:15:34]: På 10 minutter er det ikke veldig mye man får nevnt. Jeg berørte ikke dette med IA-avtalen noe særlig, så jeg har bare lyst til å si at Senterpartiet går imot de endringene i sykelønnsordningen som Regjeringen her har lagt fram. Vi mener at det er et avtalebrudd, slik som dette har utviklet seg.

Så til det med medisinsk rehabilitering. Jeg viser da til Dokument nr. 8:6 for 2004-2005, som er til behandling sammen med budsjettet i dag, der Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ber om at man skal få tilbake ordningen med rehabiliteringspenger utover 52 uker, og at man gjør dette på en utvetydig og skikkelg måte.

Så litt tilbake til uførhet, som når det gjelder trygd, er sosialministerens ansvar – både budsjettmessig og ellers. Det var derfor jeg tok det opp i forbindelse med sosialministerens innlegg. Behandlingsmessig ligger det under helse- og omsorgsministeren. Det er jeg fullt klar over. Jeg kan gjenta spørsmålet mitt: Ville det ikke være viktig å få lansert en behandlingsplan for forebygging av benskjørhet i befolkningen nå, i og med at Norge er inne i muskel- og skjelett-tiåret? Da kunne man kanskje få ned prosentandelen av de som er uføre og sykmeldte på grunn av muskel- og skjelettlidelser. Det er tidligere her i dag vist til at det er årsak til 46 pst. av alt sykefravær. Osteoporose er for øvrig stort sett en kvinnesykdom, og det er også et prioritert område i forhold til hva Regjeringen har sagt.

Så er jeg glad for enigheten når det gjelder seniorpolitikken, som bl.a. er viktig for et inkluderende arbeidsliv for eldre arbeidstakere.

Så vil jeg henlede oppmerksomheten litt på bilde- og øyetelefon. Det er viktig at en slik teknisk nyvinning kan brukes nå, og at den utvikles raskest mulig for å bistå både hørsels- og synshemmede. Jeg minner om det flertallet som var i forbindelse med behandlingen av nedbygging av funksjonshemmende barrierer, da det ble sagt fra en samlet komite at teksttelefonentralene ville være gode formidlings- og koordineringssentraler for bilde- og øyetelefon.

Så litt til dette med psykiatrisenteret ved St. Olavs Hospital, som jeg også har berørt tidligere i dag i en replikk til lederen i komiteen, John I. Alvheim. Jeg synes det er svært trist at det nå ikke lenger er flertall for at dette skal integreres i et universitetssykehus. Å henvise til DPS-nivået er en nedgradering og en nedprioritering ikke bare av psykiatrisenteret i Trondheim, men en nedprioritering av dette fagfeltet, noe som klart vil berøre behandlingstilbudet til pasientene.

Så har det vært nevnt, også så vidt fra min side, Fosen Distriktsmedisinske senter. Og jeg har lyst til å stille spørsmålet: Er det slik at skrinleggingen av et psykiatrisenter kan gi problemer for Fosen Distriktsmedisinske senter, som Senterpartiet ønsker å prioritere, også økonomisk? Dette er jo vedtatt av styret ved St. Olavs Hospital som et treårig pilotprosjekt.

John I. Alvheim (FrP) [14:19:01]: Fremskrittspartiet har fått mye pepper fra Arbeiderpartiet i forhold til bevilgningen til helseforetakene. Som jeg sa i mitt første

innlegg, var den økonomiske situasjonen for foretakene like vanskelig i fjor som den er i år. Da inngikk Arbeiderpartiet forlik med regjeringspartiene. De skaffet på plass 500 mill. kr. Det har vi gjort i tillegg til ISF. Det hjelper lite å vifte med at man på sitt alternative budsjett har 1,5 milliarder kr. Jeg har lyst til å sitere Jens Stoltenbergs innlegg i finansdebatten 26. november 2003:

«Vi har vårt primære budsjett, som vi mener er enda bedre, men vi mener faktisk at det er viktig å få til noen ordentlige milliarder og ikke bare TV-milliarder.»

Den tenker jeg satt!

Ellers har Arbeiderpartiet muligheter til å støtte oss når vi kommer til omgrupperingsproposisjonen, hvor man kan redusere foretakenes underskudd med 2 milliarder kr.

Jeg er veldig glad for det helseministeren uttalte i sitt innlegg, at Rusreform II, rusbehandling, skal prioriteres. Han har ved en annen anledning sagt at de narkomane sitter nederst ved bordet. Nei, de gjør faktisk ikke det heller, de ligger under bordet, og der har de ligget lenge. Så jeg vil, i hvert fall så lenge jeg er på huset her, følge nøye med på hva som skjer på dette feltet, slik at de ikke nå igjen skal bli tapere i den totale omsorgen.

Til slutt: Nå må det bli slutt på disse føljetongene når det gjelder psykiatrisk avdeling på Ullevål sykehus. Dette kan vi rett og slett ikke lenger akseptere. Det hjelper veldig lite, det hjelper saken veldig lite, at ledelsen ved Ullevål sier gang på gang at de tar ansvar! Hva betyr det egentlig å ta ansvar i denne sammenheng? Jeg har ikke registrert at en eneste tjenestemann på denne avdelingen er permittert eller har fått avskjed for de grove feil som er gjort her, og som er gjort gang på gang på gang! Jeg vil gjerne høre konkret fra helseministeren: Hva vil helseministeren gjøre umiddelbart for å få skikk på avdelingen, slik at vi ikke skal få oppleve enda flere tragiske tilfeller fra denne psykiatrienheten?

Eirin Faldet (A) [14:22:14]: Arbeiderpartiet har alltid sett på arbeid for alle, uavhengig av kjønn, alder eller hudfarge, som et gode. Arbeiderpartiet mener det fortsatt. Derfor ønsker vi å forhindre utstøting av eldre arbeidstakere. Vi ønsker en god seniorpolitikk og et inkluderende arbeidsliv. Statistikken viser at en arbeidstaker som er sykmeldt i mer enn åtte uker, bare har 50 pst. sjanse for å komme tilbake til arbeidslivet. For denne gruppen er det helt avgjørende at det finnes en vei inn i arbeidslivet igjen. Alternativet er trygd eller sosialhjelp, og det er en dårlig løsning, både for den enkelte og for samfunnet.

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv er etter Arbeiderpartiets oppfatning et viktig arbeidsredskap for å forhindre at mennesker blir langtidsledige. Sykefraværet øker heldigvis ikke lenger i samme takt som før, men viser tegn til å gå ned. Det betyr at IA-avtalen begynner å få positive effekter.

Arbeiderpartiet mener det er viktig at tiltakene og inn-satsen knyttet til denne avtalen forsterkes, slik at dette etter hvert gir seg utslag i en reduksjon, også i nye tilfeller av uføretrygdede.

Selv om vi har mye og god statistikk i Norge, trenger vi mer kunnskap og studier om tidligpensjonering, utstøting, arbeidstakeres preferanser og etaters og bedrifters atferd overfor og forhold til eldre arbeidstakere.

Her vil jeg komme med en liten anbefaling til statsråd Høybråten om å starte med å ta en titt på andelen 62+ i departementene. I 1962 var 240 personer 62+, i 2003 var 165 personer 62+. Det går ikke an å klage på at partene ikke gjør nok for å nå målene i avtalen, når staten ikke selv gjør det som kan forventes.

Følelsen av å tape trygghet i forbindelse med framtidige inntekter og pensjoner, framtidig status, prestisje og arbeidsfellesskap er sterk. I tillegg kommer krav til effektivisering, omstillinger, endringer og nedbemanning i offentlig og privat sektor, som er med på å øke sykefraværet.

Arbeiderpartiet mener at trygghet for arbeidsplassen er viktig. Vi mener at utvidet adgang til midlertidige ansettelser motarbeider målet om et inkluderende arbeidsliv. Midlertidige ansettelser skaper utrygghet. Statsråden må følge utviklingen nøye og gi arbeidstakerne større innflytelse over utviklingen i arbeidslivet. Alt kan liksom ikke lønne seg i et velferdssamfunn.

Statsråd Dagfinn Høybråten [14:25:08]: Jeg er glad for det brede politiske engasjementet som kommer til uttrykk for seniorpolitikken, både i komiteens innstilling og i debatten her i dag.

Stortinget vil om kort tid få anledning til å drøfte viktige sider av seniorpolitikken på basis av den stortingsmeldingen om pensjonssystemets framtid som Regjeringen om få dager vil legge fram. Et av hovedmålene med den reformen vil nettopp være å bidra til at flere blir stående lenger i arbeidslivet, og det vil øke den gjennomsnittlige pensjoneringsalder, som representanten Hagen var inne på.

Regjeringen er opptatt av seniorpolitikk. Vi har om-dannet tidligere Statens eldreråd til Statens seniorråd. De arbeider nå med en utredning om moderne seniorpolitikk, som vi vil motta før sommeren. Utredningen vil fokusere på barrierer som hindrer eldre mennesker i å ta aktivt del i samfunnet, og på tiltak som kan bedre forholdene. Den skal omhandle eldresituasjonen i arbeidslivet, de politiske beslutningsprosesser, kulturliv og boligforhold.

En del av årsakene til at eldre diskrimineres, er uheldige holdninger og stereotyper – mange av de samme problemene som vi ser på andre områder hvor vi har utfordringer når det gjelder diskriminering, enten det er snakk om etnisk opprinnelse, annen tro, funksjonshemming eller seksuell legning. Det er like lite akseptabelt med diskriminering av eldre mennesker. Også her må vi se det enkelte mennesket og det enkelte menneskets verd. Derfor er diskriminering på grunn av alder tatt med i EUs handlingsprogram mot diskriminering, som Stortinget har sluttet seg til.

Jeg vil følge opp anmodningen om å iverksette arbeidet med en egen stortingsmelding om seniorpolitikk. Det arbeidet som allerede er i gang, vil gi et godt grunnlag

for en samlet politikkutforming på dette området. Jeg regner med at vi i løpet av neste år vil ha kommet godt i gang og i mål med et slikt arbeid.

Seniorpolitikken er også en viktig del av samspillet med partene i arbeidslivet, som representanten Faldet var inne på, og som også representanten Hagen nevnte. Det er et av delmålene i IA-avtalen som vi fra Regjeringens side er opptatt av å følge opp, både i forhold til staten som arbeidsgiver og generelt i arbeidslivet. Vi vil benytte Senter for seniorpolitikk i dette viktige arbeidet, og vi vil følge opp samspillet med arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene når vi utformer stortingsmeldingen, som jeg gleder meg til å legge fram for Stortinget.

Olav Gunnar Ballo (SV) [14:28:16]: I sak nr. 2 har SV et forslag sammen med Senterpartiet om gjeninnføring av rehabiliteringspenger etter den ordningen som gjaldt tidligere, slik at man kan motta rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelsene også utover 52 uker.

I andre avsnitt av forslaget står det:

«Stortinget ber Regjeringen om å medvirke til at lovendringen kan gjøres gjeldende fra 1. januar 2005.»

Vi ser at det såpass langt på året ikke er realisme i dette hvis forslaget skulle bli vedtatt. Vi foreslår, i forståelse med Senterpartiet, at andre avsnitt strykes. Jeg vil understreke at SV i sitt budsjettforslag har full inndekning for en helårsvirkning ved gjeninnføring av tidligere regler for rehabiliteringspenger.

Det er også slik at dersom forslaget skulle falle, vil forslaget fra Arbeiderpartiet ligge tettere opp til det vi ønsker, at man utvider ordningen for rehabiliteringspenger, slik at vi subsidiært vil støtte forslag nr. 2 i sak nr. 2.

Når det gjelder budsjettet, er det mange litt mindre saker man ikke rekker å komme inn på i et hovedinnlegg, spesielt kan det gjelde de ulike hilsningene som skal sendes hjem til forskjellige adressater. Under samferdselskomiteens debatt registrerte jeg at man i Fauske skulle få midler tilsvarende det som det ville koste å ivareta Stockholm-toget – ca. 22 mill. kr – til å ruste opp Fauske sentrum.

Jeg må nok si at det er en smule oppsiktsvekkende at komiteens flertall velger å kommentere eksplisitt at en nyfødtavdeling i Ålesund skal ivaretas, samtidig som man har nyfødtavdelinger spredt over det ganske land. SV har jo ikke noe imot at fødetilbudet skal være desentralisert, men det må være på det overordnede planet man diskuterer hvordan man skal ivareta det tilbudet, og ikke slik at man isolert betrakter ett konkret sted fordi det tilfeldigvis skulle være noen fra komiteen som kommer akkurat fra det stedet.

Så merker vi oss også at begrepet «å sende hilsen hjem» har fått en utvidet betydning ved at også Spania nå inkluderes. Man bevilger altså 700 000 kr til å ivareta en diakonstilling på Solkysten, der det tilfeldigvis nå også befinner seg et senter for revmatikere, ReumaSol. Det er en utvikling vi i SV vil følge med interesse, fordi vi tror det kan være lurt å veie disse tiltakene opp mot andre tiltak som det er behov for. Det at man satser på utlandet, er

bra, men det er jo mange andre enn bare nordmenn i utlandet som kan ha behov for tiltak.

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

Ola D. Gløtvold (Sp) [14:31:02]: Jeg har ikke fått noen respons på det som går på en handlingsplan for forebygging av beinskjørhet, men det er kanskje ikke så viktig. I hvert fall vil jeg da foreslå at vårt forslag, nr. 6, gjøres om til et oversendelsesforslag.

Så har jeg en kommentar til det som Ballo nå redegjorde for, at vi stryker det siste avsnittet i forslaget vårt. Vi har også dekning fra 1. januar 2005, men det kan være greit å legge det an slik at vi, hvis forslaget vårt faller, subsidiært stemmer for Arbeiderpartiets forslag.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [14:31:45]: Bare for å ta den lille detaljen først i forhold til representanten Gløtvold. Det han spurte om, er omtalt på side 68, annen spalte, med overskriften «Andre forebyggende tiltak», i St.prp. nr. 1 for kommende år.

Komiteens leder spurte om Ullevål sykehus og Ullevåls spesielle situasjon knyttet til psykiatri. Jeg har hatt en dialog flere ganger i høst, og senest i går hadde jeg inne styreleder og administrerende direktør i Helse Øst og styreleder og administrerende direktør på Ullevål sykehus for å få en redegjørelse for hvilke tiltak som er satt i gang på bakgrunn av tidligere dialog, og hva de har tenkt å forsterke når det gjelder tiltak i tiden som kommer.

Jeg synes det er riktig å si først hva som er Ullevåls syn på hva som har påvirket situasjonen: Man har hatt et meget høyt belegg siste halvår, det har vært en kritisk mangel på legespesialister, det har vært et meget høyt sykefravær de siste ni måneder, stor økning i pasienttilfang, dårlig byggeteknisk standard og gamle strukturer i ledelse, drift og organisering. Det meste av disse tingene er sånt som kan skje ved et hvilket som helst sykehus, og det er det vi har en ledelse og et styre til å håndtere, at ting endrer seg over tid.

Man har på bakgrunn av den dialogen som har vært, og den situasjonen som er, iverksatt følgende tiltak: Det er nå innført spesielle rutiner for oppfølging av lovpålagte forhold som f.eks. individuell plan, og det gjennomføres nå ved at avdelingsoverlege gjennomgår alle journaler hver uke. Det er spesiell oppfølging av avdelingens ledelse med ukentlige møter med sykehusets toppledelse. Det er en gjennomgang av avdelingens dokumentasjon innen ledelse, organisering og drift i den hensikt å gi beslutningsgrunnlag for ytterligere tiltak. 23. november fikk Ullevål klarsignal om å rekruttere nye legespesialister, herunder øke spesialistbemanningen med to årsverk. Det ble gitt klarsignal om økning av tjenesteplan for underordnede leger. De ble skjernet for alle reduksjoner i 2005, det vil bli vurdert økninger utover det som allerede er lagt inn, og det er tidligere i høst satt i gang et eget samarbeidsprosjekt for avtalefestet samarbeid med førstelinjetjenesten i Oslo kommune.

På bakgrunn av det møtet som vi hadde i går, er følgende ytterligere tiltak iverksatt: Det er evaluering og det å endre organisasjonen i den hensikt å finne bedre alternativer for organisering og drift. Det er ingen tvil om, tror jeg, at det på Ullevål som på veldig mange andre sykehus kan være en litt foreldet ledelsesorganisasjon. Det vil bli satt under evaluering for Ullevåls del. Det er iverksatt arbeid med å skaffe midler nå til oppussing og renovering. Pri 1 på Ullevål er knyttet til nybygg for psykiatrien.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sakene nr. 1 og 2.

(Votering, se nedenfor)

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte **presidenten:** Da er vi klare til å gå til votering over sakene på dagens kart.

Votering i sak nr. 1

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

- forslagene nr. 1–3 og 7–19, fra Bjarne Håkon Hanssen på vegne av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslagene nr. 4 og 25–30, fra Olav Gunnar Ballo på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslagene nr. 5, 32 og 33, fra Olav Gunnar Ballo på vegne av Sosialistisk Venstreparti
- forslagene nr. 6 og 34–36, fra Ola D. Gløtvold på vegne av Senterpartiet
- forslag nr. 20, fra Bjarne Håkon Hanssen på vegne av Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet
- forslag nr. 21, fra Bjarne Håkon Hanssen på vegne av Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti
- forslagene nr. 22 og 23, fra Bjarne Håkon Hanssen på vegne av Arbeiderpartiet og Senterpartiet
- forslag nr. 24, fra Bjarne Håkon Hanssen på vegne av Arbeiderpartiet

– forslag nr. 31, fra John I. Alvheim på vegne av Fremskrittspartiet

Presidenten vil først la votere over mindretallsforslagene, og vi starter med forslagene nr. 6, 34, 35 og 36, fra Senterpartiet.

Forslag nr. 36 må, dersom det skulle bli vedtatt, forventes å medføre økte ugifter på neste års budsjett. Forslaget er følgelig rammeavhengig og kan i tråd med bestemmelsene i § 19 i Stortingets forretningsorden ikke komme til votering. Forslaget blir derfor å anse som bortfalt.

Forslag nr. 6 er, så vidt presidenten har forstått, omgjort til et oversendelsesforslag, og teksten vil bli endret i overensstemmelse med det. Forslaget lyder i endret form:

«Det henstilles til Regjeringen i løpet av våren 2005 å utarbeide en handlingsplan for forebygging av benkskjørhet i befolkningen.»

Presidenten foreslår at dette forslaget oversendes Regjeringen uten realitetsvotering. – Det anses vedtatt.

Da gjenstår forslagene nr. 34 og 35.

Forslag nr. 34 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen endre retningslinjene for pensjoner i det offentlige slik at maksimum pensjon ikke kan overstige 8 G.»

Forslag nr. 35 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å overføre refusjonsansvaret for privatpraktiserende spesialister, psykologer, laboratorier og røntgentjenester fra Rikstrygdeverket til helseforetakene.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Senterpartiet ble mot 7 stemmer ikke bifalt.

Presidenten: Det voteres over forslagene nr. 5, 32 og 33, fra Sosialistisk Venstreparti.

Forslag nr. 5 lyder:

«I

På statsbudsjettet for 2005 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
600		Arbeids- og sosialdepartementet (jf. kap. 3600)		
	1	Driftsutgifter	93 200 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	2 800 000	
620		Utredningsvirksomhet, forskning m.m.		
	21	Spesielle driftsutgifter	83 900 000	
	50	Norges forskningsråd	88 400 000	
621		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter	56 500 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	121 100 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	93 800 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
	74	Tilskudd til pensjonistenes og funksjonshemmedes organisasjoner mv.	128 400 000	
622		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	1	Driftsutgifter	28 500 000	
660		Krigspensjon		
	70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i>	255 000 000	
	71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i>	615 000 000	
2600		Trygdeetaten		
	1	Driftsutgifter	4 996 000 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	14 800 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	147 600 000	
	70	Tilskudd	3 600 000	
2603		Trygderetten		
	1	Driftsutgifter	48 100 000	
	21	Klagenemnd for utenlandsbehandling	2 100 000	
2650		Sykepenges		
	70	Sykepenges for arbeidstakere mv., <i>overslagsbevilgning</i>	25 047 500 000	
	71	Sykepenges for selvstendige, <i>overslagsbevilgning</i>	1 810 000 000	
	72	Omsorgs- og pleiepenges ved barns sykdom m.m., <i>overslagsbevilgning</i>	395 000 000	
	73	Tilretteleggingstilskudd, <i>kan overføres</i>	96 400 000	
	74	Refusjon bedriftshelsetjenester	22 700 000	
	75	Feriepenges av sykepenges, <i>overslagsbevilgning</i>	1 380 000 000	
2652		Medisinsk rehabilitering mv.		
	70	Rehabiliteringspenges, <i>overslagsbevilgning</i>	8 748 500 000	
	71	Legeerklæringer	275 000 000	
2655		Uførhet		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	16 809 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	24 533 000 000	
	72	Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i>	1 380 000 000	
	73	Foreløpig uførepensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	250 000 000	
	74	Tidsbegrenset uførestønads, <i>overslagsbevilgning</i>	2 174 000 000	
	75	Menerstatning ved yrkesskade, <i>overslagsbevilgning</i>	105 000 000	
	76	Yrkesskadetrygd gml. lovgivning, <i>overslagsbevilgning</i>	70 000 000	
2661		Grunn- og hjelpetønads, hjelpemidler mv.		
	70	Grunnstønads, <i>overslagsbevilgning</i>	1 490 000 000	
	71	Hjelpetønads, <i>overslagsbevilgning</i>	1 564 600 000	
	73	Hjelpemidler mv. under arbeid og utdanning	149 000 000	
	74	Tilskudd til biler	975 000 000	
	75	Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler	2 756 000 000	
	76	Bedring av funksjonsevnen, andre formål	77 300 000	
	77	Ortopediske hjelpemidler	685 000 000	
	78	Høreapparater	420 000 000	
2670		Alderdom		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	33 015 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	45 645 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
	72	Ventetillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	105 000 000	
	73	Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	4 870 000 000	
2680		Etterlatte		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	1 207 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	1 034 000 000	
	72	Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	62 000 000	
	74	Utdanningsstønad	2 500 000	
	75	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i>	14 500 000	
2683		Stønad til enslig mor eller far (jf. kap. 5701)		
	70	Overgangsstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	2 300 000 000	
	72	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i>	612 000 000	
	73	Utdanningsstønad	85 000 000	
	75	Stønad til flytting for å komme i arbeid	500 000	
	76	Forskuttering av underholdsbidrag	1 115 000 000	
2686		Gravferdsstønad		
	70	Gravferdsstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	110 000 000	
2690		Diverse utgifter		
	70	Sykestønadsutgifter i utlandet	130 000 000	
	77	Pasienter fra gjensidighetsland	60 000 000	
		Totale utgifter		188 359 300 000
I n n t e k t e r				
3622		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	2	Oppdragsinntekter	500 000	
5701		Diverse inntekter		
	1	Administrasjonsvederlag	29 100 000	
	2	Diverse inntekter	175 000 000	
	3	Hjelpemiddelsentraler m.m.	55 000 000	
	6	Gebyrinntekter ved fastsettelse av bidrag	15 000 000	
	7	Administrasjonsvederlag fra regionale helseforetak	88 300 000	
	71	Refusjon ved yrkesskade	967 200 000	
	73	Refusjon fra bidragspliktige	545 000 000	
	74	Refusjon medisinsk behandling	2 100 000	
	75	Refusjon overskytende bidrag	26 400 000	
	80	Renter	40 000 000	
		Totale inntekter		1 943 600 000

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Arbeids- og sosialdepartementet i 2005 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 600 post 1	kap. 3600 post 2
kap. 622 post 1	kap. 3622 post 2
kap. 2600 post 1	kap. 5701 postene 1, 4, 5 og 6
kap. 2603 post 1	kap. 5705 post 2

III
Folketrygdytelse

Stortinget samtykker i at med virkning fra 1. januar 2005 skal følgende ytelser etter folketrygdloven utgjøre:*

		kroner
1a.	Grunnstønad for ekstraavgifter ved uførhet etter lovens § 6-3 (laveste sats)	6 636
1b.	Ved ekstraavgifter utover laveste sats, kan grunnstønaden forhøyes til	10 140
1c.	eller til	13 332
1d.	eller til	19 620
1e.	eller til	26 604
1f.	eller til	33 240
2a-1.	Hjelpstønad til uføre som må ha hjelp i huset ^{1, 2}	11 064
2a-2.	Hjelpstønad etter lovens § 6-4 til uføre som må ha tilsyn og pleie ³	11 904
2b.	Forhøyet hjelpstønad etter lovens § 6-5 til uføre under 18 år som må ha særskilt tilsyn og pleie ³	23 808
2c.	eller til	47 616
2d.	eller til	71 424
3.	Behovsprøvet gravferdsstønad opptil	16 068
4.	Stønad til barnetilsyn etter lovens §§ 15-11 og 17-9 ⁴	
	for første barn	33 144
	for to barn	43 236
	for tre og flere barn	48 996

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

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

² Fra 1. januar 1997 skiller 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 1. januar 2003 dekkes 66 pst. av dokumenterte utgifter til barnetilsyn. Beløpene i tabellen er maksimale refusjonssatser. Stønaden er inntektsprøvet.»

Forslag nr. 32 lyder:

«I

På statsbudsjettet for 2005 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
700		Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)		
	1	Driftsutgifter	114 751 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 153 000	
701		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	132 576 000	
702		Helse- og sosialberedskap		
	1	Driftsutgifter	14 974 000	
703		Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)		
	21	Spesielle driftsutgifter	17 012 000	
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)		
	1	Driftsutgifter	372 051 000	
	21	Formidlingsvirksomhet	135 852 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	15 088 000	
712		Bioteknologinemnda		
	1	Driftsutgifter	6 647 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)		
	1	Driftsutgifter	58 859 000	
	21	Oppdragsutgifter	34 438 000	
719		Helsefremmende og forebyggende arbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv., <i>kan overføres</i>	19 389 000	
	70	Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer – smittevern, <i>kan overføres</i>	27 826 000	
	71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv., <i>kan overføres</i>	29 389 000	
	73	Handlingsplan for fysisk aktivitet	12 340 000	
720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)		
	1	Driftsutgifter	406 055 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	56 393 000	
721		Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)		
	1	Driftsutgifter	63 360 000	
722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)		
	1	Driftsutgifter	60 127 000	
	50	Tilskudd til NPE som statlig fond	394 023 000	
	70	Dekning av advokatutgifter	12 408 000	
723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)		
	1	Driftsutgifter	17 916 000	
724		Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak		
	1	Driftsutgifter, Statens helsepersonellnemnd og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	23 831 000	
	21	Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten	63 697 000	
	60	Tilskudd til rekrutteringsplanen	85 819 000	
	61	Tilskudd til turnustjenesten	132 028 000	
	71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	13 247 000	
725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 3725)		
	1	Driftsutgifter	35 086 000	
726		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter	33 951 000	
	61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, <i>kan overføres</i>	79 912 000	
727		Tannhelsetjenesten		
	21	Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten	17 038 000	
728		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	116 837 000	
729		Annen helsetjeneste		
	60	Helsetjenesten for innsatte i fengsel – tilskudd til kommuner	84 299 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	83 660 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m.	5 218 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
732		Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>	17 709 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74 og 75</i>	4 591 851 000	
	71	Tilskudd til Helse Øst RHF, <i>kan overføres</i>	15 853 516 000	
	72	Tilskudd til Helse Sør RHF, <i>kan overføres</i>	8 922 960 000	
	73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	7 883 761 000	
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	5 800 265 000	
	75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	5 227 108 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	13 140 373 000	
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 249 134 000	
	78	Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	1 050 888 000	
	80	Pasienttransport	433 000 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	444 000 000	
737		Kreftregisteret		
	70	Tilskudd	71 206 000	
742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter		
	1	Driftsutgifter	24 312 000	
	70	Tilskudd	2 262 000	
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter	28 107 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	2 075 783 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	319 973 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	84 660 000	
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	98 584 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 189 972 000	
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	41 598 000	
750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)		
	1	Driftsutgifter	121 807 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 614 000	
751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)		
	21	Spesielle driftsutgifter	67 442 000	
	70	Tilskudd	66 093 000	
760		Utredningsvirksomhet m.m.		
	21	Spesielle driftsutgifter	8 454 000	
761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter	74 757 000	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	64 841 000	
	61	Tilskudd til vertskommuner	481 456 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	144 453 000	
	64	Ressurskrevende brukere, <i>overslagsbevilgning</i>	1 584 400 000	
	66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	50 541 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	46 530 000	
	71	Tilskudd til frivillig arbeid	13 080 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
	72	Tilskudd til Landsbystiftelsen	58 938 000	
	73	Tilskudd til døvblinde og døve	10 133 000	
	75	Kompetansesentra m.m.	61 832 000	
	76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	6 411 000	
2711		Spesialisthelsetjenester mv.		
	72	Refusjon tannlegehjelp	660 000 000	
	78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.	409 309 000	
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	8 748 000 000	
	72	Sykepleieartikler	1 081 000 000	
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 231 000 000	
	71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	40 000 000	
2755		Helsetjeneste i kommunene mv.		
	62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	200 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp	2 271 000 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 337 000 000	
	72	Refusjon jordmorhjelp	18 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	26 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	55 000 000	
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt	491 000 000	
		Totale utgifter		<u>94 763 363 000</u>
I n n t e k t e r				
3710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)		
	2	Salgs- og leieinntekter	78 882 000	
	3	Diverse inntekter	890 000	
3715		Statens strålevern (jf. kap. 715)		
	2	Salgs- og leieinntekter	1 558 000	
	5	Oppdragsinntekter	34 392 000	
3720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 720)		
	2	Salgs- og leieinntekter	2 000 000	
	4	Gebyrinntekter	6 521 000	
3722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)		
	50	Overføring fra NPE som statlig fond	72 535 000	
3723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 723)		
	50	Overføring fra NPE som statlig fond	17 916 000	
3724		Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	2	Gebyrinntekter	15 308 000	
3725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)		
	3	Oppdragsinntekter	103 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
3732		Regionale helseforetak (jf. kap. 732)		
	80	Renter på investeringslån	65 000 000	
3750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)		
	2	Gebyrinntekter	5 563 000	
3751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577)		
	3	Tilbakebetaling av lån	146 000	
		Totale inntekter		300 814 000

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 post 1	kap. 3700 post 2
kap. 703 postene 60 og 70	kap. 3703 post 3
kap. 710 postene 1 og 21	kap. 3710 post 2
kap. 715 postene 1 og 21	kap. 3715 postene 2, 3 og 5
kap. 720 post 1	kap. 3720 postene 2 og 3
kap. 721 post 1	kap. 3721 postene 2 og 4
kap. 722 post 1	kap. 3722 post 50
kap. 723 post 1	kap. 3723 post 50
kap. 724 post 1	kap. 3724 post 2
kap. 725 post 1	kap. 3725 post 3
kap. 750 post 1	kap. 3750 post 2

III

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

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

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester	1 mill. kroner
	75	Kompetansesentra m.m.	7 mill. kroner

V

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan gi de fem regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en totalramme på 5 500 mill. kroner.

VI

Nettoføring av refusjoner

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan nettoføre som utgiftsreduksjon under kap. 732 Regionale helseforetak post 80 Pasienttransport, refusjoner fra helseforetakene av utgifter til pasienttransport.

VII

Stortinget ber Regjeringa sørge for at det planlagte psykiatrisenteret blir bygd som en del av fase 2 av bygginga av ny universitetsklinikk i Trondheim, og at staten skal dekke en vesentlig del av kostnadene ved utbygginga.

VIII

Stortinget ber Regjeringen om å overføre refusjonsansvaret for privatpraktiserende spesialister, psykologer, laboratorier og røntgentjenester fra Rikstrygdeverket til helseforetakene.

IX

Stortinget ber Regjeringen om å sikre Selli rehabiliterings- og opptreningscenter tilskudd til permanent drift.»

Forslag nr. 33 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå samlet refusjon til fastlegeordningen ut fra målsetningen om en utligning av avlønningen sammenholdt med andre sammenlignbare yrkesgrupper.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Sosialistisk Venstreparti ble med 87 mot 14 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.45.31)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 31, fra Fremskrittspartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen tillegge Sosial- og helsedirektoratet godkjenningsmyndigheten for bemanningsplaner ved sykehjem og i hjemmesykepleien slik at behandlings- og pleietrengende syke eldre sikres faglig forsvarlig nivå på bemanningen uavhengig av bosted.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 87 mot 15 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.45.49)

Presidenten: Det voteres over forslagene nr. 4, 25, 26, 27, 28, 29 og 30, fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Forslag nr. 4 lyder:

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

Forslag nr. 25 lyder:

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

Forslag nr. 26 lyder:

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

Forslag nr. 27 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å fastsette rammer for lønnsmidler til helseforetakene med utgangspunkt i vedtatte bevilgninger i statsbudsjettet, slik at det ved lønnsforhandlinger klart framgår hvilke midler det kan forhandles om.»

Forslag nr. 28 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å tilrettelegge for at finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten fortløpende justeres for utilsiktede vridningseffekter mellom diagnosegruppene ut fra målsetningen om at ressursbruken optimaliseres, slik at det er best mulig samsvar mellom den medisinske tilstanden som foreligger, og de ressurser som settes inn i diagnostikk og behandling.»

Forslag nr. 29 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å legge fram en samlet tilrådning overfor Stortinget om det framtidige nyfødttilbudet, inkludert en tilrådning av den geografiske fordeling av tilbudet i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2005.»

Forslag nr. 30 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å vurdere innføring av medisinske inngangsvilkår for dekning av reisekostnader ved fritt sykehusvalg og legge saken fram for Stortinget i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2005.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 80 mot 22 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.46.13)

Det voteres over forslag nr. 24, fra Arbeiderpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sikre en bedre lokal- og regionalpolitisk forankring i helseforetakene ved at lokale og regionale myndigheter får anledning til å foreslå kandidater til styrene på alle nivåer i helseforetakene.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Arbeiderpartiet ble med 77 mot 25 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.46.31)

Presidenten: Vi har nå kommet til forslagene nr. 22 og nr. 23, fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet.

Forslag nr. 22 må etter presidentens vurdering forstås slik at det er et pålegg til Regjeringen som medfører økt behov for bruk av midler på budsjettet for 2005, og at det

følgelig er rammeavhengig. Forslaget vil derfor ikke komme til votering, og anses som bortfalt.

Forslag nr. 23, fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet, lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge fram vurdering og forslag vedrørende henvisningsrett for optikere til øyelege og henvisnings- og sykemeldingsrett for enkelte andre behandlergrupper, herunder psykologer, i Revidert nasjonalbudsjett for 2005.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet ble med 69 mot 33 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.47.10)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 21, fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen i den varslede stortingsmeldingen om legemiddelpolitikken vurdere hensiktsmessigheten av direkteleveranser av veterinærlegemidler til profesjonelle sluttbrukere.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 62 mot 40 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.47.28)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 20, fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet. Forslaget lyder:

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

V o t e r i n g :

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet ble med 61 mot 41 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.47.44)

Presidenten: Det voteres over forslagene nr. 1–3 og 7–19, fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Asmund Kristoffersen (A) (fra salen): Forslag nr. 18 bes omgjort til et oversendelsesforslag.

Presidenten: Da voterer vi over alle de nevnte forslagene, unntatt forslag nr. 18.

Forslag nr. 1 lyder:

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

Forslag nr. 2 lyder:

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

Forslag nr. 3 lyder:

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

Forslag nr. 7 lyder:

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

Forslag nr. 8 lyder:

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

Forslag nr. 9 lyder:

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

Forslag nr. 10 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen foreta oppretting av skjevfordelingen i bevilgning mellom helseregionene over to år i samsvar med tidligere vedtatt fordelingsnøkkel.»

Forslag nr. 11 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det vedtatte tillegget til Helse Nord Regionalt Helseforetak finansieres med et prosentvis like stort trekk fra de øvrige fire regionene som regionenes basisbevilgning tilsier.»

Forslag nr. 12 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå behandlingstilbudet til barn og unge innenfor det psykiske helsevernet og legge fram gjennomgangen for Stortinget på egnet måte.»

Forslag nr. 13 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå det samlede ressursbehovet for et helhetlig behandlingstilbud for mennesker med rusmiddelavhengighet og legge resultatet av gjennomgangen fram for Stortinget på egnet måte.»

Forslag nr. 14 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for en evaluering av hvordan pasientrettighetsloven gagnar mennesker med psykiske lidelser, og at dette omtales i Revidert nasjonalbudsjett for 2005.»

Forslag nr. 15 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å utføre en kartlegging av hvor mange alvorlig psykisk syke personer det er som står helt uten et tilpasset bo- og behandlingstilbud, og hvor disse befinner seg.»

Forslag nr. 16 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen vurdere godkjenning og i samarbeid med de regionale helseforetak og Mental Helse Norge i forbindelse med Revidert nasjonal-

budsjett for 2005 vurdere finansiering av Frogner lærings- og kompetansesenter for mennesker med psykiske lidelser.»

Forslag nr. 17 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå refusjonsordningen for opptreningsentrene ut fra målsetningen om at like behandlingsopplegg skal refunderes likt, og legge fram resultatet av gjennomgangen for Stortinget i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett i 2005.»

Forslag nr. 19 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen foreta en vurdering av hvordan en best kan sikre at kommuner som inngår legevaktsamarbeid, ikke taper økonomisk på dette, og legge forslag til tiltak fram for Stortinget i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett i 2005.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 55 mot 47 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.48.28)

Presidenten: Så gjenstår forslag nr. 18, som er omgjort til et oversendelsesforslag. Forslaget lyder i endret form:

«Det henstilles til Regjeringen å komme tilbake til Stortinget med et forslag om en permanent, landsdekkende ordning for kiropraktorer og manuelleterapeuter i tråd med reglene for prøveordningen i Hordaland, Nordland og Vestfold.»

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

Vi skal så votere over innstillingens forslag til vedtak, og vi begynner med rammeområde 15.

Komiteen hadde innstillet:

Rammeområde 15 (Sosial)

I

På statsbudsjettet for 2005 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
600		Arbeids- og sosialdepartementet (jf. kap. 3600)		
	1	Driftsutgifter	113 200 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	2 800 000	
620		Utredningsvirksomhet, forskning m.m.		
	21	Spesielle driftsutgifter	83 900 000	
	50	Norges forskningsråd	88 400 000	
621		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter	56 500 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	121 100 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	96 800 000	
	74	Tilskudd til pensjonistenes og funksjonshemmedes organisasjoner mv.	132 400 000	
622		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	1	Driftsutgifter	28 500 000	
660		Krigspensjon		
	70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i>	255 000 000	
	71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i>	615 000 000	
2600		Trygdeetaten		
	1	Driftsutgifter	4 954 000 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	14 800 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	147 600 000	
	70	Tilskudd	3 600 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
2603		Trygderetten		
	1	Driftsutgifter	48 100 000	
	21	Klagenemnd for utenlandsbehandling	2 100 000	
2650		Sykepenger		
	70	Sykepenger for arbeidstakere mv., <i>overslagsbevilgning</i>	25 415 000 000	
	71	Sykepenger for selvstendige, <i>overslagsbevilgning</i>	1 810 000 000	
	72	Omsorgs- og pleiepengar ved barns sykdom m.m., <i>overslagsbevilgning</i>	395 000 000	
	73	Tilretteleggingstilskudd, <i>kan overføres</i>	91 400 000	
	74	Refusjon bedriftshelsetjenester	22 700 000	
	75	Feriepengar av sykepengar, <i>overslagsbevilgning</i>	1 380 000 000	
2652		Medisinsk rehabilitering mv.		
	70	Rehabiliteringspengar, <i>overslagsbevilgning</i>	8 400 000 000	
	71	Legeerklæringer	275 000 000	
2655		Uførhet		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	16 819 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	24 543 000 000	
	72	Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	1 380 000 000	
	73	Foreløpig uførepensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	250 000 000	
	74	Tidsbegrenset uførestønad, <i>overslagsbevilgning</i>	2 155 000 000	
	75	Menerstatning ved yrkesskade, <i>overslagsbevilgning</i>	105 000 000	
	76	Yrkesskadetrygd gml. lovgivning, <i>overslagsbevilgning</i>	70 000 000	
2661		Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.		
	70	Grunnstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	1 490 000 000	
	71	Hjelpestønad, <i>overslagsbevilgning</i>	1 564 600 000	
	73	Hjelpemidler mv. under arbeid og utdanning	149 000 000	
	74	Tilskudd til biler	975 000 000	
	75	Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler	2 756 000 000	
	76	Bedring av funksjonsevnen, andre formål	77 300 000	
	77	Ortopediske hjelpemidler	685 000 000	
	78	Høreapparater	420 000 000	
2670		Alderdom		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	33 015 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	45 645 000 000	
	72	Ventetillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	105 000 000	
	73	Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	4 870 000 000	
2680		Etterlatte		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	1 207 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	1 034 000 000	
	72	Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	62 000 000	
	74	Utdanningsstønad	2 500 000	
	75	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i>	14 500 000	
2683		Stønad til enslig mor eller far (jf. kap. 5701)		
	70	Overgangsstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	2 300 000 000	
	72	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i>	612 000 000	
	73	Utdanningsstønad	85 000 000	
	75	Stønad til flytting for å komme i arbeid	500 000	
	76	Forskuttering av underholdsbidrag	1 115 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
2686		Gravferdsstønad.....		
	70	Gravferdsstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	110 000 000	
2690		Diverse utgifter.....		
	70	Sykestønadsutgifter i utlandet	130 000 000	
	77	Pasienter fra gjensidighetsland	60 000 000	
		Totale utgifter		<u>188 359 300 000</u>
I n n t e k t e r				
3622		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	2	Oppdragsinntekter	500 000	
5701		Diverse inntekter		
	1	Administrasjonsvederlag	29 100 000	
	2	Diverse inntekter	175 000 000	
	3	Hjelpemiddelsentraler m.m.	55 000 000	
	6	Gebyrinntekter ved fastsettelse av bidrag	15 000 000	
	7	Administrasjonsvederlag fra regionale helseforetak	88 300 000	
	71	Refusjon ved yrkesskade	967 200 000	
	73	Refusjon fra bidragspliktige	545 000 000	
	74	Refusjon medisinsk behandling	2 100 000	
	75	Refusjon overskytende bidrag	26 400 000	
	80	Renter	40 000 000	
		Totale inntekter		<u>1 943 600 000</u>

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Arbeids- og sosialdepartementet i 2005 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 600 post 1	kap. 3600 post 2
kap. 622 post 1	kap. 3622 post 2
kap. 2600 post 1	kap. 5701 postene 1, 4, 5 og 6
kap. 2603 post 1	kap. 5705 post 2

III

Folketrygdytelser

Stortinget samtykker i at med virkning fra 1. januar 2005 skal følgende ytelser etter folketrygdloven utgjøre:*

	kroner
1a. Grunnstønad for ekstrautgifter ved uførhet etter lovens § 6-3 (laveste sats)	6 636
1b. Ved ekstrautgifter utover laveste sats, kan grunnstønaden forhøyes til	10 140
1c. eller til	13 332
1d. eller til	19 620
1e. eller til	26 604
1f. eller til	33 240
2a-1. Hjelpstønad til uføre som må ha hjelp i huset ^{1, 2}	11 064
2a-2. Hjelpstønad etter lovens § 6-4 til uføre som må ha tilsyn og pleie ³	11 904
2b. Forhøyet hjelpstønad etter lovens § 6-5 til uføre under 18 år som må ha særskilt tilsyn og pleie ³	23 808
2c. eller til	47 616
2d. eller til	71 424

	kroner
3. Behovsprøvet gravferdsstønad opptil	16 068
4. Stønad til barnetilsyn etter lovens §§ 15-11 og 17-9 ⁴	
for første barn	33 144
for to barn	43 236
for tre og flere barn	48 996

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

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 1. januar 2003 dekkes 66 pst. av dokumenterte utgifter til barnetilsyn. Beløpene i tabellen er maksimale refusjonssatser.

Stønaden er inntektsprøvet.

Presidenten: Senterpartiet har varslet at de ønsker å stemme imot. – Her er det visst også mange andre som ønsker å stemme imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 61 mot 40 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 14.50.11)

Videre var innstillet:

IV

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

V

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

Presidenten: IV og V er oppført under rammeområde 15, men er rammeuavhengige.

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 2005 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
700		Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)		
	1	Driftsutgifter	124 251 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 153 000	
701		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	135 576 000	
702		Helse- og sosialberedskap		
	1	Driftsutgifter	14 974 000	
703		Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)		
	21	Spesielle driftsutgifter	17 012 000	
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)		
	1	Driftsutgifter	370 051 000	
	21	Formidlingsvirksomhet	137 852 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	15 088 000	
712		Bioteknologinemnda		
	1	Driftsutgifter	6 647 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)		
	1	Driftsutgifter	58 359 000	
	21	Oppdragsutgifter	34 438 000	
719		Helsefremmende og forebyggende arbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv., <i>kan overføres</i>	16 389 000	
	70	Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer – smittevern, <i>kan overføres</i>	23 826 000	
	71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv., <i>kan overføres</i>	22 363 000	
	72	Stiftelsen Amatheia	15 026 000	
	73	Handlingsplan for fysisk aktivitet	12 340 000	
720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)		
	1	Driftsutgifter	404 055 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	54 893 000	
721		Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)		
	1	Driftsutgifter	63 360 000	
722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)		
	1	Driftsutgifter	60 127 000	
	50	Tilskudd til NPE som statlig fond	394 023 000	
	70	Dekning av advokatutgifter	12 408 000	
723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)		
	1	Driftsutgifter	16 916 000	
724		Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak		
	1	Driftsutgifter, Statens helsepersonellnemnd og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	23 581 000	
	21	Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten	48 697 000	
	60	Tilskudd til rekrutteringsplanen	59 819 000	
	61	Tilskudd til turnustjenesten	131 028 000	
	71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	13 247 000	
725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 3725)		
	1	Driftsutgifter	35 086 000	
726		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter	34 201 000	
	61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, <i>kan overføres</i>	54 912 000	
727		Tannhelsetjenesten		
	21	Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten	16 538 000	
728		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	115 837 000	
729		Annen helsetjeneste		
	60	Helsetjenesten for innsatte i fengsel – tilskudd til kommuner	79 299 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	83 660 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m.	5 218 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
732		Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>	15 709 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74 og 75</i>	2 303 251 000	
	71	Tilskudd til Helse Øst RHF, <i>kan overføres</i>	13 718 416 000	
	72	Tilskudd til Helse Sør RHF, <i>kan overføres</i>	7 600 060 000	
	73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	6 769 561 000	
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	4 953 165 000	
	75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	4 576 208 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	19 710 573 000	
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 199 134 000	
	78	Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	1 050 888 000	
	80	Pasienttransport	423 500 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	444 000 000	
737		Kreftregisteret		
	70	Tilskudd	71 206 000	
742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter		
	1	Driftsutgifter	24 312 000	
	70	Tilskudd	1 762 000	
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter	28 107 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	2 050 783 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	322 973 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	84 660 000	
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	98 584 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 191 972 000	
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	41 598 000	
750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)		
	1	Driftsutgifter	121 307 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 614 000	
751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)		
	21	Spesielle driftsutgifter	65 742 000	
	70	Tilskudd	66 093 000	
760		Utredningsvirksomhet m.m.		
	21	Spesielle driftsutgifter	7 454 000	
761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter	73 357 000	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	64 841 000	
	61	Tilskudd til vertskommuner	481 456 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	145 053 000	
	64	Ressurskrevende brukere, <i>overslagsbevilgning</i>	1 584 400 000	
	66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	50 541 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	51 530 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
	71	Tilskudd til frivillig arbeid	14 580 000	
	72	Tilskudd til Landsbystiftelsen	58 938 000	
	73	Tilskudd til døvblinde og døve	10 133 000	
	75	Kompetansesentra m.m.	61 832 000	
	76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	6 411 000	
2711		Spesialisthelsetjenester mv.		
	70	Refusjon spesialisthjelp	1 046 000 000	
	71	Refusjon psykologhjelp	178 000 000	
	72	Refusjon tannlegehjelp	660 000 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstituttt	498 000 000	
	78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.	602 409 000	
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	8 628 000 000	
	72	Sykepleieartikler	1 061 000 000	
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 341 000 000	
	71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	40 000 000	
2755		Helsetjeneste i kommunene mv.		
	62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	195 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp	2 349 000 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 317 000 000	
	72	Refusjon jordmorhjelp	18 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	26 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	55 000 000	
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt	486 000 000	
		Totale utgifter.....		<u>94 763 363 000</u>
I n n t e k t e r				
3710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)		
	2	Salgs- og leieinntekter	78 882 000	
	3	Diverse inntekter	890 000	
3715		Statens strålevern (jf. kap. 715)		
	2	Salgs- og leieinntekter	1 558 000	
	5	Oppdragsinntekter	34 392 000	
3720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 720)		
	2	Salgs- og leieinntekter	2 000 000	
	4	Gebyrinntekter	6 521 000	
3722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)		
	50	Overføring fra NPE som statlig fond	72 535 000	
3723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 723)		
	50	Overføring fra NPE som statlig fond	17 916 000	
3724		Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	2	Gebyrinntekter	15 308 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
3725	3	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725) Oppdragsinntekter	103 000	
3732	80	Regionale helseforetak (jf. kap. 732) Renter på investeringslån	65 000 000	
3750	2	Statens legemiddelverk (jf. kap. 750) Gebyrinntekter	5 563 000	
3751	3	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577) Tilbakebetaling av lån	146 000	
		Totale inntekter		300 814 000

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 post 1	kap. 3700 post 2
kap. 703 postene 60 og 70	kap. 3703 post 3
kap. 710 postene 1 og 21	kap. 3710 post 2
kap. 715 postene 1 og 21	kap. 3715 postene 2, 3 og 5
kap. 720 post 1	kap. 3720 postene 2 og 3
kap. 721 post 1	kap. 3721 postene 2 og 4
kap. 722 post 1	kap. 3722 post 50
kap. 723 post 1	kap. 3723 post 50
kap. 724 post 1	kap. 3724 post 2
kap. 725 post 1	kap. 3725 post 3
kap. 750 post 1	kap. 3750 post 2

III

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

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

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester	1 mill. kroner
	75	Kompetansesentra m.m.	7 mill. kroner

V

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan gi de fem regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en totalramme på 5 500 mill. kroner.

VI

Nettoføring av refusjoner

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan nettoføre som utgiftsreduksjon under kap. 732 Regionale helseforetak post 80 Pasienttrans-

port, refusjoner fra helseforetakene av utgifter til pasienttransport.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 56 mot 46 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 14.51.03)

Presidenten: Da gjenstår det å votere over de resterende romertall som er oppført under rammeområde 16, men som er rammeuavhengige.

Komiteen hadde innstillet:

VII

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

VIII

Stortinget ber Regjeringen gjennomgå situasjonen til private rusverninstusjoner som ikke omfattes av spesialisthelsetjenesten, og komme tilbake til Stortinget med vurdering av tiltak for å sikre dette tilbudet til rusmiddelmisbrukere.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

IX

Stortinget ber Regjeringen sørge for at de legemidler som nyttes til behandling av kronisk obstruktiv lunge sykdom (KOLS), og som i dag refunderes etter § 9 i blåreseptforskriften, ikke overføres til individuell refusjon etter § 10a.

Presidenten: Det er Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet som står bak innstillingen, mens SV har varslet at de vil stemme for.

Presidenten antar at Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ønsker å stemme imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 62 mot 40 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 14.51.57)

Videre var innstillet:

X

Stortinget ber Regjeringen om at dersom Statens legemiddelverks utredning angående legemiddelet Remica de gir grunnlag for å endre refusjonsvilkår, legges saken frem for Stortinget med sikte på en avklaring i Revidert nasjonalbudsjett våren 2005.

Presidenten: Sosialistisk Venstreparti har varslet at de ønsker å stemme imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 87 mot 14 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 14.52.24)

Presidenten: Det skulle være alle voteringene under sak nr. 1.

Votering i sak nr. 2

Presidenten: Under debatten er det satt fram tre forslag. Det er

- forslag nr. 1, fra Bjarne Håkon Hanssen på vegne av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslag nr. 2, fra Bjarne Håkon Hansen på vegne av Arbeiderpartiet
- forslag nr. 3, fra Olav Gunnar Ballo på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet

Presidenten gjør her oppmerksom på at Olav Gunnar Ballo har endret forslag nr. 3. Det gjelder det siste avsnittet i dette forslaget, der man forutsatte at Regjeringen skulle komme tilbake med en lovendring pr. 1. januar 2005 – det lar seg ikke gjøre. Avsnittet blir da endret – og borte! (Munterhet i salen) Da kommer Regjeringen tilbake til det, hvis det blir vedtatt, når det måtte passe.

Det votes over forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå grunnlaget for beregning av dagpenger med utgangspunkt i at også de ytelser som mottas under sykdom, skal inngå i beregningsgrunnlaget for tilståelse av dagpenger.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 55 mot 47 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 14.53.50)

Presidenten: Det vil så bli votert alternativt mellom komiteens innstilling og det endrede forslag nr. 3, fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Komiteen hadde innstillet:

Dokument nr. 8:6 (2004-2005) – forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo, Sigbjørn Molvik og Ola D. Gløtvold om rett til tilståelse av rehabiliteringspenger utover 52 uker etter unntaksbestemmelsene – vedlegges protokollen.

Forslaget fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om å endre lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folke-

trygdloven) slik at mottakere av rehabiliteringspenger kan motta rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelsene også utover 52 uker.»

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet bifaltes innstillingen med 79 mot 20 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 14.54.52)

Presidenten: Det votes så over forslag nr. 2, fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har varslet subsidiær støtte til dette forslaget. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om å endre lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folke-

trygdloven) slik at mottakere av rehabiliteringspenger kan motta rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelsene inntil 104 uker.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Arbeiderpartiet ble med 55 mot 47 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.55.13)

S a k n r . 3

Referat

Presidenten: Det foreligger ikke noe referat.

Møtet hevet kl. 14.55.
