

trygdeavgift etter vanlige regler for henholdsvis arbeidstakere og næringsdrivende. Produktavgiften på omsetning av fisk vil bli erstattet med arbeidsgiveravgift.

Norges Fiskarkvinnelag, Norges Kystfiskarlag, Norges Fiskarlag og Sør-Norges Trålerlag vil opprettholde gjeldende ordning. De legger blant annet vekt på:

- at yrkets spesielle karakter krever særregler
- at folketrygdens sikringsnett for en tredel av fiskerne (næringsdrivende) blir svekket ved en omlegging
- at en omlegging vil gi dårligere lønnsomhet fordi de sosiale utgiftene øker
- at geografisk differensiert arbeidsgiveravgift vil gi en konkurransevriding
- at en omlegging vil få ringvirkninger for tariffavtaler, lottavregning, likning og kostnader i forbindelse med trygderettigheter
- at dagens system er valgt av fiskerne og tilpasset deres behov uten kostnader for samfunnet ellers
- at ytterligere utredning er nødvendig.

Norsk Sjøoffisersforbund, Norsk Sjømannsforbund og Det norske maskinistforbund, som representerer grupper knyttet til havfiskeflåten, ønsker at fiskerne skal skattlegges og gis trygdeytelser etter vanlige regler. Det samme gjør Rikstrygdeverket, Skattedirektoratet og Sametinget. Fiskebåtrederne Forbund ønsker en omlegging bare dersom arbeidsgiveravgiften blir lik for alle fiskere uansett bosted.

Konsekvensene av en normalisering av den skatte- og trygderettslige status for fiskerne er at noen kommer bedre ut, mens andre får dårligere vilkår. Den samlede økonomiske virkningen antas å bli om lag uendret både for fiskerne og for staten. Ulike grupper kommer ulikt ut avhengig av fiskernes bosted og kapitalbehov i forskjellige deler av fiskeflåten.

Etter Regjeringens mening bør konsekvensene av en omlegging av skatt og trygd for fiskere vurderes i en større sammenheng. Det vises i denne sammenheng til følgende vedtak i Stortinget den 12. februar 2004 ved behandlingen av Innst. S. nr. 119 (2003-2004).

Stortinget ber Regjeringa leggje fram ei stortingsmelding om rammevilkåra for fiskeria og dei marine næringane si betydning og utviklingspotensiale når det gjeld auka verdiskaping og busetnad langs kysten..

Regjeringen vil i den nevnte meldingen komme tilbake til dette spørsmålet.

3.7 Helsedepartementet

Programområde 10 Helsevern

Kap 700 Helsedepartementet

Post 01 Driftsutgifter

Tekniske flyttinger

For å oppnå bedre samsvar mellom formål og hvordan utgiftene budsjetteres, foreslås det en flytting av bevilgninger fra fagkapitler til kap. 700 Helsedepartementet, jf. tabellen nedenfor.

Forslaget omfatter først og fremst utgifter til ordinær lønn, men også midler knyttet til prosjekterelatert arbeid. Slike prosjektkostnader er en naturlig del av ordinær drift og bør derfor utgiftsføres under kap. 700 Helsedepartementet.

Størstedelen av endringene er knyttet opp til sykehusreformen. Etter to år med omfattende tilpasninger går oppgavene over i en mer ordinær drift. Det er etablert strukturer i Helsedepartementet for å ivareta eierstyringen av og myndighetsutøvelsen overfor sykehusene. Forøvrig gjelder utgiftene også helse- og sosialberedskap og EU/EØS-arbeidet med mattrygghet. Det foreslås også å utgiftsføre faste oppgaver knyttet til tannhelse og fastlegeordningen under kap. 700.

Kapitler og poster som reduseres fremgår av tabell 3.7.1 nedenfor.

Tabell 3.7.1 Bevilgninger som reduseres ifm. teknisk flytting. 1000 kroner

Kap.	Post	Benevning	I 1000 kr.	Formål
702	01	Helse- og sosialberedskap	-860	Helse- og sosialberedskap
719	21	Helsefremmende og forebyggende arbeid	-310	EU/EØS-arbeidet om mattrygghet
727	21	Tannhelsetjeneste	-400	Tannhelse
728	21	Forsøk og utvikling mv.	-870	Fastlegeordningen
732	21	Regionale helseforetak	-5 890	Sykehusreformen
			-8 330	

Bevilgningen foreslås økt med 8,33 mill. kroner.

Endrede merinntektsfullmakter og inntektsposter

Det foreslås at postene 60 Tilskudd til norske kommuner og fylkeskommuner og 70 Tilskudd til private/andre under kap. 700 Helsedepartementet slettes og opprettes som nye poster under kap. 703 Internasjonalt samarbeid. Merinntektsfullmakten foreslås endret som følge av dette, jf. forslag til romertallsvedtak. Vi viser til nærmere omtale under kap. 703 post 21 Spesielle driftsutgifter.

Post 96 Kjøp av aksjer i KITH

KITH AS

Per 31.12.2003 eier Helsedepartementet 59,5 pst. av aksjene i KITH A/S etter at Sosialdepartementet i 2003 kjøpte 10,5 pst. av Helsedepartementets aksjer i selskapet. KITH har som formål å være et kompetansenettverk for IT i helsetjenesten.

Kommunenes Sentralforbund (KS) har uttrykt ønske om å selge hele eller deler av sin eierandel på 30 pst. i KITH. Som aksjonær har Helsedepartementet forkjøpsrett i henhold til selskapets vedtekter. Helsedepartementet er i dialog med KS om et eventuelt kjøp, og vil komme tilbake til Stortinget på et senere tidspunkt.

Kap. 701 Forskning

Post 50 Norges forskningsråd m.v.

Teknisk flytting av forskningsmidler

Bevilgninger til Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) har tidligere blitt tildelt gjennom Norsk forskningsråd (NFR) via programmet Pasientnær klinisk forskning og alternativ medisin under kap. 701 Forskning post 50 Norges forskningsråd mv. Ifølge Ot.prp. 27 (2002-2003) Lov om alternativ behandling ved sykdom mv., jf. Innst.O. nr. 98 (2002-2003) om lov om alternativ behandling av sykdom mv., skal NAFKAM tildeles andre oppgaver i tillegg til de forskningsoppgaver som er beskrevet i NFRs utlysning og NAFKAMs prosjektbeskrivelse. For 2004 er tilskudd til NAFKAM styrket med 3 mill. kroner, bevilget under kap. 701 post 50. Disse midlene foreslås tildelt direkte fra Helsedepartementet, kap. 728 post 21.

Bevilgningen foreslås redusert med 3 mill. kroner. Kap 728 Forsøk og utvikling post 21 Spesielle driftsutgifter foreslås økt med tilsvarende beløp.

Kap 702 Helse- og sosial beredskap

Post 01 Driftsutgifter

Det vises til nærmere omtale under kap. 700 Helsedepartementet, post 01 Driftsutgifter. Bevilgningen foreslås redusert med 0,860 mill. kroner.

Kap 703 Internasjonalt samarbeid

Post 21 Spesiell driftsutgifter

Endrede merinntektsfullmakter og opprettelse av nye poster

Helsedepartementet mottar tilskuddsmidler fra Utenriksdepartementet (søkerlandsbevilgningen og tilskudd til samarbeid med Russland). Disse midlene utgiftsføres i dag over kap 700 Helsedepartementet mot tilsvarende merinntekter under kap 3700, post 03.

Det foreslås nå at utgiftene og inntektene føres under hhv. Kap 703 og kap 3703 Internasjonalt samarbeid jf. forslag til romertallsvedtak.

Kap 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

Post 01 Driftsutgifter

For å finne rom for nødvendige tilleggsbevilgninger, foreslås bevilgningen til drift av Folkehelseinstituttet satt ned med 1 mill. kroner i inneværende år.

Kap 719 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Oppfølging av Dent-O-Sept-saken

Helsemyndighetene avdekket i februar 2002 en betydelig økning i antall sykehusinfeksjoner forårsaket av bakterien *Pseudomonas aeruginosa* fra munnpenselen Dent-O-Sept. Det ble iverksatt en rekke tiltak fra helsemyndighetene for å stoppe produksjonen og bruken av Dent-O-Sept. Det ble særskilt redegjort for Dent-O-Sept-saken i St.prp. nr. 1 (2002–2003) og her fremgikk det at Stortinget ville bli nærmere orientert om oppfølgingen på egnet måte.

Arbeidet med å identifisere hvilke pasienter som har blitt smittet er nå avsluttet. Ifølge Folkehelseinstituttets pasientkartleggingsundersøkelse, som Helsedepartementet fikk overlevert i januar 2004, fikk 231 pasienter påvist utbruddsstammen av *P. aeruginosa*, hvorav 40 hadde bakterien i blod eller spinalvæske. Pasientene har vært innlagt ved 27 ulike sykehus. Av de smittede døde 71 personer mens de var innlagt. I tillegg ble syv pasienter rapportert med følgetilstander. Når det gjelder dødsårsak, var det ifølge undersøkelsen 21 som sannsynligvis døde av andre årsaker enn pseudomonasinfeksjon. Hos de resterende 50 er sammenhengen mellom infeksjon og død enten sannsynliggjort eller usikker.

Pr. februar 2004 har 287 personer fremmet krav om erstatning til Norsk Pasientskadeerstatning. Av disse har 32 personer fått medhold pga. bakteriesmitte etter bruk av Dent-O-Sept-penselen. Fire saker er fortsatt under behandling.

Statens helsetilsyn, som fører tilsyn med helsetjenesten, konkluderer i sin sluttrapport av januar 2004 med at helsepersonell og helsetjenesten ikke har handlet faglig uforsvarlig ved å anskaffe og anvende Dent-O-Sept munnpensler. Etter Helsetilsynets oppfatning har smittevernsystemene i norske helseinstitusjoner ikke vært uforsvarlige, og helsetjenesten kan ikke bebreides for ikke å ha erkjent at Dent-O-Sept-penslene var forurenset. Sosial- og helsedirektoratet er nasjonal smittevernmyndighet og fører også tilsyn med medisinsk utstyr. Tiltak omtalt i sluttrapportene av januar 2004 fra Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet følges opp.

Tiltak som ble bebudet i St.prp. nr. 1 (2002–2003) og øvrige tiltak

Sosial og helsedirektoratet har styrket tilsynet med produsenter av medisinsk utstyr. Økt bevilgning for 2003 var på 2,9 mill. kroner, og denne er videreført for 2004.

Det er gitt styrket veiledning om regelverket blant annet gjennom årlige smittevernkonferanser. Det arbeides løpende med faglig koordinering av smittevernarbeid og smittevernberedskap i sentrale etater.

Ny forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) som styrker varslingspliktene vedrørende smittsomme sykdommer i helseinstitusjoner, trådte i kraft 1. juli 2003.

Elektronisk meldingssystem fra medisinsk mikrobiologiske avdelinger til Nasjonalt folkehelseinstitutt iverksettes våren 2004.

Helsedepartementet har fastsatt en handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner for perioden 2004–2006. Handlingsplanen har som mål å etablere en bedre overvåking av sykehusinfeksjoner, forbedre tiltak for å forebygge sykehusinfeksjoner samt å styrke forskning og utvikling.

Et framtidig meldesystem for registrering, analyse og forebygging av uheldige hendelser og feilbehandling i sykehus er under utredning og sees i sammenheng med kvalitetsutviklingsstrategi og lovpålagte meldeordninger, herunder meldeordninger for medisinsk utstyr.

Post 21 Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv.

Hepatitt C fra blodoverføring

Våren 2003 ble det i media satt fokus på at 1000–1500 personer var smittet med hepatitt C ved blodoverføring før 1991, og at ingen har gjort noe for å oppspore dem og gi dem et helsetilbud. Sosial- og helsedirektoratet anslo at et sted mellom 100 og 1000 mennesker kan ha blitt smittet av hepatitt C-virus fra blodoverføring eller blodprodukter i norske sykehus før 1993 uten å vite om det. I St.prp. nr. 65 (2002–2003) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003 ble derfor post 21 foreslått styrket med i overkant av 500 000 kroner til å gjennomføre en uavhengig gjennomgang av helsetjenestens og helsemyndighetenes håndtering av mulig hepatitt C-smitte gjennom blodoverføring før 2003, jf. Inst. S. nr. 160 (2002–2003).

Helsedepartementet nedsatte i august 2003 et utvalg som skulle foreta denne gjennomgangen. Utvalget avga sin utredning til Helsedepartementet 16. mars 2004. Det beste anslaget utvalget har kunnet gi for antall transfusjonssmittede med hepatitt C som er i live i dag, er rundt 300 personer.

Utvalget har kritiske merknader til følgende forhold:

- Mangel på en bevisst sporingstrategi for å finne hepatitt C-smittede
- Sen innføring av dobbel virusinaktivering av blod
- Svake rutiner for ansvarsoverføring innen den sentrale helseforvaltning

Utvalget tilrår endringer på disse områdene:

- Opplegg for oppsporing og identifisering av transfusjonssmittede med hepatitt C-virus
- Ny samordnet erstatningsordning for hepatitt C-smittede
- Vurdering av blodbankenes dobbeltrolle som produkttilvirkere og tjenesteprodusenter innen spesialisthelsetjenesten
- Smittekonstatering skal gi plikt til å handle overfor den smittede
- Innskjerping av arkiv- og rapporteringsplikt for råd/utvalg mv. på feltet blodtransfusjon
- Bedre rutiner for overføring av informasjon, tilråding og ansvar mellom sentrale helsemyndigheter på området blodtransfusjon

Helsedepartementet følger nå opp utredningen.

Styrking av forebygging av hiv blant homofile menn

Under denne posten er det i 2003 et mindreforbruk på 1,04 mill. kroner, som er overført til 2004. Dette beløpet er disponert til styrking av forebyggingsinnsatsen blant homofile menn, jf. nærmere omtale under post 70.

Tekniske flyttinger

Det vises til nærmere omtale under kap. 700 Helsedepartementet, post 01 Driftsutgifter. Bevilgningen reduseres med 0,310 mill. kroner.

Post 70 Forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner – smittevern, kan overføres

Styrking av forebygging av hiv blant homofile menn

På bakgrunn av utviklingen i hiv-situasjonen i 2003 er det behov for å styrke innsatsen for å følge opp Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer.

Det ble i 2003 diagnostisert 238 nye hiv-smittede i Norge, det høyeste antallet siden starten av hiv-epidemien i 1980-årene. Mens det de siste årene har vært en stabil hiv-situasjon blant homofile menn, var det fra 2002 til 2003 nesten en fordobling av denne gruppen (fra 30 til 57 personer). En betydelig andel er smittet i løpet av 2002 og 2003, nesten halvparten oppgir å være smittet i Oslo, og de aller fleste er i alderen 25–40 år.

På bakgrunn av denne situasjonen, og etter kontakt med frivillige organisasjoner som arbeider med forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner, er 2,8 mill. kroner stilt til disposisjon for Sosial- og helsedirektoratet, herav 1,04 mill. kroner under kap. 719.21. Resterende beløp, 1,8 mill. kroner, dekkes av overført beløp fra 2003 til 2004 under post 70. Det fremmes således ikke forslag om økt bevilgning.

Midlene skal dekke utgiftene til en reell styrking av forebyggingsinnsatsen blant homofile menn og homofil ungdom, med særlig fokus på situasjonen i Oslo. Styrkingen skal gå til særskilte prosjekter og tiltak som settes i verk for raskt å bedre hiv-situasjonen.

Kap 720 Sosial- og helsedirektoratet

Post 01 Driftsutgifter

For å finne rom for nødvendige tilleggsbevilgninger, foreslås bevilgningen til drift av Sosial- og helsedirektoratet satt ned med 3 mill. kroner i inneværende år.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Drift av Nasjonalt helsenett

Sosial- og helsedirektoratet forbereder permanent organisasjon for drift av Nasjonalt helsenett fra 1. juli 2004.

Det er besluttet sammenslåing av de 5 regionale helsenettene og sentral infrastruktur til et felles Nasjonalt helsenett og hvor den daglige drift skal utføres i form av et aksjeselskap. Etablering av en felles juridisk enhet skal skje primært før 1. juli 2004. Utgifter til drift av sentral infrastruktur og et helsetjenesteregister er ikke lagt inn i rammene for direktoratet. Det foreslås 2,7 mill. kroner til driften av nasjonalt helsenett i 2004. Midlene omdisponeres fra overført beløp fra 2003 til 2004 innen Si@- planen innenfor kap. 720 post 21.

Oppgradering av det offentlige helseradionettet

Bevilgningen foreslås redusert med 2,3 mill. kroner, mot tilsvarende økning under kap. 728 post 21 til oppgradering av det offentlige helseradionettet, jf. omtale under kap. 728 post 21.

Kap 721 Statens helsetilsyn

Post 01 Driftsutgifter

For å finne rom for nødvendige tilleggsbevilgninger, foreslås bevilgningen til drift av Helsetilsynet satt ned med 1 mill. kroner i inneværende år.

Kap 722 Norsk Pasientskadeerstatning

Evaluering av den statlige erstatningsordningen Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og Pasientskadenemnda (PSN)

Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2002-2003) ba Stortinget regjeringen om å ta initiativ til en gjennomgang av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og legge fram resultatet av gjennomgangen for Stortinget som en egen sak, jf. Budsjett-innst.S. nr. 11 (2002-2003). Det vises også til Sosialkomiteens merknader i Innst. S. nr. 173 (2002-2003). Bakgrunnen for dette var for lang saksbehandlingstid, mangelfull service overfor den enkelte søker, en mulig for streng praksis ved behandlingen av erstatnings saker og at NPE ikke syntes å være tilstrekkelig uavhengig og nøytral. Helsedepartementet ga Statskonsult i oppdrag å evaluere ordningen med Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda. Gjennomgangen er utført og overlevert Helsedepartementet i rapport av 1. mars 2004. I St.prp. nr. 21 (2003-2004) ble Stortinget forelagt de foreløpige konklusjoner av evalueringen.

Mandat for evalueringen

Med virkning fra 1.1.2003 ble det foretatt omfattende organisatoriske endringer og noen mindre regelverksendringer. Blant annet ble skillet mellom førsteinstansen (NPE) og andreinstansen (PSN) tydeliggjort, slik at en nå har en reell toinstansbehandling. De midlertidige reglene for pasientskader ble erstattet av ny lov om pasientskader.

Mandatet for Statskonsults utredning har vært å undersøke i hvilken grad de krav som må settes til organene som forvalter pasientskadeordningen, etterleves i praksis. Vurderingene er basert på offentlige og interne dokumenter, gjennomgang av rutiner og systemer, samt intervjuer med representanter for brukerne og for de organene som administrerer pasientskadeordningen.

Funn og konklusjoner i evalueringen

Som hovedkonklusjon uttaler Statskonsult: "Statskonsult har ikke funnet "systemsvikt" i NPE. Evalueringen viser at det finnes forbedringspunkter i NPE. Viktigere er det at en del sider ved selve ordningen og regelverket ikke er i samsvar med folks forventninger". På bakgrunn av den til dels sterke kritikken som var foranledningen til oppdraget, fant Statskonsult relativt få svakheter ved NPE's praktisering av regelverket. Årsakene til misnøyen med pasientskadeordningen ble i stor grad funnet å ligge i selve erstatningsregelverket, hos andre aktører enn NPE, men også i uløste informasjons- og kommunikasjonsutfordringer i NPE. Det ble imidlertid identifisert problemer særlig når det gjelder saksbehandlingstider, bruk av medisinsk sakkyndige og servicenivå/informasjon.

Saksbehandlingstid

Statskonsult slår fast at det ikke er satt opp *standarder for saksbehandlingstid* i NPE-ordningen, verken gjennom serviceerklæringer eller på annen måte. Informasjonen til pasienten består i å antyde en saksbehandlingstid på ca to år, fordelt med ett år på

ansvarsspørsmålet, og eventuelt ytterligere ett år på erstatningsutmålingen. Av 12 måneders saksbehandlingstid i ansvarsfasen går i gjennomsnitt åtte måneder til ekstern saksbehandlingstid, mens ca fire måneder brukes internt. Det er primært problemer med innhenting av medisinske opplysninger og kommentarer til disse, som utgjør flaskehalsene. I utmålingsfasen påvirkes tidsbruken dels av 1) hvor lang tid det tar å motta opplysninger, eventuelt også mer detaljerte krav fra pasienten eller dennes advokat, 2) at kunnskapen om skadens utvikling og omfang kan være problematisk og tidkrevende å konstatere, og 3) at pasienten vegrer seg for å akseptere det forslag til erstatning som NPE fremsetter. Flaskehalsene er dermed dels organisatoriske utfordringer som kapasitet/rutiner i det medisinske miljøet, og dels sakens egenart og kompleksitet.

Det kan synes som om ambisjonene med hensyn til saksbehandlingstid i NPE er lave sammenlignet med andre deler av offentlig forvaltning. Samtidig synes NPE å være på linje med trygdeetatens saksbehandlingstid for saker der trygdeetaten er avhengig av spesialistuttalelser. Saksbehandlingstiden er lenger enn i den danske og svenske erstatningsordningen. Den norske saksbehandlingen er, som en følge av forvaltningsloven og av at det kontradiktoriske prinsipp skal følges, mer grundig. Flere av Statskonsults informanter peker på at saksbehandlingstiden kan synes lang, men samtidig er det viktig at kortere saksbehandlingstid ikke går ut over kvaliteten på saksbehandlingen. For brukerne er saksbehandlingstiden i utmålingsfasen ikke et stort problem.

Praktisering av regelverket

NPEs vurdering av de rettslige spørsmålene synes betryggende. NPE og Pasientskadenemndas sekretariat sier at tvilssaker ofte avgjøres i pasientens favør. Verken med hensyn til forlik, fødselsskadesaker eller Dent-O-Sept-sakene finner Statskonsult NPEs praksis betenkelig. Ut fra statistisk materiale og intervjuer er det ikke indikasjoner på at NPE er for strenge i praktiseringen av regelverket.

Statskonsult har vurdert om NPE's vedtak og utbetalinger viser noen mønstre som er påfallende og som kan belyse kritikken om for streng praksis. Medholdsprosenten i NPE lå i 2003 på 30,3 pst. Medholdsprosenten i Sverige og Danmark er høyere, trolig hovedsakelig som følge av at de har bestemmelser for "tort og svie" erstatning som ikke fins i det norske regelverket. Mellom 40 og 50 pst. klager på NPE's vedtak. Omgjøringsprosenten i PSN har de siste fem årene variert mellom 11 og 14,5 pst. Foreløpig er alle saker i PSN behandlet etter det gamle, midlertidige regelverket.

Siden starten har NPE vært involvert i 243 rettsaker. Av disse var 174 avsluttet, ca halvparten gjennom forlik eller ved at saken ble trukket. I de sakene som ble avsluttet ved dom fikk NPE medhold i 62 og tapte 15. Dette gir en omgjøringsprosent i rettsapparatet på 19,5 pst.

Statskonsult uttaler at medholdsprosenten synes å være lav i NPE sammenliknet med Danmark og Sverige. Ut fra vedtaksstatistikk og annet materiale kan Statskonsult imidlertid ikke se at PSN og rettsapparatet i stor grad omgjør NPE's vedtak, noe som eventuelt ville vært et tegn på for streng praksis i førsteinstansen.

Statskonsult påpeker at det er et økende antall rettsaker på pasientskadeområdet, noe som gir grunnlag for å stille spørsmålet om NPE-ordningen i mindre grad enn tidligere avlaster rettssystemet. Med økende advokatbruk kan det også stilles spørsmål om NPE i mindre grad

oppfattes som nøytral, og at flere saker derfor bringes inn for domstol. Samtidig understrekes at antall rettssaker er svært lite sammenholdt med antall saker som det fattes vedtak i.

Statskonsult finner at praksis med hensyn til *avvisning* av saker og håndtering av *tvilssaker* ikke indikerer noen streng holdning.

Bruk av medisinske rådgivere og sakkyndige

Den norske ordningen lider under mangel på kvalifiserte leger innenfor flere medisinske spesialiteter. Det brukes mye tid på å få leger til å påta seg oppdrag, og det kan gå lang tid før uttalelsen foreligger. Primært av hensyn til saksbehandlingstiden mener derfor Statskonsult at andre måter å rekruttere medisinsk sakkyndige på bør vurderes, herunder etablering av lister over medisinske spesialister som kan påta seg oppdrag, slik ordningen er i Danmark og Sverige, og for tilsynssaker i Norge.

Bruk av advokater

Etter den nye Pasientskadeerstatningsloven ble det gitt føringer for at NPE skal være mindre restriktiv enn etter den midlertidige ordningen med å innvilge dekning av advokatutgifter. Selv om pasientene ikke har et ubetinget krav på bistand fra advokat, opplyser informanter blant advokatene at innvilgelse av eller avslag på søknad om advokatbistand er blitt enklere og mer forutberegnelig ved at det er regulert i den nye loven. I ansvarsfasen vil dekning av utgifter til advokatbistand bare gis unntaksvis. I utmålingsfasen oppfattes det å være et markant behov for bistand i svært mange saker.

Informasjon

NPE står overfor store kommunikasjonsutfordringer. Undersøkelser og tilbakemeldinger til NPE viser at pasientskadeordningen generelt er for dårlig kjent, at forventningene til ordningen ofte er urealistiske, og at informasjonen som gis under saksbehandlingen i NPE ikke er god nok. De som er nærmest til å informere pasientene om mulighetene til å søke erstatning, kjenner regelverket for dårlig. Pasienttilfredshetsundersøkelser er gjennomført tre ganger med en positiv utvikling. Fortsatt er likevel 29 pst. av respondentene litt/meget misfornøyd med saksbehandlingsrutiner og framdrift i saken. Når det gjelder service er 35 pst. misfornøyd. Undersøkelsen avdekker at *NPE* har et stort forbedringspotensial når det gjelder informasjon under saksbehandlingen. Statskonsult mener ledelsen i NPE har planlagt mange gode informasjonstiltak som vil bidra til å styrke NPEs omdømme og sette pasientene mer i fokus.

Oppfølging av evalueringen

Helsedepartementet har i årets tildelingsbrev til Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda stilt krav om at virksomhetene gjør tiltak for å redusere saksbehandlingstiden, forbedre bruken av medisinsk sakkyndige og bedre servicen til søkerne. Det stilles krav om at NPE og PSN rutinemessig gir alle søkere god informasjon om hvordan saken vil bli behandlet og hvor lang tid behandlingen forventes å ta. For å redusere saksbehandlingstiden pålegges de å innføre frister for når uttalelser skal foreligge fra behandlingsstedet, fra sakkyndige leger og fra andre som skal uttale seg i en sak som er under behandling. Det skal utarbeides standarder for den interne saksbehandling som gir normer for hvor stor andel av sakene som skal være ferdigbehandlet innenfor gitte tidsfrister. Det skal framlegges program for rekruttering og tilknytning av kvalifiserte, uavhengige leger som kan brukes som sakkyndige. Retningslinjene for bruk av advokater skal klargjøres, slik at alle søkere får standardisert informasjon om vilkårene for å få dekket utgifter til advokathjelp.

NPE og PSN skal framlegge egne serviceerklæringer innen 1. juni 2004 som bl.a. setter standarder for saksbehandlingen, saksbehandlingstidens lengde og kommunikasjon med pasienten under behandling av saken. NPE skal utarbeide et informasjonsprogram for å bedre kunnskapen om erstatningsordningen hos helsepersonell, behandlingssteder og pasienter.

Utsatt ikrafttredelse av pasientskadeloven på privat sektor

I pasientskadeloven er det lagt opp til en erstatningsordning både for offentlig og privat helsetjeneste. Norsk Pasientskadeerstatning skal dekke erstatning for skader i offentlig sektor, mens privat sektor skal dekkes opp gjennom ansvarsforsikringer.

Fra 1. januar 2003 trådte loven i kraft kun for offentlig sektor, fordi forsikringsselskapene ikke kunne godta og tilby forsikringsavtaler etter den nye loven.

I Ot.prp. nr. 74 (2002-2003) om lov om endringer i pasientskadeloven foreslo Helsedepartementet en del endringer i pasientskadeloven som kunne gjøre det mulig for forsikringsselskapene å tilby ansvarsforsikringer bygd på den nye loven. Det ble blant annet foreslått at forsikringsselskapene selv skulle få saksbehandle sine saker, og at ikke alle saker skulle saksbehandles av NPE. Siktemålet var å sette hele loven i kraft fra 1. januar 2004. Stortinget vedtok endringsloven som foreslått, jf. Innst. O. nr. 110 (2002-2003).

Til tross for endringsloven har ikke forsikringsselskapene ønsket å tilby forsikringer basert på pasientskadeloven. Selskapene gikk midlertidig med på å prolongere gjeldende avtaler for privatpraktiserende helsepersonell. På grunn av den situasjonen som det her er redegjort for, kunne ikke hele pasientskadeloven settes i kraft fra 1. januar 2004. Helsedepartementet utreder nå hvordan pasientskadeerstatningen bør være for privat sektor, og vil komme tilbake til Stortinget med denne saken på et senere tidspunkt, etter at denne utredningen er fullført.

Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås at bevilgningen til Norsk Pasientskadeerstatning reduseres med 1,4 mill. kroner. Dette er midler som skal dekke økte utgifter under kap. 723 post 01.

Kap 723 Pasientskadenemnda

Post 01 Driftsutgifter

Pasientskadenemnda – Kompensasjon for rettssaker

Fra 1. januar 2004 er det Pasientskadenemnda (PSN) og ikke NPE som er å anse som rette saksøkte ved rettssaker, jf. endringer i pasientskadeloven. Dette vil føre til at det nå er PSN som vil ha kostnader forbundet med rettssakene. NPE har for tiden en portefølje bestående av rundt 90 rettssaker som de skal slutføre, noe som medfører kostnader i 2004.

PSN antar å behandle mellom 65 og 75 saker som krever advokatbistand i 2004, hvorav en del håndteres av egne ansatte. De resterende sakene må settes ut til eksterne advokater. Ut i fra beregninger om hvor mange saker som blir berammet til hovedforhandlinger i 2004, hvor mange som forlikes eller blir trukket og hvor mange som blir berammet til hovedforhandlinger først i 2005, vil de totale kostnadene til eksterne advokater for PSN utgjøre om lag 2 mill. kroner i 2004.

Det foreslås at bevilgningen styrkes med 1,4 mill. kroner i 2004 mot en tilsvarende innsparing under kap. 722 Norsk Pasientskadeerstatning post 01.

Kap. 724 Statens helsepersonellnemnd og tilskudd til personelltiltak

Post 21 Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten.

For å finne rom for nødvendige tilleggsbevilgninger, foreslås bevilgningen satt ned med 1 mill. kroner i inneværende år.

Alternativ behandling

Det vises til omtale under kap 728 post 21 Spesielle driftsutgifter. Bevilgningen foreslås satt ned med 1,2 mill. kroner.

Utvalg som skal vurdere tannhelsetjenester

Det vises til omtale under kap 727 post 21 Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten. Bevilgningen foreslås satt ned med 0,7 mill. kroner.

Oppsummert

Bevilgningen foreslås redusert med 2,9 mill. kroner.

Post 60 Tilskudd til rekrutteringsplanen

Etter en gjennomgang av tilskuddsforvaltningen av disse midlene, foreslås bevilgningen satt ned med 1 mill. kroner som følge av en tidsforskyvning av enkelte av tiltakene.

Post 61 Tilskudd til turnustjenesten

Etter en gjennomgang av tilskuddsforvaltningen av disse midlene, foreslås bevilgningen satt ned med 2 mill. kroner som følge av en teknisk justering.

Kap. 727 Tannhelsetjeneste

Post 21 Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten

Utvalg som skal vurdere tannhelsetjenester

Det er oppnevnt et utvalg som skal vurdere befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester og egenandeler ved slike tjenester. Det foreslås en bevilgning på 0,7 mill. kroner til å dekke utvalgets utgifter.

Bevilgningen foreslås økt med 0,7 mill. kroner mot tilsvarende innsparing under kap. 724 post 21.

Teknisk flytting

Det vises til nærmere omtale under kap. 700 Helsedepartementet, post 01 Driftsutgifter. Bevilgningen foreslås redusert med 0,4 mill. kroner.

Inndekning

For å finne rom for nødvendige tilleggsbevilgninger, foreslås bevilgningen satt ned med 1 mill. kroner i inneværende år.

Oppsummert

Bevilgningen foreslås redusert med 0,7 mill. kroner.

Kap 728 Forsøk og utvikling mv.

Evaluering av sykehusreformen.

Siden 2002 har det pågått en prosessevaluering av sykehusreformen i regi av Norsk institutt for by- og regionsforskning, Rogalandsforskning og Nordlandsforskning. Evalueringen har fokus på effektivitet og kommunikasjon i styringssystemet, hvordan staten som eier og myndighetsutøver utøver sin funksjon, og hvordan regionale helseforetak og helseforetakene forholder seg til ny eierstruktur, foretaksmodellen og den overordnede politiske styringen.

Det har hele tiden vært en forutsetning at sykehusreformen må undergis en større, retrospektiv og uavhengig resultatevaluering etter at omleggingen har fått virke en tid. Helsedepartementet vil legge fram opplegget for en slik evaluering i St.prp. nr. 1 (2004-2005). Evalueringen vil ha fokus på resultatene av reformen sett i forhold til målsetningene som ble fremhevet ved etablering av reformen, om den valgte organisasjonsmodellen understøtter de fremhevede målsetningene på en god måte, samt de målsetninger som er stilt i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Det vurderes å trekke inn internasjonal ekspertise.

Nytt meldingssystem for uheldige hendelser

Helsedepartementet arbeider for at man fra statlige helsemyndigheters side kan iverksette et nytt meldingssystem for uheldige hendelser i helsetjenesten. Internasjonale tall overført på norske forhold, tyder på at det hvert år kan skje ca 2000 dødsfall, 15 000 varige skader og 490 000 ekstra liggedøgn per år pga. uheldige hendelser i norske sykehus. Konsekvensene av feil er også ofte mer dramatiske i sykehus enn andre steder i samfunnet, fordi menneskene er i en sårbar livssituasjon.

Innen luftfart, oljeindustri og kjernekraft har en i lang tid arbeidet målrettet og systematisk med å redusere uheldige hendelser og nesten-uhell. Helsedepartementet foreslår å innføre et nasjonalt system for registrering, analyse og forebygging av uheldige hendelser og feilbehandling i somatiske sykehus. Hensikten er å opprette et meldingssystem som har kvalitetsforbedring og ikke straffereaksjon som formål. Helsedepartementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet om å utrede problemstillingen og foreslå tiltak for å håndtere feil og uheldige hendelser i tjenesten.

Helsedepartementet ønsker snarlig iverksettelse, og vil komme tilbake med et forslag i statsbudsjettet for 2005.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Flytting av forskningsmidler – alternativ behandling

Det vises til omtale under kap. 701 Forskning post 50 Norges forskningsråd m.v. Bevilgningen foreslås økt med 3 mill. kroner mot tilsvarende innsparing under kap 701 post 50.

Alternativ behandling

Det vises til oppfølging av Ot.prp. nr. 27 (2002-2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom. To av tiltakene er utvikling av en frivillig registerordning for alternative utøvere i Brønnøysundregistrene og etablering av en Infobank i Tromsø. Ved fremleggelse av St.prp. nr. 1 (2003-2004) var ikke budsjettene for disse tiltakene ferdig utarbeidet. Det er et merbehov på 0,7 mill. kroner til frivillig registerordning og 0,5 mill. kroner til Infobanken.

Bevilgningen foreslås forhøyet med 1,2 mill. kroner mot tilsvarende innsparing under kap. 724 post 21.

Oppgradering av det offentlige helseradionettet

I løpet av høsten 2003 og våren 2004 innfører Telenor en ny teknologiplattform for det offentlige telenettet. I den forbindelse er det behov for å foreta en oppgradering av helseradionettet. Denne oppgraderingen er en helt nødvendig forutsetning for et fortsatt driftssikkert helseradionett.

Oppgraderingen vil koste i underkant av 5 mill. kroner. Kostnader til utvikling, testing og produksjon av nødvendig software skal dekkes av Helsedepartementet, mens implementeringen dekkes av de regionale helseforetakene siden de har ansvar for service av helseradionettet og det er lagt inn midler i rammene til de regionale helseforetakene til dette. Helsedepartementets finansielle ansvar for oppgraderingen utgjør 2,7 mill. kroner. Av dette er 460 000 kroner dekket i 2003 slik at samlet behov i 2004 er 2,3 mill. kroner.

Bevilgningen foreslås forhøyet med 2,3 mill. kroner mot tilsvarende innsparing under kap. 720 Sosial- og helsedirektoratet post 21 Spesielle driftsutgifter.

Teknisk flytting

Det vises til nærmere omtale under kap. 700 Helsedepartementet post 01 Driftsutgifter. Bevilgningen foreslås redusert med 0,870 mill. kroner.

Oppsummert

Samlet foreslås bevilgningen økt med 5,63 mill. kroner

Kap. 732 Regionale helseforetak

Spesialisthelsetjenesten i Oslo-området

Spesialisthelsetjenesten i Oslo-området er knyttet til to regionale helseforetak: Helse Øst og Helse Sør. To viktige helseforetak i Helse Sør er geografisk plassert i Oslo: Det norske radiumhospitalet HF og Rikshospitalet HF. Helse Øst har et "sørge for"-ansvar for befolkningen i Oslo, dvs. ansvaret for at befolkningen får nødvendige spesialisthelsetjenester. Dette ansvaret ivaretas gjennom egne helseforetak, private aktører og i stor grad også ved tjenester fra Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Det er viktig at helsetjenestene i Oslo-området koordineres med utgangspunkt i befolkningens behov. Dette innebærer at det må samarbeides mellom virksomhetene i det enkelte regionale helseforetak og også mellom virksomhetene i Helse Øst og Helse Sør.

Innenfor Helse Sør har det i den senere tid pågått et arbeid for å bedre koordineringen av Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Forutsetningene for arbeidet er at de to helseforetakenes ansvar og oppgaver i pasientbehandling, forskning og undervisning ikke skal endres, men at ressursene skal koordineres innen ikke-medisinske støttefunksjoner, medisinske støttefunksjoner, kliniske funksjoner og forskning der dette er hensiktsmessig. Det er også en forutsetning for arbeidet at virksomhetene skal bestå som driftsmiljøer. Innenfor denne rammen arbeides det med et fusjonsprosjekt mellom de to helseforetakene. Etter planen skal det i mai 2004 legges fram en rapport om saken. Rapporten vil være grunnlaget for styrebehandling i helseforetakene og i Helse Sør. Helsedepartementet ser det som positivt at denne type koordineringsarbeid skjer med sterk lokal forankring. Basert på premissene som

ligger til grunn for arbeidet, forutsettes det at Helse Sør kan treffe beslutning i fusjonsspørsmålet.

Helsedepartementet foretar nå, sammen med Helse Sør og Helse Øst, analyser og vurderinger av ulike tiltak som kan bidra til bedre koordinering av ressursbruken i Oslo-området. Disse vurderingene inkluderer mulige organisatoriske samordningstiltak mellom sykehusene i Oslo-området. I denne saken vil det ikke bli tatt beslutninger før den er lagt fram for Stortinget. Det vil bli orientert om arbeidet i St.prp. nr. 1 for 2005.

Det har tidligere vært arbeidet med planer om utbygging av et nytt lokalsykehus i Follo. Med bakgrunn i styrevedtak som nå foreligger fra Helse Øst RHF er Aker universitetssykehus HF blitt lokalsykehus for Follo og man vil fortsatt gjøre bruk av Ski sykehus.

Planer om utbygging av et nytt lokalsykehus i Follo inngikk i prosjektporteføljen som Helse Øst RHF overtok fra tidligere sykehuseier. I stortingsmelding vedrørende nytt Rikshospital og sosialkomiteens innstilling, ble det angitt som en forutsetning at valget av Gaustad som lokaliseringssted forutsatte at Akershus fylkeskommune skulle bygge et nytt lokalsykehus i Follo, jf. St.meld. nr. 38 (1987-88) *Om nytt rikshospital* og Innst. S. nr. 308 (1987-88).

Helse Øst RHF har nå vedtatt planer om det framtidige sykehusstilbudet til befolkningen i regionen, herunder nye opptaksområder, utbygging av Nye Ahus og samlet plan for utbyggings- og investeringsprosjekter. Tidligere utbyggingsplaner er sett i sammenheng med nye vurderinger og endrede rammebetingelser, og i dette samlede opplegget blir ikke planer om et nytt lokalsykehus i Follo videreført. Vurderingene og beslutningene som nå foreligger fra Helse Øst RHF er i tråd med ansvaret for å utvikle helhetlige planer som er tillagt de regionale helseforetakene. Helsedepartementet har forutsatt at i de samlede løsninger for Aker Universitetssykehus – inklusiv bruken av Ski sykehus – må tilstrebes rasjonelle og gode tjenestetilbud som også gir trygghet for befolkningen i Follo.

Omstillingsutfordringer i de regionale helseforetakene

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) uttaler flertallet i komiteen bl.a.:

”Flertallet viser til budsjettavtalen der det gis en økning i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene på 500 millioner kroner i forhold til Regjeringens forslag. Disse midlene forutsettes å bidra til redusert underskudd i 2004 og balanse i de regionale helseforetakenes regnskaper i 2005, og skal ikke bidra til et høyere aktivitetsnivå enn forutsatt i rammene for 2004. Flertallet påpeker at samtlige regionale helseforetak skal oppnå balanse i sine resultatregnskaper for 2005. Det forutsettes at Helsedepartementet stiller konkrete krav til det enkelte regionale helseforetak om resultatforbedring i 2004. Dette gjennomføres slik at om lag halvparten av effekten av de samlede omstillingstiltak som er nødvendige i de regionale helseforetakene for å oppnå balanse i 2005, realiseres i 2004.”

Helsedepartementet har gjennomgått omstillingsutfordringene med hvert enkelt regionalt helseforetak med utgangspunkt i Stortingets budsjettvedtak for 2004, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004).

De regionale helseforetakene står overfor ulike omstillingsutfordringer, som i sum rapporteres å kunne være i størrelsesorden om lag 1 mrd. kroner høyere enn tidligere antatt. Helsedepartementet vil understreke at dette er omstillingsutfordringer innrapportert fra de regionale helseforetakene. Et forhold som har bidratt til at omstillingsutfordringen har økt, er kostnadene av lønnsoppgjørene og gjennomføringen av disse.

De tiltakene som de regionale helseforetakene planlegger å gjennomføre i 2004, vil ha en effekt som utgjør om lag halvparten av de omstillingsutfordringene helseforetakene ser for seg. Basert på den informasjon Helsedepartementet har mottatt, er det videre Helsedepartementets vurdering at de foreliggende planene for 2004 kan gjennomføres uten at dette samlet går ut over forutsatt tjenesteproduksjon og/eller prioriterte områder. Viktige tiltakstyper er generell effektivisering (hverdagseffektivisering), effektivisering innen stab-/støttefunksjoner og effektiviseringsgevinster som følge av spesialisering og nye samarbeidsrelasjoner. En eventuell lavere lønnsvekst i 2004 enn forutsatt i budsjettet for 2004, vil bedre helseforetakenes handlingsrom for å møte utfordringene som de står overfor i forhold til å løse pålagte oppgaver og å komme i balanse i 2005 - slik Stortingets budsjettvedtak forutsetter. På denne bakgrunn legger Regjeringen til grunn at de regionale helseforetakene håndterer omstillingsutfordringen slik at de får et underskudd på til sammen maksimalt 2 mrd. kroner i 2004 og oppnår balanse i 2005.

Når det gjelder forutsetningen om å komme i balanse i 2005, vil mange av tiltakene som igangsettes i løpet av 2004 få helårseffekt i 2005. De enkelte regionale helseforetakene vil likevel måtte gjennomføre supplerende tiltak i 2005. Det har i prosessene ikke vært gått konkret inn på hvilke tiltak som må gjennomføres i 2005 for at målsettingen om balanse skal kunne realiseres. Flere av de regionale helseforetakene har imidlertid varslet at analysene så langt indikerer at det for å nå målsettingen om budsjettbalanse kan bli nødvendig med strukturelle endringer og nye tiltak.

Under punktet om verdsetting av anleggsmidler er det gitt omtale av to forhold som kan gi økte underskudd: nivå på verdsetting og levetider for anleggsmidler. Eventuelt økt underskudd som følge av disse to forhold omfattes ikke av balansekravet. Det vil i budsjettforslaget for 2005 bli gitt orientering om hovedlinjene i de regionale helseforetakenes forutsatte omstillingstiltak for 2005.

Verdsetting av anleggsmidler

Det ble i St.prp. nr. 1 (2003-2004), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004), presentert et opplegg for verdsetting av anleggsmidler og etablering av åpningsbalanser i helseforetakene.

I vurderingene av det samlede opplegget for verdsetting av anleggsmidler har størrelsen på det beløp som bevilges til å dekke avskrivninger vært sentral. Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2004 ble det vedtatt bevilget 3 mrd. kroner til å dekke avskrivninger, samtidig som beløpet kan økes til om lag 3,8 mrd. kroner gjennom effektiviseringstiltak. Beløpet på 3 mrd. kroner utgjør om lag $\frac{3}{4}$ av beregnede avskrivninger av den beregnede gjenanskaffelseskostnaden av anleggsmidlene som helseforetakene har overtatt. Det vedtatte opplegget innebærer at overgangen til å føre regnskap etter regnskapsloven ikke i seg selv har ført til økte bevilgninger.

Når det gjelder levetidene for anleggsmidlene, er det gjennom St.prp. nr. 1 (2003-2004) varslet at disse er forlenget i forhold til hva som er presentert av bygningstekniske miljøer og at dette vil kreve økte utgifter til vedlikehold.

I forberedelsen av helsereformen har det vært forutsatt at regnskapsføring av avskrivninger etter et opplegg som beskrevet over ville være i samsvar med regnskapsloven. Det vises i den forbindelse til Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), jf. Innst. O. nr. 118 (2000-2001). I forberedelsen av regnskapsavslutningen for 2003 har Helsedepartementet hatt dialog med revisormiljøene som reviderer de regionale helseforetakenes regnskaper.

Det har blitt varslet fra revisorene at både forholdet knyttet til at ikke alle anleggsmidlene kan gjenanskaffes fullt ut og forholdet knyttet til lengre levetider og de tilknyttede økte vedlikeholdsutgiftene, bør framstå som underskudd i driftsregnskapet, og at en annen regnskapsføring kan føre til at det på dette punkt kan bli tatt forbehold i revisjonsberetningen til de enkelte helseforetakene. Helsedepartementet har i den forbindelse understreket styrenes selvstendige ansvar for avleggelse av regnskapet og at regnskapene skal avlegges ifølge regnskapsloven og i tråd med god regnskapsskikk. Et eventuelt underskudd som følge av disse forholdene vil ikke påvirke de fastsatte styringsmålene knyttet til ressursbruk og tjenesteproduksjon.

På bakgrunn av de forhold som det her er redegjort for, vil Helsedepartementet, i samarbeid med Finansdepartementet, vurdere om dette tilsier eventuelle endringer i måten som regnskapsloven skal gjøres gjeldende for de regionale helseforetakene. Det tas sikte på at eventuelle endringer gjøres gjeldende for regnskapsåret 2004. Det vil bli gitt en orientering om status i prosessen til Stortinget i forslaget til statsbudsjett for 2005.

Post 21 Forsøk og utvikling i helsesektoren

Teknisk flytting

Det vises til nærmere omtale under kap. 700. Bevilgningen foreslås redusert med 5,89 mill. kroner.

Post 70 Tilskudd til helseforetakene

Egenandel for syketransport ved fritt sykehusvalg

Det vises til omtale under kap. 732 Regionale helseforetak, post 80 Syketransport. Bevilgningen foreslås redusert med 0,5 mill. kroner.

Pensjonskostnader ved overføring av enkelte ansatte til helseforetak

Ansatte på tre kompetansesentre ble fra 2004 overført fra Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) til helseforetak. Ansatte på Institutt for sjeldne diagnoser ble overført til Rikshospitalet, ansatte på Trenings-rådgivning-sentret ble overført til Sunnaas sykehus og ansatte på Tannhelsekompaniet ble overført til Lovisenberg diakonale sykehus. Ansatte i SHdir er medlemmer av i Statens pensjonskasse (SPK). Helseforetaksansatte er medlemmer i de tidligere fylkeskommunale/kommunale pensjonskassene, med unntak for Rikshospitalet som fremdeles er med i SPK. Bevilgningen foreslås økt med 2,9 mill. kroner til dekning av økte pensjonskostnader for helseforetakene.

I forbindelse med syketransportreformen ble ansatte på kjørekontor fra 2004 overført fra trygdeetaten til helseforetak. Ansatte i trygdeetaten er medlemmer i SPK. Bevilgningen foreslås økt med 0,7 mill. kroner.

Samlet foreslås bevilgningen økt med 3,1 mill kroner

Postene 71-75 Tilskudd til de enkelte regionale helseforetak

Rusreformen

Regionale helseforetak overtok ansvaret for behandlings- og helsetilbudet til rusmiddelmissbrukere 1.1.2004.

De regionale helseforetakene har jobbet aktivt med implementering av rusreformen og hovedfokus er nå rettet mot å sørge for et godt og helhetlig behandlingstilbud for

rusmiddelmissbrukere. Rusreformen ser så langt ut til å ha ført til at henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling fra kommune har økt. Med hensyn til evaluering av Rusreformen vil Regjeringen, slik Stortinget har bedt om, komme tilbake til Stortinget med dette etter 3 års virketid for reformen.

Overføring av midler knyttet til rusreform I og II er omtalt i St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 6 (2003-2004). Samlet ble det overført 1 305 mill. kroner til de regionale helseforetak i forbindelse med ansvarsoverføringen. Overføring av disse midlene var basert på fylkeskommunale regnskapstall fra 2002, justert for antatte volum- og prisendringer fra 2002 til 2004. I tillegg inkluderte de overførte midlene driftsmidler til de 10 LAR-tiltakene (legemiddellassistert rehabilitering) og kostnader til legemidler. De regionale helseforetakene har videreført alle eksisterende avtaler med 42 private institusjoner og aktivitetsnivået ved 32 offentlig eide institusjoner.

Det foreslås å øke bevilgningen med 100 mill. kroner til følgende formål:

Ved siste årsskifte var det 550 personer som ventet på å bli inkludert i LAR. For å redusere ventelistene ble bevilgningen til LAR økt med 20 mill. kroner i budsjettet for 2004. Det foreligger ikke endelige tall for 1. tertial om kapasitet og ventetider ved de 10 LAR-tiltakene. Det er likevel grunn til å anta at det har vært en betydelig tilstrømming av henvendelser for LAR, samtidig som økningen i bevilgningen i statsbudsjettet for inneværende år har økt kapasiteten ved de 10 LAR-tiltakene. En styrking av bevilgningen på ytterligere 20 mill. kroner vil føre til at vel 200 nye pasienter kan inkluderes.

De regionale helseforetakene har overtatt en større økonomisk forpliktelse enn tidligere anslått knyttet til rusreformen. Det fylkeskommunale tiltaksapparatet hadde bl.a. noe høyere aktivitet i 2003 enn det som var forutsatt, og de regionale helseforetakene har overtatt utbyggingsprosjekter der driften først starter opp i løpet av 2004. Det foreslås på denne bakgrunn bevilget 80 mill. kroner til de regionale helseforetakene.

Kostnadene til legemiddellassistert rehabilitering går dels til de regionale helseforetakene til drift av sentrene og kostnader til legemidler og dels til dekning av refusjonsutgifter. Dette er refusjonsutgifter knyttet til polikliniske konsultasjoner, egenbetaling ved egenandelstak 1-ordningen og allmennlegehjelp. Av de 20 mill. kronene som foreslås bevilget til LAR fordeles 12 mill. til de regionale helseforetakene. Dette beløpet er fordelt etter det fordelingsforhold som ligger til grunn for fordelingen til LAR i Tilleggsnummer 6 til St.prp. nr. 1 (2003-2004):

Post 71	Tilskudd Helse-Øst:	5,6 mill. kroner
Post 72	Tilskudd Helse-Sør:	2,4 mill. kroner
Post 73	Tilskudd Helse-Vest:	1,9 mill. kroner
Post 74	Tilskudd Helse-Midt-Norge:	0,8 mill. kroner
Post 75	Tilskudd Helse-Nord:	1,3 mill. kroner, inkludert midler til oppstart av det regionale LAR-tiltak for Nord-Norge

De resterende 8 mill. kroner fordeles på følgende måte:

Kap. 732 post 77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus	4 mill. kroner
Kap. 2752 post 70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	2 mill. kroner

Kap. 2755 post 70 Refusjon allmennlegehjelp

2 mill. kroner

Bevilgningen på 80 mill. kroner, som skal fordeles til de formål som er nevnt ovenfor utenom LAR, foreslås fordelt etter det fordelingsforhold som ligger til grunn for fordelingen til de regionale helseforetakene i Tilleggsnummer 6 til St.prp. nr. 1 (2003 - 2004):

Post 71	Tilskudd til Helse-Øst:	32,9 mill kroner
Post 72	Tilskudd til Helse-Sør:	13,3 mill kroner
Post 73	Tilskudd til Helse-Vest:	12,6 mill kroner
Post 74	Tilskudd til Helse-Midt-Norge	15,3 mill kroner

Dette beløpet inkluderer Helse-Midt-Norge sitt ansvar for nyetablerte institusjoner som fylkeskommunene i regionen hadde startet planleggingen av før rusreformen ble gjennomført.

Post 75 Tilskudd til Helse-Nord: 5,9 mill. kroner

Akuttinstitusjonen i Helse Øst RHF og Lade behandlingssenter i Helse Midt-Norge RHF

I forbindelse med overføring av ansvaret for spesialisthelsetjenesten samt rusreformene fra fylkeskommunene til staten i 2002 og 2004, ble det overført midler fra fylkeskommunene. Ansvaret for Akuttinstitusjonen ble overført fra Oslo kommune til Helse Øst RHF i 2002, men uten at driftsmidler var omfattet av uttrekket fra Oslo kommune. Det foreslås å overføre 23,7 mill. kroner fra kap. 572 Rammetilskudd til fylkeskommuner post 60 Innbyggertilskudd til kap. 732 post 71 Tilskudd til Helse Øst RHF i 2004. Ansvaret for Lade behandlingssenter ble overført fra Sør-Trøndelag fylkeskommune til Helse Midt-Norge RHF i 2004, men uten at driftsmidler var omfattet av uttrekket. Det foreslås å overføre 3 mill. kroner fra kap. 572 Rammetilskudd til fylkeskommuner post 60 Innbyggertilskudd til kap. 732 post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF i 2004.

Behandlingshjelpemidler

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2004 at ansvaret for insulinpumper og insulininjektor med tilhørende forbruksmateriell skulle overføres til regionale helseforetak. I 2004 er det overført 42 mill. kroner til kap. 732 postene 71-75 fra folketrygdens budsjettkapitler. Stortinget ba Helsedepartementet i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2004 eventuelt komme tilbake med forslag til justering av beløpet dersom utgiftsutviklingen det neste halvåret skulle tilsi det. På bakgrunn av at regnskapstall for de første månedene av 2004 ikke gir godt nok grunnlag for å anslå utgiftene for året under ett, vil Helsedepartementet komme tilbake til saken i omgrupperingsproposisjonen høsten 2004.

Revmatismesykehuset

I St.prp. nr. 59 (2001-2002) ble det vist til at Oslo Sanitetsforening har fremmet krav om kompensasjon for Rikshospitalets manglende vedlikehold i leieforhold på Revmatismesykehuset. Det ble videre forutsatt at kravet skulle dekkes innenfor rammen til de regionale helseforetakene. Staten ved Helsedepartementet og Oslo Sanitetsforening Eiendom as har inngått en forliksavtale om en erstatning på 6,7 mill. kroner. Midlene dekkes gjennom basisrammen til Helse Sør RHF. Dette gjøres på bakgrunn av de prinsipper som er lagt til grunn ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2001-2002) når det gjelder vedtak om at overføring av formuesposisjoner knyttet til de tidligere statspsykehusene skal baseres på de samme kriteriene som er angitt i helseforetakslovens § 53.

Beredskap

Alle regionale helseforetak har beredskapsplaner i henhold til lov om helsemessig og sosial beredskap. Det foreligger også beredskapsplaner for alle offentlige sykehus og arbeidet med å oppdatere disse i henhold til ny organisasjonsstruktur i helseforetakene vil bli slutført i løpet av kort tid. Sykehusene er avhengig av en robust og stabil forsyningssikkerhet for å kunne opprettholde produksjonen av helsetjenester. Helseforetakene/sykehusapotekene ivaretar dette for kritiske legemidler, blodprodukter og medisinske forbruksartikler gjennom avtaler med de aktuelle leverandører av forbruksartikler. Det er inngått sentrale avtaler om beredskapslagre for infusjonsvæsker og det er også nasjonalt beredskapslager for engangsutstyr og sykepleierartikler. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å avklare hvordan man kan sikre en tilfredsstillende legemiddelberedskap, jf. omtale under kap. 751 post 21. Forsyningssikkerhet når det gjelder vann, elektrisitet, telefoni osv. til sykehus, sikres også gjennom avtaler med leverandører. Disse leverandørene er også pålagt å ha beredskapsplaner, der forsyninger til helseinstitusjoner i en krisesituasjon er prioritert. Alle sykehus har bl.a. minimum to inntak for vannforsyning.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering

Avregningsgrunnlaget kan foreløpig tilsi en merutbetaling for 2003 på om lag 75 mill. kroner. En foreløpig kvalitetssikring av utbetalingsgrunnlaget tilsier at enkelte saker om avkorting av utbetalinger vil bli lagt frem for vurdering i Avregningsutvalget. Helsedepartementet vil derfor komme tilbake til den endelige avregningen i forbindelse med omgrupperingsproposisjonen til høsten etter at Avregningsutvalget har kommet med sine anbefalinger.

Helsedepartementet legger foreløpig til grunn en reell vekst i den ISF- finansierte behandlingen på om lag 5 pst. i 2003. Dette er om lag på samme nivå som lagt til grunn i St.prp. nr. 21 (2003-2004). Anslaget på den reelle aktivitetsveksten er avhengig av omfanget av kodeforbedring. I tråd med sosialkomiteens innstilling har Helsedepartementet bedt SINTEF Helse om best mulig å anslå hvor stor andel av økningen i ISF-grunnlaget fra 2002 til 2003 som skyldes registreringsendring og andre forhold sammenlignet med budsjettforutsetningene. Vurderinger fra denne gjennomgangen vil inngå i det endelige avregningsoppgjøret for 2003.

I 2003 ble det innført en tilleggsrefusjon i ISF-ordningen knyttet til lindrende (palliativ) behandling. Det ble budsjettet med 10 mill. kroner i økte utgifter under ISF-ordningen. Ved innføring av nye refusjoner som dette, eller ved større omlegginger av aktivitetsbaserte ordninger forøvrig, vil det alltid knytte seg stor usikkerhet til hvordan utslagene blir i praksis. Ofte henger det sammen med mangelfull informasjon om faktisk aktivitet som kvalifiserer for ny refusjon på innføringstidspunktet og hvordan regelverket forstås og praktiseres. Derfor ble det, i tråd med praksis i slike saker, tatt forbehold om eventuelle justeringer i tilleggsrefusjonen dersom volumet avviker vesentlig fra det som er lagt til grunn, jf. St.prp. nr. 1 (2002-2003). Dette er også presisert i ISF-regelverket for 2003.

Ny informasjon høsten 2003 viste at utbetalingene for hele året ville bli vesentlig høyere enn tidligere forutsatt, og Helsedepartementet varslet i St.prp. nr. 21 (2003-2004) en samlet utbetaling til lindrende behandling for 2003 med 30 mill. kroner. Tall for hele 2003 viser at det er registrert ”palliativ behandling” for om lag 100 mill. kroner. Dette er om lag 70 mill. kroner høyere enn de angitte budsjettforutsetningene for ordningen. En av forklaringene er at

kravene for registrering av palliativ behandling ikke var presise nok i 2003. Koderegistreringene har omfattet mer enn ren palliativ behandling i strid med intensjonen i ordningen.

Helsedepartementet vil i samråd med SINTEF Helse beslutte innretning på tilleggsrefusjonen innenfor en ramme på om lag 30 mill. kroner i tråd med de angitte budsjettforutsetningene for ordningen. Utbetalingene vil med dette bli avkortet i forhold til registrert aktivitet. En utbetaling på om lag 30 mill. kroner over ISF innebærer likevel en betydelig styrking av fagområdet sammenlignet med tidligere år.

I ISF-regelverket for 2004 er det gjort en ytterligere presisering av kriteriene for å kunne utløse tilleggsrefusjon for palliativ behandling.

Post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus

Enhetspriser for offentlige røntgenpoliklinikker

I St.prp. nr. 1 (2003-2004) Tillegg nr. 6 varslet Helsedepartementet at enhetsprisene for hhv. offentlige røntgenpoliklinikker og private røntgeninstitutt måtte justeres på grunn av årlig oppdatering av kodeverket. Justeringen skulle skje innenfor et provenynøytralt opplegg. Den valgte løsning inneholdt en feil i datamaterialet som medførte at enhetsprisene ble fastsatt for lavt i forhold til et provenynøytralt opplegg. Nye enhetspriser er beregnet og fastsatt. Rikstrykdeverket har iverksatt et eget opplegg for evt. etterbetalinger.

Justering av takstene på offentlige laboratorier og røntgenpoliklinikker

Det foreslås at takstene til offentlige laboratorier og røntgenpoliklinikker reduseres med 7 pst. fra 1.7.2004. Reduksjonen er beregnet til 53 mill. kroner (halvårseffekt). Årsaken er den samlede høye veksten i utgifter til laboratorier og røntgenvirksomhet. Det vises også til forslag om tilsvarende takstreduksjon for private laboratorie- og røntgenvirksomheter, jf. kap. 2711 post 76.

Poliklinikketakster for implantatbehandling ved periodontittrehabilitering

Det vises til omtale under kap. 2711 post 72 vedrørende opprettelse av poliklinikketakster for implantatbehandling ved periodontittrehabilitering. Det foreslås at 1,1 mill. kroner (halvårsvirkning) overføres fra kap. 2711 post 72 til kap. 732 post 77.

Justering av egenandeler

Det vises til omtale av egenandelsjusteringer per 1. juli 2004 under programområde 30 Helsevern (folketrygden). Bevilgningen foreslås satt ned med 30 mill. kroner.

Styrking av legemiddelassistert rehabilitering

Det vises til omtale under kap. 732 Regionale helseforetak. Bevilgningen foreslås økt med 4 mill. kroner med bakgrunn i økt inntak av klienter i behandling.

Samlet foreslås bevilgningen redusert med 77,9 mill. kroner.

Post 80 Syketransport

Staten dekker 50 pst. av regnskapsførte utgifter til syketransport over kap. 732 post 80. Regionale helseforetak dekker de resterende 50 pst. av utgiftene gjennom tildelte rammer. Trygdeetaten utbetaler hele oppgjøret til transportører på vegne av regionale helseforetak. Dette skjer ved at trygdeetaten belaster kap. 732 post 80 og deretter sender fakturaer til regionale helseforetak for 50 pst. av utbetalingene. Opplegget innebærer at utgiftene over

post 80 nettoføres. Det foreslås at Stortinget gir Helsedepartementet fullmakt til at helseforetakenes utgifter til syketransport kan krediteres som utgiftsreduksjon under kap. 732 post 80 Syketransport, jf. forslag til romertallsvedtak.

Formålet med fritt sykehusvalg er å stimulere til bedre utnyttelse av kapasitet på tvers av regionale grenser. En del av reisene for pasienter som behandles utenfor egen bostedsregion medfører store reisekostnader. Det foreslås at egenandelen ved bruk av fritt sykehusvalg utenfor egen helseregion, økes fra 220 kroner til 400 kroner hver vei, dvs. fra 440 til 800 kroner tur/retur. Forslag om økte egenandeler tilsvarer om lag 1 mill. kroner i reduserte utgifter for staten. Halvparten av reduksjonen berører de regionale helseforetakenes rammer. Bevilgningen foreslås redusert med 0,5 mill. kroner. Forslaget følges opp med endring av § 6 tredje ledd i forskrift av 19. desember 2003 nr. 1756 om dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling.

Post 90 Lån til investeringsformål i helseforetak

Regionale helseforetaks investeringer må enten finansieres med de inntekter som er lagt inn i basisbevilgningene for å dekke avskrivninger, direkte tilskudd fra staten, investeringer innen psykiatriplanen eller ved låneopptak. St.prp. nr. 1 (2003-2004) ga helseforetakene mulighet for å investere for 5,65 mrd kroner. Inntektene gjennom basisbevilgningene vil være stabile over år, mens finansieringsbehovet knyttet til investeringer vil kunne variere fra år til år. Låneordningen ble etablert i 2002 for å gi de regionale helseforetakene den nødvendige fleksibilitet til å gjennomføre investeringsprosjekter. Regionale helseforetak har ikke anledning til å ta opp lån i det private marked. Den nedenstående tabellen viser hvor mye de regionale helseforetak har tatt opp i lån i 2002 og 2003.

Stortinget bevilget 2 mrd. kroner til lån ved behandlingen av statsbudsjettet for 2004. Av denne lånebevilgningen er 1 mrd. kroner fordelt til Helse Midt-Norge RHF i forbindelse med utbyggingen av fase 1 av St. Olav Hospital. I budsjettforslaget for 2004 varslet Helsedepartementet at lånebehovet for regionale helseforetak skulle vurderes på nytt i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2004.

Stortinget ga ved behandling av budsjettforslaget for 2004 sin tilslutning til igangsetting av Nye Ahus, nytt forskningsbygg ved Det norske radiumhospital samt å utarbeide forprosjekt for fase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim. Disse prosjektene, i tillegg til andre prioriterte prosjekter, gjør at regionale helseforetak har et likviditetsmessig behov utover den bevilgede lånerammen på 2 mrd. kroner i 2004. Det foreslås å øke bevilgningen med 750 mill. kroner i 2004. Dette vil gi rammebetingelser for framdrift av prosjektene.

Tabell 3.7.2 Lån til investeringsformål i 2002 og 2003 (i mill. kroner)

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt- Norge	Helse Nord	Sum
Lån 2002	128	203	184	138	119	772
Lån 2003	367	300	282	918	133	2000

Samlet er de regionale helseforetakene med 750 mill. kroner som økt låneramme i 2004, gitt mulighet for å investere for 6,4 mrd. kroner i 2004.

Kap 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse

Post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid

Det vises til Stortingets behandling av St. prp. nr. 1 (2003-2004), Budsett-innst.S.nr.11 (2003-2004) og Stortingets følgende romertallsvedtak:

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

Mental Helse Norge (MHN) har søkt staten om 23 mill. kroner årlig til drift av et kompetansesenter for bruker- og pårørende arbeid innenfor psykisk helsefeltet (Frogner lærings- og kompetansesenter for mennesker med psykiske lidelser). MHN ønsker å etablere et senter med det formål ”å være en motor i arbeidet for å nå målene i Opptrappingsplanen når det gjelder kompetansebygging både hos brukere og pårørende, og vil i tillegg også gi kompetansebygging for offentlig ansatte”.

Behov for bruker- og pårørendekompetanse

Behovet for å styrke brukerkompetanse og -medvirkning er nedfelt i St.meld. nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet* og i St.prp. nr. 63 (1997-1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Tiltak i forhold til dette er konkretisert i de årlige budsjettproposisjoner. Som oppfølging av stortingsmeldingen ble det igangsatt et prosjekt i Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon med formål om å etablere et nasjonalt brukerstyrt senter. Senteret skulle samordne, systematisere og videreformidle brukererfaringer og brukerkompetanse i forhold til barn, unge og voksne, samt selvhjelp. Prosjektet ble avvirket i 1999 som resultat av interne forhold i prosjektet.

For å ivareta det fortsatte behovet for et slikt senter påtok MHN seg i år 2000 et nytt forprosjekt kalt Nasjonalt egenkraftsenter (NEKS). Dette skulle sikre en bedre forankring av arbeidet i alle organisasjonene, samt samarbeid med relevante forskingsmiljøer. Forprosjektet var vellykket, men prosjektet er stilt i bero (jf. St.prp. nr. 1 (2003-2004)). En av grunnene dette er at MHN, som den største og mest sentrale organisasjonen, trakk seg ut da prosjektet skulle implementeres. NEKS var planlagt for å følge opp en rekke funksjoner knyttet til styrking av brukerkompetanse. Da det har vist seg vanskelig å etablere prosjektet, er elementer i NEKS allerede igangsatt. Brukerkompetanse for barn og unge har organisasjonen Voksne for barn utviklet, i tråd med strategiplan for barn og unges psykiske helse. Videre er en *nasjonal plan for selvhjelp* under iverksetting.

Det er etablert 30 lærings- og mestringssentra ved helseforetakene, som skal bidra til samarbeid og opplæringstilbud til brukere og pårørende. Flere av disse retter sin virksomhet inn mot psykisk syke. Blakstad sykehus har i 2003 etablert et lærings- og mestringssenter for mennesker med psykiske lidelser. Lærings- og mestringssenteret ved Aker sykehus har et nasjonalt ansvar for å bidra til utvikling og etablering av slike sentre i helseforetakene både med hensyn til psykisk og somatisk sykdom. For at sentrenes tilbud skal være optimalt, er det nødvendig å ta utgangspunkt i systematiserte brukererfaringer.

Under Opptrappingsplanen gjennomføres det tiltak og prosjekter for å styrke brukermedvirkning, bl.a. gjennom tilskudd til brukerstyrte sentre i regionene i regi av brukerorganisasjonene. For å sikre en helhetlig og målrettet innsats for å nå målene i Opptrappingsplanen, utarbeides det nå en plan for brukermidvirkning. Planen skal

ferdigstilles i år og i det arbeidet vil bruk og utvikling av Lærings- og mestringssentrenes tilbud til psykisk syke vurderes.

Ressurssenter for bruker- og pårørendekompetanse innen psykisk helse

Rapporter og tilbakemeldinger fra organisasjoner og tjenester viser at etterspørselen etter brukererfaringer og brukerkompetanse på psykisk helsefeltet øker, etter hvert som tjenestene har fått økt bevissthet om brukermedvirkning og betydningen av brukererfaringer i sitt arbeid. Brukerrepresentanter etterspørres både i den ordinære drift av tjenestene og i utvikling av disse. Dette har ført til økt behov for systematisert og dokumentert kunnskap om brukermedvirkning og brukerkompetanse.

På bakgrunn av dette og i tråd med tidligere definerte behov, foreslås det å etablere et *nasjonalt ressurscenter for bruker- og pårørendekompetanse innen psykisk helse*. Senterets formål og funksjon er å fremme brukerkompetanse gjennom å samle, systematisere, utvikle, gyldiggjøre, og formidle videre til brukere, fagfolk og samfunn. Senteret skal bidra til å fremme forskning på området. Senterets hovedområde er voksne, da brukermedvirkning og systematiseringer av erfaringer når det gjelder barn og unge er igangsatt av Voksne for barn. Spredning av selvhjelpsmetodikk ivaretas gjennom den nasjonale planen som er under iverksetting.

Målet med Opptrappingsplanen er å fremme lokalbasert psykisk helsearbeid. Senteret må derfor bidra til at brukerkunnskap gjøres tilgjengelig lokalt. Viktige samarbeidsparter for senteret er relevante organisasjoner, kunnskapssentre, tjenester, lokale brukerstyrte sentre, lærings- og mestringssentre, samt universiteter og høyskoler. I den grad utprøving av metoder og annen praksis legges til grunn for senterets virksomhet må dette gjøres i samarbeid med tjenestene og andre relevante aktører.

Senteret etableres som et 3-årig prosjekt som finansieres gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse. Prosjektet evalueres med sikte på eventuell videreføring når planens periode er over. I tråd med driftsramme for andre sentre med tilsvarende funksjoner, beregnes det årlige driftsbehov inntil 4 mill. kroner.

Mental Helses søknad

Et ressurscenter slik det er skissert ovenfor vil være i tråd med MHNs søknad om "å være en motor i arbeidet for å nå målene i Opptrappingsplanen når det gjelder kompetansebygging både hos brukere og pårørende, og vil i tillegg også gi kompetansebygging for offentlig ansatte".

I MHNs søknad legges det til grunn at senteret i tillegg til en nasjonal brukerkompetansefunksjon, skal drive kurs- og seminarvirksomhet og bemannes med fagfolk, for å kunne tilby rehabiliteringstilbud med overnatting. Tilbudet skal være rettet mot mennesker med lettere og moderate psykiske lidelser. Det er beregnet en kapasitet på 40 døgnplasser ved senteret. Frambusenteret for sjeldne funksjonshemninger er brukt som modell for søknaden.

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003- 2004) vises det til at flere private frivillige brukerorganisasjoner, bl.a. Norges Handikapforbund, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Rådet for psykisk helse, har anbefalt søknaden fra MHN. Referansegruppen for brukerorganisasjoner innen psykisk helse, som ble opprettet for å følge gjennomføringen av Opptrappingsplanen, har ved Helsedepartementets tidligere behandling av søknaden gått imot den. De støttet behovet for regionalt brukerstyrt senter som utvikles i samarbeid med andre

organisasjoner, men de støttet ikke at prosjektet skulle overta funksjoner fra kommune- og spesialisttjenestene.

Helsedepartementets vurdering av søknadens døgntilbud er at eventuell etablering av denne typen heldøgns plasser må skje etter avtale med de regionale helseforetakene. Det vises i denne sammenheng også til omtale i St.prp. nr. 1 (2003–2004) om opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra og kompetansesenter for sjeldne funksjonshemninger, og deres tilknytning til helseforetakene.

Etablering av nasjonalt ressurscenter for bruker- og pårørendekompetanse

På denne bakgrunn foreslås det at MHN, som den største brukerorganisasjonen innen psykisk helse, gis i oppdrag å utforme og forankre et prosjekt i tråd med det skisserte ressurscenteret. Helsedepartementet ser det som viktig at dette skjer i samarbeid med andre relevante brukerorganisasjoner. Spesielt er det viktig at arbeidet skjer i samarbeid med Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien siden senteret skal dekke pårørendekompetanse.

Det tas sikte på å inngå avtale mellom staten og MHN medio 2004 og at Stortinget informeres om avtalen i neste års statsbudsjett. Det foreslås at prosjektets årlige ramme på inntil 4 mill. kroner bevilges over kap.743 post 70. Midler til planlegging og oppstart av senteret dekkes innenfor årets bevilgning på post 70.

Kap 744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Post 70 Fagenhet for tvungen omsorg

Bakgrunn og situasjon

I forbindelse med ikraftsetting av strafferettslige særreaksjoner som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det fra samme dato etablert en egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrøyttere. Denne er lokalisert til Brøset regionale sikkerhetsavdeling.

Særreaksjonen tvungen omsorg for utilregnelige psykisk utviklingshemmede kan gjennomføres enten ved fagenheten eller i en kommune under fagenhetens økonomiske og faglige ansvar. Utgiftene til drift og videre etablering av fagenheten dekkes særskilt over Helsedepartementets kap.744 post 70.

I Ot.prp. nr. 56 (2000-2001) er kapasitetsbehovet i fagenheten for tvungen omsorg anslått til totalt 15 personer, basert på at 1-2 personer dømmes til tvungen omsorg per år. Per februar 2004 er 7 personer dømt til tvungen omsorg, av disse er en person plassert i fagenheten.

Utgifter i kommunene

Kommunenes utgifter blir dekket 100 pst. av denne ordningen. Domstolene har anledning til å konvertere gamle sikringsdommer til særreaksjonsdommer under det nåværende lovverket. Når dommer konverteres, blir staten gjennom Brøset ansvarlig for finansieringen av tiltakene rundt den domfelte. Så langt har seks domfelte fått konvertert sine dommer. I samtlige tilfeller har de kommunale tiltakene rundt den domfelte blitt opprettholdt. Tiltakene koster fra 2,4 til 7,5 mill. kroner for hver enkelt domfelt.

Når psykisk utviklingshemmede lovbrøyttere blir dømt til tvungen omsorg, får fagenheten det overordnede ansvaret for disse lovbrøytterne. Særreaksjonen tvungen omsorg gjennomføres da

enten i den enkelte kommune eller under fagenheten. Fagenheten har det overordnede ansvaret for den domfelte, herunder å anslå den enkeltes behov og behov for sikringstiltak. Det er løpende dialog mellom fagenheten og kommunene.

Utgiftsutvikling

Det er for 2004 bevilget 32 mill. kroner over posten. Det regnes nå med at utgiftene over posten vil utgjøre om lag 54 mill kroner i 2004. Dette inkluderer ytterligere to konverteringsdommer som vil komme under fagenhetens faglige og økonomiske ansvar.

Det er i 2004 igangsatt et arbeid med sikte på bedre kostnadskontroll med ordningen.

Bevilgningen foreslås økt med 22 mill. kroner.

Kap 751 Apotekvesen og legemiddelfaglige tiltak

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Inndekning ift beredskapstiltak for å redusere skadevirkningene av en mulig pandemisk influensa – jf. St.prp. nr. 43 (2003-2004)

Det vises til St.prp. nr. 43 (2003-2004) - om endring av bevilgningene på statsbudsjettet for 2004 for å dekke utgifter til strakstiltak for å redusere skadevirkninger av en mulig pandemisk influensa. I proposisjonen foreslår Regjeringen å øke bevilgningen under kap 702 Helse- og sosialberedskap, post 01 Driftsutgifter med 29 mill. kroner. Regjeringen varslet at en ville komme tilbake til spørsmålet om inndekning av beløpet i et samlet opplegg våren 2004 om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer.

Det foreslås en inndekning på 11 mill. kroner fra kap. 751 post 21. Det er for 2004 budsjettet med 18 mill. kroner til legemiddelberedskap over kap. 751 post 21. Det er beregnet at ca. 7 mill. kroner er bundet til å dekke kostnadene til beredskapslageret ved Norsk Medisinal Depot ASA (NMD).

Lageret ved NMD er en viktig men begrenset beredskapsressurs. Sosial- og helsedirektoratet arbeider derfor med å avklare hvordan man kan sikre en tilfredsstillende legemiddelberedskap. Legemidler produseres i liten grad i Norge. I løpet av de senere årene har mengden av varer på lager i norske distribusjonsledd blitt redusert. Ifølge direktoratet har både grossistleddet og apotekene i gjennomsnitt en lagerbeholdning på om lag tre ukers forbruk. Gjeldende situasjon med en mulig utvikling av pandemisk influensa illustrerer sårbarheten: Antivirale legemidler produseres ikke i landet, og kartlegging viser at det ikke er lagerbeholdning av antivirale legemidler hos apotekene, ut over den salgsbeholdning de til enhver tid har. Samtidig er det internasjonale markedet av antivirale legemidler i ferd med å tømmes.

Problemstillinger knyttet til forsyningssikkerhet for legemidler vil bli omtalt i den planlagte Stortingsmeldingen om legemiddelpolitikken.

Konklusjon

Bevilgningen foreslås redusert med 11 mill. kroner til delvis dekning av utgifter til beredskapstiltak knyttet til pandemisk influensa. Ytterligere tiltak for å styrke forsyningssikkerheten for legemidler vil en komme tilbake til i 2005.

Post 70 Tilskudd

Helsedepartementet gir tilskudd til driften av Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo. Ved en inkurie ble tilsagnet for 2003 på 4,75 mill. kroner først utbetalt i januar 2004. Dette medførte en utilsiktet mindretgift på kap 751 post 70 på 4,75 mill. kroner i 2003, og en tilsvarende merutgift i 2004.

På denne bakgrunn foreslås bevilgningen for 2004 økt med 4,75 mill. kroner.

Programområde 30 Helsevern (folketrygden)

Anslagsendringer

Nye utgiftsanslag basert på utgiftsutviklingen så langt i 2004 tilsier at utgiftene under programområde 30 inkludert utgifter under kap. 732 post 80 vil bli 380 mill. kroner høyere enn budsjettert for 2004. Følgende bevilgningsendringer foreslås:

Tabell 3.7.3 Anslagsendringer under programområde 30. Mill. kroner

Kap./post	Benevning	Mill. kroner
2711.76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	60
2751.70	Legemidler	120
2751.72	Sykepleieartikler	50
2752.70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	200
2752.71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	-70
2755.71	Refusjon fysioterapi	20
	Sum	380

Justering av egenandeler – økt bevilgning til frikortordningen

Det foreslås en økning i egenandelene for legehjelp, fysioterapi og psykologhjelp med 5 pst. fra 1. juli 2004. For pasienter med frikort dekkes egenandelsøkningen av trygden, og utgiftene under takordningene vil øke. Netto innsparing for 2004 anslås til 60 mill. kroner.

Følgende bevilgningsendringer foreslås:

Tabell 3.7.4 Økte egenandeler Mill. kroner

Kap/post	Benevnelse	Mill. kroner
732.77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.	- 30
2711.70	Refusjon spesialisthjelp	- 15
2752.70	Refusjon egenbetaling, frikortordningen	+ 55
2755.70	Refusjon allmennlegehjelp	-55
2755.71	Refusjon fysioterapi	-15
	Sum	-60

Videre vises det til omtale av forslag om egenandel på fysioterapibehandling, jf. omtale under kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv., post 71 Refusjon fysioterapi. I sammenheng med dette foreslås også en senking av egenandelstak 2, jf. omtale under kap. 2752, post 71 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2.

Kap 2711 Diverse tiltak i spesialisthelsetjenesten

Post 70 Refusjon spesialisthjelp

Det vises til innledningen under programområde 30. Bevilgningen foreslås satt ned med 15 mill. kroner.

Post 72 Refusjon tannlegehjelp

I St.prp. nr. 1 (2003-2004) er det avsatt 50 mill. kroner til ny refusjonsordning for rehabilitering av tannsett ved marginal periodontitt. Ordningen er regulert i forskrift til folketryktdloven § 5-6 og gjelder for behandling utført utenfor sykehus (privatpraktiserende tannleger, fylkeskommunal tannhelsetjeneste eller odontologisk fakultet). Hoveddelen av den nye refusjonsordningen dekker utgifter til konvensjonell protetik (protese og broer festet på gjenværende tenner), mens resten går til implantatbehandling hvor det er behov for implantatforankret protetik. Det er et vilkår at kirurgisk implantatbehandling utføres av spesialist i oral kirurgi eller kjevekirurgi.

Da det i dag ikke eksisterer poliklinikkstakster for implantatbehandling ved marginal periodontitt, må pasientene oppsøke privatpraktiserende spesialist eller odontologisk fakultet for behandling. I tråd med intensjonene for ordningen foreslås at implantatbehandling også kan utføres poliklinisk på sykehus. Dette vil gi en bedre geografisk spredning av tilbudet. Sykehusene kan fra tidligere utføre implantatbehandling med poliklinikkrefusjon ved visse lidelser når tilstand eller behandling av tilstand har ført til vesentlig forringelse av tannhelsen (jf. rundskriv I- 12/94). Det er ingen egenbetaling for pasienten knyttet til slik behandling. Den nye refusjonsordningen for rehabilitering av tannsette ved marginal periodontitt etter ftl. § 5-6 innebærer en egenbetaling på 50-75 pst. av behandlingskostnadene. For at pasientenes egenbetaling skal være mest mulig lik uavhengig av behandlingssted, må de nye poliklinikkstakstene for implantatbehandling dimensjoneres slik at egenbetalingen blir omtrent den samme som ved behandling hos privatpraktiserende spesialist mv.

Implantatbehandlingen i forbindelse med rehabilitering ved marginal periodontitt ved sykehus er kostnadsberegnet til 2,2 mill. kroner på årsbasis. Tiltaket vil i 2004 få halvårsvirkning.

Bevilgningen foreslås redusert med 1,1 mill kroner mot en tilsvarende økning under kap. 732 Regionale helseforetak post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.

Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

Det vises til innledningen under programområde 30. Bevilgningen foreslås økt med 60 mill. kroner.

Det foreslås at takstene til private laboratorier og røntgeninstitutt reduseres med 7 pst. fra 1. juli 2004. Reduksjonen er beregnet til 27 mill. kroner (halvårseffekt). Årsaken er den høye

veksten i utbetalingene på dette området. Det vises også til forslag om tilsvarende takstreduksjon for offentlige laboratorier og røntgenpoliklinikker, jf. kap. 732 post 77.

I St.prp. nr. 1 (2003-2004) Tillegg nr. 6 varslet Helsedepartementet at enhetsprisene for henholdsvis offentlige røntgenpoliklinikker og private røntgeninstitutt måtte justeres på grunn av årlig oppdatering av kodeverket. Det vises til omtale under kap. 732 post 77.

Samlet foreslås bevilgningen økt med 33 mill. kroner.

Post 78 Opptreningsinstitusjoner

I forbindelse med behandling av statsbudsjettet for 2004 fattet Stortinget følgende vedtak:

”Stortinget ber om at Regjeringen ved behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett for 2004 vurderer forslag til finansieringsløsning for Selli Rehabiliterings- og opptreningscenter.”

Selli opptreningscenter AS er finansiert som de øvrige opptreningsinstitusjonene. Helsedepartementet mener det vil være uheldig å øke bidragssatsen eller basistilskuddet særskilt til én institusjon. Det er institusjonens ansvar å tilpasse driften til rammene.

Helse Midt-Norge RHF har tatt opp spørsmålet om godkjenning av 10 plasser som er etablert, men som ikke er godkjent. Helseregionen har i 2003 fått tilført 80 plasser i opptreningsinstitusjon ved at Røros Rehabiliteringscenter ble godkjent. Både Røros Rehabiliteringscenter og Selli opptreningscenter yter tjenester innenfor lungerehabilitering. Helsedepartementet går ikke inn for å øke volumet på denne typen tjenester i Helse Midt-Norge nå. Helsedepartementet mener at de regionale helseforetakene bør vinne erfaring med de avtaler som er inngått med opptreningsinstitusjoner, og deretter vurdere behov for økt kapasitet innenfor opptrening og rehabilitering, og hvordan et evt. økt behov for tjenester skal dekkes.

Kap 2751 Legemidler mv.

70 Legemidler

Det vises til innledningen under programområde 30. Bevilgningen foreslås økt med 120 mill. kroner.

Avandia og Actos

Avandia og Actos er aktuelle legemidler ved behandling av diabetes II. Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2002-2003) fattet Stortinget følgende vedtak:

”Stortinget ber Regjeringen sørge for at medisinene Actos og Avandia kan refunderes på blå resept etter forskriften § 9 til de pasienter og etter de kriterier som Legemiddelverket har foreslått. Regjeringen bes fremlegge om nødvendig hjemmel til dette gjennom refusjonskontrakt.”

Stortinget har vedtatt nødvendige lovendringer, jf. Innst.O. nr. 29 (2003-2004) som gir hjemmel til bruk av refusjonskontrakt ved refusjon av legemidler.

Statens legemiddelverk har, etter oppdrag fra Helsedepartementet, startet forhandlingene med produsentene med sikte på at det kan inngås en kontrakt innenfor de rammene som er gitt i Ot.prp. nr. 88 (2002-2003) jf. Innst.O. nr. 29 (2003-2004).

Forhandlingene om refusjonskontrakt var ikke avsluttet ved framleggingen av denne proposisjonen. Helsedepartementet vil så snart et forslag til refusjonskontrakt foreligger,

vurdere grunnlaget for å gi refusjon etter blåreseptforskriftens § 9. I så fall vil de aktuelle legemidlene bli gitt refusjon etter § 9 så raskt som mulig. Eventuelle budsjettmessige implikasjoner vil en komme tilbake til i forbindelse med omgrupperingsproposisjonen til høsten.

Legemiddelverket har tidligere foreslått at Avandia og Actos refunderes etter blåreseptforskriftens § 9 til en gruppe pasienter der alternativet er overgang til insulin. For de pasientene som ikke er aktuelle for insulin, er det ikke dokumentert bedre effekt av Avandia og Actos enn de legemidler som i dag er tilgjengelig for refusjon etter blåreseptforskriftens § 9. Avandia og Actos er imidlertid vesentlig dyrere. Dersom refusjon ikke avgrenses til de pasientene som tilfredsstill de kriteriene som er gitt for refusjon, vil utgiftene for trygden kunne bli vesentlig høyere enn i dag uten at dette gir noe bedre tilbud til pasientene. Det er i overkant av 100 000 pasienter med diabetes II. Dersom 30 pst. av disse gis refusjon på et feilaktig grunnlag, vil dette gi en potensiell merutgift for folketrygden på om lag 150 mill. kroner.

Dersom forhandlingene ikke skulle gi et resultat som gir grunnlag for refusjon etter § 9, anser Helsedepartementet at en videreføring av dagens ordning med søknad på individuelt grunnlag (§ 10 a) som best egnet til å sikre forskrivning til de pasienter og etter de kriterier som Legemiddelverket har foreslått.

Plavix

Plavix er et legemiddel som hemmer blodets evne til å levre seg og som reduserer risikoen for hjerteinfarkt og hjerneslag. Den viktigste årsaken til hjerteinfarkt og hjerneslag er blodpropper som helt eller delvis tetter blodkar. Det er om lag 240 000 personer som behandles med antitrombotiske midler i Norge. Det viktigste legemiddelet er Albyl- E (ASA med årlig behandlingskostnad 300-400 kroner). Plavix har en årlig kostnad på anslagsvis 6 700 kroner. Det foreslås at legemiddelet Plavix gis refusjon etter blåreseptforskriftens § 9 til to grupper av pasienter:

- Pasienter som har fått innlagt stent (utblokking av blodårer).
- Pasienter med akutt koronart syndrom (ustabil angina, hjerteinfarkt etc.).

Innlegging av stent er et operativt inngrep og Plavix er nødvendig for å sikre et godt behandlingsresultat. For pasienter med akutt koronart syndrom er det dokumentert at bruk av Plavix forhindrer i størrelsesorden 1 av 5 slag, infarkt eller kardiovaskulær død sammenlignet med ASA. Bivirkninger forekommer i form av blødningskomplikasjoner i 3,5 pst. flere tilfeller enn ved bruk av ASA. Helsedepartementet mener at refusjon over § 10a (etter søknad) ikke er en tilfredsstillende løsning for disse pasientgruppene da de ovenfor nevnte tilstandene ofte er akutte.

Legemiddelverket foreslår refusjon av legemiddelet begrenset oppad til 9 måneders behandling. For å bedre etterlevelse av forskrivningsvilkårene, foreslår Helsedepartementet at kun sykehusleger skal kunne forskrive Plavix på blåresept etter § 9. Dette er en ordning som sikrer bedre kontroll over forskrivningen og at pasientene ikke fortsetter behandlingen utover forutsatt tidsperiode. Helsedepartementet anslår den årlige merkostnaden til 24 mill. kroner, økende til 30 mill. kroner.

Det foreslås på denne bakgrunn en tilleggsbevilgning på 12 mill. kroner over kap 2751 post 70 til å dekke kostnader i 2004 for refusjon av Plavix.

Retningslinjer for behandling av KOLS og trygderefusjon av Spiriva

I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2002-2003) fattet Stortinget 20. juni 2003 følgende vedtak:

”Stortinget ber Regjeringen vurdere trygderefusjon for de medisinene som er anbefalt i de nye retningslinjene fra Den norske Lægeforening for behandling av KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom).”

I St.meld. nr. 4 (2003-2004) om anmodnings- og utredningsvedtak i stortingsssesjonen 2002-2003 vedtak nr. 665, 20. juni 2003 ble Stortinget meddelt følgende:

”Legemiddelverket er i brev av 12. august i år gitt i oppdrag å vurdere refusjonsadgangen for de omtalte medisinene. Helsedepartementet vil i RNB 2004 komme tilbake til saken overfor Stortinget.”

I St.prp. nr. 1 (2003-2004) ble Stortinget informert om at Helsedepartementet har bedt Statens legemiddelverk, som et ledd i oppfølgingen av dette vedtaket, om å vurdere refusjonsadgangen for legemidler som i ”veiledning til diagnose, behandling og forebygging av kronisk lungesykdom (KOLS)” er anbefalt brukt mot KOLS.

En rekke legemidler som har hatt godkjent medisinsk indikasjon kun for behandling av astma, har også blitt benyttet og refundert i behandlingen av KOLS, men ikke tilfredsstilt reglene for refusjon etter denne indikasjonen. Med henvisning til Stortingets vedtak foretar Legemiddelverket nå en gjennomgang av refusjonsadgangen for legemidlene som faktisk benyttes i behandlingen av KOLS. I sin refusjonsanbefaling for Spiriva, som er et nytt legemiddel i behandling av KOLS, fant Legemiddelverket det riktig å sammenligne effekten av dette legemiddelet med de legemidlene som hadde godkjent medisinsk indikasjon og refusjon for KOLS ved vurderingstidspunktet. Dette var relativt få legemidler og ikke representativt for den faktiske bruken av legemidler i behandlingen. Den anbefalingen som ble gitt for Spiriva må vurderes ut fra dette.

Arbeidet med å gjennomgå legemidlene som faktisk benyttes i behandlingen av KOLS og vurdering av refusjon for disse er omfattende, og det har av flere grunner ikke vært mulig å slutføre dette til revidert nasjonalbudsjett:

Flere eldre legemidler har søkt om, og fått godkjent, at den medisinske indikasjonen også utvides til å omfatte KOLS. For noen av disse legemidlene er det også søkt refusjon etter forskriftens § 9 for denne indikasjonen. Legemiddelverket behandler nå disse søknadene.

Spiriva er dyrere enn mange av legemidlene det er naturlig å sammenligne med. Det er derfor viktig å vurdere den kliniske merverdien av dette legemiddelet opp mot eldre og billigere legemidler som nå har fått indikasjonen KOLS, men som ikke ble vurdert da legemiddeleverket gav sin anbefaling om refusjon.

Helsedepartementet vil i St.prp. nr. 1 (2004-2005) komme tilbake til spørsmålet om refusjonsadgang for legemidler til diagnosen kronisk lungesykdom (KOLS) og refusjon av legemiddelet Spiriva etter forskriftens § 9.

Helsedepartementet vil understreke at pasientene har, og fortsatt vil få, tilgang til nødvendige legemidler i behandlingen av KOLS slik det fremkommer i punktene nedenfor:

Spiriva er tilgjengelig på refusjon etter § 10a.

De legemidlene som ikke er godkjent for refusjon i behandling av KOLS, men der det over tid har utviklet seg en praksis med å yte refusjon til legemidlene for denne indikasjonen, blir inntil videre fremdeles refundert etter den praksis som er etablert for refusjon for disse legemidlene.

Oppfølging av tiltak på legemiddelområdet jf. Budsjetttinnst. S. nr. 11 (2003-2004)

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2004 å innføre en forsøksordning med anbud på såkalte gråsonepreparater. Tiltaket skulle etter planen implementeres 1. juli 2004, men gjennomføringen av tiltaket er nå noe forsinket.

Endring av refusjonsvilkårene for blodtrykksmedisiner og tilsyn med disse er implementert med virkning fra 1. mars 2004.

Virkestoffet simvastatin inkluderes i indeksprissystemet fra 1. juni. Innsparingene ved å inkludere dette virkestoffet synes nå å kunne bli noe høyere enn tidligere lagt til grunn.

Stortinget vedtok også å knytte prisen på legemiddel Cipralex til indeksprisen på citalopram og prisen på Nexium til indeksprisen på omeprazol. Videre ble det vedtatt å innføre egenbetaling, utover tak 1- ordningen for pasienter som motsetter seg bytte til et billigere, men likeverdig legemiddel. Arbeidet med å gjennomføre disse tiltakene pågår.

Utvidelse av indeksprissystemet

Virkestoffene amlodipine, ramipril, felodipine og terbinafine har mistet sin patentbeskyttelse, og vil bli inkludert i indeksprissystemet fra 1. september 2004. Samlet omsatte disse legemidlene for om lag 350 mill. kroner og det legges til grunn en innsparing på 15 mill. kroner i 2004.

Post 72 Sykepleieartikler

Det vises til innledningen under programområde 30. Bevilgningen foreslås økt med 50 mill. kroner.

Kap 2752 Refusjon av egenbetaling

Post 70 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

Det vises til innledningen under programområde 30. Bevilgningen foreslås økt med 255 mill. kroner.

Det vises til omtale under kap. 732 Regionale helseforetak. Bevilgningen foreslås økt med 2 mill. kroner med bakgrunn i økt inntak av klienter i legemiddelassistert rehabilitering.

Oppsummert

Samlet foreslås bevilgningen økt med 257 mill. kroner.

Post 71 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2

Det vises til innledningen under programområde 30. Bevilgningen foreslås satt ned med 70 mill. kroner.

Redusert egenandelstak 2 – bedre skjerming av kronikere mv.

Egenandelstak 2, som omfatter fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling med enkelte unntak, opphold ved opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet, ble innført fra 2003 med et utgiftstak på 4500 kroner. Dette taket er videreført i 2004. I forbindelse med justering av egenandeler for fysioterapi, foreslås en bedre skjerming, og taket foreslås satt ned til 3500 kroner med virkning for hele året 2004. Et slikt lavere tak innebærer en vesentlig bedre skjerming for de pasienter som er storforbrukere av tjenester som omfattes av ordningen. Informasjonen om egenandelstak 2 vil samtidig bli styrket.

Det regnes med merutgifter på 12 mill. kroner knyttet til den foreslåtte reduksjonen av egenandelstaket.

Oppsummert

Samlet foreslås bevilgningen satt ned med 58 mill. kroner.

Kap 2755 Helsetjeneste i kommunene mv.

Post 70 Refusjon allmennlegehjelp

Det vises til innledningen under programområde 30. Bevilgningen foreslås satt ned med 55 mill. kroner.

Det vises til omtale under kap. 732 Regionale helseforetak. Bevilgningen foreslås økt med 2 mill. kroner med bakgrunn i økt inntak av klienter i legemiddellassistert rehabilitering.

Oppsummert

Bevilgningen foreslås satt ned med 53 mill. kroner.

Post 71 Refusjon fysioterapi

Det vises til innledningen under programområde 30. Bevilgningen foreslås økt med 20 mill. kroner som følge av anslagsendring.

Økning i egenandeler – bedre skjerming

Det vises til innledningen under programområde 30. Bevilgningen foreslås satt ned med 15 mill. kroner som følge av 5 pst. generell egenandelsøkning fra 1. juli 2004, jf. innledningen under programområde 30.

Omfanget av gratis fysioterapibehandling på grunnlag av diagnoselisten i refusjonsordningen har økt betydelig, og er nå på mer enn 50 pst. av det samlede behandlingsvolumet. Fra 1. juli 2004 foreslås innført en egenandel på 25 kroner per undersøkelse og behandling for pasienter som kommer inn under diagnoselisten. Denne egenandelen vil inngå i ordningen med egenandelstak 2, og tiltaket må ses i sammenheng med at egenandelstak 2 foreslås satt ned til 3500 kroner for å bedre skjermingen av storbrukere av disse tjenestene, jf. omtale under kap 2752, post 71. Innsparingen for 2004 anslås til 75 mill. kroner.

Oppsummert

Samlet foreslås bevilgningen satt ned med 70 mill. kroner.

Kap 2790 Andre helsetiltak

Post 70 Bidrag, lokalt

Legemidler for smertelindring

Det kan gis full utgiftsdekning for smertestillende legemidler til kreftpasienter med hjemmel i folketrygdlovens § 5-22 (bidragsordningen). Hovedregelen er at det ytes utgiftsdekning for legemidler som er medisinsk godkjent for behandling av smerter. Det er dessuten gjort unntak for enkelte legemidler som ikke er medisinsk godkjent for behandling av smerter, men som likevel kan ha en smertelindrende effekt for enkelte pasienter med kreft. Basert på tilråding fra Statens legemiddelverk har Helsedepartementet åpnet for at det fra 1. januar 2004 kan ytes full utgiftsdekning for flere legemidler med effekt mot typiske kreftsmarter, selv om disse ikke har generell indikasjon mot smerter. Kostnaden knyttet til full utgiftsdekning for de aktuelle legemidlene anslås til 3 mill. kroner, og bevilgningen foreslås økt tilsvarende.

Andre saker

1. Bioteknologiloven – retningslinjer for bruk av ultralyd

Lov 5. mai 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven) inneholder i kapittel 4 bestemmelser om fosterdiagnostikk. I påvente av utarbeidelse av retningslinjer, har ikrafttredelse av lovens kapittel 4 om fosterdiagnostikk blitt utsatt, jf. kgl.res. 17. desember 2003.

I § 4-1 første ledd er fosterdiagnostikk definert som ”undersøkelse av føtale celler, foster eller en gravid kvinne med det formål å få informasjon om fosterets genetiske egenskaper eller for å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret.”

Sammenholdt med lovens § 4-1 andre ledd fremgår at ultralyd brukt som fosterdiagnostikk vil være omfattet av definisjonen i første ledd, og dermed også være omfattet av lovens § 4-2 om godkjenning av undersøkelsesmetode og lovens § 7-1 som krever godkjenning av de virksomheter som skal utføre fosterdiagnostikk. Ultralyd brukt i den alminnelige svangerskapsomsorgen anses imidlertid ikke som fosterdiagnostikk i henhold til § 4-1 første ledd, og vil falle utenfor lovens regulering med unntak av § 4-5 om opplysning om fosterets kjønn før 12. svangerskapsuke.

I Ot.prp. nr. 64 (2002-2003) Om lov om medisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven) er det redegjort for skillet mellom ultralyd brukt som fosterdiagnostikk og ultralyd som del av den alminnelige svangerskapsomsorgen. I proposisjonen er det på side 76 blant annet uttalt:

”Helsedepartementet ser i denne sammenheng at det også kan være behov for nærmere retningslinjer om innholdet og den praktiske gjennomføringen av ultralydundersøkelser i svangerskapsomsorgen, og vil be Sosial- og helsedirektoratet vurdere dette.”

Et flertall i sosialkomiteen sluttet seg til dette, jf. Innst. O. nr. 16 (2003-2004), Innstilling fra sosialkomiteen om lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven), hvor det på side 27 blant annet uttales:

”Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig folkeparti og Senterpartiet, finner det hensiktsmessig at Stortinget blir orientert om nye retningslinjer for fosterdiagnostikk og bruk av ultralyd før disse trer i kraft.

Dette flertallet fremmer følgende forslag:

”Stortinget ber Regjeringen om å bli orientert på egnet måte om nye retningslinjer for fosterdiagnostikk og retningslinjer for bruk av ultralyd før de trer i kraft.”

Sosial- og helsedirektoratet ble ved Helsedepartementets brev av 28. januar 2004 gitt i oppdrag å utarbeide utkast til veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i alminnelig svangerskapsomsorg og i forbindelse med fosterdiagnostikk. Helsedepartementet understreket viktigheten av at fagmiljøene i landet ble trukket inn i arbeidet med retningslinjene. Det ble påpekt at utkast til retningslinjer skulle utarbeides under hensyntagen til de forslag og presiseringer som fremgår av odelstingsproposisjonen, sosialkomiteens innstilling, samt innleggene og debatten i Odelstinget 18. november 2003. I Ot.prp. 64 (2002-2003) er det redegjort for gjeldende indikasjoner for fosterdiagnostikk, jf. proposisjonens side 68 og side 70. Retningslinjene om indikasjon for fosterdiagnostikk er ikke endret, og Sosial- og helsedirektoratet har lagt disse til grunn ved sitt arbeid med retningslinjer for ultralyd i svangerskapet.

For å bistå ved utarbeidelse av utkast til retningslinjer oppnevnte Sosial- og helsedirektoratet en egen arbeidsgruppe bestående av fire eksterne fagpersoner, og direktoratet har ivaretatt sekretariatsfunksjonen for arbeidsgruppen. Arbeidsgruppens forslag til retningslinjer og det faglige grunnlaget for retningslinjene, har deretter vært forelagt ytterligere tre eksterne fagpersoner.

Sosial- og helsedirektoratet har gitt sin tilslutning til arbeidsgruppens forslag til retningslinjer for bruk av ultralyd og de faglige vurderinger som arbeidsgruppen har lagt til grunn. Utkast til veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet, samt redegjørelse for det faglige grunnlag for retningslinjene, ble oversendt Helsedepartementet ved direktoratets brev av 19. april 2004.

Ved at berørte fagmiljøer har vært sentrale ved utarbeidelse av utkast til retningslinjer, anser Helsedepartementet at det vil være grunnlag for stor grad av konsensus om disse retningslinjene i de fagmiljøer som tilbyr og gjennomfører ultralydundersøkelser, herunder både blant enkeltstående helsepersonell og godkjente virksomheter etter bioteknologiloven § 7-1. Det er viktig for at disse retningslinjene skal være praktikable i den kliniske virksomhet og at retningslinjene vil bli etterlevd i praksis. Det faktum at det utarbeides samlede retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet, vil også bidra til likeartet praksis på fagområdet.

Helsedepartementet har vurdert Sosial- og helsedirektoratets utkast til veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd, og er enig i innholdet i disse. Retningslinjene er i samsvar med lovtekst og de presiseringer som fremgår av odelstingsproposisjonen, sosialkomiteens innstilling og debatten i Odelstinget. I forhold til direktoratets utkast har Helsedepartementet foretatt en viss disposisjonsmessig redigering. Retningslinjenes utfyllende kommentarer er delt opp og flyttet slik at disse kommer i direkte tilslutning til de respektive retningslinjene for henholdsvis ultralydundersøkelse i den alminnelige svangerskapsomsorgen og ultralyd i forbindelse med fosterdiagnostikk. Etter dette fremstår de veiledende retningslinjene slik:

Veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet

1 Innledning

Lov 5. mai 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven) introduserer et skille mellom bruk av ultralyd i forbindelse med fosterdiagnostikk og ultralydundersøkelser som er ledd i den alminnelige svangerskapsomsorgen. Det vises til § 4-1 i loven hvor det heter:

”Med fosterdiagnostikk forstås i denne lov undersøkelse av føtale celler, foster eller en gravid kvinne med det formål å få informasjon om fosterets genetiske egenskaper eller for å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret.

Ultralydundersøkelser i den alminnelige svangerskapsomsorgen anses ikke som fosterdiagnostikk i henhold til første ledd, og omfattes derfor ikke av denne loven med unntak av § 4-5.”

I det følgende gis det veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd.

I den alminnelige svangerskapsomsorgen omfatter retningslinjene bruk av ultralyd i forbindelse med den rutinemessige undersøkelsen i uke 17-19 og undersøkelser på medisinsk indikasjon (jf. punkt 2 nedenfor). Bruk av ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen utover dette er ikke å regne som god klinisk praksis.

Ultralydundersøkelser i fosterdiagnostisk øyemed kan bare utføres når det foreligger indikasjon for fosterdiagnostikk (jf. punkt 3 nedenfor). Fosterdiagnostikk skal bare utføres ved virksomheter som er godkjent for dette formålet.

2 Ultralydundersøkelse i den alminnelige svangerskapsomsorgen

2.1 Veiledende retningslinjer

1. Rutineundersøkelsen i uke 17-19 og ultralydundersøkelser på medisinsk indikasjon er en del av den alminnelige svangerskapskontroll og anses ikke som fosterdiagnostikk.
2. Formålet med rutineundersøkelsen i uke 17-19 er å bestemme termin, antall fostre, placentas beliggenhet og å gjøre en orienterende undersøkelse av fosterets utvikling og anatomi.
3. Før ultralydundersøkelse i uke 17-19 skal kvinnen ha informasjon om ultralydundersøkelsens formål og innhold.
4. Formålet med ultralydundersøkelse på medisinsk indikasjon er å avklare en klinisk situasjon. Ultralydkompetent helsepersonell som utfører undersøkelsen kan vurdere hvor langt det er indisert å undersøke i samsvar med egen kompetanse.
5. Medisinsk indikasjon for ultralydundersøkelse, jf. nr. 4, vil for eksempel være smerter, blødning, for stor/for liten uterus eller uro for at svangerskapet ikke utvikler seg normalt.
6. Dersom ultralydundersøkelsen avdekker utviklingsavvik hos fosteret, eller det observeres mindre anatomiske eller funksjonelle endringer hos fosteret (jf. nr. 7), har kvinnen rett til informasjon om de funn som er gjort.
7. Mindre anatomiske eller funksjonelle endringer hos fosteret kan ha usikker klinisk betydning. Slike observasjoner kan følges opp ved gjentatte undersøkelser lokalt før eventuell henvisning til fosterdiagnostikk.
8. Dersom man ved en ultralydundersøkelse påviser eller får mistanke om utviklingsavvik hos fosteret, skal den gravide, dersom hun ønsker det, henvises til videre utredning ved en virksomhet som er godkjent for fosterdiagnostikk.

9. Når det foreligger indikasjon for fosterdiagnostikk, bør ultralydkompetent helsepersonell først gjøre en ultralydundersøkelse for å datere svangerskapet. Dette er nødvendig for å sikre at den fosterdiagnostiske undersøkelsen blir gjort på rett tid i svangerskapet. Det skal henvises til godkjent institusjon for å få utført den fosterdiagnostiske undersøkelsen.

2.2 Utfyllende kommentarer

Retningslinjene omfatter bruk av ultralyd ved den rutinemessige undersøkelsen i uke 17-19 og undersøkelser på medisinsk indikasjon i den alminnelige svangerskapsomsorgen. Bruk av ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen utover dette er ikke å regne som god klinisk praksis.

Rutineundersøkelsen i uke 17–19

Formålet er, slik det ble konkludert på konsensuskonferansene i 1986 og 1995, å bestemme termin, antall fostre, placentas beliggenhet og å gjøre en orienterende undersøkelse av fosterets utvikling og anatomi. Denne undersøkelsen skal fortsette uendret både når det gjelder innhold og praktisk gjennomføring. Rutinemessig bruk av ultralyd i svangerskapskontrollen utover denne undersøkelsen anbefales ikke.

Før ultralydundersøkelse i uke 17-19 skal kvinnen ha informasjon om formål og innhold i undersøkelsen. Det må gjøres klart at undersøkelsen er frivillig. Videre bør kvinnen orienteres om at undersøkelsen kan avdekke informasjon om fosterets tilstand, for eksempel at det er mulig å avdekke misdannelser. Det vises til Sosial- og Helsedepartementets brosjyre om ultralydundersøkelser (I-0999B).

Ved mistanke om utviklingsavvik må undersøkeren konferere med ultralydkompetent lege (gynekolog) på avdelingen, og dersom konklusjonen er normale funn er videre henvisning ikke nødvendig.

Ultralydundersøkelse på medisinsk indikasjon

De mest vanlige medisinske indikasjoner for ultralyd tidlig i svangerskapet er at livmorens størrelse ikke er i samsvar med antatt varighet av graviditeten, blødning, smerter eller uro for at svangerskapet ikke utvikler seg normalt. Formålet med ultralydundersøkelsen er å avklare en klinisk situasjon, og helsepersonell som utfører undersøkelsen kan vurdere hvor langt det er indisert å undersøke i samsvar med egen kompetanse.

Mindre anatomiske eller funksjonelle endringer hos fosteret kan ha usikker klinisk betydning. Slike observasjoner kan følges opp ved gjentatte undersøkelser lokalt før eventuell henvisning til fosterdiagnostikk. Dette gjelder for eksempel manglende framstilling av magesekk og urinblære, og lett avvikende nyrebekken. Funn av bare to blodkar i navlesnor og ellers normal anatomi kan også følges opp lokalt. Likeledes andre mer generelle funn, som avvikende plassering av morkake, lett avvikende fostervannsmengde, og vekstavvik i 3. trimester av graviditeten.

Henvisning til fosterdiagnostikk

Ved mistanke om større eller alvorlige utviklingsavvik hos fosteret skal den gravide få tilbud om videre utredning ved institusjon godkjent for fosterdiagnostikk.

3 Ultralyd i forbindelse med fosterdiagnostikk

3.1 Veiledende retningslinjer

Ultralydundersøkelser er å betrakte som fosterdiagnostikk dersom formålet med undersøkelsen er å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret, jf. nr. 2.

Fosterdiagnostisk ultralyd kan bare utføres når det foreligger indikasjon for fosterdiagnostikk (se utfyllende kommentarer i pkt. 3.2).

Ved indikasjon for fosterdiagnostikk bør det henvises til genetisk veiledning så tidlig i svangerskapet som mulig.

Ultralydundersøkelse på indikasjon for fosterdiagnostikk skal utføres ved virksomheter som er spesielt godkjent for dette formålet, jf. bioteknologiloven § 7-1. Myndighet til å gi godkjenning er delegert til Sosial- og helsedirektoratet.

Når det foreligger indikasjon for fosterdiagnostikk, bør det gis tilbud om fosterdiagnostisk ultralydundersøkelse tidlig i svangerskapet. Fosterdiagnostisk ultralydundersøkelse må ikke utelukke tilbud om annen prenatal diagnostikk.

3.2 Utfyllende kommentarer

Ultralydundersøkelser i fosterdiagnostisk øyemed kan bare utføres dersom det foreligger indikasjon for fosterdiagnostikk. Ultralydundersøkelse som har til formål å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret er å betrakte som fosterdiagnostikk.

Gjeldende indikasjoner for fosterdiagnostikk er redegjort for i Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), jf. side 68 hvor det uttales:

”Selv om det ikke foreligger en lovregulering av hvem som skal motta tilbudet, foreligger det retningslinjer som helsetjenesten forholder seg til. Slike retningslinjer fikk man for første gang i 1983 ved Helsedirektoratets rundskriv IK-1077: Orientering om prenatal diagnostikk. Ifølge disse retningslinjene kan fosterdiagnostikk tilbys i følgende situasjoner:

1. Foreldre som tidligere har fått et barn med kromosomsykdom
2. Foreldre som tidligere har fått et barn med nevralrørsdefekt
3. Foreldre som tidligere har fått et barn med medfødt stoffskiftesykdom hvor det er mulig å utføre fosterdiagnostikk
4. Foreldre som tidligere har fått et barn med alvorlig X-bundet recessiv sykdom eller hvor det er høy risiko for at kvinnene er bærer av slikt sykdomsanlegg
5. Hvor en av foreldrene er bærer av en kromosomanomali og dermed har høy risiko for å få barn med alvorlig utviklingsforstyrrelse
6. Foreldre som har klart øket risiko for å få barn med en kromosomsykdom på grunn av kvinnens alder. Det har hittil vært mulig å tilby slike undersøkelser for kvinner over 38 år.

Helsetilsynet har ellers lagt til grunn at fostervannsprøve kan være aktuelt dersom kvinnen har tatt et fosterbeskadigende medikament.

I en brosjyre som ble utgitt av Helsedepartementet 21. september 2001 informeres det om muligheten til å foreta genetisk fosterdiagnostikk i Norge (I-0998 B). I tillegg til de situasjoner som er nevnt ovenfor fremgår det at slik undersøkelse kan tilbys dersom en ultralydundersøkelse har vist tegn på kromosomavvik hos fosteret. Det fremgår videre at i spesielle tilfeller kan kvinner eller par som er i en vanskelig

livssituasjon, og som mener de ikke vil klare den ekstra belastning et funksjonshemmet barn kan medføre, kan få tilbud om fosterdiagnostikk”.

Når det foreligger indikasjon for fosterdiagnostikk bør det gis tilbud om fosterdiagnostisk ultralydundersøkelse tidlig i svangerskapet. Dette gjelder også indikasjoner hvor det er aktuelt å gjøre en kromosomundersøkelse, for eksempel ved fostervannsprøve. Fosterdiagnostisk ultralydundersøkelse må ikke utelukke tilbud om annen prenatal diagnostikk, for eksempel fostervannsprøve.

4 Markedsføring av ultralydundersøkelser som helsetjenestetilbud

Markedsføring av ultralydundersøkelser som helsetjenestetilbud skal være medisinskfaglig forsvarlig og vektlegge saklig informasjon, jf. helsepersonelloven § 13. Slik markedsføring skal være i tråd med gjeldende retningslinjer for bruk av ultralydundersøkelser.

I Innst. O. nr. 16 (2003-2004) side 27, har komiteens flertall uttalt følgende:

”Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener at ultralyd utover dette ikke vil være medisinskfaglig begrunnet, og skal dermed ikke være refusjonsberettiget. Denne undersøkelsen har kvinner mulighet for både før og etter ordinær svangerskapsundersøkelse, men en slik undersøkelse vil ikke være medisinskfaglig begrunnet og dermed ikke refusjonsberettiget.”

For at retningslinjene skal være mest mulig komplette, mener Helsedepartementet at det også bør redegjøres for dette i retningslinjene. Helsedepartementet vil derfor ta ovenstående inn under retningslinjenes pkt. 2.2, ”Utfyllende kommentarer” (til ultralydundersøkelse i den alminnelige svangerskapsomsorgen). Helsedepartementet viser også til at helsepersonelloven i gitte situasjoner kan tenkes å medføre begrensninger i adgangen til å tilby eller gjennomføre ultralydundersøkelser hvor det ikke foreligger medisinsk indikasjon. Helsedepartementet viser i den forbindelse særlig til helsepersonelloven § 4 om krav til forsvarlig virksomhet og helsepersonelloven § 6 som pålegger helsepersonell å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, trygden m.fl. unødvendig tidstap eller utgift.

2. Endring i pasientrettighetsloven

Stortinget vedtok 9. desember 2003 å utvide pasientenes rettigheter gjennom endringer i pasientrettighetsloven. For det første utvides ordningen med fritt sykehusvalg til også å omfatte alle private sykehus som har avtale med regionale helseforetakene som omfatter fritt sykehusvalg. Dessuten får rettighetspasientene krav på at spesialisthelsetjenesten fastsetter en individuell frist for når helsehjelpen senest skal ytes. Dersom spesialisthelsetjenesten bryter denne fristen, får rettighetspasienter rett til helsehjelp privat eller i utlandet. Oppgaven med å skaffe tilbud om helsehjelp etter et eventuelt fristbrudd, vil bli lagt til Rikstrygdeverket.

Å sørge for at de nye pasientrettighetene blir oppfylt, er en krevende oppgave som forutsetter omfattende forberedelser. Alle de regionale helseforetakene må for eksempel samarbeide om et opplegg for inngåelse av avtaler med private sykehus som sikrer lik valgrett for pasientene uansett geografisk tilhørighet. Det kreves omlegging av rutine og omfattende informasjon til helsepersonellet i alle helseforetakene for å sikre at det blir fastsatt frister for rettighetspasientene etter at det er foretatt en vurdering av alle henviste pasienter for å avgjøre om de er å anse som rettighetspasienter. Rikstrygdeverket må inngå avtaler om anskaffelse av helsehjelp til de ulike pasientgruppene som mest sannsynlig blir utsatt for

fristbrudd. Dette forberedelsesarbeidet er tidkrevende men nødvendig for at pasienten skal få oppfylt de rettighetene de får i og med endringene i pasientrettighetsloven.

I kronprinsregentens resolusjon av 19. mars 2004 ble det besluttet ikraftsetting 1. september 2004.

3. Transport av helsepersonell

Syke transportreformen, som ble iverksatt fra 1. januar 2004, medførte en ansvarsendring der regionale helseforetak fikk ansvar for transport av pasienter og av eget ansatt helsepersonell. Kommunene fikk på sin side ansvaret for transport av annet helsepersonell - i første rekke transport av fastleger, leger i kommunal legevakt og hjemmesykepleie.

I stortingsbehandlingen av statsbudsjettet for 2004 viste flertallet i kommunalkomiteen til at

”det no kjem urovekkjande meldingar frå ei rekkje kystkommunar om negative verknader av denne lovendringa. Fleire kommunar synest å få store ekstra utgifter til båttransport t.d. i legevaktsamarbeid og anna transport av helsepersonell. Flertalet vil be Regjeringa snarast vurdere konsekvensane for dei aktuelle kommunane med sikte på å motverke negative effektar og gi eit oversyn over saka i kommuneproposisjonen for 2005 med forslag til eventuell oppretting av uheldige økonomiske verknader.”

Sosialkomiteen avga følgende merknad i samme sak:

”Flertallet er kjent med at enkelte kommuner mener å få overført for lite midler i forhold til kostnadene forbundet med disse tjenestene. Det gjelder spesielt kommuner som er avhengige av ambulanse- og legeskyssbåt. Flertallet er kjent med at Helsedepartementet foretar en kvalitetssikring av dataene som dannet grunnlag for budsjetteringen og legger til grunn at Helsedepartementet på egnet måte vil legge til rette for oppretting i de tilfeller hvor det blir avdekket feil.”

På bakgrunn av reaksjoner fra flere kommuner som mener å ha fått for lite midler i forhold til kostnadene forbundet med transport av helsepersonell, tok Helsedepartementet initiativ til en gjennomgang av regnskapsopplysninger på nyåret 2004. Det er i hovedsak sett på kommuner som bruker ambulansebåt, enten i egen regi eller i samarbeid med andre kommuner.

Opplysninger fra båtselskaper er hentet inn, for å få sikkerhet for hvilke beløp som gjelder helsepersonell og ikke andre formål. I tilfeller der flere kommuner bruker samme båt, er det i enkelte tilfeller foretatt skjønnsmessige anslag for fordelingen mellom kommunene, enten basert på innbyggertall, eller på anslag fra kommunene. Grunnen til at man har konsentrert seg om kommuner som benytter båt til skyss av helsepersonell, er at det er avdekket at det særlig er for disse kommunene at kostnader knyttet til transport av helsepersonell ikke stemmer overens med det de har fått overført av statlige midler for 2004.

Rikstrykdeverket har på oppdrag fra Helsedepartementet foretatt en kvalitetssikring av dette materialet. På bakgrunn av denne gjennomgangen, vil justeringer i fordelingen av midler bli presentert i revidert "Grønt hefte" i juni 2004 og i kommuneproposisjonen for 2005.

4. Oppfølging av Ot.prp. nr. 55 (2001-2002)

Regjeringen fremmet i Ot.prp. nr. 55 (2001-2002) ulike forslag til styrking av forvaltningen relatert til produkter i grenseområdet mellom legemidler og næringsmidler.

Som et ledd i oppfølgingen av Stortingets behandling av saken, nedsatte Helsedepartementet sommeren 2003 et bredt sammensatt utvalg for å vurdere hvilke utsagn knyttet til et produkts

effekt (helsepåstander) som bør lede til at produktet må anses som et legemiddel. Utredningen vil være et viktig bidrag i arbeidet med å skape klarere rammevilkår for omsetning av produkter som grenser opp mot legemidler. Det var stor grad av konsensus i utvalgets konklusjoner og utvalgets arbeid vil føre til at forbrukerne får tilgang til mer informasjon om produkter som ikke er legemidler. Det arbeides for å legge til rette for en rask oppfølging av utvalgets konklusjoner, og utarbeidelsen av dokumentasjonskrav ved bruk av helsepåstander på næringsmidler vil være sentral i dette arbeidet.

Helsedepartementet har fastsatt en forskriftsendring om klassifisering av legemidler som klargjør hvilke andre kriterier enn helsepåstander som vektlegges, når en skal ta stilling til om et produkt må anses som et legemiddel. Sammen med en utvidet adgang til å knytte helsepåstander til produkter som ikke er legemidler, vil endringen gi bransjen en stor grad av forutsigbarhet med hensyn til hvordan myndighetene vil klassifisere et bestemt produkt.

Helsedepartementet sendte 9. mars 2004 på høring ulike modeller for å styrke forvaltningen av den produktgruppen som i Ot.prp. nr. 55 (2001-2002) ble omtalt som naturmidler. Felles for de ulike modeller som er forelagt høringsinstansene, er at produktene fremdeles ønskes regulert innenfor næringsmiddelovngivningen for å skape en mest mulig forutsigbar og enkel forvaltningsstruktur. Størsteparten av de produkter som omtales som naturmidler i Ot.prp. nr. 55 (2001-2002), vil etter endringer av regelverket falle inn under begrepet kosttilskudd og underlegges meldeplikt til Mattilsynet. Helsedepartementet anser det derfor som mest hensiktsmessig å styrke matforvaltningens kompetanse om produktgruppen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med en nærmere beskrivelse i statsbudsjettet for 2005.

Helsedepartementet fastsatte 31. mars 2004 en forskriftsendring som utvider naturlegemiddelordningen. Intensjonen bak forskriftsendringen har i første rekke vært å klargjøre forvaltningspraksis, samt å utvide ordningen noe for å harmonisere den med svensk og dansk praksis. Dette er ment å gjøre det lettere for private aktører å forutberegne myndighetens behandling, samt å legge bedre til rette for at produkter som er godkjent etter tilsvarende ordninger i Sverige og Danmark, også kan godkjennes i Norge. Regelverket åpner nå for at langt flere produkter bør kunne godkjennes som naturlegemidler.

3.8 Barne- og familiedepartementet

Kap. 842 Statlig forvaltning av familievernet

Post 01 Driftsutgifter

Sammenslåing av Statens barnevern og familievern og Barne-, ungdoms- og familieforvaltningen

Det foreslås å omdisponere 1 mill. kroner fra kap. 842 Statlig forvaltning av familievernet, post 01 Driftsutgifter til kap. 858 Barne-, ungdoms- og familieforvaltningen, post 01 Driftsutgifter. Det vises til nærmere omtale av sammenslåingen av Statens barnevern og familievern og Barne-, ungdoms- og familieforvaltningen under kap. 855 Statlig forvaltning av barnevernet, post 01 Driftsutgifter.

Bevilgningen under kap. 842, post 01 foreslås satt ned med 1 mill. kroner.