

Møte fredag den 9. desember kl. 10

President: Eirin Faldet

Dagsorden (nr. 25):

1. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2006, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 16) (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005-2006), jf. St.prp. nr. 1 (2005-2006) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005-2006))
2. Redegjørelse av utenriksministeren om WTO-forhandlingene
3. Innstilling fra utanrikskomiteen om endringer på statsbudsjettet for 2005 under kapittel administrerte av Utanriksdepartementet (Innst. S. nr. 41 (2005-2006), jf. St.prp. nr. 15 (2005-2006))
4. Referat

Sak nr. 1

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2006, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 16) (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005-2006), jf. St.prp. nr. 1 (2005-2006) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005-2006))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 2 timer og 5 minutter, og at taletiden fordeles slik:

Arbeiderpartiet 45 minutter, Fremskrittspartiet 25 minutter, Høyre 15 minutter, Sosialistisk Venstreparti 10 minutter, Kristelig Folkeparti 10 minutter, Senterpartiet 10 minutter og Venstre 10 minutter.

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

Videre vil presidenten foreslå at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

Harald T. Nesvik (FrP) [10:03:11] (komiteens leder): Innledningsvis vil jeg få lov til å takke komiteen for en god og ryddig prosess i forbindelse med jobben som nå er gjort i komiteen når det gjelder budsjettarbeidet for inneværende år.

Mange har vært til høring i komiteen for å presentere sine kommentarer og ønsker om hvordan budsjettet bør se ut i fremtiden. Dette er viktige tilbakemeldinger for komiteens arbeid. Det er heller ikke til å legge skjul på at komiteen nå også består av mange nye representanter, og i tillegg er det en del som har nye roller.

President – jeg må også få lov til fra denne talerstolen å sende noen tanker til tidligere stortingsrepresentant John I. Alvheim, som etter min mening gjorde en fantas-

tisk jobb for de svakeste i samfunnet i denne sammenhengen. Og jeg ønsker, om presidenten ikke har noe imot det, å ha noen få minutters stillhet.

Presidenten: Presidenten er noe usikker. Vi skal ha en minnetale om representanten John I. Alvheim ved en senere anledning. Presidenten tror vi alle sammen har våre tanker om ham i denne debatten.

Harald T. Nesvik (FrP): Takk for det.

Da skal jeg gå videre.

I forbindelse med budsjettet ser vi nå konturene av en flertallsregjering. Jeg tror også innstillingen bærer preg av det. Vi har også fått forsikringer om at Regjeringen vil høre på opposisjonen. Det er nok litt fraværende i denne innstillingen, men vi får se hvordan arbeidet utvikler seg ved senere anledninger.

Etter å ha vært med på en lang, lang valgkamp i forbindelse med årets stortingsvalg, der jeg har møtt representanter fra regjeringspartiene i en rekke forskjellige debatter, må jeg få lov til å uttrykke en viss overraskelse – det er ikke til å legge skjul på – over det forslaget til budsjett som Regjeringen har fremmet. Ja, etter å ha lest hele Soria Moria-erklæringen, blir jeg enda mer forundret. Jeg skal her bruke et eksempel som viser at det åpenbart er langt mellom liv og lære i en del sammenhenger, også i politikken.

Under kapittel 9 i erklæringen, Helse og omsorg, står følgende å lese som siste punkt under Helsetjenester:

«– redusere egenandeler på helsetjenester og holde dem på et lavt nivå.»

Dette står i grell kontrast til det faktum at man nå innfører en ny egenandel som rammer kronikerne særdeles hardt. Det jeg snakker om, er selvfølgelig innføring av en egenandel på 50 kr knyttet til fysioterapi for dem som er inne på diagnoselisten. Når man så i tillegg nærmest dobler egenandelen knyttet til å kunne gjøre seg nytte av retten til fritt sykehusvalg, er man fra denne regjeringens side i ferd med på nytt å innføre tilstander i helsevesenet der kun de som har god råd, vil kunne få mulighet til bl.a. å reise ut av regionen for å bli behandlet raskest mulig, og da ved et sykehus som har kortere ventetider enn ens eget.

Når en tidligere har konfrontert regjeringspartiene med disse løftebruddene overfor dem som har det vanskelig fra før, og som nå får det enda verre, er man blitt møtt med kommentaren at dette er ikke noe den nye regjeringen står for, men noe som ligger igjen etter den forrige. Dette kan ikke brukes som et argument, da vi nå har til behandling et budsjett som Regjeringen selv står bak, all den tid dette ikke er blitt rettet opp i tilleggsproposisjonen. Det som faktisk er realiteten, er at en ikke har funnet rom for dette i sitt eget budsjett. Men da har man også vist hvordan man prioriterer innenfor helsevesenet. Da må man også ta innover seg at man på denne måten faktisk rammer de svakeste, de som ikke har nok fra før – og som ikke befinner seg blant de hundre rikeste som man er ute etter å ta, i hvert fall ifølge tidligere debatter. Hvor blir det av fattigdomsbekjempelsen i denne sammenhengen?

Norge er et langstrakt land, med en meget spredt befolkning – dersom en ser bort fra det helt sentrale østlandsområdet. Dette medfører at det er kostbart å drive en spesialisthelsetjeneste i dette landet med den forutsetningen i bunnen at alle landets innbyggere skal ha samme rettigheter knyttet til behandling av sykdom, uansett bostedsadresse. Skal en få dette til å fungere på en skikkelig måte, må vi være villige til å bruke nok penger på denne sektoren, slik at de som har behov for hjelp, får det innen rimelig tid, og ikke minst innenfor fastsatt frist gitt av legen.

Dette dreier seg i første rekke om bevilgninger til pasientbehandling, men i stor grad også om langsiktige og forutsigbare rammevilkår for spesialisthelsetjenesten. Dette kan man dessverre ikke si er tilfellet i dag. Nok en gang fremmes det forslag som i dag ligger an til å bli vedtatt, om at den innsatsbaserte delen av finansieringen av spesialisthelsetjenesten reduseres til 40 pst., mens basisdelen økes til 60 pst.

Den endringen i finansieringssystemet som nå gjennomføres, vil kunne få som konsekvens at ventetiden igjen kommer til å øke. Og den fokuseringen som man nå har hatt en tid, på det å sikre pasientene så rask behandling som mulig, kommer til å bli betydelig mindre. Når man i tillegg vet at det enkelte sykehus ikke mottar direkte oppgjør fra staten knyttet til pasientbehandlingen, men får oppgjør først etter at midlene har vært innom det regionale helseforetaket, skaper dette ytterligere usikkerhet.

Videre vil det også knytte seg store problemer til det faktum at det blir stadig vanskeligere å planlegge virksomheten, i og med at man stadig blir utsatt for nye endringer i finansieringssystemet eller forslag om dette.

Bakgrunnen for at regjeringen Bondevik foreslo denne endringen i sitt forslag til statsbudsjett, kan leses i selve proposisjonen, der det står skrevet bl.a. følgende:

«Målet er en balansert og styrt utvikling av behandlingstilbudet. Tilbudet til psykisk helse og rusmiddelmissbrukere skal prioriteres. En lavere refusjonsandel til ISF som dekker somatisk behandling vil understøtte et slikt mål og faren for uønskede vridningseffekter reduseres.»

Fremskrittspartiet er av den oppfatning at forslaget om en endring i den innsatsstyrte finansieringen til 40 pst. ikke får den ønskede virkningen, men snarere bare fører til større problemer for sykehusene med hensyn til planlegging og oppfølging av enda flere pasientgrupper. Istedenfor å endre finansieringssystemet er det mye viktigere å gjøre en skikkelig innsats for å få på plass en aktivitetsbasert finansiering også innenfor psykiatrien og rusbehandlingen. I de tilfeller der en ser at uheldige vridningseffekter oppstår, som f.eks. når det gjelder de tidligere omtalte snorkeoperasjonene, må dette møtes ved å endre prisingen av disse tjenestene slik at betalingen står i forhold til kostnadene og den tiden som går med i forbindelse med behandlingen.

Det er også særdeles viktig å kunne få en mer korrekt prising av de tjenestene som utføres i helsevesenet. Dette er viktig, slik at både offentlige og private helseinstitusjoner er sikret rett betaling for de tjenestene som utføres.

Det er også grunn til å merke seg at man i forliket mellom regjeringen Bondevik og Arbeiderpartiet i forbindelse med statsbudsjettet for 2004 reduserte nettopp den innsatsstyrte delen av finansieringen til 40 pst. Våren 2005 kunne vi igjen se at køene hadde begynt å øke, etter flere år med nedgang. Fremskrittspartiet fikk så ISF-andelen på 60 pst. på plass igjen i budsjettet for 2005.

Fremskrittspartiet fremmer i sitt alternative statsbudsjett for inneværende år forslag om at ISF-andelen skal være på det den er i dag, samtidig som vi ber om at man intensiverer arbeidet med å finne et godt aktivitetsbasert finansieringssystem, som også skal kunne gjelde innenfor psykiatrien og rusomsorgen.

Jeg må si at jeg er meget forundret over at vi i dette landet ennå ikke har klart å få unna køene knyttet til behandling og utredning av personer som har behov for et såkalt cochlea-implantat. Forundringen bygger på de stadige lovnader og forsikringer om at nå vil alt gå seg til på dette området. Det er ikke akseptabelt. Jeg håper at statsråden i løpet av dagens debatt vil love fra denne talerstol å sørge for at kapasiteten for denne type operasjoner styrkes, slik at de lange og svært problematiske ventelistene for operasjoner og for utredninger av både voksne og barn med behov for cochlea-implantat fjernes en gang for alle.

Fremskrittspartiet mener at det også gjenstår noen svært viktige oppgaver knyttet til foretaksreformen, hvis vi skal kunne klare å få denne reformen til å fungere optimalt slik Fremskrittspartiet ser det. Det som må på plass umiddelbart, er en avklaring når det gjelder avskrivningsreglene som skal nyttes av foretakene, slik at åpningsbalansen kan settes ut fra reelle tall. Det er viktig at man legger gjenanskaffelsesprinsippet til grunn, slik at foretakene kan ha en forutsigbarhet knyttet til reinvesteringer av bl.a. bygningsmasse etter behov. Dette innebærer at Stortinget må få seg forelagt en sak som løser denne problematikken.

Videre er man nødt til å tilføre foretakene økte ressurser, slik at de kan sørge for at de pasientene som har behov for behandling, også får det – raskt. Derfor foreslår Fremskrittspartiet i sitt alternative statsbudsjett å øke bevilgningene til de regionale helseforetakene med 500 mill. kr utover Regjeringens forslag.

Videre har vi tatt innover oss alle de planer som nå foreligger for investeringer i helsesektoren. Derfor fremmer Fremskrittspartiet i sitt alternative statsbudsjett forslag om å øke utlånsposten i budsjettet med 500 mill. kr. Videre er det viktig at vi får til en gjeldslette for foretakene, slik at de kan komme på beina igjen. Fremskrittspartiet har derfor fremmet forslag om at man bevilger 1 milliard kr knyttet til gjeldslette for foretakene. Dette er inn tatt i Fremskrittspartiets alternative statsbudsjett.

Fremskrittspartiet ser fram til at det skal foretas en evaluering av foretaksreformen, og vil i den forbindelse allerede nå varsle at vi mener det nå er på tide å vurdere en nedleggelse av de regionale helseforetakene og i stedet erstatte disse med et eget statens sykehusdirektorat. Oppgaven knyttet til bestillerrollen må overføres til kommunalt nivå gjennom f.eks. fastlegen. Fremskrittspartiet kan ikke lenger akseptere en sammenblanding av eierrollen og be-

stillerrollen, samt at det nærmest er i ferd med å utvikle seg fem egne helserepublikker i dette landet med hver sin fulle administrasjon.

Jeg vil også utfordre regjeringspartiene til å kunne si noe om hvorfor man ikke klarer å følge opp egne vedtak fra så sent tilbake som i våres. De to vedtakene som jeg spesielt vil henlede oppmerksomheten mot, er for det første bagatellgrensen når det gjelder godkjenning av legemidler. Der gav flertallet i denne sal en bestilling til Regjeringen om å komme tilbake med en vesentlig heving av bagatellgrensen i forbindelse med statsbudsjettet for 2006. Så er ikke skjedd. Videre går det på medisiner knyttet til KOLS, der regjeringspartiene faktisk har sittet sammen med Fremskrittspartiet og påpekt at regjeringen Bondevik ikke fulgte opp Stortingets vedtak om ikke å overføre disse medisinene for denne pasientgruppen fra § 9 til § 10a. Man har heller ikke her levert. Disse medisinene fås fortsatt etter individuell søknad.

Fremskrittspartiet har ikke funnet rom for å kunne fremme et alternativt budsjett innenfor den tildelte rammen for helse- og omsorgsdepartementets område. Vi i Fremskrittspartiet mener at rammen på langt nær er tilstrekkelig til å kunne gi et godt nok helsetilbud til befolkningen. Vi har i vårt alternative statsbudsjett synliggjort våre prioriteringer hva gjelder størrelsen på helse- og omsorgsbudsjettet. Vi vil på denne bakgrunn stemme mot innstillingen hva angår rammen. Fremskrittspartiet fremmer de rammeuavhengige forslagene som er inntatt i innstillingen. Jeg vil imidlertid minne om at det er omdelt et forslag som kommer til erstatning for forslag nr. 2, fra Fremskrittspartiet, som er inntatt i innstillingen.

Med dette tar jeg opp forslagene fra Fremskrittspartiet.

Presidenten: Representanten Harald T. Nesvik har tatt opp de forslagene han refererte til.

Det blir replikkordskifte.

Inga Marte Thorkildsen (SV) [10:18:39]: Jeg har et spørsmål til Fremskrittspartiet.

På bakgrunn av en artikkel som stod i VG i dag, om at menn på Oslos vestkant lever tolv år lenger enn menn på østkanten, og at de sosiale forskjellene i Oslo er enorme, syns jeg det er på sin plass å spørre Fremskrittspartiet hva slags politikk de har for å redusere forskjellene. Fremskrittspartiet gav støtte til den forrige regjeringas skattepolitikk, hvor 23 milliarder kr ble delt ut, mest til dem som har mest fra før.

Fremskrittspartiet er også veldig opptatt av å få økt innslaget av private kommersielle aktører – det er en politikk for økte forskjeller – og Fremskrittspartiet støtter opp om en ISF-andel på 60 pst., noe som tyder på at de svakeste og sykeste blir nedprioritert til fordel for sterkere grupper.

Spørsmålet er om Fremskrittspartiet gir støtte til denne regjeringas politikk for å minske forskjellene, noe som vil ha positive effekter også på helsesiden.

Harald T. Nesvik (FrP) [10:20:00]: Dette er jo et interessant spørsmål, særlig fra et parti som nå har finans-

ministeren, og som faktisk fører en skattepolitikk som gir størst skattelette til dem som har mest fra før, og dem med de høyeste inntektene. Jeg tror at representanten Inga Marte Thorkildsen kan gå litt i seg selv og tilbake til den debatten som tidligere har vært knyttet til skatteletteproblematikken.

Når det gjelder det med å utjevne forskjeller: Ja! Vi har nemlig en politikk der vi har nulltet ut momsøkningen, som denne regjeringen står for, fra 11 til 13 pst. Vi har sørget for å nulle ut egenandelene i helsevesenet, som denne regjeringen nå ikke bare øker, men de innfører til og med nye egenandeler. Hvis det er noen som ønsker å gjøre noe på denne sektoren, er det faktisk Fremskrittspartiet. Regjeringen har vist at den gjør akkurat det motsatte: De gir de høyeste skattelettelsene til dem med de høyeste inntektene, og i tillegg øker man avgiftene, noe som rammer folk flest.

Inge Lønning (H) [10:21:20]: Alle partier i denne sal står fritt til å velge hvordan de vil forholde seg til budsjettordningen. Slik sett står selvfølgelig også Fremskrittspartiet fritt til å gjøre det valget de har gjort, nemlig å ikke foreta prioriteringer innenfor den rammen som Stortinget har vedtatt. Allikevel finner jeg grunn til å spørre om ikke representanten Nesvik har gjort seg noen tanker om effekten av dette, for det er jo det samme som å fraskrive seg enhver mulighet til å påvirke prioriteringene etter at flertallet i Stortinget har fastsatt rammen.

For å konkretisere det på ett enkelt punkt, som dreier seg om et mikroskopisk beløp, men som har stor symbol-effekt: Fremskrittspartiet er, sammen med de tre tidligere regjeringspartiene, med på en merknad hvor vi kritiserer den symbolske reduksjonen av bevilgningen til stiftelsen Amatea, som har ansvaret for rådgivning overfor gravide. Hvorfor ønsker ikke Fremskrittspartiet også å være med på å markere at de ønsker å omgjøre den symbolske markeringen fra Regjeringens side?

Harald T. Nesvik (FrP) [10:22:52]: Størrelsen på helsebudsjettet for inneværende år er ikke tilstrekkelig til å kunne gi et fullgodt tilbud til landets pasienter. Fremskrittspartiet har gjennom sitt alternative statsbudsjett lagt fram en helhetlig politikk, også på dette området, da med høyere ramme. Det er også en prioritering. Vi prioriterer høyere utgifter på helsesektoren enn på andre områder.

Når det gjelder Amatea, er det nettopp – som representanten Inge Lønning var inne på – bare et symbol. Vi er med på hele merknaden knyttet til Amatea og dette forsøket på å redusere bevilgningene til en organisasjon som er veldig, veldig viktig. Saken er at vi i dag har en flertallsregjering. Forslaget blir derfor bare et symbol, det også. Flertallet består av helt andre partier i denne salen, og de har i utgangspunktet vedtatt dette.

Ja, vi støtter opp om dette. Men i våre prioriteringer har vi valgt å øke bevilgningene til helsesektoren betydelig mer enn de andre partiene, derfor har vi ikke funnet rom for å fremme et eget budsjett innenfor denne lille rammen.

Laila Dāvøy (KrF) [10:24:20]: For et par uker siden advarte organisasjoner fra politi, helse og statlige institusjoner mot de negative konsekvensene de siste endringene i alkoholloven har for unges alkoholbruk. Endringene har ført til salg og skjenking av helt nye produkter med høyere alkoholinnhold rettet mot ungdom. Alle partiene på Stortinget, med unntak av Fremskrittspartiet, har tatt signalene fra fagmiljøene alvorlig og bedt Regjeringen evaluere og vurdere erfaringene med de nye bestemmelsene i alkoholloven.

Spørsmålet til representanten fra Fremskrittspartiet er følgende: Hvorfor er ikke Fremskrittspartiet bekymret for konsekvensene, når vi som politikere får så mange advarsler fra faglig hold? Hvorfor vil ikke Fremskrittspartiet engang være med på en vurdering og evaluering av konsekvensene?

Harald T. Nesvik (FrP) [10:25:24]: I utgangspunktet er det interessant at man under et halvt år etter at Kristelig Folkeparti selv var med på å fremme forslag om akkurat denne endringen – for det var jo den forrige regjeringen som fremmet forslag om å endre systemet knyttet til nettopp dette med grenser for hva som skal være vin, brennevin og øl, ut fra prosentseter – allerede nå ønsker å evaluere dette.

Det som er vårt utgangspunkt, er at vi ikke ser på norske innbyggere som en mer sart rase enn folk i resten av Europa. Vi aksepterer faktisk at mennesker får ta sine egne valg i en del sammenhenger. Om det går på grensene for hva som regnes for vin, øl eller brennevin, tror ikke jeg har enorme konsekvenser.

Jeg skal ta en liten parallell, hvis jeg rekker det, nemlig rusbrusproblematikken. Omsetningen av rusbrus gikk til himmels fordi tidligere statsråd Valgerd Svarstad Haugland snakket om den hver eneste gang hun kom på TV. Med en gang den tidligere statsråden sluttet å snakke om den, gikk omsetningen ned. Kanskje vi også skal ta det innover oss.

Presidenten: Replikordskiftet er omme.

Jan Böhler (A) [10:27:13]: Det har lenge vært et overordnet mål her i landet at folks helse skal være uavhengig av sosiale klasser. De fleste har vel levd i troen på at det går rette veien. Men i år har vi fått et alvorlig varsel i en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet om at det ikke har skjedd noen utjamning av sosiale helseforskjeller de siste ti årene.

Vel har vi vært kjent med, slik det står i VG i dag, at forventet levealder blant menn på Oslos indre østkant er 12–13 år kortere enn på vestkanten. Oslo skiller seg faktisk ut med de største forskjellene i Europa. Man må til fattige og rike deler av byer i USA for å finne noe lignende.

Men det er ikke bare mellom Oslos østkant og vestkant at helseforskjellene her i landet viser seg. I det jeg tør si er årets viktigste helsedokument, kan vi lese at dødeligheten også varierer med utdanning. Blant menn fra 45 til 60 år med kort utdanning, dør det på landsbasis over to og en

halv ganger flere enn blant de med lang utdanning. Blant kvinner er nesten det samme tilfellet, ifølge rapporten Gradientutfordringen fra Sosial- og helsedirektoratet.

Om vi ser på dødeligheten i forhold til høy og lav inntekt, varierer den om lag i like stor grad som for utdanning. Og risikoen for å bli uføretrygdet er tre ganger større for mannlige ufaglærte arbeidere enn for akademikere i ledende stillinger.

De manglende resultatene i utjamning av helseforskjeller de siste ti årene, henger sammen med mer grunnleggende spørsmål enn bare personlige valg om trening og kosthold. Det handler om at vi har gjort for lite for å utvikle de fellesløsninger og store grep som trengs for å fjerne ulikheter innen helse. Vi må ha brede, forebyggende helsestrategier rettet mot hele befolkningen, ikke ene og alene tiltak som treffer de mest vanskeligstilte.

Bedre velferd for alle er den beste allmenmedisin, enten det gjelder gode og rimelige skolefritidsordninger, trimanlegg, psykisk helsevern, en bedre kommunehelsetjeneste, full barnehagedekning eller en god eldreomsorg. Derfor er det aller viktigste helsepolitiske tiltaket i årets statsbudsjett at vi bevilger 5,7 milliarder kr mer til kommunene. Dette gir nye muligheter til å ta fatt i manglene i eldreomsorgen og bygge opp en trygg og romslig omsorg. Alle problemer blir ikke løst med disse midlene, men det er det første steget på veien mot å innfri et av våre aller viktigste valgkamplofter: 10 000 nye årsverk i eldreomsorgen i løpet av stortingsperioden. Dette må følges opp med en ny utvikling av rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell, herunder tiltak for de 40 prosentene av hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne som vil ha en annen stillingsstørrelse slik at de kan få utnyttet arbeidskraften sin bedre – slik hele komiteen peker på i innstillingen.

Vi trenger mer ressurser og flere hender. Vi vil ikke ha en eldreomsorg der man først kutter tjenestene ned til et minimum, som besøk av hjemmehjelp hver fjerde eller femte uke, slik vi ser det i Høyre- og fremskrittspartistyrte bydeler i Oslo, eller i Oslos eldreomsorg, hvor ressursene er styrt fra sentralt hold. Vi kan ikke komme ned på et slikt minimum, slik at de eldre som har råd, deretter skal kjøpe ekstra tjenester til stive priser. Mange har ikke penger til dette og vil sitte igjen med en altfor dårlig omsorg. Får et slikt system utvikle seg, vil det skape nye alvorlige sosiale helseforskjeller. Vi er mot et system hvor man i praksis blir avhengig av å kjøpe tilleggstjenester, og hvor lommeboken dermed blir avgjørende.

For å heve nivået på eldreomsorgen for alle, uavhengig av lommeboken, vil vår rød-grønne regjering altså gi kommunene 10 000 nye årsverk. Spørsmålet er hvordan dette vil bli fulgt opp lokalt. Vi ser bl.a. at det i en privatisert stoppeklokkeomsorg etter Høyre- og fremskrittspartimodellen må opprettes mange nye stillinger ved bestillerkontorer i kommuner og bydeler. Der skal man fylle ut minuttskjemaer for hver bruker, med strenge tidsrammer for toalettvaske, støvtørring og gulvvaske. Så skal man fylle ut fakturaer og sende ut regninger for hjemmetjenester til eldre i øst og vest. Snart skal dette også gjelde hjemmesykepleien. Særlig Fremskrittspartiet vil ha mye mer av det samme bestillerbyråkratiet. De vil nemlig ha en fantasi-

full konstruksjon hvor all eldreomsorg skal bestilles via Rikstrygdeverket. Slik vil det skapes et vanvittig skjema-velde med et fjell av regninger, bestillinger og fakturaer som skal kontrolleres og sendes i alle retninger. Det vi har sett i Oslo, blir bare forbokstaven av dette.

Denne prinsipielle striden om eldreomsorgen, som preget valgkampen under navnet «stoppeklokkeomsorgen», er et av de aller viktigste spørsmålene for om vi skal få større eller mindre helseforskjeller i Norge. Da Erna Solberg svarte på Haakon Lies kritikk med at det ikke er en kommunal oppgave å gjøre noe med de sosiale behovene til eldre, satte hun klare ord på forskjellene i helsepolitikken.

En av de viktigste utfordringene i eldreomsorgen blir å utvikle nye tilbud for de 70 000 hjemmeboende som lider av forskjellige grader av demens, slik en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet nylig fortalte. Her utvikles det mange gode tiltak landet rundt som det gjelder å føre videre i større målestokk. For eksempel er Hukommelses-senteret, som i høst ble åpnet på Hjelset i regi av Helse Nordmøre og Romsdal, et lovende tiltak.

En annen hovedutfordring er å skape bedre opptrenings- og rehabiliteringstiltak for eldre og andre som vil komme i gang etter behandling for hjerte- og lungesykdommer, ulike kreftformer, slag osv. Også her tas det en rekke lovende lokale initiativ som kan øke og forbedre tilbudet landet rundt i årene som kommer. Vi kan nevne Hysnes HelseFort for kreftpasienter og deres familier, som er samarbeidsprosjekt mellom kommunen, Kreftforeningen og Helse Midt-Norge, som vi også peker på i innstillingen. Videre gjelder det at tilbudet om opptrening og rehabilitering blir godt fordelt over hele landet. Et område som henger etter er Sørlandet, og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke har derfor sammen med kommunen tatt et prisverdig initiativ til Risør rehabiliteringssenter.

Et annet område innen helsepolitikken hvor vi må jevne ut sosiale forskjeller, er tannpleien. Målet må være å oppnå størst mulig grad av likhet i befolkningens tannhelse-tjenester. Det er trist stadig å høre historier om mennesker som ikke kommer inn under tilstrekkelige offentlige støtteordninger, og som selv ikke har råd til annen behandling enn å trekke tenner og bli gående som tannløse, når de ellers kunne få satt inn kroner, broer, gebiss eller hva det måtte hete. Medicoppslag forteller om undersøkelser der 300 000 mennesker sier at de ikke har råd til å gå til tannlegen. Blant dem med en husholdningsinntekt på under 100 000 kr var det i en undersøkelse bare 53 pst. som hadde vært hos tannlegen det siste året, mens det nesten var opp mot 100 pst. blant dem som hadde inntekt på 500 000 kr eller mer. Det er slik at selv når trygden har begrepet «full dekning», betyr det at utgiftene dekkes etter takster i den offentlige tannhelsetjenesten som fastsettes etter retningslinjer fra Rikstrygdeverket. Siden det er fri prisfastsettelse hos privatpraktiserende tannleger, kan det ofte føre til at pasienten likevel må betale en drøy egenandel som langt ifra alle har råd til. Vi sier i en merknad i innstillingen at disse retningslinjene bør tas opp til vurdering.

En landsomfattende undersøkelse har avdekket store tannhelseproblemer og manglende tilbud for eldre. Blant de ca. 2 000 eldre over 67 år i hjemmesykepleien og på institusjoner som deltok i undersøkelsen, var det stort behov for både forebyggende og kurativ tannbehandling. For eksempel hadde 40 pst. større betennelser i munnhulen, og 15–20 pst. hadde vanskeligheter med å tygge, spise og svelge. Norsk Pensjonistforbund har tannhelse for eldre som et forsømt område som de peker på i et eget punkt i sitt helsepolitiske program. Vi ser fram til en nærmere behandling av hvordan det offentliges innsats innen tannhelse kan styrkes når utvalgsrapporten, som nå har vært ute på høring, blir lagt fram for Stortinget. Det er positivt at Regjeringen i sitt reviderte budsjett allerede begynner å gjøre noe med dette ved å forbedre innsatsen for rusmiddelmissbrukere og langtidsinnsatte i fengsel. Her skjer det en kraftig økning i tannhelsestøtten i form av nye bevilgninger på 41,5 mill. kr pr. år.

Når vi snakker om sosiale helseforskjeller i Norge og i verden, er situasjonen når det gjelder livsnødvendige transplantasjoner et viktig tema. Det er prekær mangel på egnede organer, enten det gjelder nyrer, lever, lunger, hjerter eller annet. I Norge har det de senere år i gjennomsnitt vært 200–300 stykker som har stått i køer, og ifølge Stiftelsen organdonasjon dør det fortsatt en god del som står på venteliste, også her i landet. Hva kan gjøres med denne fortvilte situasjonen i forhold til behovet for organer til transplantasjoner?

For det første må vi gjennomføre nye måter å rekruttere donorer på. Spørsmålet om samtykke til at ens organer etter at det er slått fast at en er hjernedød, kan benyttes til å redde andre, bør stilles alle på et par tidspunkter i livet. Her gjelder det å finne egnede former hvor det gis forsvarlig informasjon. Dette kan f.eks. bli en del av registreringen hos våre fastleger. Selv om mange flere melder seg som donorer, vil graden av benyttelse av organer være lav, fordi det er medisinske grunner som gjør at bare en liten andel passer med dem som trenger organene.

For det andre bør vi oppheve forbudet mot det som kalles xenotransplantasjon. Det handler om å få fram vev og organer fra enkelte dyrearter som kan tilpasses vår kropp.

For det tredje bør vi tillate forskning på den beste og mest framtidsrettede løsningen og utvikle egnede organer fra stamceller fra befruktete egg, som kan bli til alle slags cellyper i kroppen vår. Også her har forskningen kommet et godt stykke videre de siste årene, og det er vedtatt nye store satsinger i land som USA – i California – Spania, Storbritannia og Sverige, mens utviklingen her i landet har stått stille på grunn av forbudslinjen under den forrige regjeringen.

Dette bringer oss over på forbudet mot forskning på stamceller fra befruktete egg. Den nye helseministeren har med grunnlag i Soria Moria-erklæringen gledelig varslet at hun innen sommeren vil fremme lovforslag hvor vi sier farvel til forbudslinjen. – Er det slutt på taletiden?

Presidenten: Tiden er omme, men det er adgang til replikkordskifte, så det kan hende representanten kan komme tilbake til noen av poengene da.

Det blir replikkordskifte.

Harald T. Nesvik (FrP) [10:38:03]: Jeg tok med meg denne bibelen fra den nye regjeringen. Der er det et par interessante spørsmål som reiser seg. Det siste kulepunkt innenfor helsetjenester er å « redusere egenandeler på helsetjenester og holde dem på et lavt nivå ».

Jeg ber om at representanten fra Arbeiderpartiet kommenterer hvorledes dette henger i hop med det faktum at man i budsjettet for det første øker egenandelene for fritt sykehusvalg når det gjelder reise, fra 220 kr til 400 kr hver vei, og for det andre innfører en ny egenandel knyttet til fysioterapi på 50 kr for dem som står på denne diagnoselisten.

Hvis ikke dette rammer kronikerne og dem som har det vanskelig fra før, så vet ikke jeg. Jeg er veldig spent på å høre om det er denne type oppfølging av Soria Moria-erklæringen som vi er vitne til i dag, som vi kan vente oss i framtiden? Eller kommer det også mer tomt prat?

Jan Böhler (A) [10:39:17]: Jeg takker for spørsmålet.

Det er riktig at det å redusere egenandeler og ha en sosial politikk der er en viktig del av arbeidet mot sosiale helseforskjeller og ulikheter i helsevesenet.

Den nye regjeringen begynner på det med de tiltakene som går på å senke egenandelstak 2, fra 3 500 kr ned til 2 500 kr. Den nye regjeringen er med på det som også Bondevik-regjeringen foreslo, at det ikke skal være egenandeler for barn under 12 år.

Vi sier i innstillingen fra de rød-grønne partiene at vi ønsker lagt fram for oss en gjennomgang av hele egenandelssystemet for å få diskutert det videre, slik at vi kan komme med nye forbedringer. Det er et område vi vil ha stor oppmerksomhet rundt, og vi ønsker å gjøre flere forbedringer enn det som er gjort i denne omgang.

Sonja Irene Sjøli (H) [10:40:21]: I valgkampen gav Jens Stoltenberg et løfte til velgerne om at han ikke skulle gi én krone i skattelette før det skinte av eldreomsorgen. Men det løftet har han brutt. Han har gitt store skattelettelser til høytlønnede – ja mest til dem som har mest fra før, for å bruke Arbeiderpartiets egen retorikk. Det kunne vært interessant å høre hvilke tanker representanten Böhler har på det området.

Nylig ble det offentliggjort en undersøkelse blant brukere av hjemmehjelpstjenester i Danmark. Det var 38 000 eldre som fikk hjemmetjenester levert av private, og de var mer fornøyde enn dem som mottok tjenester direkte fra kommunen. Det bekrefter det Høyre har sagt lenge. Man får muligheten til å ha innflytelse over egen situasjon, som gir økt tilfredshet. Man opplever større trygghet ved å kunne velge. Kvaliteten på tilbudet blir bedre, og det blir et større mangfold.

Spørsmålet mitt er: Hvorfor er Arbeiderpartiet så imot at folk skal kunne velge mellom offentlige og private tilbud, så lenge det offentlige betaler og det faktisk også gir et bedre tilbud?

Jan Böhler (A) [10:41:44]: Det viktigste er at det er nok eldreomsorg og nok pleie. Det vi har sett med den modellen jeg beskriver, som vi har nå i f.eks. Oslo, er at

man kutter kraftig ned på ressursene og f.eks. gir hjemmehjelp hver fjerde eller femte uke i mange av bydelene. Da er det ikke av stor betydning om det er et privat eller et offentlig firma som kommer. Det som teller, er at man får besøk hver uke eller annen hver uke, slik det var før. Det er de samlede ressursene til eldreomsorgen som vi er mest opptatt av, og som må økes kraftig i dagens situasjon. Det å kutte ned for at man skal kunne handle tilleggstjenester fra egen lommebok, er vi ikke for.

Når det gjelder spørsmålet om skatt, er det slik at den delen som angår skatt på aksjer og skatt på formue, øker kraftig for dem med høye inntekter, slik at den totale beskatningen av de rikeste her i landet øker mye med dette budsjettet. Rammen for inntektsbeskatningen ble lagt i et bredt skatteforlik, som også Høyre var med på. Det er langsiktighet i den politikken som er begrunnelsen for den delen av skattepakken.

Laila Dävøy (KrF) [10:43:24]: Legemiddelassistert rehabilitering har vist seg riktig for tunge rusmiddelmissbrukere. Kristelig Folkeparti er opptatt av at dette tilbudet ikke blir førstevalget, men et supplement til medikamentfri behandling. Dette er særlig viktig når det gjelder unge mennesker, som lett kan bli avhengige over lang tid.

I budsjettproposisjonen fra forrige regjering står det at faglige retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering skal utarbeides. Er Arbeiderpartiet enig i at medikamentfri behandling bør prøves ut før legemiddelassistert rehabilitering tas i bruk, spesielt når det gjelder unge mennesker med behandlingsbehov? Og vil Arbeiderpartiet bidra til at dette nedfelles i de nye retningslinjene som skal utarbeides?

Jan Böhler (A) [10:44:33]: Den legemiddelassisterte behandlingen av rusmiddelmissbrukere hjelper allerede i dag veldig mange mennesker.

Det er klart at vi ønsker å ha en høyest mulig kvalitet på den behandlingen og gjøre de forbedringene som er nødvendige, og utvikle gode retningslinjer. Vi vil samtidig iverksette behandling av flest mulig. Forbedring av kvaliteten må jo kunne gå parallelt med at man får flere inn i den typen oppfølging og den typen tilbud. Vi er selvsagt positive til en kvalitetsforbedring, men vi vil også få dette til å gå på skinner og komme videre.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Inge Lønning (H) [10:45:25]: Jeg var under forrige talers innlegg et øyeblikk i tvil om det var Arbeiderpartiets talsmann i helse- og omsorgskomiteen vi lyttet til – som talte på vegne av sitt parti og regjeringspartiene – eller om det var lederen i Oslo Arbeiderparti som drev forsinket valgkamp og ikke hadde oppdagat at den er forbi. Det var åpenbart begge deler, og det er for så vidt helt greit.

Men siden Jan Böhler brukte så vidt mye tid på å gjenta myter omkring eldreomsorgen i Oslo, er det nødvendig for meg å korrigere det. Det har vært gjort nokså mange ganger, men det har åpenbart gått representanten Böhler forbi.

Bakgrunnen for den måten hjemmehjelpstjenesten organiseres på – ikke bare i Oslo, men i alle norske kommuner – er enstemmige lovvedtak som er gjort i denne sal, og som Arbeiderpartiet har vært med på. De forutsetter at hver enkelt eldre som har bruk for praktisk hjelp i sitt hjem, skal få et vedtak om omfanget av den hjelpen det er behov for, og det skal også legges opp en spesifisert plan som gjør at vedkommende bruker vet nøyaktig når hjelpen kommer, og hvilke oppgaver man har krav på å få løst. Dette er ikke noe spesifikt for Oslo.

Kommunen Sentralforbund, der det så vidt jeg vet er en sentral arbeiderpartimann som er leder – han er riktignok bosatt i Bærum og er dermed kanskje miljøskadd – har lagt til rette for at alle norske kommuner skal kunne gjøre denne jobben i lojalitet mot de vedtakene Stortinget har gjort. Jeg kan forstå at man i en valgkamp har bruk for god retorikk, f.eks. stoppeklokker som bilde, men at man også etterpå fortsetter med å føre folk aktivt bak lyset ved å fremstille det som om det ytes hjemmehjelp i noen kommuner i dette landet med stoppeklokke i hånden, synes jeg er en skuffende måte å drive politikk på. Det tildekker realitetene og utfordringene som vi alle sammen har et medansvar for å løse. Det har dessverre i norsk politikk i sin alminnelighet, og ikke minst på helsepolitikkens område, utviklet seg en lei tendens til ikke å være opptatt av hvorledes utfordringer og problemer best kan løses, men av hvem som skal bli sittende med svarteper og ha ansvaret for at de ikke blir løst. Det er en destruktiv måte å drive politikk på i et demokratisk samfunn, og jeg håper at Arbeiderpartiet snart vil slutte med det.

Da den forrige regjering presenterte sitt budsjettforslag i høst, karakteriserte SVs talsmann i forrige periode, Olav Gunnar Ballo, i det som da het helse- og sosialkomiteen, det budsjettforslaget som det beste han hadde opplevd – så vidt jeg oppfattet – det siste tiåret, når det gjelder helse- og omsorgsbudsjett. Det er en vurdering som jeg er enig i, og det er interessant å konstatere at det forslaget den nye regjeringen har lagt frem, bare i mikroskopisk grad har forandret på forslaget. Endringene ligger trygt innenfor promillegrensen. Det må vel innebære at også den nye statsråd mener at forslaget var et godt forslag, og et fremtidsrettet forslag.

La meg peke særlig på den prioriteringsprofilen som lå i Ansgar Gabrielsens siste forslag til helsebudsjett. Rus og psykiatri – altså det å ta vare på de personer som er rusavhengige, og som dermed også pådrar seg mange andre sosiale og helsemessige problemer, på en bedre måte enn vi har klart hittil, og det å oppgradere psykiatrien innenfor helheten i helsevesenet – er en viktig oppgave.

Jeg ledet en utredning om prioritering i norsk helsevesen som ble levert til den daværende helseminister i 1997, altså for åtte år siden. Der pekte vi på at i løpet av det tiåret som var gått forut – altså fra 1987, da den første prioriteringsutredningen ble levert, og til 1997 – hadde det vært full enighet i denne sal om at psykiatrien skulle prioriteres høyere enn resten av helsevesenet. Samtidig viste utviklingen i løpet av de ti årene at det som hadde skjedd, var det stikk motsatte, nemlig at veksten i ressurs-

bruken i helsevesenet generelt var vesentlig høyere enn veksten på psykiatrifeltet.

Statsråd Gabrielsen er den første norske statsråd som så langt jeg har registrert, har tatt et konkret grep for å endre dette, ved at han i tildelingsbrevet til institusjonene satte et helt presist krav om at helseforetakene skulle huskere slik at veksten i ressurser til psykiatrifeltet skulle være høyere enn veksten til de øvrige delene. Det er mitt håp at den nye statsråden vil følge opp den linjen, og bruke de virkemidlene som ligger i systemet, for å få til de overordnede prioriteringene. Det er nemlig en tyngdekraft i våre systemer som lett drar i motsatt retning. Selv om målsettingene er riktige, har utviklingen en tendens til å gå i feil retning.

Samtidig er det viktig å få frem at det er mange ting i utviklingen av vårt norske helsesystem som er gledelig og positivt. Medienes bilde skaper ofte inntrykk av det motsatte, at det er bare elendighet, fordi mediene alltid fokuserer på de enkelttilfellene hvor ting ikke fungerer.

Sykehusreformen var åpenbart en overmoden reform, og en riktig reform. Det at det er fritt sykehusvalg, at vi har organisert sykehustjenesten slik at alt politisk ansvar er samlet på ett sted, identifiserbart hos statsråden, har åpenbart vært et riktig grep. Det har ført til at køene på de fleste områder er langt mindre enn de var, langt flere pasienter får behandling, og det er grunn til å tro at vi utnytter ressursene bedre enn vi gjorde med det gamle systemet. Derfor er jeg forundret over at Regjeringen forut for evalueringen av reformen, som skal være ferdig i 2007, allerede er begynt å reversere den stykkevis, ved å endre på styresammensetningen i helseforetakene. Det er stikk i strid med det som var Arbeiderpartiets oppfatning den gangen arbeiderpartiregjeringen, med helseminister Tore Tønne, lanserte reformen. Jeg har ikke klart å finne ut at det er gitt noen ryddig begrunnelse for hvorfor det største regjeringspartiet har skiftet oppfatning, og nå ønsker å reversere reformen på dette punkt.

Vi står overfor en demografisk utfordring. I Norge som i de fleste andre europeiske land øker andelen av befolkningen som er over 60 år. Innenfor denne gruppen igjen øker den andelen som når en svært høy alder, og som derfor i økende grad får behov for helsehjelp og praktisk hjelp. Etter mitt skjønn burde det være en soleklar forutsetning at den eldre delen av befolkningen har rett til den samme grad av valgfrihet som vi anser som selvsagt for alle andre aldersgrupper i vårt samfunn. Vi har innført fritt sykehusvalg, det kommer særlig den middelaldrende del av befolkningen til gode. Vi har stort sett innført fritt skolevalg, for den yngre del av befolkningen. Og det ville være en underlig form for forskjellsbehandling dersom vi ikke også legger til grunn at mennesker i den tredje fase av livet har krav på selv å få lov til å vurdere kvaliteten på de tjenester de mottar, og ta imot alternative tilbud dersom de ikke er fornøyd med kvaliteten.

Vi står overfor svære utfordringer, og de kan ikke møtes med besvergelses, verken om 5,7 milliarder kr ekstra til kommunesektoren, eller ti tusen årsverk som skal komme en eller annen gang i fremtiden. Den store utfordringen når det gjelder eldreomsorgen i dette land, er av kva-

litativ og ikke av kvantitativ art. Vi må ikke gjøre den samme feil om igjen som vi har gjort gang etter gang – i sin tid med eldremilliarden, med eneromsreformen – at vi utelukkende har vært opptatt av de kvantitative sidene, og ikke vært opptatt av innholdssiden.

Så til sist: Det er ett punkt hvor vi kommer til å måtte investere betydelig kraft i årene som kommer, og det er på å få spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten til å trekke i hop på en langt bedre måte enn de gjør i dag. Den kanskje største systemfeilen i vårt norske helsesystem i dag er at de to delene ikke griper inn i hverandre, og dermed faller veldig mange pasienter bokstavelig talt mellom sengene og stolene.

Presidenten: Skal representanten Lønning ta opp forslaget?

Inge Lønning (H) [10:56:01]: Beklager president, det var en forglemmelse. Jeg skal ta opp det alternative budsjettforslag fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre.

Presidenten: Representanten Inge Lønning har tatt opp det forslag han refererte til.

Det blir replikkordskifte.

Vigdis Giltun (FrP) [10:56:24]: Når man hører Høyres representant her, hører man at han taler varmt for eldre og for dem som har det vanskelig og tungt. Når det gjelder sykehusbehandlingen, er det mange eldre som må behandles på sykehus, og det er veldig mange kronikere. Vi ser i år at Høyre har valgt en annen finansieringsmodell enn den man hadde fjor, de har valgt at kun 40 pst. skal være innsatsstyrt finansiering. Dette fører ifølge foretakene, og ifølge de fagfolk jeg har snakket med, til færre behandlede pasienter. De som blir rammet, er de svakeste, og det er kronikerne. Nød og akuttbehandlinger må bli tatt, ventelistepasienter må bli tatt, og de som da står igjen på bunnen, er kronikerne, som nå vil få færre behandlinger. Er det en bevisst politikk fra Høyres side at færre pasienter skal behandles neste år, eller er dette rett og slett en misforståelse?

Inge Lønning (H) [10:57:43]: Standpunktet når det gjelder stykkprisfinansiering, er bevisst og gjennomtenkt. Men representanten stilte spørsmålet i en form som lett kunne oppfattes på en annen måte, nemlig om det er til siktet at man ønsker å oppnå de resultatene hun beskrev, og svaret på det er selvfølgelig et kategorisk nei. Sannheten er jo at ingen kjenner det ideelle blandingsforhold når det gjelder finansieringsformen, om det er 60–40 den ene veien, 60–40 den andre veien, eller 50–50, vet ingen av oss med sikkerhet. Derfor er det grunn til at man på dette området prøver seg frem og så vurderer resultatene når man vet hvordan resultatene er, og ikke nøyer seg med å postulere at resultatene kommer til å bli det ene eller det andre.

Jan Böhler (A) [10:58:57]: Som Inge Lønning var inne på, er det slik at vi er opptatt av eldreomsorgen også utenom valgkampen. Situasjonen for dem som har fått

kuttet ned tjenestene sine og skal handle fra egen lommebok, er den samme enten det er valgkamp eller ikke. Det hører jeg om daglig, og det skal spres til flere byer der Høyre har makt, landet rundt.

Du hopper over det som er kjernen i min kritikk, nemlig at man har en basis i tjenestene på et lavt nivå, og så skal man handle ekstratjenester fra egen lommebok til sånn 500 kr timen. Spørsmålet mitt er: Mener du at det er et ideelt system at vi har en eldreomsorg som for at den skal ha en ordentlig kvalitet, er avhengig av at man handler ekstratjenester fra egen lommebok?

Jeg vil også spørre om hva du mener om Erna Solbergs uttalelse i valgkampen om at det ikke er en kommunal oppgave å gjøre noe med de sosiale behovene til de eldre.

Inge Lønning (H) [10:59:59]: Til det siste først: Det Erna Solberg sa under valgkampen, og som jeg er helt enig i, er at det er helt illusorisk å tro at alle behov som eksisterer i den norske befolkning, og særlig den eldre del av befolkningen, f.eks. behovet for i det hele tatt å ha noen å snakke med, kan dekkes gjennom offentlig ansatte tjenestemenn. Det er illusorisk, og det å forsøke å innbille folk det motsatte er å føre dem bak lyset.

Til det første spørsmålet: Det har alltid vært slik i dette land at man har lov til å kjøpe seg de tjenester man vil, det er ikke innført de seneste årene. Slik har det alltid vært, og slik kommer det alltid til å bli i et fritt samfunn – det skulle bare mangle! Det er ingenting i organiseringen av hjemmehjelpstjenesten hverken i Oslo eller i andre byer som forandrer noe ved det. Det er der jeg vil be lederen i Oslo Arbeiderparti slutte med å føre sine egne velgere bak lyset.

S i g v a l d O p p e b ø e n H a n s e n hadde her teke over presidentplassen.

Inga Marte Thorkildsen (SV) [11:01:27]: Jeg har et spørsmål til representanten Inge Lønning som jeg vet at mange mennesker i dette landet er opptatt av, og det gjelder tennene til folk. I Høyres program står det at det er positivt at den enkelte tar ansvar for sin egen tannhelse, og Høyre vil derfor ikke innføre en generell statlig medfinansiering av tannhelsetjenesten.

Jeg vet, bl.a. etter samtale med mine egne besteforeldre, at dette kanskje ikke er et utsagn som deles av befolkningen, spesielt ikke de som ofte må gå til tannlegen. De mener at det er lite positivt at de må ta ansvar for sin egen tannhelse, rett og slett fordi de ofte ikke har råd. Jeg lurer på hva partiet egentlig mener med dette utsagnet. Mener man at hvis man får billigere tannhelsetjenester, vil det bety at folk forsømmer sine egne tenner og vedlikehold av tennene fordi de syns at det er all right å gå til tannlegen? Jeg regner jo med at partiet er enig med meg når jeg påstår at de aller fleste i dette landet syns det er meget ubehagelig å gå til tannlegen, og vil gjøre hva de kan for å unngå det.

Inge Lønning (H) [11:02:42]: Jeg kan forsikre at jeg deler den virkelighetsoppfatningen.

Spørsmålet er jo ganske enkelt: Skal vi foreta dramatiske omprioriteringer av ressursbruken i norsk helsetjeneste ved – hvis jeg oppfattet spørsmålet riktig – også å la den mest kjøpesterke del av befolkningen, aldersutsnittet mellom 18 år og pensjonsalderen, få delvis eller fullstendig gratis tannlegebehandling? Etter mitt skjønn ville det være en dramatisk feilprioritering. Men samtidig illustrerer det jo et viktig poeng, nemlig at det svært ofte er varens makt som bestemmer hva vi anser som rimelig og ikke rimelig. Mange europeiske land har det motsatte prinsipp av det vi har i Norge, nemlig at det offentlige dekker all tannlegebehandling for alle, mens man derimot betaler legebekostning selv. Det er umulig å si at det ene er riktig, og det andre er galt. Men man må ikke prioritere feil!

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Inga Marte Thorkildsen (SV) [11:04:11]: Noe av det vi har størst grunn til å sette pris på i Norge, bortsett fra en flott natur, er at vi har en sterk velferdsstat. Å vite at vi ikke står helt alene eller blir overlatt til familien vår hvis det skulle gå galt, er en enorm trygghet. Velferdsstaten er vår kollektive forsikring basert på tanken om gjensidig solidaritet og avhengighet. I dag er det du som trenger hjelp, i morgen kan det like gjerne være meg. Det er grunn til å minne om at dette er verdier vi ikke skal ta for gitt. I mange land fins det ingen velferdsstat. En av de bøkene som har gjort størst inntrykk på meg, er skrevet av amerikaneren Barbara Ehrenreich og heter «Kjøpt og underbetalt: om (ikke) å klare seg i Amerika». Hun ville teste om det var mulig å klare seg som ufaglært arbeider i USA, med både to og tre jobber, og konstaterte at det var det ikke. Boken gjorde sterkt inntrykk fordi den viser på en enkel måte hvor fantastisk viktig velferdsstaten og fagbevegelsen er for å skape et rettferdig, solidarisk og trygt samfunn. Millioner av amerikanere jobber både dobbelt og trippelt, men har allikevel ikke råd til helseforsikring, medisiner – eller for den saks skyld – helsebringende mat eller et fast sted å bo. De er «arbeidende fattige». I motsatt ende av skalaen finner vi de rike og velbergede, de som har råd til medisiner, nødvendige operasjoner og ekstreme forvandlinger – de som har tilgang til verdens beste helse-tjenester akkurat når de måtte ønske dem.

For denne regjeringa og for oss i SV er det grunnleggende å ta vare på fellesskapet og solidariteten. Vi er bekymret over at de sosiale skillene i Norge har økt gjennom flere år, og at stadig større deler av velferden overlates til et privat marked. Vi mener det er en viktig politisk oppgave å ta tak i de sosiale ulikhetene i helse og de sosiale ulikhetene i helsetilbudet. Vi vil begrense de privates andel av helsekronene og forhindre dobbeltrollene som har bredt om seg i helsevesenet, hvor folk jobber deltid i det offentlige helsevesenet og deltid hos private konkurrenter. I NRK Brennpunkt 8. februar i år fikk vi se eksempler på hvordan helsevesenet har utviklet seg. En hjertekirurg ved et universitetssykehus uttalte at offentlige sykehus holder på å bli smittet av privatklinikkenes mentalitet; en mer liberal diagnostisering. En professor i helsepolitikk sa at vi

opererer friskere og friskere pasienter. Det påstås ofte at privatiseringa har økt effektiviteten, men er nå det så sikkert?

For det første: Hvis lønnsomhetsbetraktninger gjør at stadig friskere pasienter behandles, vil dette ha en negativ og ikke en positiv effekt på produktiviteten fordi ressurser blir sløst bort på unødvendige aktiviteter.

For det andre: Til tross for intensjonene om å være prioriteringsnøytral er det mye som tyder på at innsatsstyrt finansiering har en del utilsiktede og uønskede konsekvenser for hvem som kommer først til behandling i norske sykehus. Til en viss grad foregår det en prioritering av relativt friske, men økonomisk lønnsomme, pasienter med enkle behandlingsbehov. Dette utgjør en trussel mot helsetjenestens likhetsidealer og det overordnede fordelingsprinsippet «til dem som trenger det mest», for å sitere Olaug Lian, førsteamanuensis i medisinsk sosiologi, i en kronikk i Dagbladet i etterkant av Brennpunkt-dokumentaren.

For det tredje: Selv om aktiviteten var rekordhøy i fjor, så satte norske sykehus også en annen rekord, nemlig rekord i antall ikke planlagte reinnleggelses, særlig av eldre pasienter med komplekse sykdommer. Dette kan tyde på for kort liggetid og/eller for dårlig samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste.

Mange har over lang tid advart mot en utvikling som denne, fordi de ser at det både er etisk betenkelig, urettferdig og undergraver solidariteten som skal ivaretas gjennom et sterkt offentlig helsevesen. Hvis det private skummer fløten ved å ta de letteste pasientene, tiltrekker seg de beste kirurgene ved hjelp av skyhøye lønninger, tilbyr legene gunstige arbeidsavtaler og lar dem slippe å ta ansvar for opplæring og utdanning, så betyr det at det offentlige både mister kompetanse, blir sittende med de tyngste pasientene, mister sårt tiltrengte inntekter, og blir sittende igjen med beskyldninger om ineffektivitet.

Vi er også veldig bekymret for om økningen innen somatikken går på bekostning av psykiatrien og rusomsorgen, som handler om kompliserte tilstander som ofte krever langvarige og kostbare behandlinger. Vi vil likevel gi ros til tidligere helseminister Ansgar Gabrielsen, som har foreslått en lavere ISF-andel, og som var klar i sine styringsbrev på at innsatsen innen rusomsorgen og psykiatrien hver for seg skulle øke mer enn innen somatikken. Vi er veldig fornøyde med at dagens helseminister, Sylvia Brustad, følger opp dette, i tillegg til at Regjeringa plusser på rusomsorgen med over 90 mill. kr.

På radioen i dag morges kunne vi høre at antallet overdosedødsfall blant unge øker. Vi er veldig opptatt av at ruspolitikken må være helhetlig, tilpasset ulikheten mellom ulike mennesker. Vi vil gjøre noe med den kritikken vi har fått fra EU om at vi er elendige på forebygging blant unge i Norge. En restriktiv alkoholpolitikk er helt nødvendig, men det er også gode tilbud til barn og unge, voksne som er til stede og som bryr seg, og rask hjelp når det trengs. Soria Moria-erklæringa er veldig bra på mye av dette. Jeg syns det er grunn til å håpe på stor oppslutning fra hele Stortinget når det gjelder rask hjelp, særlig til unge under 23 år, en forpliktende opptrappingsplan på

rusfeltet, avvikling av hospitsene, satsing på rehabilitering, ettervern og differensierte tilbud. For ikke å snakke om at vi må jobbe for en mer positiv holdning til rusmiddelavhengige mennesker. Det er i dag altfor mye moralisme, avvising og likegyldighet fra samfunnets side, og her har vi et ansvar for å være gode forbilder fra Stortingets side.

I SV er vi også veldig glad for at tilbudet til dobbelt-diagnosepasienter skal styrkes. Mange opplever at de ikke får rusbehandling fordi de er for psykisk syke, mens de ikke får psykiatrisk behandling fordi de har rusproblemer. Det er en uverdig og uholdbar situasjon. Vi mener også at det er utrolig viktig at vi sørger for god kompetanse og kunnskap hos dem som arbeider med barn og unge, for at de skal kunne fange opp problemer de unge sliter med. Kunnskap om volds- og overgrepssituasjon er et eksempel. Mye av rusproblemene, og også problemene innenfor psykiatrien, skyldes omsorgssvikt og overgrep, og dette trengs det mye sterkere bevissthet på. Vi skal etablere kvalitetssikrede voldtektsmottak over hele landet, kvalitetssikre de eksisterende mottakene og sørge for at relevante yrkesgrupper innen helsevesenet får kunnskap om volds- og overgrepssituasjon, og at Alternativ Til Vold skal videreføres og styrkes, er fryktelig viktig og en stor seier.

I Vestfold, representanten Sonja Mandt-Bartholsens og mitt hjemfylke, er det nå gjort banebrytende arbeid på dette feltet, kalt Vestfoldmodellen mot familievold. Denne skal nå spres til andre deler av landet. For Vestfolds innbyggere innebærer dette bl.a. at mens det før var slik at politiet kunne kjøre rundt med et voldtektsoffer i timevis for å prøve å få en legevakt til å ta imot henne, er det nå etablert et ambulerende voldtektsmottak som fungerer kjempebra, og som, med den nye regjeringa, har fått tilstrekkelig med midler også av Helse- og omsorgsdepartementet. Det vil jeg gi ros for.

Til slutt vil jeg si at det for oss som er fra Vestfold, er fryktelig viktig at det snart kommer en løsning på problemene knyttet til 6. byggetrinn i Vestfold. Vi er glad for at statsråden har tatt dette på alvor, og at det har vært møter mellom partene. Dette skal vi følge opp.

Det er et veldig spennende felt vi har ansvaret for. Jeg gleder meg til alt vi skal lære gjennom de neste fire åra og til alt vi skal få til, enten det gjelder å få til en god eldreomsorg og en eldrepolitikk der en ser på eldre som en ressurs, eller det gjelder å få til en helhetlig ruspolitikk, en styrket psykiatri eller et mer rettferdig helsevesen. Jeg syns faktisk vi har fått til mye i dette budsjettet, men det er mye mer vi skal få til i løpet av de neste åra – og Soria Moria-erklæringa viser vei for oss.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Harald T. Nesvik (FrP) [11:13:22]: Det var interessant å høre representanten Inga Marte Thorkildsens innlegg. Men jeg vil gjerne bruke litt tid på et felt som hun glatt gikk utenom, og det er bioteknologi. Heldigvis var i hvert fall representanten Bøhler inne på det i sitt innlegg. I Soria Moria-erklæringa skriver man bl.a. at man må re-

videre bioteknologiloven, slik at det på bestemte vilkår åpnes for forskning på overtallige befruktete egg, herunder stamcelleforskning, og begrenset bruk av preimplantasjonsdiagnostikk.

Representanten Bøhler, som også tilhører et av regjeringspartiene, gikk så langt at han også skulle ønske å åpne for bruk av xenotransplantasjon, og varslet det fra denne talerstolen.

Spørsmålet mitt går til Sosialistisk Venstreparti i denne saken, for grunnen til at det ikke er lov å forske på befruktete egg i dag, er jo at Sosialistisk Venstreparti stemte det ned i denne salen og gikk sammen med den tidligere regjeringen. Spørsmålet mitt til representanten Thorkildsen er selvfølgelig: Er Thorkildsen bekvem med den situasjonen som nå har oppstått – det skal forskes på befruktete egg, stamcelleforskning og i tillegg også mulighet for xenotransplantasjon?

Inga Marte Thorkildsen (SV) [11:14:39]: Jeg takker for spørsmålet.

Fra SVs side er vi veldig bekvemme med den situasjonen som er, og den er i *denne* erklæringen, nemlig i Soria Moria-erklæringen. Det er det vi forholder oss til, og der er ikke xenotransplantasjon et punkt. Våre partier følger nå opp det som er i denne erklæringen, og vil komme tilbake til Stortinget med saken.

Inge Lønning (H) [11:15:21]: Jeg skal ikke legge meg opp i forrige replikkordskifte, men bare minne om at to av de tre nye regjeringspartiene hittil har ligget på den stikk motsatte linjen av det representanten Bøhler gav uttrykk for, så dette blir spennende.

Mitt spørsmål til representanten Inga Marte Thorkildsen knytter seg til den fellesmerknaden som regjeringspartiene har skrevet inn i innstillingen om at man er oppmerksom på og glad for at sykehusreformen skal evalueres, og at man ser frem til de resultatene evalueringen vil gi. Samtidig – i neste øyeblikk – sier man at man er svært fornøyd med at man foregriper resultatene ved allerede nå å gjennomføre en ganske grunnleggende strukturreform når det gjelder styringsordningen for helseforetakene.

Hvorledes henger dette i hop, eller henger det i det hele tatt i hop? Etter mine begreper bør rekkefølgen mellom evaluering og konklusjoner være at evalueringen kommer først. Har SV den motsatte oppfatning?

Inga Marte Thorkildsen (SV) [11:16:41]: Representanten Inge Lønning er en oppvakt mann, som har vært med i politikken gjennom lang tid, og vet at dette også handler om politikk.

Det bør ikke komme som en overraskelse på Lønning eller andre at SV alltid har ment at vi vil ha en sterkere folkevalgt kontroll over sykehusene, og at vi har ment dette hele veien. Vi mener også at man skal ha en nasjonal helseplan, noe vi kommer til å utdype i løpet av debatten. Dette er ting som vi mener helt klart kommer til å styrke helsepolitikken i årene som kommer. Og så vil vi også se på resultatene fra evalueringen. Men dette er gammelt

nytt, så jeg tror ikke det har kommet som en overraskelse, heller ikke på Lønning.

Laila Dāvøy (KrF) [11:17:28]: SV og Kristelig Folkeparti deler mange synspunkter innenfor bioteknologien og genpolitikken. Vi stod sammen om loven, selv om vi senere skilte lag i forbindelse med en enkeltsak.

Slik jeg ser det, vil SV ha en nøkkelrolle i arbeidet med den varslede gjennomgangen av loven. Det er vårt håp at SV vil føre videre sin skepsis mot sorteringssamfunnet og sin politikk for alles menneskeverd. Den etikkdebatten vi har hatt i Norge, har vært svært viktig. Det har betydning at ikke bare medisindustriens og forskningsoptimistenes synspunkter har fått oppmerksomhet.

Mitt spørsmål til representanten er følgende: Vil SV stå vakt om formålsbestemmelsene i bioteknologiloven og i den nye regjeringen påta seg rollen som kritiker av sorteringssamfunnet? Vil SV bidra til at vi får en helhetlig debatt der det også blir rom for etisk debatt og refleksjon? Jeg tror det er helt nødvendig at vi også tar oss tid til en etikkdebatt i forbindelse med revisjon av loven.

Inga Marte Thorkildsen (SV) [11:18:52]: Ja, det vil vi. Jeg synes det var en veldig «all right» replikk fra representanten Dāvøy, den var konstruktiv.

Dette er et punkt som vi mener har mange sider ved seg. Dette er ikke noe som vi bare skal «bulldose» igjennom, eller noe vi skal late som ikke har mange etiske konsekvenser, og at det bør være etiske betraktninger. Vi ønsker en ordentlig og grundig debatt knyttet til disse spørsmålene. Men det som står i Soria Moria-erklæringen, nemlig at vi vil revidere bioteknologiloven slik at det på bestemte vilkår åpnes for forskning på overtallige befruktede egg, herunder stamcelleforskning, og begrenset bruk av preimplantasjonsdiagnostikk, er også vedtatt av vårt landsmøte, så det skulle ikke være problematisk. Men hvordan dette skal utformes, ønsker vi en ordentlig dialog og diskusjon om.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Laila Dāvøy (KrF) [11:20:06]: Helse- og omsorgskomiteens innstilling til budsjettet for 2006 viser stor grad av enighet i helsepolitikken. Den nye regjeringen følger opp Samarbeidsregjeringens satsinger på viktige områder, som høy pasientbehandling i sykehusene, opptrapping innen psykiatri og rusomsorg og mer midler til forskning.

Regjeringen har foreslått økning i helsebudsjettet på flere områder, bl.a. til sykehusene og rusomsorgen, noe Kristelig Folkeparti ikke har problem med å støtte. Imidlertid ønsker vi også å øke bevilgningene til opptreningsinstitusjonene med 75 mill. kr, noe som gjør at sykehusene i vårt budsjettforslag får en tilsvarende lavere økning.

De tallmessige forskjellene mellom Kristelig Folkepartis forslag og Regjeringens forslag er ikke så store at de inviterer til en generaldebatt om økonomi. Derfor vil jeg benytte anledningen til å trekke fram noen områder

som Kristelig Folkeparti mener det blir viktig å ha et sterkt fokus på framover. Etter min mening må følgende områder settes høyt på dagsordenen: psykiatrien, kreftomsorgen, behandling av kronisk syke og innhold og kvalitet i eldreomsorgen. Vi vil også at helsepolitikken i større grad skal fokusere på forebyggende og rehabiliterende helsearbeid og legge til rette for at den enkelte skal kunne ta bedre ansvar, under god veiledning og rådgiving av profesjonelle helseutøvere.

Psykiatrisatsingen må videreføres, og fremdeles har vi store utfordringer både i kommuner og helseforetak. Behandlingskjeden i psykiatrien er preget av lite sammenheng. Hele komiteen uttrykker bekymring for den manglende koordineringen. Jeg mener vi bør ha større fokus på det psykiske helsearbeidet i kommunene, ikke minst er dette viktig med tanke på forebygging og ettervern. Det er derfor gledelig at hele komiteen har sluttet seg til at departementet følger opp kommunene for å få etablert tverrfaglige psykososiale team.

Jeg er spesielt opptatt av tilbudet til barn og unge innen psykiatrien. Nylig leste vi i Dagbladet at mer enn 3 000 barn står på venteliste for behandling, og at 1 av 10 barn rammes av psykiske lidelser. Samtidig ble det påpekt at behandlingstilbudet ikke er tilpasset at rusproblemer og psykiske lidelser ofte henger sammen. Vi ser også at psykiske plager hos barn kan gi seg utslag i somatiske symptomer, som f.eks. smerter ulike steder i kroppen. Denne typen psykosomatiske plager fanges ofte ikke opp. Det er helt avgjørende at barn og unge får rask hjelp. Det må være et mål at ventelister for barn og unge med psykiske lidelser avvikles så fort som overhodet mulig. Barn og unge må også sikres behandlingsplasser på egne institusjoner eller avdelinger for å sikre et trygt og verdig tilbud der de kan omgås personer på sin egen alder og med like sykdomstrekk.

Jeg er også opptatt av en annen gruppe barn og unge som ofte ikke ses av det ordinære hjelpeapparatet. Det er barn med psykisk syke foreldre og rusmiddelmissbrukende foreldre. Den forrige regjeringen satte dette på dagsordenen. Barne- og familiedepartementet bestilte to rapporter om hvilke tiltak som finnes og hvilke fagpersoner som arbeider med disse barna, samt hvilken finansiering tiltakene har, og ikke minst hvordan vi kan følge opp disse barna bedre.

Den ene rapporten som heter «Tiltak for barn med psykisk syke foreldre», var ferdig før Bondevik II-regjeringen gikk av. Den andre var planlagt ferdig i høst. I forrige regjeringens budsjettproposisjon var det avsatt 14 mill. kr på Barne- og familiedepartementets budsjett til tiltak rettet mot barn med rusmiddelmissbrukende foreldre. Vi vet at mange barn som har rusmiddelmissbrukende foreldre, også har foreldre som er psykisk syke. Det er derfor god grunn til å anta at denne satsingen også vil nå barn som har psykisk syke foreldre. Planleggingen for bruken av disse midlene var i god gang mellom Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet da regjeringen Bondevik gikk av. Jeg regner med og forventer at Stoltenberg-regjeringen følger opp disse tiltakene.

En annen gruppe barn og unge som også justiskomiteen har vært opptatt av, er unge, utilregnelige lovbrøyttere som havner i en gråsoner hva gjelder tilgjengelige tiltak. De vurderes for friske til innleggelse i psykiatrien, samtidig kan de ikke idømmes særreaksjon. Jeg er svært fornøyd med at en samlet komite mener det må gis tilbud til denne gruppen, og at tiltak må utvikles i samarbeid mellom helse-, sosial- og justismyndighetene. Helseministeren bes ta kontakt overfor de to andre departementene for å finne aktuelle tiltak.

Jeg vil så gå over på et annet viktig tema, eldreomsorgen. Mye har skjedd de siste årene, både på institusjons- og boligsiden, men også når det gjelder det faglige innholdet og forståelsen av alderdommen i seg selv og de ulike sykdommer innenfor geriatrien. Tusenvis av medarbeidere gjør en fantastisk jobb innenfor eldreomsorgen, men de etterlyser muligheter til å få gjøre en enda bedre faglig jobb.

Jeg er svært fornøyd med at helseminister Sylvia Brustad vil følge opp forrige regjeringens arbeid med å legge fram en stortingsmelding om innhold og kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Men skal vi lykkes med å få bedre kvalitet i eldreomsorgen, må vi sette inn flere tiltak, og jeg vil nevne noen.

Et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og helsetjenesten i kommunene er helt avgjørende, ikke minst fordi det de senere årene har skjedd betydelige endringer i kommunehelsetjenestens oppgaver og ansvar. Pasienter som tidligere ble behandlet i sykehus, finner vi i dag i sykehjem eller hjemme med hjelp fra hjemmesykepleien.

Dette har selvsagt gitt nye og større behov for personell med høy kompetanse innenfor medisin og sykepleie i kommunehelsetjenesten. Både Legeforeningen og Sykepleierforbundet påpeker dette sterkt.

Når den nye regjeringen har varslet 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten innen utgangen av 2009, er dette selvsagt svært positivt. Men det er helt avgjørende at disse «nye hendene» er profesjonelle medarbeidere med omfattende helsefaglig kompetanse. Pasienter som utskrives stadig tidligere fra sykehus, pasienter som får poliklinisk behandling, pasienter med sammensatte sykdomsbilder og pasienter i terminalfasen, må kunne kjenne seg trygg på at kommunehelsetjenesten har den nødvendige faglige kompetansen. Jeg snakker her om de sykeste syke, ikke om dem som har behov for og klarer seg med hjelp til praktiske gjøremål i hjemmet og trenger sosialt samvær. Hver eneste dag oppstår det akutte pasientproblemer både i sykehjem og i hjemmesykepleien, som krever faglig kyndige vurderinger, raske avgjørelser og riktige tiltak. I slike situasjoner må de sykeste syke og deres pårørende kjenne seg trygge. KS har også vært svært opptatt av dette den senere tid.

Dette tilsier et større behov enn noen gang før for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Jeg vil henvise til Wisløff-utvalgets rapport, NOU 2005:3 som heter «Fra stykkevis til helt», som ble overlevert på oppdrag fra den forrige regjering i februar i år. NOU-en har vært på en omfattende høring, og er nå i

Helse- og omsorgsdepartementet til oppfølging. Den inneholder en rekke gode og konkrete tiltak om samarbeid og samordning mellom første- og andrelinjetjenesten. Utvalget påpeker også behovet for styrking av det medisinsk-faglige tilbudet i sykehjem, og sier noe om hvordan kommunene på en bedre måte kan utnytte helsepersonell, både fastlegene og privatpraktiserende helsepersonell med avtaler.

Jeg regner med og forventer at helseministeren følger opp utvalgets forslag og de mange gode høringene som nå foreligger. Flertallsmerknaden i komiteen sier også noe om dette.

Helt til sist vil jeg uttrykke behovet for økt oppmerksomhet også mot kronisk syke pasientgrupper. Det er knyttet store forventninger til den framtidige planen for rehabilitering og habilitering fra en rekke organisasjoner og enkeltpersoner. Det var egentlig ganske forbausende hvor mange organisasjoner som under høringen i helse- og omsorgskomiteen var opptatt av dette og uttrykte store forventninger.

Kristelig Folkeparti vil engasjere seg sterkt i helsepolitikken med et klart mål om å bidra til å skape bedre helse og livskvalitet for den enkelte.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Jan Böhler (A) [11:29:07]: Vi hørte her tidligere i dag at representanten Dävøy stadig brukte begrepet «sorteringssamfunnet». Da Laila Dävøy og jeg på mandag var sammen på høring om forskning på stamceller fra overtallige befruktete egg, hørte vi at alle pasientorganisasjonene og alle forskermiljøene så fram til at vi skulle fjerne dette lovforbudet.

Så jeg lurer på hvordan du kan mene at det å forske på noen få stamceller fra overtallige befruktete egg – det er visst bare 17 slike stamcellelinjer som foreløpig brukes i hele verden fordi de kan formere seg i uendelige rekker – har med sorteringssamfunnet å gjøre? Hvordan kan det føre til noen form for sortering når vi har et klingende klart lovforbud mot å tukle med arveanlegg og mot å klonne mennesker og dyr? Vi vil drive dette innenfor et offentlig demokratisk helsesystem med fullt innsyn i stedet for at det bare skjer i globale selskaper i land som Sør-Korea, Singapore osv. Er det ikke en fordel at vi setter dette i gang innenfor ryddige rammer?

Presidenten: Presidenten vil minne om at all tale skal gå via presidenten.

Laila Dävøy (KrF) [11:30:37]: Slik Kristelig Folkeparti ser det, er et befruktet egg et begynnende liv. På denne konferansen ble det også fra flere sagt at vi i Norge i dag allerede sorterer mennesker. Preimplantasjonsdiagnostikk som man nå ønsker å innføre, innebærer faktisk at man selekterer og sorterer. Derfor er dette en utrolig viktig debatt vi bør ha i forbindelse med endringen av loven, der vi også ser på disse vanskelige etiske spørsmålene.

I Norge har vi, som jeg også sa i det innlegget jeg holdt i Bioteknologinemnda, en veldig liberal praksis i forbin-

delse med den dispensasjonsnemnden som ble oppnevnt for vel et år siden.

Den liberale praksisen vi har i Norge, innebærer faktisk sortering, og dette er vi nødt til å se i øynene.

Rune J. Skjælaaen (Sp) [11:31:54]: De siste fire årene har vi sett et stadig økende innslag av kommersielle private sykehusaktører som har tjent store penger. Dette var en villet politikk fra den forrige regjeringen, der Kristelig Folkeparti deltok aktivt.

Ønsker Kristelig Folkeparti fortsatt et sterkt innslag av kommersielle private sykehus? Jeg vil også gjerne høre om representanten kan si noe om hvordan hun tenker å behandle de kommersielle sykehusene i forhold til de ideelle sykehusene, som drives av frivillige lag og organisasjoner, og som er en del av helseplanene våre.

Laila Dávøy (KrF) [11:33:06]: Kristelig Folkeparti mener det er svært viktig å ha ulike tilbud og et mangfold også innenfor helsesektoren. Det som er viktig, er at man har gode offentlige planer.

Det er ingen tvil om at Kristelig Folkeparti har sitt hjerte nær de ideelle private institusjonene. Det var også årsaken til at man unntok de ideelle organisasjonene innenfor helse når man skulle begynne med en del anbud også innenfor denne sektoren. Det samme gjaldt innenfor barnevernet. De skulle man ikke nødvendigvis behøve å ta med i anbudsrunder. Med dem kunne man inngå direkte avtaler.

Jeg tror det viktigste er at vi fører et godt og grundig tilsyn med alle de private institusjonene, og også med de offentlige. Men som sagt, det er viktig at man er innenfor offentlige planer, og det finnes jo også svært gode institusjoner i helsesektoren – de ideelle og også en del av de kommersielle.

Presidenten: Fleire har ikkje bedt om ordet til replikk.

Rune J. Skjælaaen (Sp) [11:34:35]: Mandag kveld var jeg i Lærdal sammen med to andre representanter her i Stortinget. Det var et folkemøte der, og unge og gamle var opptatt av at Lærdal sykehus skulle være et sykehus der de kunne kjenne seg trygge når sykdommen rammet, eller når tiden kom og man skulle føde. Innbyggerne i Lærdal, innbyggerne på Stord, i Odda eller på Røros som slåss for sykehuset sitt, uttrykker forhold som nærhet og trygghet som viktige grunner for å beholde sykehuset. Senterpartiets helsepolitikk tar konsekvensen av vårt motto «Med hjerte for hele landet». Vi slår fast i vårt program, og vi befester det i Soria Moria-erklæringen, at vi vil opprettholde et desentralisert sykehustilbud, som bl.a. sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned.

Arbeidsdeling mellom sykehusene er nødvendig. Alle skal ikke stelle med alt. Men den demonteringen av lokalsykehusene som vi har sett mange steder, må stanses. Et viktig arbeid framover blir derfor å gjøre klart hva et lokalsykehus skal inneholde. Lokalsykehusene skal sikre nærhet og trygghet når sykdom rammer.

Helseforetaksmodellen har fungert i fire år. Senterpartiet var en klar og tydelig motstander av foretaksmodellen da den ble innført. Vi er imidlertid tilfredse med at Regjeringen allerede nå har grepet fatt i styresammensetningen og bestemt at de regionale helseforetakene skal få ny sammensetning i januar, med fire politikere – fem, der det er flere enn tre fylker – foreslått av kommuner og fylkeskommuner. Det finnes mye godt folkevett hos erfarne politikere lokalt. De evner å se helhet. Derfor tror vi at dette er et viktig bidrag til en god og sunn utvikling av spesialisthelsetjenestene i regionene, til beste for befolkningen.

Regjeringen har foreslått å styrke helseforetakene med om lag 0,5 milliarder kr. Det er nødvendig for å opprettholde et høyt behandlingsnivå og for å redusere de omstillingsutfordringene som de regionale helseforetakene står overfor i 2006, i forhold til det som lå til grunn i Bondevik II-regjeringens budsjettforslag. Den økningen som Regjeringen legger opp til, vil føre til at 20 000 flere pasienter vil kunne få behandling enn med forslaget fra den forrige regjeringen. Når det gjelder skjevfordeling mellom helseforetakene, vil flertallsregjeringen vurdere en reduksjon i overgangsperioden i forbindelse med budsjettforslaget i 2007. Dette er viktig med tanke på likeverdige helsetjenester.

Det er én viktig sak som Bondevik II-regjeringen ikke grep fatt i. Det gjelder avskrivningsreglene og investeringsregimet for helseforetakene. Senterpartiet og de andre regjeringspartiene vet at dette er en utfordrende oppgave å gå inn i, fordi det vil innebære store økonomiske løft. Samtidig vet vi at det er en rekke store byggeprosjekter som er under planlegging rundt omkring i helseforetakene. Rammen til investeringer i basistilskuddet gir mulighet til å gjenskaffe om lag 60 pst. av verdien av bygninger og utstyr. Det er ikke tilstrekkelig til å løse investeringsoppgavene. Som det står i tilleggsproposisjonen, vil departementet gjennomgå både omfanget av og innretningen på helseforetakenes investeringer, i samarbeid med helseforetakene. Dette arbeidet skal sikre at det innenfor det samlede investeringsnivået etableres framtidsrettede og gode løsninger. Videre vil departementet ta opp til vurdering måten investeringer blir finansiert på, med sikte på å finne bedre og mer fleksible løsninger. Senterpartiet er glad for at flertallsregjeringen griper fatt i denne store utfordringen.

Vi har nå bak oss fire år med en Høyre-dominert regjering. Innenfor helse har det satt sine tydelige spor. Private kommersielle sykehus har hatt gode kår i disse årene. Flertallsregjeringen understreker i sin politiske plattform at slike avtaler skal begrenses, og at ledig kapasitet hos det offentlige skal utnyttes. Jeg kan vise til flere eksempler der kommersielle private sykehus har inngått avtaler med helseforetak, med den konsekvens at pasientgrunnlaget for offentlige sykehus undergraves. Dermed settes også lokalsykehusfunksjonen i fare mange steder. En slik utvikling ønsker ikke flertallsregjeringen. Det er nok av eksempler der private kommersielle sykehusaktører har tjent svært mye i et marked som helseforetaksdirektørene har åpnet.

Flertallsregjeringen er ikke mot private sykehus eller helseinstitusjoner – tvert imot. Jeg vil vise til Soria Moria-erklæringen som understreker at sykehus og andre helseinstitusjoner eid og drevet av ideelle frivillige organisasjoner, skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med det offentlige. Disse sykehusene inngår i de offentlige helseplanene for spesialisthelsetjenesten og er nødvendige og viktige deler av det helhetlige tilbudet til befolkningen.

Jeg registrerer at Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre med tillegg av Fremskrittspartiet ser med bekymring på omleggingen av finansieringsordningen for opptreningsinstitusjoner. Jeg vil minne om at det var nettopp disse tre partiene – de tre gamle regjeringspartiene, med subsidiær støtte av Fremskrittspartiet – som støttet den omleggingen, som nå innebærer at hele det finansielle ansvaret for opptreningsinstitusjonene ble lagt på de regionale helseforetakene. Anbudsprinsippet har faktisk ekskludert institusjoner som har tapt på pris, selv om kvaliteten er god. Det er selvfølgelig kvaliteten som skal være avgjørende.

Jeg synes det er positivt at organisasjoner som f.eks. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke arbeider med å realisere nye prosjekter innenfor rehabilitering og opptrening. Det er viktig at institusjoner med høy kvalitet som blir drevet av ideelle organisasjoner, kan sikres langsiktighet innenfor dette regimet. Regjeringspartiene understreker at brukerorganisasjonene må tas med når departementet skal utarbeide en nasjonal plan for utvikling på rehabiliteringsområdet.

Vi lever lenger, og antall mennesker som trenger hjelp og omsorg, stiger. Det er viktig at vi tar disse utfordringene, og at Stortinget tar et overordnet ansvar, slik at kommunene settes i stand til å gi en god og verdig eldreomsorg. 5,7 milliarder kr til kommunene er ett steg på veien.

Regjeringen vil starte arbeidet med omsorgsmeldingen, som på bred basis vil gripe fatt i utfordringer på omsorgssiden. Både kvalitet og kvantitet, tettere samhandling – som flere har nevnt i innlegg tidligere i dag – mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten, og ikke minst økonomiske rammer som muliggjør en omsorg basert på den enkeltes behov og ikke på et strengt stoppeklokkeregime, skal sikres.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [11:43:56]: Politikk dreier seg om makt og vilje til å ville gjennomføre endringer. Så langt har det som har kommet fra Regjeringen, kun vedrørt posisjoner og makt. Regjeringens manglende vilje til å gjennomføre endringer i helse- og omsorgsbudsjettet er total. Det retoriske er til stede, men det er altså ikke penger nok i Norge. Senterpartiet ønsker ikke at det opprettes et grunnforskningscenter for ADHD, ønsker ikke å støtte innføring av vaksiner for barn mot hjernehinnebetennelse nå, ønsker ikke å få en nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes. I fjor sa Senterpartiet at egenandelen på medisin og helsetjenester var å betrakte som skatt på sykdom. Hvordan kan da Senterpartiet innføre egenandel på fysioterapi og øke egenandelen ved reise til sykehus?

Rune J. Skjælaaen (Sp) [11:45:18]: Representanten Fredriksen snakker om en masse som vi er imot, og som vi faktisk ikke er imot i denne innstillingen.

Jeg har bare lyst til å nevne én ting, siden det i denne sammenhengen nevnes at vi liksom skulle være imot å innføre dette med vaksiner. Departementet jobber intenst med å få innlemmet pneumokokkvaksinering i barnevaksinasjonsprogrammet. Det er rett og slett et omfattende arbeid som skal til, når en ny vaksine skal introduseres i et program. Det gjelder levering fra produsent, det gjelder forberedelser i kommunene, osv. Det er viktig at et vaksinasjonsprogram får god kontinuitet, slik at vi ikke risikerer avbrudd. Folkehelseinstituttet har fått fullmakt av departementet til å forhandle med produsenten, og forhandlingen bør kunne avsluttes i nær framtid. Introduksjonen vil også være avhengig av produsenten av denne vaksinen.

Sonja Irene Sjøli (H) [11:46:38]: Det er bred enighet i komiteen om at foreldre som har barn med store hjerne-skader, skal ha frihet til å velge mellom alternative intensive opptreningsprogram, og det er bra. Men det som forundrer meg og skuffer meg, er at regjeringspartiene ikke lenger vil være med på å respektere foreldrenes valg, slik de var tidligere, mens de satt i opposisjon. De vil ikke være med på en merknad som nettopp understreker at foreldrenes valg skal respekteres. De sier altså ja til at foreldrene skal ha frihet til å velge, men sier nei til å respektere det valget foreldrene gjør. Dette synes jeg er en total mangel på respekt for foreldrenes ressurser, foreldrenes kunnskaper og erfaringer. Jeg må spørre representanten Skjælaaen hvorfor Senterpartiet har skiftet mening. Hva er det som har endret seg når det gjelder tilliten til foreldrene, etter at Senterpartiet kom i regjering?

Rune J. Skjælaaen (Sp) [11:47:51]: I Senterpartiet har vi stor tillit til foreldrene, foreldrenes kunnskaper, og at foreldrene ønsker det aller beste for sine barn. Senterpartiet har overhodet ikke skiftet noe standpunkt i forhold til dette, at foreldrene er de som kjenner barna sine best osv. Men når vi snakker om behandlingstilbud, vet vi at det også er andre sider som må vektlegges. Det kan være at en kommer i en situasjon der fagekspertisen mener det er andre og bedre løsninger enn det foreldrene kommer fram til. Men jeg tror at de fleste foreldre som er i en sånn situasjon, vil komme til enighet med behandlende institusjoner om behandlingen for sitt barn.

Laila Dāvøy (KrF) [11:49:06]: Kristelig Folkeparti er opptatt av gode abortforebyggende tiltak. Det er gledelig å kunne konstatere at det i 2004 ble registrert den laveste abortraten blant tenåringer på de siste 25 årene. Stiftelsen Amatheia gir et spesielt tilbud til par og til kvinner som er blitt gravide uten at det er planlagt. Senterpartiet har vært med på å gi ros til det arbeidet Amatheia har gjort for å forebygge og for å hjelpe gravide i en vanskelig situasjon.

Spørsmålet mitt er: Hva er årsaken til at Senterpartiet har akseptert et kutt på 1 mill. kr i støtten til Amatheia? Be-

tyr det at Senterpartiet mener dette unike arbeidet skal få mindre støtte i årene framover?

Rune J. Skjælaaen (Sp) [11:50:05]: Det er en samlet komite som skryter av Amatheas sitt arbeid og holder fram denne organisasjonen og det viktige arbeidet den gjør for vanskeligstilte gravide kvinner og for par. Så det er ingen tvil om det. Når det er foretatt et kutt på 1 mill. kr, er det et kutt som er sett i sammenheng med hele budsjettet. Det skal foretas en evaluering av dette, men det er ikke snakk om at vi skal svekke omsorgen for vanskeligstilte gravide i det hele tatt.

Når det gjelder framtidige budsjetter, vet representanten Dävøy, som sjøl har vært statsråd, at i Stortinget snakker vi ikke om hva som skal skje i de framtidige budsjettene. Men at arbeidet overfor vanskeligstilte gravide er viktig og vil bli prioritert i Regjeringen, det er åpenbart.

Presidenten: Replikkordskiftet er slutt.

Gunvald Ludvigsen (V) [11:51:29]: God helse er vel det aller viktigaste for oss alle, men helse treng som kjent vedlikehald, og tilbodet om vedlikehald av helsa er derfor viktig, kor vi enn måtte bu.

Venstre har programfesta at det er avgjerande at vi har eit godt og likeverdig helsetilbod til alle som treng det, når dei treng det. Helsevesenet må ta pasienten, pasienten sine lidingar og dei pårørande på alvor.

Eg er glad for at i Budsjett-innst. S. nr. 11 for 2005–2006 frå helse- og omsorgskomiteen har dei tre tidlegare regjeringsspartia Høgre, Kristeleg Folkeparti og Venstre heilt samanfallande syn. Eg siterer frå innstillinga, der det står at desse medlemmene

«viser til St.prp. nr 1 (2005–2006) framlagt av regjeringen Bondevik».

Og:

«Disse medlemmer vil peke på at det er avgjørende å sørge for et godt og likeverdig helsetilbud til alle som trenger det, når de trenger det. Å sette pasienten i sentrum er avgjørende for å skape en best mulig helsepolitikk.»

Venstre var imot modellen med statlege helseføretak. Vi konstaterer at det førebels ikkje er fleirtal i Stortinget for å reversere vedtaket som Arbeidarpartiet, Høgre og Framstegspartiet stod bak.

Venstre har programfesta ein sterkare demokratisk kontroll av sjukehusa og spesialisthelsetenesta gjennom folkevald styring av helseføretaka. Bakgrunnen er enkel: Vi meiner at eit sterkt offentleg helsevesen under demokratisk styring er den beste garantien for at tilgjengelege helseressursar blir brukte til å skape eit likeverdig tilbod. I budsjettinnstillinga som er lagd fram no, seier vi likevel – saman med Høgre, Kristeleg Folkeparti og Framstegspartiet – at vi har merka oss

«at Regjeringen vil gjennomføre en omfattende evaluering av sykehusreformen. Etter flertallets syn ville det ha vært naturlig å vente med å ta standpunkt til endringer, bl.a. i sammensetningen av styrene i helseføretakene, til etter at evalueringen er gjennomført».

I motsett fall vil ein sjølvsgatt risikere at ein no endrar stykkevis og delt, utan nokon som helst slags heilskapleg strategi.

Venstre har i sitt program peika på at lokalsjukehusa har ein svært viktig plass i spesialisthelsetenestekjeda. Lokalsjukehusa har òg fått ei brei omtale i St.prp. nr. 1 for 2005–2006 frå Bondevik II-regjeringa, der det heiter:

«Lokalsykehusene har en sentral rolle i spesialisthelsetenesten.

(...)

Grunnleggende krav til lokalsykehusene er trygghet, tilgjengelighet og kompetanse. Det skal være trygghet for at lokalsykehusets tilbud er plassert i en helhetlig og god tjenestestruktur.»

Dette fører meg over til kanskje det viktigaste når det er snakk om lokalsjukehus, nemleg innhaldet, dvs. kva tilbod lokalsjukehusa skal ha. I Venstre sitt program har vi prøvd å vere nokså presise, og vi har sagt følgjande:

«For fullverdige lokalsykehus er det naturlig å ha akuttberedskap innen indremedisin, ortopedisk kirurgi og/eller generell kirurgi, fødetjenester, anestesi tilstrekkelig for akutt indremedisin, kirurgi og fødetjenester. I tillegg må det være røntgen og laboratorietjenester som minimum dekker behovet for akuttbehandling.»

Utan å definere innhald og samstundes fortelje brukarane kva tilbod dei kan forvente å finne innanfor sjukehusveggane, vil ikkje lokalsjukehusa vere den tryggleiksbasen for befolkninga, spesielt i distrikta, som dei skal og bør vere. Slik konkretisering som eg har nemnt, handlar i realiteten om politisk ærlegdom.

Eit viktig moment knytt til å halde oppe lokalsjukehus, er å motverke «sniknedlegging». Derfor stressar eg så sterkt i innlegget mitt i dag fokuset på innhald. I tillegg må ein vere merksam på at ikkje rammevilkåra arbeider imot eit ærleg ønske om ein desentralisert struktur. Eit slikt rammevilkår er nivået på refusjonssatsar til private laboratorium og røntgeninstitutt. Der har utgiftsveksten som kjent vore veldig sterk, og ein har stilt spørsmål ved om det har vore rett ressursbruk.

Det er gjort noko for å få betre kontroll. Den 1. september i år blei satsane for refusjon til laboratorie- og røntgeninstitutt halverte. Poenget med det var å prøve å få betre styring og betre ressursbruk.

Men kanskje noko av det mest faretruande, for å bruke eit slikt uttrykk, er superspesialiseringa av legespesialistar. I dag er det i Noreg 22 spesialitetar. I Finland har dei gått vesentleg lenger. Der er det over 40 forskjellige spesialitetar. Grein- og kvistspesialisering, eller kanskje rettare eit uttrykk som eg også høyrde i Lærdal, knoppspesialisering – eit veldig godt uttrykk – er ein reell trussel mot det som vi kanskje treng mest av alt, nemleg ein meir skreddarsydd lokalsjukehusgeneralist. Dette trur eg er eit ansvar som Stortinget må ta, sjølv om det inneber at Den norske lægeförening må strippast betydeleg for makt.

Regjeringa Stoltenberg har i Soria Moria-erklæringa vore tilsynelatande klar når det gjeld sjukehusstruktur. Ho seier m.a.: «Ingen lokalsykehus skal legges ned». Eg høyrde statssekretær Wegard Harsvik uttale på ein helse-

konferanse førre torsdag på Nordfjordeid at – fritt omsett – lokalsjukehusa er freda i Soria Moria-erklæringa. Dette skal regjeringa etter mi oppfatning ha honnør for. Men trass i relativt iherdig sjølvstudium av Soria Moria-erklæringa finn eg ingenting om kva lokalsjukehusa eigentleg i praksis skal drive med, altså kva innhald lokalsjukehusa skal ha. Eg meiner at dette er ein alvorleg mangel, som eg forventar at Regjeringa klargjer snarast råd. Eg noterte meg naturlegvis at representanten Skjælaaen i innlegget sitt etterlyste det same som eg no har gitt uttrykk for.

Fastlegane i kommunane og spesialistane i lokalsjukehusa tek hand om om lag 95 pst. av problemstillingane i helsetenesta. Stabile tilhøve ved lokalsjukehusa er derfor utruleg viktig og ein viktig føresetnad for god samhandling, som mange har snakka om i dag, og god rekruttering både til primærhelsetenesta og til spesialisthelsetenesta.

Innan psykiatrien har ein for lengst erkjent at eit desentralisert tilbod er best. Eg er både stolt og glad for Bondevik-regjeringa si sterke satsing på distriktpsikiatriske senter. Eg er òg glad for Bondevik II-regjeringa si satsing på rusomsorg. Samhandling mellom somatikk og psykiatri er vesentleg for ei god rusomsorg. Eg har med glede notert at vesentlege delar av ekstraløyvinga på 100 mill. kr i revidert nasjonalbudsjett i år til styrking av lokalsjukehusa har gått til tiltak innanfor rusomsorga. Dette er ei svært viktig og nødvendig satsing, som er heilt i tråd med rusreforma Samarbeidsregjeringa fekk vedteken, og som m.a. gav personar med rusproblem pasientrettar på lik line med andre pasientar.

Sjølv om det har skjedd ein vesentleg auke i behandlingsskapiteten for rusmiddelmissbrukarar under Samarbeidsregjeringa, må kapasiteten dimensjonast i samsvar med behovet, slik at behandlingsskøane kan avviklast. Venstre vil vere med og bidra til vidare satsing og utvikling på dette feltet.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Jan Böhler (A) [12:00:45]: Representanten Ludvigsen viste et prisverdig engasjement i forhold til mer demokratisk innflytelse overfor helseforetakene, og jeg forstod det slik at representanten var for at styrerepresentanter med bakgrunn som folkevalgte skal utgjøre et flertall i styrene for helseforetakene, slik Regjeringen nå foreslår. Dette er jo for bedre å reflektere befolkningens behov, interesser og ting som rører seg i forhold til helsebehovene. Spørsmålet mitt da er: Hvorfor er det noen risiko at dette innføres nå? Hvorfor mener representanten at man trenger en nærmere evaluering, nærmere vurdering, før man kan gå til et slikt enkelt, demokratisk tiltak og en forbedring av helseforetakenes styring?

Gunvald Ludvigsen (V) [12:01:52]: Som eg sa i innlegget mitt, er poenget med ikkje å støtte dette forslaget om endring av styreform no, at ein har ei evaluering på gang, og det ville vere fornuftig å sjå alt samla. Alt heng saman med alt, er det nokon som har sagt, og eg trur at det er det aller viktigaste, å sjå alt i samanheng. I dag òg er det jo politikarar som sit i dei forskjellige styra rundt om-

kring. Kven dei representerer, veit eg ikkje, men eg kjenner iallfall svært mange som er rekrutterte inn i styre som er frå lokalpolitikken og fylkespolitikken etc., tidlegare stortingsfolk også. Om det er den beste løysinga, veit ikkje eg, men det eg trur er det viktigaste, som eg sa i innlegget mitt, er innhaldet.

Inga Marte Thorkildsen (SV) [12:03:08]: Representanten Ludvigsen viste et prisverdig engasjement for lokalsjukehusene, og det er et engasjement som vi deler. Men det som vi oppfatter som en av de store truslene mot lokalsjukehusene, og som den forrige regjeringa bidrog sterkt til, er det store innslaget av private kommersielle aktører og et system som har stimulert veldig sterkt til konkurranse på svært ulike vilkår. Da vil jeg sitere Knut E. Schrøder, som er direktør ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Han sa i Dagens Næringsliv 29. august i år:

«Det politikerne ikke bør gjøre, er å legge enda bedre til rette for et privat marked som kan skumme fløten ved å gi tilbud til betalingssterke pasienter med lite ressurskrevende lidelser. Som igjen fører til at det offentlige blir sittende igjen med alle de tunge og kostbare lidelsene. Det er ikke god konkurransepolitikk – og langt fra god distriktpolitikk.»

Er Venstre enig i dette, og vil de støtte den nye regjeringa i en ny kurs på dette feltet?

Gunvald Ludvigsen (V) [12:04:24]: Eg streka i innlegget mitt under at Venstre har programfesta at vi går inn for eit sterkt offentleg helsevesen. Men det betyr ikkje at vi avviser alle private aktørar. Det vi meiner, er at private aktørar innafor spesialisthelsetenester og omsorgstenester vil kunne vere eit viktig supplement. Sjølv har eg vore i denne bransjen i svært mange år, og eg kjenner private aktørar som har jobba side om side med det offentlege helsevesenet. Det går an, men det må koplast på ein god måte, og dei må få si heilt klare bestilling, som er i samsvar med det offentlege behovet. Då går det an å få gode løysingar.

T h o r b j ø r n J a g l a n d hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Statsråd Sylvia Brustad [12:05:34]: Innstillinga fra helse- og omsorgskomiteen viser stor enighet om hovedkursen i helsepolitikken, noe jeg er glad for. Jeg er imidlertid også veldig glad for at det er tilslutning til viktige endringer i forhold til Bondevik II-regjeringas forslag til statsbudsjett. Det gjelder økte bevilgninger til sjukehus, det gjelder styrket innsats for rusomsorgen, og det gjelder å få et bedre opplegg for egenandeler, med spesiell vekt på bedre skjerming av storforbrukere av helsetjenester.

Sjukehusreformen har som kjent snart virket i fire år, og vi har sett svært gode resultater. Men det er allerede nå etter vår mening nødvendig å gjøre noen justeringer. Det gjelder sammensetningen av styrene, slik flere allerede har vært inne på i debatten, for å styrke den regionale og

lokale forankringa. Det gjelder å styrke sjukehusøkonomien slik Regjeringa nå legger opp til, slik at flere pasienter kan behandles, og ventetida holdes nede. Vårt forslag på 500 mill. kr mer for neste år vil bety at vi kan behandle vel 20 000 flere pasienter enn det opprinnelig lå an til med Bondevik II-regjeringas forslag.

Samtidig vil jeg understreke at økte bevilgninger ikke er nok i seg selv. Det er fortsatt et potensial for å gjøre ting på en annerledes og kanskje bedre måte, og det er også viktig hvordan midlene blir brukt.

Regjeringen Bondevik satte ned ISF-satsen fra 60 til 40 pst., samtidig som basisbevilgningen økte tilsvarende. Dette er noe vi er enig i. Det reduserer faren for pasienttilbudet vris bort fra pasienter som ikke er omfattet av ISF-ordninga. Først og fremst gjelder dette pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser, og en del kvinnelidelser. Dette er pasientgrupper som både Stortinget og Regjeringa er særdeles opptatt av.

Regjeringa følger opp arbeidet med Opptappingsplanen for psykisk helse. Det er et mål at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve et verdig liv i mest mulig normale omgivelser. Spesielt legger jeg vekt på at barn og unge skal få nødvendig hjelp, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten for behandling av barn og unge med psykiske lidelser er nå tre måneder. Dette er for lenge.

De regionale helseforetakene skal sørge for at ventetida for barn og unge med psykiske lidelser og rusproblemer går ned. I tillegg har jeg nå satt ned en hurtigarbeidende arbeidsgruppe som skal gå gjennom situasjonen og foreslå hvordan vi kan få til en særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med slike problemer.

Det er etter Regjeringas oppfatning nødvendig å styrke akuttfunksjonene i det psykiske helsevernet. De regionale helseforetakene skal gå gjennom akuttfunksjonene ved sjukehusene for å sikre tilgjengelighet og tilstrekkelig kapasitet. I tillegg skal akutt- og krisetjenestene ved de distriktpsikiatriske sentrene styrkes, bl.a. ved at vi satser sterkere på ambulante tjenester. Vi skal også ha flere sengeplasser.

Hjelp skal først og fremst gis i nærmiljøet, der folk bor. Kommunesatsinga skal derfor prioriteres, og jeg tror det er helt avgjørende for at vi lykkes. Mange kommuner har kommet langt i arbeidet med psykisk helse, men jeg tror vi også må erkjenne at for en del kommuners vedkommende er det et ganske langt stykke att til vi er fornøyde, både når det gjelder tjenestetilbudet og boligtilbudet.

De allmennpsykiatriske spesialiserte tjenestene skal gis ved distriktpsikiatriske sentre, og psykiatriske sjukehus skal utvikle spisskompetanse for alvorlige og krevende lidelser. Utbygginga av tjenesten er i rute, men omstillinga er ikke kommet langt nok. En del DPS-er er fortsatt ikke faglig sterke nok, og for mange utskrivningsklare pasienter, som egentlig skulle ha fått et tilfredsstillende tilbud i kommunene, blir liggende og oppta plass ved sjukehusene. Vi vil også prioritere arbeidet med rekruttering til denne viktige tjenesten.

Vi vet at det er mange pasienter i spesialisthelsetjenesten som har omfattende rusmiddelproblemer og psykiske

lidelser. Det er et mål at disse pasientene får et helhetlig, sammensatt og samtidig behandlingstilbud ut fra deres totale behandlingsbehov, og at det vurderes i hvert enkelt tilfelle hva som skal til for å få et bedre liv.

Vi vet at mange rusmiddelavhengige ikke får et godt nok helsetilbud. Det er åpenbart behov for å rette opp svakheter og mangler som har utviklet seg over år. Noe er selvfølgelig gjort de siste årene, men jeg mener at veldig mye gjenstår. Målet er at rusmiddelavhengige skal sikres raskere tilgang til hjelp på alle nivåer i behandlings- og rehabiliteringskjeden. Gjennom vårt tilleggsforslag om drøyt 90 mill. kr mer neste år tar vi det første skrittet mot å bedre tilbudet for denne gruppen. Jeg er svært glad for at det er en samlet komite som slutter seg til dette budsjettforslaget, og som samtidig understreker betydningen av en helhetlig innsats for dem som er avhengige av ulike typer rusmiddel.

Vi ønsker å prioritere der vi vet at behovene er størst. Dette gjelder bl.a. tannbehandling for rusmiddelavhengige og et helhetlig tilbud om legemiddellassistert rehabilitering.

Når det gjelder spørsmålet om legemiddellassistert rehabilitering, legger vi opp til ei helhetlig styrking. Flere LAR-pasienter stiller krav til både kapasitet og kompetanse i kommunene, spesielt i den kommunale sosialtjenesten. Men også her er vi avhengige av et helhetlig tilbud som dreier seg om bolig, individuell oppfølging etter behov og andre tiltak som muliggjør en integrering i lokalsamfunnet. Jeg vil også signalisere at jeg mener at det er behov for å vurdere aldersgrensen når det gjelder hvem som kommer inn under LAR.

Det er dessverre betydelig og økende sosial ulikhet når det gjelder helse, slik bl.a. representanten Bøhler har vært inne på i denne debatten. Vi ser på dette som en av våre aller største utfordringer. Norges befolkning får stadig bedre helse, men framgangen er størst blant dem med høyest utdanning og inntekt. De som har få goder og lite ressurser, er derimot mer belastet med sjukdom og med kortere levealder. Vi kan ikke sitte stille og se på det, og Regjeringa vil derfor ha dette som et av de høyest prioriterte områdene i årene framover.

Vi ønsker også å øke vaksinasjonsdekningen for influensa i de grupper av befolkningen som har høy risiko for alvorlig sjukdomsforløp, og det er bakgrunnen for forslaget om 15 mill. kr til gratis formidling av vaksine til kommunene for inntil 450 000 personer.

Nasjonalt folkehelseinstitutt mener at alle spedbarn bør tilbys pneumokokkvaksine gjennom barnevaksinasjonsprogrammet. Denne regjeringa vil følge opp de faglige anbefalingene. Det er et omfattende arbeid som skal til når en ny vaksine skal introduseres. Det gjelder bl.a. levering fra produsenten, forberedelse i kommunene og opplæring av personell. Det er viktig at dette programmet får god kontinuitet, slik at vi ikke risikerer avbrudd eller forsinkelser i tilbudet. Jeg kan forsikre Stortinget om at dette har vi jobbet intenst med. Det har gått fort, og det går fort, og jeg kan i dag orientere Stortinget om at forhandlingene nå langt på veg er i mål. Det gjenstår riktignok noen detaljer, men Regjeringa tar sikte på å innføre den

nye vaksinen i det ordinære barnevaksinasjonsprogrammet, og håper å kunne sette det i verk fra 1. juli neste år.

På grunn av for stram kommuneøkonomi har personelldekningen i pleie- og omsorgstjenesten dessverre ikke holdt tritt med antallet eldre. I regjeringsplattformen er det lagt til grunn at vi skal ha 10 000 flere årsverk i pleie- og omsorgssektoren innen 2009. Gjennom den kjente og foreslåtte styrkinga av kommunenes frie inntekter på 5,7 milliarder kr neste år er det lagt et godt grunnlag for en slik opptrapping. Det er nødvendig for å ta igjen det forsømte innenfor den sektoren, og også for å møte de nye behovene.

Regjeringa er også særdeles opptatt av å sikre personer med demens et godt tjenestetilbud. Sammen med et styrket tilbud til eldre i sjukehus er demensomsorgen en av framtidens største utfordringer. Det er om lag 10 000 personer som får demens pr. år. Regjeringa vil derfor utforme en helhetlig plan for en styrket demensomsorg, og sørge for penger til forskning på omsorg og Eldres helse og levekår, med spesiell vekt på demensforskning.

Regjeringa ønsker allerede neste vår å legge fram ei stortingsmelding der vi vil drøfte de framtidige strategier for å møte utfordringene i hele pleie- og omsorgssektoren. Vi ønsker en eldreomsorg der alle skal sikres tilbud, uansett kjønn, uansett hvor rik du er, og uansett hvor du bor i landet. Vi ønsker en eldreomsorg der brukerne selv skal kunne være med på å bestemme innholdet i den hjelpen de skal ha. At den er av god kvalitet, er selvfølgelig avgjørende viktig. Da må det settes av nok tid og nok hjelp til hver enkelt eldre, eller andre som trenger pleie og omsorg. Denne regjeringa mener at strenge tidsskjemaer ikke er svaret på den viktige utfordringa.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Harald T. Nesvik (FrP) [12:15:48]: Fortsatt er situasjonen ute i kommunene slik at det bor en god del unge funksjonshemmede på sykehjem. Dette har vært en kjent problemstilling i en årrekke. Man har prøvd å gjøre noe med det, man har kommet med alternative modeller, men allikevel er man i en situasjon hvor unge funksjonshemmede folk fortsatt skrives inn på sykehjem. Dette er ikke akseptabelt i dagens Velferds-Norge.

Spørsmålet mitt til statsråden er følgende: Vil statsråden se på de virkemidler som nå er brukt, for å få unge funksjonshemmede ut av sykehjem? Vil statsråden nå vurdere å fremme i sak knyttet til eventuell bruk av sanksjonsmuligheter, eller forbud mot å legge unge personer inn på sykehjem? Det er ikke tilstrekkelig at man setter opp en vegg i et sykehjem og sier at nå er det omsorgsbolig, som man kan få inntrykk av at enkelte kommuner gjør. Det er ikke akseptabelt. Jeg håper statsråden vil si klart og tydelig fra om at nå skal det skje noe.

Statsråd Sylvia Brustad [12:17:06]: Jeg er glad for å få det spørsmålet, for det er også noe som opptar denne regjeringen veldig. Jeg vil bare helt klart si at unge funksjonshemmede eller unge som blir trafikkskadde, hva som enn måtte være årsaken, ikke skal bo på alders- eller sjuke-

hjem. Derfor tok jeg umiddelbart, da jeg kom inn i dette departementet, initiativ til en gjennomgang av hvor vi nå står. For det er helt riktig at det er en del unge som har bodd for lenge på alders- og sjukehjem – og der skal de ikke bo permanent.

Den siste oversikten vi har – for det har vært gjort ting rundt omkring i kommunene – er at det pr. i dag gjenstår to personer som bor permanent på alders- eller sjukehjem. Det er den oversikten vi har. Uansett om det er det antallet eller flere, skal de personene ut av sjukehjemmene – og jeg kan garantere at jeg skal gjøre alt som står i min makt, for å få dem ut.

Inge Lønning (H) [12:18:23]: Å tenke på et tall er i og for seg enkelt, og tallet 10 000 er et veldig rundt tall. Jeg er allikevel ikke helt sikker på om det leder tanken på rett spor, fordi den samme regjering som har skrevet inn dette i sin erklæring, tillyser og avlyser annenhver uke 6-timersdagen. En slik reform vil jo alene slå bena under både de 10 000 og flere til. Kan statsråden bekrefte det statsministeren sa under valgkampen, nemlig at 6-timersdagen er definitivt uaktuell å innføre for denne regjering?

Så til det andre spørsmålet. Evalueringen av sykehusreformen skal bl.a., går jeg ut fra, omfatte evaluering av styringsfunksjonen. Hvis evalueringen viser at Arbeiderpartiets opprinnelige ordning av dette var riktig, hva vil statsråden gjøre med det?

Statsråd Sylvia Brustad [12:19:47]: For å ta det siste først: Når det gjelder sykehusreformen, vet vi en god del allerede, og det er at folk gjennomgående er mer fornøyd med det tilbudet de får nå, enn før sykehusreformen, og vi vet at folk i gjennomsnitt venter kortere tid nå enn de gjorde før. Men det betyr ikke at vi er i mål.

Ja, vi evaluerer, men jeg finner grunn til å understreke fra denne talerstolen allerede nå at verken Arbeiderpartiet eller denne regjeringen har til hensikt å endre hovedlinjene i sykehusreformen. Det vi eventuelt snakker om, er mindre justeringer av typen styre, som er viktig nok i seg selv, eller andre ting. Men hoveddelen i denne sykehusreformen ligger fast, og den kommer til å ligge fast.

Når det gjelder de 10 000 årsverk, er det ikke slik at vi annenhver dag innstiller på 6-timersdag. Det Regjeringen har tatt til orde for, og vil iverksette, er et begrenset forsøk med 6-timersdag, og det vil ikke på noen måte være ødeleggende for å få til 10 000 helt nødvendige flere årsverk innenfor pleie- og omsorgssektoren i denne perioden.

Laila Dævøy (KrF) [12:21:13]: I Soria Moria-erklæringen står det:

«Ingen lokalsykehus skal legges ned.»

Samtidig står det:

«Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus, som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen.»

For bare noen få dager siden var jeg sammen med folk fra en rekke helseforetak på en konferanse hvor også statssekretær Harsvik var til stede. Han sa på det møtet ikke så veldig mye når det gjelder dette, men litt, og frus-

trasjonen da diskusjonen begynte, var i grunnen stor når det gjaldt akkurat det punktet i Soria Moria-erklæringen.

Spørsmålet mitt er følgende: Kan statsråden klargjøre hva som ligger i erklæringen om lokalsykehusene? Ligger det i det som står, at Regjeringen vil videreføre den strategien som nå er i gang, for lokalsykehusene? Eller betyr det at man faktisk har tenkt å lage en helt ny strategi?

Statsråd Sylvia Brustad [12:22:16]: Jeg tror det er helt avgjørende at folk kan være helt trygge på at hvis de blir syke, kan man behandle sjukdommen på det sjukehuset de havner på. Kvalitet er altså helt avgjørende. Så er det også klart at i vårt langstrakte land må det kombineres med nærhet. Det er ikke to motstridende hensyn, for kvaliteten kan være god ved store sjukehus og god ved små, og det er store variasjoner. Poenget er: Vi ønsker å videreføre den strategien som er lagt når det gjelder lokalsjukehus, men det kan godt hende at det må gjøres noen flere endringer i forhold til den. Jeg mener at ett av de områdene vi er nødt til å gå nærmere inn på, er om lokalsjukehusene kan spille en større rolle i forhold til utfordringer når det gjelder de eldre, som vi vet har mer sammensatte lidelser, og som heldigvis lever mye lenger nå enn de gjorde før. Det siste er etter min mening et av de beste kvalitetsstemplene på samfunnet vårt. Jeg tror lokalsjukehusene også der kan spille en sterkere rolle enn det som er tilfellet i dag. Ingen av dem skal altså legges ned. Vi skal kombinere dette med god kvalitet for lokalbefolkningen.

Gunvald Ludvigsen (V) [12:23:33]: I Soria Moria-erklæringa står det at det skal opprettast 10 000 nye årsverk innan eldreomsorga innan utgangen av 2009. Statsråden var også inne på det i innlegget sitt. Det betyr 2 500 årsverk i året. Eg må seie at målet er svært ambisiøst, det er ikkje nokon tvil om det. 2 500 nye heiltidstilsette innan pleie- og omsorgtenesta blir ei utfordring for ein sektor som allereie slit tungt med å rekruttere kvalifisert arbeidskraft. Rask hovudrekning viser at desse nyttilsetjingane vil koste om lag 1 milliard kr.

Den raud-grøne regjeringa er imot øyremerkning. Då blir spørsmålet mitt til statsråden nærliggjande: Kjem kostnadene knytte til desse nye årsverka som ei tilleggsutgift for kommunane, eller ligg desse pengane bakte inn i dei auka overføringane til kommunane?

Statsråd Sylvia Brustad [12:24:46]: Vi er nå i ferd med å lage en plan for hvordan vi skal få 10 000 flere årsverk i løpet av denne perioden. Det er ambisiøst, men det er veldig realistisk. Vi skal gjøre det ved å utdanne flere, ved å omskolere en del, ved å sørge for at flere av dem som ønsker det, kan få lov til å jobbe mer heltid eller få større stillingsbrøker. Det er et tilbakevendende problem at mange ansatte i kommunene har så små stillingsbrøker at det ikke blir noe ut av det, verken når det gjelder lønn eller andre ting. Det går det an å gjøre noe med. Og ikke minst: Vi må gjøre mye mer for å hindre at så mange faller ut av arbeidslivet så tidlig. Det er en kjempeutfordring at så mange unge – særlig i denne sektoren – blir uføretrygdet eller syke i veldig ung alder. Dette handler derfor

også om et inkluderende arbeidsliv, som er en mye større sak, men kjempeviktig i forhold til dette.

Det er selvsagt at dette koster mer penger for kommunene, og det er også selvsagt at Regjeringa kommer til å fortsette sin opptrappingsplan når det gjelder overføringer til kommunene, der vi har startet med 5,7 milliarder kr mer neste år. Det kommer til å bli mer i åra framover, også for å ivareta dette behovet.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [12:26:09]: Fremskrittspartiet er av den oppfatning at helseforetakene har vært underfinansiert helt siden de ble etablert, og vi finner det merkelig at Stortinget fortsatt bevilger utilstrekkelig med driftsmidler og samtidig opprettholder balansekravet for 2006.

Som en konsekvens av dette går Helse Finnmarks strategiplan for 2005–2010 ut på å styrke ett av de to sykehusene som vi har i Finnmark. Både ortopedi, kirurgi og akuttmedisin blir foreslått overført til Hammerfest på bekostning av Kirkenes. De ansatte ved Kirkenes sykehus vurderer å be helsedirektøren om å gå av. Aksjon to likeverdige sykehus kaller helsedirektøren en folkefiende.

Vil statsråden instruere Helse Finnmark slik at Kirkenes får et like godt tilbud innen ortopedi, kirurgi og akutt-tjeneste som Hammerfest? Er statsråden enig i at det trengs to likeverdige og fullverdige sykehus i Finnmark? Eller mener statsråden at tilbudet om sykehustjeneste for befolkningen skal være dårligere i Øst-Finnmark enn i Vest-Finnmark?

Statsråd Sylvia Brustad [12:27:36]: Vi arbeider i disse dagene med bestillerdokumentet – som det så fint heter – overfor våre regionale helseforetak. Det gjelder selvfølgelig også for Helse Nord, og jeg er godt kjent med den uroen som er der. Det som er helt klart, er det som står i Soria Moria-erklæringen knyttet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Hvis det foreslås noen endringer som går i motsatt retning av det som står i Soria Moria-erklæringen, skal det på mitt bord. Så jeg tar med meg de signaler som kommer.

Jeg vil også si at i forhold til AMK-sentraler – jeg vet det er en diskusjon de berørte sykehus imellom – har Helsedepartementet vært i kontakt med Helse Nord, som sier at det etter all synlighet blir to AMK-sentraler også i 2006. Jeg ser at den budsjetttrunden ikke er ferdig, men jeg synes det er et klokt utgangspunkt. Jeg tar for øvrig de signalene med i den jobben vi går inn i. Det sier seg selv at Finnmark, med så store avstander som det er der, er i en litt annen situasjon enn områder hvor det er litt kortere mellom sykehusene – for å si det på den måten.

Presidenten: Replikordskiftet er omme.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [12:28:58]: Hver dag hører vi fra denne talerstol hvor viktig det er å ta vare på de svakeste i samfunnet. Det er kanskje den viktigste oppgave vi har, spesielt vi som sitter i helse- og omsorgskomiteen. Det kan være mange årsaker til at noen kommer inn under betegnelsen «de svakeste». Noen har sosiale til-

pasningsproblemer, andre har uforskyldte sykdommer. Det er bare å erkjenne at Regjeringens budsjett for helse- og omsorgstjenester ikke fanger opp mange nok av de menneskene som har ulike typer kroniske sykdommer.

Det var godt å høre statsråden si i dag at vi skal få vaksinasjon mot pneumokokkbakterien for barn som er utsatt for hjernehinnebetennelse. Det viser seg også, etter at dette ble innført i USA i 2000, at det ikke har hatt noen bivirkninger eller komplikasjoner. Det er flott at disse menneskene blir ivaretatt.

Et annet problem som vår komite sliter med i like stor grad som de andre, er at handlingsregelen, som aldri har fungert, de facto styrer vår økonomi slik at det blir viktigere å investere i aksjer i USA enn det er å ta godt nok vare på våre barn, kronisk syke og eldre.

Regjeringen har en meget lunken holdning til en nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes. Vi er dårligst i klassen på behandling av diabetes-sykdommen av de land vi ønsker å sammenligne oss med, og vi vet også at dette problemet vil bli økende i framtiden. Når vi vet at et lite land som Island har gjennomført en nasjonal plan for diabetes med sine ressurser, er det helt klart en oppgave vi også må ta på alvor. Hvor er det blitt av Arbeiderpartiets, Senterpartiets og SVs holdninger overfor disse utsatte syke og svakeste? Det nytter ikke å følge opp disse sykdommene med tom retorikk. Hvis Regjeringen ønsker å foreta seg noe, må det følge penger med.

ADHD-problematikken er også økende, og vi vet altfor lite om adferdsbaserte prosesser. Hvordan skal vi som nasjon klare å forske på og forstå problematikken rundt adferdsbaserte prosesser, hvis vi ikke oppretter et grunnforskningssenter i Norge? Relaterer vi ADHD-problematikken opp mot de innsatte i våre fengsler, er fengslene overfylt av personer med adferdsproblemer. Det vil både for det enkelte menneske og for det øvrige samfunn være særdeles riktig å ta dette på alvor. Men nei, de rød-grønne går imot. Kommer forslaget fra galt parti, eller er det slik at vi har for lite penger her også?

Som sagt: Det å ta vare på de svakeste og syke er en av våre viktigste oppgaver. Derfor har Fremskrittspartiet styrket helse- og omsorgssektoren i sitt budsjett og i salderingen med 3 milliarder kr mer enn Regjeringen har gjort. Og hvorfor har vi gjort det? Det virker som om Fremskrittspartiet er det eneste politiske parti som har forstått at skal vi ta våre barn, syke og eldre på alvor, må vi som nasjon være villig til å satse nok på helse. Så får heller andre være uenig i Fremskrittspartiets prioriteringer. Selvfølgelig koster dette, men befolkningens helse er viktigere enn papirpenger i utlandet.

Gunn Olsen (A) [12:34:02]: Tross alt synes jeg det er grunn til å slå fast at vi har et godt helse- og omsorgsvesen i Norge. Det er trist at både media og andre ser seg tjent med å lage et skremmebilde av norsk helse- og omsorgsvesen.

Vi har et land fullt av gode sykehus, med høyt kvalifisert helsepersonell, som har omsorg for sine pasienter. De aller fleste som blir alvorlig syke i dette landet, opplever

at de får god behandling og pleie på våre sykehus. Faktisk har jeg møtt ganske mange pasienter med alvorlige diagnoser. De aller fleste er svært fornøyd med det tilbudet norsk helsevesen gir dem, og svært mange blir faktisk friske. Landet over er det lokalsykehus som gir trygghet, behandling, omsorg og pleie, slik flere representanter har vært inne på. Det er grunn til å glede seg over Soria Moria-erklæringen på dette området, for den slår fast at lokalsykehusene skal bestå.

Uavhengig av partitilknytning og regjering har Stortinget sørget for store løft på mange områder innenfor helse- og omsorgssektoren. Så la oss være stolte av det, men ikke fornøyd på de områdene hvor det er uløste oppgaver. Psykiatrien er åpenbart et slikt område.

I Arbeiderpartiet er vi veldig opptatt av kvinnehelse. Vi har tillit til at den nye rød-grønne regjeringen vil fokusere på nettopp det. Det skal også bli gjort fra vår side i Stortinget. Vi trenger mer forskning på kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko, sykdomsutvikling, diagnostikk, forebygging og behandling. Vi trenger å vite mer om årsakene til f.eks. beinskjørhet, fibromyalgi osv., for vi vet at muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til kvinners sykdom og sykmelding.

Kvinner med minoritetsbakgrunn trenger spesielt oppmerksomhet. Diabetes er utbredt. Som et eksempel utvikler 85 pst. av alle gravide med pakistansk og indisk opprinnelse diabetes.

Kvinner og menn har likere livsstil nå enn før. Det gir oss nye utfordringer innen helse. Hjerteinfarkt rammet sjelden kvinner før. Nå er det en vanlig sykdom også blant kvinner, men det er ikke gitt at symptomene er like, ei heller den medisinske behandlingen.

Kvinner røyker mer, jobber mer, stresser mer og – ikke minst – drikker mer enn før. Det setter meg på sporet av det neste temaet jeg vil ta opp, nemlig rus.

Når det snakkes om rusmiddelmissbrukere, tenker de fleste på dem det er lettest å få øye på – de narkomane. I media er det en sykdom som får mye oppmerksomhet, og det er selvsagt bra, for vi er opptatt av en verdig og god rusomsorg for alle som trenger det. Likevel ønsker jeg å belyse det faktum at det desidert største rusproblemet i vårt samfunn faktisk er alkohol. De som går på fylla, er ikke lenger så synlige i det daglige gatebildet. Det er oftest fyll hjemme.

Økende alkoholforbruk i Norge preger ikke førstesidene mest, sjøl om det skader aller flest. Da snakker vi om uopprettelige skader på kropp og sinn grunnet høyt alkoholforbruk, alle skader som følge av fyllekjøring, og de som utsettes for vold, både ute og i hjemmet. Da snakker vi om alle familietragediene og skadede barnesinn som følge av et høyt alkoholkonsum.

Det norske alkoholforbruket øker. Vi beholder helgefylla, men i tillegg adopterer vi det vi kaller kontinentalt drikkemønster, med vin til hverdags. Det er en trend som påvirker mye.

Det er betimelig å ta dette opp rett før jul. Jula skal være en gledens høytid, ikke minst for barna. Så vet vi at for altfor mange barn, og voksne med, er jula et sammenhengende mareritt bak lukkede dører på grunn av alkohol-

misbruk. Poenget er ikke å drepe julas gleder for folk flest. Dette er ikke ment som et moralistisk innlegg for å forby det som er kos og moro. Men vi må tørre å snakke om at dette ikke er like moro for alle, og at det er en stor helseutfordring, som vi i denne komiteen har et ansvar for å sette i fokus.

Antall helsekroner som brukes i norske sykehus for å behandle alkoholskader, er ikke småtteri. Tema rus er sentralt også i årets budsjett. Jeg er veldig fornøyd med den påplussinga som har skjedd på dette området, sjøl om det ikke er altfor mye fokus på alkohol. Jeg tror at det er på tide at vi setter dette store helseproblemet på dagsordenen – ikke med pekefinger, men med omtanke for alle dem som er skadelidende.

Sonja Irene Sjøli (H) [12:39:20]: Det var godt å høre representanten Olsen si at det faktisk er en god helse- og omsorgstjeneste her i landet. Det er jeg enig i. Hun nevner at media lager et skremmebilde av situasjonen. Da må jeg si at jeg synes Arbeiderpartiet har bidratt ganske bra både under valgkampen og i de fire årene som har gått, til å skape et slikt bilde.

For Høyre er brukermedvirkning, brukervalg og brukerstyrte ordninger i helse- og omsorgssektoren viktige verdier. Det handler om respekt for den enkelte, og det handler om å skape trygghet. Derfor vil vi legge til rette for valgfrihet: Muligheten til å ha innflytelse over egen situasjon gir økt tilfredshet, det gir økt trygghet, det øker kvaliteten på tjenestene, og det gir et større mangfold av tilbud.

For Høyre er ikke valgfrihet bare et slagord, men et viktig prinsipp. Det handler om å sikre enkeltmennesket makt og selvstendighet i alle livets faser og situasjoner. Derfor skal Høyre fortsette kampen for økt valgfrihet, enten det gjelder eldre med behov for hjemmetjenester, funksjonshemmede med behov for personlig assistanse eller barn og unge med behov for skoleplass.

Men det er spesielt ett område som opptar meg, og som jeg vil bruke litt tid på. Det gjelder foreldre som følger intensive program for opptrening av barn med ervervet hjerne-skade. Dette er en sak som jeg har jobbet med helt siden 1999. Det er en svært viktig gruppe og en sårbar gruppe. Dette er en enestående gruppe foreldre som legger ned en betydelig arbeidsinnsats, og som er en stor og viktig ressurs for sine barn. Alle barn er forskjellige, og foreldre har ulike muligheter med hensyn til å gjennomføre intensive programmer over flere år. Jeg tror en må ha fulgt disse familiene i deres hverdag for å få et innblikk i den innsatsen som foreldrene legger ned. De sparer samfunnet for mange, mange millioner kroner hvert eneste år.

Høyre forventer at helse- og trygdeforvaltningen finner gode løsninger rundt hver familie som bygger på likeverdighet, uavhengig av hvor de bor i landet, slik at de kan føle trygghet for at de får den støtten og hjelpen de har behov for og krav på. Dette er familier som har store og tunge omsorgsoppgaver, og de må være spart for å måtte kjempe for å få nødvendig hjelp.

Stortinget har tidligere trukket opp viktige prinsipper for de rettigheter og muligheter som skal gis til disse bar-

na og deres foreldre. Et prinsipp som Stortinget har lagt til grunn, er foreldrenes frihet til å velge opptreningsmetode. I en merknad sier vi igjen:

«Komiteen mener at foreldre må ha frihet til å velge mellom alternative intensive program for opptrening av sitt barn. Barn har behov for langsiktige og koordinerte tilbud.»

På denne bakgrunn er jeg meget forundret, slik jeg var inne på i replikkordvekslingen med representanten Skjælaaen, og dypt skuffet over at regjeringspartiene går bort fra prinsippet om at når foreldrene har valgt et eller flere av intensivprogrammene, skal deres valg respekteres. Regjeringspartiene sier altså ja til foreldrenes frihet til å velge, men nei til å respektere deres valg. Dette er en mangel på respekt for foreldrenes ressurser, for deres kunnskaper, erfaring og egne valg. Dette opprører meg rett og slett. Dette er altså regjeringspartienes definisjon på valgfrihet. Jeg har en mistanke om det, for vi har sett de samme holdningene når det gjelder eldre menneskers mulighet til å velge hjemmetjenester. De sier at de er positive til valgfrihet, men bare for de valg som de mener er riktige. De ser ut til å være inspirert av Henry Fords valgfrihet: Du kan velge hvilken farge på bil du vil, bare den er svart.

De har tidligere ment at foreldrenes valg når det gjelder metoder for habilitering, må respekteres, men nå har de altså gått bort fra det. Nå er de kommet i regjering, ja til og med med flertall, og nå har de virkelig muligheten til å vise at de tar foreldrene på alvor. Men nå ser det ut til å være slutt på den respekten.

Som jeg har vært inne på, besitter disse foreldrene en unik kompetanse og erfaring, ofte mer enn mange av fagmiljøene. Høyre og de andre opposisjonspartiene mener at det må etableres et selvstendig brukerstyrt kompetanse- og ressurscenter innen habilitering av barn. Et slikt kompetansesenter vil kunne få en viktig nøkkelrolle innen norsk habilitering og bidra til at flere kunne få god hjelp. Men det går også regjeringspartiene imot. Det mener jeg er uklokt, og igjen viser det mangel på respekt for foreldrenes kunnskap og kompetanse.

Høyre vil legge gode og funksjonelle rammer rundt disse familiene, slik at framtiden for barna kan bli best mulig. Det er en meget krevende oppgave for foreldrene – en oppgave jeg har dyp respekt for, og jeg har dyp respekt for den jobben de gjør.

Jorodd Asphjell (A) [12:44:42]: Retten til gode og trygge helsetjenester når sykdom inntreffer, uavhengig av inntekt og hvor i landet en bor, er en av de aller viktigste grunnsteinene i Velferds-Norge. For at en skal kunne utvikle disse velferdstjenestene videre, var det helt avgjørende at vi fikk en ny regjering og et nytt flertall i Stortinget.

Bare etter sju uker ser vi at kursen er lagt kraftig om, og at viktige grep er tatt for at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukerne. Lokalsjukehusene spiller en viktig og nødvendig rolle i vårt helsetilbud. Derfor er jeg glad for at Regjeringen har slått fast at ingen lokalsjukehus skal legges ned, men at tilbudene skal videreut-

(Asphjell)

vikles med sikte på et kvalitativt godt tilbud over hele landet. Jeg kommer fra en kommune hvor lokalsjukehuset, Orkdal Sjukehus, har hatt avgjørende betydning for sissettelse, bosetting og ikke minst gitt alle et godt og trygt helsetilbud i kommunen og regionen.

Sammensetningen av styrene i helseforetakene er viktig med tanke på oppfølgingen av Soria Moria-erklæringen, slik at en kan sikre faglig god utvikling og opprettholdelse av viktige funksjoner også ved lokalsjukehusene, som fødeavdelinger, AMK-sentraler og viktige akuttfunksjoner.

Det å bli sjuk er noe enhver av oss vil oppleve i livet, enten det er en sjøl eller nær familie som blir rammet. Da er det viktig å ha tilgang på god kvalitet på helsetilbudene.

Egenandeler på nødvendig behandling og medisin må holdes lave, og det er derfor godt å se at regjeringen Stoltenberg allerede ved neste års budsjett har funnet rom for å redusere egenandelstak 2 fra 3 500 kr til 2 500 kr, og at en følger opp Bondevik-regjeringens forslag om å utvide fritaket til å gjelde alle barn under tolv år.

Fremskrittspartiet er kritisk til at den rød-grønne regjeringen ikke har maktet å reversere Bondevik-regjeringens innføring av ny egenandel. Men jeg ser også at Fremskrittspartiet foreslår 50 mill. kr til dette, mot at de totale kostnadene blir på 250 mill. kr. Det vil heller ikke være en full oppfølging.

Jeg er svært fornøyd med at Regjeringen for 2006 også har funnet rom for å prioritere nærmere 500 mill. kr mer til pasientbehandling i helseforetakene enn hva Bondevik II-regjeringen hadde lagt opp til. Representanten Lønning karakteriserte dette som promiller. Men for alle de 20 000 pasientene som nå får tilbud om behandling, er dette veldig viktig. Det å styrke sjukehusenes økonomi slik at flere pasienter behandles, og at ventetiden holdes lav, er noe av det viktigste en kan bruke landets ressurser på.

St. Olavs Hospital er det største innenlandsprosjektet vi har, på nærmere 12 milliarder kr. Regjeringen Stoltenberg har i motsetning til regjeringen Bondevik og med daværende helseminister Gabrielsen gått inn i en positiv dialog med Helse Midt-Norge for å finne løsninger for fullføring av fase 2.

Kostnadene med å bygge et moderne og framtidsrettet universitetssjukehus er formidable. Teknologi som var moderne og framtidsrettet for kort tid siden, har tatt mange steg videre. Ny teknologi og forskning skal sikre styrket kvalitet i pasientbehandlingen, og da er det viktig og nødvendig at en setter av nødvendige ressurser på dette området i nye, moderne universitetssjukehus.

Regjeringspartiene har i Soria Moria-plattformen slått fast at hele investeringssystemet for helseforetakene skal gjennomgå med sikte på å finne gode løsninger for utbygging og modernisering uten at pasienttilbudet rammes.

Skal helseforetakene bli i stand til å innfri de forventningene samfunnet har til et moderne og godt helsetilbud over hele landet, må de få ressurser, slik at de kan betjene de lån og forpliktelser som de store utbyggingene vi har sett rundt om i landet, har medført.

Jeg registrerer i media at tidligere statsråder i Bondevik II-regjeringen setter spørsmålstegn ved de valgløftene som er gitt rundt dette med finansiering av nye sjukehus. Det Bondevik II-regjeringen ikke innfridde på fire år, kan en vel heller ikke forvente at den nye rød-grønne regjeringen skal innfri i løpet av sju uker.

Til slutt: Jeg ser fram til omsorgsmeldingen som skal komme. Her vil vi få muligheten til å få stake ut en ny kurs for hvordan tilbudet i førstelinjetjenesten skal utvikles. Når en tar utgangspunkt i Soria Moria-erklæringen, lover dette bra for våre eldre og andre som har behov for omsorg og behandling i førstelinjetjenesten.

Regjeringens klare prioritering av kommuneøkonomien med 5,7 milliarder kr og 10 000 nye ansatte i pleie- og omsorgssektoren er en helt annen kurs enn den stoppeklokkeomsorgen vi har vært vitne til bl.a. her i Oslo.

Vigdis Giltun (FrP) [12:49:34]: Fremskrittspartiet har gjennom sitt budsjettforslag og sine merknader styrket behandlings- og helsetilbudet.

Når det gjelder psykiatrien, har den opptrappingsplanen som har vart en stund, gitt bedre ressurser både innenfor kommune- og spesialisthelsetjenesten. Men fremdeles gjenstår det betydelige utfordringer før målene i planen er nådd. Den videre utviklingen må styres, slik at tilbudet blir tilfredsstillende, og at man får en lik standard i hele landet. Etablering av distriktspsykiatriske sentre må følges opp i kommunene.

Fremskrittspartiet ser det som viktig at det nå kommer gode måleindikatorer som kan gi et riktig bilde av utviklingen og kvaliteten på tjenestene. Samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten må bedres, slik at den fungerer til beste for pasientene, og det gjelder innenfor alle områder.

Fremskrittspartiet mener at det er behov for å øke antallet akuttmedisinske sengeplasser for å imøtekomme behovet for innleggelse. Der har det vært kuttet for mye, og man må se på om man må øke dette igjen.

Det er helt nødvendig å øke satsingen på barne- og ungdomspsykiatriske tiltak, både når det gjelder forebygging, behandling og oppfølging, og innsatsen må økes også når det gjelder forskning. I fjor fikk nærmere 40 000 barn og unge under 17 år behandling for psykiske lidelser, mens 3 000 stod på venteliste. Økningen i antall barn som fikk psykiatrisk behandling i fjor, var på 4 900, og det er urovekkende. Det er viktig at diagnosene stilles raskt, slik at riktig behandling kan iverksettes. Ventetiden, som ifølge statsråden nå er tre måneder, er ikke akseptabel. Den faglige kompetansen som ligger hos psykiatere, bør i større utstrekning brukes effektivt til pasientbehandling, og det bør være mulig å behandle mer enn gjennomsnittlig 1,8 pasienter pr. dag.

Alle partiene er i grunnen enige om at videreutdanning innen psykiatri og geriatri er viktig, og at psykiatri og geriatri må få en høyere status. Men når det gjelder den økonomiske satsingen på eldre pleietrengende og kronikere, skiller Fremskrittspartiet seg fra de øvrige partiene. De store taperne i budsjettet til Bondevik-regjeringen er gruppen eldre og kronikere, og det gjelder også den rød-

grønne regjeringens budsjett. De er ikke stort bedre. De rød-grønne er langt mer opptatt av å lovbestemme retten til barnehageplass og å få ett år gamle barn inn i barnehagen enn å gi gamle pleietrengende en lovbestemt rett til en sykehjemsplass. De frie midlene som overføres til kommunene, er en dårlig garanti for den storsatsingen på varme hender som det var så mye snakk om i valgkampen. Spesialister innen geriatri fins nesten ikke, og legedekningen på sykehjemmene må styrkes. Samtidig øker antallet eldre over 80 og over 90 år, og styrkingen i eldreomsorgen må stå i forhold til økningen av de eldste eldre. Mange ordførere har gått ut og opplyst om at de ekstra 5,7 milliardene som overføres til kommunene, ikke vil bli brukt på å styrke eldreomsorgen. Men nå har vi fått forklaringen av statsministeren på hva styrkingen egentlig skal bestå av. I Demokratene 11. november stod det:

«Eldreomsorg og skole vil bli prioritert fordi dette er hovedoppgavene til kommunene. Får de mer penger vil de bruke dem der. Om dette betyr at man lar være å kutte ned på tilbud er det også en styrking, sa Stoltenberg.»

Nå vet vi altså det.

Eldre og pleietrengende i verdens rikeste land må vente lenge på bedre tider, for nå har vi fått en forklaring på hva Regjeringen mener med å styrke omsorgstilbudet. Det blir altså ikke så mange flere varme hender, men kanskje noen flere kulturhus.

Øremerkede midler eller en direkte statlig finansiering av eldreomsorgen ville føre til at man ikke kunne nedprioritere eldre, slik mange kommuner har tenkt å fortsette med.

Kronikerne vil få det verre i 2006. Den endrede finansieringsformen for sykehusforetakene som nå er vedtatt, mot Fremskrittspartiets stemmer, vil sannsynligvis føre til at flere får sykehusbehandling, noe som kom ganske klart og entydig fram under helseforetakenes høringskonferanse. Når det gjelder Helse Øst, har de for neste år kuttet 13 000 rehabiliteringsdøgn. Dette vil ramme kronikere og eldre.

Kun Fremskrittspartiet går imot å innføre egenandel på fysioterapi for kronikere. Dette gjelder bl.a. pasienter som har KOLS, astma, gikt, MS og slitasje i hofter og knær, og slike behandlinger er viktige. Dette blir en ekstrabelasting for en gruppe pasienter som ofte har lav inntekt, lever på trygd eller har en redusert stilling. Når flertallet i tillegg går inn for å endre finansieringssystemet for TNF-hemmere, slik at færre får tilgang på viktige medisiner, forstår man at dette blir et vanskelig år.

Regjeringen har mange gode løfter, men når ord blir til handling, svikter den. Kampen for de eldre og pleietrengende må Fremskrittspartiet ta.

Dag Ole Teigen (A) [12:55:16]: Eg representerer Arbeidarpartiet fordi det er viktig for meg at alle får dei same moglegheitene, den same moglegheita til å få utdanning, den same moglegheita til å få arbeid, dei same moglegheitene til å skape trygge rammer for barna sine og dei same moglegheitene for å få behandling når helsa tilseier at ein treng det, same kvar ein bur, kven ein er, eller kvar ein

kjem frå. Derfor er det viktig at dei sjeldne sjukdomane, ikkje blir gløymde. Derfor må vi sjå at psykiske lidningar kan vere minst like alvorlege som fysiske. Derfor må ein styrkje økonomien til sjukehusa, ein må halde eigendelane låge, ein må rette opp skeivfordelinga mellom helseregionane, og ein må behalde lokalsjukehusa. Derfor er det viktig å heve støtta til vaksinerings av alle barn i verda.

Det er viktig å ikkje gløyme dei sjeldne sjukdomane. Politikk handlar ikkje om tal, men om menneske. At nokon lid av sjukdomar som få andre menneske har, gjer ikkje situasjonen betre for den det gjeld.

Huntingtons sjukdom er ein sjukdom som er ulækjelig, som angrip pasientane både fysisk og psykisk. Å leve saman med familien blir stadig vanskelegare. Dei fleste pasientane døyr 10–15 år etter at dei får diagnosen. I Noreg er det 250 menneske som lid av Huntingtons sjukdom. Det er 250 menneske som er sjuke, men mange fleire som er ramma. Huntington er arveleg. Halvparten av barna vil vere disponerte for sjukdomen, og dei som er disponerte, kjem til å bli sjuke.

Det er 250 menneske som er sjuke, og mange fleire som er ramma, og Stortinget har eit ansvar for å hugse kvar einaste ein.

Komiteen slår fast i innstillinga at det er behov for kompetanse og relevante butilbod for menneske med Huntingtons sjukdom, og det er viktig å fokusere på dette arbeidet.

Det er viktig å sjå at psykiske lidningar kan vere minst like alvorlege som fysiske. Ei av dei lidningane som gjennom mange år har vore underprioriterte i behandlingsapparatet, er spiseforstyrningar. Det kan vere eit omfattande problem og ei alvorleg lidning. Spiseforstyrring er ei av dei vanlegaste dødsårsakene blant unge kvinner. Ein må leggje vekt på forebygging og behandlingstiltak retta mot barn og unge. Særleg viktig meiner eg det er at det finst tilstrekkeleg kompetanse for behandling av barn under 16 år.

Det er viktig å styrkje økonomien i sjukehusa, slik at fleire pasientar kan bli behandla og ventetidene kan halvdast låge. I statsbudsjettet aukar regjeringspartia tilskotta til sjukehus med 500 mill. kr. Dermed kan ein behandle 20 000 fleire pasientar neste år enn det den førre regjeringa la opp til. Samtidig blir basistilskotta auka, og ISF-andelen blir senka. Då blir det lettare å prioritere pasientar med kroniske lidningar. Større vekt på basistilskotta vil føre til auka prioritering av psykiatriske pasientar og rusmiddelavhengige. I tillegg løyver regjeringspartia 50 mill. kr til å senke eigendelstak 2 frå 3 500 kr til 2 500 kr. Moglegheita for å få nødvendig behandling når ein treng det, skal ikkje vere avhengig av om ein har god økonomi eller ikkje.

Det er viktig å rette opp skeivfordelinga mellom helseregionane, slik at alle helseføretaka får moglegheit til å gje eit så godt tilbod som mogleg. I innstillinga viser komiteen til at det er lagt opp til ein overgangsperiode på fire år for fordelinga av inntekter mellom regionale helseføretak, og Regjeringa vil vurdere ein reduksjon i overgangsperioden i samband med budsjettforslaget for 2007.

Det er viktig å behalde lokalsjukehusa, slik at alle får eit godt tilbod same kvar dei bur, særleg i forhold til akutt-funksjonar og fødetilbod. Ingen lokalsjukehus skal leggjast ned.

Til sist vil eg nemne at det er viktig å heve støtta til vaksiner av barna i verda, for helse nasjonalt må sjåast i samanheng med helse internasjonalt. Kvart år døyrlionar av sjukdomar vi i Noreg er vaksinerte mot. I Dagbladet i går såg vi kor effektivt vaksinearbeidet er. Dei 500 millionane Noreg løyver over statsbudsjettet, reddar fleire hundre tusen liv.

Ved kvart val må veljarane spørje seg kva som er det viktigaste. Regjeringspartia gjekk til val på å bruke dei store pengane på dei store oppgåvene og på dei utfordringane som er for store til at kvar einskild kan løyse dei åleine.

Regjeringspartia løyver 500 mill. kr meir til pasientbehandling i sjukehus, 90 mill. kr meir til rusomsorg og 50 mill. kr til å senke eigendelstak 2. Det betyr ikkje at alle problema blir løyste, men det betyr at utfordringane blir mindre enn dei elles ville ha blitt. Politikk handlar om menneske, og eg håper det blir mange menneske som vil merke ein forskjell til det betre. Helse-Noreg går i rett retning.

Sonja Mandt-Barthol森 (A) [13:00:21]: Som nevnt tidligere i debatten har også tannhelse fått sin del av oppmerksomheten i Soria Moria-erklæringen.

Vi vet at dårlig tannhelse påvirker den generelle helse-tilstanden til folk. Tennene er den delen av kroppen som ofte får mindre oppmerksomhet enn andre deler, men som vi vet at alle er opptatt av skal se all right ut, og som vi gjerne vil skal kunne brukes til det de er ment til, nemlig å tygge med.

Vi vet at stadig flere dropper å gå til tannlegen, fordi de har dårlig økonomi. Av de gruppene som kommer dårligst ut i så måte, er de rusmiddelavhengige og de langtidsinnsette i fengsel. I NOU 2005:11, som kommer til behandling neste år, vises det til den kjennskapet en har, at det er gjennomgående dårlig tannhelse blant disse. Trekking av tenner var det eneste alternativet for mange av dem. Nesten 63 pst. av dem som ble sjekket i en Oslo-undersøkelse, ble anbefalt å trekke tennene. Og gjennomsnittsalderen hos dem som ble sjekket, var bare 38 år. Dette viser at det står veldig dårlig til, og at det må gjøres noe.

Det samme kan vi se når det gjelder langtidsinnsette i fengsel. Mange av disse har rusproblemer og/eller psykiske problemer, samtidig som de også har dårlig økonomi. Det gjør igjen at tannlegekontoret ikke er det stedet som besøkes for ofte.

I rapporten «Levekår blant innsatte» ser en at så mange som fire av ti innsatte befinner seg under fattigdomsgrensen, dvs. at de har mye lavere bruttoinntekt enn resten av befolkningen. Mange har tilleggsproblemer, som kroniske sykdommer og generelt dårlig helse. Dette er sosiale forskjeller som det må gjøres noe med – noe vi gjør i det foreliggende budsjettet.

Prosjekter som er utprøvd tidligere, som lavterskeltilbud til rusmiddelavhengige, viser at mange lider av tann-

legeskrekk, og veldig mange har vansker med å møte til avtalt tid. Det er derfor viktig å finne de rette tilpassede tilbudene, slik at en fanger opp dem som trenger det, og som kan dra nytte av det. Det er det gitt mulighet for nå når det kommer penger til akkurat denne gruppen. Rekruttering av nye tannleger vil selvfølgelig også være et bidrag.

I regjeringen Stoltenbergs budsjettforslag legges det opp til bedre muligheter for god tannhelse for rusmiddelavhengige som er i den kommunale rusomsorgen, og for langtidsinnsette i fengsel. Dette gjøres gjennom en systematisk og målrettet oppbygging og gjennom å bevilge penger. Dette viktigte feltet styrkes med totalt 41,5 mill. kr.

Diabetes er vår nye folkesykdom. Stadig flere blir rammet. Derfor må vi fokusere sterkere på hva vi skal gjøre i framtiden. Det kommer en egen plan – det kan jeg berolige Fremskrittspartiets representant med. Årsakene til diabetes er flere, men vi vet at arv og miljø kommer inn, pluss en utløsende årsak, som ofte dreier seg om livsstil.

Norge ligger nå bekymringsfullt nok på toppen når det gjelder barn med diabetes. Men også diabetes type 2, den som på folkemunne blir kalt gammelmannssukkersyke, er i stadig økning. Flere og flere yngre får diabetes type 2, og den forekommer også blant barn. Dette må vi rette søkelyset mot.

Synstap er en av komplikasjonene. Komiteen bemerker at for mange er det en tilfeldig og usystematisk kontroll og oppfølging. Komiteen står samlet om at det er nødvendig med mye bedre prosedyrer og en mye bedre oppfølging når det gjelder både senkomplikasjoner og synstap.

En annen side ved diabetesomsorgen gjelder de gravide diabetikerne, både de som har diabetes ved svangerskapets start, og de som får såkalt svangerskapsdiabetes. For de fleste diabetikere vil et svangerskap være helt normalt, med en god oppfølging av lege og sjekking av blod-sukker. Men for andre vil dette være ganske problematisk. Dette ser vi spesielt blant innvandrerkvinner. Her må det følges spesielt opp. Når vi får den samlede planen som Regjeringen skal informere Stortinget om, skal vi se på hvordan dette skal løses.

Jeg som kommer fra Vestfold, er også fornøyd med statsrådets jobb når det gjelder byggetrinn nr. 6. Det er viktig med langsiktige løsninger for å få en sykehusdrift som skaper forutsigbarhet og ro i befolkningen. Det vet jeg at statsråden og Regjeringen har fokus på, og det setter vi fra Vestfold veldig stor pris på.

Kari Henriksen (A) [13:05:50]: Hva er vår tids store helsemessige utfordringer? Er det sykkeligheten blant personer eller grupper, eller er det de kulturelle retningene innen vitenskap, fagprofesjoner og markedskrefter som stadig forteller oss at vi kan få et enda bedre liv – hvis bare? Hvis bare vi spiser annen mat, trimmer mer, blir bedre mennesker, hvis bare vi får en bedre kropp, blir friere eller litt langsommere, vil vi få et enda bedre liv.

Reklamen på flytoget forteller oss: Har du helse, har du alt. Altså: Frelsen ligger i helsen. Eller er den største trusselen for folks helse i Vesten at marked, fag og viten-

skap bygger opp om håp og drømmer på en måte som reduserer vår livskvalitet og gjør oss sykere? Ole Paus har sagt – eller har i hvert fall fått æren for å ha sagt: Vi har alt, men det er også alt vi har. Men det er slett ikke sikkert at dette gjør oss friskere.

I dette spennet, mellom det å ha alt eller ingenting, ligger det helsemessige utfordringer. Vi vet at helse og sykdom, livslengde og utdanning er ulikt fordelt. Disse forhold er ikke knyttet til individuelle karaktertrekk eller vilje. De henger nøye sammen med politiske prioriteringer og politiske valg. Disse forhold gjenspeiles også internasjonalt. Vesten har alt, mens andre land, spesielt i Afrika og deler av Asia, nesten ikke har noe. Der dominerer håpløshet, fortvilelse og stagnasjon. I vår del av verden er det nesten ikke grenser for hva som kan gjøres, og våre forventninger til det som burde vært gjort, utvides stadig.

Hva skaper god helse? Jo, medisinsk og omsorgsfaglig ekspertise, medisiner, god hygiene, vaksiner, lite miljøforurensing, fravær av naturkatastrofer og krig, deltakelse i fellesskap og likhet i inntekt.

Spesialisthelsetjenesten og sykehusstruktur er under debatt. Arbeidsplasser, distriktshensyn og faglig og teknologisk utvikling presenteres ofte som motstridende interesser. Utviklingen vil snart føre til at sykehusene kommer nærmere oss enn noen gang før. Om noen år vil de nærmest flytte inn i boligene våre og senere kanskje inn i kroppene våre. Det høres ut som en ganske ubehagelig tanke, men er likevel ikke et fremmed scenario. Derfor må sykehusdebatten også gjelde de faglige og teknologiske utfordringer vi står overfor. Hvor skal spesialistene jobbe når spesialiteten flyttes hjem til folk? På sykehuset eller i kommunetjenesten?

Hva slags kunnskap trenger vi? Usikkerhet knyttet til framtidig struktur og innhold preger mange ansatte. Uroen henger delvis sammen med økonomi. Derfor er Arbeiderpartiet svært tilfreds med at Soria Moria-erklæringen slår fast at flere forhold rundt helseforetakenes økonomi skal gjennomgås. Verken ansatte, ledere eller politikere må imidlertid la seg forlede til å tro at alt vil bli som før, dersom sykehusene bare får mer penger. Sånn er det ikke, og sånn skal det heller ikke være. Vi må i større grad diskutere hvor vi vil, og hvilke muligheter vi har.

Forutsigbarhet og tydelige signaler er viktig. Dette er en prioritert oppgave, og jeg er trygg på at statsråden finner gode løsninger i de nasjonale helseplanene som vil bli lagt fram for Stortinget. Vi må stille spørsmål om vi ikke må tenke lenger fram enn fire år. Vi må ha tanker om hvordan helseverdenen vil se ut om 10–15 år, for den må planlegges nå.

Hovedutfordringene helsepolitisk er å kjempe for fred, forsoning, mer likhet og rettferdig fordeling, nasjonalt og internasjonalt. Dette budsjettet har tatt innover seg denne utfordringen, og i alle budsjettinnstillinger går det en rød tråd: omfordeling, omfordeling, omfordeling.

I dette helse- og omsorgsbudsjettet løftes rusmiddel-misbrukere, fattige barn, helsetjeneste til innsatte i fengsler og voldsutsatte kvinner og barn fram, og tiltakene settes inn i en sammenheng. Innstillingen har klare prioriteringer der Regjeringens verdigrunnlag viser vei. Også i

denne budsjettinnstillingen er det tydelig: Den politiske prioritering er annerledes. Andre grupper løftes fram og får tilgang til velferdsordningene.

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

Dagfinn Sundsbø (Sp) [13:11:06]: Jeg ser av budsjettinnstillingen at Høyre, Kristelig Folkeparti, Venstre og Fremskrittspartiet ser med bekymring på at omleggingen av finansieringsordningen for opptreningsinstitusjonene har skapt usikkerhet for driftsgrunnlaget for enkelte av disse. Dessverre har ikke omleggingen bare skapt usikkerhet; én institusjon er allerede nedlagt, flere må antakelig stenge dørene. I Akershus gjelder dette tre institusjoner med solide tradisjoner og tusenvis av tilfredse pasienter. Dette er resultatet etter at Helse Øst har gjennomført jobben som Stortingets flertall, representantene fra Høyre, Kristelig Folkeparti, Venstre og Fremskrittspartiet, påla dem gjennom å overføre ansvaret for finansiering av opptreningsinstitusjonene til de regionale helseforetakene fra 2006. Som bakgrunn for å utelate bl.a. Hurdal Rehabiliteringssenter og Godthaab Rehabiliteringssenter viser Helse Øst til at de ved inngåelsen av nye avtaler har lagt vekt på økt kvalitet, og at de dermed må redusere antallet plasser. Jeg ber Helse- og omsorgsdepartementet gå avtalene nøye etter i sømmene.

Økt kvalitet – ja, men til fordel for hvem? Jeg forstår at antallet plasser det er inngått avtale om, er redusert med ca. 40 pst., eller 360 plasser, i de avtalene Helse Øst har inngått.

Peter F. Hjort, vår anerkjente nestor innen folkehelse, går inn i problemets kjerne når han viser til hvem som antakelig blir taperne i den omlegging som er gjort. Blant dem som har størst behov for rehabilitering, er eldre som etter sykehusutskrivning ellers lett blir overlatt til seg selv, og raskt blir så svake at de blir avhengig av den kommunale omsorgstjenesten. Godthaab har alene, sier Hjort, årlig tatt imot ca. 1 250 pasienter med en gjennomsnittsalder på 75 år.

Dagens politiske ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke bebreides for situasjonen som har oppstått. Pengene for 2006 var fordelt og til dels brukt av helseforetakene før regjeringsskiftet.

Jeg er glad for at også representantene fra de tidligere regjeringspartiene nå har sett farene ved egne politiske valg. Blant annet ser jeg at representanten Jan Tore Sanner knapt lot den nye helseministeren få tid til å ta plass i sin funksjon før han spurte om hun ville gjøre noe for å unngå nedleggelse av flere rehabiliteringsinstitusjoner.

Jeg er også glad for at det fra dagens regjering er fremmet forslag til tiltak som gjør situasjonen for de berørte opptreningsinstitusjonene noe mindre dramatisk enn det lå an til. Men jeg er redd de langsiktige konsekvenser av reformen som er innført med hensyn til finansieringen, vil føre til at velfungerende rehabiliteringsplasser går tapt, og at eldre og kronisk syke får et redusert tilbud. Dette er uklok helsepolitikk med negative samfunnsøkonomiske konsekvenser. Jeg forventer derfor at Helse- og omsorgs-

departementet sørger for at konsekvenser av den forrige regjeringens reformer blir nøye gjennomgått og eventuelt endret, når man ser hva som skjer.

Berit Brørby (A) [13:14:43]: Det er mange tilfeller hvor møtet med Helse-Norge både er tidkrevende og dyrt for pasientene. For eksempel tar det lang tid for pasienter med øre- og balansesykdommen Ménière å få hjelp, og altfor ofte får pasienten beskjed om at det er lite å gjøre, man bør helst så å si slutte å leve. Kunnskapen om sykdommen som over 40 000 mennesker i Norge har, er for liten.

Ménières sykdom er ikke noen statussykdom, og mange som har denne lidelsen, har en veldig redusert livskvalitet. Jeg er selv et eksempel på at det går an å få hjelp, om en orker å være trossig, sint, oppsøke informasjon og mennesker som kan noe om sykdommen, og kreve bistand fra legene. Jeg har selv gitt informasjon til over femti mennesker som i sin nød har henvendt seg til meg. Mange har meldt tilbake om at de har fått et mye bedre liv, for det fins medisiner som hjelper. At det er over 40 000 mennesker med Ménières sykdom, burde føre til at både helsepersonell og helsedepartementet interesserer seg enda mer for et helhetlig tilbud og medisiner til denne pasientgruppen. Jeg vet at statsråden er veldig opptatt av dette, og det er bra.

En av våre store politiske utfordringer er at mange i arbeidsfør alder blir uføretrygdet. Mange av disse har Ménière og tinnitus eller bare tinnitus, altså bare øresus. Med et helhetlig tilbud om behandling kunne mange flere av disse vært i fullt arbeid. Det er nemlig slik at over halvparten av dem er blitt uføretrygdet.

Briskeby skole og kompetansesenter i Lier har tilbud også til denne gruppen pasienter, et tilbud som kalles Resonare. Det må legges til rette for at det blir økonomisk mulig for disse pasientene å få delta på disse mestringskursene.

Til slutt: Det er veldig bra at det blir økt tempo når det gjelder operasjoner for å få satt inn cochlea-implantater. Små barn som er født uten hørsel, voksne som har levd et langt liv uten å høre, alle burde få denne muligheten. Det er en menneskerett å høre, og teknologi gjør det mulig.

Forebygging er også viktig i interessefeltet for disse pasientene. Samarbeid om hørselsskader kan være å gi Hørselshemmedes Landsforbund og Norsk Rockforbund, som samarbeider, et bidrag til deres søknad om å redde hørselen til de mange som går på konserter, rett og slett bare ved å dele ut informasjon og ørepropper. Det er små bidrag, som vil gi store gevinster mange år senere.

Statsråd, vennligst se nærmere også på dette.

Vidar Bjørnstad (A) [13:17:51]: Bondevik-regjeringen, med støtte fra Fremskrittspartiet, må ta ansvar for at det er skapt stor usikkerhet om tilbudet av opptrenings- og rehabiliteringsplasser i Helse Øst-området, og spesielt Akershus, for neste år. Omlegging av finansieringsopplegg og økonomi, forsering av overgangsperiode og konkurranseutsetting gir færre plasser, og tre institusjoner i Akershus står i fare for å måtte innskrenke eller legge ned

virksomheten. Det gjelder Godthaab Rehabiliteringssenter og Sjømennenes Helseheims Rehabiliteringssenter i Bærum og Hurdal Rehabiliteringssenter.

Men det gir ingen tilfredsstillende å kunne legge ansvaret på andre. Jeg er opptatt av brukerne, pårørende og de ansatte. Stoltenberg-regjeringen fastslår at de etablerte opptreningsinstitusjonene er gitt for kort tid til omstilling. Det må ivaretas. Det synes forunderlig at det i anbudsrunder er gitt avtaler til nye tilbud som ikke er ferdigstilt, på bekostning av institusjoner som har hatt etablert virksomhet over mange, mange tiår, f.eks. Godthaab Rehabiliteringssenter. Også etter at denne institusjonen etter påpekte mangler i en dialog med helsemyndighetene har gjort store bygningsmessige investeringer og bedret den helsefaglige bemanningen, blir altså resultatet ingen avtale for neste år, og varsel om oppsigelser til ansatte.

Jeg har merket meg at Stoltenberg-regjeringen i tilleggsproposisjonen mener det er uheldig dersom det i 2006 gjennomføres betydelige strukturelle endringer i det siste året i overgangsperioden. Nedlegging av tre institusjoner i Akershus mener jeg må dekkes av en slik beskrivelse.

Regjeringen fastslår også at det må legges til rette for at etablerte opptreningsinstitusjoner som har tilstrekkelig kvalitet, gis mulighet for å delta når kontrakter skal inngås for 2007. Den eneste mulighet her må være at en unngår opphør av drift i 2006, med oppsigelser og tap av kompetanse. Jeg er derfor glad for at Regjeringen foreslår å opprette et eget tilskudd til utvikling av opptreningsstilbud, og at institusjoner som ikke har fått fornyet driftsavtale for 2006, i særlig grad vil være aktuelle.

Tilskudd skal ikke være noen automatikk uten hensyn til kvalitet, men her bør kvalitetsutvikling også kunne skje i en dialog mellom institusjonene og helsemyndighetene. Jeg håper derfor at helseministeren, med bakgrunn i synspunktene fra Regjeringen i tilleggsproposisjonen, vil bidra til at institusjonene i Akershus som står i fare for å måtte legge ned på kort varsel, fortsatt kan gi et tilbud om opptrening og rehabilitering i 2006.

Det er et sterkt ønske. Vi kan så ta en grundigere diskusjon i en annen sammenheng om vurderingen av hvilke rehabiliteringsbehov vi bør dekke – om det bare skal være rent medisinsk rehabilitering, eller om en bør omhandle et bredere spekter.

Olav Gunnar Ballo (SV) [13:21:05]: Et godt budsjett er blitt enda bedre. Dette klassiske Jon Lilletun-sitatet kan meget vel brukes om budsjettprosessen i høst. Som flere har vært inne på, var utgangspunktet fra den avgitte regjeringen når det gjelder budsjettet, slett ikke dårlig. Reduksjonen av den innsatsbaserte finansieringen fra 60 til 40 pst. var basert på at man erkjente en rekke uheldige utslag. Man fikk mer markedsorientering, man fikk vridninger og prioriteringer i retninger som Stortinget ikke hadde vedtatt. I det hele tatt hadde det konsekvenser som gav dårligere økonomistyring.

Det taler til Ansgar Gabrielsens ære at han lot fagligheten og ikke overordnede ideologier styre finansieringen av sykehusene og reduserte innsatsbasert finansiering. Vi

har også sett at den avgåtte regjeringen har hatt midler til opptrappingsplan, slik at den har vært fulgt opp når det gjaldt psykiatrien. Vi så, nokså overraskende vil jeg si, at en rekke av de egenandelsøkningene man hadde forventet, ikke kom, og at det ble innført frikort opp til tolv år for barn.

Den rød-grønne regjeringen har likevel klart å styrke budsjettet ytterligere på viktige punkter, ikke minst når det gjelder rusmiddelavhengige. Der er det fortsatt en lang vei å gå. Vi er nødt til å øke den innsatsen gjennom fireårsperioden, for å ivareta en rekke grupper som faller ut.

Jeg vil likevel trekke fram to punkter som jeg tror det er uhyre viktig å gå videre med. Vi ser at helseforetakene nå disponerer ca. 70 milliarder kr, og det er et uhorvelig beløp når man sammenlikner med andre budsjettposter. Det er et beløp som tilsier at man er helt avhengig av å ha bedre økonomistyring enn det man tradisjonelt har hatt gjennom årene når det gjelder sykehusene. Derfor blir det også viktig å se på virkemidler som bedrer denne økonomistyringen. Sosialistisk Venstreparti har i mange år vært opptatt av at vi skal innføre en nasjonal helseplan, nettopp som et styringsverktøy for å få overordnet kontroll både med ressursbruken og med hvordan man skal fordele spesialistkreftene. Vi håper at vi skal klare å få til en framdrift som gjør at man etter hvert får vedtatt det i Stortinget.

Jeg registrerer at komiteen samlet har påpekt behovet for en bedre samordning mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Wisløff-utvalget har på en rekke punkter påpekt mekanismer som kan bedre den samhandlingen. Jeg tror at bl.a. den konflikten vi nå ser i Finnmark, mellom de to sykehusene og Alta kommune, skyldes uavklarte forhold når det gjelder finansiering av spesialisttjenester. Så får man konflikter i kampen om knappe ressurser. Jeg tror at mange av de konfliktene vi ser rundt omkring i Helse-Norge i dag når det gjelder sykehusstrukturen, løses dersom man har forutsigbarhet og vet hva man har å forholde seg til i årene som kommer. Derfor er både finansieringen av halvannenlinjetjenesten og en overordnet plan for å beskrive hvordan ressursene skal brukes, viktige grep.

Inge Lønning (H) [13:24:26]: Jeg registrerer med interesse at representanten Sundsbø fra Senterpartiet og representanten Bjørnstad fra Arbeiderpartiet, begge fra Akershus fylke, er sterkt opptatt av finansieringen av oppføringsinstitusjoner. Begge representantene kan løse sitt problem ved å stemme for det forslaget som Høyre, Venstre og Kristelig Folkeparti har fremmet, om å styrke posten med 75 mill. kr. Jeg tror ikke problemet ligger der hvor særlig representanten Sundsbø satte fingeren, og hvor en enstemmig fagkomite – også hans egne partifeller – har uttalt at de er enig i måten finansieringen er lagt om på ved ansvaret til helseforetakene.

Så la jeg med interesse merke til innlegget fra representanten Gunn Olsen, som advarte mot den overhåndtagende tendensen til svartmaling av situasjonen i helsevesenet og i eldreomsorgen. Jeg deltok i et debattprogram på TV 2 forleden, hvor det intelligente spørsmålet seerne

ble stilt var: Er du redd for å bli gammel? Man kunne jo like gjerne spurt: Er du redd for å leve? Eller: Er du redd for å bli født? Det var over 90 pst. som svarte som man bestilte, nemlig ja. Det er et resultat av en farlig kombinasjon, nemlig en kombinasjon av helt kritikkløs og tankeløs journalistikk på den ene siden, og like kritikkløs og tankeløs politisk retorikk på den andre siden. Det er en farlig blanding. Derfor håper jeg at ikke minst representanten Gunn Olsens egne partifeller vil legge seg på sinne hennes advarsel.

Til sist: Statsråden gav et ikke helt presist svar på et spørsmål jeg stilte henne i et tidligere replikkordskifte; derfor vil jeg gjerne presisere spørsmålet en gang til. Det skal gjennomføres en full evaluering av sykehusreformen, og man sier at man er åpen for å revidere og forandre ordningen når evalueringsresultatene foreligger. Jeg går ut ifra at evalueringen også skal omfatte strukturen når det gjelder styringsfunksjonen. For hele tankegangen bak reformen, som ble foreslått av den forrige Stoltenberg-regjeringen, var jo at alt politisk ansvar skulle samles ett sted, nemlig hos statsråden. Hvis man nå forandrer styresammensetningen med sikte på å legge inn politisk ansvar i styrene på et annet nivå, forstyrrer man jo nettopp det som var det grunnleggende prinsippet.

Mitt spørsmål gjentar jeg derfor slik: Gitt at evalueringen nå viser at tankegangen hos den forrige arbeiderparti-regjeringen var riktig, og at den strukturen man valgte, har fungert godt, vil da statsråden ta konsekvensen av det og revidere det etter mitt skjønne forhastede vedtaket hun har gjort om å forandre reformen på dette punkt?

Harald T. Nesvik (FrP) [13:27:52]: Jeg har behov for å komme med et par små kommentarer til det som har kommet fram i løpet av debatten.

Først til representanten Jorodd Asphjell, som mente at Fremskrittspartiet hadde foreslått 50 mill. kr knyttet til fysioterapibiten, og at det ikke ville dekke økningen i egenandelen. Nei, i vårt alternative statsbudsjett nuller vi ut egenandelsøkningen. Det ligger i vårt alternative statsbudsjett, som falt i forbindelse med finansinnstillingen.

Videre har det også vært en del kommentarer knyttet til dette med hjernehinnebetennelsevaksinasjon for barn. I den forbindelse er det litt interessant at det ligger et forslag her i dag om å innlemme pneumokokkvaksineringsprogrammet for barn. Det går faktisk regjeringens partiene imot. Man må lese forslaget, for vi har muligens større tiltro til Regjeringen enn det andre har i denne saken. Vi foreslår som følger:

«Stortinget ber Regjeringen så raskt som praktisk mulig å innlemme pneumokokkvaksineringsprogrammet for barn.»

Det er ganske interessant hvis regjeringens partiene stemmer mot dette, når de hevder fra denne talerstol at det er akkurat dette de vil. Da blir det meningsløst.

Jan Böhler (A) [13:29:34]: Flere av oss har i debatten vært inne på sosiale helseforskjeller og pekt på at det handler om en bred satsing på velferd og kommunale tjenester i hele landet – 5,7 milliarder kr til velferden i kom-

munene. Eldreomsorg, psykisk helsevern og også skolefritidsordningen er de viktigste helsetiltak i dette budsjettet.

Vi har pekt på at vi må unngå en utvikling i retning av å gjøre anstendig omsorg avhengig av størrelsen på egen lommebok. Selvsagt skal det være frihet til å kjøpe ekstra tjenester, slik vi har i et åpent samfunn som vårt. Men de felles grunnleggende tjenestene som går til alle, må det være god nok standard på.

På noen områder handler det særlig om å bekjempe sosiale helseforskjeller. Det har kommet fram i debatten her i dag, og det er områder hvor vi må gjøre mer. Det gjelder tannhelsetjenesten. Der har det nå vært en utvalgsinnstilling ute på høring, med forslag til hva vi kan gjøre. Det vil vi få til behandling på Stortinget senere. Det gjelder bedre tilgang på organer til transplantasjoner, et område hvor det er akutte problemer også i Norge. Vi bør innføre nye tiltak i forhold til det. Det gjelder at utviklingen av nye behandlingsformer, særlig innenfor stamcelleteknologi, kommer inn i rammen av et offentlig, åpent og ryddig helsevesen, og ikke bare blir liggende i hendene på globale helsemonopoler ulike steder i verden. Det gjelder at arbeidet med å få ned ventelistene for de aller alvorligste og mest ressurskrevende sykdommene ikke må svekkes til fordel for at en for stor del av ressursene i helsevesenet går i retning av behandling på private sykehus, som det ble mange nye av i forrige stortingsperiode, behandling av enkle lidelser som det er mer effektivt å få unna, og da få stykkpris for. Vi må gjøre mer for å få ned egenandelene i helsevesenet, bl.a. når det gjelder fysioterapi. Derfor kommer det en egen evaluering av dette, som Regjeringen har varslet, og som vi vil vente på før vi kommer tilbake til nye tiltak. Vi vil ivareta rusmiddelmissbrukere bedre, og også hjelpe psykiatriske pasienter og langtidssyke kreftpasienter bedre, ved at basisfinansieringen av helseforetakene og sykehusene nå blir 60 pst. og stykkprisfinansieringen går ned til 40 pst. Vi må også i det videre arbeidet når det gjelder helseforskjeller, sikre en god nok standard på skolehelsetjenesten, få oversikt over utviklingen der og over andre forebyggende tiltak rettet mot ungdom. Og vi må sikre en bedre dekning av fastleger og legespesialister i hele landet, også i store byer som Oslo, hvor fordelingen er svært ulik.

Disse og andre oppgaver inngår i den samlede store strategien for utjevning av helseforskjeller som det nye rød-grønne flertallet vil gå inn for. Om vi ikke får til en statistisk økning av levealderen i Oslo Øst i løpet av de første fire årene, vil vi etter hvert bygge et sunnere samfunn, slik at vi kan se det monner også når det gjelder levealderen.

Statsråd Sylvia Brustad [13:33:08]: Først til spørsmålet fra Harald T. Nesvik og det forslaget som Fremskrittspartiet har inne om vaksine mot alvorlig hjernehinnebetennelse: Jeg vil gjenta at her har det vært forhandlinger i rekordfart. Regjeringa tar sikte på å innlemme dette i det ordinære barnevaksinasjonsprogrammet neste år, og at det kan skje fra 1. juli 2006. Så den saken anser jeg for å være løst. Derfor bør det vel ikke være be-

hov for å stemme over et slikt forslag. I hvert fall er saken løst.

Så til det representanten Lønning tar opp når det gjelder helsereformen. Som representanten også var inne på tidligere, mener jeg at jeg svarte på det ved å si at hovedstrukturen i helsereformen ligger fast. Den skal etter Regjeringas mening også ligge fast framover. Det betyr at det skal være én sjef for sjukehusene, organisert gjennom helseforetak. Jeg mener det overhodet ikke er forhastet å gjøre de endringer vi nå gjør i forhold til styresammensetning. Jeg mener det finnes aktive, fornuftige politikere på alle plan, også fra Høyre. Derfor kan det godt hende at det blir med noen fra Høyre i disse styrene. Det tror jeg heller ikke er skadelig for sjukehusene og pasienttilbudet framover. Men det må være helt klart at de politikerne som skal inn i disse styrene, selvfølgelig skal jobbe innenfor den foretaksmodellen som gjelder, og de lover og regler som der gjelder. Det betyr at det er ikke det partiet man opprinnelig kommer fra, eller den adressen man bor på, som skal være avgjørende for engasjementet i forhold til styrearbeidet her. Jeg føler meg helt trygg på at vi skal greie å finne en sammensetning som betyr både at vi får mer lokal og regional forankring – her har det vært kritikk mot sjukehusreformen – og at vi får mer demokrati. Jeg er derfor ikke så bekymret som representanten Lønning – jeg er ikke bekymret. Jeg mener at tankegangen fra den forrige arbeiderpartiregjering var riktig, og jeg mener at også den nåværende regjering har riktig tankegang på dette området.

Inge Lønning (H) [13:35:30]: Jeg deler statsrådets vurdering av at det finnes mange kloke politikere i alle partier og alle steder. Det er ikke det spørsmålet gjelder. Også i dagens styrer sitter det folk som har hatt politiske verv, som kjent. Men de sitter der ikke etter en oppnevningssprosedyre som er knyttet til politikerrollen. Jeg konstaterer at det i statsrådets svar er en underlig selvmotsigelse, for hun argumenterer for at man skal ha en spesifikk kvote for politiske representanter, samtidig som hun understreker at deres rolle ikke er å være politiske representanter. Da blir det litt vanskelig å få regnestykket til å gå opp.

Mitt spørsmål er egentlig fremdeles ubesvart. Gitt at evalueringsprosessen, som formodentlig også skal omfatte strukturen på styrene og de reglene som hittil har vært praktisert når det gjelder styresammensetning, stadfester at det har fungert godt og vært riktig, vil statsråden da ta konsekvensen av det? Eller vil hun på det punkt overse evalueringene?

Statsråd Sylvia Brustad [13:36:58]: Jeg skal igjen prøve å svare.

Denne regjeringa har en helt klar politikk, og den går ut på at flertallet av de eieroppnevnte i disse styrene nå skal være aktive politikere. Det er det vi nå gjennomfører. Så skal kommuner og fylkeskommuner komme med forslag, og så skal jeg på vegne av Regjeringa utnevne dem som skal sitte i disse styrene. Jeg mener at dette ikke er noe problem. Det kommer til å stå fast, uansett hva evalu-

eringa sier. Men evalueringa så langt viser jo at det har vært ganske sterk kritikk mot reformen slik den har funnet – mangel på demokrati, mangel på regional og lokal forankring. Det har vi tatt til etterretning. Derfor ekspederer vi dette så raskt som overhodet mulig.

Olav Gunnar Ballo (SV) [13:37:46]: Jeg tok ordet til den betraktningen som Lønning hadde, for Lønning betrakter jo helseforetakenes styrer nærmest som om det er gitt hva de skal foreta seg, på oppdrag fra en statsråd.

Men det som har vært mye av problemet til nå, og som gjør at man endrer det, er nettopp at det fattes beslutninger i styrene som på mange måter blir politiske beslutninger med konsekvenser for det enkelte fylket og for det enkelte helseforetaket – som også sier noe om strukturen knyttet til spesialisthelsetjenesten. Derfor må det jo være en styrke, hvis Lønning mener at styrene på selvstendig grunnlag skal kunne fatte en del beslutninger, at det er en folkevalgt forankring av de beslutningene som tas, og at de ikke tas helt på egen hånd, uten at man både i denne nasjonalforsamlingen og ellers er med på å beslutte hva de faktisk skal gjøre. Derfor må det da være en styrke at man øker den folkevalgte representasjonen også i styrene.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1. (Votering, se side 731)

S a k n r . 2

Redegjørelse av utenriksministeren om WTO-forhandlingene

Utenriksminister Jonas Gahr Støre [13:39:34]: Et forpliktende, regelbasert multilateralt handelssystem beskytter mot vilkårlighet, proteksjonisme og den sterkeste rett. Dette er av stor betydning for land som Norge med en åpen, eksportbasert økonomi. Det samme gjelder for de fleste andre land, ikke minst utviklingslandene.

Dagens multilaterale handelssystem er basert på Generalavtalen om tolltariffer og handel – GATT – som ble innført i 1947.

Bakgrunnen var de omfattende restriksjoner på internasjonal handel og betalingsformidling som ble innført i mellomkrigstiden. Dette resulterte i sammenbrudd i verdenshandelen, økonomisk stagnasjon og arbeidsløshet. I årene etter annen verdenskrig forhandlet derfor 23 land – blant dem Norge – om grunnleggende prinsipper for verdenshandelen og nivået for tollbeskyttelse. Resultatet ble GATT-avtalen av 1947.

Det multilaterale handelssystemet er et av etterkrigstidens beste eksempler på vellykket mellomstatlig samarbeid. Systemet er blitt utvidet, videreutviklet og tilpasset de økonomiske realiteter gjennom 50 år med betydelige politiske og økonomiske omveltninger. WTO er i dag et globalt samarbeid med 149 medlemsland og omfatter nær sagt hele verdenshandelen.

Den pågående Doha-runden handler i første rekke om å sikre at det multilaterale handelssystemets rolle videreføres. Den handler om å oppdatere og videreutvikle syste-

met for å ivareta medlemmenes samlede interesser. Et hovedmål ved denne runden er å bidra til reell integrering av utviklingslandene i verdenshandelen, slik at det multilaterale handelssystemet vil være relevant også for det 21. århundres økonomiske utfordringer. Norge støtter denne målsettingen. Et sluttresultat må være slik at det fører til reelle fordeler for utviklingslandene på alle områder.

Forhandlingene nærmer seg nå slutfasen. Etter planen skulle ministerkonferansen i Hongkong i neste uke være det avgjørende møtet hvor de endelige beslutninger og konkrete reduksjonsforpliktelser og endringer i regelverket skulle fattes. Dette synes ikke lenger å være innen rekkevidde. Det er fremdeles stor avstand mellom posisjonene, spesielt på landbruksområdet. Det er beklagelig, men ikke uventet, gitt at disse forhandlingene berører avgjørende interesser hos nær sagt alle land.

Det har vært hektisk møtevirksomhet den siste måneden mellom sentrale aktører som USA, EU, Brasil og India, bl.a. under det uformelle ministermøtet 8. november i Genève, hvor landbruksministeren og jeg deltok, og på embetsnivå. Dette har ikke ført til gjennombrudd på de sentrale områdene, dvs. konkrete reduksjonsforpliktelser for landbruk og industrivarer, inkludert fisk.

Dette har likevel ikke ført til noen dyp krise i forhandlingene. Partene er enige om å justere ambisjonsnivået for hva som er mulig å oppnå i Hongkong. Samtidig forutsettes det at ambisjonsnivået for runden som sådan ikke må reduseres. Målsettingen med ministerkonferansen i Hongkong er å bidra til at den blir et springbrett for den avgjørende slutfasen. Norge har støttet denne målsettingen.

På dette grunnlag er det enighet om et utkast til ministererklæring som oversendes ministerkonferansen fra WTOs hovedråd. Utkastet er lite ambisiøst og inneholder i hovedsak en statusrapport for de fleste forhandlingsområdene.

Landbruk står sentralt i forhandlingene. Jeg opplever stort engasjement fra alle lands delegasjoner. Vilkår for landbruket rører ved viktige forhold i ethvert lands økonomi, men også ethvert lands kultur, bosetting og sosiale struktur.

Det er verdt å minne om at da det ble forhandlet om tollreduksjoner for industrivarer, tok det syv fulle GATT-runder. Det var krevende, og man trengte tid. Landbruket ble for sin del i praksis først innlemmet i det multilaterale handelssystemet gjennom Uruguay-runden, som ble slutført i 1994. Dette ble gjort i form av en egen landbruksavtale som bl.a. hjemler videreføring av særskilte støtteordninger for landbruket. I tillegg er tollsatsene for landbruksprodukter betydelig høyere enn for industrivarer. Kompromisset som brakte Uruguay-runden i havn, var en forpliktelse i Landbruksavtalen om at reformprosessen skulle videreføres og forhandlinger gjenopptas innen fem år.

Nå er vi med andre ord inne i andre runde, og målsettingen er meget ambisiøs. I mandatet for Doha-runden heter det at landbruksforhandlingene skal føre til «betydelige forbedringer i markedsadgang, betydelige reduksjoner

i handelsvridende intern støtte og betydelige reduksjoner med sikte på avvikling av eksportstøtte». Samtidig skal det tas hensyn til ikke-økonomiske forhold som matvaresikkerhet, kulturlandskap og bosetting. Videre føringer er gitt gjennom Hovedrådets vedtak sommeren 2004, bl.a. ved at de høyeste tollsatsene skal reduseres mest, spørsmålet om å innføre et tolltak skal «evalueres», sensitive produkter vil få lavere tollreduksjoner, mens antallet sensitive produkter skal det forhandles om.

De aller fleste utviklingslandene står bak kravet om bedre adgang til rike lands markeder. I tillegg ønsker de fleste å beskytte sine egne markeder. Dette er et krav vi har forståelse for og fortsatt vil støtte i forhandlingene. G20-gruppen av landbrukseksporterende land fronter kravet om markedsadgang. Gruppen består av relativt avanserte u-land som Brasil, Kina og Sør-Afrika, men omfatter også svært fattige land som Tanzania, små, fattige latinamerikanske land som Cuba, Bolivia og Guatemala samt en rekke andre utviklingsland som India, Pakistan og Egypt. Disse hevder bl.a. at i-landene gjennom syv GATT-runder har forhandlet ned tollsatsene på de varer de selv har interesse av å eksportere, slik at nivået nå er så lavt at de ikke representerer alvorlige handelshindre. De etterlyser nå tilsvarende framgang for landbruksvarer, hvor u-landene har klare, offensive interesser.

Men begrepet utviklingsland er ikke entydig. For å illustreere at utviklingslandene ikke framstår som en ensartet gruppe, vil jeg framheve problemene forbundet med den såkalte preferanseproblematikken. De 54 ACP-landene, som nyter godt av historiske tollpreferanser for viktige eksportvarer på sentrale markeder, understreker at spørsmålet om tollpreferanser er svært viktig. De ønsker ikke at i-landene skal foreta for store tollreduksjoner, da dette vil føre til reduserte preferansefordeler. Hovedkonflikten går mellom u-land som har preferanser på EUs og USAs markeder, og de som ikke har det. På den ene siden står ACP, land i Afrika, Stillehavet og Karibia, mange av dem med tidligere kolonibånd til Europa, hvorav mange er blant de minst utviklede land. På den andre siden står små land i Latin-Amerika og Asia, bl.a. Peru, Ecuador, Costa Rica, Uruguay, Sri Lanka og Pakistan.

Gitt det totale forhandlingsbildet må vi forberede oss på et sluttresultat som innebærer at de som har landbruksvarer å eksportere, får mulighet til å øke sin eksport, også mot norske markeder.

Norge har allerede en betydelig andel import av landbruksprodukter. Regjeringen er opptatt av retten til produksjon av mat for egen befolkning og muligheten til å opprettholde jordbruksproduksjon i hele landet. Hovedutfordringen i forhandlingene er derfor å imøtekomme kravene om bedret markedsadgang, samtidig som Norge og andre lite konkurransedyktige land beholder tilstrekkelig beskyttelse og støtte til å kunne opprettholde produksjonen av sentrale jordbruksprodukter.

Noen skaper inntrykk av at vårt mål om å kunne opprettholde produksjon av landbruksvarer i Norge står i motstrid til vår ambisjon om å bidra til et godt samlet resultat for utviklingslandene. Dette er feil. For det første er Norge rede til å ta betydelige kutt på alle områder av land-

brukskapitlet: Vi er rede til å redusere overføringene, vi er rede til å redusere tollsatsene, og vi er rede til å redusere og avvikle det vi har av eksportstøtte. Alt nå kan vi slå fast at knapt noe annet land eller noen gruppe av land vil møte så omfattende utfordringer som vi. Andre i-land er f.eks. åpne for å redusere sine overføringer mot at de får økt markedsadgang for sin eksport. Vi stiller ikke slike krav, og resultatet på alle forhandlingsområder innen landbruk vil utfordre oss. Vi er rede til å møte denne utfordringen, og i tråd med Soria Moria-erklæringens målsettinger er vi rede til å foreta en full gjennomgang av landbrukspolitikken for å se hva som vil kreves for å drive videre et livskraftig norsk landbruk over hele landet.

Jeg har likevel funnet det nødvendig å understreke at vi ikke har mandat til å forhandle om nedleggelse av norsk jordbruk. Et land som er nettoimportør av landbruksprodukter, som har liten eksport, som driver under spesielt krevende klimatiske forhold, og som har tungtveiende mål om bosetting og vern av kulturlandskapet som viktige tilleggsdimensjoner, må ha rett til å understreke at det går grenser for hvilke omstillinger vi kan ta. Alle land eller grupper av land har sine smertegrenser, og de sier klart fra om det. Vi har vår, og også vi sier fra. Av særlig betydning for oss er spørsmålet om tollreduksjoner og antall og behandling av såkalt sensitive produkter.

Stortingets organer er holdt løpende orientert om framdriften i forhandlingene og de innspill som Norge og nærstående land har fremmet.

Vår alliansepartner i landbruksforhandlingene er G10, en gruppe land, bl.a. Japan, Sveits og Island, som deler flere av våre særegne utfordringer. Regjeringen legger stor vekt på å bidra til at G10 fortsatt vil kunne fungere som en aktiv aktør i forhandlingene. Siden ministerkonferansen i Cancún i 2003 har Norge sammen med G10 arbeidet mot innføring av et tak på tollsats for landbruksvarer. Fra Regjeringens side legges det til grunn for det videre arbeid at det ikke fastsettes tak på tollsatsene som foreslått av USA, G20 og EU. For øvrig vil vi arbeide for en løsning som gir fleksibilitet til å ivareta ikke-økonomiske hensyn, og som gir handlingsrom for nasjonale virkemidler i landbrukspolitikken.

I utkastet til ministererklæring søker man nå å bekrefte den politiske forståelsen på noen områder. Dette gjelder bl.a. at det skal være tre bånd med ulike reduksjonsforpliktelser for ulike typer handelsvridende støtte, og fire bånd for tollreduksjoner. Det er likevel stor uenighet om grensene mellom båndene og hvor store kutt som skal gjøres i hvert bånd.

Markedsadgang for industrivarer, herunder fisk og fiskeprodukter, er et annet sentralt forhandlingsområde. Her har Norge utelukkende offensive interesser. Dette gjelder spesielt fisk og fiskeprodukter, hvor tollsatsene er høyere enn for andre industrivarer. I rammeverket fra juli 2004 legges det bl.a. føringer for hvordan man skal operasjonalisere Doha-erklæringens bestemmelse om at u-land ikke forventes å foreta like høye tollkutt som i-land. Det er enighet om at MUL, altså de fattigste landene, skal unntas fra alle forpliktelser. Det er også enighet om at en del andre fattige u-land kun forventes å binde sine tollsats.

Fokus for forhandlingene den siste tiden har vært hvilken type formel som skal benyttes for å kutte tollsatsene, og hvor mye fleksibilitet de øvrige, mer avanserte u-landene skal ha. Det er bred enighet om en formel som kutter høye tollsatser mer enn lave, og at tollsatsen i i-land skal kuttes mer enn i u-land. Dette er i samsvar med Regjeringens syn. Det er imidlertid ikke enighet om hvor store kuttene skal være, eller hvor stor forskjell det skal være mellom kuttene i i-land og u-land.

Utkastet til ministererklæring er uten konkrete tall. Et gjennombrudd her vil være avhengig av utviklingen i landbruksforhandlingene.

Regjeringen vil fortsette arbeidet for ambisiøse kutt i tollsatsene i i-land og avanserte u-land. Samtidig vil vi bidra til at de fattigste utviklingslandenes behov ivaretas.

Norge har også klare offensive interesser innen skipsfart og andre maritime tjenester, energitjenester, telekommunikasjon, energi- og sjøforsikring. Samtidig skal forhandlingene bidra til at u-landene kan høste fordeler av de muligheter som handelssystemet gir for økonomisk vekst og utvikling. Norge legger derfor opp til en balansert tilnærming hvor behovet for resultater kombineres med bibehold av fleksibilitet for u-landene. Det er uenighet om hvordan tjenester skal behandles i ministererklæringen, spesielt er det uenighet om vedlegget. Slik vi fra norsk side ser det, representerer det som nå ligger på bordet, en rimelig avveining mellom de ulike syn. Dette vil vi derfor gå nærmere inn i i Hongkong, og få en avklaring der.

Norske interesser er etter Regjeringens vurdering godt ivaretatt. Men vi har også et ansvar for å tydeliggjøre vår vilje til å støtte utviklingslandenes mulighet til å utvikle egen økonomi og grunnlaget for egen tjenestesektor, offentlig som privat. Regjeringen har på denne bakgrunn, og i henhold til Soria Moria-erklæringen, foretatt en gjennomgang av norske posisjoner i tjenesteforhandlingene, herunder en vurdering av de krav Norge har stilt til utviklingsland. I denne prosessen har vi hatt nær dialog med berørte næringsorganisasjoner og frivillige organisasjoner, som har kommet med en rekke innspill om åpenhet, om den videre forhandlingsprosessen og om de norske kravene.

I tråd med målsettingen om økt åpenhet har Regjeringen besluttet å offentliggjøre en oversikt over hvilke land som har mottatt krav, og på hvilke sektorer. Når det gjelder andre lands krav til Norge, har enkelte land presisert at kravene er konfidensielle, og at de ikke kan offentliggjøres uten deres samtykke. Av forhandlingsmessige hensyn er det derfor Regjeringens syn at gjeldende praksis ikke endres på det nåværende tidspunkt, men at dette prinsipielle spørsmålet kan tas opp på et senere tidspunkt.

Det er allmenn oppfatning i forhandlingene at de aller fattigste landene, altså MUL-landene, ikke forventes å påta seg forpliktelser. Norge har derfor besluttet ikke å forfølge krav som er fremmet til MUL. For ytterligere å klargjøre våre posisjoner har Regjeringen besluttet at det i tillegg formidles direkte til de land det gjelder, at Norge trekker sine krav.

I vurderingen av norske krav til utviklingsland er en grundig avveining av u-landenes interesser og norske of-

fensive interesser lagt til grunn. Regjeringen har lagt vekt på at Norge ikke skal fremme krav som kan oppfattes som mulige hindringer for u-landenes organisering av offentlige tjenester. På dette grunnlag har Regjeringen besluttet å trekke krav til øvrige u-land når det gjelder strømfordistribusjon, vannforsyning og høyere utdanning.

Dette er et viktig politisk signal. La meg ellers legge til at det såkalte bestevilkårsprinsippet gjelder i denne type forhandlinger. Det betyr at de forpliktelser et land sier seg villig til å påta seg etter å ha mottatt krav, automatisk blir gjeldende for alle land.

Regelverksforhandlingene omfatter antidumping og subsidier – inkludert fiskerisubsidier og frihandelsavtaler. Vi har også her offensive interesser. Norge har særlig interesse av strengere regler for bruk av antidumpingtiltak. Dette er spesielt viktig for å hindre ubegrunnede restriksjoner mot norsk fiskeeksport til våre viktigste markeder. Om mulig bør føringene for de videre forhandlingene om antidumpingregelverket kunne styrkes ytterligere.

Utviklingslandenes særlige behov står sentralt på alle forhandlingsområder, først og fremst når det gjelder markedsadgangsspørsmål. I tillegg er en pakke med elementer av interesse for de fattigste utviklingslandene en viktig del av teksten. Målet er at Hongkong skal resultere i målbar resultater for de fattigste landene, selv om ikke forhandlingene på alle områder sluttføres.

Et element i pakken er forslag om sterkere forpliktelser fra i-land og avanserte u-land når det gjelder toll- og kvotefri markedsadgang for alle produkter fra de minst utviklede landene. MUL krever selv at i-landene binder slike forpliktelser i WTO, slik at ordningene ikke kan endres eller fjernes over natten. Dette er viktig for å sikre forutsigbarhet i forhold til egne investeringer.

På grunn av motstand fra flere land vil det ventelig ikke være mulig å fatte et generelt vedtak om en slik binding i WTO. Norge tilbyr for sin del, som kjent, allerede toll- og kvotefri markedsadgang for alle varer fra MUL. EU, Canada, Australia og en rekke andre i-land har tilsvarende ordninger. I Hongkong vil vi kunne gi forsikringer om at vi ikke har til hensikt å trekke denne ordningen tilbake. Vi vil også arbeide for at så mange land som mulig gir toll- og kvotefri markedsadgang til MUL.

Et annet viktig element i pakken er behandlingen av bomullssubsidier. Bakgrunnen er et krav fra en del fattige u-land, med Benin i spissen, om at rike lands ulike typer intern- og eksportstøtte må fjernes umiddelbart, fordi de til sammen bidrar til verdensmarkedspriser som i praksis stenger fattige land ute. Disse landene har klare forventninger om resultater her.

EU har varslet fjerning av bomullssubsidier på unilateralt basis fra 1. januar 2006. Fokus vil da være på USA, som etter all sannsynlighet ikke vil ha mandat til å håndtere dette spørsmålet i Hongkong. Dette kan følgelig bli et av de vanskeligste spørsmålene under ministerkonferansen. Fra norsk side er dette isolert sett uproblematisk, all den tid vi verken produserer bomull eller subsidierer slik produksjon. Man kan imidlertid ikke se bort fra at håndteringen av dette spørsmålet kan gi viktige føring for håndteringen av landbrukssubsidier, både i Hongkong og

i de videre forhandlingene. La meg legge til at dagens aviser skriver at dette temaet er blant dem som kan føre til et sammenbrudd i forhandlingene i Hongkong. Så viktig er det for en del av de deltakende land.

Et tredje viktig element i denne pakken for de fattigste landene er Aid for Trade, altså betydelig økning i handelsrelatert bistand for å gjøre de fattigste landene i stand til å benytte eksisterende og ny markedsadgang for sine produkter. De minst utviklede landene står i dag for kun 0,67 pst. av verdenshandelen, og kun 0,2 pst. av importen til Norge, til tross for toll- og kvotefri markedsadgang for alle produkter. Norge vil i Hongkong signalisere at vi vil bidra med økte ressurser til handelsrelatert faglig bistand, i tråd med Soria Moria-erklæringen.

Når det gjelder fattige lands mulighet til å skaffe seg nødvendige medisiner til overkommelige priser, er Regjeringen fornøyd med at WTOs hovedråd den 6. desember besluttet at det såkalte legemiddelvedtaket fra Doha skal inngå i WTO-regelverket gjennom en endring i TRIPS-avtalen.

For øvrig vil vi fra norsk side støtte opp om øvrige elementer i pakken, som bl.a. omfatter forslag til positiv særbehandling av MUL i forhold til ulike deler av WTO-regelverket.

Forhandlingene om forenkling av handelsprosedyrer ble først igangsatt høsten 2004, og det legges ikke opp til substansvedtak i Hongkong. Det samme gjelder handels- og miljøspørsmål.

I utkastet til ministererklæring er det ikke lagt opp til substansielle vedtak i Hongkong. Under drøftelsene på embetsnivå i Genève i forrige uke var det enighet om at en del konkrete spørsmål vedrørende landbruk og industri-toll bør bli drøftet blant ministrene i Hongkong.

På landbruksområdet omfatter dette bl.a. hvilke elementer som skal inngå i formlene for reduksjoner i toll og internstøtte, samt hvilke tilleggsdisipliner og fleksibilitet man trenger. I tillegg kommer uavklarte spørsmål vedrørende fjerning av eksportsubsidier, bomull og positiv særbehandling av u-land.

For industrivarer og fisk settes fokus på hvilke elementer som må inngå i en formel for tollreduksjoner, hvorvidt ministrene kan løse gjenstående problemer når det gjelder fleksibilitet for u-land, og håndtering av ubundne tollsatser.

Vi må derfor være forberedt på konkrete forhandlinger om disse spørsmålene. Det legges ikke opp til forhandlinger om konkrete tallstørrelser. Slike forhandlinger vil i praksis være avhengig av at de store aktørene likevel blir enige om at tall skal på bordet. Det er ingen tegn på bevegelse her. Men man kan aldri vite. Derfor må vi være forberedt på at det kan oppstå bevegelse.

En viktig oppgave i Hongkong vil være å enes om et opplegg for sluttfasen av forhandlingene. Vi må ha som ambisjon å kunne fatte de nødvendige beslutninger og gi nødvendige politiske føringer for den avgjørende sluttfasen med reelle forhandlinger om tallfesting av konkrete reduksjonsforpliktelser og endringer i regelverket.

De betydelige utfordringene på landbruksområdet vil stå sentralt i Regjeringens arbeid i Hongkong og i sluttfor-

handlingene. Regjeringen vil også arbeide aktivt for å sikre ambisiøse resultater i forhandlingene om tjenester og industrivarer, fisk og fiskeprodukter, samt innstramning av antidumpingregelverket.

Jeg vil avslutningsvis understreke at det er en sentral målsetting for Regjeringen å bidra aktivt til en vellykket avslutning av Doha-runden. Samtidig vil vi opptre som en troverdig støttespiller for fattige land, slik at Doha-runden blir det den er ment å være, en virkelig utviklingsrunde.

Presidenten: Presidenten vil nå foreslå at det under henvisning til forretningsordenens § 34 a åpnes for en kort kommentarrunde, begrenset til ett innlegg på inntil 5 minutter fra hver partigruppe, og med et eventuelt sluttinnlegg fra utenriksministeren.

– Dette anses vedtatt.

Marit Nybakk (A) [14:01:48]: Jeg vil først takke utenriksministeren for en god og grundig redegjørelse, som Arbeiderpartiet selvfølgelig gir sin fulle støtte til.

Redegjørelsen balanserer svært bra mellom to ulike hensyn:

- Norges offensive og defensive krav til WTO, med bl.a. utgangspunkt i de krevende klimatiske forhold vi driver vårt landbruk under, og at vi naturligvis ikke har mandat til å forhandle slik at vårt landbruk nedlegges
- betydningen av å sikre en videreføring av det multilaterale handelssystemet med en reell forbedring for utviklingslandene, slik at systemet vil være relevant for det 21. århundres økonomiske og sosiale utfordringer, herunder FN's tusenårsmål

Da Norge innførte toll- og kvotefri markedsadgang for varer fra MUL-land, sonderte man fra norsk side mulighetene for å importere sukker fra Mosambik. Men til tross for at sukkeret fra Mosambik var svært rimelig, førte eksportsubsidiene til at det ble billigere med dansk sukker. Vi kjøper derfor fortsatt sukker fra Danmark, og ikke fra Mosambik.

Foran forhandlingene i Hongkong har en del fattige land, med Benin i spissen, som vi hørte fra utenriksministeren, krevd at intern- og eksportstøtte på bomull må fjernes – dette for at fattige bomullsproduserende land skal kunne få solgt sitt produkt til industrilandene. Men USA, gigantprodusenten av bomull, har altså trolig ikke mandat til å håndtere dette spørsmålet i Hongkong. Det går med andre ord svært sakte.

Likevel er WTO viktig. Og det er nødvendig at Hongkong blir en møtestasjon som holder energien oppe i prosessen, slik at den fortsetter.

Alternativet til rettferdig fri handel – med nødvendige regelverk og tilpasninger – er nemlig ufri handel. Den sterkeste rett: De sterkeste og de største tar seg til rette. Vi vet også at de flernasjonale og globale selskapene greier seg svært godt uten rettferdige kjøregler, mens små land som Norge – og de fattigste landene – trenger en bedre organisert verden. I tillegg er det viktig med globale styremekanismer som sikrer en mer rettferdig verden.

Vi må altså bidra til et godt resultat for utviklingslandene og ta hensyn til at vi har nasjonale interesser, bl.a. at

vi driver landbruk under krevende klimatiske forhold. Under et ferieopphold på Andørja utenfor Harstad i sommer opplevde jeg hvordan man utnyttet det ulendte terrenget med stupbratte fjell til nisjeproduksjon av geitemelk. Dette er en type næringsvirksomhet vi ønsker å opprettholde – helt annerledes enn storskalalandbruket i USA. Vi er, som utenriksministeren understreket, likevel beredt til å gi betydelige bidrag.

Så har vi naturligvis svært offensive interesser når det gjelder fisk og fiskeprodukter. Dette er viktig for Norge. Vi snakker om en av våre største næringer – med et stort potensial – der vi er avhengig av gode handelsregler for vår eksport.

Samtidig er jeg glad for enigheten om at MUL her skal unntas for alle forpliktelser. Det er også enighet om at en del andre fattige land kan forventes å binde sine tollsatser på industrivarer, herunder fisk.

La meg så sterkt jeg kan understreke betydningen av Aid for Trade som en del av vår bistandspolitikk og u-landspolitikk og som et element i den pakken i forhandlingene av interesse for de fattigste landene. Vi må i mye sterkere grad målrette en del av bistanden vår mot etablering av næringsvirksomhet i MUL-landene, og gjøre dem i stand til å benytte eksisterende og ny markedsadgang til sine produkter. Det er også viktig å sikre at MUL-landenes egen matproduksjon ikke blir konkurrert ut på hjemmehavne av flernasjonale storkonsern som selger frossenmat – dette i tillegg til positiv særbehandling av MUL i forhold til ulike deler av WTO-regelverket.

Så er vi i Arbeiderpartiet enig i at Norge trekker krav til u-land når det gjelder strøm, vannforsyning, høyere utdanning etc., for å sikre u-landenes oppbygging av egen offentlig sektor. Dette er virkelig viktig.

Så vil jeg helt til slutt understreke det utenriksministeren sa om antidumping. Dette mener vi er viktig for oss.

Morten Høglund (FrP) [14:06:57]: Jeg vil også få takke utenriksministeren for den grundige redegjørelsen.

Fremskrittspartiet forventer at Regjeringen reiser til Hongkong med stor vilje til løsning, og at man ikke lar seg styre av frykt for hva en ny avtale vil bety for landbruket. Vi føler at fokuset i WTO-forhandlingene fra norsk side har vært altfor stort på hvilke problemer norsk landbruk vil kunne møte, og altfor lite på hvilke muligheter som vil være der for norsk fiskeeksport. Vi registrerer også at landbruksministeren prisverdig er til stede her i dag, mens fiskeriministeren ikke har funnet anledning til å være her. Vår beskjed til utenriksministeren er derfor at han nå prioriterer fisk, da det for nasjonen som helhet, uten tvil, er der de største økonomiske interessene ligger. Det kan ikke være aktuell politikk å si nei til en avtale som er mindre god for norsk landbruk hvis det samtidig bremser norsk fiskeeksport. Et norsk veto må være utelukket, og jeg håper utenriksministeren kan bekrefte at dette ikke er norsk politikk.

En avtale som innebærer at toll og statsstøtte i landbruket reduseres til f.eks. en tredjedel av dagens nivå, vil gi husholdningene en kjøpekraftgevinst på mellom 2 pst. og 5 pst., bl.a. på grunn av billigere mat. En avtale i Hong-

kong, eller i forlengelsen av Hongkong, vil altså være en gavepakke til norske forbrukere. Det negative bildet som tegnes av en mulig ny WTO-avtale, er derfor ikke riktig. Tvert imot vil det være svært positivt for Norge som helhet og for de aller fleste innbyggere.

Det beste bidraget til å bekjempe fattigdom i verden er å liberalisere handelen, og da særlig for landbruksvarer. 29 OECD-land bruker 280 milliarder dollar i eksportstøtte hvert år. Med de pengene kunne man hvert eneste år sende mer enn 50 millioner kuer jorda rundt på forretningsklasse, og de kunne fått med seg lomme penger for å handle taxfree. Så mye bruker vi for å slå ut den tredje verdens viktigste næring, landbruket. Så hvis vi skal gjøre noe som betyr noe for de fleste land i den tredje verden, skal vi kjempe innbitt for å få en avtale i havn fortest mulig. Nå blir det sagt at flere u-land er opptatt av å beskytte eget landbruk. Selv om det etter min mening ikke er klokt, er det riktig at enkelte u-land mener dette. Det må allikevel ikke forhindre at vi i Europa og USA kan åpne opp våre markeder, for selv om u-land i denne sammenheng ikke alltid er av samme oppfatning, skal det godt gjøres å finne et land som ikke mener at tilgangen til våre markeder er viktig.

I internasjonale medier presenteres Norge og Japan som verstinger når det gjelder skjerming av og støtte til nasjonalt landbruk. Norsk landbrukspolitikk var også utgangspunktet for en artikkel i Morgenbladet i sommer med tittelen «Norge – u-landenes dårligste venn». Vi vil be utenriksministeren arbeide for å endre dette. Og selv om Norge innen rammen av G10 har beveget seg i retning av friere handel og mindre støtte til landbruk, som utenriksministeren selv har beskrevet i dag, er det, slik vi oppfatter det, svært motvillig og under et press. Skal vi få en forgang i forhandlingene og få i havn et resultat, som jeg tror de fleste er enige om er det overordnede viktige for verdenshandelen og utviklingen både i Norge og internasjonalt, må noen gå foran, og noen må endre sine posisjoner. Det er veldig små skritt som har vært gjort hittil. Her mener jeg Norge kan ha en rolle å spille ved å signalisere at vi setter viktigheten av å få i land en avtale øverst, og ved at vi er villige til å gjøre noen grep i så måte.

La oss komme utviklingslandene i møte, la oss sette hensynet til fiskerinæringen øverst, og la oss gi norske forbrukere en skikkelig julegave.

Jan Petersen (H) [14:11:09]: La også meg få lov til å takke utenriksministeren for en utmerket redegjørelse. Dette er den første åpne redegjørelse han holder om WTO-spørsmålene. Jeg tror det nå er viktig at den ble holdt før Hongkong-møtet, ikke fordi denne redegjørelsen innebærer noen ny kurs, men kanskje nettopp fordi den bekrefter at den kurs Norge har fulgt gjennom flere år, fortsetter under den nye regjeringen. Her ligger det faktisk også et ganske viktig poeng, fordi på dette området har ikke regjeringsskiftet ført til noen kursendringer. De kursendringer som har foregått, har i så fall foregått i ett eller kanskje i to av regjeringspartiene, og bra er det.

Jeg kjenner meg godt igjen, og støtter de formuleringer og synspunkter som utenriksministeren benyttet når det

gjelder landbruket. Jeg tror vi skal være forsiktig med ikke å være klar over at de forandringene norsk landbruk kommer til å måtte gå igjennom som følge av en WTO-løsning, vil være vanskelige og omfattende for dem det dreier seg om. Det er også bakgrunnen for at Norge har vært opptatt av denne siden av forhandlingene gjennom lengre tid, fordi vi har helt spesielle forutsetninger her nord. Det dreier seg litt om følelsen av sikkerhet i nasjonen, og at vi ønsker å beholde et landbruk. Det er nettopp for å skape handlefrihet for dette det har vært en klar linje gjennom lengre tid å gjøre dette.

Jeg er glad for at utenriksministeren følger denne linjen, selv om han har vært tvunget til å legge på bordet vesentlig mer spesifiserte standpunkter enn det den tidligere regjeringen har måttet gjøre. Det illustrerer også hvor store forandringer vi her kan komme til å få. Om utenriksministeren vil føle behov for å gå videre i Hongkong, vil forhandlingsbildet der og da fortelle. Men det er klart det er viktig å håndtere forhandlings situasjonen der og da, og da må man ikke føle seg for bundet opp av de detaljer man har gitt her hjemme på et tidligere tidspunkt. Regjeringen har den nødvendige frihet til å gjøre det nødvendige på de riktige tidspunktene. Men jeg vil igjen understreke at det er klart at dette blir vanskelig for mange. Det er ingen grunn til å skjønne dette. Derfor tror jeg også man skal være forsiktig med å sette sektorene altfor mye opp mot hverandre, i den forstand at det kan bli som å sammenlikne epler og pærer.

Men det bringer meg til neste punkt, som jo bekymrer, og det er at når det har vært så mye fokus på landbruket tidlig, er det for å komme videre. Det er her alle andres fokus har ligget. Det som nå blir utfordringen, og der utenriksministeren var lite spesifikk – det er ikke noen kritikk, men det er vel mer et uttrykk for forhandlings situasjonen – er hvordan det nå skal være mulig å komme skikkelig videre på de områdene som for oss er offensive. I så måte må vi bare understreke behovet for å komme videre på de øvrige områdene, og jeg har med glede merket meg at utenriksministeren har fått en spesiell rolle når det gjelder regelforhandlingene. Det vil gi en mulighet for å komme videre på et viktig offensivt område for Norge. Vi gratulerer med det oppdraget som der er gitt.

Så et par ord om tjenestekravene. Som jeg skjønner, er noen trukket tilbake. Om det har jeg to ting å si. Det ene er at jeg håper ikke det betyr at Regjeringen mener at det for u-landene å åpne seg opp vil være til skade for dem. Det er i så fall en foreldet tenkning. Tvert imot kan det være viktig for mange u-land å åpne opp for internasjonal handel på en del områder, også når det gjelder tjenester.

Det andre jeg vil si om dette er at jeg er i tvil om hvor mye av en politikkendring dette egentlig er. Alle er sikkert klar over at den forrige regjeringen sa at man tvinger ikke på noen et resultat de ikke ønsker. Når man bruker ordet «krav» i WTO-forhandlingene, kan det sette tanken på feil spor. Det det i virkeligheten er, er et forslag til hvilke områder vi skal bli enige på. Blir man ikke enig, pusher man ikke noe på andre. Det var den forrige regjeringens holdning, og jeg oppfatter ikke at den nye regjeringen har

en annen holdning enn at man før man har snakket med u-landene, trekker det man foreslo man skulle bli enige om. Om det er noe stort skritt framover, er jeg ikke sikker på. Det er kanskje mer indremedisin enn substans akkurat i det standpunktet.

Jeg la merke til at utenriksministeren redegjorde for de grundige gjennomgangene han hadde hatt i den utvidede utenrikskomiteen. Det vil jeg gjerne understreke betydningen av. De samtalene gir opposisjonen helt andre muligheter til å komme med inngrep i prosessen enn en debatt av denne type gir. Jeg vil derfor oppfordre utenriksministeren til å fortsette linjen med hyppige konsultasjoner med Stortingets organer. Men, som sagt, det faktum at vi nå får signalisert kontinuitet i norsk politikk, er viktig. Derfor vil denne debatten også være viktig.

Ågot Valle (SV) [14:16:40]: Også jeg vil takke utenriksministeren for en grundig redegjørelse, og støtte opp under den balansegangen han valgte når det gjelder våre norske interesser og interessene til utviklingslandene.

Det er veldig bra at denne WTO-utgreinga blir gitt i åpent storting, slik at WTO-spørsmålet kan debatteres i det offentlige rom. WTO-spørsmål handler ikke lenger bare om utenriks- og handelspolitikk, men det har direkte innvirkning på organiseringa av tjenester. Også på det innenrikspolitiske området er det utrolig viktig at det fortsatt er åpenhet, og at dette debatteres i offentlighet etter Hongkong-møtet.

Om GATS-forhandlingene, altså forhandlingene om handel med tjenester, sa den tidligere generaldirektøren for WTO, Renato Reggiero, at GATS griper inn på områder som aldri før er oppfattet som handelspolitikk. Jeg vil tro at verken regjeringer eller næringsliv ennå har forstått den fulle rekkevidden av denne avtalen.

SV og NGO-miljøene har sett det som kjempeviktig at vi får ut informasjon om konsekvensene for samfunnsmessige hensyn her i Norge, og ikke minst konsekvensene for u-landene. Her hjemme har, som utenriksministeren sa, debatten dreid seg om jordbruksforhandlingene først og fremst, mens det jo foregår viktige forhandlinger på andre områder som har avgjørende betydning for samfunnsutviklinga. Det er det viktig å få fram. Utenriksministerens redegjørelse her i Stortinget er et viktig bidrag i så måte.

Utenriksministeren avsluttet med å si at vi vil opptre som troverdige støttespillere for fattige land, slik at Doharunden blir en virkelig utviklingsrunde. Og det er en mulighet og et ansvar vi har som et rikt og lite land, som kan gjøre sjølstendige vurderinger.

Jeg vil presisere at handel ikke er noe mål i seg sjøl. Det er et middel som under de riktige forutsetningene er avgjørende for økonomisk utvikling og dermed også for samfunnsutviklinga. Handel må etter SVs syn underordnes grunnleggende samfunnshensyn som sysselsetting, miljø, sosial og kulturell utvikling og matvaresuverenitet, og ikke minst utviklingslandenes mulighet til å beskytte nasjonale næringer inntil de er i stand til å konkurrere på de internasjonale markedene, slik vi hadde en mulighet til her oppe i nord.

Jeg vil presisere at ikke et eneste land har maktet å utvikle rettferdighet og demokrati for de store befolkningsgruppene uten muligheten til å beskytte egne ressurser og egne interesser. Ja, verdenshandelen trenger spilleregler, men det må være spilleregler som kan tøyse grådige markedskrefter og baseres på interessene til vanlig folk, til de fattige og til miljøet.

Representanten Jan Petersen sa at denne redegjørelsen ikke innebærer noen ny kurs. Jeg vil påstå at det er én opplysning som utenriksministeren kom med som det er grunn til å juble over, og som jeg mener er en ny kurs. I GATS-forhandlingene vil vi, som utenriksministeren sa, nå trekke alle krav overfor MUL-landene og alle de øvrige u-landene når det gjelder strømforsyning, vannforsyning og høyere utdanning – med andre ord grunnleggende infrastruktur. GATS-logikken innebærer at u-land ikke skal kunne gjøre som dagens industriland har gjort i mer enn 100 år, nemlig å holde deler av samfunnets virksomhet utenfor markedet. GATS, vil jeg påstå, vil presse fram liberalisering og privatisering, og det er de store multinasjonale selskapene som først og fremst vil tjene på det. Det er altså denne grunnleggende logikken Norge nå bryter med.

Så er det rett at bestekårsprinsippet gjelder. Det Norge gjør i dag, er å gi et kjempeviktig politisk signal. Det er en seier for de NGO-miljøene som har hatt grundig og god kontakt med politikere, fagforeninger og NGO-miljøene i u-landene. Det er en vitamininnsprøyting overfor de mange som nå mobiliserer for en mer rettferdig handel. Jeg registrerer at det er flere og flere som kommer på banen på det området både her hjemme, i u-landene og ikke minst i Afrika.

Så vil jeg støtte opp under det utenriksministeren sa om jordbruksforhandlingene. Jeg får ikke tid til å si noe særlig om det, men vil bare presisere at det aller viktigste nå er å få en dato for avvikling av eksportsubsidiene uten betingelser – og det har vi et spesielt ansvar for å se til.

Jon Lilletun (KrF) [14:22:03]: Eg vil takke utanriksministeren for ei god utgreiing om prosessane i WTO-forhandlingane. Eg vil òg gratulere og uttrykkje støtte til utanriksministeren, som skal ha ei sentral rolle i forhandlingane på området handelsreglar og antidumping. Det aukar moglegheita for reell norsk innverknad. Vi er likevel kjende med at det er kompliserte forhandlingar, og at dei norske posisjonane er under press. Forventningane til møtet i Hongkong er reduserte, men Kristeleg Folkeparti håper det vert teke reelle og konkrete avgjerder på ministermøtet, slik at forhandlingane kan avsluttast innan utgangen av 2006, som planlagt i Doha-erklæringa.

Kristeleg Folkeparti ynskjer å styrkje det globale regelverket. Vi trur at utfordringane i ei stadig meir globalisert verd best kan løysast ved samordning og samhandling og gjennom eit meir robust og regelbasert multilateralt handelssystem. Kristeleg Folkeparti ber difor Regjeringa aktivt medverke på ministerkonferansen i Hongkong, tryggje prosessane og den vidare framdrifta for forhandlingane.

På landbruksområdet skal det forhandlast om marknadstilgang, internstøtte og eksportstøtte. På landbruksområdet har vi hovudsakleg defensive interesser. Det vil vere svært krevjande forhandlingar for Noreg, og utfallet vil få mykje å seie for korleis vi kan tryggje landbruket og levande bygder i heile Noreg i framtida. Eg vil streke under det som utanriksministeren sa om dei spesielle utfordringane land som Noreg har på landbruksområdet. Det er nødvendig med den typen nyanseringar, og her er det kome innspel som er dramatiske for næringa det dreier seg om, og da må vi ikkje akseptere ei slik problemstilling, som m.a. representanten Høglund har presentert her i dag, at vi på det området ikkje er til å rikke. Sanninga er at vi har rikka oss svært mykje, slik at det vert ei skikkeleg utfordring å bevare eit landbruk i heile landet. Det skal vi klare, men vi må snakke sant om den situasjonen.

Kristeleg Folkeparti støttar målsetjinga om at utviklingsland får spesiell behandling. Det er nettopp dei som skal stå i fokus i denne runden, og sjølv om ambisjonsnivået med omsyn til Hongkong-møtet er redusert, må vi ikkje samstundes redusere ambisjonsnivået for Doha-runden samla sett.

Kristeleg Folkeparti har tru på handel som ein viktig faktor for å oppnå berekraftig vekst og velstand i utviklingsland. Ei hovudutfordring for utviklingslanda er at dei ikkje er i stand til å eksportere varene sine. Vi må difor bruke denne runden til å auke marknadstilgangen for utviklingsland både når det gjeld landbruk, og når det gjeld industrivarer. Landbruket har hatt ei sentral rolle i utviklinga av det moderne Noreg. På same måten vil landbruket vere ein viktig faktor for å få til ei berekraftig utvikling for mange utviklingsland. I einskilte utviklingsland sysselset landbruket over 80 pst. av befolkninga. Men her igjen er det nødvendig at vi òg set i gang tiltak som set utviklingsland i stand til å få ein infrastruktur som gjer at dei kan eksportere. Kvifor er det nesten ingen MUL-land som har kunna utnytte den tollfridomen som vi har gjeve så langt? Det er jo fordi det ikkje finst ein infrastruktur og eit kvalitetssikringssystem akkurat der. Utan det systemet og dei store endringane som det er gjort framlegg om, så vil utviklingsland tape for dei avanserte landa når det gjeld jordbruksproduksjon. Det vil gå ut over dei fattige.

Eg har eit spørsmål på eit område som utanriksministeren ikkje var innom, og det gjeld TRIPS-avtalen – forhandlingar om patent og legemiddel. Det sentrale i avtalen er at den stiller visse minimumskrav til vern av immaterielle rettar som medlemslanda pliktar å innarbeide i si lovgjeving. Her har utviklingslanda hatt betydeleg uro for at dette vil hindre dei i å få livsviktig medisin til ein pris som dei faktisk er i stand til å betale. Eg håper at utanriksministeren kan stadfeste at ein har auge for dei behova som utviklingslanda har der, og at ein òg har det med i det norske forhandlingsopplegget.

Det vart varsla at ein trekkjer krav når det gjeld straumforsyning, vassforsyning og høgare utdanning. Eg meiner det er viktig at utviklingslanda sjølve har kontroll på akkurat dei sektorane. Om dette er ei substansiell endring, er eg ikkje så overtydd om, men som eit signal kan det vere viktig, og Kristeleg Folkeparti støttar det.

Eg ynskjer utanriksministeren lukke til med å finne balansen mellom å sørge for at dei fattige utviklingslanda får det betre, og at levande bygder framleis kan eksistere i Noreg.

Magnhild Meltveit Kleppa (Sp) [14:27:42]: Frå representantar for den avgåtte regjeringa blir det sagt og gjensteke at den nye regjeringa kom til dekt bord. Det er freistande å bruka dette biletet òg i samband med WTO-forhandlingane, for det er verdt å tenkja over og stilla spørsmålet: Kva hadde skjedd om den førre regjeringa hadde fått halda fram? Korleis ville det då ha gått med omfanget av norsk mat på bordet, på menyen i framtida?

Det er svært gledeleg at vi har fått – det var heilt nødvendig – ei ny regjering, med ein ny utanriksminister og landbruksminister som gjer nødvendige avvegingar, men på ein slik måte at ein offensivt tek vare på våre nasjonale interesser. Eg vil takka utanriksministeren for ei utgreiing som viser at vi har ei regjering som kjempar aktivt for å vareta Noreg sine moglegheiter til å føra ein aktiv landbrukspolitikk for å sikra grunnlaget for småskala familjelandbruk i heile landet. Det handlar om ein eigen matproduksjon, det handlar om svære ringverknader og, som utanriksministeren sa, om kultur, om busetjing og om sosial struktur.

Dagens regjering har m.a. følgjande fire punkt i sitt grunnlag

- Arbeida for å fremja eit internasjonalt handelsregime, der omsynet til miljø, faglege og sosiale rettar, mattryggleik og utvikling i fattige land skal tilleggjast avgjerdande vekt.
- Handelsliberalisering skal berre skje innanfor ei ramme der ein tek omsyn til fordeling, grunnleggjande sosiale standardar, miljø og nasjonal mattryggleik.
- WTO-avtaleverket må ikkje ta frå fattige land styringsrett og verkemiddel som har vore viktige for å utvikla vårt eige samfunn til eit velferdssamfunn.
- Ein må i WTO-forhandlingane godta retten til produksjon av mat til eiga befolkning. Det er klare formuleringar i regjeringseklæringa mot sosial dumping. Det er klare formuleringar i erklæringa i høve til inntektsmoglegheitene innanfor norsk landbruk. Det gjer det trygt for den enkelte lønsmottakar. Det gjer det òg trygt for den norske bonden.

Enkelte har i debatten prøvd å trekkja opp eit motsetnadstilhøve mellom norske bønder og fattige land i verda. Det er det sjølvsagt ikkje noko grunnlag for, noko utanriksministeren nettopp har gjort greie for. Dei som framfor alt vil tena på ein liberalisert handel med mat, er multinasjonale selskap frå EU, USA, Brasil og Australia.

Noreg og dei fattigaste landa i verda har ei felles interesse av eit WTO-regelverk som vernar produksjonen av mat for eiga befolkning. Det dei fattigaste landa treng, er ikkje ein friast mogleg verdshandel. Det dei treng, er marknadstilgang for sine produkt gjennom tollpreferansar. I tillegg treng dei moglegheit til å verna sitt eige næringsliv og sin eigen økonomi i ein oppbyggingsfase.

Noreg har offensive interesser på ei rekkje område, som bl.a. fisk, fiskeriprodukt og skipsfart. Senterpartiet gir sjølvsagt si tilslutning til Regjeringa sine strategiar òg der.

Lat meg understreka til slutt at vi er svært fornøgde med at Regjeringa i tråd med Soria Moria-erklæringa, i tråd med innspel som er komme frå ei rekkje organisasjonar som arbeider med miljø- og utviklingsspørsmål, har teke aktive grep i høve til å gå gjennom og trekkja tilbake ei rekkje av dei krava til liberalisering som den førre regjeringa stilte i tenesteforhandlingane overfor u-land. Når krav til straumdistribusjon, til vassforsyning og til høgare utdanning blir trekte, viser det ein ny kurs i praksis. Det er ein kurs som Senterpartiet gir si støtte til.

Lars Sponheim (V) [14:32:46]: Det hadde vært fristende å bruke disse fem minuttene til polemikk mot Senterpartiets parlamentariske leder, men jeg forstår at det trengs tid til å snu eget hode fullstendig rundt og også tid på denne talerstol til å gjøre det. For to måneder siden sa hennes egen partileder at de posisjoner denne regjeringen i dag står på, var et piskeslag mot norske bygder. I dag er det trygghet for norsk mat på norske bord. Men det er lov til å bevege seg også i det politiske landskapet.

Jeg vil også få lov til å takke utenriksministeren for redegjørelsen. Jeg synes det er viktig å få fram bredden i hva dette handler om, slik man også har gjort i tidligere redegjørelser for Stortinget, fordi den innenlandske debatten jo svært ofte har handlet om innenlandsk landbrukspolitikk og hva framtiden vil by på. Det har dessverre ofte skygget for det som er det viktige ved denne runden, denne utviklingsrunden.

Det er slik at nøkkelen til gjennombrudd for utviklingsrunden, for hele bredden av viktige tiltak for verdenssamfunnet som denne Doha-runden representerer, er en løsning for landbrukssektoren. Man kan si at døra inn til en mer velorganisert verdenshandel på alle områder er landbruk. For å komme inn den døra, for å komme inn til alle de andre mulighetene, må man finne en løsning for landbruket. Jeg tror det er realiteten. Det er nøkkelen. Det innebærer at man i forhandlingene om landbruk ikke forhandler mot alle de andre områdene, men at man forhandler om en løsning for landbruk. Landbruk forhandles mot landbruk. Det må finnes et treffpunkt på landbrukssiden – det som på fint kalles modalitet – før man kan komme videre til det verdenssamfunnet trenger.

Jeg tror situasjonen er den at for å finne en løsning for landbruket må alle gi noe. Jeg satte veldig pris på og noterte meg et par setninger som utenriksministeren brukte om at u-land må få økt adgang også til det norske markedet. Det er jeg veldig enig i. Og han tok det viktige forbeholdet, som jeg tror de aller fleste i denne sal er enig i, at vi ikke skal gå lenger enn at vi kan opprettholde produksjon av sentrale jordbruksprodukter.

Hva har Norge gjort så langt på landbruksområdet? Sammen med G10-landene er vi de som har gått kortest, men likevel veldig langt, slik vi oppfatter det, ut fra det som er våre forutsetninger. Regjeringen har fullmakter på nær opptil 50 pst. reduksjon i tollsatser i øverste bånd. Vi

har et betydelig antall sensitive produkter i vår posisjon, og vi har et ønske om ikke å ha noe tolltak. Jeg tror jeg skal prøve meg på en såpass radikal vurdering som å si at summen av disse virkningene i norsk landbruk kan håndteres uten at det blir noen økt handel. Dette kan tas på teknikk og luft som i all hovedsak ligger innenfor dagens handel. Det har ikke minst sammenheng med et betydelig antall sensitive produkter som ligger i den norske posisjonen. Det betyr at jeg tror at skal Norge bidra til en slutt-løsning, at nøkkelen skal gå rundt, må vi også ta på oss reelle forsakelser i landbruket. Det klarer vi å få til uten at vi kaster ut sentrale produkter. Det sa i realiteten også utenriksministeren i sitt innlegg. Jeg synes at det er greit at det ble adressert. For det innebærer at man må forsake noe. Det blir noen smertefulle omstillinger, spesielt på en del mer marginale jordbruksprodukter, som Norge må gjøre. Det gav også Regjeringen uttrykk for i sin posisjon. Denne regjeringen har en kjempefordel, som den forrige regjeringen ikke hadde: Den har ingen populistisk opposisjon til det viktige WTO-arbeidet som gjøres nå. Det gir noen fordeler.

De skritt utenriksministeren finner det riktig å ta, har han ryggdekning for. Regjeringen har nok likevel en politisk utfordring: Hvis det blir en løsning nå, må Regjeringen reise rundt og si at vi ikke kan beholde alt landbruk i Norge, men at vi må kunne beholde det sentrale. Det er arealbrukene, de gressproduserende arealene, over hele Norge. Det blir en krevende utfordring slik Regjeringen er satt sammen.

Utenriksministeren gav uttrykk for at norske interesser er godt ivaretatt. Det er jeg helt sikker på. Men WTO er mye større enn oss. Det er viktig at dette blir en utviklingsrunde, slik utenriksministeren har gitt uttrykk for.

Så legges det vekt på at det her er gitt nye posisjoner når det gjelder tjenester, særlig rettet mot u-land. Jeg opplever at det utenriksministeren har sagt i dag, er en konkretisering av det den forrige utenriksminister sa, nemlig at vi på tjenestområdet ikke vil påtvinge u-land krav som de ikke ønsker selv. Dette er konkretisert i dag. Det er et viktig signal, sikkert også for den innenlandske debatt.

Hva blir det så i Hongkong? Det blir ingen sluttløsning, det er åpenbart. Tidligere har utenriksministeren brukt ordet «mellomlanding» om Hongkong. I dag brukte han ordet «springbrett» for videre forhandlinger. Det var jeg glad for, for det signaliserte en vilje til en offensiv løsning. Verden trenger raskt en avslutning på Doha-runden.

Utenriksminister Jonas Gahr Støre [14:38:03]: Først vil jeg takke for det jeg opplever som bred støtte i denne sal for det forhandlingsopplegget Regjeringen har, at det er balansert og har riktig innretning, med noen nyanser.

Jeg skal gi noen kommentarer til spørsmål som framkom.

For det første har jo representanten Sponheim solid grunnlag for egne meninger om mange av disse forhandlingene, og jeg vil være enig med ham i det han sier, at først og fremst er det landbruk mot landbruk, slik at veldig mye av forhandlingene dreier seg om det. Men det har

også konsekvenser for de andre områdene og blir holdt opp mot dem. Her hjemme har vi ofte debatt om det er landbruk eller fisk, og hvordan vi ser på dette. Jeg opplever at når vi ikke får framgang på fisk – og det står ikke på Norge, det er viktig å understreke – så er det rett og slett fordi hele forhandlingsmiljøet er opptatt av landbruksområdet. Det er rett og slett ikke satt møter som tar for seg fisk. Så skal det også sies at fisk er atskillig enklere strukturelt å behandle. De tingene vi snakker om der, tollsatser, er langt enklere enn det meget kompliserte landbruksbildet.

Så vil jeg si til representanten Valle at når det gjelder eksportstøtte, er Norge klar. Vi er rede til å gå inn for avvikling. Så kan man si at Norge har liten eksport. Vi har omtalt tidligere at det handler om jarlsbergosten, men det er nå iallfall et uttrykk for at det illustrerer karakteren ved vårt landbruk, som også må ses i sammenheng med landbruket i andre land.

Så ble det sagt fra representanten Høglund at en avtale som tar dramatiske kutt på landbruk, ville være en gavepakke til norske forbrukere. Nå tenker forbrukere med annet enn bare handlekurven, og jeg vil si at det vil være en gavepakke med atskillig bismak om man skulle følge den linjen som representanten tilrådte. Landbruk er igjen en illustrasjon på at et enkelt forbrukerindekskjøpekraftperspektiv ikke kan avgjøre hva som er godt for et liv, for en bygd, for en by eller for en grend. Det er det store perspektivet landbruk så godt illustrerer, og som viser hvorfor vi har vektlagt betydningen av å kunne opprettholde landbruket i hele landet.

Så gjelder det dette med å trekke krav. Ordet «indremedisin» ble brukt. Nå er jo ikke det den dårligste medisinen, men den kan også ha en betydning i litt større sammenheng. Jeg vil si at det er riktig at det at Norge har trukket disse kravene, i økonomisk forstand isolert sett ikke får stor betydning hvis andre land opprettholder sine krav. Men det er et viktig signal. Da jeg på ministermøtet redegjorde for at vi hadde til vurdering våre krav på tjenestområdet, ble dette lagt merke til, fordi det var en ny type språk fra en type land som Norge.

Det er blitt fremholdt fra enkelte hold at vi ikke forhandler om privatisering i WTO. Det er riktig. Men typer av krav og liberalisering på handel kan ha som den direkte eller indirekte konsekvens at det er det det blir. Som det ble fremholdt fra enkelte representanter i salen, mener vi at det enkelte land må ha suverenitet til å utvikle sine egne essensielle velferdstjenester, infrastrukturtenester, og da er det fra norsk side gitt et signal når vi har trukket denne type krav.

Ellers er jeg enig med representanten Petersen i at ordet «krav» på norsk ikke er helt dekkende for hva det faktisk er. Det er jo åpning for en samtale om forenklinger i regelverket. Like fullt er dette et signal når vi trekker våre krav til MUL, når vi trekker våre krav på disse områdene.

Når det gjaldt TRIPS, som representanten Lilletun var opptatt av, ble det for to dager siden enighet om å gi fortsatt forlengelse, slik at utviklingsland kan importere ikke patentbeskyttede legemidler. Jeg ser bort fra de kravene som er, og det betyr at dette slik sett er løst på kort sikt.

(Utenriksminister Gahr Støre)

Men det er også innenfor de områdene som jeg vil ha et ansvar for i samtalen i Hongkong, og dette vil vi også se nøye på når vi kommer dit.

Til sist. Hvorvidt dette er en mellomlanding eller et springbrett, kan man jo ha en semantisk diskusjon om. Det viktige for oss har vært – for å innføre et tredje begrep – at ikke Hongkong tar luften ut av disse forhandlingene, men at det er trykk i dem videre, slik at vi får motivasjon til å nå løsninger, helst i løpet av våren, og i alle fall i løpet av 2006. Her er det for tidlig å si om vi har grunn til å håpe på det, for de signalene vi ser i det internasjonale mediebildet før Hongkong, viser at det kommer til å bli svært krevende der, og at det ikke er skjedd nevneverdig tilnærming mellom partene på det viktige landbruksområdet, som mye av disse forhandlingene henger på.

Presidenten: Presidenten vil foreslå at utenriksministerens redegjørelse vedlegges protokollen. – Det anses vedtatt.

S a k n r . 3

Innstilling frå utanrikskomiteen om endringar på statsbudsjettet for 2005 under kapittel administrerte av Utanriksdepartementet (Innst. S. nr. 41 (2005-2006), jf. St.prp. nr. 15 (2005-2006))

Presidenten: Ingen har bedt om ordet.
(Votering, se side 742)

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte **presidenten:** Stortinget skal nå votere i sakene nr. 1 og 3.

Votering i sak nr. 1

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

- forslag nr. 1, fra Inge Lønning på vegne av Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre
- forslagene nr. 3–8, fra Harald T. Nesvik på vegne av Fremskrittspartiet

Presidenten gjør oppmerksom på at forslag nr. 8 erstatter forslag nr. 2 fra Fremskrittspartiet.

Det vil først bli votert over forslagene nr. 3 til og med nr. 7, fra Fremskrittspartiet.

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen så raskt som praktisk mulig å innlemme pneumokokkvaksinering i vaksinasjonsprogrammet for barn.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem et utkast til den av Stortinget vedtatte nasjonale plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes senest i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2006.»

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at psykiatrisenteret blir en del av utbyggingsfase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim. Regjeringen bes om å gå i forhandlinger med utbygger om hva som skal være statens andel av utbyggingen, og komme tilbake til Stortinget i forbindelse med Revidert budsjett for 2006 med forslag til inndekning av statens kostnader.»

Forslag nr. 6 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen vurdere å innlemme langsomt virkende insulinanaloger i blåreseptforskriftens § 9.»

Forslag nr. 7 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge fram en helhetlig gjennomgang av egenandelsordningene med fokus på å redusere egenandeler og holde dem på et lavt nivå.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet ble med 76 mot 26 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 14.51.22)

Presidenten: Forslag nr. 8, fra Fremskrittspartiet, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det opprettes et grunnforskningssenter for ADHD ved Universitetet i Oslo.»

Det er varslet at Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre støtter dette forslaget.

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 55 mot 48 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 14.51.52)

Presidenten: Forslag nr. 1, fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«I

På statsbudsjettet for 2006 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
700		Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)		
	1	Driftsutgifter	129 935 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 232 000	
701		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	153 964 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
702		Helse- og sosialberedskap		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	14 576 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 300 000	
703		Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)		
	21	Spesielle driftsutgifter	25 354 000	
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)		
	1	Driftsutgifter	403 796 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	172 763 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	15 375 000	
712		Bioteknologinemnda		
	1	Driftsutgifter	6 765 000	
715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)		
	1	Driftsutgifter	59 413 000	
	21	Oppdragsutgifter	35 540 000	
716		Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 3716)		
	1	Driftsutgifter	31 924 000	
718		Alkohol og narkotika		
	21	Spesielle driftsutgifter	32 444 000	
	63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	11 300 000	
	70	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres</i>	83 753 000	
719		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	43 913 000	
	60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	24 700 000	
	70	Hivforebygging, smittevern mv., <i>kan overføres</i>	26 488 000	
	71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	23 079 000	
	72	Stiftelsen Amatheia	15 507 000	
	73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	12 735 000	
	74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	25 550 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan overføres</i>	15 000 000	
720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)		
	1	Driftsutgifter	305 793 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	47 009 000	
	22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	41 280 000	
721		Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)		
	1	Driftsutgifter	66 542 000	
722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)		
	1	Driftsutgifter	66 796 000	
	70	Dekning av advokatutgifter	12 805 000	
723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)		
	1	Driftsutgifter	20 233 000	
724		Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak (jf. kap. 3724)		
	1	Driftsutgifter	24 022 000	
	21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	22 696 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
	61	Tilskudd til turnustjenesten	146 800 000	
	70	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	36 000 000	
	71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	13 671 000	
725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 3725)		
	1	Driftsutgifter	39 302 000	
726		Habilitering og rehabilitering og tiltak for rusmisbrukere		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	19 509 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	32 900 000	
	71	Kjøp av opptrening mv., <i>kan nyttes under post 21</i>	51 000 000	
727		Tannhelsetjenesten		
	21	Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i> .	8 867 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	44 800 000	
728		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	72 141 000	
	70	Tilskudd	19 900 000	
729		Annen helsetjeneste		
	1	Driftsutgifter	30 180 000	
	60	Helsetjeneste til innsatte i fengsel	89 457 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	91 337 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m.	5 385 000	
732		Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>	17 012 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74 og 75</i>	3 383 196 000	
	71	Tilskudd til Helse Øst RHF, <i>kan overføres</i>	17 373 301 000	
	72	Tilskudd til Helse Sør RHF, <i>kan overføres</i>	9 765 579 000	
	73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	8 915 009 000	
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	6 474 483 000	
	75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	5 741 090 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	13 760 312 000	
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 013 108 000	
	78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	644 767 000	
	80	Pasienttransport	35 000 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	827 539 000	
737		Kreftregisteret		
	70	Tilskudd	75 485 000	
742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter		
	1	Driftsutgifter	24 743 000	
	70	Tilskudd	1 818 000	
743		Statlige stimuleringsiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	20 606 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	2 509 357 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	343 308 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	87 369 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	101 739 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 541 006 000	
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	42 929 000	
750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)		
	1	Driftsutgifter	137 928 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 683 000	
751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)		
	21	Spesielle driftsutgifter	21 066 000	
	70	Tilskudd	63 208 000	
760		Utredningsvirksomhet m.m.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	4 093 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 600 000	
761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	56 887 000	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	115 424 000	
	61	Tilskudd til vertskommuner	485 881 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	132 910 000	
	64	Ressurskrevende brukere, <i>overslagsbevilgning</i>	1 871 416 000	
	66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	72 108 000	
	67	Tilskudd til særskilte utviklingstiltak	21 180 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	95 059 000	
	71	Tilskudd til frivillig arbeid	15 047 000	
	72	Tilskudd til Landsbystiftelsen	54 974 000	
	73	Tilskudd til døvblinde og døve	10 457 000	
	75	Kompetansesentra m.m.	3 745 000	
	76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	6 616 000	
	77	Kompetansetiltak	81 400 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	10 800 000	
2711		Spesialisthelsetjenester mv.		
	70	Refusjon spesialisthjelp	1 070 000 000	
	71	Refusjon psykologhjelp	168 000 000	
	72	Refusjon tannlegehjelp	700 000 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstituttt	440 000 000	
	78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.	120 000 000	
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	7 686 000 000	
	72	Sykepleieartikler	1 135 000 000	
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 382 500 000	
	71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	138 000 000	
2755		Helsetjeneste i kommunene mv.		
	62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	185 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp	2 381 500 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 095 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
	72	Refusjon jordmorhjelp	36 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	54 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	72 000 000	
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt	563 000 000	
		Totale utgifter		99 872 069 000
I n n t e k t e r				
3710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)		
	2	Diverse inntekter	37 324 000	
	3	Vaksinesalg	70 300 000	
3715		Statens strålevern (jf. kap. 715)		
	2	Salgs- og leieinntekter	1 608 000	
	5	Oppdragsinntekter	35 493 000	
3716		Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 716)		
	2	Oppdragsinntekter	520 000	
3720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 720)		
	2	Salgs- og leieinntekter	2 064 000	
	4	Gebyrinntekter	1 000 000	
3722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)		
	2	Diverse inntekter	1 000 000	
3724		Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	2	Gebyrinntekter	12 798 000	
3725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)		
	3	Oppdragsinntekter	106 000	
3732		Regionale helseforetak (jf. kap. 732)		
	80	Renter på investeringslån	100 000 000	
3750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)		
	2	Gebyrinntekter	5 741 000	
3751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577)		
	3	Tilbakebetaling av lån	151 000	
		Totale inntekter		268 105 000

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 703 postene 21, 60 og 70	kap. 3703 post 3
kap. 710 post 1	kap. 3710 post 2
kap. 710 post 21	kap. 3710 post 3
kap. 715 postene 1 og 21	kap. 3715 postene 2 og 5
kap. 716 post 1	kap. 3716 post 2
kap. 720 postene 1 og 21	kap. 3720 postene 2 og 3
kap. 721 post 1	kap. 3721 postene 2 og 4
kap. 722 post 1	kap. 3722 post 2 (ny)

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
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 2006 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	
	21	Spesielle driftsutgifter	100 mill. kroner
720		Sosial- og helsedirektoratet	
	22	Elektroniske resepter	35 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 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
	73	Tilskudd til døvblinde og døve	7 mill. kroner

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

- Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 kan gi de fem regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en totalramme på 6 500 mill. kroner.
- Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 kan nettoføre som utgiftreduksjon under kap. 732 Regionale helseforetak post 80 Pasienttransport, refusjoner fra helseforetakene av utgifter til pasienttransport.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ble med 76 mot 26 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 14.52.14)

Komiteen hadde innstilt:

I

På statsbudsjettet for 2006 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
700		Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)		
	1	Driftsutgifter	129 935 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 232 000	
701		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	153 964 000	
702		Helse- og sosialberedskap		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	14 576 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 300 000	
703		Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)		
	21	Spesielle driftsutgifter	25 354 000	
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)		
	1	Driftsutgifter	403 796 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	172 763 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	15 375 000	
712		Bioteknologinemnda		
	1	Driftsutgifter	6 765 000	
715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)		
	1	Driftsutgifter	59 413 000	
	21	Oppdragsutgifter	35 540 000	
716		Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 3716)		
	1	Driftsutgifter	31 924 000	
718		Alkohol og narkotika		
	21	Spesielle driftsutgifter	32 444 000	
	63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	11 300 000	
	70	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres</i>	83 753 000	
719		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	43 913 000	
	60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	24 700 000	
	70	Hivforebygging, smittevern mv., <i>kan overføres</i>	26 488 000	
	71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	24 079 000	
	72	Stiftelsen Amatheia	14 507 000	
	73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	12 735 000	
	74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	25 550 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan overføres</i>	15 000 000	
720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)		
	1	Driftsutgifter	305 793 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	47 009 000	
	22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	41 280 000	
721		Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)		
	1	Driftsutgifter	66 542 000	
722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)		
	1	Driftsutgifter	66 796 000	
	70	Dekning av advokatutgifter	12 805 000	
723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)		
	1	Driftsutgifter	20 233 000	
724		Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak (jf. kap. 3724)		
	1	Driftsutgifter	24 022 000	
	21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	22 696 000	
	61	Tilskudd til turnustjenesten	146 800 000	
	70	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	36 000 000	
	71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	13 671 000	
725		Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (jf. kap. 3725)		
	1	Driftsutgifter	39 302 000	
726		Habilitering og rehabilitering og tiltak for rusmisbrukere		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	19 509 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	32 900 000	
	71	Kjøp av opptrening mv., <i>kan nyttes under post 21</i>	51 000 000	
727		Tannhelsetjenesten		
	21	Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	8 867 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	44 800 000	
728		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	72 141 000	
	70	Tilskudd	19 900 000	
729		Annen helsetjeneste		
	1	Driftsutgifter	30 180 000	
	60	Helsetjeneste til innsatte i fengsel	89 457 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	91 337 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m.	5 385 000	
732		Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>	17 012 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74 og 75</i>	3 308 196 000	
	71	Tilskudd til Helse Øst RHF, <i>kan overføres</i>	17 373 301 000	
	72	Tilskudd til Helse Sør RHF, <i>kan overføres</i>	9 765 579 000	
	73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	8 915 009 000	
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	6 474 483 000	
	75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	5 741 090 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	13 835 312 000	
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 013 108 000	
	78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	644 767 000	
	80	Pasienttransport	35 000 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	827 539 000	
737		Kreftregisteret		
	70	Tilskudd	75 485 000	
742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter		
	1	Driftsutgifter	24 743 000	
	70	Tilskudd	1 818 000	
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	20 606 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	2 509 357 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	343 308 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	87 369 000	
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	101 739 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 541 006 000	
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	42 929 000	
750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)		
	1	Driftsutgifter	137 928 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 683 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)		
	21	Spesielle driftsutgifter	21 066 000	
	70	Tilskudd	63 208 000	
760		Utredningsvirksomhet m.m.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	4 093 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 600 000	
761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	56 887 000	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	115 424 000	
	61	Tilskudd til vertskommuner	485 881 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	132 910 000	
	64	Ressurskrevende brukere, <i>overslagsbevilgning</i>	1 871 416 000	
	66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	72 108 000	
	67	Tilskudd til særskilte utviklingstiltak	21 180 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	95 059 000	
	71	Tilskudd til frivillig arbeid	15 047 000	
	72	Tilskudd til Landsbystiftelsen	54 974 000	
	73	Tilskudd til døvblinde og døve	10 457 000	
	75	Kompetansesentra m.m.	3 745 000	
	76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	6 616 000	
	77	Kompetansetiltak	81 400 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	10 800 000	
2711		Spesialisthelsetjenester mv.		
	70	Refusjon spesialisthjelp	1 070 000 000	
	71	Refusjon psykologhjelp	168 000 000	
	72	Refusjon tannlegehjelp	700 000 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	440 000 000	
	78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.	120 000 000	
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	7 686 000 000	
	72	Sykepleieartikler	1 135 000 000	
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 382 500 000	
	71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	138 000 000	
2755		Helsetjeneste i kommunene mv.		
	62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	185 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp	2 381 500 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 095 000 000	
	72	Refusjon jordmorhjelp	36 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	54 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	72 000 000	
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt	563 000 000	
		Totale utgifter		99 872 069 000
I n n t e k t e r				
3710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)		
	2	Diverse inntekter	37 324 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
	3	Vaksinesalg	70 300 000	
3715		Statens strålevern (jf. kap. 715)		
	2	Salgs- og leieinntekter	1 608 000	
	5	Oppdragsinntekter	35 493 000	
3716		Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 716)		
	2	Oppdragsinntekter	520 000	
3720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 720)		
	2	Salgs- og leieinntekter	2 064 000	
	4	Gebyrinntekter	1 000 000	
3722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)		
	2	Diverse inntekter	1 000 000	
3724		Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	2	Gebyrinntekter	12 798 000	
3725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)		
	3	Oppdragsinntekter	106 000	
3732		Regionale helseforetak (jf. kap. 732)		
	80	Renter på investeringslån	100 000 000	
3750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)		
	2	Gebyrinntekter	5 741 000	
3751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577)		
	3	Tilbakebetaling av lån	151 000	
		Totale inntekter		268 105 000

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 703 postene 21, 60 og 70	kap. 3703 post 3
kap. 710 post 1	kap. 3710 post 2
kap. 710 post 21	kap. 3710 post 3
kap. 715 postene 1 og 21	kap. 3715 postene 2 og 5
kap. 716 post 1	kap. 3716 post 2
kap. 720 postene 1 og 21	kap. 3720 postene 2 og 3
kap. 721 post 1	kap. 3721 postene 2 og 4
kap. 722 post 1	kap. 3722 post 2 (ny)
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 2006 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	
	21	Spesielle driftsutgifter	100 mill. kroner
720		Sosial- og helsedirektoratet	
	22	Elektroniske resepter	35 mill. kroner

IV
Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 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
	73	Tilskudd til døvblinde og døve	7 mill. kroner

V
Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

- Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 kan gi de fem regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en totalramme på 6 500 mill. kroner.
- Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 kan nettoføre som utgiftreduksjon under kap. 732 Regionale helseforetak post 80 Pasienttransport, refusjoner fra helseforetakene av utgifter til pasienttransport.

Presidenten: Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre har varslet at de nå støtter innstillingen subsidiært.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling ble bifalt med 82 mot 21 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 14.52.44)

Videre var innstilt:

VI

Stortinget ber Regjeringen vurdere de nye aldersgrensene for salg og skjenking av alkohol og konsekvensene disse får for unges alkoholforbruk og skader, og ber Regjeringen melde tilbake til Stortinget på egnet måte.

Presidenten: Presidenten antar at Fremskrittspartiet ønsker å stemme imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling ble bifalt med 82 mot 21 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 14.53.10)

Videre var innstilt:

VII

Stortinget ber Regjeringen vurdere opprettelse av et kompetansesenter med sentralisert screening med tolking av øyebunnbilder for å styrke det forebyggende øyehelsearbeid for diabetikere.

VIII

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det blir etablert et selvstendig og brukerstyrt kompetanse- og ressurscenter innenfor habilitering av barn med ervervet hjerneskade, i regi av foreldreforeningen ITN.

IX

Stortinget ber Regjeringen redegjøre for hva som konkret er gjort for å få etablert faste rutiner for evaluering og dokumentasjon av resultatene som er oppnådd innen tilbudet til barn med hjerneskade.

X

Stortinget ber Regjeringen om å legge frem egen sak om innhold og kvalitet i fremtidens pleie- og omsorgstjenester.

XI

Stortinget ber Regjeringen komme tilbake med en plan for hvordan man kan styrke innsatsen og behandlingen overfor langtidssonere med ADHD og/eller rusmiddelproblemer.

XII

Stortinget ber Regjeringen fremme lovforslag om rett til brukerstyrt personlig assistent (BPA).

Presidenten: Presidenten regner med at Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ønsker å stemme imot.

Votering i sak nr. 3

Komiteen hadde innstilt:

Votering:

Komiteens innstilling ble med 55 mot 48 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 14.53.37)

I

I statsbudsjettet for 2005 vert det gjort følgjande endringar:

Kap.	Post	Formål	Kroner
U t g i f t e r			
101		Utanriksstasjonene (jf. kap. 3101)	
	1	Driftsutgifter, b l i r a u k a med frå kr 841 556 000 til kr 851 656 000	10 100 000
	21	Spesielle driftsutgifter, b l i r r e d u s e r t med frå kr 26 700 000 til kr 22 700 000	4 000 000
116		Deltaking i internasjonale organisasjonar	
		Tilskot til internasjonale organisasjonar, b l i r r e d u s e r t med frå kr 892 566 000 til kr 867 566 000	25 000 000
	72	Finansieringsordninga i det utvida EØS, <i>kan overførast, blir redusert med</i>	54 000 000
		frå kr 90 000 000 til kr 36 000 000	
		Norsk finansieringsordning i det utvida EØS, <i>kan overførast, blir redusert med</i>	45 000 000
		frå kr 90 000 000 til kr 45 000 000	
143		Utanriksstasjonane	
	1	Driftsutgifter, b l i r r e d u s e r t med frå kr 432 059 000 til kr 407 059 000	25 000 000
160		Sivilt samfunn og demokratiutvikling	
	1	Driftsutgifter b l i r r e d u s e r t med frå kr 26 500 000 til kr 24 500 000	2 000 000
	71	Tilskot til frivillige organisasjonar si opplysningsverksemd, <i>kan overførast, blir auka med</i>	1 500 000
		frå kr 68 000 000 til kr 69 500 000	
161		Næringsutvikling (jf. kap. 3161)	
	72	Finansieringsordning for utviklingstiltak, <i>kan overførast, blir redusert med</i>	10 000 000
		frå kr 150 000 000 til kr 140 000 000	
	73	Institusjonsutvikling i utviklingsland, <i>kan overførast, blir redusert med</i>	10 000 000
		frå kr 45 000 000 til kr 35 000 000	
162		Overgangsbistand (gap)	
	70	Overgangsbistand (gap), <i>kan overførast, blir auka med</i>	70 000 000
		frå kr 1 166 500 000 til kr 1 236 500 000	
163		Naudhjelp, humanitær hjelp og menneskerettar	
	70	Naturkatastrofer, <i>kan overførast, blir auka med</i>	39 475 000
		frå kr 1 180 000 til kr 1 219 475	
	71	Humanitær hjelp og menneskerettar, <i>kan overførast, blir auka med</i>	60 700 000
		frå kr 1 462 052 til kr 1 522 752 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner
164		Fred, forsoning og demokrati	
	70	Fred, forsoning og demokratiltak, <i>kan overført, blir auka</i> med frå kr 374 200 000 til kr 393 200 000	19 000 000
	72	Utvikling og nedrustning, <i>kan overført, blir auka</i> med frå kr 3 100 000 til kr 6 100 000	3 000 000
165		Forskning, kompetanseheving og evaluering	
	70	Forskning, og høgare utdanning, <i>kan overført, blir redusert</i> med frå kr 268 000 000 til kr 262 000 000	6 000 000
166		Tilskot til ymse hjelpetiltak	
	70	Ymse tilskot, <i>kan overført, blir redusert</i> med frå kr 40 700 000 til kr 200 000	40 500 000
167		Flykntingiltak i Noreg, godkjend som utviklingshjelp (ODA)	
	21	Spesielle driftsutgifter b l i r r e d u s e r t med frå kr 577 991 000 til kr 424 016 000	153 975 000
170		FN-organisasjonar mv.	
	76	Tilleggsmidlar via FN-systemet, <i>kan overført, blir auka</i> med frå kr 1 066 200 000 til kr 1 137 200 000	71 000 000
	78	Bidrag andre FN-organisasjonar mv., b l i r r e d u s e r t med frå kr 130 220 000 til kr 127 620 000	2 600 000
171		Multilaterale finansinstitusjonar	
	70	Verdsbanken, <i>kan overført, blir redusert</i> med frå kr 730 000 000 til kr 728 000 000	2 000 000
	71	Regionale bankar og fond, <i>kan overført, blir redusert</i> med frå kr 642 200 000 til kr 629 600 000	12 600 000
197		Bistand til ikkje-godkjende land og internasjonale miljøtiltak	
		Tilskot til internasjonale klima- og miljøtiltak, <i>kan overført, blir redusert</i> med frå kr 31 038 000 til kr 28 038 000	3 000 000
I n n t e k t e r			
3101		Utanriksstasjonane, (jf. kap. 101)	
	1	Gebyr, b l i r a u k a med frå kr 22 220 000 til kr 35 000 000	12 780 000

II

Omdisponeringsfullmakt

Stortinget gjev samtykke til at Utanriksdepartementet i 2005 kan omdisponere mellom løyvingane under kap. 100 Utanriksdepartementet post 1 Driftsutgifter og kap. 101 Utanriksstasjonane post 1 Driftsutgifter.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

S a k n r . 4

Referat

Presidenten: Det foreligger ikke noe referat.

Møtet hevet kl. 14.55.