DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.prp. nr. 1

(2004–2005)

FOR BUDSJETTERMINEN 2005

Utgiftskapitler: 700–761 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5577 og 5578

Innhold

Del I

Innledende del 9

1 Regjeringens mål for helse- og omsorgspolitikken 11
1.1 Regjeringens verdigrunnlag 11
1.2 Prioritere dem som trenger det mest 11
1.3 Valgfrihet og medbestemmelse 11
1.4 Et helhetlig behandlingstilbud 12
1.5 Helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet 12

2 Status og utfordringer for helse- og omsorgsektoren 13
2.1 Helsetilstanden i Norge er god 13
2.2 Ressursbruk i verdenstoppen 13
2.3 Behovet for samordning 14
2.4 Bedre tilgjengelighet og reduserte ventetider 14
2.5 Bedre ressursbruk 15
2.6 Prioritering 15
2.7 Likeverdighet 15
2.8 Kvalitet 16
2.9 Noen sentrale utfordringer 16

3 Profilen i budsjettforslaget 18
3.1 Opptrappingsplanen for psykisk helse 19
3.2 Tiltak for rusmiddelmisbrukere 20
3.3 Somatisk spesialisthelsetjeneste ... 20
3.4 Habilitering av funksjonshemmede barn 21
3.5 Legemidler 21
3.6 Oppfølging av folkehelsemeldingen 22
3.7 Forskning innen medisin, helse og omsorg 23

4 Budsjett- og strukturtiltak 24
4.1 Egenbetaling 24
4.2 Polikliniske takster 25
4.3 Laboratorier og røntgeninstitutt 25
4.4 Inntektsfordeling for regionale helseforetak 25
4.5 Ansvar for pasienttransport 25
4.6 Generisk konkurranse for legemidler 26

5 Oversiktstabeller 27
5.1 Utgifter fordelt på kapitler 27
5.2 Inntekter fordelt på kapitler 29
5.3 Stillings- og årsverksoversikt 30
5.4 Garantifullmakter 30
5.5 Bruk av stikkordet «kan overføres» 31

Del II

Budsjettforslaget 33

Programområde 10 Helse og omsorg 35

Programkategori 10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv. 35
Kap. 0700 Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700) 35
Kap. 3700 Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 700) 36
Kap. 0701 Forskning 36
Kap. 0702 Helse- og sosialberedskap 42
Kap. 0703 Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703) 45

Programkategori 10.10 Folkehelse 51
Kap. 0710 Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710) 52
Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710) 58
Kap. 712 Bioteknologinemnda 59
Kap. 3712 Bioteknologinemnda (jf. kap. 712) . 59
Kap. 715 Statens strålevern (jf. kap. 3715) 60
Kap. 3715 Statens strålevern (jf. kap. 715) 64
Kap. 719 Helsefremmende og forebyggende arbeid 64

Programkategori 10.20 Helsetjeneste 74
Kap. 0720 Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720) 75
Kap. 3720 Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap 720) 81
Kap. 0721 Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721) ... 82
Kap. 3721 Statens helsetilsyn (jf. kap 721) 86
Kap. 0722 Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722) 87
Kap. 3722 Norsk Pasientskadeerstatning (jf. kap. 722) 89
Kap. 0723 Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723) 90
Kap. 3723 Pasientskadenemnda (jf. kap. 723) 91

Kap. 0724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak 91
Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell 101
Kap. 0725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap 3725) 102
Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725) 104
Kap. 0726 Habilitering og rehabilitering 104
Kap. 0727 Tannhelsetjenesten 112
Kap. 0728 Forsøk og utvikling mv. 115
Kap. 0729 Annen helsetjeneste 126

Programkategori 10.30 Regionale helseforetak 129
Kap. 0732 Regionale helseforetak (jf. kap. 3732) 129
Kap. 3732 Regionale helseforetak (jf. kap 732) .. 163
Kap. 0737 Kreftregisteret 164
Kap. 0739 Andre utgifter 166
Kap. 3739 Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739) 166

Programkategori 10.40 Psykisk helse 167
Kap. 0742 Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter 168
Kap. 0743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse 169
Kap. 0744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede 206

Programkategori 10.50 Legemidler 208
Kap. 0750 Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578) 208
Kap. 3750 Statens legemiddelverk (jf. kap. 750) 212
Kap. 5578 Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750) 212
Kap. 0751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577) 213
Kap. 3751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577) . 215
Kap. 5577 Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 751) 215

Programkategori 10.60 Omsorgstjenester 217
Kap. 0760 Utredningsvirksomhet m.m. 225
Kap. 0761 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet 226

Programområde 30
Stønad ved helsetjenester 240

Programkategori 30.10
Spesialisthelsetjenester mv. 242
Kap. 2711 Spesialisthelsetjenester mv. 242

Programkategori 30.50
Legehjelp, legemidler mv. 248
Kap. 2750 Syketransport mv. 248
Kap. 2751 Legemidler mv. 249
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling 261
Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv. 262

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak 268
Kap. 2790 Andre helsetiltak 268

Del III
Særskilte saker 271

7 Plan og meldingssystem for regionale helseforetak 273
7.1 Innledning 273
7.2 Rapportering for 2003 fra regionale helseforetak 274
7.3 Prioriterte styringsforhold i 2004 – konkrete styringskrav 282
7.4 Strategiske områder for samarbeid 283
7.5 Lokalsykehusenes rolle 285
7.6 Andre forhold 290
7.7 Satsningsområder i 2005 291

8 Fornying og organisasjons- og strukturendring i statsforvaltningen 294
8.1 Regelforenkling 294
8.2 Organisasjons- og strukturendringer 294

9 Miljøvern og miljøledelse 296
9.1 Sektorovergripende miljøvernpolitikk 296
9.2 Grønn stat – innføring av miljøledelse i statlige virksomheter 297

Forslag til vedtak om bevilgning for budsjetterminen 2005, kapitlene 700-761 og 2711-2790, 3700-3751, 5577, 5578 299

Vedlegg 1
Lederes ansettelsesvilkår i heleide statlige foretak under Helse- og omsorgsdepartementet 307

Figuroversikt

Figur 2.1 Forbruket av helsetjenester som andel av brutto nasjonalprodukt 1970–2003 13
Figur 2.2 Andel som har behov for og bruker helse- og omsorgstjenester 14
Figur 2.3 Utvikling i ventetid for spesialist-helsetjenesten 15
Figur 6.1 Opptrapping i driftsmidler 1999 – 2008 171
Figur 6.2 Investeringsnivå i spesialist-helsetjenesten 1999 - 2008 171
Figur 6.3 Investeringsnivå i kommunene (boliger) 172
Figur 6.4 Botilbud i institusjon og omsorgs-boliger 218
Figur 6.5 Mottakere av pleie- og omsorgs-tjenester etter alder 220
Figur 7.1 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid på behandling i spesialist-helsetjenesten. 276
Figur 7.2 Antall som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten. 277

Oversikt over bokser

Boks 3.1 Regjeringens viktigste satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets område (faste priser i forhold til saldert budsjett 2004) 19
Boks 6.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG) 152

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.prp. nr. 1

(2004–2005)

FOR BUDSJETTERMINEN 2005

Utgiftskapitler: 700–761 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5577 og 5578

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 1. oktober 2004, godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)

Del I
Innledende del

1 Regjeringens mål for helse- og omsorgspolitikken

1.1 Regjeringens verdigrunnlag

Regjeringens politikk bygger på:
- respekt for menneskelivet og menneskeverdet
- omsorg for svakstilte
- satsing på forebygging
- personlig ansvar for egen helse
- felleskapsansvar for et helsetjenestetilbud til alle

Helse og omsorg har avgjørende betydning for menneskers livskvalitet. Regjeringen setter derfor pasienten i sentrum for sin helsepolitikk. Pasienter og brukere skal møtes med omsorg og respekt i helse- og omsorgstjenesten.

Helsetjenesten skal tilby kvalitativt gode behandlingstilbud til alle. Målet er et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi og den enkeltes livssituasjon.

Helse- og omsorgstilbudet skal tilpasses den enkelte. Pasienter og brukere skal gis økt valgfrihet og medbestemmelse i forhold til tjenestetilbudet.

Informasjon, kvalitetssikring og god ressursutnyttelse er nødvendig for å sikre gode helse- og omsorgstjenester. Alle nivå i helse- og omsorgstjenesten må samarbeide for å sikre helhetlige behandlingstilbud til pasienter og brukere.

Frivillige og private aktører er viktige supplement og korrektiv til den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Helse- og omsorgstilbudet skal utformes med sikte på at alle skal ha mulighet til å delta i samfunnet på lik linje ut fra egne forutsetninger. Det skal legges vekt på å tilby tjenester i brukernes nærmiljø, som gir mulighet for deltakelse, selvstendighet og mestring.

Folkehelsearbeidet skal bidra til å redusere helserisiko og til bedre helse for den enkelte. Den forebyggende innsatsen må styrkes, og det må skapes nye allianser mellom de ulike samfunnssektorene for å engasjere befolkningen i dette arbeidet.

Respekt for menneskeverdet og ivaretakelse av den personlige integritet er viktige hensyn som regjeringen vil fokusere på nasjonalt og internasjonalt. Bio- og genteknologi er blitt en viktig del av nyvinningen innenfor moderne medisin til beste for alle. Regjeringen vil legge «føre var-prinsippet» til grunn for vurdering av nye former for bio- og genteknologi.

1.2 Prioritere dem som trenger det mest

Regjeringen prioriterer psykisk helse. St.meld. nr. 21(1996–1997) Åpenhet og helhet avdekket svikt i alle ledd i psykisk helsevern. Stortinget sluttet seg i juni 1998 til en forpliktende opptrappingsplan for styrking av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser og forebyggende arbeid på området. Regjeringen foreslår for 2005 en styrking av bevilgningene til opptrappingsplanen som overstiger nødvendig årlig vekst de gjenstående årene for oppfyllelse av planens mål for driftsøkning. Det historisk høye investeringsnivået i 2004 foreslås videreført i 2005. Midlene skal sikre en kvantitativ og kvalitativ styrking av psykisk helsevern i tråd med planens målsettinger.

Behandlings- og helsetilbudet til personer med rusproblemer skal styrkes. Rusreform I og II, Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer og tiltaksplan mot fattigdom skal bidra til at rusmiddelmisbrukere gis et bedre og mer helhetlig tilbud. Lavterskel helsetiltak styrkes for å bedre helsetilstanden og motvirke overdosedødsfall for rusmiddelmisbrukere. Tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) styrkes. De medikamentfrie behandlingstiltakene skal videreutvikles for å gi et tverrfaglig behandlingstilbud av høy kvalitet. Den kommunale oppfølgningen av personer med rusproblemer skal styrkes for å sikre helhetlige behandlings- og omsorgstilbud med oppfølging i nærmiljøet.

1.3 Valgfrihet og medbestemmelse

Regjeringen vil stimulere til valgfrihet og medbestemmelse for brukere av helse- og omsorgstjenestene.

Gjennom innføring og styrking av pasientrettigheter har Regjeringen overført makt fra system til pasient. Retten til fritt sykehusvalg gir pasienten større valgfrihet og bidrar til å utnytte de samlede ressursene i helsetjenesten. 1. september 2004 ble

det innført en individuell frist for behandling av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Dette vil sikre trygghet for behandling i rett tid, og bidra til økt fokus på prioritering i helsetjenesten. Regjeringen vil sette fokus på rettssikkerhet, slik at brukeres og pasienters rettigheter ivaretas i praksis.

Pleie- og omsorgstjenestene bør i større grad tilpasses den enkeltes ønsker og behov. Regjeringen vil stimulere til økt grad av brukervalg innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Det bør legges til rette for et større mangfold av tjenestetilbydere for å sikre reell valgfrihet. Det skal fortsatt være et offentlig ansvar å sikre nødvendige pleie- og omsorgstjenester til alle.

1.4 Et helhetlig behandlingstilbud

Regjeringen legger til grunn at behovet til den enkelte pasient skal være utgangspunktet for alle tjenestetilbud. God samhandling mellom alle nivåene i helsetjenesten skal sikre at alle opplever at helsetjenesten er til for dem, uavhengig av om det er helseforetakene, kommunene, fylkeskommunene eller private som tilbyr hele eller deler av tjenesten.

Dette innebærer for det første at det må være et godt samspill mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Systemer for samarbeid må etableres og videreutvikles. Dette forutsetter en velutbygd primærhelsetjeneste med bl.a. god og stabil legedekning, god tilgjengelighet og riktig kvalitet. Regjeringen vil ta initiativ til å utvikle bedre løsninger for samspillet mellom nivåene i helsetjenesten.

For det andre skal de regionale helseforetakene sørge for en spesialisthelsetjeneste der kvalitet, likeverdighet og tilgjengelighet er avgjørende kriterier.

For det tredje ønsker Regjeringen å stimulere til at private helsetilbud utnyttes i samspill med den offentlige helsetjenesten.

1.5 Helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet

Sykehusreformen har gitt gode resultater i form av betydelig reduserte ventetider for pasientene. Pasientenes tilfredshet med helsetjenesten avhenger av god og rask tilgang til tjenestene. Helsetjenestenes struktur og fordeling av funksjoner mellom virksomhetene skal sikre et helsetilbud av høyest mulig kvalitet. En god utnyttelse av ressursene i helsesektoren er nødvendig for å frigjøre flere ressurser til pasientbehandling. Satsing på forskning og gode muligheter for spesialisering er nødvendig for å styrke behandlingstilbudet.

Det er nødvendig å videreutvikle indikatorer for å vurdere helsetjenestens kvalitative innhold. Den brukeropplevde kvaliteten skal vektlegges. Kvalitetsmålinger skal publiseres slik at disse blant annet kan brukes som grunnlag for pasientenes frie sykehusvalg. Det er særlig viktig å videreutvikle kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsevern.

Regjeringen vil fortsatt ha fokus på kvalitet i pleie- og omsorgstilbudet, med vekt på valgfrihet og individuelle løsninger tilpasset den enkeltes behov. Et pleie- og omsorgstilbud av god kvalitet skal både gi trygghet for at grunnleggende behov blir dekket, legge til rette for sosialt fellesskap og vise respekt for den enkeltes rett til selvstendighet og privatliv. Regjeringen vil gi kommunene handlingsrom til å utforme gode pleie- og omsorgstjenester ut fra lokale forhold og behov.

Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund har inngått en forpliktende avtale om fremtidig utvikling av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Gjennom avtalen forplikter staten og kommunesektoren seg til å samarbeide for å utvikle kvaliteten på tjenestene gjennom bedre ledelse og organisering, bedre saksbehandling og etablering av kvalitetssystemer. Det skal utvikles kvalitetsindikatorer og brukerundersøkelser som en del av kommunenes kvalitetsutviklingsarbeid. Regjeringen vil videreutvikle en erfaringsbank som skal gi kommunene hjelp til å utvikle egen bestillerkompetanse.

2 Status og utfordringer for helse- og omsorgsektoren

Helse- og omsorgssektoren omfatter spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det offentlige finansierer 85 pst. av disse tjenestene, svarende til om lag 130 mrd. kroner i 2003. Spesialisthelsetjenesten finansieres i hovedsak over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, mens de kommunale tjenestene i all hovedsak finansieres av kommunenes frie inntekter fra skatter og rammetilskudd.

Dette kapitlet gir en oversikt over ressursbruk og aktivitet, og noen vurderinger av mål og resultater for sektoren.

2.1 Helsetilstanden i Norge er god

I følge helseundersøkelsen for 2002 opplever flere å ha god eller meget god helse nå enn i 1985. Størst bedring er det i aldersgruppen 45–79 år. Personer over 80 år opplever ingen tilsvarende bedring.

Forventet levealder for eldre aldersgrupper er økt, mens tiden med sykdom før død synes uendret. Norge har imidlertid hatt en svakere vekst i levealder enn enkelte andre land. I 1960 lå Norge på topp i OECD-området mht. forventet levealder, mens vi i 2002 lå på åttende plass.

Psykiske plager er et folkehelseproblem. 15–20 pst. av befolkningen har psykiske lidelser i mildere eller alvorligere grad. Mellom 10 og 20 pst. av alle barn rapporteres å ha så store psykiske problemer at det påvirker deres dagligliv, og 4–7 pst. er antatt å være behandlingstrengende. Selvmord tar mange unge liv, og er en av de viktigste årsakene til tapte leveår for dem under 70 år. Antall selvmord økte fram til 1988. Siden er antallet redusert, de siste årene med mer enn 25 pst.

Livsstilsrelaterte forhold som røyking, spisevaner, fysisk aktivitet og alkoholkonsum er de viktigste forholdene som påvirker antall leveår. Antall røykere er betydelig redusert de siste 30 årene, først og fremst fordi andelen røykere blant menn er gått ned. Andelen dagligrøykere i aldersgruppen 16–74 år gikk ned fra 29 pst. i 2002 til 26 pst. i 2003.

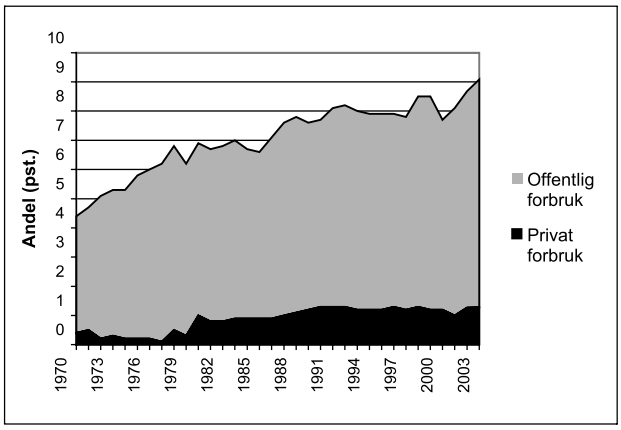
Alkoholkonsumet i Norge er blant de laveste i Europa. Rusmiddelproblemer er imidlertid økende. Dødsfall på grunn av ulykker og vold er ofte knyttet til bruk av rusmidler. Narkotikarelaterte dødsfall har sunket kraftig de siste årene, noe man antar skyldes satsingen på legemiddelassistert rehabilitering og lavterskel helsetiltak.

Overvekt og fedme øker risikoen for type 2 diabetes, hjerte-/karsykdommer og noen krefttyper. I Norge har andelen av befolkningen med fedme økt fra 7 pst. til 15 pst. de siste 30 år.

2.2 Ressursbruk i verdenstoppen

De rikeste landene bruker en større del av sine ressurser på helsetjenester enn fattigere land. Norge ligger på tredje plass i verden både når det gjelder nasjonalprodukt og utgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger. Helse- og omsorgstjenestens andel av vårt nasjonalprodukt har vært økende. I 2003 var den for første gang over 9 pst.

Den privatfinansierte andelen av forbruket har ligget på 10–15 pst. de siste 20 årene. En vesentlig del av dette er egenandeler for bruk av offentlig finansierte tjenester. Framveksten av en del private og mer kommersielle tilbud har ikke endret dette.



Figur 2.1 Forbruket av helsetjenester som andel av brutto nasjonalprodukt 1970–2003

I 2004-rapporten fra FNs utviklingsprogram er Norge rangert på første plass i verden når det gjelder ressursbruk, tilgjengelighet og nivå på helsetjenester.

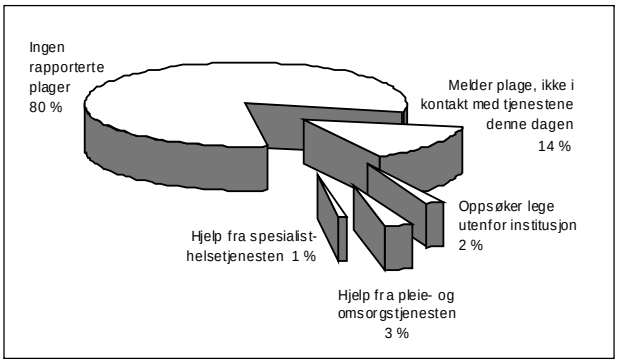
Helse- og omsorgstjenesten er arbeidsintensiv med om lag 215 000 årsverk, og utgjør mer enn 17 pst. av den norske arbeidsstyrken. Sammenliknet med andre OECD-land er antall helsepersonell

høyt i forhold til innbyggertallet. Legedekningen er god, og er særlig bedret de siste 4–5 årene. Norge har, som de øvrige nordiske land, en av de beste tannlegedekningene i Europa, og ligger på andreplass når det gjelder tilgang på sykepleiere. Utfordringen for tannhelsetjenesten er den geografiske fordelingen og rekrutteringen til offentlige stillinger.

Helse- og omsorgstjenesten utgjør om lag 40 pst. av de kommunale utgifter. Tjenesten omfatter allmennlegetjeneste, sykehjem, hjemmesykepleie, praktisk bistand, fysioterapi, helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Disse tjenestene er i stor grad finansiert av kommunene.

2.3 Behovet for samordning

Helseundersøkelsen i 2002 viste at de som på et gitt tidspunkt opplevde helseplager utgjorde 20 pst. av befolkingen. Av disse var om lag 25 pst. i kontakt med helse- og omsorgstjenesten på en gitt dag. De fleste av disse hadde da kontakt med helse- og omsorgssektoren i kommunen, som vist i figur 2.2.



Figur 2.2 Andel som har behov for og bruker helse- og omsorgstjenester

En god helse- og omsorgstjeneste kan ikke bare konsentrere seg om dem som til en hver tid er i kontakt med tjenesten, men må også ha oppmerksomhet mot befolkningen som ikke oppsøker tjenestene. Målet er at flere skal holde seg friske og at de som har behov for hjelp lettere skal kunne nå fram til tjenestene. Derfor er det et stort behov for samordning mellom sektorer og nivåer så vel som innad i hver enkelt sektor og virksomhet.

Målet for de store reformene og tiltakene de senere årene har vært å få tydelige ansvarsforhold, og styrke, samordne og målrette helse- og omsorgstjenesten slik at alle skal kunne få den hjelpen de behøver til rett tid.

- Styrkede pasientrettigheter skal gi større valgfrihet og makt til pasienten. Det er etablert fritt sykehusvalg og pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal få en individuell frist for når behandling senest skal skje.
- Fastlegeordningen har som formål å plassere ansvar for allmennlegetjenesten og bidra til kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient.
- Regionale helseforetak skal utvikle en bedre funksjonsfordeling innen regionene, slik at nærhet blir vektlagt for de tjenester der dette er viktig, samtidig som kompetanse samles der dette gir bedre kvalitet og mer effektiv drift.
- Det er behov for bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er derfor nedsatt et utvalg, Samhandlingsutvalget, som i løpet av 2004 skal foreslå forbedringer i rammebetingelsene for samarbeid mellom ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten.
- Handlingsplanen for eldreomsorg har styrket den kommunale omsorgstjenestens kapasitet og kvalitet med personell, omsorgsboliger og sykehjemsplasser.
- Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse skal tjenestetilbudet bygges ut, omstruktureres og nye arbeidsmetoder skal tas i bruk.
- Rusreformen har gitt organisatorisk grunnlag for å se tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere i sammenheng med øvrig spesialisthelsetjeneste.
- Etableringen av indikatorer for måling av kvaliteten har bidratt til mer oppmerksomhet rundt tjenestens innhold. De skal understøtte helsemyndighetens arbeid for å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten.
- Med opprettelse av Helse- og omsorgsdepartementet er det konstitusjonelle ansvaret for tjenestene samlet ett sted, uavhengig av om tilbudene er forankret i kommunene eller helseforetakene.
- I legemiddelmeldingen vil regjeringen fremme forslag om bedre forskrivning og bruk av legemidler.

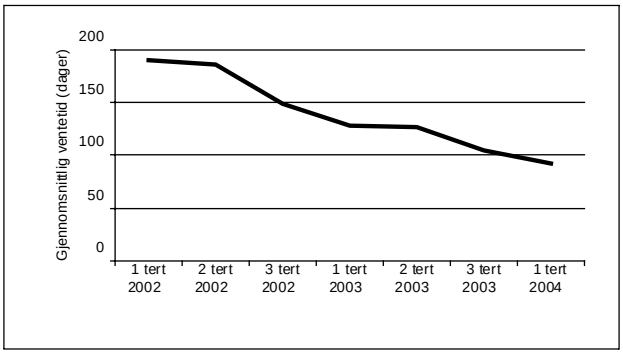
2.4 Bedre tilgjengelighet og reduserte ventetider

Ressursbruk og aktivitet i helse- og omsorgssektoren har økt betydelig de siste ti årene. Både utskrivinger og polikliniske konsultasjoner per innbygger har økt med over 25 pst. fra 1992 til 2003, og det har skjedd en ønsket vridning fra innleggelser til dagbehandling og poliklinikk. Den økte aktiviteten gjenspeiles i en markert vekst i antall stillinger, spesielt for leger og sykepleiere.

Både antall legekonsultasjoner i Norge og andelen av sykehusressursene som brukes på inn-

lagte pasienter ligger på gjennomsnittet for OECD-landene i forhold til innbyggertallet.

De to siste årene er sykehuskøene betydelig redusert. Både antallet som venter på sykehusbehandling og ventetiden for den enkelte er gått ned. Reduksjonen skyldes høy aktivitet og aktiv administrering av ventelistene.



Figur 2.3 Utvikling i ventetid for spesialisthelsetjenesten

Siden inngangen til 1990-tallet har arbeidsmåten innen psykisk helsevern endret seg mye. Liggetiden er sterkt redusert, og polikliniske tjenester er økt kraftig. Antall døgnopphold er økt med 30 pst. fra 1998 til 2003. I samme periode er antall polikliniske psykiatriske konsultasjoner økt med 50 pst.

Kapasiteten innen pleie- og omsorgstjenesten er bygget betydelig ut gjennom handlingsplanen for eldreomsorg. Resultatene ligger godt over handlingsplanens måltall. De siste 10 årene er sykehjemsdekningen om lag uendret, mens eneromsdekningen er vesentlig styrket. Fra 1998 har Husbanken gitt tilsagn om finansiering av 39 600 sykehjemsplasser og omsorgsboliger, tilsvarende 32 milliarder kroner i statlige tilskudd. Personellinnsatsen er økt med om lag 35 pst. fra 1994 til 2003, og personelldekningen per bruker er styrket. Kommunene har dreid ressursbruken fra institusjonsbasert omsorg til hjemmetjenester, og har konsentrert innsatsen mot personer med omfattende behov.

Utgiftene til medisiner per innbygger er økt trefire ganger i tiårsperioden 1993–2002. Økt legemiddelbruk og overgang til nye og dyrere legemidler er viktigste årsaker til veksten.

2.5 Bedre ressursbruk

Ressursbruken i sykehusene blir stadig bedre. Analyser utført av SINTEF tyder på at den positive utviklingen i effektiviteten de siste årene fortsatte fra 2002 til 2003, og at effektivitetsveksten har vært særlig sterk etter sykehusreformen. Eksempelvis har effektiviteten målt ved antall behandlede pasienter per årsverk (teknisk effektivitet) økt med om lag 2½ pst. fra 2001 til 2003. Også kostnadseffektiviteten er bedret, slik at vi får mer helse for hver krone.

Tilsvarende effektivitetsmål for psykisk helsevern viser at antall utskrevne pasienter per årsverk har økt med vel 10 pst., mens antallet polikliniske konsultasjoner per årsverk har økt med 18 pst. fra 2001 til 2003.

Det at antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten har økt vesentlig mer enn veksten i personer som har fått tjenester i eller utenfor institusjon, bør i følge teknisk beregningsutvalg for kommunesektoren sees i sammenheng med at brukerne er blitt mer ressurskrevende.

2.6 Prioritering

Regionale helseforetak skal prioritere psykisk helsevern, rusmiddelmisbrukere, kreftsykdommer og lindrende behandling, personer med kroniske sykdommer og habilitering og rehabilitering. Pasientrettighetsloven skal sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasientene rettigheter overfor helsetjenesten. Fra og med 1. september 2004 ble pasientenes rettigheter styrket ved at de med rett til nødvendig helsehjelp får fastsatt en individuell frist for når behandling senest skal finne sted. Ved brudd på individuell tidsfrist kan pasienten gjennom Rikstrygdeverket få tilbud om behandling hos private eller i utlandet. Fritt sykehusvalg er utvidet til også å omfatte private sykehus som har avtale med regionale helseforetak og barn og unge innenfor psykisk helsevern.

Retten til nødvendig helsehjelp praktiseres ulikt mellom foretak og mellom helseregioner. I 2002 var andelen elektive (planlagte) døgnopphold for pasienter med rett til helsehjelp 52 pst. i helseregion Øst, mens andelen var 77 pst. i helseregion Midt-Norge.

Prioriteringsforskriften beskriver hvordan det skal tas hensyn til hvilken nytte pasienten vil ha av behandlingen i forhold til hva behandlingen koster. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å operasjonalisere forskriften. De regionale helseforetakene har opprettet en egen gruppe som skal bistå foretakene med prioriteringsarbeidet. Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten skal bidra til en god offentlig debatt om hvor grensen bør gå for bruk av offentlige ressurser på diagnostikk og behandling.

2.7 Likeverdighet

Målet for norsk helse- og omsorgstjeneste er at det skal være likeverdig tilgang til helse- og omsorgs-

tjenester uavhengig av hjemsted, boform, økonomi, livsfase, kjønn og kulturell tilhørighet.

I kommunene kan lokale tilpasninger medføre at forholdet mellom institusjonsplasser og hjemmetjenester varierer, mens tilgangen til tjenester er likeverdig. Gjennom handlingsplanen for eldreomsorg er kommunene med de dårligste tjenestene styrket særskilt. Resultatene viser at ulikheten er redusert. En undersøkelse utført av Statens helsetilsyn i 2003 viste ingen klare forskjeller i behovsdekning mellom kommuner, og at de fleste brukerne får tilstrekkelig hjelp. Derimot mottar mennesker med psykiske lidelser i mange tilfelle ikke tilstrekkelig omsorgstjeneste, og brukere som bor i eget hjem mottar mindre hjelp enn brukere som bor i omsorgsboliger. Når det gjelder rekruttering av tilstrekkelig kvalifisert helse- og omsorgspersonell og opplæring av ufaglærte, er utfordringene spesielt store i årene som kommer.

Befolkningens helsetilstand og livsstil varierer etter geografisk område. Nord-Norge og Østlandet utenom Oslo og Akershus kommer dårligst ut av en slik sammenlikning. Det er også betydelige forskjeller i de største byene, spesielt i Oslo.

Tilsvarende sammenlikning av sosiale grupper viser at personer uten inntektsgivende arbeid har flest plager. De med flest plager benytter seg også mest av helsetjenesten.

Levekårsundersøkelsen har avdekket at kontakthyppigheten med helsetjenesten varierer med befolkningstettheten. De største stedene (flere enn 100 000 innbyggere) hadde færrest kontakter per innbygger, etterfulgt av de aller minste stedene (færre enn 200 innbyggere). De minste stedene hadde derimot flest innleggelser på sykehus.

Aktiviteten målt i utskrivinger, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i forhold til innbyggertallet viser forskjeller mellom helseregionene. For somatiske tjenester har Helse Sør det høyeste tilbudet og Helse Øst det laveste. Dette kompenseres ved at Helse Øst kjøper tjenester utenfor egen region, og da først og fremst fra Rikshospitalet. Sammenlignes innbyggernes bruk av sykehustjenester, bruker Helse Nord mest, mens Helse Øst og Vest bruker minst. Innen psykisk helsevern har Helse Sør høyest og Helse Vest lavest aktivitet.

En sammenlikning av ventelister i forhold til befolkningstall bekrefter ulikhetene, og det er ingen entydig sammenheng mellom aktivitet og ventetid.

2.8 Kvalitet

Regjeringen inngikk våren 2003 en avtale med Kommunenes Sentralforbund om utvikling av de kommunale pleie- og omsorgstjenester. Partene arbeider sammen om å finne gode kvalitetsmål på tilgjengelighet og fleksibilitet, og hvordan brukernes behov og ønsker blir ivaretatt.

Det er utviklet ulike indikatorer som skal si noe om kvaliteten i spesialisthelsetjenesten. Det er presentert resultat for ni av tolv indikatorer for somatiske sykehus. For psykisk helsevern er det utarbeidet ni indikatorer der resultatet vil bli presentert ved utgangen av 2004. Helse- og omsorgsdepartementet har formulert styringskrav overfor de regionale helseforetakene på tre kvalitetsindikatorer:

– Utskrivingsbrev etter sykehusopphold (epikrise) skal for 80 pst. av pasientene være sendt innen 7 dager etter utskriving.
– Ingen med lårhalsbrudd skal vente mer enn 48 timer på operasjon
– Ingen korridorpasienter.

Epikrisen beskriver hvilken behandling pasienten har fått og er et viktig dokument ved videre behandling av pasienten, utenfor sykehuset. Under 50 pst. av epikrisene sendes innen sju dager etter utskriving. For private sykehus ligger tilsvarende andel litt over 80 pst. Andelen lårhalsbrudd operert innen 48 timer etter innleggelse ligger over 90 pst. for alle helseregionene. Ingen region har mer enn 3,5 pst. korridorpasienter, og regionen med lavest andel har 1,5 pst. korridorpasienter.

Det rapporteres fire indikatorer for pasienttilfredshet, og mer enn 80 pst. av pasientene sier de er tilfreds med oppholdet. Minst fornøyd er pasientene med organisatoriske forhold og den informasjonen de får etter utskriving.

En bevisst og målrettet satsing på forskning innen spesialisthelsetjenesten bidrar til bedre kvalitet.

Norge er et av de første land med et eget program for pasientopplæring. Målet er å bedre kvalitet og resultat ved at informasjonen fra helsepersonell blir bedre forstått, slik at pasienten selv i større grad mestrer sin egen sykdom. De norske erfaringene med lærings- og mestringssentre danner forbilde for satsing i andre land.

2.9 Noen sentrale utfordringer

– Mange pasienter med psykiske lidelser får ikke det tilbudet de har krav på. Økte ressurser er alene ikke nok for å nå målene i opptrappingsplanen for psykisk helse. Det trengs til dels store omstillinger og omstruktureringer. Endring av virksomhetskulturer og holdninger i tjenesteapparatet er en av de viktigste uløste oppgavene.

- Behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere er for dårlig og må styrkes, slik at behandlingsresultatene bedres, overdosedødsfallene reduseres og livskvaliteten for den enkelte bedres.
- Mange mennesker med sammensatte og langvarige behov for tjenester må ha mer koordinerte og individuelt tilpassede behandlingsplaner enn de får i dag. Dette gjelder mennesker med langvarige psykiske lidelser, personer med rusrelaterte problemer, en del psykisk utviklingshemmede og andre med sammensatte og omfattende funksjonshemminger. Det er behov for bedre samhandling mellom alle sektorer og tjenestenivåer og gjøre ansvar og rollefordeling tydelig, spesielt for å kunne yte en god hjelp til dem med de største behovene.
- Vi må endre levekår og livsstil for å øke antall leveår med god helse. Fysisk inaktivitet fører til overvekt og sykdomsutvikling, og dette er i ferd med å bli et stort helseproblem. Innsatsen må rettes mot samfunnsforhold og miljøfaktorer som påvirker levesett og helse. Langsiktig og systematisk sektorovergripende arbeid er nødvendig, samtidig som befolkningens helse blir tatt tilstrekkelig hensyn til i samfunnsplanleggingen.
- Kostnadskontroll og styring av ressursene til prioriterte oppgaver er en viktig forutsetning for å sikre helsetjenester til de som trenger det mest. Noen tjenesteområder har hatt en for stor kostnadsvekst. Dette trekker ressurser bort fra viktige og prioriterte oppgaver.
- Ressursene i helse- og omsorgssektoren må utnyttes bedre slik at vi får mer helse for hver krone.
- Det er ulikheter innen helse- og omsorgstjenesten både når det gjelder tilbud, etterspørsel og faglige vurderinger av hva som er nødvendig helsehjelp. Dette stiller store krav til prioriteringsarbeidet på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Det er nødvendig å sikre at pasientenes rettigheter ivaretas i praksis, blant annet gjennom en mer ensartet praktisering av pasientrettighetsloven i hele landet.
- Kvaliteten på helsetjenesten er god, men bør bli bedre. Kvalitetsindikatorene som nå er etablert både innenfor somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste skal bidra til å tydeliggjøre hvor det er behov for kvalitetsheving. I løpet av 2004 skal det foreligge rapporter for tolv indikatorer for somatikk og ni for psykiatri. Det er viktig både å følge opp at alle institusjoner rapporterer inn til de sentrale registrene, og å utvikle nye indikatorer som supplement til de som nå er etablert.
- På lang sikt vil økningen i antall eldre føre til betydelig vekst i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Dette reiser betydelige utfordringer når det gjelder finansiering og rekruttering av fagpersonell til helse- og omsorgssektoren.

3 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag for 2005 er på om lag 96,9 mrd. kroner. Dette fordeler seg med 77,1 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og 19,8 mrd. kroner på folketrygdens programområde 30 Stønad ved helsetjenester.

Budsjettforslaget innebærer en økning i løpende priser på 10,1 pst., eller om lag 8,9 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2004. Økningen inkluderer 2,3 mrd. kroner i overføring som følge av oppgavefordelingen mellom nyopprettede Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. I boks 3.1 framkommer de viktigste styrkingene innenfor programområde 10.

(i mill. kr)

Betegnelse	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
Programområde 10 Helse og omsorg			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	253,5	293,5	15,8
10.10 Folkehelse	676,7	711,9	5,2
10.20 Helsetjeneste	1 554,0	1 714,9	10,4
10.30 Regionale helseforetak	60 589,8	64 528,8	6,5
10.40 Psykisk helse	3 405,8	3 840,3	12,8
10.50 Legemidler	207,0	259,0	25,1
10.60 Omsorgstjenester (ny)	0,0	2 605,8	-
Sum Helse og omsorg før lånetransaksjoner	66 686,8	73 954,1	10,9
Lånetransaksjoner	2 115,0	3 115,0	47,3
Sum Helse og omsorg	68 801,8	77 069,1	12,0
Programområde 30 Stønad til helsetjenester			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	3 006,6	2 864,3	-4,7
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	15 686,8	16 467,0	5,0
30.90 Andre helsetiltak	478,0	486,0	1,7
Sum Stønad til helsetjenester	19 171,4	19 817,3	3,4
Sum utgifter	87 973,2	96 886,4	10,1

Boks 3.1 Regjeringens viktigste satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets område (faste priser i forhold til saldert budsjett 2004)

Psykisk helse	853 mill. kroner
Tiltak for rusmiddelmisbrukere	210 mill. kroner
Somatisk spesialisthelsetjeneste	
– innsatsstyrt finansiering og poliklinikkrefusjone	570 mill. kroner
– nye store investeringe	142 mill. kroner
– Habilitering av funksjonshemmede barn	10 mill. kroner
Stønad til legemidler	17 mill. kroner
Elektronisk resept mv.	48 mill. kroner
Oppfølging av folkehelsemeldingen	22 mill. kroner

3.1 Opptrappingsplanen for psykisk helse

Stortinget sluttet seg i juni 1998 til en forpliktende opptrappingsplan over åtte år for styrking av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser og forebyggende arbeid på området. I følge planen skal det investeres for om lag 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden, og driftsutgiftene skal økes gradvis til et nivå som ligger reelt 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998. Prisomregnet til 2005-nivå utgjør dette 8 mrd. kroner i investeringer og 5,7 mrd. kroner i økte driftsutgifter. Regjeringen prioriterer psykisk helse høyt, og det foreslås satt av om lag 4,3 mrd. kroner til gjennomføring av planen i budsjettforslaget for 2005. Dette representerer en reell økning på 853 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2004. Den foreslåtte opptrappingen for 2005 ligger over det som kreves av årlig vekst de gjenstående årene for at planen skal realiseres.

Rapportering for perioden 1998–2004 viser at flere viktige mål vil være nådd som planlagt innen 2006, men at mye fortsatt gjenstår. Opptrappingen gjennomføres når det gjelder antall behandlede pasienter, reduksjon i ventetid, gitte boligtilsagn, antall opprettede stillinger i kommunale tiltak, rekruttering, oppslutning om kompetanseutvikling, informasjonstiltak og holdningsskapende arbeid. Det forventes å være etablert en struktur for distriktspsykiatriske sentra (DPS) i landet innen 2006. Det samlede investeringsprogrammet kan sluttføres i løpet av 2008 i tråd med opptrappingsplanen under forutsetning av Stortingets behandling av de årlige statsbudsjett.

Det er for 2005 foreslått en sterkere vekst i bevilgningen til kommunene enn til spesialisttjenestene for å realisere opptrappingsplanens mål om desentraliserte tilbud der brukeren bor. Det er fortsatt store forskjeller mellom kommunene mht. hvor langt de er kommet i satsingen. Det forutsettes en særskilt innsats de nærmeste årene for å løfte de kommunene som er kommet kort. Andre områder som fortsatt krever særlig oppmerksomhet, er barn og unge, arbeid og sysselsetting for personer med psykiske lidelser, tiltak for spesielle grupper (dobbeltdiagnoser, spiseforstyrrelser mv.) og organisering av akuttfunksjonene.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser er blant dem som har de dårligste levekårene og som mottar svakest tilbud fra tjenesteapparatet. Den største hyppigheten her finner vi i hovedsak i de største byene. Nasjonalt folkehelseinstitutt har blant annet pekt på at mennesker med psykiske lidelser lettere faller gjennom i storbyer, samt at det er forhøyet forekomst av psykiske vansker blant dem som flytter inn til byene. Det er derfor behov for å rette en del av kommunesatsningen i statsbudsjettet for 2005 inn mot økt innsats for denne gruppen i form av en storbysatsing. Det foreslås satt av 50 mill. kroner til en særskilt satsing i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger.

For å realisere målene for opptrappingsplanen er det fortsatt behov for å gjennomføre til dels store omstillinger og omstruktureringer, og foreta et betydelig utviklingsarbeid. Sentrale brukerorganisasjoner gir også klart signal om at arbeidet med omstilling av virksomhetskulturer og holdninger i tjenesteapparatet nå er den viktigste oppgaven. Mental Helse Norge har ved flere anledninger pekt

på at det er behov for en verdidebatt om hvordan hjelp bør gis innenfor psykisk helsevern.

3.2 Tiltak for rusmiddelmisbrukere

Styrking av kommunenes innsats for rusmiddelmisbrukere

Det foreslås bevilget 70 mill. kroner til ulike tiltak for å styrke kommunenes innsats for rusmiddelmisbrukere, herunder samarbeid med frivillige organisasjoner. Bevilgningen foreslås benyttet til kommunenes oppfølging av rusmiddelmisbrukere, etablering av lavterskel klinikk i Oslo i regi av Frelsesarmeen, samt forsøk med sprøyterom.

Sosial- og helsetjenesten i kommunene har ansvar for oppfølging av pasienter som mottar tverrfaglig spesialisert behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering. Oppfølging med kontroll og individuelt tilpassede støttetiltak er nødvendig for at rehabiliteringen skal lykkes.

De kommunale tjenestene er avgjørende for å få flere narkomane inn i legemiddelassistert rehabilitering, og for å oppnå gode resultater av annen type spesialisert behandling i regi av helseforetakene.

Regionale helseforetak, herunder legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Behandling av rusmiddelmisbrukere i regi av regionale helseforetak foreslås styrket med 144 mill. kroner i løpende priser i forhold til saldert budsjett 2004.

Bevilgningen knyttet til tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere og LAR-midler ble styrket med 100 mill. kroner i 2004, jf. St.prp. nr. 65 (2003–2004) og Innst. S. nr. 250 (2003–2004). Denne økte bevilgningen foreslås videreført i 2005 med en helårsvirkning på 124 mill. kroner.

Til tross for økt satsing de siste årene, er det fortsatt et stort udekket behov for behandlingsplasser innenfor legemiddelassistert rehabilitering. Det foreslås derfor en styrking med ytterligere 20 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering. Dette vil gi behandlingstilbud til anslagsvis 200 nye pasienter.

3.3 Somatisk spesialisthelsetjeneste

Regionale helseforetak – økte ISF- og poliklinikkrefusjoner

Det foreslås å bevilge 570 mill. kroner mer til drift av sykehusene i 2005 sammenliknet med saldert budsjett for 2004. Budsjettet legger opp til at aktiviteten i sykehusene kan videreføres på om lag samme nivå som anslått for 2004. Aktivitet som omfattes av ordningen med innsatsstyrt finansiering ligger om lag 1 pst. over det reelle aktivitetsnivået for 2003. Det ligger an til en vekst i utbetalingene til poliklinisk behandling på om lag 8 pst. over det som er lagt til grunn i budsjettet for 2004.

Aktiviteten ved sykehusene i 2004 har ført til en videre reduksjon i ventetider, jf. kapitel 2 ovenfor og del III i denne proposisjonen.

Helsedepartementet gjennomgikk vinteren 2004 omstillingsutfordringene med hvert enkelt regionalt helseforetak med utgangspunkt i Stortingets budsjettvedtak for 2004, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004). Rapporter per 1. juli 2004 viser at regionale helseforetak på en del områder ligger noe etter opprinnelige planer når det gjelder å realisere effekten av omstillingstiltak. Regjeringen legger til grunn at de regionale helseforetakene håndterer omstillingsutfordringen slik at de oppnår balanse i 2005. Flere av de regionale helseforetakene har varslet at analysene så langt viser at tiltakene som må iverksettes for 2005 vil innebære strukturelle endringer og omlegging av tjenestetilbudet på enkelte områder.

Sammenliknet med gjennomgangene som departementet hadde med de regionale helseforetakene vinteren 2004, er det forhold i budsjettforslaget for 2005 som i sum gir en noe mindre omstillingsutfordring for de regionale helseforetakene i 2005:

- En SINTEF-rapport viser at omfanget av endret registreringspraksis var lavere og den reelle aktivitetsveksten høyere i 2003 enn lagt til grunn i budsjettet. Som følge av dette skal enhetsprisen i ISF-ordningen økes tilsvarende til 193 mill. kroner i 2005. Forslaget om økt bevilgning på 193 mill. kroner innebærer isolert sett at omstillingsutfordringene reduseres tilsvarende.
- Nye arbeidstidsbestemmelser og helikopterkrav har økonomiske konsekvenser for luftambulansetjenesten i 2004 og 2005. Det er foreløpig knyttet usikkerhet til størrelsen på beløpene. Det er ikke gitt kompensasjon for eventuelle merkostnader i budsjettforslaget.

Stortinget økte bevilgningen til regionale helseforetak med 500 mill. kroner i 2004, jf. Innst. S. nr. 250 (2003–2004). Dette beløpet er ikke videreført i 2005.

Nye store investeringer

I forbindelse med de tre store utbyggingsprosjektene fase 2 av den nye universitetsklinikken i Trondheim, Nye Ahus og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet, foreslås det i 2005 å bevilge investeringstilskudd på til sammen 444 mill. kroner (ekskl. fase 1 i Trondheim). Dette er en økning på 142 mill. kroner i forhold til saldert budsjett for 2004 regnet i faste priser.

Beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten

Med grunnlag i St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, kf. Innst. S. nr. 82 (2003–2004), opprettes det fra og med 2005 et beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten.

Formål med beregningsutvalget er å få fram faktagrunnlag for fastsetting av budsjettrammene til regionale helseforetak. Utvalget skal også vurdere økonomi- og aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten.

Det foreslås avsatt 2,5 mill. kroner til utvalget i 2005.

Resultatevaluering av sykehusreformen

En forutsetning for sykehusreformen har vært at det skulle gjennomføres en resultatevaluering etter en tid, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). Slik evaluering planlegges startet i 2005. Evalueringen vil ta for seg resultatene av reformen i forhold til målsetningene som ble fremhevet ved etableringen, samt de krav som er stilt i styringsdialogen mellom staten og regionale helseforetak. Det foreslås å sette av 2,8 mill. kroner til dette i oppstartåret 2005.

Trygge tjenester – nytt meldesystem

I løpet av 2005 vil Sosial- og helsedirektoratet starte implementering av et 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. Det foreslås å bevilge 2,5 mill. kroner til implementering av et nytt meldesystem i 2005.

Nasjonal koordinering av organdonasjon

Ventelistene for pasienter som venter på transplantasjon av organer har økt betydelig de senere år. Det er nå 28 donorsykehus, og departementet tar sikte på å opprette en funksjon for nasjonal koordinering av organdonasjonsvirksomheten. Det foreslås å bevilge 0,5 mill. kroner i 2005.

3.4 Habilitering av funksjonshemmede barn

Det er nødvendig å sikre kapasitetsøkning og faglig utvikling av habiliteringstjenesten for barn, og styrke oppfølgingen av de tjenester som ytes i kommunene. Det foreslås en styrking på 10 mill. kroner i forhold til saldert budsjett for 2004.

Funksjonshemmede barn har behov for et bredt, planlagt og langsiktig tilbud. Barnehabiliteringstjenesten står blant annet for utredning, kartlegging, særskilte behandlings- og treningstiltak, tilrettelegging av tiltak, og veiledning overfor kommunene og pårørende. Habiliteringstjenesten innenfor spesialisthelsetjenesten har en viktig oppgave i forhold til kommunene gjennom å gi veiledning. Som oppfølging av St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, la Helsedepartementet i mars 2004 fram en strategiplan for habilitering av barn, der det gjøres rede for utfordringer og behov for tiltak. Det er bl.a. nødvendig å utvikle modeller for trening og intensiv habilitering, bygge opp en funksjon som yter drahjelp til tjenesten, og å gi større rom for veiledning. Flere habiliteringstjenester ønsker å arbeide prosjektrettet for å styrke og utvikle tjenesten. Den foreslåtte bevilgning vil gi mulighet utvikling av tjenesten for å kunne gi et bedre tilbud til funksjonshemmede barn.

3.5 Legemidler

Medikamentell smertebehandling

Det foreslås bevilget 12 mill. kroner over folketrygdens bidragsordning til dekning av utgifter til morfinliknende legemidler mot smerter for pasienter med kreft/immunsvikt og andre pasienter med sterke kroniske smerter. Dagens regelverk for refusjon av medikamenter mot smerter har ikke i tilstrekkelig grad tatt hensyn til de store individuelle forskjellene som gjelder for smertelindrende virkning av legemidler.

Pasienter med sterke smerter bruker ofte legemidler som i utgangspunktet ikke er ment til smertebehandling, men som har vist seg å ha effekt på smerter, f.eks. metadon. Regelverket er strengt på

området siden det ofte dreier seg om avhengighetsskapende stoffer og fordi legemidlene ikke alltid er registrert. En del legemidler faller derfor utenfor regelverket for refusjon selv om de for enkelte pasienter kan ha god effekt mot smerter. Følgen har vært at smertepasienter ikke alltid har fått det tilbudet de har hatt behov for.

Stønad til legemidler

Risperdal er et legemiddel til behandling av schizofrene psykoser hos voksne som refunderes etter blåreseptforskriftens § 9. *Risperdal Consta* er en depotformulering av dette legemiddelet. *Risperdal* tas som tabletter en til to ganger daglig, mens *Risperdal Consta* fås som injeksjon hver 14. dag. Dette antas å gi bedre etterlevelse av behandlingen for visse pasientgrupper. Det foreslås 5 mill. kroner til refusjon av *Risperdal Consta* etter blåreseptforskriftens § 9 for de som tilfredsstiller vilkårene.

Elektronisk resept og effektivisering av refusjonssøknader for legemidler

Det foreslås bevilget 40 mill. kroner til oppstart av et prosjekt for innføring av elektroniske resepter (e-resept). Forslaget fremmes med grunnlag i et forprosjekt om e-resept gjennomført i 2004. Med bakgrunn i forprosjektet vil departementet gi et overordnet direktiv og en plan for innføring av e-resepter.

E-resept vil bidra til å effektivisere legemiddelforvaltningen. Dette omfatter en bedre, sikrere og raskere overføring av reseptinformasjon fra lege til apotek. Innføring av e-resepter vil kunne koples til et effektivt informasjonssystem ift. forskrivning, bruk, virkning og refusjonsregler for legemidler. Dette vil legge til rette for bedre etterlevelse av regelverket. Utviklingen i forvaltningen av blåreseptordningen går i retning av sterkere målretting gjennom enkeltvedtak. Innføring av e-resepter vil bidra til større grad av automatisering av denne prosessen – alternativet vil være et stadig økende ressursbehov til individuell stønadsbehandling i trygdeetaten. Ventetiden for slik saksbehandling er for høy. Innføring av e-resepter vil både gjøre det tydeligere for legen hva som kan skrives på blå resept og gjøre etterkontroll enklere, mer effektiv og mindre ressurskrevende. Etter planen vil e-resepter kunne innføres i slutten av 2006. I påvente av dette foreslås trygdeetaten styrket midlertidig med 8 mill. kroner i 2005 for å redusere saksbehandlingskøen for behandling av individuelle søknader.

3.6 Oppfølging av folkehelsemeldingen

St. meld. nr 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge (folkehelsemeldingen) omhandler folkehelsearbeidet i Norge. Det foreslås bevilget 162 mill. kroner til oppfølging av folkehelsemeldingen i 2005. Dette innebærer en reell styrking av folkehelsearbeidet med til sammen 22 mill. kroner, hvorav 4 mill. kroner er overføring av midler fra Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens som utløper i 2004.

For å styrke kunnskapsgrunnlaget på folkehelsefeltet foreslås det bevilget til sammen 13 mill. kroner, herunder 7 mill. kroner til forskning på psykisk helse, 3 mill. kroner til Mor og barn-undersøkelsen og 3 mill. kroner til helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT3). Dette er også et ledd i oppfølgingen av folkehelsemeldingens kvinnehelsestrategi.

Det legges vekt på å styrke partnerskap for folkehelse. I 2004 ble det tildelt statlige stimuleringsmidler til åtte fylker for å styrke infrastrukturen for det lokale folkehelsearbeidet. Partnerskapsmodellen skal bidra til å styrke lokalt folkehelsearbeid gjennom å sikre en sterkere forankring i planverk og i ordinære politiske og administrative prosesser. Modellen skal også legge et bedre grunnlag for frivillige organisasjoners deltakelse. Ordningen foreslås utvidet med flere nye fylker i 2005.

For lite fysisk aktivitet – med overvekt og sykdomsutvikling som følgetilstander – er i ferd med å bli et stort helseproblem. Vektøkningen de siste tiårene er uttrykk for en samfunnsutvikling og en livsstil som, i tillegg til uheldige kostvaner, innebærer for lite fysisk aktivitet. Regjeringen vil styrke arbeidet med å fremme fysisk aktivitet i befolkningen. Det utarbeides i 2004 en handlingsplan for fysisk aktivitet. I 2005 foreslås bl.a. tiltak som stimulerer til lokale lavterskeltilbud og informasjonsvirksomhet. I tillegg er det gjennom omprioritering av midler funnet rom for å styrke abonnementsordningen for frukt og grønt i skolen med vel 2 mill. kroner.

Regjeringen legger vekt på at vern mot smittsomme sykdommer skal bedres gjennom å forebygge utbrudd og motvirke overføring videre i befolkningen. Handlingsplan for forebygging av sykehusinfeksjoner skal settes i verk. Planen inkluderer bl.a. å bedre overvåkningen og iverksette kampanje for bedring av håndhygienen i helsetjenesten.

3.7 Forskning innen medisin, helse og omsorg

Forskning og utvikling er nødvendig for å utvikle en bedre og mer effektiv helse- og omsorgstjeneste og styrke folkehelsen. For 2005 foreslås en økning innenfor Helse- og omsorgsdepartementets forskningsbevilgning på 9 mill. kroner. En vesentlig del av styrkingen er knyttet til folkehelsearbeidet, og er også omtalt i foregående avsnitt. For 2005 er det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene på 370 mill. kroner. 60 pst. av tilskuddet tildeles på bakgrunn av forskningsresultater. De regionale helseforetakene har valgt å prioritere forskning ut over den statlige øremerkede finansieringen.

I 2003 la Regjeringen fram St.meld nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge, og ønsker et særlig fokus på forskningsinnsatsen innenfor kvinners helse. Det foreslås en økning på 3 mill. kroner til Den norske mor og barn-undersøkelsen i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt og 3 mill. kroner som bidrag til oppstart av en ny helseundersøkelse i Nord-Trøndelag (HUNT3). Forskning på stamceller fra fødte mennesker (adulte stamceller) i regi av Norges forskningsråd foreslås også styrket med 1 mill. kroner. Videre foreslås en økning innenfor forskningsprogrammet Helse og samfunn i Norges forskningsråd med 2 mill. kroner til styrking av tiltak for å forebygge psykiske helseproblemer, herunder forskning på helsestasjons- og skolehelsetjenestens funksjon og rolle i dette arbeidet.

4 Budsjett- og strukturtiltak

4.1 Egenbetaling

Egenandelstak 1 og 2

Egenbetaling for helsetjenester skal innrettes slik at pasienter med høye helseutgifter skjermes, mens de mange som har lavere helseutgifter, betaler noe mer. Folketrygdens frikortordning (egenandelstak 1) omfatter legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept og reiser i forbindelse med behandling i helsetjenesten. Sett i forhold til utviklingen i konsumprisindeksen er egenandelstaket i 2004 reelt sett på om lag samme nivå som da ordningen ble innført i 1984. I løpet av samme periode er egenandelene som omfattes av ordningen, økt betydelig. Det har ført til at antall utstedte frikort per år har økt fra 140 000 til om lag 1 million i løpet av perioden.

Ordningen ble innført som et skjermingstiltak for storbrukere, men har utviklet seg til å omfatte en betydelig del av befolkningen, herunder mange med et relativt vanlig forbruk av helsetjenester. En rekke tiltak gjennomført de siste årene er godt målrettet mot storbrukere av helsetjenester: fritaket for egenandel på blå resept for minstepensjonister, betydelige forbedringer i refusjonsordningen for tannlegehjelp, samt innføring av egenandelstak 2.

For brukere som ikke er minstepensjonister foreslås utgiftstaket hevet fra 1550 kroner i 2004 til 2500 kroner i 2005. Dette vil fortsatt sikre storbrukerne en betydelig skjerming. For minstepensjonister foreslås taket videreført med 1550 kroner.

Egenandelstak 2, som ble innført i 2003, omfatter utgifter til fysioterapi, opphold i opptreningsinstitusjon, klimareiser og refusjonsberettiget tannbehandling. Utgiftstaket foreslås satt ned fra 4500 kroner i 2004 til 3500 kroner i 2005.

Samlet innsparing for folketrygden som følge av de foreslåtte endringene i frikortordningene anslås til 610 mill. kroner.

Fysioterapi

Omfanget av gratis fysioterapi på grunnlag av diagnoselisten i stønadsforskriftens § 3 har økt betydelig over en årrekke, og er nå på mer enn halvparten av behandlingsvolumet. Vridningen mot gratis behandling har medvirket til at refusjonsutgiftene for fysioterapi samlet økte med 85 pst. fra 1998 til 2003.

Med virkning fra 1. januar 2005 foreslås innført en fast egenandel på 45 kroner per undersøkelse/behandling for diagnoselistepasientene. Barn under 7 år og yrkesskadde forutsettes fortsatt å være fritatt for egenandel. Den nye egenandelen vil, på samme måte som egenandeler ved fysioterapi ellers, inngå i ordningen med egenandelstak 2. Tiltaket må ses i sammenheng med forslaget om å senke tak 2 til 3500 kroner.

Innsparingen for folketrygden anslås til 265 mill. kroner.

Øvrige egenandeler

Egenandelen for legemidler og sykepleieartikler på blå resept er 36 pst. av reseptbeløpet, men maksimalt 450 kroner. Minstepensjonister og barn under 7 år er fritatt for egenandel. Det foreslås at den maksimale egenandelen heves til 490 kroner fra 1. januar 2005. Det vises til at utgiftene til legemidler vil bli redusert med 70 mill. kroner for pasientene som følge av foreslåtte tiltak for å fremme generisk konkurranse i legemiddelmarkedet, med mindre pasienten selv reserverer seg mot bytte. Det vises til nærmere omtale i avsnitt 4.6 nedenfor.

Egenandelen ved pasientreiser foreslås økt fra 110 til 115 kroner hver vei, dvs. fra 220 til 230 kroner tur/retur fra 1. januar 2005. Egenandelen ved reiser utenfor helseregionen i forbindelse med fritt sykehusvalg foreslås økt fra 220 til 400 kroner hver vei, dvs. fra 440 til 800 kroner tur/retur.

Egenandelene for legehjelp, psykologhjelp og fysioterapi foreslås økt med 8 pst. fra 1. juli 2005.

Det kan ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Innslagspunktet i bidragsordningen foreslås økt med 100 kroner til 1600 kroner i 2005.

Netto innsparinger for folketrygden som følge av justeringene, hensyn tatt til at en del av økningen dekkes gjennom frikortordningene, anslås til 235 mill. kroner i 2005.

4.2 Polikliniske takster

Psykisk helsevern

Stortinget har sluttet seg til Regjeringens forslag til omlegging av takststrukturen for psykisk helsevern med økt vekt på aktivitetsbaserte takster fra og med 2005. Dette er en oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, jf. Innst. S. 82 (2003–2004). Omleggingen forventes å stimulere til bedret ressursbruk. Høringen forut for stortingsmeldingen viste at det er bred enighet om at det foreslåtte takstsystemet vil kunne bidra til bedre ressursbruk og en tjeneste tilpasset brukernes behov.

Dagens ordning med én takst for inntak og én for behandling, foreslås utvidet til fire hovedtakster og tre tilleggstakster. Årsverkstaksten beholdes, men med lavere vekt.

Behandling av rusmiddelmisbrukere

Polikliniske tjenester til rusmiddelmisbrukere er per i dag rammefinansiert. Det foreslås polikliniske refusjonstakster for behandling av rusmiddelmisbrukere som svarer til den takststruktur som er foreslått for psykisk helsevern. Forslaget forventes å ha samme effekt som for psykisk helsevern, og foreslås iverksatt samtidig.

4.3 Laboratorier og røntgeninstitutt

Regjeringen foreslår å følge opp Innst. S. nr. 82 (2003–2004), jf. St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, bl.a. gjennom å:

- halvere den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk laboratorievirksomhet og radiologi, og styrke basisbevilgningen til regionale helseforetak tilsvarende
- lovfeste at private virksomheter må ha avtale med regionalt helseforetak for å kunne motta trygderefusjon

Forslagene skal sette regionale helseforetak bedre i stand til å planlegge hele det offentlige og private tilbudet av laboratorie- og radiologitjenester og gjennom dette legge til rette for en styrt utvikling av tjenestenes omfang. Dagens finansiering medfører at trygderefusjonene til private virksomheter er langt høyere enn inntektene disse mottar fra regionalt helseforetak. 35–40 pst. av trygderefusjonene som betales ut til private er heller ikke omfattet av avtale med regionalt helseforetak. Halvering av den aktivitetsbaserte finansieringen medfører at 659 mill. kroner overføres fra trygderefusjon til basisbevilgning i 2005. Av dette utgjør takstene som løses ut av offentlige poliklinikker 443 mill. kroner, mens 216 mill. kroner løses ut av de private virksomhetene.

Forslaget vil føre til at regionale helseforetak må legge ut en større del av tjenestene på anbud enn det som i dag omfattes av avtaler mellom foretakene og de private. For å gi aktørene tilstrekkelig tid til å gjennomføre anbudsprosesser foreslås det at endringene skal tre i kraft fra 1. mai 2005.

4.4 Inntektsfordeling for regionale helseforetak

Dagens inntektsfordeling mellom regionale helseforetak er historisk betinget. Ulikheter kan i stor grad forklares med forskjeller i inntektsnivå mellom fylkeskommunene, som bl.a. skyldtes skjønnsmidler, egne tilskudd til de tre nordligste fylkeskommunene, fylkeskommunenes ulike prioriteringer av spesialisthelsetjenesten og statens prioriteringer av de tidligere statssykehusene. Det er grunn til å anta at dette har slått ut i ulikheter i omfang og kvalitet av spesialisthelsetjenester. Det er derfor foreslått nye kostnadsnøkler for inntektsfordelingen, med alderssammensetning av befolkningen som viktigste kriterium. På grunn av omfordelingsvirkningen ved å ta i bruk nye kriterier, ble det i St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten foreslått gradvis overgang fra dagens fordeling til nye kostnadsnøkler.

Fra 2005 foreslås det å fordele basisbevilgningen med 50 pst. vekt på nåværende fordeling og 50 pst. vekt på kostnadsnøkler, med en overgangsperiode på fem år. Det foreslås videre et særskilt Helse Nord-tilskudd finansiert med et like stort prosentvis trekk fra regioner som får økte overføringer.

Dette innebærer at Helse Nord RHF, Helse Sør RHF og Helse Øst RHF får redusert basisbevilgningen i 2005 med henholdsvis 0,2, 0,5 og 0,1 pst. i forhold til hva den ville vært uten bruk av kostnadsnøklene. Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF får tilsvarende økt sine rammer med 0,7 og 0,4 pst.

4.5 Ansvar for pasienttransport

Ansvaret for pasienttransport er overført fra trygdeetaten til regionale helseforetak i 2004, med en statlig delfinansiering. Målet er å stimulere til behandling nær bostedet når dette er fordel for pasienten og medfører redusert utgift til syketransport. Finansieringsansvaret er i 2004 delt mellom staten (50 pst.) og regionale helseforetak (50 pst.).

En årsprognose basert på regnskapstall for første halvår 2004 gir en økning i utbetalingene på om lag 2 pst. sammenliknet med 2003. Denne utgiftsveksten er lavere enn tidligere år. Det foreslås at andelen av utgiftene til pasienttransport som dekkes innenfor rammene til regionale helseforetak økes til 75 pst. fra 2005.

4.6 Generisk konkurranse for legemidler

Generiske legemidler, eller generika, har samme virkestoff, styrke og legemiddelform som originalpreparatet. Prisnivået for generika i Norge er høyt sammenliknet med våre naboland. Våren 2004 ble det gjennomført en høring av ulike modeller for å stimulere til økt konkurranse i generikamarkedet. På bakgrunn av høringen foreslås en såkalt trinnprismodell.

Etter at patenttiden er utløpt for et originalpreparat, vil det få generisk konkurranse. Folketrygdens refusjon settes da til en prosentandel av originalpreparatets maksimalpris, og vil være den samme for alle byttbare legemidler. Prosentandelen blir trappet ned med fastsatte intervaller det første året med generisk konkurranse. I 2005 vil forslaget innebære en innsparing i folketrygdens utgifter på 450 mill. kroner, og 70 mill. kroner i reduserte utgifter for pasientene, med mindre de selv velger et dyrere legemiddel.

Det vises til kap. 2751 for nærmere beskrivelse av de alternative reguleringsmodellene. Av modellene som er vurdert, anses kun trinnprismodellen og en modell med tilskuddspris som aktuelle. I høringen er det ikke kommet fram tungtveiende argumenter mot at noen av disse to modellene kan gjennomføres.

Trinnprismodellen er opprinnelig foreslått av apoteknæringen, og innebærer sjablonmessige prisreduksjoner når et legemiddel får generisk konkurranse. Folketrygden refunderer kun det fastsatte beløpet innenfor en gruppe byttbare legemidler. Apotekene skal til enhver tid ha tilgjengelig minst ett legemiddel til en pris tilsvarende refusjonsbeløpet. Dersom legen har medisinsk grunn til å reservere seg mot bytte, skal folketrygden refundere legemidlets pris fullt ut. Dagens ordning for fastsetting av maksimalpris opprettholdes. Apotekenes økonomiske stilling ivaretas ved at grossistene garanterer at apotekene tilbys minst ett legemiddel innen hver byttegruppe, til en pris som gjør det mulig å selge produktet med en rimelig avanse. Muligheten selvstendige apotek har til å motta rabatter direkte fra leverandører, videreføres.

En modell med tilskuddspris vil trolig kunne ha ført til lavere legemiddelpriser enn trinnprismodellen slik den nå foreligger. Imidlertid foreslås trinnprismodellen nå, da dette er en noe administrativt enklere ordning som vil kunne gi noe mer forutsigbare prisreduksjoner.

5 Oversiktstabeller

5.1 Utgifter fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
	Helse- og omsorgsdepartementet mv.				
0700	Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)	132 155	101 436	128 904	27,1
0701	Forskning	108 400	120 085	132 576	10,4
0702	Helse- og sosialberedskap	24 732	15 504	14 974	-3,4
0703	Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)		16 453	17 012	3,4
	Sum kategori 10.00	*265 287*	*253 478*	*293 466*	*15,8*
	Folkehelse				
0710	Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)	624 168	494 049	522 991	5,9
0712	Bioteknologinemnda	6 986	6 781	6 647	-2,0
0715	Statens strålevern (jf. kap. 3715)	91 923	90 341	93 297	3,3
0719	Helsefremmende og forebyggende arbeid	90 551	85 517	88 944	4,0
	Sum kategori 10.10	*813 628*	*676 688*	*711 879*	*5,2*
	Helsetjeneste				
0720	Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)	587 265	445 112	462 448	3,9
0721	Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)	67 141	61 343	63 360	3,3
0722	Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)	378 707	392 727	466 558	18,8
0723	Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)	12 849	15 229	17 916	17,6
0724	Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak	231 313	246 999	278 622	12,8
0725	Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten (jf. kap 3725)		33 819	35 086	3,7
0726	Habilitering og rehabilitering	218 319	69 667	88 863	27,6
0727	Tannhelsetjeneste		16 200	17 038	5,2
0728	Forsøk og utvikling mv.	74 883	110 144	116 837	6,1
0729	Annen helsetjeneste	193 878	162 758	168 177	3,3
	Sum kategori 10.20	*1 764 355*	*1 553 998*	*1 714 905*	*10,4*
	Regionale helseforetak				

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
0732	Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)	57 326 908	62 642 946	67 572 565	7,9
0737	Kreftregisteret	37 620	61 843	71 206	15,1
0739	Andre utgifter	119 628			
	Sum kategori 10.30	*57 484 156*	*62 704 789*	*67 643 771*	*7,9*
	Psykisk helse				
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	27 221	25 596	26 574	3,8
0743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	2 910 170	3 348 013	3 772 079	12,7
0744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	48 493	32 230	41 598	29,1
	Sum kategori 10.40	*2 985 884*	*3 405 839*	*3 840 251*	*12,8*
	Legemidler				
0750	Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)	123 077	121 363	125 421	3,3
0751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)	58 323	85 624	133 535	56,0
	Sum kategori 10.50	*181 400*	*206 987*	*258 956*	*25,1*
	Omsorgstjenester				
0760	Utredningsvirksomhet m.m.			8 454	
0761	Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet			2 597 372	
	Sum kategori 10.60			*2 605 826*	
	Sum programområde 10	63 494 710	68 801 779	77 069 054	12,0
	Diverse tiltak i spesialisthelsetjenesten mv.				
2711	Diverse tiltak i spesialisthelsetjenesten	3 149 632	3 006 595	2 864 309	-4,7
	Sum kategori 30.10	*3 149 632*	*3 006 595*	*2 864 309*	*-4,7*
	Legehjelp, legemidler mv.				
2750	Syketransport mv.	2 056 081	56 600		-100,0
2751	Legemidler mv.	8 335 556	9 105 000	9 861 000	8,3
2752	Refusjon av egenbetaling	2 576 465	2 878 195	2 791 000	-3,0
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	4 133 504	3 647 000	3 815 000	4,6
	Sum kategori 30.50	*17 101 606*	*15 686 795*	*16 467 000*	*5,0*
	Andre helsetiltak				
2790	Andre helsetiltak	791 725	478 000	486 000	1,7
	Sum kategori 30.90	*791 725*	*478 000*	*486 000*	*1,7*
	Sum programområde 30	*21 042 963*	*19 171 390*	*19 817 309*	*3,4*
	Sum utgifter	*84 537 673*	*87 973 169*	*96 886 363*	*10,1*

5.2 Inntekter fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
	Helse- og omsorgsdepartementet mv.				
3700	Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 700)	32 813			
	Sum kategori 10.00	*32 813*			
	Folkehelse				
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)	212 472	78 685	79 772	1,4
3712	Bioteknologinemnda (jf. kap. 712)	1			
3715	Statens strålevern (jf. kap. 715)	38 364	34 768	35 950	3,4
	Sum kategori 10.10	*250 837*	*113 453*	*115 722*	*2,0*
	Helsetjeneste				
3720	Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap 720)	120 381	23 229	8 521	-63,3
3721	Statens helsetilsyn (jf. kap 721)	5 886			
3722	Norsk Pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)	443 033	72 152	72 535	0,5
3723	Pasientskadenemnda (jf. kap. 723)	14 901	15 229	17 916	17,6
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell			15 308	
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)		100	103	3,0
	Sum kategori 10.20	*584 201*	*110 710*	*114 383*	*3,3*
	Regionale helseforetak				
3732	Regionale helseforetak (jf. kap 732)		105 000	181 000	72,4
3739	Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)	53 677			
	Sum kategori 10.30	*53 677*	*105 000*	*181 000*	*72,4*
	Legemidler				
3750	Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)	9 110	5 380	5 563	3,4
3751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577)	1 088	1 044	146	-86,0
5577	Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 751)	137 850	136 027	145 652	7,1
5578	Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)	123 510	115 429	119 353	3,4
	Sum kategori 10.50	*271 558*	*257 880*	*270 714*	*5,0*
	Sum programområde 10	*1 193 086*	*587 043*	*681 819*	*16,1*
	Sum inntekter	*1 193 086*	*587 043*	*681 819*	*16,1*

5.3 Stillings- og årsverksoversikt

Årsverk i henhold til Statens sentrale tjenestemannsregister eller oppgaver fra virksomhetene selv.

Kap.	Virksomhet	Årsverk per 1. mars 2003	Årsverk per 1. mars 2004
700	Helsedepartementet	166	170,4
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	522	546,3
715	Statens strålevern	91	94,6
720	Sosial- og helsedirektoratet	479	501
	herunder:	29	26
	- Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	36	40
	- Pasientombudene	*)	64
	- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
721	Statens helsetilsyn	78	80,6
722	Norsk pasientskadeerstatning	60	65,5
750	Statens legemiddelverk	167	170,8
	Nemdssekretariater mv.:		
710	Sekretariatet for Vitenskapskomiteen for mattrygghet	*)	8
712	Sekretariatet for Bioteknologinemnda	5	7,1
723	Sekretariatet for Pasientskadenemnda	9	12
724	Sekretariatet for Helsepersonellnemnda	6	6
2603.21	Sekretariatet for dispensasjons- og klagenemnd for behandling i utlandet	2	2

*) Opprettet 2004.

5.4 Garantifullmakter

(i mill. kr)

	Utbetalt i 2002 per 31.12.01	Garantiansvar per 31.12.03	Fullmakt nye garantitilsagn 2004	Forslag nye garantitilsagn 2005	Ramme garantiansvar 2005
Garanti for lån til opprettelse og ombygging av apotek, kap. 751.70	0	69,3	0	0	400,0

5.5 Bruk av stikkordet «kan overføres»

Under Helse- og omsorgsdepartementet blir stikkordet foreslått knyttet til disse postene utenom postgruppe 30-49

(i 1 000 kr)

Kap.	Post	Betegnelse	Overført til 2004	Forslag 2005
0700	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold		4 153
0710	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold		15 088
0719	21	Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv.		16 389
0719	70	Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer - smittevern		22 826
0719	71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv.		22 363
0726	61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmisbrukere		54 912
0732	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren		17 709
0732	70	Tilskudd til helseforetakene		2 494 851
0732	71	Tilskudd til Helse Øst RHF		15 853 516
0732	72	Tilskudd til Helse Sør RHF		8 922 960
0732	73	Tilskudd til Helse Vest RHF		7 883 761
0732	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF		5 800 265
0732	75	Tilskudd til Helse Nord RHF		5 227 108
0732	78	Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre		1 050 888
0732	81	Tilskudd til store byggeprosjekter		444 000
0743	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner		2 050 783
0743	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid		319 973
0743	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress		98 584
0743	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern		1 189 972
0750	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold		3 614
0761	60	Tilskudd til omsorgstjenester		64 841
0761	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak		144 453
0761	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.		46 530

Del II
Budsjettforslaget

Programområde 10 Helse og omsorg

Programkategori 10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
0700	Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)	132 155	101 436	128 904	27,1
0701	Forskning	108 400	120 085	132 576	10,4
0702	Helse- og sosialberedskap	24 732	15 504	14 974	-3,4
0703	Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)		16 453	17 012	3,4
	Sum kategori 10.00	265 287	253 478	293 466	15,8

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
01-23	Statens egne driftsutgifter	128 932	129 313	156 737	21,2
30-49	Nybygg, anlegg mv.	4 314	4 080	4 153	1,8
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	108 400	120 085	132 576	10,4
70-89	Andre overføringer	23 641			
	Sum kategori 10.00	265 287	253 478	293 466	15,8

Kap. 0700 Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter	104 200	97 356	124 751
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	4 314	4 080	4 153
70	Tilskudd til Barentsregionen	23 641		
	Sum kap 0700	132 155	101 436	128 904

Overført fra 2003 til 2004:
Post 01: 4 704 000 kroner
Post 45: 323 000 kroner

Helse- og omsorgsdepartementet er etablert 1. oktober 2004. Et sentralt mål for de organisatoriske endringene i departementsstrukturen er å utforme en helhetlig og effektiv politikk for helsetjenester (primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester), pleie- og omsorgstjenester og tiltak for rusmisbrukere, gjennom å se lovverk, ressurser, personell og finansiering i sammenheng.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar innenfor følgende hovedområder:
- Folkehelse
- Primærhelsetjeneste
- Spesialisthelsetjeneste
- Pleie- og omsorgstjenester
- Tannhelse
- Psykisk helse
- Rus og helse
- Habilitering og rehabilitering
- Alternativ behandling
- Pasientrettigheter
- Legemidler
- Bioteknologi og bioetikk
- Helsemessig beredskap

Helse- og omsorgsdepartementet er pr. 1. oktober organisert i 7 avdelinger, og har i forbindelse med endringene i departementsstrukturen fått overført 26 årsverk fra tidligere Sosialdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for følgende underliggende etater/ foretak:

Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør RHF, Helse Vest RHF, Helse Øst RHF Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens legemiddelverk, Statens strålevern, Sosial- og helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Norsk Pasientskadeerstatning.

Bevilgningen dekker departementets administrasjonsutgifter til lønn, drift, større utstyrsanskaffelser og vedlikehold.

Bevilgningen foreslås økt med 22,7 mill. kroner i forhold til saldert budsjett 2004 for det tidligere Helsedepartementet. Av dette er 8,6 mill. kroner videreføring av tekniske flyttinger av midler fra berørte fagkapitler til kap. 700, jfr. St. prp. nr. 63 (2003-2004) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2004 og Innst. S. nr. 250 (2003-2004). 14,1 mill. kroner er knyttet til endring av departementsstrukturen.

Kap. 3700 Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 700)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
03	Refusjoner fra Utenriksdepartementet	28 961		
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	110		
16	Refusjon fødselspenger	1 997		
17	Refusjon lærlinger	19		
18	Refusjon sykepenger	826		
96	Aksjer	900		
	Sum kap 3700	32 813		

Kap. 0701 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
50	Norges forskningsråd mv.	108 400	120 085	132 576
	Sum kap 0701	108 400	120 085	132 576

Overført fra 2003 til 2004:
Post 21: 874 000 kroner

Økningen fra saldert budsjett 2004 til forslag 2005 under kap. 701 post 50 er knyttet til endring av departementsstrukturen, hvor deler av det tidligere Sosialdepartementet er foreslått overført til Helse- og omsorgsdepartementet. Dette tilsvarer 12,4 mill. kroner.

Forskning og utvikling (FoU) har en sentral plass i regjeringens arbeid for utvikling av kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgssektoren. Sektoransvaret innebærer blant annet et overordnet ansvar for forskning innenfor sektoren herunder å legge til rette for utvikling av langsiktige strategier for kunnskapsoppbygging. Forskningsbasert kunnskap og kompetanse støttes gjennom oppdragsforskning, grunnfinansiering og driftsstøtte til enkelte forskningsinstitutter/forskningsmiljøer. Videre finansieres forskning gjennom delvis resultatbasert tilskudd til helseforetakene og som en integrert del av virksomhetene til underliggende etater og endelig den langsiktige satsingen i regi av Norges forskningsråd. Midlene som kanaliseres via Norges forskningsråd har i hovedsak et anvendt siktemål, og inngår i realiseringen av overordnede mål for helsesektoren.

For 2005 foreslås medisinsk, helse- og sosialfaglig forskning økt med 9 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. St.meld. nr 16: (2002-2003) Resept for et sunnere Norge inneholder en egen strategi for satsning på kvinners helse som legger vekt på å styrke kunnskapen om sykdommer som særlig rammer kvinner. På denne bakgrunn vil Regjeringen bidra til å sikre gjennomføringen av Den norske mor barn undersøkelsen i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt med 3 mill. kroner. Undersøkelsen er en viktig kilde til epidemiologisk og klinisk forskning. Videre ønsker Regjeringen å bidra med 3 mill. kroner til oppstart av en ny helseundersøkelse i Nord-Trøndelag (HUNT 3). HUNT kombinerer spørreskjemaopplysninger om sykdom, livsstilsfaktorer, sosiale forhold, yrke mv med innsamling av biologisk materiale. Undersøkelsen vil også være viktig for forskning på kvinners helse. Program for Helse og samfunn i Norges forskningsråd foreslås styrket med 2 mill. kroner. Tilskudd til forskning på stamceller fra fødte mennesker i regi av Norges forskningsråd er fortsatt et prioritert område i 2005 og foreslås styrket med 1 mill. kroner.

Direktefinansiert forskning og driftstilskudd

Direktefinansiert forskning initieres hovedsakelig av departementet for å evaluere og skaffe ny kunnskap til utvikling av innsatsområder. I tillegg gis tilskudd til forskningsmiljøer for at forskningskompetanse på departementets ansvarsområde kan opprettholdes og styrkes. De viktigste tiltak spesifisert på utgiftskapitler og poster er som følger:

- Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt. Post 01: Tilskudd til økt forskning om psykisk helse. Post 21. Det foreslås en ekstrabevilgning på 3 mill. kroner for 2005 til Den norske mor og barn-undersøkelsen
- Kap. 719 Helsefremmende og forbyggende arbeid post 21. Posten foreslås økt med 3 mill. kroner i 2005 som et bidrag til oppstart av en ny helseundersøkelse i Nord-Trøndelag (HUNT3). Driftsstøtte til Norsk institutt for genøkologi foreslås videreført i 2005.
- Kap. 728 Forsøk og utviklingsarbeid post 21. Spesielle driftsutgifter. Siden 2002 har det pågått en prosess-evaluering av sykehusreformen, jf. Ot.prp.nr.66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. Denne evalueringen sluttføres i 2005. Det vil bli igangsatt en ny evaluering fra 2005 som vil ha fokus på resultatene av reformen sett i forhold til de overordnede målsettingene.
- Kap. 728 Forsøk og utvikling mv. Post 21 Spesielle driftsutgifter. SINTEF Helse får tilskudd til basisfinansiering av forskningsvirksomheten relatert til spesialisthelsetjenesten. Tilskuddet dekker blant annet bidrag til infrastruktur og drift, og til nødvendig kompetanseoppbygging. For nærmere omtale, vises til kapittel 728.
- Kap. 728 Forsøk og utvikling mv Post 21 Spesielle driftsutgifter. Evaluering av fastlegereformen. Styrking av forskning og fagutvikling innen allmennlegetjenesten, statistikkutvikling og studier av aktivitet i allmennpraksis (SEDA). Tilskudd til Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) ved Universitetet i Tromsø
- Kap. 737. Kreftregistret post 70 Forskning på kreftsykdommers årsaker, naturlige forløp, diagnose og behandlingseffekter.
- Kap. 743 Statlig stimuleringstiltak for psykisk helse. Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid: Regionsentre for barn og unge innen psykisk helse og nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress. Midler bevilges til satsing på forskning om beskyttelsesfaktorer og mestring. Medfinansiering av Senter for studier av problematferd og innovativ praksis. Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse.
- Kap. 751 Apotekvesenet, post 70 Tilskudd til apotek gjennom tilskudd til drift av Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo.

Nytt delvis resultatbasert tilskudd til forskning

Den pasientrettede kliniske forskningen i sykehusene er grunnleggende viktig for å sikre pasientene et oppdatert og kvalitativt godt behandlingstilbud på spesialisthelsetjenestenivå. Norges forskningsråd gjennomførte i 2004 en ekstern evaluering av medisinsk forskning. Selv om enkeltmiljøer har høy internasjonal standard, viser helhetsbildet at man må satse betydelig og bruke ulike virkemidler for å bringe norsk medisinsk forskning på høyde med de andre nordiske landene når det gjelder omfang og kvalitet. Andelen medisinere som avlegger doktorgraden i Norge er lavere enn i de øvrige nordiske landene og gjennomsnittsalderen betydelig høyere. For å stimulere til økt forskningsaktivitet i spesialisthelsetjenesten, ble det i 2004 etablert et delvis resultatbasert tilskudd til forskning. Seksti prosent av tilskuddet på 370 mill. kroner tildeles basert på objektive indikatorer for forskningsresultater, henholdsvis publiserte vitenskapelige artikler og avlagte doktorgrader. Departementet har registrert et økt fokus på forskning i helseforetakene. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 78 og årlig melding til de regionale helseforetakene.

Forskning og utredningsarbeid i underliggende etater

I Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statens strålevern inngår FoU som en integrert del av virksomheten. Dette skjer dels via midler over etatens egne budsjetter og dels via eksternt finansiert forskning.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress ble etablert i 2004. Det nasjonale senteret samler eksisterende mindre kompetansemiljøer og skal bidra til en styrking av forskningen på feltet. For nærmere omtale vises det til kap 743 post 73. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble opprettet i 2004. Hovedfunksjonen til senteret er metode- og kunnskapsoppsummeringer, det vil si å systematisere, vurdere og formidle kunnskap om effekter av metoder og tiltak for bedre å kunne oppnå helsepolitiske målsettinger og møte fremtidige faglige utfordringer. Miljøet vil ha en viktig rolle som premissleverandør blant annet i prioriteringsspørsmål. For nærmere omtale, vises til kap. 725.

En målsetning med fornyelsen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen var å bedre utnyttelsen av innsamlede data og høyne kvaliteten på forskningen. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal videreutvikles som nasjonalt helseovervåkningsmiljø bl.a. for å sikre bedre utnyttelse av materialet i de nasjonale helseregistrene og fra de store befolkningsundersøkelsene. Se for øvrig omtalen under kap 710.

For nærmere omtale av forsknings- og utredningsarbeidet i Sosial- og helsedirektoratet vises til kap. 720. Nasjonalt kunnskapssenter er organisatorisk underlagt Sosial- og helsedirektoratet

Post 50 Norges forskningsråd m.v

Forskning i regi av Norges forskningsråd og forskningsinstitusjoner er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale forvaltningsoppgaver, beslutninger i politikkutforming og utvikling av prioriterte fagfelt. Bevilgningen for 2005 skal dekke igangværende forskningsprogrammer og andre langsiktige satsinger knyttet til Helse- og omsorgsdepartementets programkategorier. Midlene administreres i hovedsak av Norges forskningsråd. Bevilgningen for 2005 foreslås økt med 3 mill. kroner. Denne styrkingen forslås avsatt til forskning på stamceller fra fødte mennesker med 1 mill. kroner og 2 mill. kroner til Program for helse og samfunn. Forskningsrådsprogrammene har normalt en varighet på 4-5 år og gjennomføres i tråd med vedtatte programplaner. Sosial- og helsedirektoratet har representanter i programstyrene. Det mottas årsrapporter fra Norges forskningsråd.

Som følge av endret oppgavefordeling mellom det nyopprettede Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet er deler av kap. 620 Utredningsvirksomhet, forskning m.m., post 50 *Norges forskningsråd* overført til kap. 701, post 50.

Bevilgningen går til følgende programmer og satsinger i Norges forskningsråd:

Program for Helsetjenester og helseøkonomi

Programmets formål er å stimulere til forskning om helsetjenesten, medvirke til å rekruttere forskere til området samt bidra til å forankre forskningen i flere fagmiljøer. Hovedområder er helseøkonomi, psykisk helsearbeid og helse- og omsorgstjenestens organisering og styring.

I regi av Norges Forskningsråd ble helseøkonomisatsningen evaluert av et internasjonalt sammensatt ekspertpanel i 2003. Panelet konkluderer med at både kvaliteten og omfanget på den forskningen som har blitt utført, er svært god. De foreslår derfor å videreføre nåværende organisering med to separate forskningsmiljøer. Departementet ønsker å følge tilrådningen fra ekspertpanelet, og foreslår at finansieringen og organiseringen av helseøkonomisatsningen videreføres i 2005.

Innenfor psykisk helsearbeid er det fokus på å etablere nettverk og møteplasser, samt å bygge opp forskningsmiljøer. På området organisering og styring er det, som en følge av reformene og endringsprosessene som er igangsatt, et stort behov for kunnskap. Programmet går ut 2005, og det vil i løpet av 2005 arbeides med videreføring av programmet.

Program for pasientnær klinisk forskning og alternativ medisin

Programmets overordnede målsetting er å styrke den forskningsbaserte viten om effekten av nye og eksisterende behandlingstilbud innen helsetjenesten. Fra 2003 ble de kliniske kompetansesentrene finansiert av de regionale helseforetakene direkte, men det er fortsatt behov for oppfølging for å videreføre det arbeidet som er satt i gang. Programmet vil følge opp Nasjonalt forskningssenter innen alternativ og komplementær medisin (NAFKAM) og forskere innenfor feltet alternativ behandling når det gjelder den biomedisinske forskningen. Den fremtidige organisatoriske forankring av NAFKAM vil bli avklart senest i løpet av 2005. Senteret har en rolle som nasjonal pådriver med iverksetting av store prosjekter, der forskningsmiljøer i flere helseregioner og land inkluderes. Programmet avsluttes i 2005 og avklaring om programmet vil skje i løpet av samme år.

Program for informasjons- og kommunikasjonsteknologi i medisin og helsetjeneste

Hensikten med programmet er at det skal gi et vesentlig bidrag til å nå overordnede mål i helsevesenet gjennom utvikling av IKT-løsninger. Programmet skal også bidra til kompetanseheving og til nyskapning for norsk industri, med blant annet helsetjenesten som målgruppe.

Innen programmets rammer finansieres blant annet et prosjekt for forskning og utvikling av elektroniske pasientjournaler. Etter en utlysningsrunde ble det opprettet et kompetansemiljø ved NTNU høsten 2003 som fikk i oppdrag å iverksette dette prosjektet. Programmet finansieres med midler fra Nærings- og handelsdepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Program for Mental helse

Programmets overordnede mål er å fremme forskning av høy kvalitet med relevans for mental helse. Det er et mål at denne forskningen kan bidra til en bedre folkehelse og fremme kvaliteten på helsetjenestetilbudet som gis personer med psykiske lidelser. Mental helseforsking har behov for langsiktig kunnskapsoppbygging på et bredt forskningsfelt, fra tidlig identifisering til effektive tiltak i forebygging og behandling. I 2005 vektlegges spesielt temaene barn og unge, psykiske lidelser og rusproblematikk, etniske minoriteter og rettspsykiatri/rettspsykologi. Programmet går ut 2005 og i samme år utarbeides forslag til videre forskning innen mental helse feltet.

Program for Helse og samfunn

Programmet skal bidra til å bygge opp og spre kunnskap om samfunnsmessige (økonomiske, politiske, sosiale og kulturelle) forhold som har betydning for folkehelsen. Sentrale temaer i programmet er blant annet virkemidler i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet, helse- og sykdomsoppfatninger, helsevaner, livsstil, risikooppfatninger, uønsket svangerskap og abort, rusmiddelbruk samt sosial ulikhet og helse. Som en oppfølging av St.meld.nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge skal det legges vekt på forsking innenfor temaene fysisk aktivitet, kosthold og sosial ulikhet i helse. Programmet foreslås økt med 2 mill. kroner til forskning på tiltak for å forebygge psykiske problemer, herunder forskning på helsestasjons- og skolehelsetjenestens funksjon og rolle i dette arbeidet.

Program for Miljø og helse

Programmet skal fremskaffe ny kunnskap om sammenhengen mellom miljøfaktorer og helse og på den måten bidra til risikovurderinger av miljøfaktorer og gi et bedre grunnlag for forvaltningmessige beslutninger. Programmet fokuserer både på inneklima og miljøfaktorer i utemiljøet og vil bidra til oppfølging av Nasjonal handlingsplan for miljø og helse og handlingsplanen Forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer. Sentrale temaer er bl.a. fukt i bygninger, luftforurensninger i byer og tettsteder, helse- og miljø, farlige kjemikalier, hormonlignende stoffer, gen-miljøinteraksjoner, luftveissykdommer, allergi og annen overfølsomhet, kostnad-nytteforskning. Programmet finansieres av Kultur- og kirkedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet, Miljøverndepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Program for Arbeid og helse

Arbeidslivet og arbeidsmiljøet har innvirkning på helse. Programmet skal ivareta bredden i arbeidsmiljøforskningen og tar sikte på å bygge opp forskningsmiljøer og kompetanse til internasjonalt nivå. Prioriterte tema for programperioden 2001-2005 er fysiske og psykiske helsekonsekvenser av nye arbeidskrav og utviklingstrekk i arbeidslivet, styrking av forskning på mekanismer for arbeidsrelaterte helseeffekter som muskel- og skjelettplager, kroniske smertetilstander, psykiske plager og luftveissykdommer, forskning på forholdet mellom helse og deltakelse i og utstøtning fra arbeidslivet, fysisk og kjemisk eksponering, samt videre utvikling av forskning på helseeffekter av intervensjoner, tiltak og endringer. Programmet finansieres fra Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Næringslivets hovedorganisasjon.

Global helseforskning

Norge har i flere år påpekt at det internasjonalt må settes inn større ressurser til forskning på fattigdomsrelaterte sykdommer. Anslag over den totale resursinnsatsen som går til medisinsk og helsefaglig forskning, har vist at en liten andel av forskningsressursene er rettet mot sykdommer som utgjør hoveddelen av den globale sykdomsbyrden. Regjeringen har som mål å styrke den nasjonale forskningssatsingen rettet mot fattigdomsrelaterte sykdommer. En satsing på Global helseforskning er under etablering i regi av Norges forskningsråd. Det er fordelt tilskudd til forskningsprosjektet i 2004 med midler fra Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i 2003 og 2004, dette videreføres i 2005.

Velferdsprogrammet - aldersforskning

Aldersforskningssatsingen (2002-2012) er en langsiktig strategisk satsing med en tematisk og faglig bredde som omfatter både samfunnsvitenskaplig og helsefaglig forskning. Utvikling av nye og tverrfaglige problemstillinger og perspektiver, oppbygging av forskningsmiljøer og nyrekruttering står sentralt.

Strategiske satsninger

Kvinnehelse

Prosjekter med særlig eller utelukkende relevans for kvinners helse inngår i mange av programmene i Norges forskningsråd. Norges forskningsråd stimulerer til at kjønn og kjønnsforskjeller blir drøftet og analysert i alle relevante forskningsprosjekter. I Forskningsrådets totale portefølje var det i 2003 om lag 45 pågående prosjekter med spesiell relevans for kvinners helse, inkludert prosjekter om kvinners helse i utviklingsland og velferdsforskning. Prosjektene spenner fra basalforskning til samfunnsmedisinsk og anvendt forskning. Hovedtyngden av prosjektene er innenfor brystkreft, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og barseltid, underlivsplager og seksuelt overførbare sykdommer, kvinners helse i utviklingsland og osteoporose.

Næringsrettet bio- og genteknologi

Fra helsesektorens side er det store forventninger knyttet til både grunnleggende forskning og produktutvikling innenfor genteknologi. Departementet foreslår å videreføre satsingen innenfor næringsrettet bio- og genteknologi i 2005.

I 2003 satt Helsedepartementet av midler til Programmet etikk, samfunn og bioteknologi. Dette videreføres i 2005 Programmet skal blant annet bidra til kompetanseoppbygging innenfor etiske, juridiske og samfunnsmessige aspekter ved moderne bioteknologi, samt utvikle forskningsbasert kunnskap om feltet. Et mål for programmet er også å styrke kommunikasjonen mellom eksperter og befolkningen når det gjelder moderne bioteknologi.

Forskning på stamceller fra fødte mennesker

Forskning på stamceller fra fødte mennesker er et forskningsområde som Regjeringen vil prioritere høyt også i 2005. Satsningen startet i 2002. Siktemålet er å utvikle og styrke kompetansen når det gjelder grunnforskning og klinisk forskning med stamceller fra fødte mennesker med sikte på behandlingstilbud til pasienter med alvorlig sykdom. Det er etablert et nasjonalt nettverk innen stamcelleforskning, og det satses nå på et nordisk nettverk med betydelig bidrag fra norsk side. Det vises også til at utviklingen mot klinisk bruk av stamceller synes å kunne gå raskere enn tidligere forutsett. Det foreslås derfor en økning av bevilgningen for 2005 på 1 mill. kroner.

Legemiddelforskning (farmakologisk forskning mv.)

Satsingens mål er å øke den forskningsbaserte kunnskapen innen legemiddelepidemiologi, farmakologi, farmakoterapi og farmasi. Dette skal gi grunnlag for å dokumentere legemidlers nytteeffekt samt gi kunnskap om hvorvidt lege-

middelbruk er i samsvar med dokumentert kunnskap og faglige anbefalinger. Et reseptbasert legemiddelregister ble etablert i 2003, og legemiddelepidemiologisk forskning har en sentral plass i registerets formål.

Kreftforskning

Det ble under Nasjonal kreftplan (1998-2003) utarbeidet en strategi for offentlig kreftforskning i regi av Norges forskningsråd (NFR). Fra 2004 har NFR igangsatt 12 prosjekter (3-4 årige prosjekter) på områdene brobygging med integrerte biologiske og kliniske problemstillinger, epidemiologisk kreftforskning og klinisk kreftforskning.

Departementet anser det som viktig at fokuset på kreftforskning fortsetter. Bevilgningen foreslås videreført i 2005.

Det vises også til rapporten «Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen - kompetanse, kvalitet og kapasitet» (juni, 2004). Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt av helseministeren med mandat til å utarbeide en nasjonal strategi for hvordan utfordringene innenfor kreftomsorgen skal følges opp i årene fremover. I rapporten understerkes det bl.a. at mulighetene for en uavhengig og forskerinitiert klinisk forskning må forbedres. Rapporten er høsten 2004 sendt på høring til berørte instanser, og departementet vil følge opp saken når høringen er over.

Mat og helse

Sammensetningen av kostholdet spiller en viktig rolle for flere av dagens folkesykdommer. Samtidig dokumenteres stadig nye sammenhenger mellom kostfaktorer og helse. Forbrukernes bevissthet om kostholdets betydning er økende, men de faktiske kostholdsendringene er vanskelige å få til. Utfordringene innenfor satsingen er knyttet til hvordan kostholdet påvirker normale fysiologiske funksjoner og risiko og sykdomsforløp for kroniske sykdommer, og hvilke typer strategier og tiltak som vil påvirke valg av matvarer og kosthold i gunstig retning. Faglig forsvarlig og sikker bruk av næringsmidler er et sentralt element i norsk helsepolitikk. Det er i dag begrenset forskningsaktivitet om langsiktige effekter ved bruk av genmodifisert mat i Norge og internasjonalt, noe som først og fremst skyldes mangel på produsentuavhengige forskningsmidler til denne type forskning. Risikoaspektene ved ny teknologi, bl.a. relatert til genmodifisert mat, er et prioritert forskningstema.

Drikkevannsforskning

Målsettingen for programmet er å bringe den nasjonale kunnskapen opp på et nivå som kan bidra til at nasjonale målsettinger etterleves og internasjonale forpliktelser oppfylles. Programmet er en del av den nasjonale satsningen for å oppgradere norsk vannforsyning, og skal bringe fram kunnskap for å bedre drikkevannskvaliteten.

Prioriterte områder er vannkvalitet og helse, behandling av drikkevann, vedlikehold og økonomi, distribusjonssystemer og vannkvalitetsovervåking og hvordan disse utfordringene kan møtes med teknologi innen vannbehandling.

EUs strålevernprogram

EURATOMs forskningsprogrammer er en del av EUs rammeprogram for forskning, men omfattes ikke av EØS-avtalen. Norge har deltatt på prosjektbasis innen EURATOMs forskningsprogrammer fra 3. rammeprogram (1989). EUs 5. rammeprogram for forskning ble videreført av 6. rammeprogram ved årsskiftet 2002-2003. EU åpner for at Norge fortsatt kan delta på prosjekt til prosjektbasis innen EURATOMs forskningsprogrammer. Strålevern og avfall er identifisert som mest aktuelt for norsk deltakelse. Deltakelsen samfinansieres av Helse-og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Utenriksdepartementet, Nærings-og handelsdepartementet og Fiskeri- og kystdepartementet.

Antibiotikaresistens/ forebygging av sykeshusinfeksjoner

Satsingen på området antibiotikaresistens er et ledd i regjeringens Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens som avsluttes ved utløpet av 2004. Fra 2005 skal midlene brukes til å følge opp forskningstiltak i handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner.

Selv om vi kjenner mange ulike resistensmekanismer og begynner å forstå hvordan antimikrobiell resistens kan utvikles og spres, mangler vi kunnskap som grunnlag for å velge de riktige og nødvendige tiltakene for å få kontroll med det truende resistensproblemet. Videre er det få tiltak vi har målt effekten av.

Kap. 0702 Helse- og sosialberedskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter	24 732	15 504	14 974
	Sum kap 0702	24 732	15 504	14 974

Regnskap for 2003 gjelder tidligere kap. 797.

Formål og hovedprioriteringer

Helse- og sosialberedskapen skal, med sikte på kriser i fred og i krig, sørge for nødvendig medisinsk behandling, pleie og omsorg. Tiltak for å ivareta tjenestene følges opp innenfor rammen av det sivile beredskap, sivilt-militært samarbeid og internasjonalt samarbeid.

Helse- og sosialberedskapstiltak er integrert i de respektive sektorene og finansieres i hovedsak over ordinære driftsbudsjetter. Bevilgningen over kap. 702 omfatter særlige beredskapstiltak og delfinansiering av enkelte tiltak over ordinære driftsbudsjetter. For å ivareta en helhetlig framstilling er enkelte beredskapstiltak på de ordinære driftsbudsjetter også omtalt her.

Prioriterte innsatsområder i 2005 er:

- å styrke krisehåndteringsevnen i helse- og sosialtjenesten
- å styrke beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser
- å arbeide for en robust forsyningssikkerhet i helsetjenesten
- å styrke det internasjonale helse- og sosialberedskapssamarbeidet

Resultatrapportering 2003 og tilstandsvurdering 2004

Styrket krisehåndteringsevne i helse- og sosialtjenesten

Lov om helsemessig og sosial beredskap, som trådte i kraft 1. juli 2001, pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten å utarbeide beredskapsplan for de helse- og sosialtjenestene de skal sørge for tilbud av eller er ansvarlige for. Sykehus, vannverk og næringsmiddelkontrollen har også en selvstendig planplikt. Beredskapsplanene skulle i henhold til lovens krav foreligge innen 1. juli 2003. Sosial- og helsedirektoratet undersøkte høsten 2003 status for gjennomføringen. Med basis i undersøkelsen er det gjennomført systematiske forbedringstiltak.

Alle de fem regionale helseforetakene har nå utarbeidet beredskapsplaner i henhold til loven. Det foreligger beredskapsplaner for alle offentlige sykehus og det arbeides i alle ledd med å oppdatere sykehusenes planer i henhold til ny organisasjonsstruktur i helseforetakene.

Helsetilsynet har fulgt opp kommunenes oppfyllelse av plan for helsemessig og sosial beredskap. I juli 2004 fikk 46 kommuner varsel om pålegg i forbindelse med manglende planer. I tillegg ble det sendt brev til ca 100 kommuner der planarbeidet var påbegynt, men der det fortsatt manglet endelig vedtatte beredskapsplaner. Når det gjelder kommunenes beredskapsplanlegging etter smittevernloven, viser rapporter fra helsetilsynene i fylkene at 96 % av landets kommuner hadde godkjent smittevernplan pr 20. juli 2004. I 2003 ble det også utarbeidet plangrunnlag for kommunenes beredskapsplanlegging i forhold til atom- og strålingsulykker.

Beredskapsplanlegging er en løpende prosess med videreutvikling av planer for å tilpasse disse til nye utfordringer og organisasjonsendringer. Arbeidet vil bli videreført i 2005.

Våren 2004 ble det gjennomført en større øvelse i Oslo. Øvelsens formål var å vurdere helsetjenestens evne til å håndtere en situasjon med masseskade. Deltakere i øvelsen var helsetjenesten (Ullevål universitetssykehus HF og Oslo Legevakt), politi, brann, Oslo kommune, Sivilforsvar og Røde Kors. Øvelsen var vellykket og viser at helsetjenesten i det sentrale Østlandsområdet har en slik kapasitet.

Vannverkenes beredskapsplanlegging står fortsatt noe tilbake. Tilsyn med dette er fra 1. januar 2004 et ansvar for det nye Mattilsynet. Tilsyn med vannverk, herunder med beredskapsplanleggingen, vil i 2005 være en prioritert oppgave for Mattilsynet.

Mattrygghet i beredskapsperspektiv

Fra 1. januar 2004 er lovgrunnlaget vedrørende næringsmidler og drikkevann endret, i og med ikrafttredelse av lov 19. desember 2003 om matproduksjon og mattrygghet mv. (matloven).

Mattilsynet vil utarbeide beredskapsplaner til sitt sentrale, regionale og lokale nivå. Det tas sikte på å avholde årlige øvelser. Mattilsynet deltar også

i atomulykkeberedskapen som organiseres av Statens strålevern. Mattilsynet vil avklare og konkretisere sin rolle både i forhold til lov om forebyggende sikkerhetstjeneste og lov om helsemessig og sosial beredskap og i forhold til ulike andre etaters ansvarsområde.

Den nye vitenskapskomitéen for matområdet, som ble etablert våren 2004 skal gi vitenskapelige risikovurderinger på matområdet, i første rekke til Mattilsynet. Vitenskapskomitéen vil kunne bidra på aktuelle områder under beredskapssituasjoner.

Samarbeid innenfor helse- og sosialtjenesten og med andre sektorer

Med utgangspunkt i organisasjonsendringene i helseforvaltningen og eierskapsendringene i spesialisthelsetjenesten, er det i perioden satset på å konsolidere samarbeidslinjer og oppnå god koordinering internt i og vis a vis andre beredskapssektorer som helsetjenesten samvirker med. Bl.a. er det i perioden arbeidet med å styrke det sivil-militære samarbeidet for å løse felles og likeartede utfordringer med fokus på kompetanse, kvalitet og god utnyttelse av de samlede samfunnsressursene, jf St. prp. nr. 42 (2003-2004) og St. meld. nr. 39 (2003-2004).

Styrket beredskap mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser

Beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske terrorhendelser tar utgangspunkt i ansvarsprinsippet. Det er opprettet en beredskapsorganisasjon ved atomulykker, der en rekke myndigheter og virksomheter deltar. Beredskapen i forhold til biologiske hendelser bygger på den alminnelige smittevernberedskapen, mens beredskap i forhold til kjemiske hendelser tar utgangspunkt i nødetatene og redningstjenestens beredskap ved kjemikalieulykker.

Med utgangspunkt i en egen tiltaksplan, er det i perioden gjennomført tiltak for å styrke beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser og Stortinget har bevilget midler til tiltak, jf. St.prp. nr. 1 (2003-2004).

Kriseutvalget for atomulykker har utarbeidet en langtidsplan for oppgradering av atomberedskapen. Planen revideres i 2004. Det er kjøpt inn og distribuert jodtabletter til alle kommuner nord for Ofoten. Sosial- og helsedirektoratet har i tillegg etablert et beredskapslager med jodtabletter.

Beredskapen i forhold til biologiske hendelser er styrket, bl.a. gjennom innkjøp av mobilt laboratorieutstyr til Ullevål universitetssykehus HF og lagring av immunglobuliner. Miltbrannvaksine er under anskaffelse. Nasjonalt folkehelseinstitutt har inngått samarbeid med P4-laboratoriet ved Smittskyddsinstituttet i Stockholm om analyse av høyrisikosmittemateriale og det er startet et arbeid for å oppgradere laboratoriet ved Nasjonalt folkehelseinstitutt til et fullverdig P3-laboratorium.

Ullevål universitetssykehus HFs funksjon som kompetansesenter og landsfunksjon for personer som har vært utsatt for biologiske eller kjemiske agens eller radioaktiv stråling er under formalisering, med sikte på å etablere et permanent senter ved sykehuset. Senteret ses i sammenheng med den øvrige ABC-beredskapen. Det er i perioden gjennomført flere kompetansetiltak for å utvikle senteret.

Det gjenstår fortsatt tiltak, bl.a. innenfor området innkjøp og lagerhold av legemidler, utvikling og videre drift av analyseutstyr for påvisning av bakterier, virus og kjemiske stridsmidler i drikkevann.

Forsyningssikkerhet av legemidler, materiell og utstyr

Lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger aktørene i helse- og sosialtjenestene å sørge for tilstrekkelig sikkerhet for forsyning av viktige legemidler og utstyr slik at de kan yte forsvarlige tjenester ved kriser og krig.

Legemidler, medisinsk utstyr og forbruksmateriell produseres i liten grad i Norge. I løpet av de senere årene er mengden av varer på lager i norske distribusjonsledd redusert. I følge Sosial- og helsedirektoratet har grossistene og apotekene i gjennomsnitt en lagerbeholdning på om lag tre ukers forbruk. Forsyningen av legemidler og helsemateriell er derfor sårbar overfor leveransesvikt eller ved behov for uventet økt forbruk.

Lager- og leveranseavtaler er hovedpilarer i forsyningsberedskapen

Norsk Medisinaldepot AS har siden 1970-tallet holdt et kriselager av legemidler på vegne av norske helsemyndigheter (se omtale under kap 751 post 21 spesielle driftsutgifter). Det er også etablert lagre av medisinsk forbruksmateriell. Lagrene rulleres bl.a. gjennom internasjonale nødhjelpsaksjoner og gjennom grossistenes øvrige lagre. Lagrene er imidlertid begrensede.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for å sikre nasjonal forsyning av vaksiner. Instituttet har lagre av vaksiner og har som mål å bygge opp lagrene slik at de dekker seks måneders forbruk av vaksiner til vaksinasjonsprogrammet og tre måneders forbruk av øvrige aktuelle vaksiner.

Innarbeiding av forsyningssikkerhet i helsetjenestens leveranseavtaler finnes i begrenset omfang. Helseforetakene/sykehusapotekene har ansvar for å ivareta forsyning av kritiske legemidler, blodprodukter og medisinske forbruksartikler gjennom avtaler med leverandørene. Det er inngått sentrale avtaler om beredskapslager for infusjonsvæsker. Det foreligger planer for når dette skal være implementert i avtalene.

Sosial- og helsedirektoratet har gjennomført en vurdering av legemiddel- og materiellberedskapen. Her fremgår det at det er behov for fortsatt innsats og utvikling, både når det gjelder beredskapslagre og leveranseavtaler. Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene vil, i samarbeid med andre berørte aktører, arbeide videre med tiltak for å styrke forsyningsberedskapen.

I 2004 er det gjennomført strakstiltak for å redusere skadevirkninger av et eventuelt utbrudd av pandemisk influensa. Det er inngått avtale med grossist om å holde et lager av antivirale legemidler og det inngås en garantiavtale for kjøp av influensavaksine (Innst. S. nr 170, 2003-2004 jf. St. prp. nr. 43, 2003-2004).

Internasjonalt samarbeid

Flere av helseberedskapsutfordringene er internasjonale utfordringer som må møtes med nasjonale tiltak koblet med bredt regionalt og globalt samarbeid.

Det nordiske helseberedskapssamarbeidet er styrket gjennom den nordiske helseberedskapsavtalen som trådte i kraft november 2003. Gjennom avtalen er det inngått et forpliktende nordisk samarbeid for å forberede og utvikle helseberedskapen i de nordiske landene. Avtalen gjelder kriser og katastrofer generelt, med fokus på atom-, biologiske og kjemiske hendelser. Avtalen gjelder assistanse ved kriser og katastrofer samt beredskapsforberedelser. Helseberedskapssamarbeidet er gjennom avtalen knyttet til samarbeidet under Nordisk ministerråd.

Verdens helseorganisasjons (WHO) håndtering av SARS og mulighet for pandemisk influensa viser betydningen av internasjonalt samarbeid om overvåkning, analyse, tidlig varsling og reaksjonsformer ved utbrudd av smittsomme sykdommer.

Etter terrorhandlingene i september 2001 etablerte EU-landene et samarbeid om beredskap mot terror med bruk av biologiske og kjemiske midler. Samarbeidet skjer innenfor rammen av Health Security Committee, der Norge har deltatt fra 2. halvår 2003. Deltakelsen gir tilgang til et nettverk for informasjon og varsling relatert til bruk av biologiske og kjemiske midler, og mulighet for deltakelse i arbeidsgrupper for utvikling av felles standarder og verktøy i krisehåndteringssammenheng. Etableringen av EUs nye senter for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer (ECDC) i Stockholm i 2005 blir et viktig ledd i å styrke beredskapen mot smittsomme sykdommer og bioterrorisme. Senteret skal bl.a. være ansvarlig for smittevernovervåkning og avgi vitenskapelig baserte råd om håndtering av sykdomsutbrudd. Det vises til ytterligere omtale i kap 703 Internasjonalt samarbeid.

Fra norsk side har man lenge arbeidet for å bedre det internasjonale samarbeidet for beredskap ved atom- og strålingsulykker. Norge har fått rollen som koordinator for et omfattende arbeid som International Atomic Energy Agencys (IAEA) sekretariat og medlemsland har igangsatt. Arbeidet vil også innbefatte andre internasjonale organisasjoner som bl.a. WHO, EU og NATO. Gjennom økt innsats og bedre koordinering tas det sikte på å forbedre den internasjonale beredskapen ved slike ulykker og hendelser, og derigjennom også bedre det enkelte lands evne til å håndtere slike kriser.

Norge deltar i helseberedskapsarbeidet i NATOs Joint Medical Committee.

Satsingsområder og mål for 2005

Med grunnlag i de hovedprioriterte innsatsområdene er satsingsområdene for 2005 som vist nedenfor. Tiltakene følges opp i samarbeid med andre sivile myndigheter og forsvaret.

Styrke krisehåndteringsevnen i helse- og sosialtjenesten

Gjennomføring av loven om helsemessig og sosial beredskap står sentralt. Helsetilsynet vil spesielt følge opp kommunene som ikke har tilfredsstillende beredskapsplaner samt følge opp helseforetakenes arbeid med å ferdigstille beredskapsplaner.

Sosial- og helsedirektoratet vil i samarbeid med andre fagmyndigheter ivareta veiledning, tilrettelegging og pådrivervirksomhet for å sikre at helsetjenesten videreutvikler og øver sitt beredskapsplanverk med sikte på å styrke krisehåndteringsevnen.

Det rettes fokus mot samordning av helsetjenestens beredskapsplaner - mellom ulike nivåer og mellom ulike fagområder internt i helse- og sosialsektoren og overfor andre sektorer. Dette omfatter utvikling av entydige samarbeidslinjer og gode sikre kommunikasjonsløsninger.

Styrket beredskap mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser

Beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske midler videreutvikles med utgangspunkt i gjeldende tiltaksplaner for utstyr og legemidler, kompetanse og samhandlingsrutiner. Det legges særlig vekt på innkjøp og videre utbygging av nødvendige lagerordninger av legemidler.

En robust forsyningssikkerhet i helsetjenesten

Videreutvikling av et helhetlig sett av tiltak innenfor helsetjenesten og næringen for å oppnå tilfredsstillende forsyningssikkerhet for legemidler, medisinsk materiell og utstyr står sentralt. Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene vil, i samarbeid med andre berørte aktører, arbeide videre med tiltak for å styrke forsyningsberedskapen.

Styrket internasjonalt helseberedskapssamarbeid

Det internasjonale beredskapssamarbeidet tar sikte på å bedre Norges og samarbeidspartenes samlede evne til å forebygge og håndtere kriser og katastrofer gjennom bedre utnyttelse av ressursene (kompetanse og andre innsatsfaktorer). Det legges vekt på tiltak for å gjennomføre Nordisk helseberedskapsavtale, samarbeid innen EU, WHO, IAEA og NATO.

Merknader til budsjettforslaget

Nedgangen fra saldert budsjett 2004 til forslag 2005 skyldes at stillinger som har vært dekket over kap. 702 foreslås overført til kap. 700, jfr. St. prp. nr. 63 (2003-2004) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2004 og Innst. S. nr. 250 (2003-2004).

Kap. 0703 Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
21	Spesielle driftsutgifter		16 453	17 012
	Sum kap 0703		16 453	17 012

Tilsvarende bevilgninger i 2003 var fordelt på kapitlene 701.21, 719.21, 739.21 og 750.01.

Formål og hovedprioriteringer

Det internasjonale samarbeidet innen helsesektoren er omfattende. Land samarbeider i økende grad for å løse helsemessige utfordringer som ikke stopper ved grensene, både for å øke kunnskap og utvikle samarbeidsordninger for å kunne drive effektivt forebyggende arbeid og sykdomsbekjempelse nasjonalt, og å bidra til dette arbeidet i våre nærområder og andre deler av verden. Med utgangspunkt i at helsepolitikk, herunder tilbudet av helsetjenester, er et nasjonalt ansvar for EUs medlemsland, ser vi også økende vilje til samarbeid mellom landene for å bedre ressursutnyttelsen og øke gjensidig læring. Samarbeid med andre land og internasjonale organisasjoner bidrar til å styrke effekten av tiltak på nasjonalt nivå. Det er derfor en målsetting å videreutvikle det internasjonale samarbeidet.

Norges engasjement spenner over et bredt felt innen en rekke arenaer. Samarbeidet med EU innenfor rammen av EØS/EFTA og arbeidet innenfor Verdens helseorganisasjon står sentralt i det norske internasjonale helseengasjementet. Norge er også pådriver i helsesamarbeidet som foregår i våre nærområder, herunder Barents helse- og sosialprogram og Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av EUs nordlige dimensjon. Norge er engasjert i en rekke bilaterale samarbeidsordninger på helsesektoren, med Kina, Frankrike og Russland som sentrale samarbeidsland. I tillegg til dette legges det betydelig vekt på samarbeidet gjennom internasjonale organisasjoner som Europarådet, OECD og Nordisk ministerråd.

Det internasjonale samarbeidet er integrert i de respektive fagområdene og finansieres ihovedsak over ordinære driftsbudsjetter. Bevilgninger over dette kapitlet går i stor grad til å ivareta konkrete forpliktelser i form av kontingenter, medlemsavgifter mv. Bevilgningen omfatter først og fremst tiltak som retter seg mot ivaretakelse av forpliktelser knyttet til EØS-avtalen. I tillegg gis det en oversikt over øvrige hovedområder for departementets internasjonale arbeid, jf nærmere omtale

under budsjettkapitlene til Statens strålevern, Sosial- og helsedirektoratet, Statens legemiddelverk og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Norge gir betydelige bidrag til Verdens helseorganisasjon (WHO) både i form av frivillige bidrag og kontingent. Bidragene er for en stor del offisielle bistandsmidler som bevilges over Utenriksdepartementets budsjett. Tiltak under Barentssamarbeidet og Partnerskapet for helse og livskvalitet innen rammen av EUs nordlige dimensjon, skjer med prosjektmidler bevilget over Utenriksdepartementets budsjett. Det vises også til Mattilsynets budsjettkap. 1115 under Landbruks- og matdepartementet.

I 2005 er hovedutfordringene i Norges internasjonale helsearbeid:

- være løpende orientert om utviklingen i EU på viktige helse- og matrelaterte fagområder, og følge opp og påvirke utviklingen i en retning som samsvarer med nasjonale målsettinger. Herunder fremme norske interesser overfor EU når det gjelder arbeidet med en rekke rettsakter på næringsmiddelområdet, nytt tjenestedirektiv, deltakelse i EUs folkehelseprogram 2003-08, deltakelse i EUs matvarebyrå, det nye europeiske senteret for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) og i byrået for godkjenning av legemidler (EMEA)
- følge opp utviklingen av nytt EU-regelverk og sørge for rettidig gjennomføring av regelverket i norsk rett
- styrke og videreutvikle det bilaterale helsesamarbeidet
- videreutvikle Norges helsepolitiske satsinger i nærområdene med vekt på Barentssamarbeidet, mulighetene under EØS-finansieringsmekanismene og EUs nordlige dimensjon
- gjennom deltakelse i WHO ivareta helsepolitiske målsettinger, dra nytte av organisasjonens helsefaglige kunnskapsutvikling og støtte WHOs helsefremmende arbeid, herunder fremme norske interesser i WHO-forhandlingene i 2005 om tobakkskonvensjonen og revisjonen av det internasjonale helseregelmentet
- videreutvikle det nordiske samarbeidet på helseområdet og på næringsmiddelområdet for blant annet å styrke den nordiske plattformen i EU og øvrige internasjonale fora
- videreutvikle det internasjonale helseberedskapsarbeidet, jf. nærmere omtale under kapittel 702 Helse- og sosialberedskap

Resultatrapportering 2003 og tilstandsvurdering 2004

EU/EØS

Norge deltar fullt ut i det nye Folkehelseprogrammet fra og med 2003. Det innebærer representasjon i programkomiteen og deltakelse i en rekke arbeidsgrupper knyttet til de tre hovedsøylene i programmet: 1) helseinformasjon, 2) rask respons på helsetrusler, 3) forebygging av risikofaktorer. Norske fagmiljøer deltar i flere prosjekter, herunder også som prosjekthovedkoordinator. Kontingent for den norske deltakelsen, samt kostnader til to nasjonale eksperter ved EU-kommisjonen knyttet til programmet, dekkes over dette kapitlet.

EUs regelverksutvikling på næringsmiddelområdet følges opp ved at det årlig gjennomføres mellom 50–100 rettsakter. Norge deltar i den faste komite for næringsmiddelkjeden og dyrehelsen og i en rekke arbeids- og ekspertgrupper for å påvirke innholdet i nytt regelverk. Norge arbeider blant annet med gjennomføring av parlament- og rådsforordning (EF) nr 178/2002 om allment næringsmiddelregelverk og om opprettelse av Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (European Food Safety Authority; EFSA). EFSAs hovedoppgave er å framskaffe uavhengige vitenskapelige vurderinger i saker som har direkte eller indirekte betydning for næringsmiddeltryggheten; herunder risikovurderinger knyttet til dyrehelse, dyrevelferd og plantehelse. EFSAs vitenskapelige vurderinger vil danne grunnlag for utvikling av regelverk i regi av EU-kommisjonen.

Norge har siden opprettelsen av EFSA vært invitert til og deltatt i møter i myndighetens rådgivende utvalg. Gjennomføringen av forordning 178/2002 vil sikre norsk deltakelse i EFSA. Deltakelsen innebærer en årlig forpliktelse for Norge til å bidra økonomisk til myndigheten, og kostnadsrammen for 2005 vil være på om lag 6 mill. kroner. Det tas forbehold om EØS-komitebeslutning om forordning 178/2002 høsten 2004. I denne sammenheng planlegges en egen St prp om norsk deltakelse i EFSA. Det legges videre opp til at myndigheten skal være fullt operativ fra 2006, med en total årlig kostnadsramme for Norge på om lag 10,6 mill. kroner. Andre viktige rettsakter under vurdering for gjennomføring er nytt regelverk for genmodifisert mat, ny hygieneforordning og ny kontrollforordning. Departementet finansierer utgifter til en nasjonal ekspert tilknyttet EU-kommisjonen innenfor området mattrygghet og helse over dette kapitlet. I et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Fiskeri- og kystdepartementet og Mattilsynet er

det under utarbeidelse en samlet strategi for internasjonalt arbeid på matområdet.

Norge deltar i EU-byrået for godkjenning av legemidler; EMEA, herunder i en rekke ekspertkomiteer under byrået. EUs nye regelverk for godkjenning og markedsføring av legemidler; den såkalte legemiddelreformen, trer i kraft i EU 10. oktober 2005. På bakgrunn av det nye regelverket vil det måtte gjennomføres et betydelig implementeringsarbeid nasjonalt. Det er vedtatt ny nasjonal forskrift med regler om opptak av legemidler til blåreseptordningen. Dette har vært en omfattende prosess, som har ledet frem til et godt regelverk som er i henhold til kravene som EU/EØS-reglene stiller til forutsigbarhet og etterprøvbarhet. Norske representanter deltar også i utvalg, komiteer mv innenfor områdene legemidler og medisinsk utstyr. Fra og med 1. januar 2004 finansieres en nasjonal ekspert på legemiddelområdet over dette kapitlet. Kontingenten for deltakelse i EMEA bevilges over kap. 750 Statens legemiddelverk.

EUs regelverk om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner for helsepersonell har, i henhold til EØS-avtalen, også virkning for Norge. Det pågår en løpende utvikling av dette regelverket som medfører krav til rettidig tilpasning av norsk regelverk. For norske helsemyndigheter er det av stor interesse å sikre at det helsepersonell som til enhver tid arbeider i Norge, har en tilfredsstillende opplæring. Helsemyndighetene må holde seg oppdatert om utviklingen av regelverket og søke å bidra til at utformingen av regelverket ivaretar de hensyn som norske helsemyndigheter legger vekt på.

Etter terrorhandlingene i september 2001 etablerte EU-landene et samarbeid om beredskap mot terror med bruk av biologiske og kjemiske midler. Samarbeidet skjer innen rammen av Health Security Committee, der Norge deltar fra 2. halvår 2003. Deltakelsen gir tilgang til et nettverk for informasjon og varsling relatert til bruk av biologiske og kjemiske midler, og mulighet for deltakelse i arbeidsgrupper for utvikling av felles standarder og verktøy i krisehåndteringssammenheng. Etableringen av EUs nye senter for forebygging og kontroll av sykdommer i Stockholm i 2005 blir et viktig ledd i å styrke beredskapen mot smittsomme sykdommer og bioterrorisme. Senteret skal bl.a. være ansvarlig for smittevernovervåkning, varsling og avgi vitenskapelig baserte råd om håndtering av sykdomsutbrudd. Funksjonene i EUs Nettverk for smittsomme sykdommer, der Norge har deltatt siden etableringen i 1998, vil bli videreført som hovedfunksjoner i senterets virksomhet. Det arbeides derfor med sikte på at Norge skal delta for fullt i senterets virksomhet fra starten, og i denne sammenheng planlegges en egen St.prp. høsten 2004 om saken.

EU-kommisjonen offentliggjorde i april 2004 en tiltakspakke for økt pasientmobilitet, dvs pasienters tilgang til helsetjenester innenfor fellesskapsområdet. Utgangspunktet er at EF-domstolen har avsagt en rekke dommer om pasienters rett til å få dekket utgifter av hjemlandet til helsehjelp i utlandet. Rettsutviklingen i EU får virkning for norsk regelverk og resultatet av det pågående arbeidet kan få betydning for norsk helsetjeneste. EU har sommeren 2004 nedsatt en høynivågruppe som skal lede arbeidet med disse spørsmålene. Norge arbeider for å bli tilknyttet prosessen, primært gjennom deltakelse i høynivågruppen. EU-kommisjonen har i utkastet til tjenestedirektiv som ble lagt fram i januar 2004, foreslått å nedfelle rettighetene på pasientmobilitetsområdet. Samtidig berører en rekke av direktivets foreslåtte bestemmelser regulering og organisering av de norske helsetjenestene, herunder rettighetsspørsmål. Direktivet skal etter planen vedtas i 2005 og tre i kraft fra 2007. Departementet vil prioritere arbeidet med direktivet og i samarbeid med andre land søke å påvirke innholdet i bestemmelsene.

Departementet har siden januar 2003 deltatt aktivt i European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP). EDCTP er et stort, EU-basert forskningsprogram med hovedformål å bekjempe hiv/aids, tuberkulose og malaria i Afrika sør for Sahara. Landenes innsats skal skje ved koordinering av nasjonale aktiviteter med samme formål, samt støtte til gjennomføring av klinisk utprøving av legemidler og andre intervensjoner for å bekjempe de nevnte sykdommene. EDCTP kan støtte prosjekter hvor intervensjonen er utviklet under programmet, så vel som ny bruk av kjente intervensjoner. De kliniske utprøvingene skal skje i Afrika sør for Sahara. Norsk deltakelse i EDCTP gir mulighet for kunnskapsdeling og bredt internasjonalt samarbeid på et prioritert område i kampen mot sykdom og fattigdom.

European Observatory on Health Systems and Policies

Norge er sammen med Sverige, Finland Spania og Hellas, samt WHOs Europakontor, Verdensbanken, The European Investment Bank (EIB), Open Society Institute, London School of Economics og London School of Hygiene & Tropical Medicine, partner og økonomisk bidragsyter til European Observatory. Utgangspunktet for etableringen i 1998 var et ønske om å gjøre tilgjengelig kunnskap og erfaringer fra de ulike helsesystemene slik at de kunne brukes som grunnlag for politikkutforming

også i andre land. Målet har vært å skape et slikt grunnlag gjennom sammenliknende studier, kortfattede fremstillinger av kunnskap og analyser av alle helsesystemer i Europa.

Kunnskap spres over nettet, gjennom deltakelse på forskningskonferanser, deltakelse og drøftelser i ulike land mv. European Observatory samler og utgir fakta om hvert europeisk land i egne hefter. Sosial- og helsedirektoratet ivaretar den norske deltakelsen.

Ovennevnte tiltak finansieres i store trekk over kapittel 703 Internasjonalt samarbeid. For å gi en helhetlig framstilling av bredden i det internasjonale helseengasjementet, gis det i det følgende en kort oversikt over arbeid og tiltak som finansieres over andre kapitler;

Bilaterale samarbeidsordninger og –avtaler

Det bilaterale helsesamarbeidet med Kina, formelt igangsatt gjennom helseministrenes undertegning av en intensjonsavtale i 1999 og en handlingsplan i 2002, er utdypet og intensivert på flere felter. Det er undertegnet en samarbeidsavtale mellom helsemyndighetene i Hunan provins og Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) har utviklet samarbeid med kinesiske fagmiljøer innen tradisjonell kinesisk medisin. Etter planen vil en bilateral samarbeidsavtale på feltet bli undertegnet under fungerende helseminister Gao Qiangs offisielle besøk til Norge i oktober 2004. Pluss - Landsforeningen mot aids, har knyttet kontakt med hiv/aids-organisasjoner i Kina. Etter planen vil det strategiske hiv/aidsprogrammet CHARTS iverksettes i Kina og Hunan i 2004 med 6 millioner kroner i støtte over tre år fra Utenriksdepartementet.

Norge og Frankrike inngikk i februar 2003 en helsesamarbeidsavtale. Avtalen skal først og fremst bidra til utveksling av informasjon og kunnskap og partnerskap mellom regionale etater og sykehus, samt å arrangere besøk og seminarer. Senhøstes 2004 arrangeres en konferanse om screening av kreft; «State for the art of cancer screening», i samarbeid mellom den franske ambassaden i Oslo og Sosial- og helsedirektoratet.

En bilateral avtale om helsesamarbeid med Russland ble inngått i 1999 og gjelder etter forlengelse ut 2004. Avtalen vektlegger kontakt på ekspertnivå, og omfatter utvikling av samarbeid innen felt som organisering av helsetjenesten, smittevern, mor/barn-helse og forsyning av legemidler og medisinsk utstyr. I praksis er samarbeidet gjennomført i en rekke prosjekter under Barentssamarbeidet og Østersjørådet.

Bilateralt samarbeid om tobakkskadeforebyggende arbeid mellom Polen og Norge har pågått siden helseministerkonferansen i Warszawa 2002. Samarbeidet, som har vært konsentrert om røykeslutt, reklameforbud og opplæring av helsepersonell, er et tre-årig prosjekt.

Verdens helseorganisasjon (WHO)

Norge er ett av 192 medlemsland i WHO, FNs særorganisasjon for helse med mandat å arbeide for at alle folk skal ha den beste helsetilstanden som er mulig å oppnå, og ett av 52 medlemsland i WHOs Europaregion. Helse- og omsorgsministeren representerer Norge i WHOs styrende organer. Departementer, etater og fagmiljøer utenfor forvaltningen er engasjert i arbeidet i WHO. Departementet finansierer kostnader knyttet til spesielle tiltak og enkeltoppdrag for Norges helseråd i Geneve.

Norge deltok aktivt i arbeidet med WHOs rammekonvensjon for tobakkskontroll som ble vedtatt av Verdens helseforsamling i 2003, og var det første landet som ratifiserte konvensjonen på åpningsdagen for signering 16. juni 2003. Norge har også deltatt aktivt i utviklingen av WHOs globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse. Denne ble vedtatt av helseforsamlingen i 2004 og vil følges opp på europeisk og nordisk nivå i 2005. Helseforsamlingen samlet seg også om et vedtak som støtter opp om WHOs initiativ for å gi tre millioner aids-syke i utviklingsland effektiv behandling mot sykdommen innen utgangen av 2005, det såkalte 3 by 5-initiativet.

Departementet vil fortsatt ha fokus på et målrettet, effektivt og samlet norsk engasjement i WHO. Norge deltar aktivt bl.a. i prosesser knyttet til alkohol og folkehelse og implementering av tobakkskonvensjonen.

Revisjon av Det internasjonale helsereglementet (1969) vil stå sentralt i 2005. Reglementet gir retningslinjer for WHOs og enkeltlands håndtering av utbrudd av smittsomme sykdommer, herunder varsling. Reglementet inneholder oversikt over tiltak og virkemidler som kan iverksettes i forhold til sykdomsbekjempelse, herunder restriksjoner på handelsvirksomhet, reising og turisme. Norge samarbeider videre med WHO om gjennomføring av WHO/FN-protokollen om vann og helse. Departementet deltar også i arbeidet i Codex Alimentarius Commission, WHOs og FAOs felles organisasjon for internasjonale matvarestandarder, sammen med Fiskeri- og kystdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Mattilsynet.

Nordisk ministerråd – helsesamarbeid

Nordisk ministerråd har satt fokus på en rekke viktige nordiske samarbeidsprosjekter innen helseområdet som departementet vil følge opp i 2005; samarbeid om IT-utvikling innenfor helse- og sosialtjenestene, kvalitetsmåling i helsevesenet, samarbeid om sjeldne sykdommer og alkoholpolitikk i Norden.

Departementet deltar også i ministerrådet for fiskeri-, jord-, skogbruk- og næringsmidler innenfor området trygg mat og ernæring, og i ministerrådet for narkotikapolitikk. Det er videre etablert et godt samarbeid på helseberedskapsområdet gjennom den nordiske helseberedskapsavtalen som ble underskrevet i juni 2002. Avtalen knytter helseberedskapssamarbeidet til det nordiske samarbeidet under Nordisk ministerråd. Det vises til kap. 702 Helse- og sosialberedskap for en nærmere omtale av beredskapssamarbeidet med de nordiske landene.

Barentssamarbeidet, Østersjøsamarbeidet og arbeidet i EUs nordlige dimensjon

Helseministeren var 27. oktober 2003 vert for en ministerkonferanse i Oslo hvor Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av EUs Nordlige dimensjon ble etablert. Bakgrunnen er den alvorlige helsesituasjonen og de sosiale forholdene i Nordvest-Russland og de baltiske statene. 15 land og 8 internasjonale organisasjoner inngår i partnerskapet, som har som ambisjon å utgjøre en overbygning for det multilaterale helse- og sosialsamarbeidet med Russland og nærområdene for øvrig.

I 1999 vedtok Barentsrådet etter norsk forslag det første samarbeidsprogrammet for helse i Barentsregionen. I oktober 2003 vedtok det et nytt program for helse og sosiale spørsmål for perioden 2004-2007. Barentssamarbeidet inngår som en viktig del av Partnerskapet for helse og livskvalitet. Aksjonsgruppen for smittevern i Østersjøregionen (Task Force) ble opprettet i 2000 og har norsk formannskap og sekretariat. Aksjonsgruppen leverte sin sluttrapport til Østersjørådets toppmøte i juni 2004. Arbeidet videreføres under Partnerskapet for helse og livskvalitet.

Utbredelse av smittsomme sykdommer har lenge vært en stor utfordring i regionen, særlig med hensyn til hiv/aids og multiresistente tuberkulosebakterier. Fødselstallene er lave og det er nedgang i folketallet. Fra norsk side er tiltak mot tuberkulose og helse og hygiene i fengsler gitt prioritet, og det er oppnådd gode resultater. Generelt kan det sies at situasjonen er i bedring hva gjelder tuberkulose, mens mye gjenstår med tanke på hivforebygging. Når samarbeidet med Russland og Baltikum utvides til å omfatte sosiale forhold, er det behov for å sette helse i en bredere sammenheng der det i tillegg til smittsomme sykdommer i større grad fokuseres på livsstilsrelaterte sykdommer, samt en videre utvikling av helse- og sosialtjenestene i regionen.

Gjennom Barentssamarbeidet ble det i 2003 benyttet 15 mill kroner til helseprosjekter rettet mot smittsomme sykdommer, mor-barn helse, livsstilsproblemer, tiltak for urfolk og kvalitetsheving av helsetjenester. En evaluering utført av Fridtjof Nansens institutt konkluderte med at satsingen har vært vellykket og ført til forbedringer i russisk helsevesen. Videre er det benyttet 20 mill kroner til prosjekter i Russland og Baltikum gjennom Aksjonsgruppen for smittevern i Østersjøregionen, som omfatter samarbeid innen tuberkulose, hiv/aids-kontroll, antibiotikaresistens, smitteovervåking, fengselshelsetjeneste og reformer for en mer effektiv helsetjeneste. Midler til samarbeidet med Russland og nærområdene for øvrig bevilges over Utenriksdepartementets budsjett.

Europarådet

Norge arrangerte Europarådets 7. helseministerkonferanse i Oslo i 2003. Erklæringen som ble vedtatt har fokus på menneskets verdighet i møte med helsetjenestene. I perioden mai til november 2004 har Norge formannskapet i Ministerkomiteen i Europarådet. Sentrale tema for den norske formannskapsperioden ligger i organisasjonens kjernekompetanse om menneskerettslige spørsmål og utvikling av rettsstat- og demokratistandarder.

Norge vil bidra til at de europeiske lands bruk av biomedisin overfor mennesker skjer innenfor rammen av menneskerettighetene og respekten for menneskets verdighet og livets ukrenkelighet. En tilleggsprotokoll om biomedisinsk forskning skal etter planen signeres i Oslo i oktober 2004.

OECD-samarbeid på helsesektoren

OECD har initiert et eget program for å utrede helsesystemer, beskrive omfang og kvalitet på helsetjenestetilbudet og analysere pågående helsereformer i medlemslandene. Programmet, som avsluttes i løpet av 2004, har fått stor oppmerksomhet og støtte fra medlemslandene. Medlemslandene, inkludert Norge, ønsker å videreføre dette arbeidet i OECD i årene framover. Rapporter og analyser fra programmet har stor verdi for den norske helseforvaltningen i arbeidet med å videreutvikle vår nasjonale helsetjeneste. Departementet er

aktivt involvert i delprosjekter som skal utvikle indikatorer for måling av kvalitet i helsetjenesten, tiltak for å redusere ventetider på behandling og metoder for å kvalitetssikre innføring av ny teknologi i helsetjenesten.

Satsingsområder og resultatmål 2005

- følge opp utviklingen av nytt EU-regelverk og sørge for rettidig gjennomføring av regelverket i norsk rett
- delta i EUs matvarebyrå (EFSA) og i EUs senter for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer (ECDC) og i byrået for godkjenning av legemidler (EMEA)
- forsterke forbindelsene til EU på fagområder av sentral betydning for helsesektoren. Det gjelder først og fremst mht oppfølging av arbeidet med EUs utkast til tjenestedirektiv og prosessen i forbindelse med pasientmobilitet, særlig med sikte på å delta i høynivåkomiteens arbeid
- bidra til et målrettet, effektivt og samlet norsk engasjement i WHO, særlig mht oppfølging av arbeidet med WHOs rammekonvensjon for tobakkskontroll, oppfølging av den globale strategien for kosthold, fysisk aktivitet og helse, revisjon av det internasjonale helsereglement samt arbeidet med alkohol og folkehelse
- bidra til videreutvikling av partnerskapet for helse- og sosialsamarbeid innenfor rammen av EUs nordlige dimensjon
- bidra til implementering av prosjekter under protokollen for vann og helse
- delta i Codex Alimentarius Commission

Merknader til budsjettforslaget

Tilskuddsmidler (søkerlandsbevilgningen samt tilskudd til samarbeid med Russland) som Helse- og omsorgsdepartementet tidligere har mottatt fra Utenriksdepartementet over kap. 3700 post 03 og som har vært utgiftsført over kap. 700 Helsedepartementet, foreslås ført over kap. 703 og kap. 3703 Internasjonalt samarbeid, jf. også St. prp. nr. 63 (2003-2004) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2004 og Innst. S. nr. 250 (2003-2004).

Programkategori 10.10 Folkehelse

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
0710	Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)	624 168	494 049	522 991	5,9
0712	Bioteknologinemnda	6 986	6 781	6 647	-2,0
0715	Statens strålevern (jf. kap. 3715)	91 923	90 341	93 297	3,3
0719	Helsefremmende og forebyggende arbeid	90 551	85 517	88 944	4,0
	Sum kategori 10.10	813 628	676 688	711 879	5,2

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
01-23	Statens egne driftsutgifter	731 086	589 608	624 236	5,9
30-49	Nybygg, anlegg mv.	25 431	14 821	15 088	1,8
70-89	Andre overføringer	57 111	72 259	72 555	0,4
	Sum kategori 10.10	813 628	676 688	711 879	5,2

Programkategorien omfatter bevilgninger til virksomhetene Nasjonalt folkehelseinstitutt, Bioteknologinemnda og Statens strålevern. I tillegg omfatter programkategorien bevilgninger til Helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder smittevern, forebygging av uønskede svangerskap og Handlingsplan for fysisk aktivitet. Omtalen av oppfølgingen av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge er i sin helhet samlet i denne programkategorien under kap. 719, selv om forslag til oppfølging av folkehelsemeldingen også er fremmet under andre programkategorier og kapitler.

Folkehelsearbeidet omfatter også arbeidet med trygg mat. Det faglige ansvaret på det matpolitiske området er delt mellom Fiskeri- og kystdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Landbruks- og matdepartementet, herunder et delt forvaltningsansvar for Mattilsynets virksomhet. For omtale av Mattilsynets virksomhet vises det til kap. 1115 under Landbruks- og matdepartementet. Kostholds- og ernæringsspørsmål er et særskilt ansvar for Helse- og omsorgsdepartementet. Ny lov om matproduksjon og mattrygghet mv. (matloven) trådte i kraft 1. januar 2004, samtidig som det nye Mattilsynet ble etablert. Helse- og omsorgsdepartementet har det faglige ansvaret for Mattilsynets virksomhet i forhold til alle regler, etter primærproduksjonen, som er fastsatt av hensyn til folkehelsen. I tillegg omfatter ansvaret en rekke regler som både skal ivareta folkehelse- og forbrukerhensyn, for eksempel generelle merkeregler for mat, og regler om tilsetnings- og fremmedstoffer og genmodifisert materiale i mat og ansvaret for regler for produksjon av drikkevann langs hele produksjonskjeden. I 2005 vil en del av Mattilsynets oppgaver være knyttet til oppfølging av Ot.prp. nr. 55 (2001–2002) Om endringer av legemiddelloven, som signalisert i St.meld. nr. 63 (2003–2004). Dette vil gjelde arbeid med helsepå-

stander på matvarer, herunder å utarbeide dokumentasjonskrav for bruk av slike påstander. Det gjelder også styrket tilsyn og kontroll med såkalte naturmidler. Det er gjennomført høringer i 2004 av ulike modeller for videre arbeid med slike produkter. På bakgrunn av høringen foreslås det at Mattilsynet viderefører sitt ansvar for denne produktgruppen, som en del av ansvaret for kosttilskudd og helsekostprodukter. Arbeidet krever økt kompetanse i matforvaltningen og et nært samarbeid med Statens legemiddelverk. For annen omtale av mattrygghet vises det til kap. 710 om Vitenskapskomiteen for mattrygghet, og til kap. 703 Internasjonalt samarbeid.

Kap. 0710 Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter	462 601	350 744	372 051
21	Formidlingsvirksomhet	139 649	128 484	135 852
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	21 918	14 821	15 088
	Sum kap. 0710	624 168	494 049	522 991

Regnskap for 2003 gjelder tidligere kap. 707 Nasjonalt folkehelseinstitutt.
Overført fra 2003 til 2004:
Post 45: 3 727 000 kroner (overført fra tidligere kap. 707.45).

Formål og hovedprioriteringer

Folkehelseinstituttets overordnede mål er å bedre helsetilstanden i befolkningen ved å skaffe fram kunnskap om helsemessige utviklingstrekk og om hvilke forhold som påvirker helsen, samt å gi kunnskapsbaserte råd som kan bidra til bedre helse. Folkehelseinstituttet har et nasjonalt ansvar for forskning, overvåking, beredskap og rådgivning i smittevern og miljømedisin/miljørettet helsevern, herunder også på områdene næringsmidler, drikkevann og genteknologi. Instituttet har et generelt ansvar for epidemiologisk forskning og datainnsamling, herunder ansvaret for forvaltningen av fem av landets seks sentrale nasjonale helseregistre og det nyopprettede nasjonale reseptregisteret. Videre har instituttet et nasjonalt ansvar for tjenesteyting og kunnskapsutvikling innenfor det rettstoksikologiske fagområdet.

Det er definert fire hovedmål for Nasjonalt folkehelseinstitutt:

- God oversikt over helseforholdene i befolkningen
- Solid kunnskap om forhold som påvirker helsen
- Nyttige råd og tjenester som kan føre til bedre helse
- Rettssikre råd og tjenester

Resultatrapport 2003

Instituttet har i 2003 videreført arbeidet med å effektivisere, målrette, og heve kvaliteten på helseovervåkingen. Sikkerhetsmessige og juridisk sider ved registerdriften er styrket, og kvalitetssikringen av innsamlet datamateriale er bedret. Instituttet har utviklet og etablert system for innrapportering av data til nytt reseptbasert legemiddelregister, jf St.prp. nr. 1 (2002–2003) og St.prp. nr. 1 (2003–2004). Innsamling av reseptdata startet fra januar 2004 og instituttet har selv ivaretatt rollen som databehandler. Det har vist seg vanskeligere enn antatt å skille ut driftsoppgaver til en såkalt databehandlerfunksjon. Ressursbehovet knyttet til en slik funksjon er anslått til 1–2 årsverk og vil være et fordyrende element som ikke bidrar til å forbedre kvaliteten på registeret. Departementet har derfor besluttet at instituttet som databehandleransvarlig, også skal ivareta rollen som databehandler for registeret. Instituttet har videre utviklet og etablert system for innrapportering og beregning av indekspriser for viktige legemiddelgrupper i RTVs refusjonsordning.

Effektiviseringsprosessen er videreført bl.a. ved å etablere elektronisk overføring av data fra primærkildene. Dette omfatter Medisinsk fødselsregister, elektronisk meldesystem for smittsomme sykdommer og system for melding av sykehusinfeksjoner.

Innsamling av data til Den norske mor og barnundersøkelsen er videreført. Ved utløpet av 2003 var 75 000 mødre, fedre og barn rekruttert. Insti-

tuttet har styrket overvåkingen av og forskningen på psykisk helse.

Data om sosial ulikhet i helse er tatt inn i presentasjonsprogrammet Norgeshelsa, og arbeidet med å kartlegge sosial ulikhet i helse er styrket. Helseundersøkelser i områder med samisk bosetting har fulgt oppsatt plan.

Mattrygghet er bedret ved at instituttet har utviklet og tatt i bruk nye genteknologiske metoder som effektiviserer overvåkingen av næringsmiddelbårne bakterier. System for overvåking av utbrudd og statistikkgrunnlaget er bedret. Instituttet har også samarbeidet med Mattilsynet og Veterinærinstituttet, blant annet gjennom Norsk zoonosesenter. Instituttet har videreført oppgaver under strategiplan for å forebygge hiv og seksuelt smittsomme sykdommer. Det er også etablert en arbeidsgruppe for å utrede og overvåke hepatitt C. Instituttet har ivaretatt sine oppgaver under Barnevaksinasjonsprogrammet. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal se på mulige tiltak for å øke influensavaksinasjonsdekningen i risikogrupper.

Arbeidet med å utvikle en nasjonal beredskapsplan mot nye og tilbakevendende smittefarer er videreført. Instituttet har ivaretatt de oppgavene under Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens som ligger under instituttets ansvarsområde, herunder drift av nasjonalt referanselaboratorium for tuberkulose, og forskning. Det er gitt publikumsrettet informasjon om antibiotikaresistens, og informasjon rettet mot allmenn- og sykehusleger.

Instituttet har fulgt opp forskrift om skadedyrbekjempelse, herunder godkjent skadedyrbekjempere.

Instituttet har videreført og styrket kvaliteten på analyse- og fortolkningsarbeidet i det rettstoksikologiske fagområdet. Instituttet har videreført samarbeid med Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo (MARIO) om legemiddelassistert rehabilitering og har deltatt i internasjonalt samarbeid om rusmiddelpåvirket kjøring.

Instituttet har overvåket befolkningens eksponering for helseskadelige miljøfaktorer. Det er utviklet dataprogram for å beregne inntak av miljøgifter, og det er samlet inn data om hvor mye den generelle befolkningen og utvalgte grupper får i seg av klor- og bromholdige organiske miljøgifter. Database for inntak av kosttilskudd er ferdigstilt og implementert i Den norske mor og barn-undersøkelsen. Instituttet har videreført arbeidet med nasjonal registrering av alvorlige allergiske reaksjoner på mat.

Likestilling

Folkehelseinstituttet har om lag 670 ansatte, hvorav 67,5 pst. kvinner. Kvinnene utgjør 50 pst. av instituttets ledergruppe, og 36 pst. av ledere fra og med avdelingsnivå. I gruppen høyere ikke-ledende stillinger er kvinneandelen 50 pst. Instituttet har fortsatt lønnsforskjeller mellom kvinner og menn i enkelte stillingsgrupper. Dette vil bli søkt rettet opp under lokale forhandlinger. Instituttet legger vekt på å gi kvinner anledning til å utvikle og synliggjøre sin kompetanse for å kvalifisere seg for lederstillinger og høyere fagstillinger. Ved instituttet er det en overvekt av kvinner i tradisjonelt kvinnedominerte yrker. Instituttet vil søke å øke andelen menn gjennom rekruttering.

Tilstandsvurdering

Folkehelseinstituttet skal fokusere på det som til enhver tid oppfattes som alvorlige og ressurskrevende folkehelseproblemer. Per i dag omfatter dette bl.a. hjerte- og karlidelser, kreftsykdommer, diabetes, astma og andre lungesykdommer, allergier, psykiske problemer, og rusproblemer. I tillegg kommer ulike infeksjonssykdommer.

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er halvert fra 1970-tallet og fram til i dag, men hjerte- og karsykdommer er fortsatt den viktigste årsaken til for tidlig død. Økt gjennomsnittsvekt i befolkningen og redusert fysisk aktivitet kan imidlertid få negative følger på lengre sikt. Dette er kjente risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer. Sukkerforbruket øker, særlig blant barn og unge. Internasjonalt varsles det om en epidemi av overvekt hos barn. Undersøkelser kan tyde på at så mye som 20 pst. av dagens barn og unge er overvektige.

Diabetes kan gi alvorlige følgesykdommer som bl.a. nyresykdom, hjerteinfarkt og hjerneslag. Anslagsvis 150 000 til 200 000 nordmenn lider av diabetes. Forekomsten av diabetes type 2 øker, og hyppighet av diabetes type 1 er høy.

Kreft er nummer to på listen over dødsårsaker. Dødeligheten av ondartede svulster samlet har vært konstant i de fleste aldersgrupper i mange år, men enkelte kreftformer øker. Denne trenden fortsatte i 2002. Det vises for øvrig til tilstandsvurderingene under kap. 737 Kreftregisteret og kap. 732 post 79 Kreftbehandling m.m.

Dødsfall av sykdom i åndedrettsorganene har økt. Lungebetennelse og kroniske sykdommer i nedre luftveier som kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), emfysem, bronkitt og astma, forårsaket om lag fire tusen dødsfall i 2002. Forekomsten av astma og allergier øker. Årsakene til astma er uklare, men man antar at trafikkforurensning og

inneklima kan ha betydning, særlig som forsterkende faktorer.

I Norge finnes om lag 50 000 kjemiske produkter med innhold av 8–10 000 ulike kjemikalier. Flere av disse kan potensielt medføre helseskader. Kjemikalier kan forårsake alvorlige helseskader som bl.a. organskader, fosterskader, redusert fruktbarhet, arvestoffskader, kreft og allergier. Vi kan utsettes for potensielt skadelige kjemikalier gjennom mat, luft og drikkevann, og direkte ved omgang med forbruksprodukter. Problemer i svangerskapet, for tidlig fødsel og medfødte misdannelser kan også skyldes miljøpåvirkning.

Selvmord tar mange unge liv og er et av de tyngste bidragene til tapte leveår under 70 år. Det er registrert en nedgang i antall selvmord de senere årene, men tallet er fortsatt høyt. I 2002 begikk 494 mennesker selvmord. Det er fortsatt for lite kunnskap om årsakene til selvmord og hvordan de kan forhindres. WHO beregner at psykiske lidelser er årsak til en tredel av all uførhet i verden. Psykiske lidelser, utviklingsforstyrrelser og atferdsproblemer hos barn og unge øker. Vold og ulykkesskader er den fjerde hyppigste dødsårsaken her i landet, og en viktig årsak til varig uførhet. Rusmidler ser ut til å være en viktig medvirkende faktor både ved trafikkulykker og voldsskader. I perioden 1993–2000 økte alkoholforbruket i Norge med 20 pst. Gjentatt alkoholinntak kan forårsake psykiske problemer, økt risiko for høyt blodtrykk, hjerneslag, enkelte former for kreft og skrumplever. Antallet unge rusmiddelmisbrukere er høyt. Mange av disse benytter narkotiske stoffer som antas å kunne forårsake store og varige psykiske skader. Helsetilstanden varierer med sosiale faktorer som inntekt, utdanning, etnisk bakgrunn, alder, kjønn og geografisk bosted. Diabetes og hjerteinfarkt er hyppigere hos innvandrere i gruppen 59–60 år fra ikke-vestlige land enn for etniske nordmenn. Psykiske lidelser viser variasjon i forekomst knyttet til bl.a. inntekt og geografisk bosted. Beinskjørhet og brudd er et stort helseproblem blant eldre. Alzheimers sykdom og aldersdemens er en av framtidas store helseutfordringer. Det er per i dag ingen fullgod systematisk registrering av forekomst. Man antar at om lag 65 000 lider av aldersdemens i Norge (om lag 9–10 000 nye tilfeller per år).

Overdosering og feilbruk av legemidler har blitt en viktig dødsårsak og trussel mot helse og livskvalitet. I indremedisinske sykehusavdelinger dør om lag 1000 personer hvert år av overdosering eller feilbruk av medisiner.

Forekomst av smittsomme sykdommer er lav, og dette skyldes bl.a. god vaksinasjonsdekning. Det er imidlertid økende forekomst av en del kjente infeksjonssykdommer. Næringsmiddelbårne infeksjoner øker, og faren for smittespredning som følge av økt internasjonal samhandling og mobilitet er en særlig utfordring. Økt forekomst av smittsomme sykdommer som f.eks. hiv og multiresistent tuberkulose i våre nærområder gir anledning til bekymring.

Forekomsten av hepatitt C-infeksjoner er et økende problem i Norge, og krever en særskilt innsats. For tilstandsvurdering når det gjelder hiv og seksuelt overførbare infeksjoner vises det til kap. 719 post 70.

Til enhver tid har mellom 5 og 6 pst. av pasientene ved norske sykehus en infeksjon som de har fått på sykehuset. En aldrende befolkning er også mer utsatt for infeksjoner, både i hjemmet og i sykehjem

Antall tilfeller av tuberkulose som er motstandsdyktig mot flere av de midlene som brukes til å behandle sykdommen, har økt i Norge.

Utbruddene av sars og fugleinfluensa har vist hvor viktig det er å opprettholde beredskap og kompetanse for å møte trusselen fra nye infeksjonssykdommer. Forskning for å identifisere og detaljkarakterisere helt nye agens er avgjørende for å bekjempe nye sykdommer effektivt.

Forskning

Norge har et særlig fortrinn i epidemiologisk forskning pga.den infrastrukturen som foreligger gjennom helseundersøkelser, helseregistre, innsamlet biologisk materiale, samt en forholdsvis oversiktlig og homogen befolkning. Per i dag utnyttes dette bl.a. gjennom Medisinsk fødselsregister og Den norske mor og barn-undersøkelsen. Den norske mor og barn-undersøkelsen tar sikte på å samle helseopplysninger og biologiske prøver fra 100 000 gravide, deres barn og barnas fedre. Undersøkelsen vil danne et viktig grunnlag for forskning i landets universiteter og helseregioner framover. Sterke internasjonale vitenskapelige miljøer har også vist stor interesse for undersøkelsen.

Satsingsområder og mål for 2005

Nasjonalt folkehelseinstitutt har følgende satsingsområder og resultatmål for 2005:

God oversikt over helseforholdene i befolkningen

Folkehelseinstituttet skal ivareta målrettet og effektiv helseovervåking gjennom bl.a. å videreføre etablering av elektronisk innmelding av data til helseregistrene, bidra til effektiv samordning av nasjonale overvåkingsdata, og sikre at lovfestede

krav om utlevering av data overholdes. Instituttet skal sammen med Sosial- og helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå arbeide med å bestemme utvalg av helseindikatorer.

Folkehelseinstituttet skal gjøre informasjon lett tilgjengelig for alle aktuelle brukergrupper gjennom bl.a. å bidra til at det blir enkel tilgang til og helhetlig framstilling av data fra ulike etater. Databasen Norgeshelsa skal vurderes som samordnende presentasjonsverktøy overfor kommuner, fylkeskommuner og helseregioner.

Folkehelseinstituttet skal bidra til å vurdere nye sykdomsregistre som bl.a. hjerte- og karregister, diabetesregister, og et nytt og forbedret skade- og ulykkesregister. Overvåking av geriatriske tilstander og nevrodegenerative lidelser som bl.a. Alzheimers sykdom, Parkinsons sykdom og Multippel sklerose skal utredes. Overføring av abortstatistikken til Medisinsk fødselsregister skal utredes.

Folkehelseinstituttet skal skaffe fram oversikt over legemiddelforbruket i den norske befolkningen i forhold til alder, kjønn, og bosted. Instituttet skal også bidra i videreutvikling av statistikk over bruk av legemidler til dyr.

Folkehelseinstituttet skal videreutvikle overvåking av helseskadelige effekter av rusmiddelmisbruk, sammenhengen mellom rusmidler og ulykker, rus og psykiatriske lidelser, og andre rusmiddelrelaterte tilstander.

Folkehelseinstituttet skal styrke og videreføre overvåkingen av psykiske lidelser, selvmordsatferd og forbruk av psykofarmaka.

Folkehelseinstituttet skal presentere data som beskriver sosial ulikhet i somatisk og psykisk helse. Instituttet skal også videreføre oppgaver i henhold til Regjeringens kvinnehelsestrategi. Som et ledd i strategien for å styrke det forebyggende arbeidet i regi av opptrappingsplanen for psykisk helse og i oppfølgingen av de tiltakene instituttet har ansvar for i Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, skal det etableres en overvåkingsgruppe for psykiske lidelser blant barn og unge.

Folkehelseinstituttet skal ivareta miljømedisinsk overvåking bl.a. gjennom å skaffe fram oversikt over befolkningens kroppsbelastning med organiske miljøgifter, bidra med nasjonale data om støyinduserte søvnforstyrrelser, følge opp utviklingen av menneskers eksponering for bromerte flammehemmere, og gjennomføre rettede målinger i prøver av morsmelk og blod. Det skal settes i gang et system for å overvåke utvikling av matallergi i befolkningen. Instituttet skal ferdigstille en oversikt over hvor stort forbruk et utvalg gravide kvinner har av matvarer med høyt innhold av miljøgifter.

Folkehelseinstituttet skal styrke overvåkingen av smittsomme sykdommer gjennom bl.a. å ivareta oppgaver i henhold til MSIS- og tuberkuloseregisterforskriften, og gjennom å forberede opprettelsen av et nasjonalt overvåkingssystem for hiv-resistens. Arbeidet med nytt system for vaksinasjonsovervåking (SYSVAK) skal videreføres. Instituttet skal videreføre tiltakene fra Plan for å motvirke antibiotikaresistens 2000–2004 som faller inn under instituttets ansvarsområde, herunder oppgaver knyttet til Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM). Det skal etableres system for overvåking av befolkningens immunitet. Instituttet skal følge forekomsten av hepatitt C-infeksjoner. Instituttet skal i samarbeid med andre aktører bidra til smitteovervåking på internasjonale arenaer, herunder særlig Nordvest-Russland og de baltiske statene.

Folkehelseinstituttet skal følge opp de oppgavene under Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006 som faller inn under instituttets ansvarsområder, herunder bl.a. register for sykehusinfeksjoner, og gjennomføre insidensmåling av utvalgte postoperative sårinfeksjoner, se kap. 719 post 70.

Folkehelseinstituttet skal videreføre drift av biobankregisteret og bidra i arbeidet med å gjøre biologisk materiale fra biobanker og data fra helseundersøkelser tilgjengelig for forskning .

Solid kunnskap om forhold som påvirker helsen

Folkehelseinstituttet skal bidra til å etablere nasjonale forskningsnettverk.

Folkehelseinstituttet skal videreføre kunnskapsbygging om vesentlige folkehelseproblemer bl.a. ved å forske på årsaker til allergi, astma og andre lungesykdommer og diabetes, risikofaktorer for hjerte- og karlidelser og mulige miljøårsaker til kreft, geriatriske tilstander og nevrodegenerative sykdommer. Instituttet skal videre forske på fysisk aktivitet og helse, samt kosthold og helse, årsaker til sosial ulikhet i helse og variasjoner i forekomst av sykdomsutløsende risikofaktorer knyttet til sosial ulikhet.

Instituttet skal styrke forskning om forekomst og årsaker til selvmord blant unge. Forskning om psykisk helse blant kvinner skal videreføres.

Folkehelseinstituttet skal videreføre satsingen på legemiddelepidemiologisk forskning, og skal studere positive og negative konsekvenser av legemiddelbruk på terapiområder som har stor betydning for folkehelsen.

Folkehelseinstituttet skal bidra til å bedre den nasjonale oversikten på rusmiddelområdet. Forskning i samarbeid med politiet om ROSITA-prosjektet skal videreføres.

Folkehelseinstituttet skal videreutvikle kunnskap om helseskadelige miljøeffekter bl.a. gjennom å utarbeide oversikt over gravides forbruk av risikomatvarer, studere sykdomsutviklingen for astma, allergi og lungelidelser, og videreføre forskning på mulige helseskadelige effekter av miljøpåvirkning. Forskning om miljøfaktorers betydning for utvikling av kreft og lungesykdommer, inklusive astma, skal videreføres.

Folkehelseinstituttet skal videreføre forskning om fremmedstoffer i næringsmidler. Instituttet skal sammen med Mattilsynet og Sosial- og helsedirektoratet bidra til å utarbeide en samlet plan for arbeid med mat og smittevern. Folkehelseinstituttet skal også bidra til å redusere forekomsten av mat- og vannbårne infeksjoner ervervet i Norge og utenlands, ved å effektivisere overvåkingen av sykdommene og deres agens, styrke årsaksforskning og oppklaring av utbrudd og imøtekomme de krav som stilles i zoonosedirektivet. Fra 2005 legges det opp til at de aktuelle oppgavene ved Norsk zoonosesenter integreres i de ordinære oppgavene ved Veterinærinstituttet og Folkehelseinstituttet. En helhetlig rapportering om zoonoser og smittestoff som fører til zoonoser skal videreføres.

Folkehelseinstituttet skal etablere et nettverk for infeksjonsepidemiologisk forskning om årsaker til og forebygging av viktige smittsomme sykdommer. Forskning for å forbedre diagnostikk og karakterisering av smittestoffer generelt skal videreføres. Instituttet skal også drive forskning på årsaker til smittestoffenes spredning, immunologiske beskyttelsesmekanismer og antimikrobiell resistens. Instituttet skal delta i internasjonalt smittevernsamarbeid.

Nyttige råd og tjenester som kan føre til bedre helse

Folkehelseinstituttet skal gi råd og bidra med epidemiologiske data til Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner for å styrke deres arbeid med å videreutvikle undersøkelser med fokus på opplevd helse.

Folkehelseinstituttet skal bidra til bedret kvalitet i behandling av rusmiddelproblemer.

Folkehelseinstituttet skal videreføre informasjonsoppgavene knyttet til forebygging av hiv og aids og andre seksuelt overførbare infeksjoner.

Folkehelseinstituttet skal bidra med faglig støtte om kjemikalier, luftforurensninger og støy til Statens forurensningstilsyn og andre deler av forvaltningen i henhold til gjeldende avtaler.

Instituttet skal styrke informasjonsarbeidet for å oppnå en optimal effekt av vaksiner i befolkningen gjennom bl.a. nytt system for SYSVAK, fortløpende oppdatering av vaksineportalen, gjennomføring av kurs, smittevernkonferanse, og oppdatert vaksinasjonsveileder.

Folkehelseinstituttet skal delta i prosjekter under EUs nordlige dimensjon for å bidra til å utvikle smittevernet i nærliggende deler av Russland og de baltiske landene, og bidra til forebygging og begrensning av tuberkulose, hiv-epidemien og seksuelt overførbare infeksjoner.

Folkehelseinstituttet skal bidra til å gjennomføre handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner, herunder iverksette en kampanje for bedring av håndhygiene i helsetjenesten, se kap. 719 post 70. Videre skal instituttet bidra til at smittevernet i helseinstitusjoner styrkes gjennom bl.a. fortsatt utdannelse av hygienesykepleiere, tilbud om bedre opplæring og informasjonsmateriell til smittevernpersonell i helseforetakene, kommunene og hos fylkesmannen. Folkehelseinstituttet skal videreutvikle den nettbaserte informasjonen om reisemedisin, og styrke kompetansen hos smittevernlegene.

Folkehelseinstituttet skal bidra til bekjempelse av skader forårsaket av skadedyr gjennom bl.a. oppfølging av forskriften om skadedyrbekjempelse, utarbeiding av veiledningsmateriell, og godkjenning av skadedyrbekjempere.

Folkehelseinstituttet skal bidra til at kvaliteten på landets mikrobiologiske analysevirksomhet styrkes. Instituttet skal bidra til rekruttering og utdanning av medisinske mikrobiologer, immunologer, miljømedisinere og toksikologer. Det skal utarbeides en samlet plan for å sikre at mikrobiologien er dekket med miljøer som har kompetanse på høyt internasjonalt nivå.

Folkehelseinstituttet skal arbeide for at befolkningen er sikret helsemessige trygge næringsmidler, inkludert drikkevann, gjennom bl.a. å videreføre samarbeidet med Mattilsynet, Vitenskapskomiteen for mattrygghet, Sosial- og helsedirektoratet, Norges veterinærhøgskole, Veterinærinstituttet og Nasjonalt institutt for ernæring og sjømatforskning. Folkehelseinstituttet skal i 2005 ivareta referansefunksjoner, faglig beredskap og yte annen FoU-basert bistand til Mattilsynet, med grunnlag i basisbevilgningen og eksisterende avtaler. Dette arbeidet skal vurderes nærmere i 2005, noe som beskrives i St.prp. nr. 1 (2004–2005) for Landbruks- og matdepartementet. I samarbeid med andre aktører skal instituttet bidra til videreutvikling av Matportalen. Folkehelseinstituttet skal ivareta oppgaver og bidra med faglig støtte innen genteknologi.

Folkehelseinstituttet skal fortsette arbeidet med å øke tilgjengeligheten av klassifikasjonssystemet for legemidler (ATC) og måleenheten DDD (definerte døgndoser), og arbeide for korrekt bruk av systemet bl.a. ved å arrangere internasjonale kurs.

Folkehelseinstituttet skal bidra til å styrke nasjonal beredskap mot smittsomme sykdommer og kjemiske miljøfaktorer, slik at landet blir bedre rustet mot utbrudd av epidemier og eventuell framtidig bruk av biologiske eller kjemiske midler i terrorsammenheng. Dette skal skje gjennom bl.a. å sikre driften av en feltepidemiologisk beredskapsgruppe, arbeid med å opprette nasjonalt lager med legemidler til behandling av personer utsatt for biologiske og kjemiske stoffer, og ferdigstilling av nasjonal beredskapsplan mot kopper. Instituttet skal bistå i utviklingen av beredskapsplaner i kommunene og sikre at varslingssystem for smitteutbrudd fungerer i henhold til den nye forskriften. Instituttet skal ha etablert beredskap for analytisk bestemmelse av kjemiske stridsmidler i drikkevann og ha levert alle etterspurte data fra Vannverksregisteret og fra alle kommuner til KOSTRA.

Rettssikre råd og tjenester

Folkehelseinstituttet skal bidra til å ivareta god rettssikkerhet i saker som omfatter rusmidler, gifter og medikamenter gjennom bl.a. å opprettholde og videreutvikle avanserte analysemetoder, og kunnskapsbaserte fortolkninger og derved bidra til korrekt behandling av slike tilfeller både for samfunn og enkeltpersoner. Folkehelseinstituttet skal kvalitetskontrollere andre laboratorier på dette området.

Folkehelseinstituttet skal styrke den rettstoksikologiske virksomheten bl.a. gjennom å utvikle mer rasjonelle arbeidsmetoder og bedre metodikk, styrke forskningsinnsatsen, og heve kompetansen hos personell som utfører analyseoppgaver.

Folkehelseinstituttets tjenester i rettstoksikologi skal være godt tilpasset påtalemyndigheten og politiets behov. Folkehelseinstituttet skal sikre god kvalitet på tjenester ved å foreta en løpende vurdering av alle rettstoksikologiske analyser og fortolkninger, slik at akkreditering blir opprettholdt og videreutviklet, og at høyeste grad av tillit hos rekvirentene blir opprettholdt. Instituttet skal bidra til kompetansebygging gjennom å styrke utdanning i klinisk farmakologi ved å etablere et forpliktende samarbeid med kliniske miljøer.

Vitenskapskomiteen for mattrygghet

Hovedformål for Vitenskapskomiteen for mattrygghet er å sikre uavhengige vitenskapelige risikovurderinger for Mattilsynet. Risikovurderingene vil være grunnlag for Mattilsynets innspill angående etablering av beskyttelsesnivå og gi grunnlag for valg av tiltak. Dette gjelder bl.a. i utarbeidelse av nye forskrifter, instrukser og i konkrete situasjoner når ny kunnskap om mulig risiko avdekkes. Komiteen er dermed en viktig aktør i arbeidet med helsemessig trygg mat. Komiteen skal også utføre vitenskapelige risikovurderinger på områdene kosmetikk, dyrehelse, dyrevelferd og plantehelse, og inkludere relevante miljøhensyn under Mattilsynets forvaltningsansvar. Organiseringen er i samsvar med EUs nye vitenskapskomité *European Food Safety Authority (EFSA)*, men tilpasset norske forhold. Vitenskapskomiteens direktør deltar i EFSAs rådgivende forum.

Et eget sekretariat bistår komiteen med å tilrettelegge arbeidet både faglig og praktisk, herunder sørge for åpen og tilgjengelig kommunikasjon om komiteens arbeid og vurderinger.

Det er definert fire hovedmål for Vitenskapskomiteen for mattrygghet:
- Uavhengige vitenskapelige risikovurderinger langs hele matkjeden
- Åpen, forståelig og tilgjengelig risikokommunikasjon fra Vitenskapskomiteen
- Felles rolleforståelse av risikoanalyse
- Høy faglig kvalitet i Vitenskapskomiteen.

Resultatrapport 2003

Direktør for Vitenskapskomiteens sekretariat ble utnevnt 3. oktober 2003. Sekretariatet er etablert, og selve komiteen bestående av en hovedkomité og åtte faggrupper ble oppnevnt av Helsedepartementet 1. april 2004. Sekretariatet er lokalisert til Nasjonalt folkehelseinstitutt, men komiteen er med unntak av administrative støttefunksjoner organisatorisk atskilt fra instituttet.

Satsingsområder og mål for 2005

Vitenskapskomiteen for mattrygghet skal tilstrebe høy vitenskapelig og faglig kvalitet, kombinert med mest mulig effektiv drift. Arbeid med god rolleforståelse og aksepterte rutiner og systemer skal fortsatt prioriteres høyt. Spesielt er det viktig å avklare hvordan samhandlingen mellom Vitenskapskomiteen, Mattilsynet og FoU-miljøene skal være. Det skal arbeides videre med å sikre åpen og tilgjengelig kommunikasjon om komiteens arbeid

og resultater, bla. via egen hjemmeside på Internett.

Merknad til budsjettforslaget

Post 01 Driftsutgifter

17,14 mill. kroner av driftsbevilgningen foreslås øremerket Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Posten foreslås styrket med 6,4 mill. kroner som følge av at Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM) går over i permanent drift. 5,2 mill. kroner foreslås overført fra kap. 719 Helsefremmende og forebyggende arbeid, post 70, og 1,2 mill. kroner er en styrking som kompensasjon for utgifter til merverdiavgift.

Posten foreslås videre styrket med 5 mill. kroner for å overvåke utviklingsforstyrrelser og psykiske lidelser blant barn og unge, oppfølging av tiltak i Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse og forskning om psykisk helse med utgangspunkt i materialet fra Den norske mor og barn-undersøkelsen og andre befolkningsbaserte helseundersøkelser.

Virksomheten ved avdeling Mobile enheter – bl.a. mammografiscreeningbussene – ved Nasjonalt folkehelseinstitutt overføres fra 2005 til Helse Sør RHF, som får ansvaret for videre drift av enheten i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene. Overføringen skjer etter reglene om virksomhetsoverdragelse og omfatter åtte årsverk, alt mobilt utstyr, instrumenter og verksted med utrustning. Det foreslås at 1,15 mill. kroner overføres fra kap. 710 post 01 til kap. 732 post 72.

Post 21 Formidlingsvirksomhet

Postens formål er hovedsakelig testing, forsyning og formidling av vaksiner. Under formidlingsvirksomheten tilbys Barnevaksinasjonsprogrammet alle barn i Norge. Enkelte andre vaksiner tilbys gratis til spesielle målgrupper. I tillegg foreligger det offisielle anbefalinger om vaksinasjon, men der vaksinen må bekostes av den som skal vaksineres. Dette gjelder bl.a. influensavaksine for eldre. Også når det gjelder disse vaksinene er det Folkehelseinstituttet som står for innkjøp og salg.

Formålet er videre finansiering av hoveddelen av Den norske mor og barn-undersøkelsen. Mor og barn-undersøkelsen er en studie av årsaker til sykdom hos mor og barn.

Posten foreslås styrket med 3 mill. kroner som en ekstrabevilgning i 2005 til Den norske mor og barn-undersøkelsen.

Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
02	Salgs- og leieinntekter	203 713	77 824	78 882
03	Diverse inntekter		861	890
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	254		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	2 940		
17	Refusjon lærlinger	309		
18	Refusjon sykepenger	5 256		
	Sum kap 3710	212 472	78 685	79 772

Regnskap for 2003 gjelder tidligere kap. 3707 Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Merknad til budsjettforslaget

Det generelle inntektskravet for 2005 er prisjustert med 3,4 pst. Det foreslås at den delen av institutts inntekter som ikke er knyttet til vaksineproduksjon (40 pst.) prisjusteres med 3,4 pst., de øvrige inntektene er knyttet til legemidler med maksimalpriser og justeres derfor ikke.

Kap. 712 Bioteknologinemnda

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter	6 986	6 781	6 647
	Sum kap 0712	6 986	6 781	6 647

Regnskap for 2003 gjelder tidligere kap. 702 Nemnd for bioteknologi

Bioteknologinemnda er et rådgivende og frittstående organ hjemlet i bioteknologiloven og genteknologiloven. Nemnda skal drøfte etiske og samfunnsmessige spørsmål i tilknytning til bioteknologisk virksomhet, bidra til informasjon til publikum, samfunnsmessig bevisstgjøring og gi råd til norske myndigheter i spørsmål vedrørende gen- og bioteknologi.

I 2003 har nemnda bestått av 24 medlemmer, hvorav 16 er personlig oppnevnt og åtte er oppnevnt av organisasjoner. Bioteknologinemndas sekretariat har i 2003 hatt fem faste stillinger og en deltidsstilling (10 pst.). To personer er tilknyttet sekretariatet på timebasis. Bioteknologinemnda er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet i administrative spørsmål.

Bioteknologinemnda avholdt syv ordinære møter, avga 13 høringsuttalelser og drev et omfattende informasjons- og debattskapende arbeid om temaer innen gen- og bioteknologisk virksomheter. I tillegg ble det utgitt fire nummer av tidsskriftet Genialt som i 2003 hadde 6446 abonnenter og et opplag på 8000. Nemnda utga en rekke publikasjoner og debatthefter. Nemndas internettsider inneholder temasider om de viktigste temaene innen bioteknologi. Bioteknologinemnda har også vært aktive i media i 2003.

I løpet av 2003 har Bioteknologinemnda arrangert syv åpne møter. I samarbeid med flere organisasjoner og offentlige organer har nemnda arrangert en internasjonal konferanse om genmodifisert mat, konferanse om risiko og genmodifiserte planter, åpne møter om biopatenter og EUs patentdirektiv, om bioterror og biovåpen, om fosterdiagnostikk og verdier og om biobanker og en workshop om DNA-vaksiner.

Etter oppnevning av medlemmer til Bioteknologinemnda for perioden 1. august 2004 til 1. august 2008 vil nemnda i 2005 bestå av 21 medlemmer, 13 personlig oppnevnte og åtte oppnevnt av organisasjoner. På grunnlag av bioteknologinemndas mandat vil den nyoppnevnte nemnda i løpet av høsten 2004 vurdere hvilke spesifikke tema og problemstillinger den skal fokusere på og hvilke målgrupper informasjonsarbeidet særlig skal rettes mot. Bevilgningen er redusert tilsvarende utgifter til ekstraordinære tiltak som nå er falt bort.

Kap. 3712 Bioteknologinemnda (jf. kap. 712)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
18	Refusjon sykepenger	1		
	Sum kap 3712	1		

Kap. 715 Statens strålevern (jf. kap. 3715)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter	61 574	57 035	58 859
21	Oppdragsutgifter	26 836	33 306	34 438
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	3 513		
	Sum kap 0715	91 923	90 341	93 297

Overført fra 2003 til 2004:
Post 21: 82 000 kroner.
Post 45: 4 411 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Statens strålevern forvalter atomenergiloven, strålevernloven og forskrifter gitt med hjemmel disse. Til støtte for denne forvaltningen driver Strålevernet forsknings-, utviklings- og utredningsarbeider som danner basis for rådgivning, informasjon og formidling til departement, andre myndigheter og tilsynsobjekter.

I tillegg har Strålevernet ledelse og sekretariat for Kriseutvalget ved atomulykker og betydelige oppgaver i beredskapssammenheng.

Strålevernet opererer med følgende hovedmål:
- Godt strålevern for samfunnet, den enkelte og miljøet
- Forsvarlig strålebruk og atomsikkerhet
- God beredskap

Resultatrapport 2003

Godt strålevern for samfunnet, den enkelte og miljøet

Strålevernet har arbeidet aktivt gjennom media, samarbeidet med Kreftforeningen, Statens forurensingstilsyn og Norsk institutt for luftforskning om temaet UV-stråling og soling, og etablert eget nettsted kalt uv-info.no der all relevant informasjon om UV-stråling skal samles eller lenkes opp. Det er gjennomført tilsyn i solstudioer på Østlandet, i Trondheim og i Tromsø, og gitt veiledning til lokale myndigheter da tilsynsarbeidet ble overtatt av kommunene etter ny forskrift.

Strålevernet var representert i ekspertutvalget for vurdering av helsekonsekvenser av mobilstråling som avsluttet sitt arbeid 1. april 2003. Konklusjonene i rapporten er fulgt opp, blant annet gjennom samarbeid med Post- og teletilsynet. Strålevernet har i 2003 deltatt i en arbeidsgruppe i Forsvaret som utarbeider retningslinjer for håndtering av elektromagnetiske felt i Forsvaret. Retningslinjene bygger på den nye strålevernsforskriften og forventes å sluttføres tidlig 2004.

I 2003 ble det klart at det er behov for å regulere utslipp av naturlig forekommende radioaktive stoffer fra olje- og gassvirksomhet. Det var ikke tilstrekkelige data til å beregne mengden utslipp på en pålitelig måte, og derfor ble det satt i gang et forprosjekt med frivillig rapportering i 6 måneder. Under Oslo-Paris konvensjonen (OSPAR) er det bestemt at utslipp fra ikke-nukleær industri skal inkluderes i rapporteringene. Strålevernet har innledet et samarbeid med andre europeiske land med sikte på å harmonisere regelverket når det gjelder utslipp av produsert vann og lav-radioaktive avleiringer.

Strålevernet har fortsatt dialogen med britiske fagmyndigheter om utslippene fra Sellafield. Fagmyndighetssamarbeidet førte til at mulige renseløsninger ble gjennomgått på nytt. Dette bidro til at man fikk gjennomslag for midlertidig stansing av utslippene mens en ny rensemetode ble testet ut. I ettertid har det kommet fram at testingen var svært vellykket, og utslippene av technetium-99 fra Sellafield vil bli redusert med om lag 90 pst.

De viktigste forskningsområdene i nasjonal, nordisk og EU-regi har vært radioøkologi, marin og terrestrisk modellering, konsekvensanalyser for miljø og helse ved mulige ulykker ved nukleære anlegg, og mottiltak ved atomulykker inkludert sosio-etiske aspekter. Strålevernet har hatt en viktig rolle internasjonalt i arbeidet med beskyttelse av miljø, bl.a. bidratt til anbefalingene fra det internasjonale atomenergibyrået (IAEA), den internasjonale strålevernskommisjonen (ICRP) og den internasjonale radioøkologiunion (IUR) som ble publisert i 2003.

Samarbeidet med Russland på områdene miljø, sikkerhet og strålevern ble videreført i 2003. Særlig viktig har det vært å bidra til russiske myndigheters forvaltning av helse- og miljøhensyn samt strålevern både i sivil og militær sektor. Strålevernet har bidratt til at konsekvensutredninger nå vil

bli gjennomført før eventuelle tiltak iverksettes i Russland. Miljøsamarbeidet har fortsatt gjennom den norsk-russiske ekspertgruppen for radioaktivitet, og i radioaktivitetsgruppen i Arctic Monitoring and Assessment Programme (AMAP) som ledes av Norge og Russland i felleskap.

Strålevernet gjennomførte i 2003 en ny kartlegging av radonrisiko i 44 kommuner, der en ny utvalgsmetode førte til mer effektiv identifisering av utsatte boliger. I 18 av kommunene ble det identifisert boliger med svært høye og helsefarlige radonnivåer (over 2000 Bq/m3), og sammen med kommunene fulgte Strålevernet opp med befaringer og rådgiving.

Forsvarlig strålebruk og atomsikkerhet

Strålevernet har i 2003 gjennomført tilsyn med røntgendiagnostikk på sykehus ved samtlige helseforetak i tre fylker (Finnmark, Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag). Tilsynet ble organisert med et administrativt møte, undervisning og apparatspesifikt tilsyn med vekt på gjennomlysningsapparatur i og utenfor radiologisk avdeling samt computertomografi. Det ble gitt varsel om kondemnering av noen få anlegg samt anbefaling om mer sykehusintern opplæring. Sykehusene må utpeke strålevernsansvarlig som kan koordinere arbeidet med utvikling av protokoller, monitorering av stråledose til pasient, kvalitetskontroll på røntgenapparater mv.

Som en spesiell satsing under nasjonal kreftplan har Strålevernet koordinert arbeidet med kvalitetssikring innen stråleterapi. Parametere er definert for enkelt og entydig å dokumentere og rapportere stråleterapivirksomheten i Norge. Dette vil bli brukt framover som et felles rapporteringssystem til helsemyndighetene, og fagmiljøene har selv vært med å danne basis for målingskriterier.

Et spesielt internasjonalt fokus i 2003 har vært rettet mot sikkerhet ved transport, med blant annet egen IAEA-konferanse, og Strålevernet har deltatt i møter for utvikling av tiltak for fysisk beskyttelse av radioaktive kilder under transport og grenseverdier for når slike tiltak skal kreves. Det er gjennomført en internasjonal vurdering av fysisk sikring ved nukleære installasjoner i Halden og på Kjeller. Vurderingen omfattet både en gjennomgang av systemene for fysisk sikring og nasjonalt rammeverk, inkludert lovverk og myndighetsutøvelse. Rapporten ga en rekke forslag til forbedringer som vil bli fulgt opp. Strålevernet følger opp tilsynsarbeidet med anleggene til Institutt for energiteknikk gjennom krav til rapportering, halvårsmøter på direktørnivå og stedlige inspeksjoner. Det er gjennomført en systemrevisjon ved institutt-tet med fokus på vedlikehold, opplæring og utslipp. Strålevernet har vurdert sikkerheten ved instituttet (hvert tredje år) og oversendt rapport til Helsedepartementet og Miljøverndepartementet. Reaktoren i Halden har vært avstengt det meste av annet halvår 2003 grunnet sprekkdannelser i underkjølerøret som ble avdekket ved kontroll i juli.

God beredskap

Beredskapsorganisasjonens krisehåndteringsevne er videreutviklet gjennom møter, seminar og ulike øvelser både nasjonalt og internasjonalt. Det er gjennomført trusselvurderinger knyttet til Nord-Koreas våpenprogram og situasjonen i Irak i forkant av krigen. Det er også gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse av krisehåndteringsevnen i sekretariatet ved Strålevernet.

Oppfølging av Kriseutvalgets langtidsplan for oppgradering av beredskapen gjennomføres gjennom implementering av tiltakene i St.prp. nr. 54 (2001–2002) Om tilleggsbevilgninger i 2002 knyttet til ressursbehovet innen det sivile beredskap og politiets (inkludert Politiets sikkerhetstjenestes) beredskap. Det mobile laboratoriet er levert, men en del installasjon og tilrettelegging gjenstår. Beredskapsorganisasjonens kommunikasjonsbehov er analysert. De viktigste elementene i et nytt beslutningsstøtteverktøy er implementert i organisasjonen. Strålevernet har bistått Tollvesenet ved etablering av en måleportal ved Storskog tollsted.

Strålevernet har tatt initiativ til å avklare og revidere forvaltningspraksis knyttet til anløp av reaktordrevne fartøy.

Likestilling

I det lønns- og personalpolitiske dokument for Statens strålevern er det angitt at det skal være full likestilling mellom kvinner og menn. Dette innebærer at en skal arbeide for en jevn fordeling mellom kvinner og menn på alle nivå i organisasjonen; videre skal det ikke være lønnsforskjeller som følge av kjønn. Et ledd i likestillingsarbeidet vil være å integrere kjønns- og likestillingsperspektivet i den faglige virksomheten for bedre å forutsi effekten av den forvaltning som Strålevernet utøver.

Det er ikke forskjellig avlønning av kvinner og menn i samme stillingskategori, men fordi administrative stillinger (sekretærer, konsulenter) og lavere forskerstillinger har en stor andel av kvinner, blir avlønningen som funksjon av alder forskjellig hos kvinner og menn. Utfordringene når det gjelder likestilling, er å øke rekruttering av

kvinner til ledende stillinger og å bidra til at flere kvinnelige forskere kan få kompetanseopprykk til høyere forskerstillinger.

Tilstandsvurdering

Atomsikkerhet og strålevern har fortsatt stor oppmerksomhet i det offentlige rom. Aktiv og målrettet informasjonsformidling til myndigheter, helsevesen, industri og media bidrar til kunnskap og holdninger.

De norske atomanleggene i Halden og på Kjeller som drives av Institutt for energiteknikk konsekvensutredes, og mer detaljerte planer for en framtidig avvikling av reaktordriften tar form.

Bruken av strålekilder i det norske samfunnet er økende. Nye krav til internkontroll i virksomhetene vil bidra til å gjøre bruken sikrere, samtidig som tilsynsmyndighetens fokus flyttes mer over mot systemrevisjon. Strålebruken i diagnostikk og terapi er underlagt et mer detaljert regelverk enn tidligere.

Atomberedskapen i Norge ligger fast. Trusselbildet er i endring og oppdateres særlig med utgangspunkt i terrortrusselen, men også vurdert i forhold til utviklingen i kjernekraftsektoren i Europa (inkl. Russland), i forhold til fysisk sikkerhet og i forhold til risiko ved transport av radioaktivt og spaltbart materiale. Internasjonalt leder Norge et beredskapsprosjekt i IAEA-regi for styrket samarbeid og kommunikasjon landene imellom.

Samarbeidet med Russland på atomsikkerhetsarbeidet internasjonaliseres. I tillegg til samarbeid om tekniske løsninger, blir det bilateralt også fokusert på myndighetssamarbeid, konsekvensvurderinger og tett dialog om beredskap.

Overvåking av stråling i miljøet (kunstige kilder, radon og UV) gir grunnlag for god forvaltning og rådgivning. Selv om nivåene i det marine miljøet er lave, tilsier våre fiskeriinteresser fortsatt dokumentasjon av nivåer og trender. Radon i innemiljø er kartlagt i nær 200 av landets kommuner. Fortsatt kartlegging, men særlig gjennomføring av tiltak der nivået er uakseptabelt høyt, er viktig. Varsling av UV fra sola vil, sammen med rådgivning, bidra til å redusere forekomsten av hudkreft.

Satsingsområder og mål for 2005

Godt strålevern for samfunnet, den enkelte og miljøet

Tilsynsmetodikk i henhold til ny forskrift skal utvikles og nøkkelinformasjon om strålekilder og brukerne skal systematiseres. Oppdateringen av kildeoversikten som ble påbegynt i slutten av 2004 videreføres i 2005.

Det skal foretas en systematisk gjennomgang av alle helseforetakene med tanke på godkjenning etter ny forskrift i løpet av en treårsperiode. Strålevernet skal også følge spesielt opp utslipp i tilknytning til industriell og medisinsk strålebruk siden alle utslipp skal ha godkjenning fra og med 2006.

Med utgangspunkt i tidligere tilsyn med medisinsk bruk av optisk stråling deriblant laser, og kosmetisk bruk av laser, skal veiledninger og informasjon om temaet utarbeides i 2005. Det er i 2004 satt i gang et prosjekt for vurdering av hvordan UV-varsling bør gjennomføres. Varsling vil forsøksvis settes i gang i 2005. Ny metode for måling av UV-doser skal etableres. I 2005 skal dette prøves i enkelte arbeidsmiljøer. Strålevernet vil deretter vurdere om det er arbeidsmiljøer der det er behov for mer kontinuerlig overvåking av UV-doser. En solingsvaneundersøkelse med særlig fokus på unge og solariebruk vil videreføres i 2005. Avhengig av utfallet, vil det satses videre på en informasjonskampanje.

Statens strålevern vil nedsette og lede en arbeidsgruppe med sikte på å konkretisere og utdype forvaltningsstrategien ved anlegg av nye kraftledninger og ved anlegg av nye boligområder, skoler og barnehager mv. i nærheten av kraftledninger. Arbeidsgruppen skal også vurdere helsemyndighetenes rolle i forbindelse med energimyndighetenes behandling av konsesjonssaker vedrørende elektriske anlegg. Det bes om at arbeidsgruppen oversender sine vurderinger til departementene innen 1. juni 2005.

Statens strålevern vil prioritere arbeidet med å redusere befolkningens eksponering for radon. Det vil bli lagt vekt på å forebygge radon i nye boliger gjennom utvikling av kostnadseffektive tiltak og rådgiving til kommunale myndigheter. For eksisterende boliger vil det bli lagt vekt på identifisering av utsatte områder og spesiell oppfølging i tilfeller av svært høye konsentrasjoner som medfører betydelig helserisiko. Strålevernet vil her stimulere til gjennomføring av målinger og mottiltak.

Strålevernet vil i 2005, med grunnlag i oljeselskapenes kartlegging av utslipp av naturlige forekommende radioaktive stoffer til hav, gjennomgå sin forvaltning på dette området.

Strålevernet vil i 2005 etablere en oppdatert oversikt over stråledoser til den norske befolkning og hvilke kilder som bidrar til disse.

Fra 2004 fungerer Statens strålevern som fagdirektorat for Utenriksdepartementet i gjennomføringen av Regjeringens handlingsplan for atomsaker innenfor strålevern, atomsikkerhet, beredskap, ikke-spredning og radioaktiv forurensing.

Gjennom årlige tildelingsbrev fra Utenriksdepartementet delegeres bestemte oppgaver til Statens strålevern, samtidig som direktoratet gis i oppgave å utrede aktuelle problemstillinger. Strålevernet vil for øvrig videreføre samarbeidet med russiske myndigheter med fokus på strålevern, helse og miljø. Arbeidet i den blandede norsk/russiske miljøvernkommisjon vil også vektlegges. Arbeidet vil bidra til en bærekraftig utvikling slik at russiske myndigheter på lengre sikt vil bli selvgående i sin forvaltning og samtidig oppfylle internasjonale standarder.

Forsvarlig strålebruk og atomsikkerhet

Innen industriell og forskningsmessig strålebruk vil det i 2005 bli gjennomført omfattende tilsynsrunder for å vurdere om det er etablert rutiner og praksis i henhold til forskrift og veiledningsmateriale. Et forventet resultat av tilsynsarbeidet i 2005 vil være økt kompetanse hos brukerne i forhold til bruk av stråling og gjeldende regelverk. Dette gjelder spesielt fysisk sikring og plikt til å vurdere aktuelle risikoer og utslipp. I tilsynet med medisinsk strålebruk skal det legges vekt på at brukerne bygger opp egenkompetanse om måling av stråledoser, bildekvalitet og kvalitetskontroll av apparatur, slik at kravene i forskriften oppfylles på disse områdene når de trer i kraft per 1. januar 2006. Behov for oppgradering/endring av utdanningsopplegg vil bli avklart i dialog med utdanningsinstitusjonene og profesjonsforeningene bli avklart. Strålevernet deltar i et internasjonalt prosjekt i regi av Verdens helseorganisasjon om mulige årsaker til hjernesvulst, deriblant mobiltelefonbruk. Dette vil avsluttes i 2005. Strålevernet vil videre oppdatere seg på effekter og feltstyrkemålinger i forbindelse med innføring av stadig ny teknologi som bredbånd, trådløst nettverk mv.

Arbeidet ved Institutt for energiteknikk med fysisk sikring skal følges opp med utgangspunkt i den internasjonale vurderingen fra 2004. Videre skal tilsynet omhandle instituttets organisering av safeguards ved de ulike enhetene. Rapportering og oppfølging av internasjonale konvensjoner, blant annet i forhold til tilsynskonferansen for ikkespredningsavtalen, Kjernesikkerhetskonvensjonen og Konvensjonen for fysisk sikring skal ha prioritet. Oppdaterte nasjonale oversikter for ulike typer radioaktivt avfall og dagens status når det gjelder mellomlagring på Institutt for energiteknikk skal ferdigstilles.

Den nye strålevernsforskriften gjøres gjeldende for utslipp fra 2006. I 2005 vil Strålevernet derfor vektlegge arbeidet med å etablere en revidert forvaltningspraksis for utslipp av radioaktive stoffer fra medisinsk strålebruk og forskningsaktivitet i Norge.

God beredskap

Den reviderte langtidsplanen for Kriseutvalget skal følges opp, herunder implementering av nytt automatisk varslingsnettverk, videreutvikling av laboratorienes prosedyrer for beredskapsmålinger, videreføring av implementering av et elektronisk beslutningsstøttesystem og utskifting av måleinstrumentene for næringsmiddelkontroll.

Helseberedskapsarbeidet videreføres med satsing på relevant informasjonsmateriell for helsevesenet når det gjelder medisinsk beredskap.

Strålevernet vil i 2005 følge opp sin internasjonalt ledende rolle i etableringen av en bedre internasjonal beredskap ved atomulykker og strålingsulykker, inklusive terroraksjoner i henhold til den langsiktige internasjonale aksjonsplanen for 2004–2009.

Det bilaterale samarbeidet med Russland på beredskapsområdet videreføres. Spesiell vekt vil bli lagt på å videreutvikle den praktiske implementeringen av den bilaterale avtalen om varsling og informasjonsutveksling og herigjennom etablering av en lavere terskel for varsling.

Arbeidet med å etablere en bedre beredskap ved anløp av reaktordrevne fartøyer videreføres og følges opp av tilsyn ved etablering av nytt forvaltningsregime.

Kap. 3715 Statens strålevern (jf. kap. 715)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
02	Salgs- og leieinntekter	6 916	1 507	1 558
05	Oppdragsinntekter	29 683	33 261	34 392
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	30		
16	Refusjon fødselspenger	699		
18	Refusjon sykepenger	1 036		
	Sum kap 3715	38 364	34 768	35 950

Kap. 719 Helsefremmende og forebyggende arbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter	265		
21	Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv., *kan overføres*	33 175	13 258	16 389
70	Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer – smittevern, *kan overføres*	23 492	26 099	22 826
71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv., *kan overføres*	20 049	21 628	22 363
72	Stiftelsen Amathea	13 570	14 532	15 026
73	Handlingsplan for fysisk aktivitet		10 000	12 340
	Sum kap 0719	90 551	85 517	88 944

Overført fra 2003 til 2004:
Post 01: 16 000 kroner.
Post 21: 1 616 000 kroner.
Post 70: 1 764 000 kroner.

Oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge

St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge (folkehelsemeldingen) omhandler folkehelsearbeidet i Norge. Det foreslås bevilget 162 mill. kroner til oppfølging av folkehelsemeldingen. Forebygge mer og reparere mindre er Regjeringens målsetting for folkehelsearbeidet. Med utgangspunkt i de hovedutfordringer som ble presentert i meldingen ble folkehelsearbeidet styrket med til sammen 28,3 mill. kroner i 2004. Dette arbeidet foreslås videreført og styrket med ytterligere 22 mill. kroner i 2005. For å styrke kunnskapsgrunnlaget på folkehelsefeltet foreslås det bevilget til sammen 13 mill. kroner, herunder 7 mill. kroner til forskning på psykisk helse, 3 mill. kroner til Mor og barn-undersøkelsen og 3 mill. kroner til helseundersøkelsen HUNT3.

Når det gjelder psykisk helse er en samlet strategi for å styrke det forebyggende arbeidet omtalt under kap. 743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse. Strategien skal bidra til å sikre en mer effektiv gjennomføring av forebyggende tiltak, en sterkere kopling mellom kunnskapsutvikling og iverksetting, og til å styrke helseovervåking, årsaksforskning og forskning om effekten av forebyggende tiltak. For øvrig har Nasjonalt folkehelseinstitutt styrket arbeidet med overvåking og forskning på feltet psykisk helse, jf. kap. 710.

Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal utvikle strategier for økt bruk av forskningsbasert kunnskap på folkehelsefeltet. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal styrkes som nasjonalt helseovervåkingsmiljø, og

det skal stimuleres til mer forskning på materialet fra de nasjonale helseregistrene og de store befolkningsundersøkelsene. Dette er også et ledd i oppfølgingen av folkehelsemeldingens kvinnehelsestrategi.

Det foreslås videre bevilget 9 mill. kroner som en styrking til øvrige tiltak, herunder 5 mill. kroner til ny Handlingsplan for forebygging av sykehusinfeksjoner, 2 mill. kroner til styrking av Handlingsplan for fysisk aktivitet, og 2 mill. kroner til utvidelse av ordningen med partnerskap for folkehelse.

I tillegg er det gjennom omprioritering av midler funnet rom for å styrke abonnementsordningen for frukt og grønt i skolen med 2,143 mill. kroner.

Samlet oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003), tiltak og aktivitetsmidler

(1000 kr)

Kap. og post	Folkehelse – tiltak	Forslag 2005
719 post 21	Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren	16 389
719 post 70	Handlingsplan for forebygging av sykehusinfeksjoner	5 000
719 post 73	Handlingsplan for fysisk aktivitet	12 340
720 post 01	Aktivitetsmidler til kost, mosjon og røykfrihet	66 700
720 post 01	Frukt og grønt i skolen	22 243
720 post 01	Lokale og regionale partnerskap for folkehelse – stimuleringsmidler	12 000
720 post 01	Sosial ulikhet i helse – kompetanseoppbygging	2 000
720 post 01	Helsekonsekvensutredninger – kompetanseoppbygging	2 000
720 post 01	Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, miljørettet helsevern, strategiutvikling innen astma, allergi og inneklimasykdommer, og ulykkesforebygging	7 000
720 post 01	Grønn resept	5 000
701 post 50	Forskning på psykisk helse	2 000
710 post 01	Forskning på psykisk helse	5 000
710 post 21	Den norske mor og barn-undersøkelsen	3 000
715 post 01	UV-varsling	1 000
	Totalt	161 672

Kost, mosjon og røykfrihet

På tobakksområdet gjennomførte Sosial- og helsedirektoratet i 2003 en rekke tiltak rettet mot skole, nærmiljø, helsetjenesten og arbeidslivet, med særlig fokus på tiltak for å redusere røyking blant ungdom. Det ble gjennomført massemediekampanjer for å redusere ungdomsrøykingen. Kampanjene bidro til økt trafikk på Røyketelefonen, og motiverte mange til å melde seg på lokale røykesluttkurs. I tråd med Regjeringens mål om innen utgangen av år 2007 å halvere andelen unge som røyker, er tiltak gjennomført særskilt for denne målgruppen. Undervisningsprogrammet i ungdomsskolen gikk etter planen. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet retningslinjer for røykeavvenning til bruk i primærhelsetjenesten.

Lov om røykfrie serveringssteder trådte i kraft 1. juni 2004. Andelen røykere er på vei ned i Norge. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det i 2003 var 26 pst. av den voksne befolkningen i Norge som røykte mot 29 pst. i 2002. Nedgangen er den største på mange år. Skolering av tilsynsmyndighetene, opplysningskampanjer og fagkonferanse om passiv røyking er gjennomført i 2004 i forbindelse med denne lovreformen.

Satsing på informasjonskampanjer mot tobakk skal fortsette, delvis rettet inn mot oppfølging av endringene i tobakksskadeloven § 6 og delvis i form av kampanjer rettet mot ungdom.

En rekke tiltak ble i 2003 gjennomført med hensikt å øke aktivitetsnivået i befolkningen. Tiltakene ble i stor grad innrettet mot å fremme fysisk aktivitet blant barn og ungdom samt grupper som er lite fysisk aktive. Regional og lokal innsats er

styrket bl.a. gjennom FYSAK-ordningen og gjennom tiltak for tryggere skolevei og økt fysisk aktivitet i skolen. I februar 2004 lanserte Helsedepartementet i samarbeid med Utdannings- og forskningsdepartementet prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen. Gjennom dette prosjektet skal det prøves ut og utvikles modeller for organisering av skoledagen slik at det legges til rette for en times fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i løpet av skoledagen. 3 mill. kroner fra hvert departement er fordelt til om lag 150 prosjektskoler som skal være i gang fra skolestart 2004. Det vil i løpet av 2004 utarbeides en handlingsplan for økt fysisk aktivitet i befolkningen.

Det skal fortsatt legges vekt på å styrke lokal og regional innsats for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen, spesielt blant barn og unge og blant grupper som er for lite fysisk aktive. Prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen skal følges opp i samarbeid med utdanningsmyndighetene. Arbeid for å sikre en nasjonal kartlegging av aktivitetsnivået i befolkningen med sikte på å følge utviklingen over tid skal styrkes. Se for øvrig omtale under kap. 719 post 73 Handlingsplan for fysisk aktivitet.

Det er gjennomført tiltak for å bedre kostholdet i ulike befolkningsgrupper. Samtidig er arbeidet med tilstrekkelig dokumentasjon som grunnlag for tiltak videreført. Arbeid for å styrke skolemåltidet er prioritert bl.a. gjennom nye retningslinjer for skolemåltidet og videreføring av prosjektene Skolefrukt, matpakkeuka og handlingsplan mat i skolen. Det er også gjennomført kompetansehevende tiltak og informasjonsarbeid for å bidra til et sunnere arbeidsliv blant annet gjennom bedre kantinetilbud. Andre viktige innsatsområder har vært oppfølging av EU-direktiv om barnemat og tiltak i tilknytning til overvekt, herunder utarbeidelse av rapporten Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten og arrangement av fagkonferanse om overvekt. Utvikling og oppfølging av Grønn resept har vært og vil fortsatt være en høyt prioritert oppgave, jf. omtalen nedenfor.

Fra 1. januar 2004 ble ansvaret for abonnementsordningen for frukt og grønt i skolen (Skolefrukt) overført fra Landbruksdepartementet til Helsedepartementet, med Sosial- og helsedirektoratet som ansvarlig etat. Arbeidet utføres i praksis i samarbeid med Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker. Ny forskrift for prisnedskrivning for frukt og grønnsaker i grunnskolen er utarbeidet og fastsatt. I løpet av 2004 vil ordningen være landsdekkende. Ved skolestart for skoleåret 2003–2004 deltok 830 grunnskoler og 57 500 elever i ordningen. Arbeid med å kvalitetssikre varene som tilbys og forbedre vareutvalget prioriteres.

Sosial- og helsedirektoratet har i 2004 arbeidet med en handlingsplan for å fremme amming og småbarnsernæring. Det er også arbeidet med kartlegging og overvåking av kostholds- og ernæringssituasjonen, herunder i forhold til behandling.

I 2005 skal informasjon om ernæring prioriteres. Det skal også legges vekt på å bedre kunnskapen om kosthold og måltidssituasjonen i skole og barnehage. Skolefruktordningen skal videreutvikles med økt skole- og elevdeltakelse.

Lokale og regionale partnerskap for folkehelse

Det ble i 2004 tildelt statlige stimuleringsmidler til åtte fylker for å styrke infrastrukturen for det lokale folkehelsearbeidet. Partnerskapsmodellen skal bidra til å styrke det lokale folkehelsearbeidet gjennom å sikre en sterkere forankring i planverk og i ordinære politiske og administrative prosesser. Modellen skal også legge et bedre grunnlag for frivillige organisasjoners deltakelse. Stimuleringsmidlene skal bidra til at det etableres en nasjonal offentlig folkehelsekjede basert på partnerskap mellom stat, fylkeskommune og kommuner. Det er lagt vekt på å sikre folkehelsearbeidet forankring i folkevalgte organer og plansystemer. For å sikre frivillige organisasjoner en sterkere rolle i folkehelsearbeidet, er det etablert faglige dialogfora mellom offentlige myndigheter, fagmiljøer og frivillige organisasjoner på alle de viktigste områdene på folkehelsefeltet. Videre representerte Møteplassen 2004 starten på et årlig arrangement som skal være en forum for frivillige organisasjoner, frivillighetssentraler, kommuner, fylkeskommuner, fylkesmannskontorer, departementer og direktorater. For å sikre gjennomføring og videreutvikling av partnerskapsmodellen, var Østfold fylkeskommune vertskap for en konferanse om temaet høsten 2003. Det arbeides med et opplegg for evaluering av modellen.

Modellen foreslås styrket med 2 mill. kroner slik at ordningen kan utvides til nye fylker i 2005.

Helsekonsekvensutredninger

Sosial- og helsedirektoratet startet høsten 2004 arbeidet med å etablere en sentral kompetanseenhet for helsekonsekvensutredninger. Enheten skal drive metodeutvikling og erfaringsoppsummering, kompetansebygging, nettverksarbeid og veiledning overfor fylker og kommuner, og gi faglig støtte og rådgivning overfor Helse- og omsorgsdepartementet. Det er også satt i gang et arbeid med å gjennomgå eksisterende datakilder og utarbeide forslag til løsning for å gjøre data om helsetilstand og påvirkningsfaktorer mer tilgjengelig for fylker

og kommuner. Sosial- og helsedirektoratet leder arbeidet i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statistisk sentralbyrå.

Sosial- og helsedirektoratet skal videreutvikle dette arbeidet i 2005. For å bidra til at helsekonsekvensutredninger i større grad tas i bruk som verktøy i lokal planlegging, skal det legges spesiell vekt på veiledning til kommunene og videreføring av det utviklingsarbeidet som ble gjennomført i forbindelse med veileder for miljørettet helsevern. Sosial- og helsedirektoratet skal i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statistisk sentralbyrå bidra til at statistikk om helseforhold og påvirkningsfaktorer blir bedre tilrettelagt som verktøy for lokal planlegging.

Sosial ulikhet i helse

I Norge er det i likhet med andre vestlige land betydelige sosiale forskjeller når det gjelder forekomst av sykdom og tidlig død. I arbeidet med å bedre befolkningens helse, legges det derfor vekt på tiltak som kan bedre helsen til grupper som har dårligere helse enn gjennomsnittet. Sosial- og helsedirektoratet utarbeider i 2004 en handlingsplan mot sosial ulikhet i helse og har startet arbeidet med å bygge opp et kompetansemiljø på området. Handlingsplanen skal bidra til å styrke kunnskap om sosial ulikhet i helse og til utvikling av tiltak for å redusere helseforskjeller mellom ulike sosiale lag, kjønn og etniske grupper. Det skal opprettes en ekspertgruppe som skal gi råd til myndighetene og bidra i arbeidet med dokumentasjon, tiltak og evaluering. Se også omtalen av ulikhet i helse under kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten mv.

Departementet fastsatte 3. april 2003 forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forskriften trådte i kraft 1. juli 2003 og gjelder tilbud om helsestasjon og skolehelsetjeneste for barn og ungdom og svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal stå fram som et helhetlig og samordnet tilbud til barn og ungdom 0–20 år.

Rundskriv om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble i 2003 sendt til kommunene. Som oppfølging av forskriften har Sosial- og helsedirektoratet under arbeid en veileder som følger oppgavefordelingen i forskriften. Veilederen omhandler også den delen av svangerskapskontrollen som foregår i tilknytning til helsestasjon.

I Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2008 er det planlagt 800 årsverk til styrking av det forebyggende psykososiale arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jf. Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Det vises til omtale under kap. 743.

Sosial- og helsedirektoratet skal ivareta forvaltningsoppgaver etter forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og øvrige tiltak vedrørende tjenesten, herunder språkutvikling hos barn med innvandrerbakgrunn.

Ved utgangen av 2003 hadde 1400 helsesøstere og jordmødre gjennomført etterutdanning i samliv, seksualitet og prevensjon for å kunne rekvirere p-piller til kvinner i alderen 16 til og med 19 år. Se omtale kap. 719 post 71.

Sosial- og helsedirektoratet har sendt utredningen om ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin på høring med frist 31. desember 2004. Utredningen er utarbeidet av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling. Sosial- og helsedirektoratet har også etablert et prosjekt som skal drøfte behovet for samfunnsmedisinsk arbeid, beskrive strategier for fornyelse av samfunnsmedisinen og forslå nødvendige tiltak. I forbindelse med evaluering av fastlegeordningen, oppfølging av folkehelsemeldingen og et pågående prosjekt i regi av Sosial- og helsedirektoratet om det samfunnsmedisinske arbeidet, vil departementet vurdere organisatoriske og økonomiske sider ved den samfunnsmedisinske legerollen.

Miljøet rundt oss

Forskrift om miljørettet helsevern trådte i kraft 1. juli 2003, og Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet i 2003 en veileder i miljørettet helsevern til kommunene.

I samarbeid med Miljøverndepartementet er en ny forskrift om smittefarlig avfall under arbeid. Forskriften skal vedtas av Landbruks- og matdepartementet, Miljøverndepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Regjeringen fremmet 14. mai 2004 Ot.prp. nr. 72 (2003–2004) om endringer i kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven. Lovendringen trådte i kraft 25. juni 2004. Lovendringen åpner for delegering av myndighet til interkommunale enheter.

I 2004 skal Sosial- og helsedirektoratet sluttføre arbeidet med ny strategi for forebygging av astma allergi og inneklimasykdommer basert på et oppdatert faktagrunnlag og på erfaringene fra arbeidet med Handlingsplan for forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer (1998–2002).

Sosial- og helsedirektoratet skal i 2004 sluttføre ny strategi for det ulykkesforbyggende arbeidet. Ny strategi skal ferdigstilles og implementeres. Det skal legges særlig vekt på innsats mot barn, unge og eldre. Strategien må bygge videre på erfaringer fra arbeidet med trygge lokalsamfunn. Det skal legges vekt på å forankre arbeidet i planer og ordinær virksomhet.

Utredningen Sårbarhet i vannforsyningen er ferdig. En oppfølging skal vurderes av de ansvarlige departementer.

WHO/FN-protokollen for vann og helse ble ratifisert i januar 2004. Det forventes at protokollen trer i kraft i løpet av 2005. Oslo Round Table (september 2004), med Norge som vertskap, er en rundebordskonferanse der hovedformålet er å styrke gjennomføringen av protokollen i Øst-Europa og Sentral-Asia. Konferansen vil følges opp i 2005.

Grønn resept

I St.meld. nr. 16 (2002–2003) ble livsstilstakst foreslått innført for å stimulere leger til å ta i bruk livsstilstiltak i behandling av pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer. Hensikten var å vri fokus fra medikamenter til egeninnsats og hjelp til omlegging av livsstil i tilfeller der dette er medisinskfaglig forsvarlig.

Under takstoppgjøret i juni 2003 mellom staten og Den norske lægeforening ble taksten framforhandlet innenfor rammene for legeoppgjøret. Taksten er avgrenset til diagnosene høyt blodtrykk og diabetes type 2. Taksten er på 200 kroner og kan utløses når grønn resept forskrives som alternativ til medisiner. Taksten kan brukes tre ganger per pasient per år, og dette gjør det mulig for legen å følge opp pasienten over tid. Bruk av taksten ble satt i verk fra oktober 2003.

Rikstrygdeverket har basert på Takstbruksundersøkelsen – som bygger på legekonsultasjoner i perioden september–november 2003 – anslått at Grønn resept-taksten i løpet av ett år er brukt nærmere 24 000 ganger. Det planlegges en to-trinns evaluering av ordningen. Evalueringen vil gå over to år med flere delevalueringer. Planlagt oppstart for første trinn er høsten 2004. Legers og pasienters erfaringer med ordningen og bruken av taksten, samt den løpende evalueringen, vil gi grunnlag for å videreutvikle ordningen og for å vurdere hvorvidt taksten skal utvides til flere diagnoser og til å omfatte flere helsepersonellgrupper.

Andre forebyggende tiltak

I forbindelse med Stortingets behandling av budsjettet for 1999 ble Regjeringen bedt om å vurdere å sette i gang et flerårig nasjonalt handlingsprogram for å kartlegge årsakene til og foreslå tiltak mot den høye forekomsten av benskjørhet i Norge (Innst. S. nr. 11 (1998–1999)). Stortinget bevilget 2 mill. kroner til tiltaket. Disse midlene er senere videreført med 1,5 mill. kroner til Norges forskningsråd og 0,5 mill. kroner til å utarbeide planen. Statens helseundersøkelser startet arbeidet i 1999 og Sosial- og helsedirektoratet har arbeidet med programmet siden omorganiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen i 2002. Arbeidet er nå på det nærmeste sluttført, og direktoratet vil legge fram handlingsprogrammet i høst. Programmet skal ha en forebyggingsdel og en behandlingsdel. Oppfølgingen må sees i sammenheng med primærforebyggende arbeid for å fremme sunne levevaner, ulykkes- og skadeforebyggende arbeid, og forebyggende innsats i helse-, pleie- og omsorgstjenestene. Oppfølging av behandlingsdelen vil skje i de regionale helseforetakene som har ansvaret for å sikre tilfredsstillende tilbud innen diagnostikk og behandling for pasienter med osteoporose.

Statens strålevern har i 2004 arbeidet aktivt gjennom media og samarbeidet med Kreftforeningen, Statens forurensningstilsyn og Norsk institutt for luftforskning om temaet UV-stråling og soling. Det vises til omtale under kap. 715 Statens strålevern.

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

Formålet med posten er å sikre nødvendig utrednings- og oppdragsmidler, i hovedsak til oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge (folkehelsemeldingen). I tillegg dekker posten også driftsstøtte til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT forskningssenter i Verdal og Norsk Institutt for Genøkologi.

Den 4. ministerkonferansen om miljø og helse fant sted i Budapest 23–25. juni 2004 med tema Våre barns framtid. De 52 europeiske medlemslandene i WHO-Europa samlet seg om en felles ministererklæring og vedtok en handlingsplan for barns helse og miljø i Europa (CEHAPE). I Norge følges dette opp med en nasjonal handlingsplan for barns miljø og helse. Arbeidet starter opp høsten 2004 under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet.

Departementets informasjonstiltak om røykfrie serveringssteder og to internasjonale konferanser om vann og helse og urbanisering og helse i Oslo

er dekket over denne posten, samt støtte til den frivillige organisasjonen Ammehjelpen.

Merknad til budsjettforslaget

Som en videreføring av Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett 2004 foreslås 0,31 mill. kroner overført fra kap. 719 post 21 til kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet post 01 til driftsutgifter til EU/EØS-arbeidet om mattrygghet.

Posten foreslås styrket med 3 mill. kroner som en ekstrabevilgning i 2005 til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT forskningssenter ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, til oppstart av arbeidet med en ny helseundersøkelse (HUNT3).

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

Det foreslås bevilget 22,8 mill. kroner til formålet, hvorav 17,6 mill. kroner til oppfølging av Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer, herunder hiv-samarbeidet med Kina. Bevilgningen til hiv-kampanje øremerket Pluss-Landsforeningen mot aids har pågått i 2003 og 2004, og midlene foreslås fra 2005 å inngå i oppfølging av strategiplanen til fortsatt arbeid for å bedre levekår og livskvalitet blant hiv-positive. Det foreslås videre 5 mill. kroner til oppfølging av Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006, og 226 000 kroner til smittevern generelt. Det vises videre til omtale i vedlegg om kjønns- og likestillingsperspektivet i budsjettet fra Barne- og familiedepartementet.

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med smittevern er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge utbrudd og motvirke at de overføres videre i befolkningen. Samfunnet må opprettholde en beredskap som følge av økt internasjonalisering. Ansvar og omtanke – Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer har som hovedmål at antall nysmittede av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal reduseres, og at alle som er smittet skal sikres god oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell legning, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi.

Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006 har som hovedmål å redusere antall sykehusinfeksjoner. Dette skal nås gjennom å etablere en bedre overvåking av og forbedrede tiltak for å forebygge sykehusinfeksjoner samt å styrke forskning og utvikling. Handlingsplanen viderefører oppgaver innen helsesektoren fra Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens som utløper i 2004. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa har som målsetting at man under en influensapandemi kan legge til rette for å redusere sykelighet og død, pleie og behandle syke og døende hjemme og på institusjon, opprettholde nødvendige samfunnstjenester og gi fortløpende informasjon til alle berørte.

Resultatrapport 2003

I 2003 er det, som tidligere år, gitt økonomisk støtte og faglig veiledning til en rekke frivillige organisasjoner og andre aktører som arbeider med forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner. Med bakgrunn i levekårsundersøkelsen til Forskningsstiftelsen Fafo blant hivpositive i 2002, ble organisasjonen Pluss-Landsforeningen mot Aids (Pluss-LMA) i 2003 tildelt 1 mill. kroner ekstra for å planlegge og iverksette en holdningskampanje som fokuserte på fordommer mot hivpositive. Dette skjedde i et samarbeid med Aksept, African Health Watch og Helseutvalget for homofile. Sosial- og helsedirektoratet har nær kontakt med Pluss-LMA om oppfølging av samarbeidsavtalen med Kina om forebygging av hiv/aids hvor styrking av frivillig sektors hiv-forebyggende arbeid i Kina er en hovedprioritet.

I 2003 ble det startet opp ny runde med fylkesvise smittevernkonferanser og gjennomført slike i tre fylker. Målgruppen er hovedsakelig fagpersonell i kommunene. Revidert Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa ble fastsatt i juli 2003. Det ble oppnevnt en ny nasjonal Pandemikomité som ledes av direktøren for Sosial- og helsedirektoratet med sekretariat ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Komiteen har arbeidet med beredskap knyttet til sars og fugleinfluensa.

Feltet antibiotikaresistens ble i 2003 fulgt opp gjennom den tverrdepartementale Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens 2000–2004. Forskrift om Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM) ble fastsatt i 2003 og etablerer fra og med 1. januar 2004 NORM som et permanent overvåkingssystem. Smittevernsamarbeidet i regi av Østersjørådet i de baltiske land og Russland ble videreført.

Tilstandsvurdering

Strategiplan for å forebygge hiv og seksuelt overførbare sykdommer

Totalt var det ved utgangen av 2003 diagnostisert 2793 hivsmittede i Norge (1950 menn og 843 kvin-

ner). Hiv-situasjonen i 2003 ble preget av en betydelig økning i antall påviste hivpositive homofile menn og fortsatt mange hivsmittede asylsøkere og andre med innvandrerbakgrunn som er smittet før ankomst til Norge. Det ble dette året diagnostisert 238 hivsmittede (145 menn og 93 kvinner). Dette er det høyeste antallet siden starten av hiv/aidsepidemien. Blant innvandrerne var det en stor andel kvinner. Hiv-situasjonen blant heteroseksuelle i Norge er fortsatt rimelig stabil og om lag på samme nivå som de siste fem år. Som tidligere smittes de fleste menn i utlandet, mens kvinner smittes som oftest av sin faste partner i Norge. Heteroseksuell hivsmitte blant unge påvises fortsatt sjelden i Norge. Antall hiv-tilfeller blant injiserende stoffmisbrukere holder seg også relativt stabil, og det er lite nysmitte i gruppen. Imidlertid er injiserende stoffmisbrukere svært utsatt for annen blodsmitte som hepatitt B og C gjennom sprøytedeling/urene sprøyter, og hiv-situasjonen må derfor følges nøye. I 2003 ble det diagnostisert flere tilfeller av genital klamydiainfeksjon som er mest utbredt i aldersgruppen 15–25 år, enn i noe år siden 1989, og for femte år på rad øker positive prøver – fra 15 261 i 2002 til 16 356 i 2003. Det antas at økningen er et reelt uttrykk for økt forekomst slik som også er sett i Sverige. Nysmitte av syfilis er i hovedsak en infeksjon påvist blant homofile menn i Oslo. Forekomsten i 2003 var lavere enn i 2002, men likevel et uttrykk for risikoatferd i gruppen. Gonoré er fortsatt under god kontroll i Norge, og antall påviste tilfeller i 2003 var nær uforandret fra 2002. Som tidligere år er det mest menn som smittes.

For 2004 ble det i tillegg til den ordinære bevilgningen på 16,6 mill. kroner, bevilget 2,8 mill. kroner til reell styrking av forebyggingsinnsatsen rettet mot hiv-smitte blant homofile menn og homofil ungdom med særlig fokus på Oslo. Det vises til omtale i St.prp. nr. 63 (2003–2004). I tillegg er ekstrabevilgningen på 1 mill. kroner til hiv-kampanje i regi av Pluss-LMA, videreført. Det satses ellers på å styrke tiltak rettet mot asylsøkere og andre med innvandrerbakgrunn. Kvinner og barn er fokuserte grupper i dette arbeidet.

Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens

Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens avsluttes innen utgangen av 2004. Nasjonalt folkehelseinstitutts antibiotikaresistenskomite avholder i 2004 en evalueringskonferanse som ivaretar de deltakende departementers evaluering av planen. Det foreligger en statusrapport for arbeidet i 2003.

Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006

Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner ble presentert 29. mars 2004. Handlingsplanen har som hovedmål å redusere antall sykehusinfeksjoner, og dette skal nås gjennom bedre overvåking, forbedrede smitteverntiltak og gjennom forskning og utvikling. Flere av tiltakene er allerede satt i verk, men hovedoppfølgingen skjer først fra 2005 av.

Smittevern generelt

Hepatitt C-utvalget avga sin utredning 16. mars 2004. Det vises til omtale i St.prp. nr. 63 (2003–2004). Departementet har satt i gang arbeid med oppfølging av utredningen, bl.a. gjennom forskriftsarbeid for å kunne gjennomføre EUs bloddirektiv i Norge. Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt vurderer ytterligere tiltak for å spore opp personer som kan ha blitt smittet før 1994 i tillegg til de som allerede er identifisert. I løpet av 2004 vil det være gjennomført smittevernkonferanser i mer enn halvparten av landets fylker. Det vises ellers til omtale under kap. 702 om beredskap mot influensa mv.

Satsingsområder og mål for 2005

Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer

Det vil i 2005 særlig bli fokusert på tiltak rettet mot asylsøkere, flyktninger, familiegjenforente og andre med innvandrerbakgrunn og homofile menn og homofil ungdom. Begge disse gruppene utgjør hoveddelen av nydiagnostiserte hivpositive både i 2003 og første halvdel av 2004. Kvinner utgjør en noe økende andel av hivpositive med innvandrerbakgrunn, og tiltak for kvinner vurderes derfor også som viktig. Statens helsetilsyn utfører i 2004 landsomfattende tilsyn med helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. De første kommunerapportene som foreligger tyder på at helsetjenester på smittevernområdet, herunder når det gjelder hiv og tuberkulose er mangelfull i mange kommuner. Å styrke asylmottak og kommunehelsetjenesten på dette området, vil være et prioritert tiltak, jf. kap. 721 Statens helsetilsyn. Det vil fortsatt bli satset for å redusere forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner, særlig den økende forekomsten av klamydia i de yngre aldersgruppene. Økt tilgjengelighet av gratis kondomer og god informasjon om forebygging, testing og behandlingsmuligheter vil bli prioritert. Strategiplanen følges opp av Sosial- og helsedirektoratet i

samarbeid med Folkehelseinstituttet. Hiv-samarbeidet med Kina videreføres.

Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006

For å forebygge sykehusinfeksjoner foreslås et nytt register for overvåking av infeksjoner i sykehustjenesten basert på overvåking av hyppighet (insidens). Overvåkingssystemet vil blant annet legge grunnlaget for å oppdage smittsomme sykdommer og bidra til oppklaring av utbrudd. Nytt regelverk med mer målrettede tiltak for forebygging av infeksjoner i helse- og sosialtjenesten vil også bli utarbeidet. I tillegg vil iverksetting av en kampanje for bedring av håndhygiene i helsetjenesten bli prioritert. På bakgrunn av evalueringen av Tiltaksplanen for å forebygge antibiotikaresistens, som utløper i 2004, vil tiltak for å forebygge antibiotikaresistens bli videreført.

Smittevern generelt

Resten av bevilgningen foreslås satt av til smittevern generelt, herunder gjennomføring av EUs bloddirektiv, og arbeid med smittevernberedskap bl.a. som oppfølging av Statens helsetilsyns påpeking av mangler ved infeksjons- og turberkulosekontrollprogram. I følge Nasjonal komité for pandemisk influensa, anses trusselen om en ny verdensomspennende influensapandemi større enn på svært lenge. Sentrale helsemyndigheter vil også i 2005 følge nøye med i situasjonen internasjonalt og nasjonalt.

Merknad til budsjettforslaget

Overvåkingssystemet NORM har vært et prosjekt under Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens 2000–2004. NORM går nå over i permanent drift som er forskriftsfestet, og prosjektmidlene på kap. 719 post 70 foreslås overført til Folkehelseinstituttet. Kap. 719 post 70 foreslås redusert med 5,2 mill. kroner overført til kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt, post 01 driftsutgifter. Posten foreslås styrket med 1 mill. kroner til oppfølging av handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner.

Post 71 Tilskudd til opplysningstiltak, forebygging av uønskede svangerskap mv.

Midlene benyttes til oppfølging av handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort, hjelpetelefonene og til kompetanse og utviklingstiltak knyttet til abortforebyggende arbeid. Det foreslås bevilget 22,3 mill. kroner til formålet i 2005. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å følge opp tiltakene i handlingsplanen gjennom forvaltning av tilskuddsmidler på kap. 719 post 71.

Formål og hovedprioriteringer

Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004–2008 bygger på erfaringer fra tidligere planer, på relevant forskning og på utvikling i aborttallene. Videre er et viktig innsatsområde å sikre gode rutiner for veiledning og informasjon til gravide og abortsøkende som ønsker det, samt å gi informasjon om tilgjengelige støttetiltak dersom de velger å bære fram barnet.

Resultatrapport 2003/2004

Hovedmålgruppene i handlingsplan for perioden 1999–2003 har vært ungdom og unge i aldersgruppene 13–19 år og 20–29 år. Overordnet mål for forebygging av uønsket svangerskap og abort er nedgang i antall aborter gjennom å gi god veiledning og kunnskap om samliv, seksualitet, prevensjon, graviditet og hjelpetiltak. Forebygging av uønsket svangerskap omfatter tiltak for å unngå at de som ikke ønsker det, blir gravide. Forebygging av abort omfatter tiltak for å unngå at de som allerede er blitt gravide, tar abort.

De sentrale innsatsområdene i Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 1999–2003 er fulgt opp gjennom følgende tiltak:

- Stimuleringstiltak for å fremme god undervisning og veiledning til ungdom gjennom skole og helsestasjons- og skolehelsetjeneste som grunnlag for etiske reflekterte livsvalg.
- Unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år har tilgang til gratis p-piller som forebygging av uønsket svangerskap og abort for å redusere tenåringsgraviditeter. Tiltaket trådte i kraft 1. januar 2002.
- Etterutdanning for helsesøstre og jordmødre for å kunne rekvirere p-piller er trappet opp. Innen 2004 vil om lag 1700 ha gjennomført etterutdanningen.
- Videreføre målrettede tiltak for bevisstgjøring på og bruk av sikker prevensjon blant unge jenter og gutter.
- Tiltak for å ruste opp helsestasjon for ungdom i metoder for tidlig intervensjon til særlig sårbare ungdomsgrupper og unge i krise.
- Informasjons- og veiledningstilbud til ungdom, spesielt ungdom med ikke-vestlig kulturbakgrunn og ungdom med spesielle behov.
- Samarbeid med Læringssenteret om Skolenettet, lærerveiledningsmateriale, informasjonsskriv til ungdom og til foreldre om undervisnin-

gen i samliv, seksualitet og prevensjon i ungdomsskolen.

SUSS-telefonen for ungdom er gratis og anonym, når ut til en stor ungdomsbefolkning over hele landet og gir opplysning om blant annet samliv, seksualitet og prevensjon. Senter for ungdom, samliv og seksualitet (SUSS) har utviklet rådgivning på internett og SMS som ivaretar personvernet. Telefon for seksuell helse er beregnet for unge voksne. Telefonen betjenes av leger med høy kompetanse. Samtalene er målrettet mot prevensjon, reproduksjon og seksuelt overførbare infeksjoner. Begge hjelpetelefonene drives av SUSS.

I 2003 ble 2 mill. kroner bl.a. benyttet til å starte opp et utredningsprosjekt ved Nasjonalt folkehelseinstitutt om forbedring av kvalitet på og omfang av abortstatistikken, og prosjekter ved SINTEF Unimed om årsaker til og ettervirkninger av svangerskapsavbrudd og oppfølging av kvaliteten på informasjonsarbeidet til abortsøkende kvinner. Prosjektet Årsaker til svangerskapsavbrudd er avsluttet og konkluderer med at sivilstand er mer avgjørende enn antall barn og alder for gravides valg mellom fødsler og svangerskapsavbrudd. Øvrige prosjekter pågår fortsatt.

Tilstandsvurdering

Det ble i 2003 utført 13 836 svangerskapsavbrudd. Dette er en abortrate på 12,5 svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i alderen 15–49 år, mot 12,7 i 2002. Den nedadgående trenden i tenåringsaborter fortsatte også i 2003. I alt var det 16,3 tenåringsaborter per 1000 kvinner i alderen 15–19 år i 2003 mot 16,9 i 2002. Abortraten blant tenåringer var i 2003 den laveste som er registrert de siste 25 år.

Satsingsområder og mål i 2005

I ny handlingsplan legges det vekt på tiltak som kan bidra til at abortraten 15–49 år reduseres og at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å kunne planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv. Hovedmålgruppene i handlingsplanen er ungdom og unge voksne, etniske minoritetsgrupper, grupper med spesielle behov og kvinner og par som vurderer abort.

Viktige utfordringer og tiltak i planperioden er å:

- styrke ungdommens kunnskap om samliv og seksualitet ved å videreutvikle bl.a. undervisningsprogrammet Jeg har et valg for bruk i ungdomsskolen og i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- redusere aborttallene blant unge voksne 20–24 år, som har høyest abortforekomst, ved bl.a. å målrette tilbudet om prevensjonsveiledning
- tilrettelegge tilbudet om veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon for grupper med spesielle behov
- forbedre kvaliteten på informasjonstilbud til gravide kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd
- sørge for at forskning og statistikk om forebygging av uønsket svangerskap og abort blir gode styringsverktøy i arbeidet

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre ekstern evaluering av handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 1999–2003. Resultatene av evalueringen vil få betydning for de årlige prioriteringene av tiltakene i handlingsplanperioden 2004–2008. Hjelpetelefonene ved SUSS-senteret videreføres i 2005. Som satsing på kompetanse- og utviklingstiltak videreføres prosjektet Forbedring av kvalitet og omfang av abortstatistikken ved Nasjonalt folkehelseinstitutt i 2005.

Post 72 Stiftelsen Amathea

Amathea er en privat stiftelse som tilbyr gratis rådgivning/veiledning til kvinner og par som er blitt uplanlagt gravide. Gjennom sitt tilbud ønsker Amathea å bidra til at kvinnen får et bredest mulig grunnlag for det valget hun skal ta. Amathea er landsdekkende, og i 2003 var det 19 lokalkontor med felles administrasjon i Oslo med ansatte rådgivere og frivillige som bidrar til å nå organisasjonens mål. I 2003 feiret stiftelsen 25 års jubileum som viktig aktør i det abortforebyggende arbeidet.

Amathea hadde i 2003 et budsjett på om lag 18, 5 mill. kroner. Hovedinntekten til Amathea kommer fra offentlige midler, mens andre inntekter utgjør om lag 6 pst. For mange av klientene som kontaktet Amathea i 2003 var det valget mellom å avbryte eller fullføre svangerskapet som var årsaken til henvendelsen. I slike valgsamtaler var det ofte flere faktorer som spilte inn, som f.eks. forholdet til barnefar, familien eller økonomiske spørsmål. Amathea gir et viktig bidrag i det landsomfattende abortforebyggende arbeidet. Det foreslås bevilget 15, 026 mill. kroner til Amathea i 2005.

Post 73 Handlingsplan fysisk aktivitet

Ved behandlinghen av St.meld. nr. 16 (2002–2003) og Innst. S. nr. 230 (2002–2003) har Stortinget fattet følgende vedtak (anmodningsvedtak nr. 473 (2002–2003):

> Stortinget ber Regjeringen utarbeide en handlingsplan for økt fysisk aktivitet. Planen må omfatte konkrete tiltak på flere samfunnsområder. Partene i arbeidslivet må trekkes aktivt med i arbeidet. Det samme må Norges Idrettsforbund. Stortinget må på egnet måte holdes orientert om arbeidet.

Ved Stortingets behandling av Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004) ble det bevilget 10 mill. kroner til å starte opp en tilskuddsordning til forebyggende helsearbeid gjennom økt fysisk aktivitet samtidig som handlingsplanen utarbeides.

Formål og hovedprioriteringer

Formålet er bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet i befolkningen, særlig blant barn og unge.

Tilskuddsordningen skal bidra til økt fysisk aktivitet ved å fange opp grupper som i dag er for lite aktive og som faller utenfor de ordinære aktivitets- og idrettstilbudene. Tiltak som stimulerer til utvikling og tilrettelegging av aktivitetstilbud på lokalplanet og som innebærer at lavterskelaktiviteter skal prioriteres.

Resultatrapport 2004

Tilskuddsordningen i 2004 ble kunngjort gjennom dagspressen, Norsk lysingsblad og ved informasjon på Sosial- og helsedirektoratets hjemmeside. Målgruppen for tilskuddsordningen var frivillige organisasjoner som fokuserer på forbyggende helsearbeid gjennom økt fysisk aktivitet. Lokale lag og foreninger søkte gjennom sin hovedorganisasjon.

Det ble mottatt 560 søknader til en samlet søknadssum på om lag 77 mill. kroner. Til sammen ble 197 søkere tildelt tilskudd. Norges Idrettsforbund og Olympiske Komité har blitt prioritert.

Blant de mange støtteverdige prosjekter var det nødvendig med en streng prioritering. Prosjekter som direkte fører til økt fysisk aktivitet, som er lett gjennomførbare og som lett kan videreføres, er blitt støttet.

Tilstandsvurdering

Vektutviklingen de siste tiårene, også blant barn og ungdom, er et uttrykk for en livsstil og en samfunnsutvikling som i tillegg til uheldige kostvaner innebærer for lite fysisk aktivitet. Andelen fysisk inaktive er som hovedregel høyest i grupper som er sosialt og helsemessig svakest stilt. Utviklingen er bekymringsfull og skyldes bl.a. at både hverdagslivet og arbeidslivet i løpet av relativt kort tid har gjennomgått store endringer når det gjelder krav til fysisk belastning for den enkelte. Det er i økende grad mulig å gjennomføre dagliglivet, fritiden og arbeidslivet med minimal fysisk aktivitet. Ikke bare den fysiske aktiviteten, men også mange av de opplevelsene, utfordringene, ferdighetene og mestringserfaringene man tidligere fikk som en nødvendig del av hverdagen, er nå noe man aktivt må oppsøke, prioritere og planlegge for. Denne utviklingen kan i seg selv være med på å øke helseforskjellene mellom ulike sosioøkonomiske grupper.

Søknadsmassen i 2004 viser at det er stor interesse blant lokale lag og foreninger til å legge til rette for fysisk aktivitet, og at det er et stort behov for stimuleringsmidler til forebyggende helsearbeid gjennom økt fysisk aktivitet. Tilskuddsordningen er slik den er lagt opp i 2004 med kunngjøring og søknader via hovedorganisasjoner svært ressurskrevende å administrere. Samtidig er det behov for å sikre et utvidet tilfang for å nå fram til fysisk inaktive og ulike grupper i befolkningen som krever spesiell tilrettelegging. Videre er det behov for en helhetlig tilnærming ved å se ulike satsinger i folkehelsearbeidet i en sammenheng. Det foreslås derfor en omlegging av tilskuddsordningen.

Satsingsområder og mål 2005

Det foreslås at tilskuddsordningen videreføres som en integrert del av Handlingsplanen for fysisk aktivitet. Det foreslås bevilget totalt 12,34 mill. kroner i 2005.

Hovedmålet er bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet i befolkningen. Handlingsplanen omfatter innsats og tiltak på flere samfunnsområder:

- tiltak for å påvirke den enkeltes helseatferd og livsstil gjennom informasjonstiltak til befolkningen og bedre veiledning i helsetjenesten
- tiltak som gir lavterskeltilbud og gode muligheter for fysisk aktivitet i fritiden og på viktige arenaer som barnehage, skole og arbeidsplass
- planlegging og tilrettelegging av fysiske omgivelser, og med hensyn til universell utforming, for å gjøre det lettere å velge en aktiv livsstil

I tråd med føringer i St.meld. nr. 16 (2002–2003), anmodningsvedtak nr. 473 (2002–2003) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004) foreslås det at tilskudd til frivillige organisasjoner fortsatt skal bli prioritert.

Programkategori 10.20 Helsetjeneste

Programkategori 10.20 omfatter bevilgningene til Sosial- og helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Norsk Pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I tillegg har man her samlet omtalen av habilitering og rehabilitering, tannhelsetjeneste, forsøks- og utviklingstiltak, samt annen helsetjeneste. Det foreslås at bevilgningen til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) skilles ut fra Sosial- og helsedirektoratets driftsramme og i stedet bevilges over kap. 724 post 01. Sosial- og helsedirektoratet skal fortsatt ha etatsstyringsansvaret for SAFH.

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
0720	Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)	587 265	445 112	462 448	3,9
0721	Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)	67 141	61 343	63 360	3,3
0722	Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)	378 707	392 727	466 558	18,8
0723	Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)	12 849	15 229	17 916	17,6
0724	Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak	231 313	246 999	278 622	12,8
0725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap 3725)		33 819	35 086	3,7
0726	Habilitering og rehabilitering	218 319	69 667	88 863	27,6
0727	Tannhelsetjeneste		16 200	17 038	5,2
0728	Forsøk og utvikling mv.	74 883	110 144	116 837	6,1
0729	Annen helsetjeneste	193 878	162 758	168 177	3,3
	Sum kategori 10.20	1 764 355	1 553 998	1 714 905	10,4

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldertbudsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
01-23	Statens egne driftsutgifter	878 976	819 475	879 291	7,3
30-49	Nybygg, anlegg mv.	510	520		-100,0
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	313 078	320 575	394 023	22,9
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	433 076	302 662	327 058	8,1
70-89	Andre overføringer	138 715	110 766	114 533	3,4
	Sum kategori 10.20	1 764 355	1 553 998	1 714 905	10,4

Kap. 0720 Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter	485 691	396 956	406 055
21	Spesielle driftsutgifter	101 574	48 156	56 393
	Sum kap 0720	587 265	445 112	462 448

Post 01: Regnskap 2003 gjelder tidligere kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet
Post 21: Regnskap 2003 gjelder tidligere kap. 732.21 IT og elektronisk samhandling mv.
Overført fra 2003 til 2004:
Post 21: 5 182 000 kroner (overført fra kap. 732.21).

Formål og hovedprioriteringer

Sosial- og helsedirektoratets arbeid omfatter både Arbeids- og sosialdepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder. Det konstitusjonelle ansvaret ligger hos Helse- og omsorgsministeren.

Som faglig organ på sosial- og helseområdet utfører direktoratet oppgaver knyttet til tre roller: 1) Direktoratet har ansvar for å sikre at vedtatt sosial- og helsepolitikk blir iverksatt på de områder og etter de retningslinjer som Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet bestemmer. 2) Direktoratet er tillagt myndighet i lov/forskrift og etter delegering, og er gitt ansvaret for å forvalte sosial- og helselovgivningen. 3) I fagdirektoratrollen følger direktoratet situasjonen når det gjelder befolkningens sosiale forhold og helsetilstand, utviklingen i sosial- og helsetjenestene, sammenstiller kunnskap og erfaringer og opptrer nasjonalt normerende for tjenestenes arbeid på utvalgte områder. Direktoratet er videre en kompetanseorganisasjon som myndigheter og tjenestene kan henvende seg til.

Formål og hovedprioriteringer

Sosial- og helsedirektoratets hovedmål er sosial trygghet og god helse for landets innbyggere. Målet skal nås gjennom:
- en effektiv forebyggende innsats for å hindre sosiale og helsemessige problemer i å utvikle seg
- sosial- og helsetjenester av høy kvalitet og god tilgjengelighet for å møte brukere og pasienter med behov for hjelp

Direktoratet skal utvikle og effektivisere det forebyggende og helsefremmende arbeidet og tjenestetilbudet på sosial- og helseområdet ved å:
- iverksette nasjonal politikk
- drive faglig rådgivning mot sentrale og regionale myndigheter, fylkeskommuner og kommuner, helseforetakene, frivillige organisasjoner og befolkningen
- initiere og støtte kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenestene
- være et kompetanseorgan, blant annet når det gjelder virkninger av ulike tiltak/tjenester og deres kostnadseffektivitet

– følge opp internasjonale forpliktelser og arbeid i forhold til internasjonale avtaler, konvensjoner og rekommendasjoner og arbeid i internasjonale organer som WHO, EU, Europarådet m.fl.

Sosial- og helsedirektoratet skal arbeide for at helse- og sosialtjenestene fremstår som godt integrert og slik at alle brukergrupper ivaretas på en god måte. Direktoratet skal legge vekt på et godt samarbeid med bruker- og pasientorganisasjoner for å sikre brukerinnflytelse. Direktoratet skal også samarbeide mer generelt med frivillige organisasjoner som kan bidra til bedre og mer helhetlig bistand til ulike målgrupper, herunder bidra til utvikling av sosiale nettverk.

Sosial- og helsedirektoratet skal fremme beslutninger i sosial- og helsetjenesten basert på den beste tilgjengelige kunnskap. Det er et mål at kunnskapsgrunnlaget skal synliggjøres. Det er videre et mål for direktoratet å bidra til at beslutningsgrunnlaget så langt som mulig er forankret i pålitelig forskningsbasert informasjon. Det innebærer både å initiere praksisrelevant forskning, støtte tjenestene i kvalitetsutvikling og å gjøre pålitelig informasjon om effekter av sosial- og helsetjenester lettere tilgjengelig for sosial- og helsepersonell, forvaltningen og publikum.

Sosial- og helsedirektoratet skal arbeide for å samordne, stimulere og sikre forsvarligheten i IKT-utviklingen i sosial- og helsesektoren.

Sosial- og helsedirektoratet ivaretar sekretariatet for Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet, Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, Nasjonalt råd for fødselsomsorg, Fagråd for høyspesialiserte tjenester, Nasjonalt råd for tobakksforebygging, Nasjonalt råd for ernæring, Nasjonalt råd for fysisk aktivitet, Statens råd for funksjonshemmede og Statens seniorråd.

Sosial- og helsedirektoratet har en rekke ulike forvaltningsoppgaver, herunder førerkortsaker, billighetserstatninger, særfradrag m.m. For de fleste av disse sakene behandler fylkesmennene sakene i 1. instans. Fylkesmennene representerer Sosial- og helsedirektoratet regionalt både på sosial- og helseområdet.

Pasientombudene

Ansvaret for pasientombudene ble overført fra fylkeskommunene til staten fra 1. januar 2003. Pasientombudene er formelt sett en del av Sosial- og helsedirektoratet, men utøver sitt faglige virke på uavhengig grunnlag. Det er nå opprettet pasientombud i alle fylker. Antall årsverk er totalt 40 pr. mars 2004.

Organisatoriske endringer

Tre kompetansesentre for sjeldne og lite kjente funksjonshemminger ble fra 1.1.2004 skilt ut av Sosial- og helsedirektoratet og tilknyttet de regionale helseforetak: Tannhelsekompetansesenteret (TAKO), Institutt for sjeldne diagnoser (ISD) og Trenings- og rådgivningssenteret (TRS). Totalt ble om lag 58 årsverk flyttet ut av direktoratet. Direktoratet skal etter omorganiseringen fortsatt være et nasjonalt faglig forvaltningsorgan for tilbudet til personer med sjeldne funksjonshemninger.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble etablert 1.1.2004. Kunnskapssenteret ble etablert ved en fusjon av Senter for medisinsk metodevurdering, HELTEF og deler av Sosial- og helsedirektoratets Divisjon for kunnskapshåndtering. Kunnskapssenteret rapporterer til Sosial- og helsedirektoratet, som har etatsstyringsansvaret og ansvaret for å utarbeide årlige tildelingsbrev med føringer for sammensetning og prioritering mellom ulike fagområder. Det kan bli aktuelt for Sosial- og helsedirektoratet å tildele Kunnskapssenteret midler fra andre tilskuddsordninger på Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder til delvis finansiering av kunnskapsoppsummeringer i Kunnskapssenteret. En nærmere omtale av kunnskapssenteret gis under kapittel 725.

I St.prp nr. 1 (2003-2004) ble det vist til at det arbeides videre med fremtidig organisering av kunnskapsoppsummering og metodevurdering på sosialtjenesteområdet. I lys av endringer i departementsstrukturen fra 1. oktober 2004 vil ansvaret for sosialtjenesteområdet bli delt mellom det nye Helse- og omsorgsdepartementet og det nye Arbeids- og sosialdepartementet. Denne delingen vil få konsekvenser for ansvaret for kunnskapsoppsummering og metodevurdering på feltet.

Innenfor Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder vil det bli vurdert å overføre oppgavene innenfor metodevurdering og kunnskapsoppsummering på sosialtjenestefeltet fra Sosial- og helsedirektoratet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Innenfor en slik ramme vil Kunnskapssenteret i tillegg til helsetjenesteområdet kunne generere, oppsummere og formidle kunnskap innen deler av sosialtjenestefeltet, rus og pleie- og omsorgstjenester, og legge til rette for velinformerte og helhetsorienterte beslutninger i forvaltning og i tjenestene. Departementet vil komme tilbake til saken.

Sosial- og helsedirektoratet har 501 årsverk (inkludert 40 årsverk ved pasientombudene, 64 årsverk ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og 26 årsverk ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell) per mars 2004.

Resultatrapportering og tilstandsvurdering

De tiltak direktoratet har ansvar for, er dels finansiert over direktoratets eget budsjettkapittel og dels over andre kapitler. Betydelige deler av direktoratets aktiviteter er derfor omtalt under andre kapitler i Helse- og omsorgsdepartementets og Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjoner. Nedenfor følger en kort omtale av enkelte sentrale arbeidsområder som direktoratet har gjennomført i 2003:

- Etablering av den nasjonale tjenesten Fritt sykehusvalg Norge. Gjennom nettstedet www.sykehusvalg.net og en telefonservice via grønt nummer 800 41 004 gis det informasjon om forventet ventetid på de ca. 90 vanligste diagnosene og behandlingene ved offentlige sykehus og ved en rekke private sykehus.
- Publisering av overordnede nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Indikatorene forteller om pasientenes egne vurderinger av sykehusene, antall sykehusinfeksjoner, antall korridorpasienter osv. Det utvikles flere indikatorer, blant annet innen psykisk helsevern.
- Utvikling av indikatorer for å måle kvalitet på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Arbeidet skjer i sammenheng med avtalen om kvalitetsutvikling i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene som Regjeringen har inngått med KS.
- Igangsatt en uavhengig og helhetlig evaluering av tilbudet av legemiddelassistert rehabilitering (LAR).
- I satsingen mot bostedsløshet har Sosial- og helsedirektoratet koordinert innsatsen i forhold til kommunenes tjenester, bidratt til kunnskapsoppbygging og initiert tiltak som har god effekt. I 2003 har 16 kommuner mottatt tilskudd for å bygge opp tjenester til bostedsløse.
- Sosial- og helsedirektoratet har hatt ansvaret for iverksetting av ordningen med Grønn resept.
- På vegne av Sosialdepartementet har direktoratet arbeidet med innføringen av IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). Innen utgangen av 2005 skal systemet etter planen være innført i alle landets kommuner.
- Sosial- og helsedirektoratet har gjennomført et forprosjekt knyttet til skadestatistikk. Formålet er å forebygge ulykker. Hovedprosjektet vil bli gjennomført i 2004 – 2005 og skal ha som mål å etablere en enhetlig registrering og rapportering av skadestatistikk ved landets helseforetak og legevakter.
- Som ledd i arbeidet med samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten har Sosial- og helsedirektoratet fulgt opp lokale prosjekter vedrørende utprøving av en felles førstelinje. Oppfølgingen skjer i nært samarbeid med Rikstrygdeverket og Arbeidsdirektoratet. Det er igangsatt forsøk i 17 kommuner. Det vil foreligge en evalueringsrapport om virkningene av forsøkene i november 2004.
- Som ledd i arbeidet med å styrke infrastrukturen for det lokale folkehelsearbeidet (partnerskap mellom stat, fylkeskommune og kommuner) tildelte direktoratet statlige stimuleringsmidler til i alt 5 fylker. Arbeidet følges opp med nye fylker i 2005.
- Sosial- og helsedirektoratet har fulgt opp regjeringens politikk innen ernæring, fysisk aktivitet og forebygging av tobakkskader. Det vises til nærmere omtale av arbeidet og resultatene under kapittel 719.
- Sosial- og helsedirektoratet startet i 2003 arbeidet med å etablere en sentral kompetanseenhet for helsekonsekvensutredninger. Enheten skal arbeide for at helsekonsekvensutredninger tas i bruk som et planleggingsverktøy og bidra til at helseeffekter kan veies og sammenliknes med andre samfunnsmessige konsekvenser.
- Direktoratet har videreført de sentrale tiltakene fra handlingsplanen for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid, herunder tilskudd til lokalt skadeforebyggende arbeid og sekretariatet for Trygge lokalsamfunn.
- Direktoratet har etablert et formidlingssekretariat for etablering av interkommunale enheter for miljørettet helsevern og smittevern. I første halvdel av 2004 er 143 norske kommuner med til sammen vel 2,1 millioner innbyggere involvert i planer om slikt interkommunalt samarbeid.

Satsningsområder og resultatmål 2005

Sosial- og helsedirektoratet skal i 2005 ha hovedfokus på:

- gjennomføring av opptrappingsplan psykisk helse
- kvalitetsutvikling innen helse- og sosialsektoren
- klassifikasjonsarbeid innen områdene rus, psykisk helse og rehabilitering
- elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren
- gjennom etatsstyring av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten bidra til at det foretas kunnskapsoppsummeringer og formidling av effektive behandlingsmetoder innen aktuelle helsetjenester

– gjennomføring av planen for rekruttering av personell til helse- og sosialsektoren
– utarbeide og støtte tiltak som styrker samhandlingen i helse- og omsorgssektoren

Som oppfølging av rusreformen skal Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med regionale kompetansesentra for rusmiddelspørsmål bidra gjennom informasjon og veiledning, forvaltning, kompetanseutvikling og samordning og utvikling av statistikk og rapporteringssystemer. Direktoratet skal medvirke til å gjennomføre en evaluering av rusreformen og utarbeide forslag til en nasjonal strategi for kvalitet i tjenestene til rusfeltet herunder kvalitetsindikatorer for rusfeltet.

Gjennom råd, veiledning og vedtak etter smittevernloven skal direktoratet medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer. Direktoratet skal arbeide for et godt smittevern i kommunene, og arbeide med gjennomføring og oppfølging av EUs bloddirektiv. Direktoratet skal følge opp strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer og handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004-2006.

Merknader til budsjettforslaget for 2005 - post 01 driftsutgifter

Posten styrkes med 2 mill. kroner til oppfølging av partnerskap for folkehelse, jf. St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Det vises til kap. 719 for en samlet omtale og prioritering av de ulike tiltakene i oppfølgingen av folkehelsemeldingen.

Det foreslås følgende overføringer fra Sosial- og helsedirektoratet:
– 3,1 mill. kroner knyttet til virksomheten til FRISAM foreslås overført til kap. 300 under Kultur- og kirkedepartementet.
– 18 mill. kroner til dekning av utgiftene til Statens autorisasjonskontor (SAFH) forelås overført til kap. 724 post 01.

Det foreslås følgende budsjettmessige overføringer til Sosial- og helsedirektoratet til videreføring av tiltak som i 2004 er finansiert over andre kapitler:
– 5,55 mill. kroner til oppfølging av Nasjonal kreftplan overføres fra kap. 732 post 79, jf. omtale under kap. 732 post 79.
– 9 mill. kroner til utarbeidelse av pasienttilfredshetsundersøkelser overføres fra kap. 732 post 71-75. Tiltaket inngår i arbeidet med utarbeidelse av nasjonale kvalitetsindikatorer, jf. omtale under kap. 732 og kap. 728 post 21.
– 1, 240 mill. kroner overføres fra kap. 761 post 63 til dekning av utgifter til 2 stillinger som Sosial- og helsedirektoratet har fått overført fra Oslo kommune. Utgiftene er knyttet til Samordningsenheten for de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.
– 1 mill. kroner overføres fra kap. 761 post 64 til dekning av Sosial- og helsedirektoratets utgifter til oppfølging av tilskuddsordningen for ressurskrevende brukere.

Videre foreslås det å redusere bevilgningen med 0,190 mill. kroner knyttet til bevilgningsordningen for engrossalg og tilvirkning av alkoholholdig drikk.

For å øke tilgangen på organer til transplantasjon foreslås det å opprette en stilling som nasjonal koordinator for organdonasjonsvirksomheten. Sosial- og helsedirektoratet har med virkning fra 1. oktober 2004 blitt delegert Helse- og omsorgsdepartementets myndighet for å vurdere meldingene etter biobankloven. Dette arbeidet anslås å utgjøre et halvt årsverk. Utgiftene til ovennevnte tiltak foreslås finansiert over kap. 728 post 21. Det vises til omtale under det kapitlet.

Det foreslås bevilget 406,055 mill. kroner for 2005.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås bevilget 56,393 mill. kroner for 2005. Hoveddelen av dette dekker elektronisk samhandling, fritt sykehusvalg og utvikling av pasientklassifikasjonssystemer. I tillegg finansieres noen mindre prosjekter over posten.

Elektronisk samhandling

Formål og hovedprioriteringer

En helhetlig nasjonal satsing på IKT-utvikling skal bedre samhandlingen mellom områder og nivåer i helse- og sosialsektoren, samt bidra til kvalitetsgevinster og bedret ressursutnyttelse. Bedre informasjon til publikum, et bedret kunnskapsgrunnlag for tjenestene og helhet og rasjonalitet i kommunale satsinger på feltet er sentrale tiltaksområder under strategien «S@mspill 2007», som ble lansert av Helsedepartementet og Sosialdepartementet i mars 2004. Visjonen for «S@mspill 2007» er helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid.

Strategien konsentreres gjennom tre hovedsatsinger:
– Styrke informasjonsflyten i sektoren gjennom tiltaksområdene infrastruktur, informasjonsstruktur, informasjonssikkerhet, elektroniske

pasientjournaler, meldingsutveksling og fagstøtte.
– Inkludere flere aktører, med fokus på pasienter og brukere, apotek og kommunal helse- og sosialtjeneste, tettere i forløpet.
– Den øremerkede innsatsen med å sikre at legekontorene tar del i den elektroniske samhandlingen over Norsk helsenett videreføres. Ulike virkemidler vil bli tatt i bruk, herunder støtte til oppkobling og PKI, i tillegg til etablering av innholdstjenester som eksempelvis E-resept.

Det skal legges økt innsats i måling og dokumentasjon av status, tiltak og gevinster i hele planperioden.

Resultatrapport 2003

2003 var det siste året for den statlige tiltaksplanen «Si @!» – elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren, hvor følgende tiltak ble gjennomført:

Sentral infrastruktur i Norsk helsenett ble etablert høsten 2003. Denne knytter sammen de 5 regionale helsenettene i et landsdekkende helsenett. Det innebærer at alle som er knyttet til nettet har samme mulighet for kommunikasjon med alle aktører innen helsesektoren i Norge. Tilknytning til helsenett gir tilgang til ulike tjenester som sending og mottak av elektroniske meldinger, sikker elektronisk post, telemedisinske tjenester, fagsystemer og felles registre, on-line timebestilling, samt sikker tilgang til Internett.

I 2003 ble det gitt til sammen 36 mill. kroner i tilskudd til regionale helseforetak for oppfølging av nasjonal IKT-strategi. Tilskuddet har vært benyttet til videre utbygging av Norsk helsenett, tilknytning av legekontor og enkelte kommuner til helsenettet, videre implementering og utbredelse av elektroniske meldinger mellom første- og andrelinjetjenesten, samt prosjekter innen telemedisin og publikumstjenester. Regionale prosjekter for elektronisk timebestilling fra primærlege til sykehus/spesialist er samordnet i et felles nasjonalt prosjekt.

Det ble gitt tilskudd på 12 mill. kroner i 2003 til Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH), som en basisfinansiering for arbeidet med standardisering av informasjonssystemer og informasjonsutveksling, samt utvikling, drift og distribusjon av kodeverk, klassifikasjoner og termer.

Tilstandsvurdering

Ved utgangen av 2003 var de fleste legekontorene i Helse Nord og Helse Midt-Norge tilknyttet nasjonalt helsenett. Arbeidet med tilknytning til helsenettet er videreført i 2004. Det er også startet et arbeid med å utbre felles løsning for elektronisk signatur på legekontor, apotek og i helseforetak.

Ved årsskiftet 2003-2004 ble det gjennomført en uavhengig evaluering av «Si@!»-planen. Konklusjonene fra denne evalueringen viser at den statlige tiltaksplanen har hatt svært god effekt i forhold til målet med planen. Det poengteres at tiltaksplanen har hatt en vesentlig selvstendig betydning i en periode preget av organisatoriske omstillinger som følge av helsereformen.

I samarbeid med regionale helseforetak og sektoren for øvrig er en ny statlig strategi «S@mspill 2007» - elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren - for perioden 2004 – 2007 utarbeidet. Denne planen skal videreføre og videreutvikle IKT-satsingen i sektoren. Visjonen for «S@mspill 2007» er helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid.

Den nasjonale informasjonstjenesten for fritt sykehusvalg Fritt Sykehusvalg Norge, som ble lansert i mai 2003, er videreført, jf. omtale under.

Tiltak 2005

Oppfølging av den nye statlige strategien «S@mspill 2007» skjer også ved etableringen av et kommuneprogram som skal bygge på avtalen mellom Regjeringen og KS om kvalitetsutvikling av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Fem foregangskommuner skal gjennom å synliggjøre muligheter og dokumentere gevinster, vise vei og virke stimulerende for andre. Kommunene er invitert til deltagelse ved annonsert kunngjøring og konkurranse.

Utvikling av innholdstjenester i helsenettet dekkes innenfor posten, blant annet dekkes etablering av en sentral bookingdatabase. Publikum skal etter etablering av den sentrale bookingdatabasen få tilgang til informasjon om ledige timer over hele landet. Booking og administrasjon av timer skjer av institusjoner/personer tilknyttet Norsk helsenett. I tillegg vises det til omtale under kap. 751 post 21 av prosjektet Elektroniske resepter som en særlig sentral ny innholdstjeneste.

Sosial- og helsedirektoratet skal også bidra til å planlegge og arrangere en eventuell eHealth-konferanse i Norge i 2005.

Det vil arbeides videre med informasjon til publikum over Internett, Fritt sykehusvalg Norge (se omtale nedenfor), standardiseringsarbeid, kodeverk og arbeid knyttet til helsenettet.

Fritt sykehusvalg

Da pasientrettighetsloven trådte i kraft i 2001 fikk pasienter rett til fritt sykehusvalg. Begrunnelsen for dette er blant annet å styrke pasientenes stilling i helsetjenesten og få en bedre kapasitetsutnyttelse på tvers av sykehus og opptaksområder. Pasienter har etter loven hatt rett til å velge ved hvilket offentlig sykehus eller distriktspsykiatriske senter behandlingen skal foretas. Fra 1. september 2004 er ordningen utvidet til også å omfatte alle private sykehus og distriktspsykiatriske sentre dersom disse har avtale om fritt sykehusvalg med det regionale helseforetak. Også barn og unge i psykisk helsevern har nå fått rett til fritt sykehusvalg. Retten til fritt sykehusvalg gjelder all planlagt utredning og/eller behandling.

For å sikre pasienter og deres rådgivere (pårørende og primærlege) et godt beslutningsgrunnlag for å kunne nytte retten til fritt sykehusvalg, ble det i 2003 etablert en nasjonal informasjonstjeneste; Fritt sykehusvalg Norge. Informasjonstjenesten består av nettstedet www.sykehusvalg.net og en gratis telefontjeneste 800 41 004. Nettstedet presenterer informasjon om forventede ventetider på et utvalg vanlige diagnoser og behandlinger ved både offentlige og private sykehus. I tillegg gis også informasjon om kvalitet på behandlingsstedene.

SINTEF Helse er gitt i oppdrag av Helsedepartementet å kartlegge nærmere bruken av fritt sykehusvalg. Det har til nå eksistert lite kunnskap om hvor mange pasienter som har benyttet seg av retten til fritt sykehusvalg. Dette kan være et planleggingsproblem for sykehusene fordi fritt sykehusvalg kan ha konsekvenser for pasientgrunnlaget og dermed funksjonsfordelingen i spesialisthelsetjenesten. Det kan også være et problem at retten til fritt sykehusvalg ikke fungerer som forutsatt, dersom pasientene ikke klarer å benytte retten til selv å velge sykehus på grunn av manglende informasjon eller institusjonelle hindringer.

Foreløpige analyser fra SINTEF Helse viser at minst 44 000 pasienter benyttet retten til fritt sykehusvalg i 2003. Spørreundersøkelsen viser videre at bruken av fritt sykehusvalg økte med ca. 9 prosentpoeng fra 2003 til 2004. Fritt sykehusvalg synes vanligst for pasienter som skal ha utført kirurgisk inngrep som snorkeoperasjon, hofteoperasjon, kneoperasjon og fjerning av mandler. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget med en orientering når endelig rapport foreligger.

Utviklingen av pasientklassifikasjonssystemer

Et pasientklassifiseringssystem systematiserer opphold eller aktivitet i grupper som er mest mulig homogene, så vel medisinsk-faglig som kostnadsmessig. Dette gjør det lettere å sammenligne pasientsammensetning, aktivitet og ressursbruk mellom sykehus. Det mest kjente pasientklassifiseringssystemet er DRG-systemet som brukes ved somatiske sykehus.

I 2003 ble det satt i gang et prosjekt i regi av KITH for å utvikle et enhetlig ikke-kirurgisk kodeverk for poliklinisk virksomhet. Det nye kodeverket vil danne et godt grunnlag for utarbeiding av et nytt pasientklassifiseringssystem for poliklinisk virksomhet som kan integreres med dagens DRG-system. Arbeidet må gjennomføres i faser og er tidkrevende, totalt sett er det anslått en utviklingsperiode på mellom 3 og 5 år.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003-2004) Nytt inntektssystem for spesialisthelsetjenesten er det satt i gang et arbeid med å utvikle klassifiseringssystemer på flere nye områder innenfor spesialisthelsetjenesten. Det er igangsatt arbeid på følgende områder i 2004: utvikling av DRG-systemet for høyspesialiserte somatiske tjenester, enhetlig kodeverk for laboratorier, samt et forprosjekt for å vurdere muligheten for å utvikle dette innenfor psykisk helsevern, rus, rehabilitering og habilitering. De ulike prosjektene vil strekke seg over noen år, og beregnes ferdigstilt i 2008. Dette arbeidet kommer i tillegg til det arbeidet som startet opp i 2003.

De ovennevnte prosjektene har blitt finansiert over kap. 732 post 21 i 2004. Det foreslås å overføre 6,6 mill. kroner til kap. 720 post 21 i 2005. Midlene skal brukes til de allerede igangsatte prosjektene. Dette innebærer at Sosial-og helsedirektoratet gis et samlet ansvar for å utvikle og vedlikeholde kode- og pasientklassifiseringsssystemer. SINTEF Helse/PAFI skal fortsatt ha et hovedansvar for å vedlikeholde DRG-systemet.

Utstyrsregisteret

Formålet med Utstyrsregisteret er å sikre oversikt over hvem som er ansvarlig for medisinsk utstyr som tilbys på det norske markedet. Registeret er opprettet som en følge av § 7 i forskrift om medisinsk utstyr av 12. januar 1995. Utstyrsregisteret drives av Leverandørforeningen for helsesektoren, på oppdrag og med tilskudd fra Helsedepartementet. Sosial- og helsedirektoratet forvalter tilskuddet.

Ved årsskiftet 2003/2004 var det registrert 974 bedrifter som har adresse og markedsfører medi-

sinsk utstyr i Norge. Registeret ble i 2003 oppjustert for å kunne bruke GMDN ved registrering av klasse I og IVD produkter.

Utstyrsregisteret har fra mai 2001 vært tilgjengelig som Web-løsning på Web-adressen www.utstyrsregisteret.no . Alle registrerte leverandører har selv ansvaret for å holde registreringene oppdatert til enhver tid. Direktoratet vil i løpet av 2004 gjennomgå ordningen for eventuell tilpassing til endrede behov.

Dopingtelefonen

Som ledd i oppfølgingen av handlingsplanen mot doping ble dopingtelefonen opprettet i november 2003. Dopingtelefonen server brukere via telefon, Internett og SMS. Tjenesten skal bidra til å øke kunnskap om dopingmidler i treningsmiljøet og redusere dopingmisbruket i samfunnet ved å:

– drive et aktivt informasjons-, undervisnings-, forsknings- og utviklingsarbeid
– øke den generelle kunnskapen om bivirkninger, skader og andre konsekvenser av et dopingmisbruk.

Dopingtelefonen har hatt god pågang av interesserte brukere. Det er registrert 289 henvendelser ved Dopingtelefonen i perioden 01.01.2004-01.05.2004. Internettsiden har mottatt 256 innlegg i perioden 01.02.2004-01.05.2004.

Dopingtelefonen er knyttet til et etablert forskningsmiljø som skal sikre oppdatert og kunnskapsbasert råd. Forskning på konsekvenser av doping preges av begrenset tilgang på informasjon og data. Arbeidet for å øke informasjonsflyten og bidra til økt kunnskap om doping både for den enkelte bruker av tjenesten samt spesifikt rettet mot forskningsmiljøer vil videreføres.

Merknader til budsjettforslaget for 2005 - post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å overføre 6,6 mill. kroner fra kap. 732 post 21 til videreutvikling av pasientklassifiseringssystemer.

Kap. 3720 Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap 720)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
02	Salgs- og leieinntekter	100 277	16 739	2 000
04	Gebyrinntekter	8 393	6 490	6 521
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	546		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	5 119		
17	Refusjon lærlinger	33		
18	Refusjon sykepenger	6 013		
	Sum kap 3720	120 381	23 229	8 521

Post 02 Salgs- og leieinntekter

I 2003 påløp det betydelige inntekter fra Institutt for sjeldne diagnosers (ISD) omsetning av blodprodukter. Denne aktiviteten er overtatt fra tidligere Institutt for blødere, som var organisert som privat stiftelse, men som gikk inn i direktoratet fra 1. januar 2002. Inntektene korresponderer med tilsvarende utgifter til innkjøp av produktene. Direktoratets økonomi berøres i hovedsak ikke av denne aktiviteten. ISD er overført til Regionale helseforetak fra 2004.

Posten omfatter også inntekter i forbindelse med salg av trykksaker, fremleie av lokaler, egenandeler ved kurs og andre inntekter.

For 2005 er det foreslått at virksomheten til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) skilles ut fra bevilgningen til Sosial- og helsedirektoratet og overføres til kap. 724 post 01. Gebyrinntektene til SAFH for 2005 er derfor ført opp under kap. 3724 post 02.

Post 04 Gebyrinntekter

Statens bevillingsordning for engrossalg og tilvirkning av alkoholholdig drikk mv administreres av Sosial- og helsedirektoratet. Gebyrinntekter dekker utgifter til administrasjon av ordningen, og omfatter både søknads- og bevillingsgebyrer. Kostnadene ved ordningen er for 2004 satt til 6,5 mill. kroner. For 2005 foreslås dette beløpet satt til 6,521 mill. kroner.

Kap. 0721 Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter	66 631	60 823	63 360
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	510	520	
	Sum kap 0721	67 141	61 343	63 360

Regnskap 2003 gjelder tidligere kap. 708 Statens helsetilsyn.
Overført fra 2003 til 2004:
Post 01: 2 725 000 kroner (overført fra tidligere kap. 708.01).

Formål og hovedprioriteringer

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten og med helsetjenesten i landet. Etter sosialtjenesteloven og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten består tilsynsmyndighetene av Statens helsetilsyn (overordnet tilsynsmyndighet), fylkesmennene (sosialtjenesten) og Helsetilsynet i fylkene (helsetjenesten og helsepersonell).

Tilsynsmyndighetene skal ha oversikt over sosiale forhold, befolkningens helsetilstand og befolkningens behov for tjenester, følge med på hvordan tjenestene og personellet utøver sin virksomhet og gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell som utøver virksomheten i strid med lovgivningen.

Tilsyn og rådgivning basert på erfaringer fra tilsyn skal medvirke til at:
- Befolkningens behov for tjenester ivaretas
- Tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte
- Svikt i tjenestene forebygges
- Ressursene i tjenestene brukes på en forsvarlig og effektiv måte.

Helsetilsynets prioritering av tilsynsområder bygger på systematiske risikovurderinger og de verdier og mål som er nedfelt i lover, forskrifter og nasjonal politikk. I risikovurderingene inngår kunnskap fra klage- og tilsynssaker (enkeltsaker), tilsyn med virksomhetene, områdeovervåkning, og fra andre kilder. Tilsynsressursene styres mot områder av stor betydning for enkeltmenneskers rettssikkerhet, områder der sannsynlighet for svikt er stor, der konsekvensene av svikt for klienter og pasienter er alvorlige, eller der klienter og pasienter ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser.

Resultatrapportering 2003

Statens helsetilsyn

Helsetilsynet mottok 204 nye tilsynssaker (enkeltsaker) i 2003 og ferdigbehandlet 172 saker. Beholdningen ved årets utgang var 132 saker. Median saksbehandlingstid var på ca 6 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 9 måneder, mot 8,2 måneder i 2002. Klager på Helsetilsynets avgjørelser behandles av Statens helsepersonellnemnd. 32 saker er i 2003 oversendt nemnda, og Helsetilsynets vedtak er opprettholdt i 90% av sakene. Det er en økning i antall alvorlige saker som behandles i Helsetilsynet. Utvidelse av antall autoriserte yrkesgrupper har medført et økt antall saker angående personell med adferdsproblemer. Det er gitt tap eller begrensning av autorisasjon i 60 saker, oftest knyttet til rus, tyveri av medikamenter, seksuelle forhold til pasienter og andre adferdsmessige problemer.

Det er utarbeidet nye registreringsverktøy for tilsynssaker. Dette gir en bedre mulighet for å følge utviklingen i saksfeltet, samt foreta utjevning av saksbehandlingsrutiner og skjønnsutøvelse i hele landet.

Som oppfølging av den såkalte «Kode-saken» i Helse Sør, har Helsetilsynet foretatt en grundig gjennomgang av kodepraksis ved enkelte sykehus i flere helseregioner.

Helsetilsynet gjennomførte i 2003 en nasjonal kartlegging i pleie- og omsorgstjenesten som omfatter 13 240 tjenestemottakere i et representativt utvalg på 73 kommuner. Helsetilsynet oppsummerte også tilsynserfaringer fra kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren i perioden 1998 – 2003.

Helsetilsynet har gjennomgått tilsynsrapporter fra 2003 som gjelder bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming. Resultatene ble oppsummert i Tilsynsmeldingen for 2003.

Helsetilsynet gjennomførte i 2003 to kartlegginger av omfanget av korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i hhv. indremedisinske avdelinger og akuttavdelinger i psykisk helsevern. Resultatene av kartleggingene ble gjengitt i to rapporter, fremlagt i 2004.

Helsetilsynet avga høsten 2003 en rapport til Helsedepartementet om status når det gjelder tilgjengeligheten til fastleger basert på styringsdata fra RTV og informasjon fra fylkeslegene.

Helsetilsynet gjennomførte i 2003 en kartlegging av smittevernplaner i kommunene. Helsetilsynet utga i 2003 en rapport om tilsynets oppfølging av Dent-O-Sept saken.

Helsetilsynets oppnevnte i 2003 fagråd for kvinne- og kjønnsperspektiv. Sammensetningen reflekterer at Helsetilsynet nå har overordnet ansvar for tilsyn med både sosial- og helsetjenester.

I 2003 og 2004 har det skjedd videreutvikling av tilsynet med spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder de landsomfattende tilsyn i 2003 var det betydelig samarbeid både innen de enkelte regioner og mellom Helsetilsynet i fylket i de fylkene som var involvert i tilsyn med fylkesovergripende helseforetak.

Tilsyn med sosialtjenester

Helsetilsynet overtok i 2003 ansvar for overordnet faglig tilsyn med sosiale tjenester og har etablert et faglig miljø på tilsyn med sosiale tjenester og gjennomført opplæring i bruk av systemrevisjoner som metode for regional stat.

I 2003 gjennomførte fylkesmennene 86 systemrevisjoner med kommunale sosiale tjenester, hvorav 20 i samarbeid med Helsetilsynet i fylket. I tillegg ble det gjennomført 229 stedlige tilsyn med rettsikkerheten ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming og 272 tilsyn med rusinstitusjoner.

I 2003 ble det innhentet kunnskap fra brukerorganisasjoner og andre om sosiale tjenester til rusmiddelmisbrukere og utarbeidet veileder for landsomfattende tilsyn med kommunenes tjenestetilbud til rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven. Fylkesmennene gjennomfører dette landsomfattende tilsynet i 2004.

Fylkesmennene behandlet til sammen 6340 klagesaker etter sosialtjenesteloven i 2003.

Helsetilsynet i fylkene

I 2003 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene 219 tilsyn (systemrevisjoner) med virksomheter. Av disse var 121 systemrevisjoner rettet mot kommunehelsetjenesten, mens 98 systemrevisjoner gjaldt spesialisthelsetjenesten. Antall systemrevisjoner har gått ned fra 282 til 219 fra 2002 til 2003 (20 %). Nedgangen i tilsynsaktiviteten synes å være et resultat av ressurssituasjonen i Helsetilsynet i fylkene. Det budsjettmessige og administrative ansvaret for dette området ligger nå under fylkesmannen.

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2003 landsomfattende tilsyn med deler av spesialisthelsetjenestene til voksne med psykiske problemer. Det ble gjennomført tilsyn i til sammen 39 distriktspsykiatriske sentra (DPS) og psykiatriske akuttavdelinger.

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2003 landsomfattende tilsyn med somatiske poliklinikker for å undersøke hvordan spesialisthelsetjenesten ivaretar pasientrettigheter som er vesentlige ved henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det ble gjort 50 tilsyn i poliklinikker, fordelt på alle de fem helseregionene.

I 2004 gjennomfører Helsetilsynet i fylkene landsomfattende tilsyn med:

- fødeinstitusjoner
- kommunale helsetjenester som ytes til nyankomne flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente

Helsetilsynet i fylkene ferdigbehandlet 1 446 enkeltsaker i 2003. Median saksbehandlingstid var 5,3 måneder, mens resultatmålet var 5 måneder. Beholdningen av saker under behandling ved årsskiftet var 1007 saker, som var en økning på 197 i forhold til forrige årsskifte. Av disse var 344 (34 %) i Oslo og Akershus. For å bedre situasjonen i Oslo og Akershus har Statens helsetilsyn i 2004 iverksatt et eget klagesaksprosjekt. Statens helsetilsyn vil overta en stor andel av de ubehandlede klagene samtidig som det etableres bedre saksbehandlingsrutiner ved Helsetilsynet i Oslo og Akershus. Prosjektet er planlagt avsluttet i annet halvår 2005. For enkelte andre fylker er situasjonen bedret gjennom reorganisering og effektivisering. I noen fylker er det økende behandlingstid, vesentlig på

grunn av vanskeligheter med å rekruttere kompetent personell.

Antallet saker om manglende oppfyllelse av rettigheter var 199 etter pasientrettighetsloven og 89 etter kommunehelsetjenesteloven (rett til nødvendig helsehjelp). De lave tallene kan være et uttrykk for at klageordningene er lite kjent i befolkningen. Klager fikk medhold i hhv. knapt en tredel og i ca 35% av sakene.

Helsetilsynet i fylkene har utgitt medisinalmeldinger som ledd i formidling av erfaringer fra tilsynsvirksomheten.

Tilstandsvurdering

Helsetilsynets prioritering av tilsynsområder bygger på systematiske risikovurderinger, og tilsynsressursene styres bl.a. mot områder der sannsynligheten for svikt er stor, jf omtale under avsnittet formål og hovedprioriteringer. Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging er omtalt under de respektive politikkområder i proposisjonen. Tiltak innen psykisk helse, tjenester til rusmiddelmisbrukere, rehabilitering og kommunale helsetjenester i pleie og omsorgssektoren, omtales under kapitlene 743, 726 og programkategori 10.60. Det vises til kap. 702 for omtale av helsemessig og sosial beredskap. Situasjonen innen spesialisthelsetjenesten kommenteres i plan- og meldingsdelen (del III) i denne proposisjon.

Tilsyn med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer avdekket svikt knyttet til samhandling innen og mellom nivåer og store variasjoner i hvordan psykisk helsevern fungerer. Det kan se ut til at forskjellene er vel så store innenfor helseregioner og helseforetak som mellom dem. Det er behov for bedre kunnskap om aktuelt regelverk, slik at pasientrettigheter blir ivaretatt, og forsvarlig helsehjelp til befolkningen sikres.

Erfaringer fra tilsynet med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker viste at pasientenes rettigheter på flere områder ikke blir godt nok ivaretatt. Mange somatiske poliklinikker har liten kjennskap til hvilke krav som gjelder for vurdering, prioritering og oppfølging av henvisninger, og for håndtering av ventelister og fritt sykehusvalg.

Det har vært en økning i antall korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger i landet som helhet fra 2002 til 2003. Kartleggingen i psykiatriske akuttavdelinger viser at det også i et forholdsvis stort omfang plasseres pasienter i korridorer og andre steder som ikke er beregnet som pasientrom.

Det ble utført mellom 8000 og 9000 kosmetisk plastikkirurgiske inngrep ved private klinikker i Norge i 2003. Cirka 90 prosent av disse inngrepene ble utført på kvinner. Bare 38 av inngrepene ble utført på personer under 18 år, og det er grunn til å tro at de fleste av disse inngrepene var medisinsk begrunnet. Helsetilsynet skal, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeide forslag til forskrift om markedsføring av kosmetisk kirurgi. Helsetilsynet skal også gjennomgå forskrift om tillatelse til å utføre kosmetisk plastikkirugiske inngrep og eventuelt utforme forslag til endringer i forskriften.

Tilsynserfaringer viser at det kan være mangelfulle rutiner og manglende avklaring av ansvarsforhold i fødeinstitusjoner. Dette er et område hvor risiko for svikt er relativt stor, og konsekvensene ved feil og uhell kan være store.

Når det gjelder (re)habilitering er utfordringene særlig knyttet til organisering og sikring av kvalitet i tilbud. Det er eksempler på at det ikke utpekes ansvarlig for koordinering, manglende implementering av individuell plan, manglende samordning og mangel på samarbeidsrutiner både internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Andelen personer under tilsyn av den offentlige tannhelsetjenesten i 2002 er svært forskjellig for de ulike prioriterte gruppene på landsbasis, og det er store fylkesvise forskjeller. Det vises til omtale under kap. 727 post 21.

En av fire kommuner har ikke innfridd lovkravet fra 1994 om smittevernplaner, og hver tredje kommune som hadde smittevernplaner, manglet rutiner for å oppdatere disse. Tre av fire kommuner og mer enn halvdelen av helseforetakene manglet planer for helsemessig og sosial beredskap høsten 2003.

Tre år med fastlegeordning synes å ha medført bedre dekning av kurative allmennlegetjenester i de fleste norske kommuner. Rapporter fra Helsetilsynet i fylkene tyder imidlertid på at legeoppgaver i sykehjem og forebyggende legeoppgaver ikke har høy nok prioritet i kommunene. Fastlegens rolle som koordinator for helsetjenester til personer med sammensatte behov bør styrkes. Det vises til omtale under kap. 728 post 21.

Helsetilsynet har gjennom behandling av tilsynssaker og ved kartlegging avdekket at kommunene i varierende grad følger opp sitt ansvar for å sikre forsvarlige tjenester knyttet til legevakt. Det synes å være mangelfull erkjennelse av kvalitetskrav, rutiner og sikring av kompetanse.

Fysisk og psykisk helse og sykelighet blant asylsøkere og flyktninger som kommer til Norge er lite dokumentert. Beskrivelse av forekomst bygger i stor grad på kliniske erfaringer. Beskrivelser av norske forhold bygger som regel på internasjonale studier som gjelder flyktninger og disse gene-

raliseres ofte til også å omfatte asylsøkere. Asylsøkere, flyktninger og personer som kommer gjennom familiegjenforening har mange ulike behov, er i en sårbar livssituasjon, har liten kunnskap om helsetjenesten og liten kontroll over egen situasjon. Mange etater og instanser er involvert i ulike ordninger. Oppgave- og ansvarsfordelingen er komplisert og fra andre områder vet vi at sannsynligheten for svikt øker der det er mange aktører på ulike nivåer og arenaer.

Kunnskapsgrunnlaget for tjenester til rusmiddelmisbrukere tyder på fortsatt risiko for at det kommunale helse- og sosialtjenestetilbudet ikke i tilstrekkelig grad imøtekommer behovet for tjenester. Når det gjelder spesialiserte tverrfaglige behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten rapporteres det om lange ventetider og kapasitetsproblemer både for LAR og andre behandlingstiltak, og om ulikheter mellom regionene når det gjelder behandlingsopplegg innen LAR. Det er videre tegn som tyder på økning i metadonrelaterte dødsfall senere år.

Den nasjonale kartlegging i pleie- og omsorgstjenesten viste at de fleste tjenestemottakerne får tilstrekkelig hjelp i forhold til hjelpebehov. De som bor i egen bolig og som er sterkt hjelpeavhengige, får mindre tilstrekkelig tjenestetilbud både i omfang og innhold enn de som bor i kommunale pleie- og omsorgsboliger. Mennesker med psykiske lidelser får, uavhengig av boform, mindre tilstrekkelig hjelp enn andre tjenestemottakere. Bare 40 % av tjenestemottakerne i undersøkelsen har et tilstrekkelig tilbud om sosial kontakt og aktivitet. Videre viste undersøkelsen at kommunene sliter med å gjennomføre vaktene med det antall personer som er satt opp i turnusplanen

Oppsummering av tilsyn med kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren i perioden 1998-2003 viser at kommunene ofte mangler system for internkontroll i pleie- og omsorgssektoren og at det ofte ikke er rutiner som sikrer at grunnleggende behov dekkes. Mange kommuner oppfyller ikke lovkrav ved saksbehandling, noe som svekker brukernes rettssikkerhet og kan føre til at mange ikke får de tjenestene de har krav på.

Foreløpig oppsummering av tilsynserfaringer med bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming viser at det forekommer uhjemlet bruk av tvang og makt i kommunene. Det vil blant annet si at tjenestemottakere blir utsatt for tvang uten at det er fattet vedtak, at tidligere vedtak ikke er fornyet og at ansatte ikke sender meldinger om skadeavvergende tiltak i enkelttilfeller. Noen kommuner har vansker med å tilby ansatte tilstrekkelig opplæring og veiledning.

Satsningsområder for 2005

I 2005 vil det bli gjennomført:

- Landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosiale tjenester til voksne brukere med langvarige og sammensatte behov utenfor institusjon.
- Landsomfattende tilsyn med somatisk spesialisthelsetjeneste. Tilsynet skal fokusere på forsvarlig kommunikasjon, pasientflyt og kontinuitet i tjenesten.
- Landsomfattende tilsyn med bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming.

Helsetilsynet i fylkene skal følge opp påpekte avvik overfor de virksomheter som har hatt tilsyn. Det utarbeides oppsummeringsrapporter som sammenfatter funnene fra de tre landsomfattende tilsynene i 2004 med kommunale helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og personer som kommer gjennom familiegjenforening, fødeinstitusjoner og sosiale tjenester til rusmiddelmisbrukere. Helsetilsynet vil vurdere videre oppfølging fra tilsynsmyndighetens side.

Helsetilsynet skal gjøre nødvendige forberedelser for å vurdere tilsyn med habiliteringstjenester til barn i 2006.

Helsetilsynet vil i 2005 følge med på tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere, spesielt der det gjennom tilsynsvirksomhet i 2004 identifiseres risiko for svikt. Oppsummering og systematisering av kunnskap om tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukerne vil danne grunnlag for Helsetilsynets tilsyn på et nærmere utvalgt område av spesialisthelsetjenesten til rusmiddelmisbrukere i 2006.

Resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i 2005:

- Helsetilsynet i fylkene skal gjennomføre minst 300 tilsyn med helsetjenesten.
- Fylkesmennene skal gjennomføre minst 180 tilsyn med sosialtjenesten. I tillegg kommer stedlig tilsyn etter sosialtjenesteloven kap. 4A og tilsyn med rusinstitusjoner etter kap. 3 i forskrift til lov om sosiale tjenester.
- Valg av tilsynsobjekter skal skje ut fra en risiko- og sårbarhetsvurdering.
- Median saksbehandlingstid i Helsetilsynet for tilsynssaker som avsluttes i 2005, skal være 6 måneder eller mindre, ved maksimalt 200 nye saker for hvert av årene 2004 og 2005.
- Median saksbehandlingstid ved Helsetilsynet i fylkene for tilsynssaker som avsluttes i 2005, skal være 5 måneder eller mindre, ved maksimalt 1 700 nye saker for hvert av årene 2004 og 2005.

– Median saksbehandlingstid ved Helsetilsynet i fylkene for klagesaker som behandles etter pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven, som avsluttes i 2005, skal være 3 måneder eller mindre, ved maksimalt 450 nye saker for hvert av årene 2004 og 2005.

Helsetilsynet har i 2004 startet et prosjekt for enhetlig behandling av klagesaker innenfor helselovgivningen og sosialtjenestelovgivningen. Prosjektet videreføres og skal legge grunnlag for enhetlig registrering, saksbehandling og skjønnsutøvelse i fylkesmannsembetene. Det skal etableres strukturer som legger grunnlag for fortløpende overvåkning av klagesaksbehandlingen.

Helsetilsynet vil følge situasjonen når det gjelder fattigdomsutvikling med sikte på å identifisere tilsynsrelevante områder, jf. sosialtjenesteloven kap. 5.

Det vil i 2005 bli gjort en kartlegging av hvordan helseforetakene organiserer nødvendig spesialisthelsetjeneste i fengslene til innsatte med psykiske lidelser. Resultatene vil bli fulgt opp i tilsynsmessig sammenheng.

Helsetilsynet vil fortsatt følge utvikling av tannhelsetjenester og ha særlig oppmerksomhet rettet mot om prioriterte grupper får de tannhelsetjenester de har krav på, på geografiske forskjeller i tannhelsetjenestetilbud og ressursbruk.

Helsetilsynet skal sammen med Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt bidra til å gjennomføre handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner. Resultater fra kartleggingen av kommunenes beredskap på smittevernområdet, samt infeksjons- og tuberkolosekontroll skal følges opp, jf. kap. 719 post 70.

Helsetilsynet har i 2004 fulgt opp status for beredskapsplaner i kommuner og helseforetak. Denne oppfølgingen vil bli videreført i 2005, og det blir fortløpende vurdert behov for eventuelle påbud.

Helsetilsynet vil arbeide med videreutvikling av elektroniske systemer for lovpålagte meldinger.

Helsetilsynet er generelt opptatt av å fokusere på kommunenes ansvar for kompetanse og rutiner i allmennlegetjenesten. Helsetilsynet skal i 2005 sette fokus på hvordan kommunene organiserer legevakttjenesten med særlig fokus på kompetansekrav, journalsystemer og samhandling.

Helsetilsynet vil følge opp hvordan kommuner og helseforetak ivaretar sitt ansvar for å yte forsvarlige tjenester når disse overlates til private aktører (vikarbyråer, omsorgsforetak, praktiserende spesialister mv.). Det vil bli lagt vekt på hvordan kontrakter og kravspesifikasjoner er utarbeidet for å sikre en forsvarlig tjeneste.

Helsetilsynet vil arbeide videre med et eget prosjekt for å utvikle områdeovervåkingen. Områdeovervåking er tilsyn med et overordnet perspektiv, og omfatter å innhente, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helsetjenesten i et tilsynsperspektiv. Hensikten er å sikre at Helsetilsynets vurderinger er basert på relevant og holdbar kunnskap innhentet fra tilsynsmyndigheten, sentralt og regionalt, samt andre kunnskapsprodusenter.

Kap. 3721 Statens helsetilsyn (jf. kap 721)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
04	Diverse inntekter	4 813		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	871		
18	Refusjon av sykepenger	202		
	Sum kap 3721	5 886		

Statens helsetilsyn har i 2003 hatt husleieinntekter fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

Kap. 0722 Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter	65 629	60 152	60 127
50	Tilskudd til NPE som statlig fond	313 078	320 575	394 023
70	Dekning av advokatutgifter		12 000	12 408
	Sum kap 0722	378 707	392 727	466 558

Regnskap 2003 gjelder tidligere kap 704 Norsk Pasientskadeerstatning.
Overført fra 2003 til 2004:
Post 01: 3 410 000 kroner (overført fra tidligere kap. 704.01).

Formål og hovedprioriteringer

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) ble 1. januar 2003 etablert som et statlig forvaltningsorgan underlagt Helsedepartementet. Fra samme dato trådte lov om erstatning ved pasientskader samt tilhørende forskrifter i kraft, for saker innen offentlig helsetjeneste, jf Ot.prp. nr. 22 (2002-2003) Om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). Gjennom forskrift er offentlig helsetjeneste i lovens forstand utvidet til å omfatte de deler av private tjenesteyteres virksomhet som er basert på drifts- eller basistilskudd fra offentlige myndigheter, det som finansieres gjennom kjøpsavtaler med det offentlige, helsetjenester i utlandet som det offentlig helt eller delvis bekoster, og såkalte øyeblikkelig hjelpsituasjoner.

For saker innen øvrige deler av private tjenesteyteres virksomhet, er loven ikke trått i kraft. Bakgrunnen er at det er en forutsetning for lovens ikrafttreden for slik privat helsevirksomhet at det tilbys forsikringer i dette markedet. Forsikringsselskapene har hittil ikke ønsket å tilby forsikringer etter vilkårene i pasientskadeloven. Departementet har derfor startet et utredningsarbeid for å komme frem til en løsning slik at loven kan tre i kraft i samsvar med lovgivers hensikt.

Hovedregelen etter pasientskadeloven er at pasienter og andre som har lidt tap på grunn av en pasientskade har rett til erstatning når skaden skyldes svikt ved ytelse av helsehjelp, selv om ingen kan lastes. Erstatningen skal først og fremst dekke pasientens økonomiske tap og utgifter man har fått som følge av skaden. Har skaden medført arbeidsuførhet, vil tap i inntekt dekkes i tillegg til dekning av nødvendige og rimelige utgifter. Hvis skaden er varig og av et visst omfang, dvs. normalt over 15 pst medisinsk invaliditet, kan man også ha rett til ménerstatning. Erstatningsbeløpet beregnes ut fra den enkelte pasients medisinske situasjon og konkrete økonomiske forhold.

NPE skal treffe vedtak om erstatning skal ytes og om erstatningens størrelse. Disse vedtakene kan påklages til Pasientskadenemnda av den som krever erstatning. Helsepersonell og institusjoner innenfor den offentlige helsetjenesten har ikke klagerett.

Gjennom lovendring som trådte i kraft 1. januar 2004 er det åpnet for at Pasientskadenemnda, etter anmodning fra den som krever erstatning, kan beslutte å overta behandlingen av et krav dersom saken ikke er ferdigbehandlet av NPE to år etter at kravet er meldt.

Pasientskadeordningen finansieres gjennom direkte tilskudd fra staten, samt tilskudd fra regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner. Midlene til å dekke innbetalingene fra kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak er lagt inn i basisbevilgningene til disse. Videre betaler behandlingsstedet egenandeler til NPE. NPE fakturerer også Norsk legemiddelforsikring AS for saksbehandlertjenester etter produktsansvarslovens kap. 3.

Det er etablert et styre og et råd for NPE.

Resultatrapportering 2003

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2003 har om lag 25 000 pasienter eller pårørende søkt om erstatning. Saksmengden er i denne perioden tidoblet, fra 230 saker i 1988 til 2 332 saker i 2003. Samlet er det ved utgangen av 2003 utbetalt 2,1 milliarder kroner i erstatninger.

I 2003 utbetalte NPE drøye 375 mill. kroner i erstatning til pasienter og pårørende. Tallet inkluderer både erstatningsutbetalinger i avsluttede saker og delutbetalinger i saker under arbeid. Dette tilsvarer en økning på 53 pst i forhold til 2002.

For saker hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2003, er det i gjennomsnitt utbetalt 361 000

kroner per sak. Beløpet i den enkelte sak varierer fra 5 000 kroner og opp til 7,1 mill. kroner.

Saker som er gitt medhold i NPE i 2003 tilsvarer en andel på 34 pst mot 32 pst i 2002. I de fleste av disse sakene, drøye 53 pst, ble medholdsvedtaket begrunnet med selve behandlingen. Det kan bety at det har skjedd svikt under behandlingen, herunder at behandlingen ble gitt for sent eller at den var mangelfull, eller at resultatet ikke kan aksepteres. I 23 pst av sakene har erstatningssøkerne fått medhold fordi det har oppstått en infeksjon i etterkant av behandlingen. En tredje begrunnelse for medhold er at pasienten har fått forsinket eller feil diagnose som har gitt konsekvenser for sykdomsutviklingen. De resterende medholdsvedtakene er begrunnet med skade påført i forbindelse med undersøkelse, pleie, informasjonssvikt, teknisk svikt eller annet.

I saker hvor det ble gitt avslag ble 62 pst begrunnet med manglende årsakssammenheng mellom skaden som er anført og behandlingen. I 29 pst av sakene mente NPE at det var årsakssammenheng mellom behandlingen og den anførte skaden, men behandlingen som ble gitt var riktig, og risikoen for skaden var kjent og akseptabel ut fra nødvendigheten av behandling. I de resterende sakene er det gitt avslag fordi det økonomiske tapet var mindre enn minstebeløpet på 5 000 kroner, fordi stilt diagnose var riktig ut fra den viten man på tidspunktet hadde tilgjengelig, på grunn av pasientens grunnsykdom, særlige forhold ved pasienten eller annet.

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2003 har NPE blitt saksøkt i 293 saker. Fra 2002 til 2003 økte antall søksmål fra 42 til 76. Likevel er andelen rettstvister fortsatt lav i forhold til den totale saksmengden. Noe av økningen i antall stevninger i 2003 skyldes at pasientskadeloven har satt en frist på 4 måneder for å reise sak for domstolene. Denne fristen har i dette året virket ved siden av gjeldende frister etter foreldelsesloven.

Tilstandsvurdering 2004 og satsingsområder 2005

Per mai 2004 har Norsk pasientskadeerstatning hatt en økning i antall mottatte saker på 33 pst i forhold til tilsvarende periode i 2003. Medholdsandelen i samme periode i 2004 er på 37 pst av de realitetsbehandlede sakene.

Per august 2004 ser det ut til at erstatningsutbetalingene i 2004 vil bli noe høyere enn tidligere forutsatt. Hvordan dette utvikler seg er imidlertid beheftet med usikkerhet og Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget, dersom det skulle bli behov for justeringer.

Oppfølging av Statskonsults rapport og det interne kvalitetsprosjektet «Pasienten i fokus» startet opp våren 2004. Arbeidet har høy prioritet fremover. Formålet er raskere saksavvikling, fortsatt god kvalitet i saksbehandlingen og bedre service til pasientene.

En viktig oppgave er informasjon til pasienter og helsepersonell om pasientskadeordningen. Målet er økt kjennskap til ordningen og større forståelse for hva pasientskadeordningen innebærer. Undersøkelser blant pasienter viser at helsepersonell er pasientenes viktigste kilde til informasjon om ordningen. Det planlegges informasjonsmøter med alle større helseforetak, i tillegg til skreddersydd informasjonsmateriell og egne nettsider for henholdsvis helsepersonell og pasienter. Samtidig vil det bli informert via annonser og messer.

Videre vil NPE fremover utvikle og tilrettelegge statistikk som bidrag i det skadeforebyggende arbeidet i helsesektoren.

Budsjettforslag for 2005

Finansieringen av Norsk Pasientskadeerstatning er basert på en budsjetteknisk fondsløsning, jf. tabell under. Inntektene skal dekke erstatningsutbetalinger, drift av NPE og Pasientskadenemnda, samt advokatbistand for pasientene og administrasjonskostnader for selve fondet.

Fondets inntekter og utgifter i 2005 er ført opp med:

(i 1000 kr)

Inntekter	
Inngående beholdning	0
Tilskudd fra Staten	394 023
Tilskudd fra helseforetak	98 900
Tilskudd fra kommuner	12 688
Tilskudd fra fylkeskommuner	890
Egenbetaling for skade	27 000
Norsk legemiddelforsikring	1 036
Sum	534 537

Inngående og utgående beholdning er anslagstall.

	(i 1000 kr.)
Utgifter	
Erstatningsutbetalinger	444 076
Drift av NPE (post 01 og 70)	72 535
Drift av Pasientskadenemnda	17 916
Adm.kostnader (for fondet)	10
Utgående beholdning	0
Sum	534 537

Det vises også til omtale under kap. 3722 Norsk Pasientskadeerstatning.

Post 01 Driftsutgifter

Ved behandlingen av St. prp. nr. 63 (2003-2004) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2004, jf. Innst. S. nr. 250 (2003-2004), ble det vedtatt å overføre 1,4 mill. kroner fra bevilgningen til NPE til Pasientskadenemnda (PSN) i forbindelse med at PSN fra 1. januar 2004 ble rette saksøkte ved rettssaker, jf. endringer i pasientskadeloven. For 2005 foreslås overført 2,8 mill. kroner fra NPE til PSN, som fra 2005 vil være alene om å behandle denne typen saker.

For 2005 foreslås det bevilget 60,127 mill. kroner som samlet driftsbudsjett for NPE.

Post 50 Tilskudd til NPE som statlig fond

Erstatningsutbetalingene fra Norsk Pasientskadeerstatning viser fremdeles en økning. For 2005 antas det at erstatningsutbetalingene vil utgjøre omlag 440 mill. kroner.

På bakgrunn av økte erstatningsutbetalinger øker også statens tilskudd på post 50. For 2005 foreslås bevilget 394,023 mill. kroner.

Post 70 Dekning av advokatutgifter

Kap. 722 post 70 skal dekke pasienters utgifter til advokatbistand, hvilket er en rettighetsbasert ytelse. NPE vurderer hvorvidt pasienten kan få utgifter til advokat dekket over erstatningsordningen og fatter vedtak om dette i medhold av pasientskadeloven. Vedtaket kan påklages til Pasientskadenemnda.

For 2005 foreslås bevilget 12,4 mill. kroner til dekning av advokatutgifter.

Kap. 3722 Norsk Pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	536		
18	Refusjon sykepenger	397		
50	Overføring fra NPE som statlig fond	442 100	72 152	72 535
	Sum kap 3722	443 033	72 152	72 535

Regnskap 2003 gjelder tidligere kap. 3704 Norsk pasientskadeerstatning.

Kap. 3722 Norsk Pasientskadeerstatning, post 50 Overføring fra NPE som statlig fond, skal dekke utgifter til drift av Norsk Pasientskadeerstatning, samt utgifter til advokatbistand for pasienter som søker erstatning. For 2005 foreslås bevilget 72,535 mill. kroner til å dekke ovennevnte utgifter. Det vises til omtale under kap. 722.

Kap. 0723 Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter	12 849	15 229	17 916
	Sum kap 0723	12 849	15 229	17 916

Regnskap 2003 gjelder tidligere kap. 709 Pasientskadenemnda.
Overført fra 2003 til 2004:
Post 01: 720 000 kroner (overført fra tidligere kap. 709.01).

Formål og hovedprioriteringer

Pasientskadenemnda (PSN) ble opprettet 1. januar 2003 og er et frittstående og uavhengig forvaltningsorgan som behandler klager på vedtak fattet av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Pasientskadenemnda er oppnevnt av regjeringen og består av 5 medlemmer med to sett av personlige varamedlemmer.

Pasientskadenemnda har et eget sekretariat, som utreder klagesakene og fremlegger disse overfor nemnda. Et lite mindretall av sakene behandles av sekretariatet etter delegasjonsfullmakt fra nemnda. Både selve vedtaket og erstatningsutmålingen kan påklages. Nemnda er i prinsippet avskåret fra å endre NPEs vedtak til ugunst for pasientene.

Posten skal dekke utgifter til drift av Pasientskadenemnda. Dette gjelder både utgifter til sekretariatet og til selve Nemnda. Det vises til omtale av erstatningsordningen og Norsk Pasientskadeerstatning under kap. 722.

Resultatrapportering 2003

Pasientskadenemnda behandlet i 2003 582 klagesaker (ekskl. utsatte saker), mens 43 saker ble behandlet etter delegasjonsfullmakten. Samlet sett førte 16 pst av samtlige saker helt eller delvis frem i favør av pasientene. Behandling av erstatningsutmålingssakene førte til en gjennomsnittlig oppjustering av erstatningsnivået med 19 pst i forhold til hva som opprinnelig ble tilkjent av NPE.

I 2003 ble det avviklet 20 nemndsmøter, mens det i 2004 er berammet 23 møter.

Tilstandsvurdering 2004

Den 01.01.04 hadde Pasientskadenemnda 319 saker under behandling, og i tiden frem til 31.05.04 mottok PSN 250 nye klagesaker og 32 gjenopptaksbegjæringer. Det forutsettes at 660 saker (ekskl. utsatte saker) vil bli ferdigbehandlet i nemnda i løpet av 2004, mens det vil bli fattet rundt 100 delegasjonsvedtak. Per mai 2004 utgjorde medholdsprosenten 16, mens erstatningsnivået i utmålingssakene er oppjustert med gjennomsnittlig 14 pst i samme periode. For øvrig er det en tendens til at flere pasienter lar seg representere ved advokat.

Pasientskadeloven ble endret med virkning fra 1. januar 2004, og den viktigste endringen går ut på at det nå er PSN og ikke NPE som er rette saksøkt. Den 31.05.04 hadde PSN mottatt 31 stevninger. Det forutsettes at rundt 40 pst av sakene skal settes ut til eksterne advokater.

Budsjettforslag for 2005

Det foreslås at Pasientskadenemndas driftsbudsjett økes med 2,8 mill. kroner mot en tilsvarende reduksjon på kap. 722 post 01 Norsk Pasientskadeerstatning, jf. også omtale under kap. 722 post 01. Det foreslås bevilget 17,916 mill. kroner til drift av Pasientskadenemnda i 2005.

Kap. 3723 Pasientskadenemnda (jf. kap. 723)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	482		
18	Refusjon av sykepenger	19		
50	Overføring fra NPE som statlig fond	14 400	15 229	17 916
	Sum kap 3723	14 901	15 229	17 916

Regnskap 2003 gjelder tidligere kap. 3709 Pasientskadenemnda.
Kap. 3723 Pasientskadenemnda, post 50 Overføring fra NPE som statlig fond skal dekke utgifter til drift av Pasientskadenemnda. For 2005 foreslås det bevilget 17,916 mill. kroner. Det vises til omtale under kap. 723.

Kap. 0724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter, Statens helsepersonellnemnd og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	5 000	5 600	23 831
21	Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten	48 559	49 133	48 697
60	Tilskudd til rekrutteringsplanen	61 472	58 905	60 819
61	Tilskudd til turnustjeneste	104 261	120 550	132 028
71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	12 021	12 811	13 247
	Sum kap 0724	231 313	246 999	278 622

Regnskap 2003 gjelder tidligere kap 705. Personelltiltak.
Overført fra 2003 til 2004:
Post 01: 250 000 kroner (overført fra kap. 724.01).
Post 21: 1 941 000 kroner (overført fra kap. 724.21).

Post 01 Driftsutgifter, Statens helsepersonellnemnd og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Statens helsepersonellnemnd

Statens helsepersonellnemnd er en uavhengig klagenemnd som behandler klager fra helsepersonell. Klagene gjelder avslag på søknad om autorisasjon truffet av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, administrative reaksjoner gitt av Statens helsetilsyn og avslag på spesialistgodkjenning truffet av Den norske Lægeforening m.fl. Nemnda er også Apotekklagenemnd for enkelte avgjørelser truffet av Statens legemiddelverk. Nemnda har syv medlemmer med personlige varamedlemmer og et sekretariat, som forbereder sakene for nemnda, med seks ansatte. Medlemmene oppnevnes for en periode på 3 år av gangen, med mulighet til gjenoppnevning.

Nemndas hovedmål

Vedtakene nemnda treffer har ofte vidtrekkende konsekvenser for den enkelte klager. Kontradiksjon og grundighet er derfor viktig under saksforberedelsen.

Tilretteleggelse av sakene for nemnda, herunder eventuell innhenting av sakkyndige vurdering, samt rimelig tid for nemndas medlemmer til å sette seg inn i sakene oversteg som regel den opprinnelige tidsramme. Nemndas mål for saksbe-

handlingen er derfor fra 2004 justert fra tidligere tre måneder til fem måneder i gjennomsnitt.

Nemndas virksomhet skal videre gjøres bedre kjent for brukere og offentligheten generelt.

Resultatrapportering 2003

I 2003 har nemnda avholdt 11 ordinære møter og behandlet 139 klagesaker. Nemnda har behandlet i underkant av 65 prosent flere klagesaker i 2003 sett i forhold til 2002.

I underkant av 25 prosent av sakene ble omgjort. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for klagesakene var ca. fem måneder. Ved årsskiftet hadde nemnda 46 ubehandlede klagesaker.

Sakene har fordelt seg med 109 saker fra Statens autorisasjonskontor, herav 62 med utenlandsk utdanning og 47 med norsk utdanning, 27 saker fra Helsetilsynet, en sak fra Legeforeningen og to saker fra Statens legemiddelverk. Av sakene fra Helsetilsynet gjaldt ti tilbakekall eller suspensjon av autorisasjon, syv gjaldt søknad om ny autorisasjon etter tilbakekall og ti dreide seg om advarsel. En av nemndas avgjørelser ble i 2003 brakt inn for domstolene for overprøving. Klagers søksmål førte ikke fram.

Nemndas saksinngang var noe lavere i 2003 enn i 2002. Nedgangen har referert seg til færre innkomne saker fra Statens autorisasjonskontor. For øvrige vedtak som er brakt inn for nemnda er det bare beskjedne endringer i forhold til tidligere.

Mål for 2005

Riktige avgjørelser forutsetter god og oppdatert fagkunnskap hos nemndas medlemmer og sekretariatet. Nemnda arbeider kontinuerlig med dette og vil i 2005 blant annet søke kunnskap om internasjonale forhold, spesielt i forbindelse med godkjenning av helsepersonell med utenlandsk utdanning.

Også i 2005 er en forsvarlig saksbehandlingstid et viktig mål for nemnda.

Rutineforbedringer samt forbedret virksomhetsplanlegging vil være satsingsområder i 2005. Nemnda skal også bli enda bedre kjent for brukere og publikum generelt.

Også i 2005 vil nemnda bistå departementet i det generelle arbeidet med videreutvikling av godkjenningssystemet for helsepersonell. Det samme gjelder reaksjonssystemet for helsepersonell.

Forslag til budsjett for 2005

For 2005 foreslås et driftsbudsjett på 5,5 mill. kroner til drift av Helsepersonellnemnda.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) er underlagt Sosial- og helsedirektoratet. SAFHs to hovedoppgaver er utstedelse av autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet i Norge og i utlandet og administrasjon av turnustjeneste for leger. I tillegg forvalter SAFH tilskuddsordning til sykehus og opptreningsinstitusjoner for turnusleger og fysioterapikandidater, samt tilskuddsordning for kiropraktorkandidater i turnustjeneste. Fra 2005 skal kontoret også administrere turnustjenesten for kiropraktorer. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell skal behandle søknader for helsepersonell raskt og med sikte på å ivareta den enkelte søkers rettsikkerhet på forsvarlig måte. Det skal etterstrebes så god kvalitet på avgjørelsene at man sikrer at søkere som får autorisasjon har de kvalifikasjoner som kreves.

Resultatrapportering 2003

SAFH fattet i 2003 ca 23 300 enkeltvedtak om autorisasjon eller lisens, hvorav ca. 1550 avslag. Antall mottatte søknader var 20 515, noe som innebar en betydelig nedgang fra 2002. Siden 2001 har det vært en betydelig økning i antall autoriserte med utdanning fra land utenfor EØS-området (fra 257 i 2001 til 1 015 i 2003). Administrasjon av turnustjenesten for leger har økt betydelig på grunn av økt antall kandidater som søker turnusplass og økt antall turnusleger. I 2004 utgjør det årlig ca 1200 turnusplasser. Ca. 400 saker må behandles særskilt fordi kandidaten søker særplass.

Fra 2003 ble gebyrene økt med sikte på at driften av SAFH i hovedsak skulle bli selvfinansiert. Dette skjedde ikke, hovedsakelig på grunn av avtagende antall søknader etter overgangsforskriften for de 11 nye yrkesgruppene som fikk profesjonsgodkjenning ved ikrafttredelse av helsepersonelloven fra 1. januar 2001. Overgangsordningen utløper 1. januar 2008, men det forventes et begrenset antall nye søknader fra disse gruppene i årene fremover.

Mål for 2005

Det antas at antallet søknader om autorisasjon eller lisens vil holde seg på samme nivå i 2005 som i 2004. Det er usikkert hvilken betydning EU-utvidelsen fra mai 2004 vil få for søknadsmengden fra helsepersonell fra de nye medlemslandene. Antall turnusleger forventes å være ca. 1 200-1 300. Det er et viktig mål for SAFH at saksbehandlingen er effektiv og forsvarlig og i henhold til internasjonale forpliktelser. Det foreslås et budsjett på 18 mill.

kroner. Gebyrinntekter til SAFH er ført opp under kap. 3724 post 02.

Post 21 Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten

Personelltiltak i tannhelsetjenesten

Ledigheten i tannlegestillinger i offentlig tannhelsetjeneste var i 2002 på 12 prosent. Bemanningssituasjonen i offentlig tannhelsetjeneste har i løpet av 2003 og så langt i 2004 blitt bedre. Dette skyldes i stor grad god rekruttering av tannleger fra Tyskland. Våren 2004 var 10 prosent av tannlegene i offentlig sektor rekruttert herfra. Det er likevel ikke tilfredsstillende tannlegedekning i deler av landet.

Tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid

En arbeidsgruppe nedsatt av Helsedepartementet drøftet i sin rapport fra juli 2003 ulike tiltak for å oppnå en tilfredsstillende geografisk fordeling av tannhelsepersonell, rekruttering til offentlig sektor, en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger, samt et hensiktsmessig samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Rapporten var på en bred høring høsten 2003. Høringsinstansene har med få unntak gitt sin tilslutning. På denne bakgrunn har departementet i samarbeid med KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon), Norsk Tannpleierforening og Den norske tannlegeforening utarbeidet en tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid. Planen ble ferdigstilt i september 2004.

Tiltaksplanen er konsentrert om tiltak statlige myndigheter kan ha innflytelse over. Den omhandler derfor ikke tiltak som hører inn under fylkeskommunenes ansvarsområde. Tiltak knyttet til organisering av tjenesten og ulike former for samarbeid eller avtaleinngåelse med private tannleger er tiltak fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven har handlefrihet til å gjennomføre. Fra 2004 gis det under kapittel 727 post 21 Forsøks- og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten statlige tilskudd til utredning og iverksetting av ulike driftsavtaleformer, eller næringsstøtte til sammenslåing av praksiser i distrikt. Dette inkluderer driftsformer som reduserer risiko for nyutdannede tannleger i forbindelse med eier- og arbeidsgiveransvar. Det er knyttet bestemte vilkår til tildeling av midler. Prosjekter som blant annet ivaretar hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannlege og tannpleier vil bli prioritert. Tiltaksplanen omfatter i tillegg følgende:

- Oppfordring til arbeidsgiversiden om strukturendring i klinikkforhold og mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere i både offentlig som privat sektor
- Informasjon om tannpleiers kompetanse og om behov for hyppighet av tannhelsekontroll – også for den voksne befolkning
- På sikt arbeides det for en utvidelse av praksisperioden i den offentlige tannhelsetjenesten i tannlegestudiet, i første omgang ved Universitetet i Bergen

Følgende tiltak videreføres fra 2004 som en del av planen:

- Kvalifisering av tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området (ca 20-25 tannleger i 2004)
- Rekruttering av tannleger fra Tyskland
- Statlig finansiert vikarordning administrert av Aetat

I gjennomsnitt utdannes ca. 90-95 tannleger pr. år til sammen i Bergen og Oslo. Departementets tilskuddsordninger bidrar til å øke den årlige tilgangen med 80-85 tannleger. Disse representerer dermed nesten halvparten av den samlede tilgangen på tannleger i Norge.

Spesialist- og videreutdanning av tannhelsepersonell

Spesialist- og videreutdanning av tannleger har frem til 2003 kun vært gitt ved Universitetene i Bergen og Oslo. Fra 2002 er det gitt tilskudd til universitetene for å bidra til å finansiere denne utdanningen. I 2004 er det gitt tilskudd på 12 mill. kroner. Midlene skal bidra til å øke spesialistutdanningskapasiteten og bidra til å kvalifisere tannleger til akademiske stillinger hvor det kreves spesialistutdanning i tillegg til forskerutdanning. Tilskuddene innebærer frigjorte ressurser ved universitetene som forutsettes å gå til økt forskningsaktivitet, slik at rekrutteringen til akademiske stillinger kan økes.

Oppbygging av desentraliserte programmer for spesialist- og videreutdanning av tannleger startet ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge i Tromsø i 2003. Arbeidet skjer i samarbeid med Universitetene i Bergen og Oslo.

Helsedepartementet har i perioden 2002 - 2004 gitt tilskudd til utredning av regionale odontologiske kompetansesentre i helseregion Sør-Norge og Midt-Norge. For Midt-Norges vedkommende har helsemyndighetene til vurdering en søknad om midler til forprosjekt i 2004/2005. Når det gjelder helseregion sør er utredning gjennomført, men den lokale behandlingen har ikke ført

frem til enighet om geografisk plassering. Departementet vil få forelagt en vurdering av Sosial- og helsedirektoratet. Det tas sikte på oppstart av forprosjektering ved hjelp av statlige tilskuddsmidler i 2005 når plassering er avklart. Kompetansesenteret i Tromsø har i perioden 2003 - 2004 fått tilskudd til oppbygging og til planlegging av desentralisert spesialistutdanning og til prosjektering av nytt bygg sammen med tannlegeutdanningen.

I 2003 ble det gitt tilskudd til utvikling av kursprogram og gjennomføring av et studium i folkehelsearbeid for tannhelsepersonell. Det første kurset ble gjennomført studieåret 2003-04. Innhold, organisering og administrasjon av kurset ble evaluert i 2004 og deretter justert i henhold til kandidatenes tilbakemeldinger og lærestedets egne erfaringer.

Høgskolen i Tromsø ble i 2003 gitt tilskudd til utvikling av en ettårig desentralisert videreutdanning for tannpleiere. Forprosjekt med utvikling og godkjenning av studieplan ble avsluttet våren 2004. Høgskolen planlegger oppstart av en deltidsutdanning over 2 år i 2005.

Tiltak for økt tilgang på tannleger

Høsten 2004 ble de tolv første studentene tatt opp til tannlegeutdanning i Tromsø. Det planlegges en gradvis opptrapping til inntak av 40 studenter årlig fra 2007. Om lag halvparten av studentenes kliniske trening skal foregå desentralisert på offentlige tannklinikker i regionen. Helsedepartementet har et medansvar for etableringen av tannlegeutdanningen gjennom tilskudd til utvikling, etablering og drift av det odontologiske kompetansesenteret i Tromsø.

Staten ved Helsedepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet inngikk i 2003 en intensjonsavtale med Troms fylkeskommune om bygging og drift av Tannhelsesenteret i Nord-Norge. Dette senteret omfatter tannlegeutdanningen, tannpleierutdanningen og det odontologiske kompetansesenteret. Avtalen er basert på at Troms fylkeskommune bygger og eier klinikkbygningen og kompetansesenteret og organiserer og besørger bygningsdriften. Det forutsettes at det inngås egne avtaler mellom staten og fylkeskommunen som regulerer de økonomiske forholdene vedrørende bygge- og driftskostnader for de arealene som benyttes til undervisning. For Helse- og omsorgsdepartementet vil avtaleverket omhandle kompetansesenteret med desentralisert spesialist- og videreutdanning av tannleger samt forskningsaktivitet ved kompetansesenteret. Helse- og omsorgsdepartementets videre tilskudd skal baseres på dette. Statens rolle i finansiering og drift av klinikkbygningen er også omtalt under Utdannings- og forskningsdepartementets kapittel 263 post 50, jf. dette departementets forslag til vedtak IV nr. 5. om fullmakt til å inngå avtale med Troms fylkeskommune.

Vikarordningen for tannleger har vært til god hjelp for kommuner/distrikter med spesielle bemanningsproblemer. Det ble i 2004 foretatt enkelte justeringer i tilskuddsordningen blant annet med utgangspunkt i hvilke områder som har størst behov for vikarer.

Når det gjelder kvalifiseringstiltak for tannleger fra land utenfor EØS-området, har Universitetet i Bergen fra 1999 og Universitetet i Oslo fra 2002 blitt tildelt midler til drift og organisering av et ettårig intensivkurs, det såkalte lisensprogrammet. Lisensprogrammet skal føre frem til kvalifikasjoner jevngode med norsk utdanning. Lisensprogrammene har til sammen en kapasitet på 16 utdanningsplasser. Erfaringer har vist at flere av de som gjennomfører programmet behøver mer enn ett års undervisning. I tillegg til lisensprogrammene i Bergen og Oslo er det i 2003 og 2004 gitt tilskudd til et prøveprosjekt med kvalifisering av tannleger basert på opptaksprøver og praksistjeneste i offentlig tannhelsetjeneste. Det ble gitt 9 autorisasjoner til kandidater som kvalifiserte seg til norsk godkjenning som tannlege etter denne modellen i 2004.

Satsingsområder og mål for 2005

Tiltak for økt tilgang på tannleger

Den omtalte tiltaksplanen for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid gjennomføres i samarbeid med berørte parter.

Tiltak for å rekruttere tannleger fortrinnsvis fra Tyskland gjennom samarbeid med Aetat foreslås videreført innenfor tilsvarende økonomiske rammer som i 2004. Det vises til bevilgning og omtale av Tiltak 4 under kap. 724 post 60.

Ulike kvalifiseringsprogrammer for tannleger fra land utenfor EØS-området evalueres, og en nærmere vurdering legges til grunn for videreføring fra høsten 2005.

Vikarordningen for tannleger har så langt fungert godt og vært til stor hjelp for fylkeskommunene, og foreslås videreført i 2005.

Spesialist- og videreutdanning av tannhelsepersonell

Tilskudd til spesialist- og videreutdanning av tannleger videreføres, herunder tilskuddsmidler til utvikling av desentraliserte videre- og spesialistutdanningsprogrammer. I tillegg videreføres midler til videreutvikling av kompetansesenter i Tromsø

og til utvikling av øvrige regionale odontologiske kompetansesentre. Etter at geografisk plassering er avklart foreslås det avsatt midler i 2005 til forprosjektering i helseregion Sør- og Midt-Norge.

Tilskudd til øvrige tiltak til videreutdanning av tannhelsepersonell foreslås videreført.

Stimuleringstiltak/faglig utviklingsarbeid innen allmennlegetjenesten mv.

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med disse tilskuddene er å øke rekruttering til og stabilitet i allmennlegetjenesten i distriktene, samt å bidra til faglig utviklingsarbeid.

Resultatrapport 2003

Departementet har i samarbeid med Universitetet i Tromsø fra 1999 iverksatt tiltak for å utvikle faglige nettverk mellom allmennleger i distriktskommuner og universitetet, samt stimulere til faglig utvikling. Dette gjøres blant annet ved å trekke inn erfarne allmennleger i undervisning av medisinske studenter og generell veiledning, samt ved å gi støtte til forsknings- og utredningsprosjekter.

Ressurskommuneprosjektet og Program for forskning og fagutvikling ble evaluert høsten 2003. Det er vanskelig å måle om tiltakene har hatt noen effekt på legedekningen, og evalueringen viser at prosjektene først og fremst har bidratt til å øke bevisstheten om distriktsmedisin som egenart og fagfelt. Man har lyktes i å sette distriktsmedisin på kartet, og å etablere en kjerne av interesserte fagpersoner ved instituttet og ute i allmennpraksis.

Gruppebasert veiledning av turnusleger ble i 2003 utvidet til nesten alle fylker (unntatt Oslo/Akershus, Buskerud, Vestfold og Østfold). Det har i 2003 vært arbeidet med kvalitetsutvikling av legevaktsfeltet med fokus på organisering av tjenesten, og kommunal legevakt som ledd i den akuttmedisinske tiltakskjede.

Tilstandsvurdering

I forbindelse med innføring av fastlegeordningen har det blitt en betydelig økning i årsverksinnsatsen i allmennlegetjenesten. Per 31. juli 2004 var det 108 ubesatte fastlegehjemler (ledige lister), mens det ved innføringen av fastlegeordningen per 30. juni 2001 var 277 ledige hjemler. Andelen hjemler/stillinger uten fast lege er forsatt høy i Sogn og Fjordane og Nordland. Henholdsvis 10,6 og 11,5 prosent av hjemlene i disse to fylkene var uten fast lege ved utgangen av andre kvartal 2004. Situasjonen er i tillegg vanskelig i enkelte kommuner i indre områder av Finnmark (spesielt i områder hvor en stor del av befolkningen er samer) og i indre deler av Østlandet. Legedekningen i Nord-Trøndelag er atskillig bedret siden februar/mars 2004. De fleste hjemlene uten fast lege har vært besatt med vikarer for kortere perioder.

Innføring av fastlegeordningen, økning i tilgangen på leger, statlig regulering av legemarkedet, samt statlige tilskudd til rekrutterings- og stabiliseringstiltak siden høsten 1998 har samlet bidratt til en bedre rekruttering til og stabilitet i allmennlegetjenesten for landet sett under ett. Utfordringene er særlig knyttet til de ovenfor omtalte geografiske områdene.

Departementet ga i 2004 Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å følge opp særskilte tiltak for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane basert på en rapport fra en arbeidsgruppe ledet av KS lokalt i Sogn og Fjordane.

For å bedre legesituasjonen ble det bevilget 0,5 mill. kroner til Fylkesmannen i Sogn og Fjordane. Som et ledd i det videre arbeidet arrangerte Fylkesmannen i mars/april 2004 en konferanse i Florø om rekruttering og stabilisering av leger der fokus var på forhold som kan gjøre det faglig mer attraktivt å komme og bli værende som fastlege og kommunelege i fylket.

Høgskolen i Sogn og Fjordane avslutter i 2004 en undersøkelse blant fast tilknyttede kommuneleger der man kartlegger faktorer som har betydning for at leger søker seg til/forlater fylket. En foreløpig konklusjon viser at det må satses på nyrekruttering, og at turnuslegene i så måte er en viktig ressurs (se Satsingsområder og mål for 2005 nedenfor).

Videre har departementet bedt Norges forskningsråd om utvidelse av et nylig oppstartet prosjekt som undersøker årsaker til og konsekvenser av lav legedekning i Finnmark og Nord-Trøndelag. I Finnmark vil man blant annet kartlegge forhold i samiske områder (jf. kap.728 post 21).

Høsten 2004 blir det igangsatt etablering og drift av et kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen, jf. Stortingets behandling av St. meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap og Innst. S. nr. 300 (2000-2001). Senteret etableres ved UiB med hovedvekt på forskning og faglig utvikling innen legevaktmedisin i primærhelsetjenesten. Det forutsettes at senteret samarbeider med Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (Ullevål sykehus) og andre relevante fagmiljøer. Det forventes at senteret vil bli et viktig fagmiljø for etterutdanning av allmennleger i akuttmedisin.

En statusrapport om fastlegeordningen etter to og et halvt år ble ferdigstilt høsten 2004. Hovedinnholdet i rapporten omtales under kap. 728 post 21.

I 2003 deltok 345 kandidater på kurs i nasjonale fag for leger fra land utenom EØS som vilkår for autorisasjon i Norge.

Satsingsområder og mål for 2005

For å møte rekrutterings- og stabiliseringsutfordringene allmennlegetjenesten står overfor, vil departementet støtte et utviklingsarbeid som retter oppmerksomheten mot ulike distriktsmedisinske forhold, spesielt i Sogn og Fjordane, Nordland, Midt-Troms og Finnmark.

Rapporten om rekruttering og stabilisering i kommunehelsetjenesten i Sogn og Fjordane trekker frem en rekke lokale forhold som blir vurdert som viktige for rekruttering og stabilisering. Det omfatter blant annet lokal tilknytning, mottak og oppfølging i kommunen, faglig og praktisk, legevaktarbeid, mulighet for faglig utvikling og hvordan lokalsykehuset og ambulansetjenesten fungerer. Som eksempel er det vist til Årdal kommune, som har vedtatt en tiltaks-/utdanningspakke for allmennleger som rekrutteres. Statlige tilskudd kan bidra til at KS og Legeforeningen lokalt utarbeider modeller for lokale tilsettings- og utdanningsopplegg.

Det direkte engasjementet vil først og fremst være knyttet til turnustjenesten som avtjenes i fylket, både sykehusturnus og turnus i kommunehelsetjenesten. Dette vil bli gjort gjennom bidrag til gode rutiner for mottak og oppfølging, videreutvikling av eksisterende veiledningsordning for turnusleger i kommuneturnus, sikring av turnusveiledning også i sykehusene og systematisk evaluering av turnustjenesten. Det er også aktuelt å legge til rette for at turnusleger som velger Sogn og Fjordane sikres plass uten ventetid. Turnustjenesten i sykehus og i kommunehelsetjenesten skal ses på som en helhet når det gjelder mulighetene til å rekruttere leger til både lokalsykehus og til allmennlegetjenesten. Departementet vil henvende seg til Universitetet i Bergen når det gjelder å legge til rette for gode praksisplasser for medisinstudenter i fylket, der tilbud om opplæring av praksislærere vil være et viktig virkemiddel. Et program for forskning og faglig utvikling i samarbeid med Universitetet i Bergen vil bli vurdert.

Mulighet for spesialistutdanning i allmennmedisin og eventuelt i samfunnsmedisin er en forutsetning for stabiliteten i legetjenesten. Det er i dag mangel i fylket på veiledere på disse fagområdene. Sosial- og helsedirektoratet skal bidra til samarbeid med fylkesmannen i andre fylker som har utviklet et strukturert veiledningsprogram for spesialistutdanning i samfunnsmedisin og allmennmedisin.

For 2005 foreslås i tillegg en videreutvikling av tilskudd til:
- veilederprogram for turnusleger
- utviklingsarbeid innen distriktsmedisin
- oppbygging og drift av kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen
- prosjektering av distriktsmedisinsk senter i Midt-Troms
- evaluering av turnustjenesten
- samfunnsmedisin i Finnmark
- kurs i nasjonale fag for leger utdannet i utlandet

Post 60 Tilskudd til rekrutteringsplanen

Formålet med bevilgningen til Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006 er å bedre rekrutteringen til utdanning og til arbeid i helse- og sosialtjenesten, og å bedre kvaliteten på tjenestene gjennom økt kompetanse. Planen har hovedfokus på personell i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Kvalifisert personell utgjør den viktigste ressursen i helse- og sosialsektoren. Tilgang på og stabilitet av kvalifisert personell er en forutsetning for å kunne tilby nødvendige helse- og sosialtjenester av god kvalitet.

Samlet forslag til bevilgning til rekrutteringsplanen for 2005 er 131,549 mill. kroner, inkludert bevilgninger under kap. 761. I tillegg kommer bevilgning til rekrutterings- og kvalifiseringsformål i Opptrappingsplanen for psykisk helse, jf kap. 743 post 70.

Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell prioriterer tiltak som bidrar til
- Tilstrekkelig tilgang på helse- og sosialpersonell
- Redusert andel ufaglært personell
- Kompetanseutvikling og stabilitet i arbeidsforhold

Det er Sosial- og helsedirektoratet som følger opp gjennomføringen av rekrutteringsplanen. Det vises også til omtale av tiltakene under kap 761, post 21 Spesielle driftsutgifter, post 60 Tilskudd til omsorgstjenester og post 63 Tilskudd til rusmiddeltiltak. For oversiktens skyld presenteres alle tiltakene nedenfor.

Resultatrapportering og status for tiltakene i rekrutteringsplanen

Tiltak 1 Styrke tilgangen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

Hovedmålet er å øke den årlige veksten i personell med fagutdanning på videregående nivå frå 2,4 prosent til om lag 5 prosent. Dette forutsetter økt bruttotilgang på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere til

et nivå på ca. 4500 per år i planperioden. Hovedstrategien for tiltaket er å utdanne dem som allerede er ansatt som ufaglærte i kommunene.

Tilveksten av hjelpepleiere/omsorgsarbeidere har vært på ca. 3 prosent per år i kommunene de siste to årene. Tallene fra Aetats bedriftsundersøkelse tyder på at etterspørselen har minket det siste året. Det var 10 prosent økning i tallet på søkere til grunnkurset i 2003. Søkertall for 2003 og 2004 viser at søkingen har tatt seg opp både til grunnkurs og videregående kurs i hjelpepleie/omsorgsfag.

Kompetansereformen har gitt alle voksne som er født før 1978, rett til videregående opplæring (vgo) og rett til å få realkompetansen sin vurdert og verdsatt. Dette har skapt ny dynamikk i helse- og sosialfagene i videregående opplæring. Ca. 2/3 av dem som er realkompetansevurdert innenfor yrkesfag, valgte helse- og sosialfag.

Det ble i 2003 benyttet til sammen 34,8 mill. kroner av planens midler til kvalifisering av ufaglærte til dette tiltaket. I 2004 er bevilgningen økt til 51 mill. kroner. Til sammen var 5850 personer med på et opplæringstiltak i 2003. Av disse fikk 3400 kompetansegivende opplæring, det vil si at de ble ført fram til avsluttende fagprøve/eksamen. Ca. 2450 har deltatt i grunnopplæring for ufaglærte eller oppgraderingskurs for hjelpepleiere og sykepleiere.

I 2002 startet en rekrutteringskampanje rettet mot elever i 10. klasse. Rekrutteringskampanjen er videreført i 2004. Det er utgitt et magasin som er sendt 10. klassingene i 2002 og 2003: SPOR:mag, og det er etablert et nettsted tilknyttet magasinet: www.spormag.no. Nettstedet hadde over 100 000 treff i februar 2004. Spor:mag blir benyttet i yrkesveiledningen i ungdomsskolen.

Som ledd i rekrutteringskampanjen er det gitt tilskudd på 4,3 mill. kroner til fjernsynsfilmen «Institusjonen», som ble sendt på NRK1 våren 2004. Det vises til omtale under kap. 761 post 21.

Tiltak 2 Tilgang på personell med høyere utdanning

Hovedmålet for rekrutteringsplanen er å videreføre den årlige veksten i personell med universitets- og høgskoleutdanning som ligger på 4–5 prosent per år. Det høye opptaksnivået til helse- og sosialfagene ved høgskolene skal videreføres gjennom planperioden. Det forventes at dette vil gi sektoren tilstrekkelig tilgang på fagpersonell med høyere utdanning.

Tiltak 3 Desentralisert sykepleierutdanning

Målet med dette tiltaket er å sikre stabil sykepleierdekning i kommunene. Fylkesmennene rapporterer at de desentraliserte tilbudene stabiliserer sykepleiersituasjonen i kommunehelsetjenesten. I 2002 var det 165 av kandidatene fra desentralisert sykepleierutdanning som fikk støtte fra arbeidsgiver og staten med drøye 36 000 kroner per kandidat.

Tiltak 4 Rekruttering av personell med utdanning fra utlandet

For å øke tilgangen på fagpersonell til helsetjenesten i Norge, har staten i flere år støttet rekruttering fra utlandet og kvalifisering av personell med helsefagutdanning som har kommet til landet som innvandrere eller flyktninger. Tidligere gjaldt tiltaket bare rekruttering av helsepersonell fra utlandet, men det er nå utvidet til også å gjelde kvalifisering av personell fra land utenom EØS som er direkte rekruttert av norske arbeidsgivere, som søker seg til norsk helsetjeneste på eget initiativ eller som allerede oppholder seg i landet. For å øke tilgangen på fagfolk med eller uten utdanning fra utlandet, ble det bevilget 17,1 mill. kroner i 2003. I 2004 er bevilgningen videreført med 14 mill. kroner. De fleste som har utdanningen sin fra land utenfor EØS-området, må ha tilleggsutdanning av varierende omfang for å kunne få norsk autorisasjon. Helsedepartementet satte i 2003 i gang et arbeid for å få i stand en bedre ordning for å oppnå autorisasjon for helsepersonell med utenlandsk utdanning. Det ble fastsatt en ny forskrift om dette fra 1. mars 2004. Rekruttering av helsepersonell fra utlandet i regi av Aetat for yrkesgruppene leger, sykepleiere og hjelpepleiere fikk en bevilgning på 6 mill. kroner i 2002 og det samme i 2003. Prosjektet ble avsluttet i desember 2003. I 2004 prioriterer Aetat helserekruttering rekruttering av tannleger, se omtale under kap. 724 post 21. Rekruttering av tannleger fortsetter i 2005, mens statlig rekruttering av sykepleiere avsluttes. Når det gjelder pleie- og omsorgsgruppene, vil det satses på kvalifisering av fremmedspråklige som allerede er i landet.

Tilskuddet i 2003/2004 har gitt følgende resultater:

- 344 sykepleiere gjennomgikk kurs i nasjonale fag i 2003 og 224 i første halvår i 2004
- Kurs i nasjonale fag for sykepleiere har tidligere i det vesentlige vært sentralisert til Oslo. I 2004 er det inngått avtale med i alt 5 høgskoler på ulike steder i landet
- 45 sykepleiere fra Litauen er rekruttert til eldreomsorgen i samarbeid med aktuelle kommuner

– 58 tannleger (vesentlig fra Tyskland) er rekruttert av Aetat i 2003, og måltallet er 50 årlig for 2004 og 2005
– Det er i gang en rekvalifisering av hjelpepleiere fra land utenom EØS som allerede er bosatt i Norge, i Oslo (fullført 17 og planlagt ytterligere 75) og Trondheim (planlagt 12).

Tiltak 4 har vært budsjettert under kap. 724 post 60, men i tillegg budsjetteres kvalifiseringstiltak for leger og tannleger under kap. 724 post 21.

Tiltak 5 Videreutdanning for helse- og sosialpersonell med yrkesutdanning fra videregående opplæring

I 2002 avsluttet om lag 980 hjelpepleiere/omsorgsarbeidere en videreutdanning på 6 måneder eller mer med støtte fra både arbeidsgiver og tilskuddsmidler fra rekrutteringsplanen. Bevilgningene er videreført med til sammen 13 mill. kroner hvert år i 2002 og 2003. I 2004 er bevilgningen økt til 14 mill. kroner. Det gir et gjennomsnittlig stønadsnivå på ca. 13 000 kroner per deltaker.

Tiltak 6 Helse- og sosialfag i videregående opplæring – rekruttering, fagstruktur og yrkestitler

I rekrutteringsplanen peker regjeringen på behovet for en modernisering av fagstrukturen og yrkestitlene i helse- og sosialfagene i videregående opplæring. Målsetingen er at yrkesrollene skal bli tydeligere.

Basert på St.meld. nr. 30 (2003-2004) Kultur for læring og Stortingets behandling av meldingen, vil Sosial- og helsedirektoratet samarbeide nært med utdanningsmyndighetene om utformingen av helse- og sosialfagene i videregående skole.

Tiltak 7 Videreutdanning av høgskoleutdannet personell

Den samlede deltakelsen i videreutdanninger på høgskolenivået var 914 i 2002. Psykisk helsearbeid er den videreutdanningen som har størst deltakelse med ca. 200 kandidater per år. Utdannings- og forskningsdepartementet får et rammetilskudd for å sikre at høgskolene har et opptak på ca. 800 per år til denne videreutdanningen. Det ble bevilget 9,4 mill. kroner til tiltaket i 2003 og det samme i 2004.

Tiltak 8 Program for utvikling av kliniske spesialiteter/kliniske stiger

Sosial- og helsedirektoratet har etablert et samarbeid med partene for å kartlegge hvordan kompetansen blir benyttet av arbeidsgiverne, og hvordan tjenesteutøverne selv opplever effektene av den kompetansehevingen som foregår under benevnelsen kliniske stiger/kliniske spesialiteter. Til dette tiltaket ble det bevilget i alt 2 mill. kroner i 2003 og det samme i 2004.

Tiltak 9 Program for etterutdanning i samarbeid med sykehusene

I planperioden skal det utvikles et program for samarbeid om etter- og videreutdanning av helse- og sosialpersonell mellom sykehus og sosial- og helsetjenesten i kommunene. Det er i første omgang tatt initiativ til prosjekter i samarbeid med fylkesmannen og sykehusene i Arendal og Bodø.

Tiltak 10 Undervisningssykehjemsprosjektet

Gjennom «Undervisningssykehjemsprosjektet» er det etablert avtaler om samarbeid mellom sykehjem, høgskoler og universiteter. Samarbeidet hadde som formål å utvikle sykehjem til å bli arenaer for forskning og bedre undervisning av studenter og elever i helsefag og for å styrke kompetansehevingen i pleie- og omsorgstjenesten.

Prosjektet er evaluert. Resultatet av evalueringen er at tidligere Sosialdepartementet har vedtatt en permanent videreføring av virksomheten, se omtale under kap. 761 post 21.

Tiltak 11 Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv og tiltak rettet mot arbeidsmiljøet

En viktig forutsetning for å kunne rekruttere og holde på kvalifisert personell i pleie- og omsorgstjenesten, er at tjenesten kan tilby gode nok vilkår for de ansatte. Et godt arbeidsmiljø er her av vesentlig betydning. Det er innledet et nært samarbeid mellom staten og Kommunenes sentralforbund om disse utfordringene. Det er behov for å redusere sykefravær og øke stabiliteten mange steder. Et aktuelt virkemiddel er Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv. Kommunal sektor har sluttet godt opp om denne. I perioden 2000-2004 har det blitt gjennomført flere forsknings- og utviklingsprosjekter omkring arbeidsmiljø, sykefravær og yrkesavgang i pleie- og omsorgstjenesten. Resultatene av disse prosjektene blir nå bearbeidet og vil danne grunnlag for nye tiltak. Tiltakene må

sees i sammenheng med det pågående arbeidet for kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenesten.

Tiltak 12 Motvirke økende geografiske forskjeller

Utfordringene på arbeidsmarkedet er svært ulike i fylkene. I planperioden vil Sosial- og helsedirektoratet vurdere fordelingen av midlene til opplæring med sikte på å utjevne geografiske forskjeller i kompetanseutviklingen. Ulikheter i arbeidsmarkedet og tradisjoner når det gjelder rekruttering av personell med høgere utdanning slår ut i kompetansesammensetningen i fylkene. De særskilte tiltakene for å styrke tilgangen på fagfolk til Finnmark har vært effektive.

Sosial- og helsedirektoratet vil målrette tiltakene og tilskuddsmidlene bedre mot de fylkene som har de største utfordringene. I 2004 iverksettes et særskilt program for å bedre rekrutteringen av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i Oslo og Akershus for årene 2004–2006.

Tiltak 13 Kompetanseutvikling for personell i spesialisthelsetjenesten

Det er gitt tilskudd til et prosjekt for å heve kompetansen for personell på prioriterte områder i spesialisthelsetjenesten. Blant annet ble det i 2001 igangsatt et prosjekt for videreutdanning av sykepleiere til nyfødt-/intensivavdelinger i helseregionene sør og øst. Det ble benyttet 8,5 mill. kroner til dette tiltaket i 2003. I 2004 er det satt av 7,15 mill. kroner til formålet.

Satsingsområder og mål for 2005

Planens formål og hovedprioriteringer ligger fast. Tiltakene vil i hovedsak videreføres i planperioden.

Post 61 Tilskudd til turnustjeneste

Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere kandidatene til autorisasjon som henholdsvis leger, fysioterapeuter og kiropraktorer. Bevilgningen skal kompensere turnusstedene for merkostnader ved å ha turnuskandidater, slik at tilgangen på kvalifisert personell til helsetjenesten sikres. Økningen i bevilgningen er en konsekvens av økning i antall kandidater og prisjustering av tilskuddet. Bevilgningen er fordelt på følgende områder:

- Tilskudd til turnustjeneste i sykehus
- Tilskudd til turnustjeneste for leger i kommunehelsetjenesten
- Tilskudd til turnustjeneste for kiropraktorer
- Tilskudd til reise- og flytteutgifter turnuskandidater

Tilskudd til turnustjenesten i sykehus

Det gis tilskudd til sykehus og godkjente opptreningsinstitusjoner per turnuskandidat (leger og fysioterapeuter) for kandidater som er utdannet i Norge og i utlandet. Ordningen med tilskudd til turnustjeneste i sykehus utbetales til det enkelte regionale helseforetak, som skal sørge for å skaffe tilstrekkelig antall plasser og fordeler tilskuddet i henhold til dette. Det ble utbetalt i underkant av 20 mill. kroner til veilederoppgavene knyttet til turnustjenesten for leger, jordmødre og fysioterapeuter som har vært i turnus ved sykehus/helseforetak og opptreningsinstitusjoner i 2003. I 2004 vil antallet turnusleger øke med ca. 50. Det forventes en videreføring av ca. 400 turnusplasser pr halvår i 2005.

Tilskudd til turnustjeneste for leger i kommunehelsetjenesten

Tilskuddet utbetales til de kommuner som dokumenterer å ha mottatt turnuskandidat i henhold til avtale og til kommuner hvor opprettet turnusplass ikke blir tildelt turnuslege. Det var i 2003 617 turnusleger som hadde turnustjeneste i kommunehelsetjenesten. I 2004 er antallet økt til 637, og det forventes en ytterligere økning i 2005 pga. flere studieplasser ved universitetene og flere som studerer medisin i utlandet. Tilskuddet ble prisjustert i 2004 til 108 000 kroner per turnuslege (1/2 års turnustjeneste).

Tilskudd til turnustjeneste for kiropraktorer

Som foreslått i St.prp. nr. 1 (2003-2004) Helsedepartementet, er det fra og med 2004 avsatt midler til veiledning av kiropraktorkandidater som avtjener turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktorer. Ordningen trådte i kraft fra 2. halvår 2004, og forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet.

Reiseutgifter turnuskandidater

Staten refunderer en viss prosent av flytte- og reiseutgifter for turnusleger, fysioterapi- og jordmorkandidater ved tiltredelse, med utgangspunkt i statens regulativ. I 2003 ble det regnskapsført 8,645 mill. kroner til tilskuddet, mens det for 2004 ble bevilget 6 mill. kroner. For 2005 foreslås det bevilget 6 mill. kroner. Sosial- og helsedirektoratet vil tilpasse regelverket for refusjonen i samsvar med den rammen som stilles til rådighet. I den sam-

menheng vil distrikts- og rekrutteringshensyn bli vektlagt.

Nærmere om turnustjenesten for leger

Et hovedformål med statlig organisering og finansiering av turnustjenesten for leger er å bidra til forutsigbarhet for turnusstedene med tilstrekkelig antall plasser og kvalitet i turnustjenesten.

Det er store variasjoner fra halvår til halvår når det gjelder antall medisinske kandidater som søker turnusplass. Antall påmeldte kandidater kan variere fra ca. 300 (turnusstart i februar) til over 500 (turnusstart i august). Hovedårsakene til dette er at universitetene i henholdsvis Trondheim og Tromsø utdanner kandidater hver sommer, mens Bergen og Oslo utdanner omtrent like mange kandidater både sommer og vinter. Konsekvensen er at enkelte kandidater må vente inntil et halvt år for å avtjene turnustjenesten. Det er opprettet et 13. semester ved det medisinske fakultet i Oslo. Tilbudet gis til medisinstudenter som må vente på å få påbegynt sin turnustjeneste. Det er opprettet 30 plasser, og studiet finansieres gjennom Lånekassen.

Foreløpige erfaringer fra 2004 viser at etterspørselen etter turnusplasser er lavere enn forventet. Venteproblemet er derved redusert. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å kartlegge forklaringene på at færre enn forventet er interessert i å avtjene turnustjenesten i Norge. Det antas at flere som studerer i utlandet også avtjener sin turnustjeneste der.

På oppdrag fra Helsedepartementet har en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet i 2003 utarbeidet en rapport om ulike sider ved turnustjenesten for leger. Rapporten omhandler tilbud og etterspørsel av turnusplasser, med bl.a. spørsmål om eventuell fortrinnsrett ved tildeling av turnusplass, samt drøfting av spørsmålet om turnustjeneste i psykiatri. Videre vurderer rapporten seks mulige modeller for turnustjeneste. Fire av modellene omhandler endringer i innhold innenfor någjeldende 12 måneders turnus i sykehus. En modell innebærer en utvidelse av turnustjenesten med 6 måneder (fortrinnsvis psykiatri). Den siste modellen innebærer en opphevelse av turnustjenesten i sin nåværende form. Departementet har hatt rapporten på bred høring og vil i løpet av høsten ta stilling til aktuell oppfølging.

Veiledning av turnusleger i fylkene

Ordningen med gruppebasert veiledning for turnusleger i kommunehelsetjenesten er å anse som en stor suksess. Den trappes ytterligere opp, og siktemålet er at den i 2005 vil omfatte alle fylkene. Veiledningen er et faglig supplement til den daglige veiledningen turnuslegen får i sin kommune, og kommer i tillegg til Fylkesmannens kurs for turnusleger. Det ble avsatt 4,4 mill til dette formålet i 2004.

Budsjettforslag for 2005

For 2005 foreslås bevilget 132 mill. kroner, hvorav 6 mill. kroner skal gå til delvis dekning av flytte- og reiseutgifter til de avgitte turnuskandidater.

Post 71 Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.

Nordiska högskolan for folkhälsovetenskap (NHV) er en institusjon som skal ivareta høyere utdanning og forskning innenfor området folkehelsevitenskap, og tilbyr etterutdanning, masterprogram og doktorgradsutdanning mv. til helse- og sosialpersonell for å styrke kompetansen innen folkehelsearbeidet.

Det er stor interesse fra norske søkere om opptak til de ulike utdanningstilbudene. I 2004 var det flest søkere fra Norge, tidligere år har svenske søkere vært i flertall fra de nordiske landene.

I 2003 ble et nytt masterprogram innført, da flere og flere studenter ønsker å fullføre Master of Public Health-eksamen (MPH). Det nye programmet innebærer blant annet at man tas opp til hele masterutdanningen i utgangspunktet, og ikke først i slutten av kursrekken. I 2003 ble forskerutdanningen som bygger på MPH-eksamen, revidert, og ny forskningspolicy innen folkehelsevitenskap ble profilert mot helsefremmende arbeid og helseadministrasjon (management).

Finansieringsmodellen for NHV er fra 2004 todelt. Grunnfinansieringen utgjør 30 prosent og fastsettes etter den nordiske nøkkelen av Nordisk Ministerråd. Virksomhetsfinansieringen er 70 prosent av det totale budsjettet, og fordeles i forhold til hvor mange studentmåneder hvert enkelt land har benyttet i løpet av de tre siste årene forut for året da beregningen gjøres. Etterskuddsbetaling er avskaffet.

Formell godkjenning av eksamener fra høgskolen har lenge vært et problem, da hvert enkelt nordisk land har nasjonale lover og regler for universiteter og høgskoler, men ingen bestemmelser for en felles nordisk høgskole. Den svenske regjeringen besluttet i juli 2003 å forskriftfeste NHV i den svenske høgskoleordningen. Beslutningen medfører at eksamener fra NHV blir sidestilt med eksamener fra svenske høgskoler og universitet, og vil

dermed også kunne inngå i de øvrige nordiske lands gradssystemer.

Det er også satt av midler til WHO-stipender, som fra 2005 forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet. Videre gis også midler til standardiseringsarbeid og utprøving av nye odontologiske materialer til Nordisk institutt for odontologisk materialprøving (NIOM) fra denne posten, se for øvrig omtale under kap. 727 post 21.

Satsingsområder 2005

Det foreslås bevilget 13,247 mill. kroner til NHV, WHO-stipend og til NIOM.

Lovhjemmel som sikrer at helsepersonell og andre offentlige myndighetsutøvere rapporterer til relevant offentlig myndighet om uakseptabelt hundehold

Stortinget fattet ved behandling av Ot. prp. nr. 48 (2002-2003), jf. Innst. O. nr. 91 (2002-2003), følgende vedtak: «Stortinget ber Regjeringen fremme forslag for Stortinget om lovhjemmel som sikrer at helsepersonell og andre offentlige myndighetsutøvere rapporterer til relevant offentlig myndighet om uakseptabelt hundehold til tross for tidligere lovpålagt taushetsplikt.»

Departementet vil bemerke at verken helsepersonell eller sosialpersonell har faglige forutsetninger for å vurdere hvorvidt kvaliteten på aktuelt hundehold er god eller dårlig. Helse- og sosialpersonell er utdannet til å yte helse- og sosialhjelp til mennesker. Å pålegge disse yrkesgruppene en plikt til å melde fra i de tilfellene de mener å ha oppdaget uakseptabelt hundehold, er etter departementets syn ikke hensiktsmessig. Relasjonen mellom helse- og sosialpersonell og pasient/klient er basert på tillit. Det å pålegge disse yrkesgruppene en meldeplikt som ikke er relatert til helse- og sosialhjelpen eller forhold der menneskelige hensyn må veie tungt, kun fordi helse- og sosialpersonell slippes inn i pasientens hjem, vil kunne oppfattes som et misbruk og en utnytting av en særskilt situasjon. Pasienter og klienter må kunne føle seg trygge på at helse- og sosialpersonell som yter helse- og sosialtjenester ikke har et ansvar for å vurdere utenforliggende forhold, for eksempel hundehold, hos pasienten.

Det vil kun unntaksvis være adgang til å fravike den taushetsplikten helse- og sosialpersonell er pålagt etter helsepersonelloven § 21 og forvaltningsloven § 13. Et unntakstilfelle for helsepersonell er når det foreligger tungtveiende private eller offentlige interesser som taler for det, og hensyn som taler for å tilsidesette taushetsplikten veier vesentlig tyngre enn hensynet som taler for å bevare tausheten. Nødrettslignende situasjoner vil være omfattet av dette unntaket, og i særskilte tilfeller er det mulig at dette kan omfatte situasjoner der helsepersonell blir vitne til grove tilfeller av uakseptabelt hundehold. Det vil likevel ikke inntre en plikt for helsepersonell til å varsle relevant offentlig myndighet, kun en rett. For andre yrkesgrupper vil en varslingsrett i nødrettslignende tilfeller kunne ha sitt grunnlag i straffeloven § 47. Stortinget anmodes om å fatte nytt vedtak i saken.

Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
02	Gebyrinntekter			15 308
	Sum kap 3724			15 308

De budsjetterte inntektene gjelder Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH). Det er knyttet usikkerhet til utviklingen i antall søknader om autorisasjon og lisens i forhold til anslagene for 2004. Inntektene fra gebyr for autorisasjon av helsepersonell foreslås prisjustert for 2005.

Kap. 0725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap 3725)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter		33 819	35 086
	Sum kap 0725		33 819	35 086

Formål og hovedprioriteringer

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble etablert 1.1.04 ved en fusjon av Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), Stiftelsen for helsetjenesteforskning (HELTEF) og deler av Divisjon for kunnskapshåndtering i Sosial- og helsedirektoratet. Bakgrunnen for etableringen var at Regjeringen ønsket å styrke beslutningsgrunnlaget for departementet, direktorat og regionale helseforetak for bedre å kunne oppnå helsepolitiske målsetninger og møte fremtidige utfordringer.

Kunnskapssenteret er et selvstendig forvaltningsorgan underlagt Sosial- og helsedirektoratet. Senteret har ingen myndighetsfunksjoner og kan i henhold til vedtekter ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenterets visjon er God kunnskap former helsetjenesten, og hovedformålet er å bidra til effektive, tilgjengelige, trygge og likeverdige helsetjenester av høy kvalitet gjennom å generere, oppsummere, vurdere og formidle forskningsbasert kunnskap. Senteret skal særlig fremskaffe og legge til rette for bruk av kunnskap om effekten, nytten og kvaliteten av metoder, dvs. intervensjoner, virkemidler og tiltak.

Resultatrapportering 2003

Tre miljøer ble slått sammen til Kunnskapssenteret fra 1.1.04. Aktiviteten i 2003 beskrives derfor særskilt for hvert miljø.

Senter for medisinsk metodevurdering (SMM)

SMMs oppgave har vært å systematisk vurdere dokumentasjon for effekten av metoder som benyttes eller tenkes benyttet i norsk helsevesen.

SMM fullførte i 2003 11 metodevurderinger, de fleste på problemstillinger knyttet til spesialisthelsetjenesten, men også med temaer fra primærhelsetjenesten, tannhelsetjenesten og forvaltningen. I tillegg til effekt-vurderinger, har økonomiske og andre konsekvenser for organisering av tjenestene vært belyst.

SMM videreutviklet i 2003 sitt system for varsling av nye metoder. Systemet omfatter kontakt med et internasjonalt nettverk, samarbeid med norske fageksperter og i økende grad et samarbeid med Legemiddelverket. Arbeidet innebærer identifikasjon av metodene, utredning og formidling av resultatene.

SMM har aktivt utnyttet sitt samarbeid med «Health Technology Assessment"-sentra i andre land, og deltatt i konkrete fellesprosjekter. SMM har vært Norges representant i ekspertgruppen for en del av OECDs Health Project. SMM inngikk også i 2003 samarbeidsavtale med WHOs Health Evidence Network.

Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF)

Hovedaktivitetene i HELTEF i 2003 var pasienterfaringsundersøkelser (PasOpp), undersøkelse av overlevelse etter sykehusopphold for akutt hjerteinfarkt, hjerneslag og lårhalsbrudd, helseprofil for barn og unge i Akershus (epidemiologisk kartlegging av helsetilstand og bruk av helsetjenester) samt diverse kliniske studier.

HELTEF bruker egenutviklet teknologi for å koble data fra sykehusenes pasientadministrative systemer med andre registre uten at personene kan identifiseres i forskningsdatabasene. Samarbeidet med Norsk intensivregister om utviklingen av et individbasert kvalitetsregister ble videreført.

Divisjon for kunnskapshåndtering i Sosial- og helsedirektoratet

Divisjon for kunnskapshåndtering hadde i 2003 som hovedmål å støtte publikum, helsepersonell og forvaltning i å treffe velinformerte beslutninger om bruk av sosial- og helsetjenester, samt å støtte Sosial- og helsedirektoratet og sosial- og helsetjenesten i å utvikle kvaliteten av sin virksomhet.

Hovedaktivitetene var oppsummering av forskningsbasert kunnskap på prioriterte områder, forskning om måter å støtte kunnskapsbasert praksis på og støtte til internasjonalt arbeid.

Tilstandsvurdering

Kunnskapssenteret arbeider i 2004 parallelt med å videreføre virksomheten i de tre miljøene og å etablere en ny felles organisasjon. Det er etablert et vitenskapelig råd som vil gi råd om hovedlinjene for Kunnskapssenterets faglige virksomhet.

Kunnskapssenteret fortsetter arbeidet med metodevurderinger, kunnskapsoppsummeringer, og varsling om nye metoder innenfor spesialisthelsetjenesten, offentlig helseforvaltning og mot primærhelsetjenesten. Utredningene omfatter kostnads-nytte vurderinger der det er relevant og mulig. Metodevarslinger på legemiddelområdet utarbeides etter dialog med Statens Legemiddelverk.

Pasienterfaringsundersøkelsene PasOpp utgjør en betydelig del av aktiviteten i Kunnskapssenteret. Det arbeides med primærforskning knyttet til pasienterfarings- og ansatteerfaringsstudier, 30 dagers overlevelsesprosjektet og helseprofilprosjektet, foruten en rekke kliniske studier der pasientens livskvalitet er et felles tema.

Kunnskapssenterets samarbeid med Norsk intensivregister fortsetter. I løpet av 2004 vil nødvendig infrastruktur være på plass for å ta imot individbaserte data fra alle norske intensivenheter. Dette vil danne grunnlag for årlige rapporter om resultatene ved norske intensivenheter og være grunnlag for forskning.

Kunnskapssenteret spiller en aktiv rolle for å stimulere og støtte helsetjenesten i å basere sin praksis på den beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap. Kunnskapssenteret arbeider også med prosjekter som skal sikre bedre kvalitet i pasientrettet informasjon, mer rasjonell legemiddelforskrivning og endringer i systemer for videre- og etterutdanning.

En begrenset, men sentral del av Kunnskapssenterets aktiviteter er også rettet mot globale helseutfordringer, med vekt på problemstillinger som er viktige i fattigere deler av verden. Land med dårlig økonomi har et særlig behov for kunnskap om effekten av tiltak for å få mest mulig igjen for investeringene. Kunnskapssenteret bidrar blant annet ved å styrke landenes egen kapasitet til å evaluere effekt av tiltak i helsetjenesten.

Satsingsområder for 2005

Kunnskapssenteret skal bistå i utviklingen av gode systemer for innføring av nye metoder i helsevesenet og hvilke krav til dokumentasjon som bør innfris før nye metoder tas i bruk på pasienter.

Senteret vil fremskaffe kunnskap om virkningen av ulike tiltak for å fremme en rasjonell bruk av helsetjenester og imøtekomme behov for relevant og pålitelig informasjon i rett tid. Gjennom nasjonalt og internasjonalt samarbeid vil senteret evaluere og oppsummere kunnskap om virkninger av metoder for å utvikle kvaliteten av helsetjenestene, gjøre slik kunnskap tilgjengelig og støtte fagutøvere i å benytte den.

For å styrke forebyggende psykisk helsearbeid skal Kunnskapssenteret utvikle metodestøtte for forebyggende tiltak, gjennomføre systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer om effekt av tiltak, og videreutvikle støttefunksjonene overfor sentrale aktører i det forebyggende arbeidet.

Kunnskapssenteret skal i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet utvikle strategier for økt bruk av forskningsbasert kunnskap på folkehelsefeltet.

Kunnskapssenteret vil gjennomføre og videreutvikle de nasjonale pasienttilfredshetsundersøkelsene i samarbeid med de regionale helseforetakene. Senteret vil også arbeide for å fremme praktisk nyttig helsetjenesteforskning, både gjennom samarbeid med andre miljøer og i egen forskning.

Senteret skal videreutvikle sin kompetanse og kapasitet når det gjelder kostnad-nytte analyser (helseøkonomiske evalueringer) for metoder som benyttes eller planlegges innført i norsk helsevesen.

Merknader til budsjett 2005

Det foreslås bevilget 35,086 mill. kroner til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2005.

Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
03	Oppdragsinntekter		100	103
	Sum kap 3725		100	103

Det foreslås en bevilgning på kap. 3725 for 2005 på 103 000 kroner.

Kap. 0726 Habilitering og rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
21	Spesielle driftsutgifter	18 160	23 263	33 951
61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmisbrukere, *kan overføres*	200 159	46 404	54 912
	Sum kap 0726	218 319	69 667	88 863

Regnskap 2003 gjelder tidligere kap. 718 Rehabilitering.
Overført fra 2003 til 2004:
Post 21: 1 003 000 kroner (overført fra tidligere kap. 718.21).
Post 61: 1 621 000 kroner (overført fra tidligere kap. 718.61).

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formål og oppgaver

Tjenester som tilbys og ytes som ledd i en habiliterings-/rehabiliteringsprosess skal ivareta brukerperspektivet, være samordnet, tverrfaglige, planmessige, og gis nærmest mulig brukerens hjem og vante miljø. Tjenester skal ytes til alle, både barn og voksne, som har behov for habiliterings- eller rehabiliteringstjenester.

Resultatrapport for 2003

Midler til rehabilitering var i 2003 bevilget over kap. 718 post 21.

Avtalen med Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) ble forlenget i 2003 i henhold til den femårige avtalen. I 2003 ble det gjennomført 16 etterutdanningskurs i rehabilitering og individuell plan. I etterutdanningene i 2003 deltok 440 studenter. Tre bokmanuskripter ble ferdigstilt, og det ble etablert et samarbeid med NKI om å lage nettbasert utdanning. Innenfor forsøks- og utviklingsarbeid var hovedfokus på utarbeiding av et kommuneprogram med mål å fremskaffe og formidle gode eksempler på god rehabiliteringspraksis. Innenfor forskning rapporteres produktiviteten å ha vært god. Den årlige nettverkskonferansen hadde over 400 deltakere. Det ble utgitt fire nummer av magasinet Respekt.

Av 310 kommuner/bydeler opplyser 93 prosent at de har tatt i bruk individuell plan. Antall brukere som har fått individuell plan er fortsatt lavt.

Det ble i 2003 gitt midler til kompetansenettverk for døvblitte/sterkt tunghørtblitte og deres pårørende.

Det ble gitt midler til avslutning av prosjektet Kognitiv rehabilitering ved Sunnaas sykehus.

Prosjektet Integrering av likestilling og kjønnsperspektiv ble startet i 2001. I 2002 ble prosjektet definert til å gjelde rehabiliteringsfeltet. Etter søknad ble midler bevilget i 2003 overført til bruk i 2004. Prosjektet vil bli avsluttet i 2004.

Høgskolen i Tromsø ble i 2003 tildelt midler til planlegging av videreutdanning i konduktiv opplæring. Studieplanen ble godkjent av Høgskolestyret i desember 2002. Det har vært svært få søkere til studiet, og høgskolen endret studieopplegget fra heltidsstudium til deltidsstudium. Også til deltidsstudiet var det svært få søkere. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler derfor at dette studiet ikke igangsettes nå.

«Det nytter»-prisen for 2003 ble delt ut for 15. gang. Det var 139 økere til prisen. Førsteprisen

gikk til Selvdialyseenheten ved Nyremedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus. Tilbudet med selvdialyse er nyskapende og framtidsrettet, og gir den enkelte pasient med dialysebehov frihet og selvstendighet, og det gir rom for stor grad av brukermedvirkning.

Det ble bevilget midler til implementering av ICF (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse). Klassifikasjonen ble oversatt til norsk i 2003.

Handlingsplanen Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede ble lagt fram i 2002. Hensikten med planen er samordning av tjenestetilbudet til hørselshemmede både tverrfaglig og tverretatlig, slik at hørselsomsorgen kan fremstå som et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Det var i 2003 samhandlingskonferanser i tre helseregioner. Det ble i 2002 igangsatt et treårig modellforsøk – ReSonare. Gjennomføringen av forsøket ble forankret i det Statlige spesialpedagogiske støttesystem. Hensikten med modellforsøket er å finne fram til nettverksmodeller med helhetlig og brukerrettet fokus for døvblitte/sterkt tunghørtblitte og deres pårørende.

Departementet har arbeidet med en strategiplan for habilitering av barn. Planen ble lagt fram i mars 2004.

Det ble i 2003 igangsatt et samordnet prosjekt innen intensiv habilitering i Helse Bergen (Høgskolen i Bergen, Barnas Fysioterapisenter og Haukeland universitetssykehus). Prosjektet videreføres. Prosjektet ved Vest-Agder sykehus HF om intensiv habilitering av barn, som startet opp i 2002, ble videreført.

Som oppfølging av rapporten Statlig spesialpedagogisk støttesystem og barnehabiliteringstjenesten har Helsedepartementet i samarbeid med Barne- og familiedepartementet, Sosialdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet utarbeidet et rundskriv om samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan. Rundskrivet ble ferdigstilt i mars 2004.

Planen Rehabilitering av synshemmede ble pågegynt i 2003 og forutsettes ferdigstilt i 2004. Planen retter seg mot voksne synshemmede i yrkesaktiv alder og eldre. Planen vil ta opp tiltak i forhold til den enkelte synshemmede, tiltak i forhold til samarbeidspartnere i en helhetlig rehabiliteringskjede og tiltak rettet mot befolkningen.

Tilstandsvurdering

I henhold til forskrift om habilitering og rehabilitering, som ble fastsatt i 2001, skal det regionale helseforetaket bl.a. gi råd og veiledning til kommunen. Habiliteringstjenesten og rehabiliteringstjenesten har et bredt arbeidsfelt. For å ivareta alle oppgaver er det behov for økte ressurser flere steder. I styringsdokumentet for 2004 til de regionale helseforetakene er det gitt uttrykk for at de regionale helseforetakene skal sørge for rehabiliterings- og habiliteringstjenester til de pasienter som trenger det, herunder nødvendig utredning, trening, veiledning av – og samarbeid med kommunene om tilrettelegging av tilbud og utarbeiding av individuell plan. Videre er det anført at det må settes av ressurser til å ivareta funksjonshemmede og kronisk syke barns behov for habiliteringstjenester.

Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) ble i 2003 evaluert av en ekstern gruppe. Gruppen bedømmer SKUR overveiende positivt. Det har lykkes å få til en god utvikling innen utdanning, forsøks- og utviklingsarbeid, nettverksarbeid og formidlingsvirksomhet. Forskning har ikke lykkes i samme grad.

Hjemmelsgrunnlaget for individuell plan er utvidet til også å omfatte sosialtjenesteloven fra 01.01.2004. Departementet arbeider med endring av gjeldende forskrift om individuell plan.

Det rapporteres om manglende hørselsfaglig kompetanse både i kommunene og innen spesialisthelsetjenesten. Kompetanseøkning er et av tiltakene i handlingsplanen Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Gjennom modellforsøket Re-Sonare er det bygget opp en nettverksmodell for døvblitte/sterkt tunghørtblitte med vekt på både systemrettede og individrettede tiltak. Det er opprettet regionale enheter knyttet til de statlige spesialpedagogiske kompetansesentrene for hørselshemmede. Dagens tilbud har ikke i tilstrekkelig grad dekket behovet til denne gruppen.

Arbeidet med implementeringen i Norge av den internasjonale klassifikasjonen ICF (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemminger og helse) er startet opp. Sosial- og helsedirektoratet følger opp bl.a. ved å arrangere regionale konferanser.

Igangsatte prosjekter innen habilitering av barn videreføres. Målet med prosjektene er å styrke tilbudet innenfor barnehabilitering, særlig på området intensiv trening/habilitering.

Satsingsområder og mål i 2005

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker fortsatt å fokusere på habilitering av barn, helhetlig hørselsomsorg, og tilbud til synshemmede. Som oppfølging av St. meld. nr. 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmede barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funk-

sjonsevne vil Helse- og omsorgsdepartementet også fokusere på voksenhabilitering.

Habilitering av barn

Barn og unge med kronisk sykdom og funksjonshemming trenger ofte et bredt og langsiktig habiliteringstilbud. Et økende antall foreldre har ønsket alternative treningstilbud til barnet, bl.a. trening etter Doman-metoden slik den tilbys gjennom The Institutes for the Achievement of Human Potential (IAHP) i USA. Sosial- og helsedirektoratet nedsatte en bredt sammensatt faggruppe som skulle vurdere det samlede habiliteringstilbudet til funksjonshemmede barn som det ble søkt om bidrag til reiser til Doman-instituttet for. Faggruppen har avsluttet sitt arbeid og lagt fram en rapport der erfaringer fra arbeidet går fram og forslag til tiltak. Faggruppens rapport og strategiplanen Habilitering av barn vil bli sett i sammenheng. Sosial- og helsedirektoratet vil følge opp tiltakene, som har som mål at tilbudene til funksjonshemmede og kronisk syke barn styrkes både innenfor spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Videreføring av igangsatte prosjekter og etablering av nye er tiltak som vil kunne bidra til en utvikling og styrking av feltet.

Voksenhabiliteringstjenesten

Voksenhabiliteringstjenesten, som er en spesialisthelsetjeneste, ivaretar for en stor del tjenester til psykisk utviklingshemmede. En viktig oppgave er rådgiving overfor kommunene. Sosial- og helsedirektoratet skal foreta en gjennomgang av voksenhabiliteringstjenesten. Formålet er å klargjøre hvordan tjenesten fungerer både med hensyn til brukergrupper, innhold i tjenesten, kompetanse, kapasitet og samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten og øvrig hjelpeapparat. Gjennomgangen planlegges ferdigstilt våren 2005.

Helhetlig tjenestetilbud til mennesker med hørselshemninger

Hensikten med handlingsplanen Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede er å legge opp en strategi for tiltak som kan bedre muligheten for deltakelse og full likestilling for hørselshemmede. I handlingsplanen presenteres tiltak forankret på ulike nivåer. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å gjennomføre tiltakene i planen. Tjenestetilbudet til hørselshemmede vil også i 2005 være et av Sosial- og helsedirektoratets satsingsområder. Fokus i 2005 vil være videreføring av arbeidet med retningslinjer for hørselssentralene, følge opp de regionale samhandlingskonferansene, vurdere hørselshjelpordningen til HLF (Hørselshemmedes Landsforbund) som et supplement til den offentlige hørselsomsorgen, styrke fokuset på eldre døve og tunghørte, videreutvikle lærings- og mestringssentrene som arena i hørselsomsorgen, utarbeiding av oppfølgingsrutiner for personer som får Cochlea implantat, videreføring av treårig modellforsøk i Nordland, utredning av hørselshemmedes forhold på arbeidsmarkedet, stimulere til forskning innen audiologi. Modellforsøket ReSonare videreføres.

Sosial- og helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal kartlegge hvilken kompetanse primærleger har på sykdommen tinnitus. Gruppen skal utarbeide planer for hvordan slik kompetanse kan videreutvikles, og hvordan behandling/videreformidling av pasienter bør skje. Gruppen skal ferdigstille sitt arbeid innen 1. mars 2005

Gjennomgang av forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan

Sosial- og helsedirektoratet har gjennomgått forskrift om habilitering og rehabilitering. Det synes å ha skjedd en utviklingsprosess både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er likevel slik at mange kommuner er kommet relativt kort i arbeidet med å sette forskriftene om habilitering og rehabilitering og individuell plan ut i livet, jf. omtale ovenfor. Det handler i stor grad om å utvikle ny praksis både i relasjonen mellom tjenesteapparatet og den enkelte tjenestemottaker, og i samhandlingen mellom ulike sektorer. Det er fortsatt nødvendig å presisere kravene i forskriften. Sosial- og helsedirektoratet vil fortsette arbeidet med formidlingsvirksomhet m.m. Sosial- og helsedirektoratet vil samarbeide med SKUR og SINTEF Helse om et prosjekt for implementering av individuell plan.

Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR)

Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) er et prosjekt ved Høgskolen i Bodø. Avtalen gjelder for fem år fra 01.05.2000, og forlenges for ett år om gangen. SKUR hadde sitt første hele driftsår i 2001. Med bakgrunn i den evalueringen som er gjennomført skal departementet vurdere spørsmålet om videre drift av SKUR, og hvilke oppgaver SKUR evt. skal ivareta i fremtiden.

Etterutdanning innen rehabilitering

Etterutdanningen retter seg mot tjenesteytere fra ulike fagfelt, etater og sektorer. Etterutdanningen i rehabilitering og individuell plan vurderes som nyttig, og er bl.a. en viktig møteplass. Det tas sikte på å videreføre etterutdanningen.

Rehabilitering av synshemmede

En plan for rehabilitering av synshemmede forutsettes ferdigstilt i 2004. I planen vil det presenteres tiltak forankret på ulike nivåer knyttet til oppgaver, ansvar og mål.

Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)

WHO's klassifikasjonssystem International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ble oversatt til norsk i 2003. I 2004 er det utviklet et program for opplæring og implementering i aktuelle rehabiliteringsmiljøer. Hovedutfordringen i 2005 blir å bidra til en ensartet bruk av klassifikasjonen gjennom opplæring og utvikling av ulike datasett i samarbeid med WHOs klassifikasjonssenter i Uppsala.

Post 61 Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmisbrukere

Formål

Under denne posten gis en omtale av tiltak for rusmiddelmisbrukere, med vekt på helsetiltakene lavterskel helsetilbud og legemiddelassistert rehabilitering. Bevilgningen på posten nyttes til lavterskel helsetiltak og enkelte tiltak når det gjelder legemiddelassistert rehabilitering, herunder finansiering av seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo. Det vises også til programkategori 10.60 når det gjelder andre kommunale rusmiddeltiltak og kap. 732 når det gjelder bevilgning til tverrfaglig spesialisert behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering.

Formålet med lavterskel helsetilbud er å bedre livssituasjonen til tungt belastede rusmiddelmisbrukere. Gjennom lavterskel helsetiltak skal rusmiddelmisbrukere, som ikke greier å gjøre seg nytte av vanlige helsetjenester, få et tilgjengelig og gatenært helsetilbud som kan bidra til å bedre deres helse, livssituasjon og redusere faren for overdoser. Formålet med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er å gi tungt belastede rusmiddelmisbrukere en mulighet til å komme ut av sitt misbruk. LAR er et sentralt element i en samlet innsats for å redusere narkotikarelaterte dødsfall og for å gi rusmiddelmisbrukere et bedre helsetilbud. Tilbudet innebærer at de tyngst belastede rusmiddelmisbrukerne gjøres tilgjengelige for videre behandlings- og rehabiliteringsinnsatser.

Resultatrapport 2003

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering var ved utgangen av 1998 landsdekkende. 2003 var således det femte driftsåret for tilbudet i Norge. I 2003 var tilbudet organisert på følgende måte: Oslo, Bergen og Trondheim har regionale spesialistsentra med inntaks-, oppstart-, og veiledningsfunksjoner for deres respektive helseregioner. I helseregion Vest er det i tillegg etablert et eget tiltak i Rogaland. Helseregion Sør er organisert gjennom samarbeidsfunksjoner mellom Buskerud, Vestfold og Telemark og mellom Vest- og Aust-Agder. Senteret i Trondheim har også senterfunksjon for helseregion Nord. Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo (MARIO) er, ved siden av å være regionsenter for helseregion Øst, nasjonalt kompetansesenter for legemiddassistert rehabilitering. Tilskuddsordningen finansierer den spesialiserte delen av LAR-tilbudet, herunder legemiddelkostnadene, samt forskning og utviklingsarbeid innenfor legemiddelassistert rehabilitering. Rehabiliteringsarbeidet foregår i regi av kommunens sosial- og helsetjeneste. Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitet i Oslo avholder regelmessig, regionsvise kurs i rusmiddelmedisin for leger.

Forskningsprosjektet «Medikamentassistert abstinensorientert rehabilitering: Et alternativ til vedlikeholdsbehandling» (Forsøk med nedtrapping ved bruk av legemidler til yngre heroinmisbrukere), ble igangsatt i 2002. I løpet av 2003 var 75 pasienter inkludert og får individuell oppfølging fra behandlingssentra. Kjennetegn ved pasientene er at de, bortsett fra definert opiatavhengighet, ikke tilfredsstiller kriteriene for LAR-behandling (hovedsakelig alderskriteriet og/eller manglende behandlingserfaring). Datainnsamlingen og oppfølgingen av de inkluderte pasientene fortsetter i 2004.

Ved utgangen av 2003 var 2431 pasienter inntatt i legemiddelassistert rehabilitering. Dette er en økning fra 2002 på 447 personer. Totalt stod 550 på vente- og søkerliste ved utgangen av 2003 - en økning på 79 personer sammenlignet med samme tidspunkt i 2002.

På landsbasis var fordelingen slik per 31.12.03:

Helseregion	Antall i behandling	Antall på venteliste	Antall på søkerliste
Øst	1313	71	65
Sør	495	42	56
Vest	438	143	33
Midt og Nord	185	97	43
Sum	2431	353	197

Kilde: UiO, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer/MAR ØST

På landsbasis synes det å være kortere ventetid i fylker med små bykommuner og landkommuner når disse har en velfungerende sosialtjeneste og et etablert samarbeid med lokale leger. Lang tid fram til inntak er først og fremst et problem i større bykommuner og byer som har kapasitetsproblemer i sosialsektoren.

Stortinget sluttet seg i 2001 til en desentralisert modell for legemiddelassistert rehabilitering. Alle regioner har meldt om at modellen er implementert og i god utvikling, men med noen særlige utfordringer for de større byene, jf. kapittel 761 post 63 om kommunal oppfølging av rusmiddelmisbrukere i LAR. Det rapporteres om at stadig flere fastleger tar del i rehabiliteringsarbeidet. En helhetlig evaluering av legemiddelassistert rehabilitering ble startet opp i 2003.

Lavterskel helsetilbud

Tiltaket ble i 2003 utvidet fra 24 til 34 kommuner. Dette er gatenære tiltak for tungt belastede rusmiddelmisbrukere med tilbud om helsesjekk, vaksinasjoner, smittevern, veiledning og oppfølging ved overdoser m.m. Rapportene fra kommunene i 2003 viser at de lykkes i å nå de hardest belastede rusmiddelmisbrukerne med helsetjenester. Suksesskriteriene er i første rekke en tverrfaglig tilnærming og samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten i kommunene. I mange kommuner er tiltaket utviklet i samarbeid med frivillige organisasjoner. Tiltakene er i mange tilfeller organisert på ulik måte. Det er etablert feltsykepleie flere steder med utstrakt teamarbeid, og det arbeides også med oppsøkende virksomhet. Alle tiltakene er tilknyttet legetjenester. I enkelte kommuner er tilbudet etablert i helsestasjon. Tiltaket synes i stor grad å fungere som et koordinerende ledd for helse- og sosialtjenesten og er på den måten en inngangsport til det ordinære hjelpeapparatet i kommunene. De ti nye kommunene som etablerte lavterskel helsetiltak i 2003, melder om stort behov for tjenesten hos rusmiddelmisbrukerne. Forsinket oppstart i flere kommuner innebærer imidlertid at det så langt er vanskelig å se resultater av disse tiltakene.

Tilstandsvurdering

Legemiddelassistert rehabilitering

Legemiddelassistert rehabilitering ble etablert av det daværende Sosial- og helsedepartementet som en statlig finansiert rehabiliteringsmetode for rusmiddelmisbrukere. I forbindelse med Stortingets behandling av rusreformen, ble også LAR-sentrene med virkning fra 1. januar 2004, overført til de regionale helseforetakene ved at de organisatorisk var tilknyttet institusjoner som ble omfattet av reformen. Siden tilbudet ble landsdekkende i 1998, har det årlig vært en jevn økning i antall personer i behandling. Fra utgangen av 2001 og fram til i dag (30.04.04), nærmer det seg en fordobling av antall i behandling. Følgende tabell viser utviklingen når det gjelder antall i behandling på landsbasis og fordelt på regioner i perioden fra 1998 og fram til første tertial 2004.

I behandling	1998	1999	2000	2001	2002	2003	30.4 2004
Øst	173	445	636	861	1106	1313	1388
Sør	8	166	249	356	440	495	515
Vest	23	65	120	186	285	438	481
Midt/Nord	0	43	69	100	153	185	200
Sum	204	719	1074	1503	1984	2431	2584

Kilde: UiO, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer/MAR ØST

Når det gjelder antall på venteliste (vente- og søkerliste), var det de første årene etter 1998 en jevn økning. Etter en topp i 2000 med 828 registrerte på venteliste, er imidlertid hovedtendensen et relativt stabilt bilde og en viss reduksjon i antall på venteliste. Nedgangen har vært tydeligst i helseregion Øst – noe som kan ha sammenheng med inntakspoliklinikken som ble etablert ved MARIO i Oslo. Helse Midt/Nord har også etter 2003 oppnådd en reduksjon i antall på venteliste.

Følgende tabell gir et bilde av utviklingen når det gjelder antall på vente- og søkerliste.

Venter	1998	1999	2000	2001	2002	2003	30.4 2004
Øst	400	431	448	254	130	136	139
Sør	13	133	182	124	92	98	129
Vest	50	84	108	149	128	176	181
Midt/Nord	1	65	90	122	121	140	124
Sum	464	713	828	649	471	550	573

Kilde: UiO, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer/MAR ØST

Antallet registrerte narkotikarelaterte dødsfall nådde, ifølge statistikk fra KRIPOS, en topp i 2000 og 2001 med henholdsvis 327 og 338 døde. Etter 2001, har det vært en kraftig nedgang i antallet narkotikarelaterte dødsfall i Norge. I 2002 ble det registrert 210 døde og i 2003 172 døde. Denne utviklingen antas å ha sammenheng med blant annet de senere års satsing på tilbud som legemiddelassistert rehabilitering og lavterskel helsetiltak ved at stadig flere hardt belastede rusmiddelmisbrukere har fått denne typen tilbud.

Lavterskel helsetilbud

Tilskudd til lavterskel helsetiltak er gitt til kommuner som har mange rusmiddelmisbrukere med omfattende helseproblemer samt høy forekomst av overdoser. Det har siden 2001 vært en kraftig økning av bevilgningen til formålet og antall deltakende kommuner. Fra et tilskudd på 8 mill. kroner i 2001 til tiltak i 11 kommuner, er tilskuddet økt til 43,4 mill.kroner i 2004 til lavterskel helsetiltak i 38 kommuner. Innenfor tilskuddsrammen er det satt av midler til etablering av forsøk med Gatehospital i Oslo i et samarbeid mellom Frelsesarmeen og Oslo kommune og midler til kompetansehevende tiltak for legetjenesten i kommunene. Lavterskel helsetiltak, sammen med tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering, antas å være av vesentlig betydning når det gjelder de senere års klare reduksjon i antallet narkotikarelaterte dødsfall. Ifølge statistikk fra KRIPOS er antallet overdosedødsfall halvert i perioden etter 2001.

Satsingsområder og resultatmål for 2005

Økt kapasitet i behandlings- og rehabiliteringstilbudet til rusmiddelmisbrukere, herunder legemiddelassistert rehabilitering

Stortinget har, i forbindelse med behandlingen av Dokument nr. 8:56 (2003-2004) gjort følgende vedtak: «Stortinget ber Regjeringen i statsbudsjettet for 2005 legge fram en plan for å øke kapasiteten i behandlings- og rehabiliteringstilbudet til rusmiddelmisbrukere.»

Regjeringen har i handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 satt som et viktig strategisk mål for rusmiddelpolitikken å bedre tilgangen

til effektiv rådgivning, hjelp og behandling for personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende. Videre er det ifølge planen et mål å øke andelen misbrukere som ved hjelp av legemiddelassistert rehabilitering og medikamentfri behandling kommer seg ut av misbruket eller får betydelig bedret livskvalitet. Hertil kommer rusreformens overordnede mål som er at rusmiddelmisbrukere med sammensatte problemer skal få bedre tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre. Med rusreformen og statlig overtakelse av et samlet behandlingsapparat for rusmiddelmisbrukere, herunder legemiddelassistert rehabilitering, er det lagt et organisatorisk grunnlag for å oppfylle målsettingene på området. Gjennom rusreformen har legen fått en tydeligere rolle, de regionale helseforetakene har nå et bedre grunnlag for å gi rusmiddelmisbrukere et mer helhetlig tilbud og rusmiddelmisbrukere har fått pasientrettigheter også ved behandling av rusmiddelmisbruk.

Tilbakemeldinger fra de regionale helseforetakene pr. 30. april 2004, tyder på at det har vært en aktivitetsøkning siden tidspunkt for ansvarsovertakelsen ved at det i de fleste regioner har vært en økning i antallet henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling. Dette tilskrives blant annet at legene, i tillegg til sosialtjenesten, gjennom rusreformen har anledning til å henvise rusmiddelmisbrukere til tverrfaglig spesialisert behandling. Samtlige helseforetak rapporterer videre om en viss økning i antall personer på venteliste. Når det gjelder ventetid til behandling tyder foreløpige rapporter fra de regionale helseforetakene på at den er høyst varierende, avhengig av hvilken form for behandling det er snakk om. Ventetiden kan variere fra 0 dager til ett år. Det generelle bildet tyder imidlertid på en gjennomgående ventetid på 2-3 måneder (døgnbehandling). Når det gjelder legemiddelassistert rehabilitering, har det de senere år vært en kraftig økning i antall i behandling. Samtidig er antallet personer på venteliste fortsatt høyt. Antall på venteliste har også en sammenheng med kapasitetsproblemer når det gjelder lokal oppfølging og rehabilitering. Dersom denne behandlingsformen skal gi ønsket effekt, er det svært viktig at både den psykososiale og den medisinske oppfølgingen er tett og tilstrekkelig. Økningen i antall henvisninger og antallet på venteliste til tverrfaglig spesialisert behandling, synes samlet sett ikke å være spesielt høy. Situasjonen er allikevel at mange står på venteliste til behandling, herunder til legemiddelassistert rehabilitering.

Statens institutt for rusmiddelforskning har gjennomført en «nytte-kostnad» studie av 482 klienter i behandling for narkotikamisbruk fra 20 ulike behandlingstiltak (døgntiltak, polikliniske tiltak og LAR) i Oslo-området (SIRUS Rapport nr. 4/2003). Klientene/pasientene ble intervjuet ved henholdsvis inntak i behandling og ett og to år etter inntak. Studien viser at det fant sted en betydelig reduksjon i omfang av ulike problemer. Det ble rapportert om en betydelig nedgang i bruk av illegale rusmidler og kriminalitet. Ser vi på endringer i de ulike typer behandlingstiltak, viser undersøkelsen at pasienter i legemiddelassistert rehabilitering hadde den største reduksjonen i bruk av heroin, mens pasienter som var i behandling i de psykiatriske ungdomsteamene, hadde svært liten forbedring i bruken av narkotiske stoffer. Ser man på endring i omfanget av psykiske plager, er endringen størst blant pasienter ved de psykiatriske ungdomsteamene, mens det ikke var noen forbedring for pasientene i LAR. Pasienter/klienter som hadde vært i døgnbehandling hadde en relativt jevn reduksjon både i misbruk av rusmidler og psykiske plager. Undersøkelsen viste at det er store problemer knyttet til å sammenligne ulike behandlingsintervensjoner og forholdet mellom endring og kostnader. Ingen av de behandlingstiltakene som inngikk i undersøkelsen, hadde den beste skåren på alle de undersøkte områder (endring i misbruk, psykisk helse, kriminalitet osv). Dette har blant annet sammenheng med at det var store individuelle variasjoner i pasientgruppene og at substitusjonsbehandling i motsetning til de andre behandlingsintervensjoner for de fleste vil være en livslang behandling. Det framkommer imidlertid at de medikamentfrie behandlingstiltakene viste bedre resultater enn LAR når det gjaldt psykisk helse.

Regjeringen ser det som avgjørende å sikre god tilgjengelighet og kapasitet i det samlede behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere, samtidig som innholdet og kvaliteten i tilbudet bedres for derigjennom å oppnå bedre behandlingsresultater, reduksjon i antallet overdosedødsfall, reduksjon i helse- og sosialproblemer og bedret livskvalitet for den enkelte rusmiddelmisbruker. Utgangspunktet må være en helhetlig satsing der utfordringer når det gjelder kapasitet er et av flere viktige elementer. Staten ved de regionale helseforetakene har med virkning fra 2004 fått et helhetlig ansvar for spesialiserte behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere som innebærer å ivareta behov for behandling både av rusmiddelproblemer, psykiske lidelser og/eller somatiske lidelser. De regionale helseforetakene må, innenfor sitt «sørge for»-ansvar og innen de rammer foretakene har til rådighet, sikre at det finnes tilstrekkelig tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud som dekker rusmiddelmisbrukernes behov.

Helsedepartementet har som en oppfølging av rusreformen utarbeidet et strategidokument som et bidrag til å bedre det samlede behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere («Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier», juli 2004). Dokumentet trekker opp nasjonale strategier og perspektiver på området og skal bidra til fellesskap og kvalitet i det videre arbeidet. I dokumentet pekes det på områder som bør gis særlig oppmerksomhet for å bedre kvaliteten på behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Hovedadressat for dokumentet er de regionale helseforetakene som har fått nye og utfordrende oppgaver. Kommunene er også en svært viktig aktør og samarbeidspartner på området.

Samlet foreslås det over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett bevilget 210 mill. kroner til styrking og videreføring av ulike tiltak for rusmiddelmisbrukere i 2005. Med utgangspunkt i foreliggende rapporter som tyder på en økning i antall personer som samlet sett henvises til og står på venteliste til behandling, foreslår Regjeringen å videreføre styrkingen av bevilgningen til de regionale helseforetakene som ble vedtatt i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett i 2004. For ytterligere å øke andelen rusmiddelmisbrukere som kan tilbys legemiddelassistert rehabilitering, foreslår Regjeringen en samlet styrking av bevilgningen til formålet med 20 mill. kroner. Midlene på 20 mill. kroner fordeles på kap. 732 post 71-75 og post 77, kap. 2752 post 70 og kap. 2755 post 70. Midlene skal nyttes til økt behandlingskapasitet. Dette utgjør i 2005 en økning i rammene på om lag 10 prosent. Regjeringen forutsetter med dette forslaget at de regionale helseforetakene har et styrket grunnlag for å ivareta sitt nye og utvidete «sørge for»-ansvar for den aktuelle målgruppen og at andelen som mottar relevant behandling med dette forslaget vil øke betydelig.

Sosial- og helsetjenesten i kommunene har ansvaret for oppfølging av pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Ressursbegrensningen i den kommunale sosialtjenesten synes å ha blitt en «flaskehals» i arbeidet med å få flere narkomane inn i denne typen behandling. For å øke kapasiteten når det gjelder kommunenes innsats for rusmiddelmisbrukere, foreslås bevilgningen til arbeidet i kommunene styrket med 70 mill. kroner, jf. kap.761 post 63. Et viktig mål med satsingen er å styrke oppfølging av rusmiddelmisbrukere etter opphold i institusjon og bedre oppfølging av pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Samarbeid med frivillige organisasjoner er viktig i denne sammenheng. Innenfor denne rammen foreslås det også avsatt midler til delfinansiering av forsøk med sprøyterom. Bevilgning til etablering av Frelsesarmeens Gatehospital i Oslo og evaluering av rusreformen inngår også i denne satsingen og finansieres over kap. 726 post 61. Over Arbeids- og sosialdepartementets budsjett blir satsingen på arbeidsmarkedstiltak for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering og satsingen på oppfølgingstjenester i bolig for bostedsløse og rusmiddelmisbrukere i kommunene dessuten trappet opp.

Som en oppfølging av rusreformen har departementet igangsatt et arbeid for å sikre og videreutvikle nødvendige grunnlagsdata innen rusfeltet. Konkret tas det blant annet sikte på å tilpasse data fra rusmiddelinstitusjonene til SAMDATA-systemet. Gode og tilgjengelige data på dette området er svært viktig, dels for å sikre et bedre dokumentasjongrunnlag når det gjelder behandlingsbehov m.m. og dels som grunnlag for evaluering av behandlingsinnsats på området. Departementet har også igangsatt arbeidet med evaluering av rusreformen. Helse-og omsorgsdepartementet vil i 2005, på bakgrunn av resultatene av en helhetlig evaluering av LAR, sørge for en gjennomgang av regelverk og organisering av tilbudet. Endringer i retningslinjer vil bli vurdert i den sammenheng.

Lavterskel helsetilbud

Tilgjengelige og tilrettelagte helsetjenester for rusmiddelmisbrukere er viktig for å bedre livssituasjonen og forebygge overdoser. Regjeringen vil videreføre satsingen på lavterskel helsetiltak for rusmiddelmisbrukere. I løpet av 2005 vil det bli etablert et Gatehospital i Oslo i et samarbeid mellom Frelsesarmeen og Oslo kommune. Bevilgningen til dette formålet foreslås styrket i 2005. En kartlegging av helsetjenesten og helsetilstanden hos tungt belastede rusmiddelmisbrukere peker på at lavterskel helsetiltak synes å være et nødvendig tilbud som bør videreføres og videreutvikles. Samtidig etterlyses behovet for mer systematisert kunnskap som grunnlag for å si noe om tiltakets effekt. Arbeidet med kompetanseutvikling og oppsummering av erfaringene med lavterskel helsetiltak vil bli videreført i lys av dette. I gruppen av tungt belastede rusmiddelmisbrukere som synes å være i en særlig vanskelig og utsatt situasjon, er personer med alvorlige psykiske lidelser og samtidig rusmiddelmisbruk, rusmiddelmisbrukere med hepatitt C og kvinnelige rusmiddelmisbrukere. Det vil, som ledd i videreutviklingen av lavterskel helsetiltak og generell kompetanseutvikling i helsetjenesten, bli satt fokus på deres situasjon og hjelpebehov.

Dommerledet Narkotikaprogram (Drug Court)

Som en oppfølging av Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer, har en arbeidsgruppe nedsatt av Justisdepartementet utredet muligheten for å etablere Dommerledet Narkotikaprogram (Drug Court) i Norge. De berørte departementer, herunder Helse- og omsorgsdepartementet, vil arbeide videre med tiltak for å følge opp forslagene etter avsluttet høring. Departementet kommer tilbake til konsekvensene når det gjelder helse- og omsorgssidens oppfølging på området.

Polikliniske takster i ruspoliklinikker

Fra og med 2004 har de regionale helseforetakene fått «sørge for»-ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere, herunder ruspoliklinikkene. Regjeringen anser det som viktig å ha en lik finansiering av ruspoliklinikkene og poliklinikkene innen psykisk helsevern - det vil si med en aktivitetsavhengig komponent. Det anses også som viktig at valg av behandlingssted skal være faglig motivert, og ikke motivert av økonomiske hensyn. Tverrfaglig spesialisert behandling er per i dag rammefinansiert. Departementet foreslår derfor at det innføres polikliniske refusjonstakster for denne behandlingen som svarer til den takststruktur som er foreslått for psykisk helsevern. Direktoratet utreder samtidig en godkjenningsordning for ruspoliklinikker tilsvarende den som benyttes for poliklinikker innen psykisk helsevern. Forslaget forventes å øke den polikliniske kapasiteten med fokus på aktivitet og pasientbehandling. Det foreslås å innføre takstsystemet fra 1.1.2005. Det vises til kap. 732 post 77 for nærmere omtale av det økonomiske opplegget i forbindelse med omleggingen. Det vises til kap. 743 post 75 for nærmere omtale av takstopplegget.

Ved å tilpasse finansieringsordningen for de to typer poliklinikker, er det viktig også å harmonisere egenbetalingen for disse. På denne måten vil man unngå å få en vridning av bruken av de to typer poliklinikker.

Takstene vil fastsettes i samme forskrift som øvrige polikliniske takster for spesialisthelsetjenesten. Hovedregelen er at helseinstitusjonen kan innkreve egenandel av pasienten. Forskriften gir imidlertid adgang til full godtgjørelse (refusjonstakst og egenandel), blant annet ved behandling hvor pasientens tilstand er til hinder for at pasienten betaler egenandelen. Manglende innbetaling av egenandel skal ikke påvirke oppstart av eller videre behandlingsopplegg ved ruspoliklinikker og poliklinikker innen psykisk helsevern.

I dag er alle ruspoliklinikker som var omfattet av rusreformen fullfinansiert og uten egenbetaling. Manglende innbetaling av egenbetaling ved ruspoliklinikkene vil således ikke medføre inntektstap for de regionale helseforetak.

Kap. 0727 Tannhelsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
21	Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten		16 200	17 038
	Sum kap 0727		16 200	17 038

Regnskap 2003: Tilsvarende bevilgning var i 2003 foreslått under kap 701 post 21 Spesielle driftsutgifter.

Post 21 Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten

Formål og hovedprioriteringer

Tilskudd til forsøks- og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten har hatt som hovedformål sikker bruk av tannbehandlingsmaterialer, bedring i tannhelseforhold hos spesielt barn og ungdom og utsatte grupper, utprøving av fylkeskommunale tannhelsetilbud til nye pasientgrupper, samt stimulering til organisatorisk utviklingsarbeid i fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Det siste ble fra 2004 som en del av tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid utvidet til å omfatte samarbeidsmodeller mellom offentlig og privat sektor, samt hensiktmessig og optimal oppgavefordeling mellom yrkesgruppene i tannhelsetjenesten. De nordiske landene har etablert et faglig samarbeid for å utvikle en bredere kunnskapsbasis på tannhelsefeltet.

Resultatrapportering 2003 og tilstandsbeskrivelse 2004

Tannbehandlingsmaterialer

Det er gitt tilskudd til deltagelse i internasjonalt standardiseringsarbeid (ved Nordisk institutt for odontologisk materialprøving (NIOM)). NIOM representerer Norge i det internasjonale standardiseringsarbeid som er av stor betydning for utviklingen av krav til tannbehandlingsmaterialer/medisinsk utstyr etter direktiv om medisinsk utstyr, jf. kap. 724 post 71. I 2004 er det gitt tilskudd til bl.a. produkttesting av hvite fyllingsmaterialer, utløsningsstoffer i kjeveortopedisk apparatur og på den biologiske effekten ved utstrakt bruk av lyslamper ved bl.a. bleking av tenner.

Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer ved UNIFOB i Bergen har mottatt tilskudd til drift og til et pasientforsøk med utskifting av fyllingsmaterialer. Virksomheten omfatter bivirkningsregistrering, klinisk utredning av pasienter, informasjon og rådgivning, forskningsvirksomhet og deltagelse i helsemyndighetenes utredningsarbeid på feltet. Videre er det videreført midler til flerårig nordisk prosjekt for testing av holdbarhet på «hvite fyllinger» (KVIT-prosjektet).

Sosial- og helsedirektoratet utga i 2003 faglige retningslinjer for bruk av tannrestaureringsmaterialer (IS-1086). Retningslinjene trådte i kraft 1. juli 2003, og målgruppen er tannhelsepersonell.

Forebyggende tannhelsearbeid og kartlegging av tannhelseforhold

I januar 2002 startet en forsøksordning i Hedmark, Vest-Agder og Nord-Trøndelag med et utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud. Forsøksordningen omfatter fire nye pasientgrupper; personer med hjemmebaserte tjenester, som pleies av pårørende, er under rusmiddelomsorgen eller er under psykisk helsevern. Forsøket er basert på et samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Formålet med prosjektet var å innhente et dokumentasjonsgrunnlag for vurdering av et eventuelt landsomfattende tilbud. Forsøksordningen ble avsluttet i 2003. Nylig fremlagte oppsummeringer og evalueringer av forsøksordningen viser at det er færre personer i målgruppene enn først antatt. Det er et stort behandlingsbehov og mange personer med dårlig munnhelse i alle gruppene. Totalt 88 prosent av de som benytter seg av tilbudet om tannhelsetjenester hadde behov for tannbehandling og ca 10 prosent hadde behov for akuttbehandling. Av de undersøkte personene rapporterte 42 prosent at de hadde smerter eller plager fra munnhulen, mens 28 prosent hadde problemer med å tygge/spise eller svelge. Det er positive erfaringer med samarbeid med brukerrepresentanter, mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste og mellom tannhelsetjenesten og kommunale tjenester innen pleie og omsorg, sosialtjeneste, rusomsorg og psykisk helsevern. Privatpraktiserende tannleger i alle tre forsøksfylker er villige til å behandle de nye pasientgruppene basert på samarbeidsavtaler som omhandler økonomisk godtgjøring og definerte kriterier for nødvendig tannbehandling. Læringserfaringene fra forsøksordningen kan bidra som kriterier for samarbeid om offentlige tannhelsetjenester til allerede prioriterte grupper, så vel som kriterier for samarbeid om et offentlig tannhelsetilbud til nye grupper. Samarbeidet i forsøksordningen har ført til større fokus på tannhelse generelt i helse- og sosialetaten. Evalueringen viser at det er av stor betydning at ordningen videreføres i forsøksfylkene inntil det er avklart om tannhelsetilbudet til nye grupper skal videreføres på nasjonalt nivå. Sluttrapportene, herunder også kostnadsberegninger og evaluerings- og kartleggingsrapport fra forsøksordningen vil bli vurdert av departementet og fulgt opp overfor Stortinget på egnet måte.

Det ble i 2003 gitt tilskudd til tiltak for å bedre tannhelsen hos barn og unge og hos eldre i hjemmesykepleie og institusjon. Veilederen «Tenner for livet - helsefremmende og forebyggende arbeid» har vært brukt som faglig grunnlag i arbeidet for å øke innsatsen i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i samarbeid med kommunene når det gjelder det helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeidet. Statistikk over tannhelsen hos barn og unge har vist en uheldig utvikling de siste fem årene, frem til 2002. Tannhelsedata fra 2003 viser en liten bedring hos 5-åringene. Arbeidet med prioritering av helsefremmende og forbyggende tannhelsearbeid er videreført i 2004, forankret i Sosial- og helsedirektoratet.

I samarbeid med helsemyndighetene i Finland, Sverige og Danmark i 2004 er det igangsatt en nordisk undersøkelse om tannpleieres yrkesutøvelse.

Forsøksvirksomhet og utredningsarbeid

I følge tannhelsetjenesteloven har fylkeskommunen ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelig for hele befolkningen. Videre har de ansvar for å organisere og finansiere tannhelsetjenester til definerte grupper med rettskrav på slike tjenester. Som omtalt under kap. 724 post 21, har flere fylkeskommuner problemer med å rekruttere tannhelsepersonell, særlig tannleger, til offentlige oppgaver. Forsøksordningen i de tre omtalte fylkene har gitt positive erfaringer og skissert model-

ler fra samarbeid med privat tannhelsetjeneste om lovpålagte oppgaver. I 2004 gis det som del av tiltaksplanen for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid støtte til fylkeskommuner for planlegging og utprøving av ulike driftsformer innenfor dagens lov om tannhelsetjeneste, se omtale under kap. 724 post 21. Ved tildeling av midler blir det lagt vekt på en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannlege og tannpleier og hensiktsmessig samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Ulike driftstilskuddsordninger omfattes av tilskuddsordningen. Befolkningens etterspørsel etter og behov for tannhelsetjenester har betydning for bruk av de samlede tannhelseressursene i landet. Det er i den sammenheng ønskelig å utnytte tannpleieres kompetanse på en best mulig måte.

Bred utredning på tannhelsefeltet

Det ble våren 2004 oppnevnt et offentlig utvalg som skal utrede alternative forslag angående det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Utvalget ledes av ordfører i Østre Toten kommune Hans Seierstad, og skal blant annet vurdere:

- Hvilke innbyggere skal i fremtiden gis rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og etter øvrig regelverk
- Hvilke oppgaver bør være organisert av offentlig sektor
- Hva er behovet for samarbeid mellom aktuelle forvaltningsnivåer
- Bruken av egenandeler for å ivareta formålene i gjeldende regelverk
- Hvordan man best kan ivareta forebyggende arbeid og oppsøkende virksomhet på en kostnadseffektiv måte
- Bruk av driftstilskuddsordning for å ivareta offentlig tannhelsearbeid
- Hvordan man kan sikre personellressurser til offentlige oppgaver, herunder vurdere innføring av turnustjeneste for tannleger og eventuell regulering av tannlegemarkedet

Utvalget skal foreslå nødvendige lovendringer som ivaretar de ulike forslagene. Utvalgets innstilling skal legges frem innen 1. mai 2005.

Satsingsområder og resultatmål for 2005

Tannbehandlingsmaterialer

Tilskudd til standardiseringsarbeid og produkttesting av tannbehandlingsmaterialer videreføres i 2005. Tilskudd til Bivirkningsgruppen videreføres. Bivirkningsgruppens virksomhet evalueres i 2004/2005. Resultatene fra evalueringen vil bli lagt til grunn for departementets vurdering av en fremtidig organisering av og innhold i de oppgaver og funksjoner Bivirkningsgruppen ivaretar.

Forebyggende tannhelsearbeid og kartlegging av tannhelseforhold

Det forebyggende tannhelsearbeidet forankret i veilederen Tenner for livet, videreføres på fylkesnivå i nært samarbeid med kommunene. Det foreslås tilskudd til å innhente kunnskap om ulike lokale prosjekter og foreta kartlegging av tannhelseforhold. Slike grunnlagsdata vil gi muligheter til å måle effekten av ulike tiltak. Tilskudd til utvidet tannhelsetilbud i Hedmark, Vest-Agder og Nord-Trøndelag videreføres i 2005 og inntil det er avklart hvorvidt dette skal bli en eventuell landsomfattende ordning.

Statens helsetilsyn har i en rapport fra 2004 pekt på fylkesvise ulikheter i det offentlige tannhelsetilbudet til prioriterte grupper. Helse- og omsorgsdepartementet vil ta initiativ til et videre samarbeid med Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedirektoratet og KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon) for å vurdere en aktuell oppfølging av de fylkesvise variasjonene.

Forsøksvirksomhet og utredningsarbeid

Som et ledd i tiltaksplanen for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid foreslås det å øke tilskuddet til fylkeskommuner for planlegging og utprøving av ulike driftsformer innenfor dagens lov om tannhelsetjeneste.

Seierstadutvalget skal levere sin innstilling innen 1. mai 2005, og den planlegges deretter sendt på en bred høring. Departementet vil følge opp overfor Stortinget på egnet måte.

Kap. 0728 Forsøk og utvikling mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
21	Spesielle driftsutgifter	74 883	110 144	116 837
	Sum kap 0728	74 883	110 144	116 837

Regnskap 2003 gjelder tidligere kap. 701.21. Tilsvarende bevilgninger ble i 2003 i hovedsak ført under kap 701.21 Spesielle driftsutgifter og kap 739.21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren.
Overført fra 2003 til 2004
Post 21: 20 141 000 kroner (874 000 overført fra kap. 701.21 og 19 267 000 fra kap 739.21)

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formål og oppgaver

Hovedformålet med posten er å bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for den utøvende helsetjeneste i Norge. Det foreslås bevilget 116,837 mill. kroner for 2005. Nedenfor omtales viktige formål som vil bli finansiert innenfor bevilgningen i 2005.

Kvalitets- og styringsinformasjon

Norsk pasientregister

Norsk pasientregister (NPR) er et register som inneholder pasientopplysninger med aktivitet og ventelistedata fra spesialisthelsetjenesten. Formålet med Norsk pasientregister er å innhente, kvalitetssikre og arkivere virksomhetsdata fra helsetjenesten. Med virksomhetsdata forstås administrative og medisinske data om utførte behandlinger. Videre skal NPR legge datagrunnlaget til rette for forvaltning, forskning og offentlighet i tråd med retningslinjer gitt av Datatilsynet og registereier, Helse- og omsorgsdepartementet.

En felles rapporteringsmal for somatisk og psykisk helsevern ble innført i 2003. Samordningen av registrene er bedre egnet til å beskrive aktiviteten ved institusjonene, og gir bedre tilgjengelighet til informasjon om institusjonenes behandlingstilbud, enn de gamle rapporteringsstandardene.

NPR-data brukes blant annet som grunnlag for innsatsstyrt finansiering (ISF), SAMDATA-rapporter, ventetidsinformasjon i forbindelse med fritt sykehusvalg og formidling av nasjonale kvalitetsindikatorer. Norsk pasientregister er i dag et avidentifiserbart register hvor personentydige kjennetegn er fjernet fra registeret. Dagens avidentifiserte registerform legger imidlertid begrensinger i nytteverdien av NPR som informasjons- og planleggingsverktøy for spesialisthelsetjenesten og mulighetene for å kontrollere datakvaliteten.

Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet gjennomført et utredningsarbeid med sikte på å etablere Norsk pasientregister (NPR) som et personentydig register gjennom bruk av pseudonym eller pasientidentifikasjon. Ulike registerformer er vurdert og direktoratet ga i mars 2004 sin tilrådning til Helsedepartementet.

Rapporten fra direktoratet har i 2004 vært ute på en bred høring. Helse- og omsorgsdepartementet vil på bakgrunn av rapporten og høringsuttalelser ta stilling til om det skal fremmes et forslag for Stortinget om å etablere et personidentifiserbart helseregister, eller om det skal opprettes et pseudonymt helseregister. Departementet vil derfor komme tilbake til Stortinget på et senere tidspunkt.

SAMDATA

SAMDATA-prosjektet gir styringsinformasjon til beslutningstakere og andre aktører innen spesialisthelsetjenesten. Prosjektet gir datagrunnlag, indikatorer og analyser av utviklingstendenser innen spesialisthelsetjenesten.

Prosjektet ble satt ut på anbud sommeren 2003 og SINTEF Helse vant anbudskonkurransen.

SINTEF Helse vil for 2004 vektlegge analyser og evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse, av eksisterende kostnadsindikatorer, samt gjennomføre en komparativ analyse av tilgjengelighet og bruk av somatiske spesialisthelsetjenester blant eldre pasienter i nordiske land.

SINTEF Helse vil i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og den nedsatte kontaktgruppa for prosjektet, i løpet av høsten vurdere hvilke analyser og utviklingsprosjekter som skal iverksettes i 2005.

Medisinske kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer

Systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten ble etablert i 2003 med publisering av data for 9 ulike kvalitetsindikatorer på nettstedet for Fritt sykehusvalg Norge:

www.sykehusvalg.net. I løpet av 2004 blir dette utvidet med 4 nye indikatorer innen somatikk. Indikatorene for psykisk helsevern utvides med 8 indikatorer, derav 4 knyttet til pasienttilfredshet.

Informasjon om kvalitet sammen med informasjon om ventetider inngår i grunnlaget for pasienters rett til fritt sykehusvalg. I tillegg skal data og resultater være et grunnlag for kvalitetsarbeid, gi ledelses- og styringsinformasjon for ledere og beslutningstakere på ulike nivå og bedre faktagrunnlaget for den offentlige debatt om sykehusenes situasjon og utvikling. Departementet legger vekt på at ordningen skal stimulere til utvikling og forbedring av sykehusene. Sosial- og helsedirektoratet skal videreutvikle systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer i 2005. Dette innebærer en evaluering av eksisterende indikatorer, samt fremme forslag til nye indikatorer, med fokus på resultat av helsetjenesten. Det skal videre vektlegges å vise utvikling over tid, og at informasjonen tilpasses de ulike målgruppene. Det foreslås å overføre til sammen 9 mill kroner til Sosial- og helsedirektoratet, kap. 0720, post 01 fra kap. 732 post 71-75 som tilskudd til å sikre måling og videreutvikling av nasjonale pasienttilfredshetsundersøkelser innen somatikk og psykiatri, jf. omtale under kap. 732.

Det primære målet for de medisinske kvalitetsregistrene er kvalitetssikring og kvalitetsforbedring av de helsetjenester som ytes. Sosial- og helsedirektoratet har en faglig koordinerende rolle i forhold til medisinske kvalitetsregistre og et ansvar for å sikre nasjonal samordning ved etablering av nye og videreføring av etablerte registre. Det er et mål å etablere nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen alle viktige medisinske fagområder ved sykehusene. Tilskuddsordningen som Sosial- og helsedirektoratet har forvaltet foreslås opphørt fra 2005 og 2 millioner kroner av disse midlene foreslås overført fra kap. 0728 post 21 til kap. 732 post 71-75, til drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Departementet vil i 2005 følge opp Sosial- og helsedirektoratets rapport om eierskap og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Trygge tjenester – forebygging av uheldige hendelser i helsetjenesten

Sosial- og helsedirektoratet fikk i 2004 i oppdrag fra departementet å utrede og foreslå tiltak for å håndtere feil og 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. Kostnadene ved dette kan utgjøre om lag 2 milliarder kroner. 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. I Sosial- og helsedirektoratets grunnlagsmateriale foreslås det 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. Implementering av et slikt meldesystem starter i 2005.

Evaluering av sykehusreformen

Siden 2002 har det pågått en prosess-evaluering av sykehusreformen. 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. Denne evalueringen sluttføres i 2005.

Det har hele tiden vært en forutsetning at sykehusreformen må undergis en resultatevaluering etter at reformen har fått virke en tid, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). Denne evalueringen planlegges startet i 2005. Evalueringen vil ha fokus på resultatene av reformen sett i forhold til målsetningene som ble fremhevet ved etablering, samt de målsetningene som er stilt i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Departementet vil komme tilbake med hovedresultatene av evalueringen i budsjettet for 2007.

Beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten

I tråd med St.meld. nr. 5 (2003-2004) opprettes det fra 1.1.2005 et beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten (BUS). BUS opprettes som et rådgivende organ underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, i en 3-årig prøveperiode fra 2005-2008. Utvalget etableres med det formål å få et mer presist faktagrunnlag til grunn for fastsetting av den samlede budsjettrammen for regionale helseforetak og fordelingen mellom dem. BUS har spesialisthelsetjenesten som arbeidsområde, og skal fokusere på kostnader og effektivitet. Som rådgivende organ skal også utvalget kunne forelegges aktuelle problemstillinger til uttalelse/vurdering. Utvalget oppnevnes som foreslått i stortingsmeldingen og består av 2 representanter fra de regionale helse-

foretak, 2 departementsrepresentanter og 3 uavhengige representanter fra forskningsmiljøene (hvorav leder). Utvalget skal formalisere en dialog med de regionale helseforetak.

Sekretariatet legges til Sosial- og helsedirektoratet.

Innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren

Helsedepartementet har i samarbeid med Nærings- og handelsdepartementet finansiert driften av Nasjonalt senter for innovasjonsbistand og næringsutvikling i helsesektoren (InnoMed) ved SINTEF Helse. Dette var i utgangspunktet en 5-årig avtale, som også ble videreført i 2004. Formålet med InnoMed har vært å styrke verdiskapningen og konkurransekraften i norsk helseindustri, samt forbedre helsetjenesten ved å bidra til at det produseres flere, bedre og billigere produkter og tjenester for helsesektoren. En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet etter oppdrag fra Helsedepartementet, har konkludert at arbeidet utført av InnoMed har gitt gode resultater, og anbefalt at arbeidet bør videreføres. Arbeidsgruppen foreslo imidlertid en rekke organisatoriske endringer. Rapporten fra arbeidsgruppen har i 2004 vært på høring.

På bakgrunn av rapporten og høringsuttalelsene har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å ta det overordnede ansvaret for det fremtidige arbeidet med innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. Som følge av dette er SINTEF Helse varslet om at det ikke vil bli bevilget tilskudd til InnoMed for 2005. Departementet har bedt direktoratet opprette og lede et programstyre med representanter fra de regionale helseforetak og Innovasjon Norge. Det skal videre etableres et nytt sekretariat som overtar InnoMeds arbeidsoppgaver. Direktoratet er gitt fullmakt til å bestemme plassering av arbeidsgiveransvaret for sekretariatet. For å sikre at InnoMeds avløser får en klarere forankring inn mot helsetjenesten, er det foreslått at sekretariatet tilknyttes et regionalt helseforetak. Strukturen så langt med regionale innovasjonsrådgivere i regionale helseforetak planlegges videreført.

Medisinsk nødmeldetjeneste og felles nødnett

Nødetatene helsevesenet, brannvesenet og politiet har i dag separate analoge radiosamband. Systemene har store mangler og gir begrensede muligheter til å kommunisere mellom etatene og mellom ulike geografiske områder i hver etat.

Sosial- og helsedirektoratet er konsesjonær av helseradionettet på vegne av helsetjenesten og tildeler tilskudd til drift av radionettet til helseforetakene. Direktoratet har ansvar for vedlikehold og videreutvikling av kravspesifikasjoner, samarbeid med andre nødetater, testing av utstyr og fagutvikling innen fagfeltet. Datatilsynet har gitt varsel om pålegg til direktoratet om at de må starte arbeidet med tilfredsstillende sikring av nødsambandet ved at sambandsnettet krypteres. Brannvesenet har mottatt varsel om tilsvarende pålegg mens politiet har mottatt pålegg.

Det har siden 1998 vært utredet muligheter for et felles digitalt nødnett. Regjeringen vil så snart som mulig, enten i høstsesjonen eller senest tidlig på nyåret 2005, komme tilbake til nødnettprosjektet som egen sak, herunder spørsmålet om håndtering av Datatilsynets krav. Det vises til nærmere omtale i St.prp. nr. 1 (2004-2005) Justis- og politidepartementet.

Utdanning av legespesialister og legefordeling

Ved Stortingets behandling av St. meld. nr. 24 (1996-97), jf. Innst. S. nr. 237 (1996-97), ga et flertall i Stortinget sin tilslutning til forslaget om at det skulle opprettes et sentralt råd for behandling av overordnete spørsmål i forbindelse med spesialistutdanningen av leger.

Daværende Sosial- og helsedepartementet opprettet på denne bakgrunn Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) fra 1.1.1999. Rådet fikk senere i oppdrag å vurdere flere sider ved spesialistutdanningen av leger. Nasjonalt råd sluttbehandlet blant annet en rapport om etterutdanning av sykehusbaserte legespesialister i februar 2002. I etterkant av dette gjennomførte Sosial- og helsedirektoratet en høringsrunde, og i forbindelse med oppsummeringen av høringssvarene anbefalte direktoratet en obligatorisk etterutdanning for legespesialister.

Helsedepartementet fant, blant annet av hensynet til kostnadene og likebehandling av helsepersonellgrupper, ikke å kunne gå inn for forslaget i rapporten. Helse- og omsorgsdepartementet mener imidlertid at det på bakgrunn av sykehusreformen og reformen i den sentrale helseforvaltning, begge gjennomført etter oppnevnelsen av Nasjonalt råd i 1999, er behov for å drøfte Nasjonalt råds funksjon. Reformene innebærer betydelige organisatoriske endringer med økte fullmakter til de regionale helseforetakene. Disse har ansvar for utdanning av helsepersonell, inkludert spesialistutdanning av leger. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor evaluere den strukturen som ble lagt da Nasjonalt råd ble opprettet for over fem år siden.

Kompetansenettverket for sykehusplanlegging

Målsettingen for Kompetansenettverket er å bringe fram og formidle kunnskap og erfaring om planlegging og bygging av sykehus, samt å effektivisere og bedre arbeidet med evaluering og godkjenning av store sykehusprosjekt.

Kompetansenettverket for sykehusplanlegging har i 2004 utarbeidet en rapport om håndtering av tidligfasen i store sykehusprosjekt, arbeidet videre med klassifikasjonssystemet for sykehusbygg, vurdert hvilken effekt nytt bygg har hatt for driften av Rikshospitalet, arbeidet med fleksibilitetskrav til nybygg og gjennomført to fagkonferanser om tidligfasen i store prosjekter og forholdet mellom nye bygg og løpende drifts- og vedlikeholdsutgifter. Fagkonferansene har hatt en god deltagelse fra de regionale foretak og fra planleggingsmiljøene. Nettverket forbereder oppbyggingen av en database for faktiske areal og kostnadstall for gjennomførte sykehusprosjekt.

Nasjonal koordinator for organdonasjonsvirksomheten

Rikshospitalet har landsfunksjon for transplantasjon av organer (nyre, lever, bukspyttkjertel, hjerte og lunger). I de senere årene har ventelistene for pasienter som venter på transplantasjon av organer vært økende. I styringsdokumentet til de regionale helseforetakene er det innført et krav om at alle sykehus som er godkjent for organdonasjon (nå 28 sykehus) skal ha donoransvarlige leger.

For ytterligere å styrke arbeidet med å øke tilgangen på organer til transplantasjon, foreslås det å opprette en stilling som nasjonal koordinator for organdonasjonsvirksomheten, plassert i Sosial- og helsedirektoratet. En nasjonal koordinator skal lede informasjonsarbeidet overfor donorsykehusene, inklusiv opplæring av relevant helsepersonell og se til at rutiner og prosedyrer blir utarbeidet på alle donorsykehus.

Biobanker

I følge lov 21. februar 2003 nr. 12 om biobanker (biobankloven) § 4 kan forskningsbiobanker bare opprettes etter at de er blitt vurdert av en regional komité for medisinsk forskningsetikk og deretter av departementet. Dersom etiske hensyn eller tungtveiende samfunnsmessige hensyn tilsier det, kan departementet bestemme at biobanken ikke kan opprettes. Sosial- og helsedirektoratet har med virkning fra 1. oktober 2004 blitt delegert departementets myndighet til å motta og vurdere meldinger etter biobankloven § 4. Arbeidet er beregnet til ca. ½ årsverk.

Stiftelsen Organdonasjon

Stiftelsen Organdonasjon ble etablert i 1997 av berørte pasientforeninger. Stiftelsen arbeider for å øke tilgangen på organer for transplantasjon i Norge, og for at tilgjengelige organer skal bli benyttet. Stiftelsen har tidligere blitt tildelt midler til produksjon og distribusjon av informasjonsbrosjyrer, senest i 2001 med 1,825 mill. kroner til brosjyren «Organdonasjon - ta stilling nå». I 2003 og 2004 mottok Stiftelsen 900 000 kroner i driftsstøtte.

Nasjonalt medisinsk museum

Stiftelsen Norsk Teknisk Museum har etter oppdrag fra Helsedepartementet, opprettet et nasjonalt medisinsk museum integrert i Norsk Teknisk Museum. Planene for videre utbygging innebærer oppbygging av kompetanse ved museet på medisinsk historie og istandsetting av større lokaler for framtidige utstillinger. Det ble bevilget 5 mill. kroner til Nasjonalt medisinsk museum i 2004.

Samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten

Det er behov for å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Regjeringen har satt ned et utvalg under ledelse av Nils Wisløff, som har som mandat å foreslå endringer i rammebetingelsene for samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil komme tilbake til tiltak for å bedre samhandlingen på ulike områder i helsetjenesten på bakgrunn av utvalgets innstilling, som avgis innen 31.12.04. Det vises ellers til det pågående arbeidet med å utvikle finansieringsordningen for spesialisthelsetjenesten.

Behandling av alvorlig overvekt

Forekomsten av overvekt og fedme er økende i Norge, både blant barn og voksne. Overvekt og fedme er risikofaktorer for en rekke sykdommer og plager. Forebygging anses derfor for å være blant de viktigste tiltakene og inngår i det generelle folkehelsearbeidet. Blant annet vil tiltakene i St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge knyttet til endringer i kosthold og fysisk aktivitet være vesentlige bidrag. I tillegg trenger personer med alvorlig overvekt gode behandlingstilbud i helsetjenesten.

I 2003 fikk Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å gi en faglig vurdering av når alvorlig overvekt aktivt bør forebygges i helsetjenesten, og når det anses å være et helseproblem som skal behandles. Direktoratet overleverte rapporten *Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten* i februar 2004.

I tråd med forslagene i rapporten har departementet bedt direktoratet utarbeide flere faglige retningslinjer om forebygging, utredning, diagnostikk og behandling av alvorlig overvektige. Målgruppen er primært helsepersonell, og retningslinjene skal kunne anvendes både innen primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg er de regionale helseforetakene gjennom styringsdokumentet for 2004 pålagt å utvikle regionale og flerregionale behandlingstilbud for pasienter med helseproblemer som følge av alvorlig overvekt.

I rapporten påpekes at det finnes få behandlingstilbud til barn og unge med alvorlig overvekt, samt at forskningsbasert kunnskap om effekten av slike behandlingstilbud er begrenset. Departementet foreslår derfor at det iverksettes prosjekter primært rettet inn mot barn og unge, som tar sikte på å utvikle behandlingstiltak og evaluere effekten av dem. Sosial- og helsedirektoratet vil bli tillagt ansvaret for å vurdere aktuelle prosjekter. Videre tar departementet sikte på å følge opp denne problemstillingen også overfor de regionale helseforetakene.

Oppfølging av akuttmeldingen

St. meld. nr 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap ble behandlet i Stortinget i juni 2001, jf. Innst. S. nr. 300 (2000-2001). I de påfølgende St. prp. nr. 1 er det redegjort for oppfølgingen. Videre ble tiltak innen svangerskaps-, fødsels- og nyfødtomsorgen omtalt i St.prp. nr. 65 (2002-2003) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003, jf. også Innst. S. nr. 260 (2002-2003). Departementet legger til grunn at implementeringen av de vedtatte forslagene er i en avslutningsfase. Nedenfor gis en kort oversikt over gjenstående tiltak.

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Formålet med forskriften er å medvirke til at befolkningen får et faglig forsvarlig akuttmedisinsk tilbud utenfor sykehus. Ved innføringen vil de nasjonale kravene til den enkelte akuttmedisinske tjeneste tydeliggjøres, videre vil samhandlingen styrkes og ansvarsfordelingen mellom de ulike akuttmedisinske tjenestene synliggjøres.

Som et ledd i arbeidet med forskriften, har spørsmålet om det skal fastsettes konkrete krav til tidsintervallet fra AMK-sentralen mottar anrop til ambulansen er hos pasienten (responstid), blitt utredet og vurdert. I St. meld. nr. 43 (1999-2000) ble det foreslått at responstider gjøres veiledende for fylkeskommunene ved planlegging av tjenestetilbudet. I Innst. S. nr. 300 (2000-2001) uttaler Sosialkomiteen at den har merket seg dette. Videre står det: «Flertallet har også merket seg skepsisen fra flere av høringsinstansene, som mener at Akuttutvalgets krav til responstider vil være vanskelig å overholde i store deler av landet. (…) Flertallet er innforstått med at hensynet til økonomi og knapphet på kvalifisert ambulansepersonell vil virke begrensende på mulighetene for umiddelbar iverksettelse av akuttutvalgets forslag til responstider. (…) Flertallet fremmer følgende forslag: Stortinget ber Regjeringen legge frem for Stortinget en økonomi- og tidsplan for styrking av ambulansetjenesten som bygger på Akuttutvalgets forslag til responstider.»

På denne bakgrunn ba departementet daværende SINTEF Unimed vurdere kostnadene ved innføring av responstider. I St.prp. nr. 1 (2002-2003) refereres SINTEF Unimeds undersøkelse, hvor det konkluderes med at kostnadene for landet som helhet vil bli 224 mill. kroner. Sosial- og helsedirektoratet foretok en faglig vurdering av rapporten fra SINTEF Unimed, og støttet målsettingen om redusert responstid, men anbefalte ikke at bestemte responstider blir fastsatt i forskrift. I tråd med tilrådningen fra direktoratet ble de regionale helseforetakene pålagt å gjøre en vurdering av hele den prehospitale akuttmedisinske kjede, deriblant tiltak som kan redusere aksess- og reaksjonstid i AMK-sentralene og ny basestruktur for ambulansebilene.

I Innst. S. nr. 11 (2002-2003) uttaler Sosialkomiteen at den: «… har merket seg at departementet ikke går inn for å fastsette responstider i ambulansetjenesten slik det ble anbefalt i NOU 1998:8. Komiteen vil i denne sammenheng påpeke at departementet må sørge for entydige kvalitetskrav til ambulansetjenesten for å unngå at mer «useriøse» aktører kan vinne eventuelle anbudsrunder på bekostning av de seriøse anbyderne.»

Utkast til forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ble sendt på høring i mai 2004. Forslaget inneholder krav om tilstedevakt som alternativ til konkrete responstider. Det innebærer at personell i beredskap oppholder seg i umiddelbar nærhet av ambulansen. I dag opererer svært mange ambulansestasjoner med hjemmevakt for helsepersonell i vakt, og et krav om tilstedevakt vil bidra til å redusere responstiden.

Høringsfristen gikk ut medio august. Departementet vil på bakgrunn av høringsuttalelsene gjøre en ny vurdering før forskriften fastsettes.

Hjertestarter-prosjektet

Stortinget har bedt Regjeringen iverksette et opplærings- og utplasseringsprogram for hjertestartere, jf Innst. S nr. 300 (2000-2001) romertallsvedtak nr. 1. Departementet inngikk våren 2002 et samarbeid med Stiftelsen Norsk Luftambulanse, som skal realisere prosjektet gjennom innsamlede midler.

Hjertestarterne tildeles til kommuner som har søkt om dette, og til nå er det utplassert om lag 120 hjertestartere i litt over 90 kommuner. Videre er personell med beredskapsansvar, inkludert politi og brannvesen, opplært i bruken av hjertestarterne.

Samarbeidsavtalen mellom Stiftelsen Norsk Luftambulanse og departementet har en varighet på 3 år, og vil etter planen avsluttes medio 2005.

Kompetansesenter for prehospital akuttmedisin

Høsten 2002 godkjente Helsedepartementet etableringen av et nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin. Senteret ble i begynnelsen drevet av Stiftelsen Norsk Luftambulanse, inntil Ullevål Universitetssykehus, Helse Øst RHF overtok ansvaret i november 2003, jf. kap 732, post 78.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg mv.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg ble opprettet våren 2002. Rådet bistår de regionale helseforetakene og fagmiljøene i omstillingsprosesser knyttet til desentralisert og differensiert fødselsomsorg. I løpet av 2004 vil to mindre fødeavdelinger bli omgjort til forsterkede fødestuer og en omgjort til fødestue. Videre deltar Rådet i prosjekter og gir økonomisk støtte til flere større fødeavdelinger som er i gang med omlegging til mer differensiert omsorg for fødende. Rådets sekretariat er forankret i Sosial- og helsedirektoratet.

Nasjonal perinatal database

Det ble ved behandlingen av St. prp. nr. 65 (2002-2003) vedtatt å etablere en nasjonal perinatal database, basert på det eksisterende 'Nasjonalt nyfødtmedisinsk nettverk' ved Rikshospitalet. Hensikten med databasen er aktivitetsregistrering hvor innsamlet datamateriale skal bidra til kvalitetssikring og klinisk forskning.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Rikshospitalet arbeidet med å opprette databasen. Det gjenstår juridiske avklaringer knyttet til helseregisterlovgivingen før databasen kan bli operativ.

Senter for sjøfartsmedisin

I St.prp. nr. 1 (2003-2004) orienteres det om at Helsedepartementet vil samarbeide med Helse Vest RHF om å samle berørte fagmiljøer og organisere et nasjonalt senter for sjøfartsmedisin. Et planlagt senter skal samle og formidle kunnskap om sjøfartsmedisin til redere, fartøy, myndigheter og andre brukere. Senteret skal kunne initiere og utføre forskning, registrere forekomst av sykdom og ulykker til sjøs, gi undervisningsstøtte ved utdanning av sjøfolk og være kontaktpunkt for internasjonalt samarbeid på feltet. Senteret tenkes også å omfatte den operative legerådgivningstjenesten Radio Medico. Helse Vest RHF vil av departementet bli bedt om å opprette et norsk sjøfartsmedisinsk senter, i nært samarbeid med andre fagmiljøer innen helsetjeneste og forskning.

Kartlegging av følgetjenesten og jordmortjenesten

Sosial- og helsedirektoratet har gjennomført en kartlegging av følgetjenesten og jordmortjenesten i svangerskapsomsorgen, og en statusrapport ble overlevert departementet i juni 2004. Kartleggingen av jordmortjenesten avdekker utfordringer knyttet til både jordmordekning, organisering, tverrfaglig samarbeid innad i kommunen, spesielt i forhold til fastlegene, og tilpasning av tjenesten til den enkelte bruker. Når det gjelder følgetjenesten, som ikke lovpålagt, viser undersøkelsen at 40 prosent av kommunene med mer enn én times reisevei til fødested ikke har følgetjeneste. 38 prosent har døgnkontinuerlig følgetjeneste.

Faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen

Et utkast til faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen ble sendt på høring fra Sosial- og helsedirektoratet med høringsfrist 1. november 2004. Det tas sikte på at retningslinjene publiseres våren 2005. De vil blant annet erstatte Statens helsetilsyns Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten fra 1995. Direktoratet utarbeider også en brukerversjon som kort beskriver det anbefalte innholdet i svangerskapsomsorgen basert på de faglige retningslinjene. Retningslinjene foreslår blant annet færre kontroller av friske gravide, slik at økt oppmerksomhet kan rettes mot svakere grupper og sårbare gravide.

En implementeringsplan skal utarbeides som et flerårig prosjekt. Et nødvendig verktøy er et nytt helsekort for gravide tilpasset nye faglige retningslinjer. Sosial- og helsedirektoratet startet utviklingen av et nytt helsekort i 2004. Det er ønskelig på sikt å utvikle dette i elektronisk form, jf. S@mspill 2007. Intensjonen er også å legge til rette for kompetanseheving hos leger og jordmødre i tråd med retningslinjene.

Henvisningsprosjektet

1. september 2001 ble det iverksatt en 2-årig prøveordning for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi (manuellterapeuter) i Vestfold, Hordaland og Nordland. Rikstrygdeverket har hatt ansvar for å gjennomføre prøveordningen basert på rammebetingelser fastsatt av departementet. Prøveordningen ble avsluttet 31. august 2003. Sintef har evaluert ordningen. Inntil det er blitt tatt en avgjørelse om en eventuell landsomfattende ordning, videreføres tilskudd til forsøksordningen i de nevnte fylkene i 2005.

Evalueringen av forsøksordningen er nærmere omtalt under kap. 2755 post 73.

Oppfølging av handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning

For 2004 disponeres 10,7 mill. kroner til gjennomføring av tiltak i handlingsplanen «Mangfold og likeverd». Handlingsplanen er en oppfølging av NOU 1995: 6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Av disse midlene er 5,1 mill. kroner overført til Sametinget og går i hovedsak til finansiering av 2 fagstillinger til oppfølging av helse- og sosialsaker, videreføring av rehabiliteringsstipend og midler til prosjektvirksomhet. I tråd med konklusjoner fra evaluering i 2002, har Sametinget et selvstendig ansvar for forvaltning av tilskuddsmidlene.

Sosial- og helsedirektoratet forvalter de øvrige 5,6 mill. kroner til iverksetting av de andre tiltak i planen. Senter for samisk helseforskning er i 2004 tildelt 4,3 mill. kroner til ordinær drift og til sluttføring av helse- og levekårsundersøkelse i samiske områder. De resterende midler disponeres til etablering av samisk informasjonstjeneste, oversettelser, forprosjektering av tolkeutdanning og delfinansiering av samisk logopedstilling ved Sonjatun helsesenter i Nordreisa.

Det vises for øvrig til kap. 743 for omtale av utvikling av nasjonale kompetansebaser for tjenester til samisk befolkning innen psykisk helsevern.

For 2005 foreslås bevilget 11 mill. kroner til tilskudd til driftsmidler til Sametinget, til prosjektvirksomhet som forvaltes av Sametinget, driftsmidler til Senter for samisk helseforskning og til iverksetting av de øvrige tiltakene i handlingsplanen. Handlingsplanen gjelder for 2002-2005. Aktuell oppfølging skal avklares i løpet av 2005.

Forslag til en nasjonal strategi for kvalitetsutvikling 2004 – 2014

Sosial- og helsedirektoratet er på oppdrag fra daværende Sosial- og helsedepartementet i gang med å utarbeide forslag til en ny Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i den samlede sosial- og helsetjenesten. Et utkast har vært på ekstern høring. Basert på drøftingen med departementet tas det sikte på at strategien ferdigstilles i løpet av 2004. Målet for strategien er at tjenestene i alle ledd skal være av god kvalitet. Dette innebærer at de

- er virkningsfulle
- er trygge
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Departementet vil redegjøre nærmere for strategien på egnet måte når den er ferdigstilt.

Faglige retningslinjer, kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre er viktige virkemidler i strategien.

Faglige retningslinjer

Som ledd i kvalitetsarbeidet har Sosial- og helsedirektoratet siden 2002 som mandat å definere områder der det er behov for å utvikle faglige retningslinjer. Dette forutsetter samarbeid med eksterne fagmiljøer, og et system for effektiv implementering av retningslinjene. Faglige retningslinjer er et viktig virkemiddel for gjennomføring av kvalitetsstrategien. Gode faglige retningslinjer vil kunne sikre gode og trygge helsetjenester, preget av kvalitetsstrategiens kjennetegn på kvalitet i sosial- og helsetjenestene. Det gis tilskudd til dette arbeidet.

Evaluering av fastlegereformen

Departementet har en løpende oppfølging av fastlegeordningen i nært samarbeid med Rikstrygdeverket, Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn. Regelmessig rapportering av data fra Rikstrygdeverket gir løpende oversikt over forhold knyttet til listesystemet. Gjennom et 5-årig program koordinert av Norges forskningsråd foretas en forskningsbasert evaluering. Oppfølgingen av reformen skjer for øvrig i et samarbeid mellom

Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeforening.

Hensikten med den forskningsbaserte evalueringen er å dokumentere i hvilken grad fastlegereformens formål innfris, påse at reformen utvikler seg i ønsket retning samt avdekke eventuelle uønskede effekter med tanke på justering. I evalueringens første fase (2000-2002) ble det særlig lagt vekt på å skaffe sammenligningsdata fra situasjonen før fastlegereformen. I 2003 ble Norges forskningsråd bedt om at nye evalueringsoppdrag så spesielt på allmennlegetjenester til brukere med store og sammensatte behov, fastlegens samarbeid med andre aktører, kommunenes bruk av fastlegeavtalen som styringsverktøy og årsaker til og konsekvenser av ulik legedekning.

Statistisk sentralbyrå har på oppdrag fra departementet gjennomført to undersøkelser av kommunens utgifter til allmennlegetjenesten (inkludert legevakt), en før og en etter innføringen av fastlegeordningen. Tallene viser at kommunene har hatt en utgiftsvekst til allmennlegetjenesten på 9 prosent i perioden fra 1999 til 2002 målt i faste kroner. Økningen i utgifter er størst for de minste kommunene. I følge undersøkelsen har de totale offentlige utgiftene til allmennlegetjenesten økt med ca. 7 prosent per innbygger i løpet av en 3-årsperiode. Både kommunenes og folketrygdens utgifter har økt. Grovt sett fordeler utgiftene seg med 60 prosent på kommunene og 40 prosent på folketrygden. Etter departementets beregninger økte trygdens utgifter til fastlegevirksomhet med 42 prosent fra 2000 til 2002, noe mindre enn forventet. Forklaringen på veksten er bl.a. at mange flere allmennleger praktiserer for trygdens regning, justeringer av takstene som følge av takstoppgjør, en forutsatt omfordeling fra drifts-/basistilskudd til trygderefusjoner og endret finansiering av fastlønnsordningen for leger.

Departementet startet i 2003 arbeidet med en statusrapport om fastlegeordningen. Rapporten ferdigstilles høsten 2004, og omfatter perioden fra innføringen 1. juni 2001 til 31. desember 2003. Rapporten er blant annet basert på registerdata fra Rikstrygdeverket, data fra Statistisk sentralbyrå og en rekke rapporter fra den forskningsbaserte evalueringen. Flere sentrale instanser har også, etter forespørsel fra departementet, spilt inn sine erfaringer med ordningen så langt.

Departementets helhetsvurdering er at innføringen av fastlegeordningen har vært vellykket. Fastlegeordningen som organisatorisk system/listesystem er etablert og fungerer i hovedsak som forutsatt. Samtlige av landets kommuner har nå fastlegeordning. Innbyggernes rett til å stå på liste, retten til å bytte lege og retten til ny vurdering hos annen fastlege er i stor grad ivaretatt. Hittil har ca. 98 prosent av innbyggerne fått en adresse for ansvar for allmennmedisinsk hjelp. Undersøkelser viser at flere pasienter er svært fornøyde med allmennlegetjenesten etter at fastlegeordningen ble innført. Denne tendensen er sterkest i mellomstore og store kommuner. Cirka to tredeler av fastlegene er positive til ordningen. Legene vektlegger først og fremst kontinuitet i lege-pasientforhold, med bedre mulighet til å utføre godt medisinskfaglig arbeid, det utvidede ansvaret for innbyggerne på de respektive listene, og bedre økonomiske vilkår.

Selv om hovedinntrykket er positivt, er det også avdekket enkelte svakheter. Fortsatt står 68 000 innbyggere (1,5 prosent) på en liste betjent av vikar, se omtale under kap. 724 post 21 av geografiske forhold med hensyn til ledige hjemler.

Det er skjedd en generell styrking av allmennlegetjenesten. Fra 2000 til 2002 økte antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten med 342 (fra 3 809 til 4 151). Veksten har i hovedsak kommet innenfor det kurative arbeidet. Veksten i årsverk innenfor allmennmedisinsk offentlig legearbeid har vært mindre enn ønsket. Dette gjelder særlig i sykehjemmene, men også i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kommunenes utnyttelse av den individuelle fastlegeavtalen til å styrke allmennmedisinsk offentlig legearbeid undersøkes nærmere i et nylig igangsatt forskningsprosjekt administrert av Norges forskningsråd. Departementet vil, etter at resultater fra prosjekter/utredninger foreligger i 2005, foreta en samlet gjennomgang av hvordan de offentlige allmennmedisinske oppgavene blir ivaretatt. Rapporter fra Helsetilsynet i fylkene tyder på at legeoppgaver i sykehjem og forebyggende legeoppgaver ikke har høy nok prioritet i kommunene.

Fastlegeordningen gir rett til å bytte lege inntil to ganger per kalenderår. Registerdata fra Rikstrygdeverket viser at muligheten for legebytte ikke er tilfredsstillende i en del kommuner.

Større mulighet for kontinuitet i og bedret tilgjengelighet til allmennlegetjenesten er sentrale mål for fastlegeordningen. Mellom 1. juli 2001 og 31. desember 2003 har cirka 500 000 innbyggere måttet bytte fastlege på grunn av at legen har avsluttet sin praksis og cirka 50 000 på grunn av at lege reduserte sin liste. Departementet følger utviklingen nøye og har bedt Legeforeningen og KS om å følge opp lokalt gjennom å bidra til smidige løsninger ved reduksjon av lister. En undersøkelse viser at færre innbyggere er svært fornøyde med telefontilgjengeligheten til legekontoret etter innføringen av fastlegeordningen. Helsetilsynet i

fylkene har avdekket til dels store variasjoner både i telefontilgjengelighet og ventetid på legetime.

Registerdata fra Rikstrygdeverket viser at en relativt stor andel fastleger under 40 år av en eller annen grunn avslutter sin praksis som fastlege, og at dette i større grad er tilfelle blant kvinnelige enn mannlige fastleger. Det framgår imidlertid ikke om de flytter til en annen fastlegepraksis, til spesialisthelsetjenesten eller velger annen yrkesaktivitet. Departementet vil vurdere en undersøkelse som kan danne utgangspunkt for en diskusjon om spesielle tiltak for å få flere kvinner til å etablere seg og bli værende i allmennlegetjenesten.

Hensynet til innbyggernes mulighet til å bytte lege og mulighet til videre utvikling av allmennlegetjenesten krever at kommunene kontinuerlig vurderer behovet for legeressurser. Departementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet gjennom fylkesmennene om å følge opp de kommunene der innbyggernes byttemulighet er begrenset.

Departementet vil gjennom tilsynsmyndigheten følge utviklingen på de forskjellige områder for tilgjengelighet, blant annet telefontilgjengelighet. Som del av den forskningsbaserte evalueringen vil departementet i løpet av 2005 innhente kunnskap om hvordan fastlegeordningen fungerer for mennesker med psykiske lidelser. Det er usikkert hva evalueringen vil gi av kunnskap om ordningen i forhold til andre grupper brukere med spesielle behov, som for eksempel store grupper med kroniske sykdommer, rusmisbrukere, eldre med demens og asylsøkere. Rapporter fra Helsetilsynet i noen fylker konkluderer med at fastlegens rolle som koordinator når det gjelder helsetjenester til personer med sammensatte behov bør styrkes. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet ha spesiell oppmerksomhet rettet mot ivaretakelse av allmennlegetjenester til spesielle grupper brukere. Det vil bli vurdert behov for innhenting av mer systematisert kunnskap om hvordan fastlegeordningen fungerer for disse brukerne. Fastlegens rolle som koordinator for innbyggerne på sin liste omtales nærmere i statusrapporten.

Fastlegereformen skal bidra til en rasjonell utnyttelse av de samlede legeressurser i landet. Det betyr at fastlegeordningen også skal bidra til et mer effektivt samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. I dette samarbeidet er fastlegens henvisningspraksis og sykehusenes systemer for epikriser ved utskrivning av stor betydning. Samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er generelt av stor betydning, både av hensyn til pasientens opplevelse av helhet i behandlingsforløp og for å sikre en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom nivåene. Det vises her bl.a. til omtale av Offentlig utvalg om samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten samt Utviklingstiltak innen primærhelsetjenesten (SEDA-prosjektet) og omtalen av lokalsykehusenes rolle under Plan og meldingssystem for regionale helseforetak (Del III)).

Fastlegereformen er en reform av organisatorisk og finansiell karakter. Den har ikke hatt fokus eller virkemidler direkte rettet mot den medisinske virksomheten eller innholdet i denne. Primærhelsetjenestens oppgaver har forandret seg mye de siste tiårene, noe som medfører behov for ny og forskningsbasert kunnskap. Dette gjelder både den virksomheten allmennlegene utfører i sin egen praksis, og de medisinske og pleiemessige oppgavene som følger av at pasienter som tidligere var innlagt i sykehus nå ivaretas i kommunens pleie- og omsorgstjeneste. I internasjonalt perspektiv har norsk allmennmedisin et høyt faglig nivå, men store deler av den faglige virksomheten er i for stor grad erfaringsbasert og i for liten grad fundert på forskningsbasert kunnskap. Mange allmennleger opplever daglig at kunnskapsgrunnlaget fra grunnutdanning og videre- og etterutdanning kommer til kort i møtet med vanlige helse- og sykdomsproblemer i befolkningen. Dette gjelder særlig ved kronisk sykdom, slik som muskel- og skjelettlidelser og psykiske problemer.

Allmennmedisinsk fagutvikling og forskning ligger langt etter medisinsk forskning og fagutvikling innenfor spesialisthelsetjenesten. Klinisk forskning i spesialisthelsetjenesten ivaretas som en lovfestet oppgave for helseforetakene. Forskningen har ofte begrenset overføringsverdi til allmennlegetjenesten. I motsetning til i spesialisthelsetjenesten er allmennlegetjenestens pasientgrunnlag uselektert. Dette innebærer behov for en bred samfunnsrelatert forståelse i tillegg til den rent medisinske kunnskapen.

Departementet ser et stort behov for å styrke forskning og fagutvikling innen allmennlegetjenesten på tjenestens egne premisser, og vil innlede et samarbeid med aktuelle miljøer og virksomheter for å drøfte hvordan et slikt utviklingsarbeid kan organiseres og finansieres.

Den foreliggende oppsummeringen er foretatt midtveis i den avtalte evalueringsperioden. Departementets oppfølging vil fortsette på bakgrunn av videre tilbakemeldinger i form av forskningsbasert kunnskap, registerdata og øvrige innspill (se også kap. 724 post 21 Stimuleringstiltak m.m.).

Tilskuddet til evalueringen foreslås videreført i 2005.

Personellstatistikk

Personellet utgjør den viktigste ressursfaktoren i helsetjenesten. Departementet har derfor i flere år i samarbeid med SSB arbeidet målrettet for å utvikle statistikk over personellinnsatsen og framskrivning av tilbud og etterspørsel. Dette arbeidet har gitt gode resultater. I 2005 vil det legges vekt på fullstendig statistikk over personellets yrke. I tillegg vil statistikken over utdanning forbedres, særlig for utenlandske statsborgere og personer som får vurdert sin realkompetanse uten å ha gjennomgått formell skolegang. I 2005 vil tilskudd gå til videreutvikling av statistikken. En revisjon av HELSEMOD (modell som benyttes til fremskrivninger av arbeidsmarkedet for helsepersonell) er aktuell i den sammenheng.

Utviklingstiltak innen primærhelsetjenesten

Departementet besluttet i 2003 at prosjektet Sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA), basert på uttrekk fra den elektroniske journalen til et utvalg allmennleger, skal videreføres med tanke på en gradvis oppbygging av landsrepresentativ statistikk fra allmennlegetjenesten. Formålet med SEDA er å gi data til legenes kvalitetsutvikling i egen praksis og myndighetene aggregerte styringsdata og data for forskning. Prosjektet har et stort potensiale, blant annet når det gjelder å utvikle statistikk over henvisninger og epikriser. Etter hvert som den elektroniske pasientjournal utvikles, kan det også tenkes mulighet til å kunne identifisere hele forløp, over tid og mellom forskjellige aktører, uavhengig av om diagnosen endres underveis. Den videre utviklingen av SEDA forutsetter følgelig også en videre utvikling av elektronisk pasientjournal. Elektronisk kommunikasjon vil kunne gjøre samarbeidet mellom tjenesteytere og tjenestenivåer enklere. Dataene fra SEDA kan få betydning for arbeidet med å bedre samhandlingen mellom første- og annenlinjetjenesten, jf. Samhandlingsutvalget.

I 2004 arbeider SSB med å gjøre nødvendig programverktøy mer robust gjennom videreutvikling av IT-systemer og arbeid opp mot journalleverandører, før nytt datauttrekk kan gjøres i 2005. Det planlegges et betydelig større uttrekk av data i 2005 og en bredere analyse av innkomne data enn det som ble gjort i pilotprosjektet. Intensjonen er at prosjektet gradvis glir over i en driftsfase med årlige uttrekk. SEDA kan også ses i sammenheng med oppfølging av Nordisk medicinalstatistisk komités (NOMESKO) anbefalinger om etablering av statistikk for ikke-innlagte pasienter. Departementet vil gi tilskudd i samsvar med aktuell utvikling av prosjektet.

Alternativ behandling

Lov om alternativ behandling ved sykdom mv. trådte i kraft 1. januar 2004. Samtidig trådte forskrift om markedsføring av alternativ behandling av sykdom og forskrift om frivillig registerordning for alternative utøvere i kraft.

Forbrukerombudet har i 2004 påbegynt aktivt tilsyn med markedsføring av alternativ behandling. Registerordning er etablert, først som manuelt register, og fra 1. september 2004 som nytt elektronisk register i Brønnøysundregistrene. Organisasjoner med utøvere innen alternativ behandling er invitert til å søke Sosial- og helsedirektoratet om godkjenning etter registerforskriften.

Departementet ga sommeren 2003 Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å utrede utdanningene innen homeopati og akupunktur, og å utrede behandlingsformene naprapati, osteopati og manuell terapi med sikte på vurdering av autorisasjon etter lov om helsepersonell. Utredningene er antatt ferdigstilte henholdsvis høsten 2004 og vinteren 2005. Departementet vil senere komme tilbake til oppfølging av utredningene.

Det har på departementets initiativ blitt etablert en bransjeorganisasjon som omfatter medlemsorganisasjoner for en stor andel av de organiserte alternative behandlere, kalt Sammenslutningen av alternative behandlerorganisasjoner (SABORG). Våren 2004 ble det også etablert et kontaktforum for dialog mellom utøverorganisasjoner (i og utenfor SABORG), pasientorganisasjoner og helsemyndighetene. Sosial- og helsedirektoratet koordinerer disse tiltakene.

Høsten 2003 startet departementet i samarbeid med Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) forprosjektering av en informasjonsbank om alternativ behandling, lokalisert til Tromsø. Videreføring av et forprosjekt er til vurdering i departementet og vil bli fulgt opp høsten 2004 med sikte på etablering av en informasjonsbank i løpet av 2005.

I 2004 ble forskning på alternativ behandling styrket med 3 mill. kroner gjennom økt tilskudd til NAFKAM. Midlene skal benyttes til styrking av NAFKAMs rolle som nasjonalt forskningssenter, med ansvar for utvikling av flerfaglig forskning innen feltet alternativ behandling. NAFKAM har bl.a. prioritert etablering av nye forskerstillinger. Det tas sikte på å avklare den framtidige organisatoriske forankring av NAFKAM i 2005. Midler til øvrig forskning innen alternativ behandling og til

øvrig drift av NAFKAM bevilges i tillegg over kap. 701 post 50.

For 2005 foreslås bevilget midler til tilskudd til drift og videreutvikling av NAFKAM, til videreføring av arbeidet med etablering av en informasjonsbank om alternativ behandling i Tromsø, til drift av den frivillige registerordningen ved Brønnøysundregistrene, til drift av kontaktforum, støtte til sekretariatetsfunksjon for SABORG og til oppfølging av utredningsarbeidene.

Helsesamarbeidet med Kina

Helsesamarbeidet med Kina er forankret i Memorandum of Understanding inngått mellom helsedepartementene i Kina og Norge i 1999 og i den treårige samarbeidsavtalen inngått i 2002. Helsedepartementets samlede budsjett for samarbeidet med Kina er 1,7 mill. kroner for 2004. I tillegg kommer 2 mill. kroner fra Utenriksdepartementet. Over kap. 728 post 21 disponeres 1,3 mill. kroner. Midlene over denne posten går i hovedsak til utvekslingstiltak innen tradisjonell kinesisk medisin koordinert av Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM). Det er også etablert stipender for kinesiske leger og gjennomført utvekslingstiltak om helsesystemer og reformer. Over kap. 719 post 70 er det bevilget 0,4 mill. kroner til tiltak mot HIV/AIDS i Kina i samarbeid med norske frivillige organisasjoner, mens midlene fra UD kanaliseres via NORAD til HIV/AIDS-forebyggende bistandsprosjekt i Kina. Det foreslås at tilskuddet videreføres i 2005.

Helsetjenester i et flerkulturelt samfunn

Tiltakene skal bidra til å utvikle likeverdige helsetjenester til alle grupper i befolkningen, uavhengig av faktorer som etnisk, kulturell, språklig eller religiøs tilhørighet. Likeverdige helsetjenester forutsetter kompetanse til å utvikle tjenester tilpasset ulike behov. Spesielle utfordringer er knyttet til det å kunne tilby adekvate helsetjenester når forfølgelse, flukt og eksiltilværelse har gitt, eller kan gi, helse- og sykdomsmessige konsekvenser.

I 2003 utga direktoratet en veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere og flyktninger. I 2004 innhentes erfaringer med bruk av veilederen. Sosial- og helsedirektoratet arrangerte et arbeidsseminar «Innvandring og helse – identifisering av utfordringer» i januar 2004. Høsten 2004 arrangerer direktoratet konferanser for helsepersonell tilknyttet transitt- og asylmottakene.

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), med seksjon for Flyktninghelse og tvungen migrasjon, omtales under kap 743.

For 2005 foreslås bevilget tilskudd til oppfølging av tiltak i den kommende stortingsmeldingen om det flerkulturelle Norge og til oppfølging av St.meld. nr. 15 (2000-2001) Nasjonale minoritetar i Noreg – om statleg politikk overfor jødar, kvener, rom, romanifolket og skogfinnar. Videre foreslås midler til revidering av veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere og flyktninger, tiltak som oppfølging av resultatene fra Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med helsetjenester tilknyttet transitt- og asylmottakene i 2004 og andre tiltak som har som mål å utvikle helsetjenesten slik at den blir bedre tilpasset en flerkulturell befolkning.

Tilskudd til Institutt for helseledelse og helseøkonomi

Det er inngått en rammeavtale mellom departementet og Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Avtalen vil bidra til å bygge ut og vedlikeholde nasjonal kompetanse innenfor fagområder som er av betydning for utøvelse av god administrasjon og ledelse i helsetjenesten, og til avgrensede forskningsoppdrag. Tilskuddet foreslås videreført i 2005.

Erstatning for tannlegeofre

Nærmere 150 pasienter har fått skader etter feilbehandling gitt av en tannlege på Vestlandet. Det ble i januar 2002 inngått avtale mellom staten ved Helsedepartementet og forsikringsselskapene Vesta og If om dekning av behandlingskostnader etter feilbehandlingen for 100 pasienter. Behandlingsordningen administreres av Haukeland sykehus på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Behandlingen av pasientene er ikke avsluttet, og den er også utvidet til å omfatte ytterligere pasienter.

Avtalen mellom staten og selskapene innebærer at selskapene bidrar med et fast beløp per pasient. Staten dekker behandlingsutgifter som går utover selskapenes andel og utgifter forbundet med sykehusets administrasjon av ordningen. Saken er i ferd med å avsluttes. I budsjettet for 2005 foreslås avsatt midler til dekning av statens ansvar i henhold til avtalen av januar 2002.

Kap. 0729 Annen helsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
60	Helsetjeneste for innsatte i fengsel - tilskudd til kommuner	67 184	76 803	79 299
70	Behandlingsreiser til utlandet	63 248	80 909	83 660
71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m.	4 665	5 046	5 218
77	Luftambulanse	58 781		
	Sum kap 0729	193 878	162 758	168 177

Post 60: Regnskap 2003 gjelder tidligere kap 703 Heletjenesten for innsatte i fengsel.
Postene 70-77: Regnskap 2003 gjelder tidligere kap 739 Andre utgifter (og tilsvarende poster)..

Post 60 Helsetjeneste for innsatte i fengsel – tilskudd til kommuner

Formål og hovedprioriteringer

Kommuner med fengsler har en lovpålagt plikt til å yte helsetjenester til innsatte i fengsel. Helsetjenesten som ytes skal være likeverdig med det tilbudet som gis den øvrige befolkning. Tjenesten drives som en integrert del av den kommunale helsetjenesten, og det skal henvises til spesialisthelsetjenesten ved behov. Staten har et overordnet ansvar for tjenesten.

Det blir gitt øremerkede tilskudd til kommuner, fylkeskommuner og helseforetak for å sikre et like godt helsetilbud til innsatte som til befolkningen for øvrig.

Resultatrapportering 2003

Fra 2003 har kommunene tatt i bruk et nytt og mer hensiktsmessig rapporteringsskjema for helsetjenesten i fengsel. Målet er å sikre at rapporteringen gir et tilstrekkelig grunnlag for helsemyndighetene til å vurdere eventuelle behov for faglig styrking av tjenesten, vurdere ressursfordelingen mellom fengslene og gi en kontinuerlig oversikt over endring i antall plasser.

Når det gjelder den generelle ressurssituasjonen i denne tjenesten, ble det i 2003 lagt inn en styrking på 5 mill. kroner på posten. Denne er blitt benyttet til en generell styrking av helsetjenesten og styrke samhandlingen både mellom helse- og sosialtjenesten internt i fengselet, og eksternt med blant annet spesialisthelsetjenesten.

Tilstandsvurdering

Helsetjenesten i fengsel skal yte best mulig tjeneste til en utsatt og sårbar gruppe som har høyere sykelighet enn befolkningen for øvrig, og det er en liten deltjeneste i kommunehelsetjenesten som utøves på en fremmed arena. Samhandlingen mellom helsepersonell som skal ivareta og sørge for god helse og fengselstjenestemenn som skal sørge for gjennomføring av den straff samfunnet har ilagt de innsatte og den sikkerhet det krever, gir spesielle utfordringer. Andre utfordringer er å tydeliggjøre ansvar og myndighet, spesielt i forholdet mellom helsetjenesten i fengsel og kommunehelsetjenesten for øvrig, og få tjenesten til å fungere som en integrert del av kommunehelsetjenesten.

Ifølge levekårsundersøkelsen som ble gjennomført av Forskningsstiftelsen FAFO på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet og Justisdepartementet, har halvparten av de innsatte en eller flere kroniske sykdommer, og de er i langt høyere grad enn befolkningen ellers plaget av psykiske problemer. Seks av ti er rusmisbrukere, for det meste blandingsmisbruk, og kvinnene er mer rusbelastet enn mennene. I tillegg er de innsattes generelle levekårssituasjon vanskelig fordi den er preget av en opphopning av levekårsproblemer. Dette stiller store krav til helsetjenesten i samhandlingen med kriminalomsorgen der begge har oppgaver overfor de innsatte, men tjenestene som ytes har ulike formål og benytter forskjellige virkemidler. Dette gir kommunenes helse- og sosialtjenester store utfordringer i arbeidet med tilrettelegging av integrerte og koordinerte tjenester.

FAFOs undersøkelse vil bli fulgt opp av en ny undersøkelse om diagnoser og behandlingsbehov hos innsatte i fengsel. Denne undersøkelsen forventes å indikere nærmere hvorvidt det er økt behov for psykiatriske tilbud inne i fengslene eller innleggelser i DPS/psykiatriske sykehusavdelinger.

Satsingsområder og mål for 2005

Det er behov for fortsatt målrettet arbeid mot kommunene for at helsetjenesten i fengslene skal bli bedre integrert i kommunehelsetjenesten enn det som er tilfelle mange steder i dag, samt tydeliggjøre ansvar og myndighet mellom helsetjenesten i fengslene og kommunehelsetjenesten.

Det vises til Sosialkomiteens flertallsmerknad i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) der medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet understreker at det bør gis tilbud om kartlegging av helseproblemer under soning og tilbud om tilpasset behandling. Det vises videre til at et annet flertall bestående av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet som er kjent med at fengselshelsetjenesten gir tilbud til innsatte om kartlegging av helseproblemer under soningen.

Det er utarbeidet ny veileder for helsetjenesten i landets fengsler som skal erstatte den gamle veilederen fra 1987. Implementering av denne vill bl.a. bidra til ytterligere kvalitetssikring av bl.a. legemiddelhåndteringen, helseundersøkelse og sikre en forsvarlig behandling av taushetsbelagte personopplysninger. Dette bidrar til å sikre at den nødvendige kartleggingen av helseproblemer under soningen.

Det er viktig å bedre samspillet mellom helsetjenesten for innsatte og institusjoner i psykisk helsevern for å sikre rask tilgang til institusjonsbehandling for alvorlig sinnslidende. Gjennom den utbyggingen av tjenestetilbudet som skjer gjennom Opptrappingsplan for psykisk helse vil også behandlingstilbudet til innsatte med psykiske lidelser bli vesentlig styrket, jf. kap 743 post 75.

Helsetilsynets tilsyn med fengselshelsetjenesten i 2001 indikerte manglende tilgang på psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i mange fengsler. I 2004 fikk Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i oppdrag å kartlegge tilbudene som gis av psykisk helsevern til fengselsinnsatte. Kartleggingen viser blant annet 19 av 41 fengsler ikke har fast avtale om tjenestetilbud fra psykisk helsevern. De fleste har heller ikke en fast poliklinikk eller psykiatrisk avdeling fengselet henvender seg til. For å få en bedre kontinuitet i tilbudet, få bedre veiledning, bedre tilgjengeligheten og fremme forpliktende samarbeid vil departementet anmode de regionale helseforetakene om å gi prioritet til arbeidet med innsatte, herunder særskilt vurdere hvorvidt det bør være et spesifikt DPS eller psykiatrisk sykehusavdeling som yter tjenester til hvert enkelt fengsel.

Det vises til Budsjett.-innst. S. nr. 11 (2003-2004), romertallsvedtak nr. 5 "Stortinget ber Regjeringen utrede alternativer for behandling av rus- og psykiatriproblemer for innsatte i fengsler og fremme tiltak som fører til at behovet for slik behandling kan tilbys til alle som dømmes til fengselstraff." Departementet har i tråd med dette gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å utrede alternative behandlingsformer av rus- og psykiatriproblemer for innsatte i fengsel, og fremme forslag til hvordan slik behandling kan tilbys alle som dømmes til fengselsstraff med behov for slik behandling. Resultatene fra denne utredningen vil departementet komme tilbake til i statsbudsjettet for 2006.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Formål og hovedprioriteringer

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge, og omfatter tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, pasienter med psoriasis, barn og ungdom med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Staten dekker utgiftene til behandling for barn og voksne. Det betales en egenandel for voksne pasienter og ledsagere. Behandlingen foregår nå i Tyrkia, Serbia og Montenegro og Spania for revmatikere, og på Kanariøyene for de øvrige gruppene av pasienter. Ut over de faste programmene sendes prøvegrupper til eventuelle nye behandlingssteder. Daglig administrasjon og faglig ansvar tilligger Rikshospitalet HF.

Resultatrapport 2003

I 2003 var det 2 792 pasienter og 159 ledsagere til barn som ble omfattet av behandlingsreiser til utlandet.

Det ble behandlet 1 875 pasienter med revmatiske lidelser i Tyrkia, Montenegro og Spania, hvorav 104 var barn og ungdom. Det ble behandlet 583 pasienter med psoriasis på Gran Canaria, hvorav 17 var barn og ungdom. 167 barn og ungdom ble behandlet for astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem på Gran Canaria, det samme antall som i 2002. Videre ble det sendt prøvegruppe på 30 pasienter med nevromuskulære sykdommer til Spania, 59 pasienter med cerebral parese til Lanzarote og 78 pasienter med senskader etter poliomyelitt til Tyrkia og Tenerife.

Tilstandsvurdering

Av de innkomne søknadene under de tre programmene ble 33 pst innvilget innenfor astmaprogrammet, 59 pst innenfor revmaprogrammet og 62 pst

innenfor psoriasisprogrammet. Dette er tilnærmet lik andelen innvilgede søknader i forhold til 2002. I 2003 er også gitt tilbud til 78 pasienter med senskader etter poliomyelitt. Andelen innvilgede søknader gjenspeiler ikke nødvendigvis det reelle behovet, siden mange søkere ikke oppfyller de medisinske kriteriene for å bli tildelt behandlingsopphold i utlandet.

I 2003 ble det igangsatt forsknings- og utviklingsprosjekter som omhandler pasienter med cerebral parese og nevromuskulære sykdommer, for å evaluere effekten av behandling i Syden. Resultatene vil foreligge høsten 2004 og vil være avgjørende for hvorvidt nye pasientgrupper skal tas inn som ordinære pasientgrupper i tilbudet om behandlingsreiser.

I 2004 vil ca. 2 000 revmatikere få behandlingstilbud, herav 105 barn/unge og 45 bevegelseshemmede revmatikere. I tillegg vil ca. 600 pasienter med psoriasis få tilbud om behandling på Grand Canaria (derav 17 barn/unge). Samtidig vil 190 barn med astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem, 153 pasienter med senskader etter poliomyelitt og 20 pasienter med psoriasisartritt få behandlingstilbud. Videre vil programmet omfatte en prøvegruppe på 25 pasienter med fibromyalgi til Tyrkia og 30 pasienter med nevromuskulære sykdommer til Spania.

Satsingsområder og resultatmål for 2005

I 2005 tas det sikte på å gi tilbud til om lag 2 900 pasienter, dvs. samme antall som i 2004. Det ordinære programmet videreføres med 1 850 voksne revmatikere, herunder også små grupper med særlige hjelpebehov, 75 barn og 20 ungdommer med revmatiske lidelser, 600 voksne og barn/ ungdom med psoriasis og 170 barn med astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem. Det vil også bli gitt tilbud til 120 pasienter med senskader etter poliomyelitt og en pilotgruppe på 20 pasienter med psoriasisartritt.

Rikshospitalet avventer evalueringen av prøvegruppene for voksne og barn med cerebral parese og for pasienter med nevromuskulære sykdommer. Rapportene vil ikke foreligge før i slutten av 2004 eller tidlig i 2005.

For pasienter med multippel sklerose arbeider Rikshospitalet med planlegging av et forprosjekt i tråd med Stortingets vedtak. Forprosjektet vil trolig først kunne gjennomføres i 2006, da det er vanskelig å få medisinsk personale til det vitenskapelige arbeidet.

For 2005 foreslås bevilget 83,66 mill. kroner.

Post 71 Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.

Norsk pasientforening

Norsk pasientforening er et frittstående og uavhengig kontor for pasienthjelp som ble etablert i 1985. Foreningen gir gratis hjelp, veiledning og råd til alle pasienter og pårørende som ønsker det, og bidrar til å føre en sak gjennom de offentlige klageinstansene. Det ble i 2004 bevilget 3,5 mill. kroner til foreningen. Tilskuddet foreslås videreført i 2005.

Landsforeningen til støtte ved krybbedød

Landsforeningen til støtte ved krybbedød ble etablert i 1985. Den består primært av foreldre som har mistet barn i krybbedød, og som hjelper andre foreldre i samme situasjon. Landsforeningen bidrar også til å spre informasjon om krybbedød, og har i den sammenheng utarbeidet informasjonsmateriell som bøker, video og diverse brosjyrer. I tillegg støttes forskning knyttet til krybbedødsproblematikk ved hjelp av innsamlede midler og gaver. Foreningen fikk i 2004 1,2 mill. kroner i driftstilskudd. Driftstilskuddet foreslås videreført i 2005.

Post 77 Luftambulanse

Fra 01.01.04 ble det totale driftsansvaret for luftambulansetjenesten overført til de regionale helseforetakene, inkludert oppgaver av nasjonal karakter som tidligere ble ivaretatt av Sosial- og helsedirektoratet, jf. kap. 732, post 70 for ytterligere omtale.

Programkategori 10.30 Regionale helseforetak

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
0732	Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)	57 326 908	62 642 946	67 572 565	7,9
0737	Kreftregisteret	37 620	61 843	71 206	15,1
0739	Andre utgifter	119 628			
	Sum kategori 10.30	57 484 156	62 704 789	67 643 771	7,9

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
01-23	Statens egne driftsutgifter	239 256	29 799	17 709	-40,6
70-89	Andre overføringer	55 178 805	60 559 990	64 511 062	6,5
90-99	Utlån, statsgjeld mv.	2 066 095	2 115 000	3 115 000	47,3
	Sum kategori 10.30	57 484 156	62 704 789	67 643 771	7,9

Kap. 0732 Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, *kan overføres*	119 628	29 799	17 709
70	Tilskudd til helseforetakene, *kan overføres, kan nyttes under post 71, 72, 73, 74, 75*	297 450	1 555 922	2 494 851
71	Tilskudd til Helse Øst RHF, *kan overføres*	10 713 436	14 722 904	15 853 516
72	Tilskudd til Helse Sør RHF, *kan overføres*	6 459 587	8 345 294	8 922 960
73	Tilskudd til Helse Vest RHF, *kan overføres*	5 092 246	7 320 357	7 883 761
74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, *kan overføres*	3 740 619	5 406 185	5 800 265
75	Tilskudd til Helse Nord RHF, *kan overføres*	3 469 112	5 222 286	5 227 108
76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, *overslagsbevilgning*	18 667 403	12 344 915	13 140 373

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., *overslagsbevilgning*	4 307 164	3 469 910	3 199 134
78	Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre, *kan overføres*	2 116 186	953 601	1 050 888
79	Kreftbehandling m.m.	238 531	20 738	
80	Pasienttransport		839 035	423 000
81	Tilskudd til store byggeprosjekter, *kan overføres*	39 451	297 000	444 000
90	Lån til investeringsformål i helseforetak	2 000 000	2 000 000	3 000 000
91	Opptrekksrenter, *overslagsbevilgning*	66 095	115 000	115 000
	Sum kap 0732	57 326 908	62 642 946	67 572 565

Post 21: Regnskap 2003 gjelder tidligere kap 739 post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren.
Post 79: Regnskap 2003 gjelder tidligere kap 739 post 75 Kreftbehandling.
Post 81: Regnskap 2003 gjelder tidligere kap 739 post 76 RIT 2000
Overført fra 2003 til 2004:
Post 21: 12 693 000 kroner (overført fra tidligere kap. 739.21. Jf. også kap 728.21)
Post 70: 201 423 000 kroner.
Post 79: 2 369 000 kroner (overført fra tidligere kap. 739.75.)

Innledning

Under kapittel 732 fremmes forslag om bevilgningene til de regionale helseforetakene med et samlet beløp på 64,5 mrd. kroner, eksklusiv postene 21, 90 og 91. De bevilgede midler utbetales til de regionale helseforetak som skal ivareta sitt "sørge for"-ansvar og realisere helsepolitiske målsetninger. De regionale helseforetakene har også ansvar for bruk av midlene overfor private virksomheter der dette kan bidra til bedre realisering av helsepolitiske mål.

Bevilgningene tildeles de fem regionale helseforetak under følgende poster:

- Postene 70-75 Tilskudd til helseforetakene (46 182,5 mill. kroner). Dette er basisbevilgningene som sammen med de ulike øremerkede bevilgningene skal gjøre foretakene i stand til å fylle sin helsepolitiske rolle og gjennomføre sine oppgaver.
- Post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning (13 140,4 mill. kroner). Innsatsstyrt finansiering er knyttet til gjennomført behandlingsaktivitet. Det foreligger et regelverk for finansieringsordningen.
- Post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv. , overslagsbevilgning (3 199,1 mill. kroner). Midlene utbetales til regionale helseforetak basert på innmeldt aktivitet ved sykehusene mv.
- Post 78 Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre (1 050,9 mill. kroner). Dette er tilskudd for å sikre vilkårene for sykehusenes oppgaver innen nevnte oppgaver.
- Post 80 Pasienttransport (423,0 mill. kroner). Dette er en post der staten skal dekke 25 pst. av de regnskapsførte utgiftene for pasienttransport.
- Post 81 Tilskudd til store byggeprosjekter (444,0 mill. kroner). Dette er statens investeringstilskudd til særskilte utbygginger.

Under dette kapitlet fremmes også forslag om bevilgning på post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren. Dette er midler som blant annet går til departementets oppfølging og kontroll av sektoren.

Videre er det under post 90 foreslått en lånebevilgning til regionale helseforetak for investeringer i helseforetak på 3 mrd. kroner. Det er på post 91 foreslått bevilget 115,0 mill. kroner for å håndtere renter som påløper, men som ikke betales i perioden frem til fullt lån er etablert. Tilsvarende inntekter er budsjettert på kap. 5605 Renter av statskassens kontantbeholdning og andre fordringer post 88 Av utlån under opptrekk. For å håndtere innbetaling av foretakenes renter og avdrag på investeringslånene, jf. kap. 732 post 90, har en to inntektsposter, kap. 3732 post 80 Renter på investeringslån og post 90 Avdrag på investeringslån.

Det gis også tilskudd til de regionale helseforetakene under andre kapitler. Disse er øremerkede

nærmere angitte formål. Det vises særlig til bevilgninger under følgende kapitler:
- Kap. 729 post 70 Behandlingsreiser til utlandet
- Kap. 737 post 70 Kreftregisteret
- Kap. 743 post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress
- Kap. 743 post 75 Tilskudd til psykisk helsevern
- Kap. 744 post 70 Fagenhet for tvungen omsorg

Overordnet om styring av de regionale helseforetakene

Regjeringens forslag til statsbudsjett for 2005 innebærer at det tildeles opp mot 65 mrd. kroner til de regionale helseforetakene for å realisere helsepolitiske mål. Disse midlene må brukes på en formåls- og kostnadseffektiv måte. Dette innebærer at bruken av midlene rettes inn mot formål og prioriteringer som er fastsatt av overordnede politiske organer og at man får mest og best mulig tjenester ut av de ressursene som settes inn.

Den politiske styringen av helseforetakene skjer som regel gjennom myndighetsvedtak, dvs. gjennom lover, forskrifter og andre overordnede politiske vedtak, herunder budsjettvedtak, som gir direktiver om rettigheter, mål og prioriteringer. Eksempler på slike vedtak er pasientrettighetsloven, supplerende prioriteringsforskriften og opptrappingsplanen for psykisk helse. Helse- og omsorgsdepartementet har en viktig styringsmessig rolle knyttet til operasjonalisering av budsjettvedtakene, dvs. sette krav og vilkår knyttet til det enkelte vedtak. Dette for å sikre at forvaltningen av budsjettmidler skjer på grunnlag av Stortingets forutsetninger. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet gjennom eierrollen en organisatorisk relasjon til de regionale helseforetakene. Skal departementet lykkes med å realisere de helsepolitiske målene er det avgjørende at eierrollen utøves på en god og helhetlig måte.

Departementet vil under styringsstrategier 2005, opptrappingsplan for psykisk helse og Plan- og meldingssystemet for regionale helseforetak, jf. del III i denne proposisjonen, presentere forhold som skal ha høy prioritet i styring og drift i 2005.

I tillegg omtales forhold som vil være sentrale i 2005:
- Rusreformen.
- Utvidelse av pasientenes rettigheter fra 1. september 2004.
- Oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003-2004) og Innst. S. nr. 82 (2003-2004).
- Samordning av sykehus i hovedstadsområdet.
- Omstillingsutfordringer i de regionale helseforetakene.
- Verdsetting av anleggsmidler. Tilpasninger til regnskapsloven.
- Investeringer i helseforetak.
- Styring og kvalitetssikring av investeringsprosjekter.
- Behovet for driftskreditter.
- Merverdiavgiftskompensasjon for helseforetak.

Styringsstrategier i 2005

Et mål med sykehusreformen var å skape tydelige og helhetlige ansvarsposisjoner. Dette forutsetter tilstrekkelig fleksibilitet for faglig, administrativ og økonomisk oppfølging av styringsbudskap og rammer. Departementet er innforstått med at regionale helseforetaks samlede ressursrammer er et resultat av mange enkeltstående forhold, men det må etableres et helhetlig og langsiktig grunnlag for å oppfylle de helsepolitiske målsetningene. Departementet vil understreke at de enkelte tilskudd og bevilgninger må vurderes i et slikt helhetlig perspektiv.

Det er mange positive trekk innenfor spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det fortsatt områder hvor det gjenstår mye arbeid. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge til grunn at mye av det strategiske arbeidet som er startet, må videreføres og en må ha en lang tidshorisont for å sikre resultater som gir varig effekt på tjenestens kvalitet, tilgjengelighet og ressursanvendelse. Det foreslås derfor noen hovedområder som departementet vil knytte sine styringskrav til. For nærmere omtale av disse områdene vises det til del III i proposisjonen.

Fortsatt fokus på prioritering

Regjeringen varslet i fjor at de regionale helseforetakene tydeligere må vektlegge at faglige prioriteringer er i tråd med mål, rammer og retningslinjer trukket opp av nasjonale politiske myndigheter. Operasjonalisering av prioriteringsforskriften er et viktig virkemiddel i dette arbeidet. Både regionale helseforetak og Sosial- og helsedirektoratet har iverksatt arbeid knyttet til dette. Dette arbeidet skal videreføres. Det understrekes at tilbudet innen psykisk helsevern skal styrkes. Det vil også være et fortsatt fokus på gjennomføringen av rusreformen og tilbudet til rusmiddelmisbrukere. Det skal være et godt tilbud om lindrende behandling og omsorg for mennesker i livets siste fase. Pasienter med kroniske sykdommer og pasienter med behov for habilitering og rehabilitering skal prioriteres. Videre vil det være fokus på at endringene i pasientrettighetsloven ikke fører til utilsiktede og uønskede prioriteringsendringer.

Fortsatt fokus på forskning som en forutsetning for en god og framtidsrettet tjeneste

Medisinsk- og helsefaglig forskning understøtter de valg faglige, administrative og politiske myndigheter skal foreta. God forskning understøtter arbeidet med å utvikle en norsk spesialisthelsetjeneste basert på faglige velbegrunnede vurderinger, hvor god kvalitet og likhet i tjenestetilbud står sentralt. Forskningsbasert utdanning av helsepersonell er sværtviktigforåsikregodkvalitetihelsetjenesten.

Evalueringen av norsk medisinsk forskning i regi av Norges Forskningsråd viser betydelig rom for forbedringer. Departementet anser det derfor som viktig å videreføre et fortsatt fokus på forskning både mellom og innad i de regionale helseforetakene de kommende år.

Utvikling av de regionale helseforetakenes kjerneroller

Den integrerte modellen som er valgt for helseforetakene – hvor regionale helseforetak både skal ivareta et «sørge for»-ansvar for spesialisthelsetjenester til regionens befolkning og samtidig lede sin respektive helseforetaksgruppe – reiser noen særskilte utfordringer. Et prioritert område i reformens virketid har vært at det skal skje utviklings- og forbedringsarbeid knyttet til håndteringen av kombinasjonen av «sørge for»-ansvaret og leder for regional helseforetaksgruppe. Et sentralt tema har vært bruken av og relasjonen til private virksomheter, herunder at det tilstrebes langsiktighet og forutsigbarhet i rammebetingelser for avtalepartnere. Departementet vil overfor de regionale helseforetakene legge til grunn at man framstår med en tydeligere organisatorisk og systemmessig markering mellom de to hovedoppgavene som henholdsvis ivaretaker av «sørge for»-ansvaret og konsernlederfunksjoner i forhold til egne eide helseforetak. Dette vil gi økt tydeliggjøring og større organisatorisk ryddighet i forholdet mellom de regionale helseforetakenes to kjerneroller.

Strategiske områder understøtter hovedprioriteringene i helsetjenesten

De regionale helseforetakene samarbeider på følgende strategiske områder: IKT, ledelse, forskning, psykisk helsevern, samhandling og prioritering. Samlet sett understøtter arbeidet de hovedprioriteringene som skal gjøres i helsetjenesten. Departementets oppfatning er derfor at det er meget viktig å fortsette dette arbeidet.

Tillit og legitimitet

De regionale helseforetakene og deres helseforetak er underlagt nasjonal politisk styring. Deres fullmakter fremgår av helseforetaksloven og i styringsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helseforetakene er avhengige av å ha et gjennomgående godt tillitsforhold til befolkning og aktører både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Spesialisthelsetjenesten forvalter store andeler av offentlig sektors budsjetter. Det er derfor viktig at befolkningen som bidragsytere til fellestjenester opplever tilbudet som godt, moderne og målrettet i forhold til å tilby faglig gode tjenester og tilpasset de behov man måtte ha.

Mange av reformene i helsetjenesten de senere år, slik som fritt sykehusvalg og pasientrettighetsloven, har flyttet makt fra institusjonene til den enkelte pasient. Dette betyr at en tjeneste eller institusjon uten legitimitet hos brukerne, vil bli valgt bort.

Det er en målsetning å utvikle gode tjenester preget av såvel desentralisering som sentralisering. Dette krever god samhandling og god tillit mellom tjenestens ulike nivåer.

Departementet vil, sammen med de regionale helseforetakene og relevante berørte miljøer, utvikle en tydelig strategi for å styrke foretakenes legitimitet og tillit i samfunnet. Videre understreker departementet at helseforetakene må arbeide innenfor det juridiske og faglige rammeverket som gjelder.

Opptrappingsplan for psykisk helse

Oppfølgingen av Opptrappingsplanen for psykisk helse følges opp i spesialisthelsetjenesten i henhold til St.prp. nr. 63 (1997-1998), jf. Innst. S. nr. 222 (1997-98) og de årlige stortingsdokumentene som Stortinget har sluttet seg til. Opptrappingsplanens periode er fra 1999 til 2008. Det gis en generell og helhetlig statusbeskrivelse og behovsvurdering for den resterende perioden under programområde 10.40 Psykisk helse.

De totale driftsutgifter til psykisk helsevern var ifølge SAMDATA om lag 11 mrd. kroner i 2003. Hovedandelen av driftsutgiftene - om lag 8 mrd. kroner - finansieres over statsbudsjettets kap. 732 postene 71-75. Øvrige inntektskilder er blant annet polikliniske refusjoner og øremerkede tilskudd fra Opptrappingsplanen. Tilskudd gjennom Opptrappingsplanen til styrking av drift tildeles fra statsbudsjettets kap. 743 post 75 og skal sette de regionale helseforetakene i stand til å realisere spesialisthelsetjenestens målsetninger innen det psykiske helsefeltet. Det foreslås en økning på 300

mill. kroner over kap. 743 post 75 i 2005. Vilkår for tilskuddet er at aktivitetsnivået videreføres slik at tilbudet i 2005 minst skal være på samme nivå som i 2004 og i tillegg bli supplert med de ytterligere tiltak som følger av nye midler fra opptrappingsplanen i 2005.

Det foreslås at 459,4 mill. kroner overføres fra kap. 743 post 75 til kap. 732 postene 71-75. Flytting av midler gjelder tilskudd som er bevilget til psykisk helseformål i perioden 1995-1998 og vil gjøre det enklere å følge bevilgningene til opptrappingsplanen. Midlene skal fortsatt benyttes til formålet de er bevilget for.

Departementet har i 2004 startet opp en gjennomgang av de etablerte styrings- og rapporteringsrutinene. Formålet er å sikre at de midler som stilles til rådighet for behandling av mennesker med psykiske lidelser, benyttes i tråd med formålet slik at målene i planen nås.

Bevilgningene til investeringer fra Opptrappingsplanen for psykisk helse ble fra 2003 inkludert i nytt finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten. Helsedepartementet har i brev til de regionale helseforetakene angitt de enkelte investeringsprosjekter som forventes gjennomført i løpet av opptrappingsperioden. De regionale helseforetakene planlegger på denne bakgrunn å investere for en samlet ramme på 3,5 mrd. kroner i planperioden. Dette inkluderer en egenfinansiering fra foretakenes side utover de rammene som St.prp. nr. 63 (1997-1998) trekker opp. Investeringsplanene bygger på de godkjente fylkeskommunale planene. De regionale helseforetakene har hatt behov for å justere fylkesplanene til en regional struktur. Dette har medført at framdriften i realiseringen av prosjektene er varierende. Endringene fra de godkjente fylkeskommunale planene er kommunisert med Helsedepartementet. På bakgrunn av dette forventes det å være etablert en DPS-struktur i landet innen 2006. Det samlede investeringsprogrammet kan sluttføres i løpet av 2008 i tråd med opptrappingsplanen under forutsetning av Stortingets behandling av de årlige statsbudsjett. Departementet legger til grunn at ferdigstillelse av enkeltprosjekter og oppstart av drift i DPS skjer koordinert innenfor tilgjengelige ressursrammer slik at det unngås at ny bygningsmasse blir stående ubenyttet.

Rusreformen

Rusreformen ble vedtatt av Stortinget i november 2003 og ble implementert 1. januar 2004. Behandling av rusmiddelmisbrukere er blitt en del av spesialisthelsetjenesten og benevnes som tverrfaglig spesialisert behandling.

I alt 74 institusjoner omfattes av rusreformen, hvorav 42 er i privat eie og drift og som hadde ulike former for avtaler med fylkeskommunene. De regionale helseforetakene trådte ved gjennomføringen av reformen inn i alle disse avtalene.

For å ivareta sitt nye «sørge for»-ansvar fikk de regionale helseforetakene overført i alt 1 304,5 mill. kroner. Dette beløpet skulle dekke kostnader til drift av tidligere fylkeskommunale institusjoner for rusmiddelmisbrukere og kjøp av tjenester fra private institusjoner som hadde avtaler med fylkeskommunene. Beløpet omfatter også den tidligere kommunale egenbetaling for opphold ved fylkeskommunale behandlingsinstitusjoner. I tillegg inneholder beløpet kostnader til legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Midlene som ble overført til de regionale helseforetakene, ble trukket ut fra de fylkeskommunale budsjetter og var basert på KOSTRA-tall for kommunene og fylkeskommunene for 2002. Erfaringene med Rusreformen etter første tertial var at den fylkeskommunale aktiviteten innen behandlingsfeltet overfor rusmiddelmisbrukere var noe høyere i 2003 enn det som var reflektert i uttrekkene. Videre viste tallene fra LAR-tiltakene at ventelistene ikke hadde endret seg de 4 første månedene i 2004. Bevilgningen knyttet til tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere og LAR-midler ble styrket med 100 mill. kroner i 2004, jf. St.prp. nr. 63 (2003-2004) og Innst. S. nr. 250 (2003-2004). Denne økte bevilgningen foreslås videreført i 2005 med en helårsvirkning på 124 mill. kroner.

I tillegg foreslås det ytterligere 20 mill. kroner til økning av behandlingskapasiteten ved LAR i forbindelse med regjeringens satsing mot fattigdom i 2005. Det vises til nærmere omtale av LAR under kap. 726 post 61 Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmisbrukere. Midlene på 20 mill. kroner fordeles mellom følgende kapitler og poster:

(i mill kr)	
Kap. 732 post 72 Tilskudd til Helse Sør RHF	5,6
Kap. 732 post 72 Tilskudd til Helse Sør RHF	2,4
Kap. 732 post 73 Tilskudd til Helse Vest RHF	1,9
Kap. 732 post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF,	1,0
Kap. 732 post 75 Tilskudd til Helse Nord RHF	1,0
Kap. 732 post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv	4,0
Kap. 2752 post 70 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	2,0
Kap. 2755 post 70 Refusjon allmennlegehjelp	2,0

Som en følge av at tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere er blitt spesialisthelsetjeneste, har Helse- og omsorgsdepartementet sett det som hensiktsmessig at de poliklinisk tjenestene overfor rusmiddelmisbrukere blir underlagt den samme finansieringsordning som de psykiatriske polikliniske tjenestene. Det vises til omtale under kap. 732 post 77 og kap. 726 post 61.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med de regionale helseforetakene utarbeide kriterier for enhetlig tertialrapportering på rusfeltet fra de regionale helseforetakene. Dette vil bl.a. omhandle både aktivitets- og ventelisterapportering.

Ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) - Rusreform II - ble det vedtatt at Rusreformen skal evalueres etter 3 års virketid. Helse- og omsorgsdepartementet har startet det forberedende arbeid for gjennomføring av en slik evaluering.

Utvidelse av pasientenes rettigheter fra 1. september 2004

Endringer i pasientrettighetsloven trådte i kraft 1. september 2004. Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal nå få fastsatt en individuell behandlingsfrist basert på medisinske kriterier. Dersom pasienten ikke får behandling innen denne fristen, kan pasienten henvende seg til Rikstrygdeverket (RTV) for å få tilbud om behandling hos private eller på sykehus i utlandet. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk omfattes også av retten til nødvendig helsehjelp. Pasienten skal hele tiden informeres om de beslutningene som tas og om klageadgang. RTV har etablert et samarbeid med de regionale helseforetak for å sikre at nødvendig informasjon om pasienter blir overført på en måte som også tar nødvendige hensyn til personvern.

Pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp, men hvor det er mangel på medisinsk kompetanse i Norge, har krav på å bli behandlet i utlandet innen den fristen som er satt. Hvis en pasient mener at denne rettigheten ikke blir oppfylt, er det opprettet et eget klageorgan som skal vurdere om vilkårene for behandling i utlandet, grunnet mangel på medisinsk kompetanse i Norge, er tilstede.

Fra 1. september 2004 ble ordningen med fritt sykehusvalg utvidet til også å gjelde private sykehus som har avtale med regionale helseforetak om fritt sykehusvalg, samt at barn og ungdom innen psykisk helsevern også kan benytte seg av denne ordningen.

For å sikre at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har kjennskap til hvilke krav som gjelder for vurdering, prioritering og oppfølging av henvisninger og for håndtering av ventelister og fritt sykehusvalg, har det blitt satt i gang flere tiltak. Blant annet har Sosial- og helsedirektoratet revidert rundskrivet til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. For å bedre kunnskapen om hvordan ventelister skal føres, har Helsedepartementet utarbeidet en veileder for ventelisteføring.

Oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003-2004) og Innst. S. nr. 82 (2003-2004)

St.meld. nr. 5 (2003-2004), Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, ble behandlet av Stortinget i 2003, jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004). En del av de foreslåtte endringene i meldingen ble innført i 2004. Som varslet i meldingen, skal en del tiltak tre i kraft i 2005.

Omlegging av finansieringen av poliklinisk laboratorie- og radiologisk virksomhet

I meldingen ble det presentert en større omlegging av finansieringen av poliklinisk laboratorie- og radiologisk virksomhet. Det ble lagt fram flere tiltak som Sosialkomiteens flertall sluttet seg til:

1. Nytt aktivitetstilskudd skal utgjøre om lag halvparten av dagens takster for offentlige og private laboratorie- og røntgenvirksomheter fra 2005.
2. Trygderefusjonen skal fortsatt utbetales direkte til private laboratorier og røntgenvirksomheter.
3. De regionale helseforetakenes finansieringsansvar videreføres for prøver rekvirert av allmennleger.
4. Det lovfestes at private institutter må ha avtale med regionale helseforetak for å få trygderefusjon fra 2005.
5. Dagens etableringsgodkjenning for røntgen- og laboratorievirksomhet avvikles, og i stedet innføres kvalitetskrav for virksomhetene fra 2005.
6. RTV-refusjon for offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet som inngår i poliklinikktilskuddet, foreslås utbetalt til regionale helseforetak fra 2004.
7. Det utvikles et felles klassifiseringssystem for offentlig og privat laboratorievirksomhet.

Tiltak nr. 2 og 3 innebar ingen endringer i forhold til dagens praksis. Tiltak nr. 6 ble gjennomført fra 1. januar 2004 (jf. St.prp. nr. 1 (2003-2004) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004)). Departementet har satt i gang arbeid for å følge opp tiltak nr. 1, 4, 5 og 7. Departementet følger opp tiltak 4 med en odelstingsproposisjon som vil bli lagt frem kort tid

etter St.prp. nr. 1 (2004-2005). I odelstingsproposisjonen vil også arbeidet med tiltak 5 bli omtalt.

Departementet foreslår at tiltak 1, 4 og 5 trer i kraft fra 1. mai 2005. Særlig når det gjelder tiltak 4 er det viktig å gi de regionale helseforetakene og de private aktørene tilstrekkelig tid til å gjennomføre anbudskonkurranse, i tråd med Lov om offentlige anskaffelser. En anbudsprosess tar 5 – 6 måneder fra forundersøkelser settes i gang fram til endelig avtaleinngåelse. For å gjennomføre ryddige anbudsrunder, noe som vil gagne både tilbyder og kjøper, er det viktig at rammebetingelsene fra staten er avklart tidlig i prosessen.

Tiltak 7 følges opp av Sosial- og helsedirektoratet. Det er planlagt at et nytt kodeverk skal tas i bruk fra 2006 ved alle laboratorier som finansierer driften ved statlige midler (både offentlige og private). Staten skal også kunne ta i bruk systemet for finansieringsformål fra 2008.

Omtalen her dreier seg videre om tiltak 1: Nytt aktivitetstilskudd skal utgjøre om lag halvparten av dagens takster for offentlige og private laboratorie- og røntgenvirksomheter fra 2005. Spørsmålet om hvordan en halvering av disse kan innrettes har vært på høring våren 2004. Høringsinstansene kunne eventuelt foreslå at enkelte takster skulle reduseres mer eller mindre enn 50 prosent.

19 høringsinstanser har uttalt seg i saken. Av disse er 7 private laboratorier, 5 regionale helseforetak, 3 spesialistforeninger i Legeforeningen, Legeforeningen og Norges Ingeniørorganisasjon. 6 instanser har forslag som gjelder enkelte takster. Men kun en av disse underbygger med kalkyler. 8 instanser avstår fra å foreslå justeringer. Fürst medisinske laboratorium, Norsk Forening for Medisinsk Biokjemi og Legeforeningen foreslår at dagens takster halveres likt. Fürst medisinske laboratorium advarer mot at «særinteresser» får gjennomslag i justeringer. Norsk Forening for Medisinsk Biokjemi er inne på det samme. Legeforeningen påpeker også at dagens takstsystem er foreldet og trenger en gjennomgripende revisjon. Dette støttes også av flere andre høringsinstanser.

Ut fra høringsuttalelsene, mener departementet det er mest hensiktsmessig å halvere alle laboratorietakstene likt.

Refusjonssystemet for poliklinisk radiologi var på høring høsten 2003, i forbindelse med årlig rutinemessig gjennomgang av systemet. Når det gjelder den radiologiske virksomheten, foreslår departementet å halvere enhetsprisen både for privat og offentlig virksomhet.

Den budsjettmessige effekten av en halvering av laboratorie- og røntgentakstene fra 1. mai 2005 er at det overføres 443 mill. kroner fra kap. 732 post 77 og 216 mill. kroner fra kap. 2711 post 76 til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger (kap. 732 post 71-75). Midlene fordeles mellom de regionale helseforetakene ut fra befolkningens faktiske bruk av tjenestene i offentlige poliklinikker og hos private tjenesteytere i 2003. Denne fordelingen er vist i omtalen av kap. 732 post 71-75.

Det vil ta tid for de regionale helseforetakene å skaffe seg informasjon om behovet for diagnostiske polikliniske tjenester i sin region, og hvordan dette behovet kan dekkes på en effektiv måte. De regionale helseforetakene trenger også mer tid for å skaffe seg bedre oversikt over kostnadene ved å drive poliklinisk laboratorie- og radiologivirksomhet i offentlig regi. Departementet vil derfor, for en overgangsperiode som gjelder i to år, kreve at volumet av tjenester som planlegges utført av private aktører minst opprettholdes på samme nivå som i 2003 for hvert enkelt regionalt helseforetak. Dette inkluderer også tjenestene som er utført utenom avtalene. Lov om offentlige anskaffelser vil gjelde, slik at overgangsordningen ikke innebærer noen garanti om at eksisterende private aktører skal yte samme volum av tjenester som i 2003. Departementet vil presisere overgangsordninger i styringsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2005.

Nye kriterier for fordeling av basisbevilgningen mellom regionale helseforetak

Helse- og omsorgsdepartementet viser til St.meld. nr. 5 (2003-2004) hvor det ble lagt fram følgende tiltak for fordeling av basisbevilgningen:

1. Fra 2005 fordeles basisbevilgningen med 50 prosent vekt på fordeling i 2003 og 50 prosent vekt på kostnadsnøkler.
2. Det gis et særskilt tillegg i basisbevilgningen til Helse Nord RHF finansiert innenfor totalrammen til helseforetakene.
3. Omleggingen gjennomføres gradvis i løpet av fem år.
4. Inntekter til dekning av avskrivninger bevilges gjennom basisbevilgningen fra 2004. Midlene fordeles med 50 prosent vekt på den faktiske fordelingen av kapital mellom RHF og 50 prosent vekt på kostnadsnøklene.

Sosialkomitéens flertall sluttet seg til tiltak 1 og 3, og merket seg for øvrig tiltak 2 og 4 (Innst. S. nr. 82 (2003-2004)).

I statsbudsjettet for 2005 følger Helse- og omsorgsdepartementet opp tiltakene. Det innebærer at 2005 blir første år i overgangsordningen på fem år. Beregningene som nå er foretatt viser at omfordelingene blir om lag som de resultatene som framkom av regneeksemplene i St.meld. nr. 5

(2003-2004). Nedenfor følger en tabell som viser de samlede omfordelingsvirkningene, dvs. når overgangsordningen er avviklet, og virkningen i 2005. Oppgaveendringer, endringer i inntektsstrømmer (ISF-sats mv.), demografisk utvikling mv. vil påvirke omfordelingsvirkningene i framtidige budsjetter.

(i mill. kr)

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF
Samlet endring i mill. kr.	-106	-199	241	117	-53
Endring i 2005	-21	-40	48	23	-11
Årlig endring i pst.	-0,1	-0,5	0,7	0,4	-0,2

Tabellen viser at Helse Vest og Helse Midt-Norge vil få økte overføringer, mens Helse Øst, Helse Sør og Helse Nord får reduserte overføringer. Bevilgningsforslagene under kap. 732 postene 71-75 for 2005 er endret i tråd med dette.

Private sykehus og poliklinikkrefusjoner

I St.meld. nr. 5 (2003-2004) ble følgende lagt frem: «Private sykehus som har avtale med RHF, skal kunne utløse poliklinikkrefusjoner fra 2005, forutsatt at utgiftsveksten i poliklinikkordningen er kommet under bedre kontroll.» Sosialkomitéens flertall kommenterte dette slik i Innst. S. nr. 82 (2003-2004):«Flertallet merker seg at departementet slutter seg til Hagen-utvalgets forslag om større grad av nøytralitet i finansiering av helsetjenester utført av private og offentlige sykehus. Flertallet antar at dette er en forutsetning for å utvide retten til fritt sykehusvalg til også å gjelde private sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene. Flertallet mener at de private sykehusene med avtale må ha sikre og gode rammebetingelser for at pasientene skal få et godt helsetjenestetilbud.»

Forslaget har ikke betydning for private sykehus som tidligere var en del av de regionale helseplanene og fikk driftsutgiftene helt eller delvis dekket av fylkeskommunen. Disse sykehusene utløser allerede offentlige poliklinikktakster. I 2004 er alle private poliklinikker innen psykisk helsevern i denne kategorien. Når det gjelder poliklinisk rusbehandling, vises det til omtale under kap. 732 post 77. Forslaget i St.meld. nr. 5 (2003-2004) er derfor mest relevant for somatisk pasientbehandling fordi det finnes private somatiske sykehus som pr. i dag ikke utløser poliklinikktakster. Departementet har derfor vurdert utgiftsveksten innen somatisk poliklinisk behandling som finansieres over kap. 732 post 77 for å vurdere om forslaget bør settes i verk fra 2005.

Det er flere forhold som kan spille inn på veksten. Etterspørsel og behov hos pasientene samt prioriteringer og kapasitet i helseforetakene har betydning. Tiltak som er satt i verk av departementet for å bedre kontrollen med utgiftsveksten i 2003 og 2004 forventes også å få effekt over tid. Det vises bl.a. til reduksjonen av takstene som ble iverksatt på statsbudsjettet for 2004. For 2004 er det budsjettert med samme aktivitetsnivå som i 2003, jf. St.prp. nr. 1 (2003-2004) og St.prp. nr. 63 (2003-2004).

Det finnes flere kilder som gir grunnlag for å vurdere veksten innen somatisk poliklinisk behandling. Norsk pasientregister rapporterer om en vekst i antall polikliniske konsultasjoner fra 1. tertial 2003 til 1. tertial 2004 på 5,3 pst. Rapporter fra de regionale helseforetakene for 1. tertial 2004 viser at antall polikliniske konsultasjoner i gjennomsnitt ligger 3,8 pst. over budsjett for samme periode. Anslag fra Rikstrygdeverket, som er basert på regnskapsutviklingen pr. 31. juli 2004, indikerer en aktivitetsvekst på 7,2 pst. i 2004 i forhold til 2003. Disse tallene indikerer at utgiftsveksten foreløpig ikke er under god nok kontroll. Departementet vil arbeide videre med tiltak for bedre kontroll. En forventer også at tiltakene som allerede er iverksatt vil få mer effekt over tid.

Ut fra dette foreslår regjeringen at det på nåværende tidspunkt ikke åpnes for at private sykehus skal kunne utløse offentlige poliklinikktakster. Regjeringen vil vurdere forslaget på nytt i 2006-budsjettet.

Nye polikliniske takster for psykiatri

Takststrukturen for psykisk helsevern legges om fra 1. januar 2005. Omleggingen er en oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003-2004) som Stortinget sluttet seg til. Omleggingen forventes å motivere til økt poliklinisk kapasitet med fokus på aktivitet og pasientbehandling. Departementet foreslår at den nye

takststrukturen for psykisk helsevern også innføres for de polikliniske tjenestene ved ruspoliklinikkene. Det vises til omtale under kap. 732 post 77 og kap. 743 post 75.

Utdanning

Sosialkomiteen har i Innst. S. nr. 82 (2003-2004) merket seg at departementet tar sikte på en mer likeartet praksisfinansiering enten studentene går på høyskole eller universitet, og ber departementet påskynde dette tiltaket. Det vises til kap. 732 post 78 for en redegjørelse av departementets oppfølging av saken.

Gjestepasientoppgjør mellom regionale helseforetak

Behandlings- og forpleiningsutgifter for gjestepasienter skal dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion. I St.meld. nr. 5 (2003-2004) foreslås det å: «avvikle ordningen med statlig normerte gjestepasientpriser for landsfunksjoner og flerregionale funksjoner fra 2004, og vil også vurdere dette for det øvrige gjestepasientoppgjøret.» Helsedepartementet har vært i dialog med de regionale helseforetakene om dette. Vurderingen fra enkelte regionale helseforetak er at dette er vanskelig å gjennomføre fordi en ikke har nok informasjon om kostnader knyttet til enkeltpasientbehandling. Det er igangsatt et arbeid i regionale helseforetak og SINTEF-miljøet for å vurdere ulike modeller for fremtidig gjestepasientoppgjør, herunder få mer informasjon om kostnad per pasient (KPP). Et slikt system vil danne bedre grunnlag for å kunne gjennomføre reelle behandlingsbaserte gjestepasientoppgjør.

Samordning av sykehus i hovedstadsområdet

Helsedepartementet la i St.prp. nr. 63 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 250 (2003-2004), fram for Stortinget at departementet hadde besluttet å starte en utredningsprosess for en bedre koordinering av spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet, dvs. en bedre samordning innen det enkelte regionale helseforetak og mellom Helse Øst og Helse Sør. Departementet varslet at saken senere vil bli lagt fram for Stortinget og at det ville bli gitt en orientering i forbindelse med budsjettforslaget for 2005.

I St.prp. nr. 63 (2003-2004) ble det henvist til en fusjon mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Styret i Helse Sør fattet i juni 2004 vedtak om fusjon av disse to helseforetakene. Dette vedtaket følges nå opp. Det videre arbeidet med hovedstadssykehusene må sees i sammenheng med denne fusjonen.

Arbeidet med å utrede de problemstillingene som er reist og av ulike tiltak pågår. Dette er et omfattende arbeid. Det skal gjennomføres en analyse og vurdering av tiltak som kan bidra til en bedre samordning av spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet. Vurderingene er særlig knyttet til Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål Universitetssykehus, men i vurderingene av tiltak må det også sees hen til roller og oppgaver for andre sykehus i området. Departementet ønsker bred medvirkning fra berørte parter. Det er avholdt et orienteringsmøte, og det vil bli holdt flere drøftingsmøter med berørte brukere, folkevalgte, fagorganiserte og utdanningsinstitusjoner i tillegg til regionale helseforetak for å belyse problemstillingene best mulig. Innspill fra disse vil inngå i vurderingsgrunnlaget.

I dag blir samordningsbehovet i stor grad basert på ulike former for samarbeidsavtaler mellom Helse Øst og Helse Sør og dette har på flere områder ført til felles tiltak. Det vil være viktig å klarlegge om denne type tiltak vil være tilstrekkelig for å ivareta det samordningsbehov som identifiseres, eller om det er nødvendig med mer grunnleggende tiltak.

Departementet tar sikte på å legge frem sine vurderinger av disse spørsmålene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett våren 2005.

Omstillingsutfordringer i de regionale helseforetakene

Statusrapport for 2004

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

Departementet har, som omtalt i St.prp. nr. 63 (2003-2004), gjennomgått omstillingsutfordringene med hvert enkelt regionalt helseforetak med utgangspunkt i Stortingets budsjettvedtak for 2004, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004). Regjeringen legger til grunn at de regionale helseforetakene håndterer omstillingsutfordringen slik at de oppnår balanse i 2005.

Ut fra de opplysningene Helse- og omsorgsdepartementet nå har om utviklingen i arbeidet med å iverksette omstillingstiltak og realisere innsparingseffekt som følge av disse i 2004, er det fra noen regionale helseforetak varslet at de ligger

tidsmessig noe etter de opprinnelige gjennomføringsplanene. Departementet ser alvorlig på denne utviklingen og vil i tida framover legge opp til en enda tettere oppfølging av berørte regionale helseforetak i tillegg til den rapportering og oppfølging som allerede er etablert.

Forhold som påvirker omstillingsutfordringene i helseforetakene

En SINTEF-rapport viser at omfanget av endret registreringspraksis var lavere og den reelle aktivitetsveksten høyere i 2003 enn lagt til grunn i budsjettet. Som følge av dette skal enhetsprisen i ISF-ordningen økes tilsvarende 193 mill. kroner. Forslaget om å øke bevilgningen med 193 mill. kroner innebærer isolert sett at omstillingsutfordringene reduseres tilsvarende.

Med virkning fra 1. januar 2004 ble det innført nye myndighetspålagte arbeids- og hviletidsbestemmelser for besetningen i luftambulansetjenesten. Nye ytelsesmessige krav til helikoptertjenesten vil bli innført fra 1. januar 2005. Nye arbeidstidsbestemmelser og helikopterkrav har økonomiske konsekvenser for luftambulansetjenesten i 2004 og 2005. Det er foreløpig knyttet usikkerhet til størrelsen på beløpene, men det antas at de vil være i størrelsesorden 30-45 mill. kroner. Det er ikke gitt kompensasjon for disse eventuelle merkostnadene i budsjettforslaget.

I forhold til de gjennomgangene som departementet hadde med de regionale helseforetakene vinteren 2004, jf. ovenfor, gir de endringer som her er nevnt i sum en noe mindre omstillingsutfordring for de regionale helseforetakene i 2005.

Stortinget økte bevilgningen til regionale helseforetak med 500 mill. kroner i 2004, jf. Innst. S. nr. 250 (2003-2004). Dette beløpet er ikke videreført i 2005.

Omstillingsutfordringer og planer for tiltak i 2005

En rekke av tiltakene som iverksettes i løpet av 2004 vil først gi full effekt i 2005 (helårsvirkning). Det er likevel varslet at det blir nødvendig å iverksette ytterligere tiltak i løpet av 2005 for å oppnå økonomisk balanse. Flere av de regionale helseforetakene har varslet at analysene så langt viser at tiltakene vil innebære strukturelle endringer og omlegging av tjenestetilbudet på enkelte områder. Det vises også til plan- og meldingsdelen for helseforetakene (del III).

Verdsetting av anleggsmidler. Tilpasninger til regnskapsloven.

I St.prp. nr. 63 (2003-2004) heter det bl.a. følgende:

> «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 driftsregnskapene, og at en annen regnskapsføring kan føre til at det på dette punkt kan bli tatt forbehold i revisjonsberetningen til de enkelte helseforetakene. ... 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.»

I tråd med forutsetningene i St.prp. nr. 63 (2003-2004) er det foretatt vurderinger av hvordan eventuelle endringer i måten som regnskapsloven skal gjøres gjeldende for helseforetakene, kan gjennomføres. Det har vært en viktig premiss i arbeidet at helseforetakene fortsatt skal følge regnskapslovens bestemmelser.

På bakgrunn av dette arbeidet foreslår regjeringen at det fremmes et forslag om en lovendring i helseforetaksloven som gir adgang til å fastsette forskrifter om regnskapsmessig vurdering av bygg og anlegg som helseforetakene tok over ved etablering av foretakene. Lovendringsforslaget og forskriften sendes på høring høsten 2004, slik at endringene kan gjøres gjeldende fra regnskapsåret 2004.

Forskriften skal fastsette verdiene av åpningsbalansen og levetider for bygg og anlegg med tilhørende avskrivninger. Verdsettingen skal baseres på det gjennomsnittlige investeringsnivået i spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet. For å beregne årlige avskrivninger legges til grunn de lengste levetidene innenfor de intervaller anbefalt av tekniske miljøer. Foreløpige beregninger viser at basert på de valgte levetider og inntektsnivå, vil foretakene over tid være i stand til å gjenanskaffe om lag 2/3 av den beregnede gjenanskaffelsesverdien av kapitalen, tilsvarende om lag 75 mrd. kroner. Dette er noe lavere enn det som framgikk av St.prp. nr. 1 (2003-2004), hvor verdiene utgjorde om lag 85 mrd. kroner, fordi det der var forutsatt brukt lengre levetider enn det nå legges til grunn.

Korrigert for verdiforringelse som følge av bruk av bygninger og utstyr vil åpningsbalanseverdiene bli om lag 45 mrd. kroner mot drøyt 50 mrd. kroner i det opplegget som ble presentert i St.prp. nr. 1 (2003-2004).

Det skal i forhold til ovennevnte beregninger anføres at den bygningsmassen som helseforetakene har overtatt er et resultat av investeringsbeslutninger foretatt av 19 fylkeskommuner og staten. De fem regionale helseforetakene og det felles statlige eierskapet gir nye muligheter for koordinering av investeringer og kapitalbruk. Nødvendige og hensiktsmessige tilpasninger vil skje over tid etter hvert som eksisterende bygninger og utstyr skal erstattes, dvs. i et tidsperspektiv på 20-30 år. Det er videre slik at beregningene tar utgangspunkt i uendret fordeling av ressursbruk mellom kapital og andre innsatsfaktorer. Innenfor de premisser og rammer som følger av helseforetaksloven og de årlige statsbudsjett, vil det være opp til de regionale helseforetakene å prioritere ressursfordelingen mellom innsatsfaktorene. Illustrasjonsmessig vil 1 mrd. kroner i økte investeringer i bygg innebære 30 mill. kroner i økte avskrivningskostnader i tillegg til finanskostnader knyttet til evt. låneopptak.

Det skal også påpekes at det inntektsnivået som er lagt til grunn for å dekke avskrivninger tar utgangspunkt i det gjennomsnittlige investeringsnivået i spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet som beregnet andel av fylkeskommunenes inntekter. Dette investeringsnivået har vist seg tilstrekkelig til å opprettholde og øke produksjon av helsetjenester. Inntektsrammene til helseforetakene er i perioden etter reformen økt i forhold til dette nivået.

Departementet vil i premissene til lovendringen og forskriften gjøre rede for de begrunnelser og vurderinger som ligger til grunn for verdsettingen, slik at regnskapene framover skal gi et korrekt bilde av den økonomiske situasjonen i helseforetakene.

Investeringer i helseforetak

Gjennom fjorårets statsbudsjett er allmenne rammer gjort gjeldende for investeringer i helseforetak. De tre store prosjektene som er gitt særskilt investeringstilskudd etter kritisk prosjektgjennomgang mv., jf. kap. 732 post 81, vil i 2005 og kommende år legge beslag på en betydelig andel av tilgjengelig likviditet til investeringsformål i helseforetakene. Disse større prosjektene påvirker således fordelingen av lånebevilgningen mellom de regionale helseforetakene. Dette vil også kunne være tilfelle for andre større prosjekter som framover besluttes. De større prosjektene impliserer en stor økonomisk utfordring for de aktuelle regionale helseforetakene så vel som den samlede spesialisthelsetjeneste.

Styring og kvalitetssikring av investeringsprosjekter

De regionale helseforetakene har ansvar for å sikre forsvarlig styring og kvalifisert håndtering av sine respektive investeringsprosjekter. Departementet har vektlagt at det må utvikles systemer og rutiner for styring, kontroll og kvalitetssikring som reflekterer betydning av og risiko ved investeringsprosjekter, både for byggområdet generelt og med særskilte krav til større prosjekter som overstiger 500 mill. kroner.

Helseforetakene er som egne rettssubjekter ikke underlagt Finansdepartementets såkalte Gul Bok-ordning for store statlige investeringsprosjekter. Rammebetingelser for investeringer i helseforetak innebærer at disse prosjektene vil ha en litt annen innretting med hensyn til beslutningsprosesser og vurderingstemaer. Foretakene har anledning til å velge teknikker for å håndtere usikkerhet mv. som er mer integrert i plan- og prosjekteringsarbeidet. Helsedepartementet har imidlertid lagt til grunn at forhold av sentral betydning for god prosjektstyring og kvalitetssikring som ligger bak nevnte ordning, også må ivaretas i de regionale helseforetakenes opplegg for styring og kvalitetssikring. For prosjekter med samlet kostnadsramme over 500 mill. kroner er det lagt til grunn at det må være gjennomført kvalitetssikringstiltak som gir minst like god sikkerhet ift. økonomiske rammer som Gul Bok-ordningen. Det er forutsatt at de regionale helseforetakene benytter anerkjente teknikker for å håndtere usikkerhet knyttet til prosjektenes samlede kostnadsnivå.

To innfallsvinkler står sentralt i departementets tilnærming til styring og kvalitetssikring av investeringsprosjekter; dels vurdering og kvalitetssikring fram til mulig vedtak om igangsetting, dels kvalitetssikring og styring i gjennomføringsfasen for igangsatte prosjekter. Dette for å sikre at det kun er riktige og realistiske prosjekter som igangsettes og at igangsatte prosjekter gjennomføres effektivt med hensyn til kostnader og framdrift og i henhold til beslutningsunderlaget. De regionale helseforetakene har på denne bakgrunn utviklet krav til beslutningsprosedyrer og opplegg for styring og kvalitetssikring. Oppleggene reflekterer de systemmessige rammebetingelser som er gjort gjeldende for investeringsprosjekter i helseforetak. Departementet legger til grunn at man i den videre implementering og videreutvikling av dette områ-

det tilstreber å ivareta den forutsatte prosjekt- og styringskvalitet. Spesielt er det viktig å ha kvalifisert prosjektstyring og kvalitetssikring i ulike faser av større prosjekter som samlet har en investeringskostnad på over 500 mill. kroner. For denne type prosjekter er det lagt til grunn at det må foretas revisjoner av prosjektgjennomføringene minimum en gang årlig.

Behovet for driftskreditter

Det vises til St.prp. nr 65 (2002-2003) og St.prp. nr. 1 (2003-2004) hvor det ble gitt en orientering om behovet for og bruken av driftskreditter for årene 2002 til 2004. Ved behandling av sistnevnte proposisjon, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) ble driftskredittrammen økt til 4,5 mrd. kroner.

De regionale helseforetakene har i 2003 i liten utstrekning benyttet seg av driftskreditter, men som følge av flere år med driftsmessig underskudd samt innbetaling av høye reguleringspremier knyttet til pensjon, vil likviditetssituasjonen i 2004 være betydelig svekket.

For 2005 vil likviditetssituasjonen bli strammere enn for 2004. De omstillingsprosesser som nå pågår, vil først gi en bedring av likviditeten i andre halvår 2005. Videre varsler helseforetakene at de også for 2005 vil måtte betale vesentlige høyere pensjonspremier enn det reelle kostnader tilsier.

For å sikre en stabil driftssituasjon og en forsvarlig likviditetsreserve bes det om Stortingets samtykke til å gi de fem regionale helseforetakene adgang til å ta opp driftskredittlån innenfor en ramme på 5,5 mrd. kroner. Departementet vil vurdere driftskredittbehovet for 2005 på nytt i revidert nasjonalbudsjett 2005.

Merverdiavgiftskompensasjon for helseforetak

I Revidert nasjonalbudsjett 2004 varslet regjeringen innføring av en ordning med merverdiavgiftskompensasjon for helseforetak med sikte på iverksettelse fra 2005. Helsetjenester er unntatt fra merverdiavgiftsplikt, og helseforetak har ikke fradragsrett for merverdiavgift på anskaffelser til bruk i virksomheten. Merverdiavgiften motiverer dermed helseforetak til å produsere støttetjenester som renhold, vask og vedlikehold mv. med egne ansatte (uten merverdiavgift) framfor å kjøpe dem med merverdiavgift fra private underleverandører. En ordning med merverdiavgiftskompensasjon skal likestille kjøp fra private underleverandører med egenproduksjon for helseforetak. En kompensasjonsordning bør også omfatte enkelte private virksomheter som produserer helsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Det vises til St.prp. nr. 1 (2004-2005) Skatte-, avgifts- og tollvedtak der det er gitt en nærmere omtale av problemstillingen, og der det tilrås at en bruker noe mer tid til å utarbeide den endelige ordningen slik at denne kan fremmes som forslag i budsjettet for 2006.

Post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren

Dette er midler som blant annet går til departementets oppfølging og kontroll av sektoren.

Utviklingen av pasientklassifikasjonssystemer

Resultatrapportering 2003

Et pasientklassifiseringssystem systematiserer opphold eller aktivitet i grupper som er mest mulig homogene, så vel medisinsk-faglig som kostnadsmessig. Dette gjør det lettere å sammenligne pasientsammensetning, aktivitet og ressursbruk mellom sykehus. Det mest kjente pasientklassifiseringssystemet er DRG-systemet som brukes ved somatiske sykehus.

I 2003 ble det satt i gang et prosjekt i regi av KITH for å utvikle et enhetlig kodeverk for poliklinisk virksomhet. Arbeidet pågår fortsatt og skal være ferdig høsten 2004. Det nye kodeverket vil danne et godt grunnlag for utarbeiding av et nytt pasientklassifiseringssystem for poliklinisk virksomhet som kan integreres med dagens DRG-system. Dette vil på sikt bidra til at ISF-systemet kan utvides til å gjelde all behandling, både poliklinisk aktivitet, dagbehandling og innleggelser. Arbeidet må gjennomføres i faser og er tidkrevende, totalt sett er det anslått en utviklingsperiode på mellom 3 og 5 år. Det vil imidlertid kunne ta noe lengre tid før dette kan tas i bruk som finansieringsverktøy.

Tilstandsvurdering 2004

Som en oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003-2004) Nytt inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, er det satt i gang et arbeid med å utvikle klassifiseringssystemer på flere nye områder innenfor spesialisthelsetjenesten. For å finansiere dette er det avsatt 5 mill. kroner på kap. 732 post 21 i 2004. Det er igangsatt arbeid på følgende områder i 2004: utvikling av DRG-systemet for høyspesialiserte somatiske tjenester, enhetlig kodeverk for laboratorier samt et forprosjekt for mulighetene innenfor psykisk helsevern, rus, rehabilitering og habilitering. De ulike prosjektene vil strekke seg over noen år. Dette kommer i tillegg til det arbeidet som startet opp i 2003 og som det er bevilget 1,6 mill. kroner til.

Bedre kvalitet på koding og kontroll av ISF-ordningen

Tilstandsvurdering 2004

For å styrke kvaliteten og kontrollapparatet med ISF-ordningen er det i 2004 overført 5 mill. kroner fra kap. 732 postene 71-75 til kap. 732 post 21 for å styrke innsatsen knyttet til koderevisjon og standardisering av koding. Midlene er stilt til disposisjon til SINTEF Helse og arbeidet skjer i regi av SINTEF Helse gjennom et samarbeid med Dnlf og de medisinske fagmiljøene. Det er gitt en nærmere omtale av dette arbeidet under kap. 732 post 76.

Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten

Resultatrapportering for 2003

Arbeidet med statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten ble i all hovedsak avsluttet i 2002. I 2003 var det aktiviteter knyttet til overføring av formuesposisjoner fra fylkeskommunene til staten, herunder også gjennomføring av nemndsbehandling. Videre er det hentet inn økonomisk kompetanse knyttet til blant annet etablering av åpningsbalansene og arbeidet med formuesoverføringer fra fylkeskommunene til staten. For å dekke juridisk og økonomisk bistand i forbindelse med dette arbeidet ble det bevilget 10 mill. kroner i 2003, jf. St.prp. nr. 1 (2002-2003). I tillegg ble om lag 6 mill. kroner av bevilgningen fra 2002 overført til 2003 grunnet tidspunktet for utbetaling av midlene.

Tilstandsvurdering 2004

Den gjenstående aktiviteten i 2004 er i hovedsak knyttet til sluttføring av eiendomsoverdragelsene, dvs. nemndsbehandling og arbeid med hjemmelsoverføringer og delingsforretninger. Aktivitetene som gjennomføres i 2004 dekkes av overførte midler fra 2003 og bevilgningen på kap. 732 post 21 i 2004.

Prosjekt for gjennomføring av Rusreform I

Resultatrapportering for 2003

For å forberede og gjennomføre Rusreform I ble det etablert et prosjekt i Helsedepartementet. Det ble bevilget 10 mill. kroner til arbeidet i 2003, jf. St.prp. nr. 1 (2002-2003). I tillegg er det overført 5 mill. kroner fra 2002. Bevilgningen omfattet lønns- og driftsmidler til prosjektorganisasjonen samt midler til ekstern bistand knyttet til overføring av institusjonene. I tillegg dekket bevilgningen ekstraordinære engangsutgifter for regionale helseforetak i forbindelse med gjennomføring av reformen. Gjennomføringen av Rusreform I ble samordnet med Rusreform II, og ble koordinert av prosjektorganisasjonen. Det er avsatt 5 mill. kroner på Sosialdepartementets budsjett til gjennomføring av Rusreform II.

Tilstandsvurdering 2004

Rusreformene ble iverksatt 1. januar 2004. Det har vært noe etterarbeid i 2004 knyttet til gjennomføringen av reformene i 2004. Aktivitetene som gjennomføres i 2004 dekkes av overførte midler fra 2003 og bevilgningen på kap. 732 post 21 i 2004.

Budsjett 2005

Det foreslås å flytte midler knyttet til utvikling av pasientklassifiseringssystemer, til sammen 6,6 mill. kroner, til kap. 720 Sosial- og helsedirektoratet post 21 Spesielle driftsutgifter, jf. omtale under kap. 720 post 21. Dette innebærer at Sosial- og helsedirektoratet gis et samlet ansvar for å utvikle og vedlikeholde kode- og pasientklassifiseringssystemer. SINTEF Helse/PAFI skal fortsatt ha et hovedansvar for å vedlikeholde DRG-systemet.

Det foreslås å bevilge 17,7 mill. kroner under kap. 732 post 21 i 2005. Bevilgningen vil for 2005 i hovedsak gjelde departementets videre oppfølging og kontroll av sektoren. Arbeidet med å styrke kvaliteten og kontrollapparatet med ISF-ordningen videreføres og det avsettes 5 mill. kroner til dette arbeidet i 2005. I tillegg vil bevilgningen benyttes til en videreføring av igangsatte aktiviteter som for eksempel måling av forskningsresultater i helseforetakene, norsk og nordisk DRG-programvare og Nordisk senter for klassifisering av sykdommer.

Post 70 Tilskudd til helseforetakene

Innledning

Hovedregelen er at tildeling til basisbevilgningene til de regionale helseforetakene skjer på separate poster, postene 71-75. I noen tilfeller er det imidlertid særskilte forhold som gjør at det bevilges midler over en felles post (post 70). Bevilgningsforslaget under post 70 på totalt 2 494,9 mill. kroner dekker tilskudd til følgende formål:

	(i mill kr)
Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt	15,0
Pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell	306,1
Opptreningsinstitusjoner mv.	560,0
Luftambulansetjenesten	57,5

Nasjonale kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger	49,5
Tilskudd til Vikensenteret	31,0
Kompensasjon for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift	475,7
Investeringsmidler knyttet til Nasjonal kreftplan (kun rapportering)	
Utdanning av stråleterapeuter (kun rapportering)	

De enkelte tilskuddene er nærmere omtalt nedenfor.

Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formålet med tilskuddet er å styrke tilbudet innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt utenfor sykehus.

Det ble i 2003 også innført tilleggsrefusjon for lindrende behandling i ISF-systemet, jf. kap. 732 post 76 Innsatsstyrt finansiering. Det er også etablert kompetansesentre for palliativ behandling i hver av helseregionene.

Resultatrapport 2003

I 2003 ble det utbetalt 10 mill. kroner til formålet over denne tilskuddsposten. Tilskuddet har gått til driftsstøtte og videreføring av etablerte prosjekter i kommunalt tilknyttede institusjoner. Dette for å sikre kontinuitet i prosjektene og opprettholdelse av tilbudet.

Tilstandsvurdering 2004

I 2004 ble bevilgningene til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt utenfor sykehus styrket i forhold til 2003, og det ble bevilget 15 mill. kroner på denne posten.

Tilskuddet for 2004 har gått til driftsstøtte til etablerte prosjekter som fremdeles er i en oppstartfase (om lag 5 mill. kroner) og til investeringsstøtte og driftsstøtte til nye prosjekter utenfor sykehus (om lag 10 mill. kroner). Dette for å sikre kontinuitet i prosjektene, men også for å understøtte nye prosjekter der det tidligere har vært et mangelfullt tilbud. Samtlige helseregioner ble i 2004 tildelt midler.

Budsjettforslag 2005

Det foreslås at bevilgningen til prosjekter knyttet til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt utenfor sykehus videreføres i 2005, dvs. 15,0 mill. kroner foreslås bevilget over kap. 732 post 70.

Pasienttransport (tidl. syketransport) og reiseutgifter for helsepersonell

Ansvaret for pasienttransport og transport av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ble overført fra trygdeetaten til regionale helseforetak 1. januar 2004, jf. Ot.prp. nr. 66 (2002-2003) og Innst. O. nr. 9 (2003-2004). Målsetningen med overføringen er å stimulere til behandling nær pasientens bosted når dette er til fordel for pasienten og representerer sparte utgifter til pasienttransport. Ved å samle ansvaret for spesialisthelsetjeneste og pasienttransport vil det være lettere å se disse tjenestene i sammenheng.

Finansieringsansvaret for pasienttransport er i 2004 delt mellom staten og regionale helseforetak. Halvparten av utbetalingene dekkes av staten over kap. 732 post 80 Pasienttransport. Regionale helseforetak forutsettes å dekke resterende 50 pst. av utgiftene gjennom tilførte midler under kap. 732 post 70.

Tilstandsvurdering 2004

Ansvaret for pasienttransport tilligger de enkelte helseforetak slik at behandlingstilbud og transport kan koordineres. Det er gjennomført anbudsrunder med drosjenæringen og inngått nye kontrakter innenfor de fleste områder. En årsprognose basert på regnskapstallene for de seks første måneder i 2004 tilsier at utbetalingene til pasienttransport, herunder oppholdsutgifter, har økt med 2 pst. sammenlignet med 2003. En har da tatt hensyn til økte egenandeler fra 1. januar 2004. Det antas at regionale helseforetaks fokus på anbudsrunder i 2004 har bidratt til at utgiftsveksten er noe lavere enn tidligere.

De fem regionale helseforetak har inngått enkeltvise avtaler med Rikstrygdeverket om levering av tjenester knyttet til saksbehandling og utbetalinger til transportører og brukere. De fem regionale helseforetakene har kjøpt denne typen av tjenester fra trygdeetaten for 105,9 mill. kroner inkl. mva i 2004. Det er i avtalene forutsatt dialog mellom partene om en mest mulig kostnadseffektiv tjeneste. Avtalene skal gjelde i to år fra 1.1.2004. Partene skal i juni 2005 drøfte videre samarbeid.

Budsjettforslag 2005

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at finansieringsdelingen av utgiftene endres slik at ytterligere 25 pst. av utgiftene skal dekkes av regionale

helseforetaks ramme fra 2005. Forslaget innebærer at delingen av utbetalingene endres til en 75/25-modell fra 2005. Dette medfører at halvparten av bevilgningen under kap. 732 post 80 i 2005, dvs. 432,0 mill. kroner, flyttes til kap. 732 post 70.

Egenandelen foreslås økt fra 110 til 115 kroner per enkeltreise, fra 220 til 230 kroner tur/retur, fra 1. januar 2005.

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 fra 1. januar 2005, dvs. fra 440 til 800 kroner tur/retur. Under kap. 720 post 21 er det referert fra en foreløpig rapport utført av SINTEF Helse på bruken av fritt sykehusvalg. Et foreløpig funn fra undersøkelsen er at tre av fire fortsatt ville benyttet fritt sykehusvalg selv om egenandelen øker til 400 kroner hver vei. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget med en orientering etter at endelig rapport foreligger.

Forslagene om økte egenandeler må 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. Det er tatt høyde for forslag til økte egenandeler i forslag til bevilgning under kap. 732 post 70 og post 80.

Videre foreslås 144,6 mill. kroner knyttet til administrasjon av pasienttransport og transport av helsepersonell samt midler knyttet til kjøp av tjenester flyttes til de regionale helseforetaks basisbevilgning, dvs. kap. 732 postene 71-75.

Bevilgningen til pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell over kap. 732 post 70 blir med dette 1 306,1 mill. kroner. Midlene fordeles som følger mellom regionale helseforetak:

	(i mill kr)
Helse Øst RHF	302,8
Helse Sør RHF	159,2
Helse Vest RHF	200,3
Helse Midt-Norge RHF	230,7
Helse Nord RHF	413,1

Opptreningsinstitusjoner

Formål og hovedprioriteringer

Det vises til Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2002-2003) hvor det ble vedtatt en ny ordning for organisering og finansiering av tilbudet i opptreningsinstitusjonene, helsesportsentrene m.m. Ordningen innebærer at finansiering og bestilleransvaret skal overføres til de regionale helseforetakene i løpet av en fire års periode. Målsettingen er å harmonisere finansiering og styring av tilbudet i disse institusjonene med den øvrige spesialisthelsetjeneste. For nærmere omtale vises det til kap. 2711 post 78.

Resultatrapportering for 2003

2003 var det første året i overgangsperioden, og 20 pst. av inntektene til opptreningsinstitusjoner mv. ble utbetalt via de regionale helseforetakene som en basisbevilgning. De resterende 80 pst. ble utbetalt over kap. 2711 post 78 med bakgrunn i aktivitetsdata.

Som følge av dette ble de regionale helseforetakene pålagt å utarbeide avtaler med opptreningsinstitusjonene og helsesportsentrene i løpet av 2003. Ved utgangen av 2003 var avtaleforhandlingene mellom de regionale helseforetakene og opptreningsinstitusjonene, herunder de fire spesielle helsesportsentrene, sluttført og de fleste avtalene var undertegnet av berørte parter. I løpet av våren 2004 var alle avtaler undertegnet. Disse avtalene omfatter den totale sengekapasiteten disse institusjonene er godkjent for.

Tilstandsvurdering 2004

For 2004 er det bevilget 352,5 mill. kroner til opptreningsinstitusjoner over denne posten. Dette tilsvarer om lag 40 pst. av totalbevilgningen til institusjonene. Gjennom avtalene er opptreningsinstitusjonene og de spesielle helsesportsentrene blitt knyttet tettere opp imot spesialisthelsetjenesten. Avtalene som er inngått stiller både faglige krav til den tjenesten som institusjonene tilbyr og krav til rapportering tilbake til regionale helseforetak. En oppsummering på samhandling mellom sykehus, kommunehelsetjenesten og disse institusjonene vil foreligge første halvår 2005.

Budsjettforslag 2005

For 2005 foreslås det en videreføring av opptrappingen i tråd med tidligere innstillinger. Dette innebærer at finansieringen som utbetales over denne tilskuddsposten øker med om lag 20 pst., slik at bevilgningene øremerket til formålet over kap. 732 post 70 utgjør 60 pst. av totale bevilgninger til opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre m.m. Økningen utgjør 193,1 mill. kroner, som foreslås overført fra kap. 2711 post 78 Opptreningsinstitusjoner mv. Bevilgningen til opptreningsinstitusjoner mv. over kap. 732 post 70 blir med dette på

560,0 mill. kroner og fordeles mellom institusjoner med bakgrunn i erfaringstall, og summeres som følger pr. regionalt helseforetak:

	(i mill kr)
Helse Øst RHF	264,1
Helse Sør RHF	90,2
Helse Vest RHF	36,9
Helse Midt-Norge RHF	85,6
Helse Nord RHF	83,3

Luftambulansetjenesten

Resultatrapport 2003 og tilstandsvurdering 2004

Luftambulansen ANS ble opprettet 1. januar 2004. Luftambulansen ANS er et felles ansvarlig selskap som ivaretar den operative del av luftambulansetjenesten, herunder forvaltningsoppgaver som regionale helseforetak og Sosial- og helsedirektoratet har ivaretatt tidligere. Samlet bevilgning for luftambulansetjenesten i 2004 utgjør anslagsvis 420 mill. kroner, hvorav 55,5 mill. kroner er bevilget over kap. 732 post 70 til ivaretakelse av tiltak av nasjonal karakter innen luftambulansetjenesten, herunder risikoreduserende og sikkerhetsrelatert virksomhet.

Budsjettforslag 2005

Det foreslås bevilget 57,5 mill. kroner til Luftambulansetjenesten i 2005.

Med virkning fra 1. januar 2004 ble det innført nye myndighetspålagte arbeids- og hviletidsbestemmelser for besetningen i luftambulansetjenesten. Nye ytelsesmessige krav til helikoptertjenesten vil bli innført fra 1. januar 2005. Nye arbeidstidsbestemmelser og helikopterkrav har økonomiske konsekvenser for luftambulansetjenesten i 2004 og 2005. Det er foreløpig knyttet usikkerhet til størrelsen på beløpene, men det antas at de vil være i størrelsesorden 30-45 mill. kroner. Det foreslås ikke å kompensere for dette, jf. omtale under omstillingsutfordringer i de regionale helseforetakene.

Nasjonale kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger

Formål

Det er etablert 12 landsdekkende kompetansesentre/systemer for sjeldne funksjonshemninger. Sentrene skal bidra til å sikre at personer med sjeldne tilstander får dekket sitt helsetjenestebehov.

Resultatrapport 2003

Det ble i 2003 igangsatt en prosess for overføring av kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger til de regionale helseforetakene. Sosial- og helsedirektoratet skal som statens faglige rådgiver bistå i prosessen. I 2004 ble det bevilget 22,7 mill. kroner til Trenings- og rådgivningssenteret (TRS), 7,8 mill. kroner til Tannhelsekompetansesenteret (TAKO) og 6,8 mill. kroner til Institutt for sjeldne diagnoser (ISD) over kap. 732 post 70 for drift av sentrene. Kompetansesentrene har i 2003 gitt tilbud til og veiledet personer med aktuelle diagnoser, deres pårørende og det tverrsektorielle tjenesteapparatet, i tillegg til undervisning og forskning.

Tilstandsvurdering 2004

TRS og TAKO er i 2004 tilknyttet Helse Øst og ISD til Helse Sør. Midler til drift av sentrene, til sammen 41,6 mill. kroner, foreslås overført til kap. 732 post 78 i 2005. Beløpet er prisjustert og inkluderer utgifter til pensjonskostnader på 3 mill. kroner.

Departementet foreslår at ytterligere tre kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger overføres til regionale helseforetak fra 1. januar 2005. Dette gjelder Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS), Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og Narkolepsi (NK) samt Frambu. For de to førstnevnte kompetansesentrene er tilknytning til regionalt helseforetak avklart og midler til drift overføres til og utbetales over kap. 732 post 78.

For rapportering på bruk av midler i 2003 for sentrene SSSS, NK og Frambu vises det til kap. 761 post 75.

Budsjettforslag 2005

Midler til drift av Frambu, inkl. Frambu barnehage og skole, foreslås overført til kap. 732 post 70 i 2005. Midlene overføres med følgende beløp:

- 41,1 mill. kroner fra kap. 761 post 75 Kompetansesentra m.m. (ny)
- 7,4 mill. kroner fra Utdannings- og forskningsdepartementets kap. 243 post 01 Kompetansesentra for spesialundervisning
- 1,0 mill. kroner fra kap. 761 post 73 Tilskudd til døvblinde og døve (ny)

Sistnevnte tilskudd ytes særskilt til rehabilitering av bygningsmassen inkl. brannsikringstiltak. Totalt foreslås overført og bevilget 49,5 mill. kroner til drift av Frambu i 2005. Midlene vil bli over-

ført til det regionale helseforetak som Frambu blir tilknyttet.

Tilskudd til Viken senter

Viken senter for psykiatri og sjelesorg, som etableres i Bardu kommune, vil bli delfinansiert over Opptrappingsplanen for psykisk helse. I 2004 ble det utbetalt 30,0 mill. kroner til prosjektet over denne posten. For 2005 forslås det avsatt 31,0 mill. kroner til prosjektet. For øvrig omtale vises det til kap. 743 post 75.

Differensiert arbeidsgiveravgift

Det vises til St.prp. nr. 1 (2003-2004) hvor det ble lagt inn midler i basisbevilgningen (postene 71-75) som kompensasjon for omlegging av ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift. Fra 2005 foreslås disse midlene overført til og utbetalt over kap. 732 post 70. Budsjettforslaget for 2005 utgjør 475,7 mill. kroner og utbetales til de regionale foretak med følgende fordeling:

	(i mill kr)
Helse Øst RHF	16,9
Helse Sør RHF	15,9
Helse Vest RHF	37,9
Helse Midt-Norge RHF	51,5
Helse Nord RHF	353,5

Kreftbehandling m.m.

Investeringsmidler knyttet til kreftplanen

Som et ledd i gjennomføringen av nasjonal kreftplan ble det vedtatt å utvide antall strålemaskiner fra 22 til 36. Det er senere vurdert å være behov for å øke antallet til ytterligere 39 strålemaskiner på landsbasis, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2002-2003).

Resultatrapport 2003 og tilstandsvurdering 2004

Økningen av stråleterapikapasiteten har tatt noe lenger tid enn planlagt p.g.a. omfattende byggearbeider. Stråleterapiutbyggingen ved Ålesund sjukehus - Helse Sunnmøre HF ble sluttført første halvår 2004. Kreftpoliklinikken for kjemoterapi, utredning, pasientkontroll og palliasjon ble tatt i bruk i januar og klinisk stråleterapi kom i gang i mars 2004. Med dette er det 33 maskiner i drift på landsbasis. Det pågår nå byggearbeider både ved Haukeland universitetssykehus HF, Ullevål universitetssykehus HF og Det norske radiumhospital HF, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2003-2004). Midler til strålemaskiner og bunkers som er bevilget over kreftplanen i perioden 2002-2004, er utbetalt i henhold til framdriften i prosjektene.

Studielønn til utdanning av stråleterapeuter

Resultatrapport 2003 og tilstandsvurdering 2004

Det ble i 2003 utbetalt studielønn til 32 studenter for vårsemesteret (skoleåret 2002/2003) og 34 studenter for høstsemesteret (skoleåret 2003/2004). For 2004 ble det fordelt 11,4 mill. kroner fra kap. 732 post 70 til de regionale helseforetakene; noe som tilsvarer refusjon for inntil 40 studenter på landsbasis.

Budsjettforslag for 2005

For 2005 overføres 11,8 mill. kroner til kap. 732 post 71-75 som fortsatt bidrag til å sikre rekrutteringen av stråleterapeuter/annet aktuelt personell innen kreftbehandling.

Postene 71 til 75 Tilskudd til de regionale helseforetak (basisbevilgning)

Basisbevilgningen skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene som er beskrevet innledningsvis og i Plan- og meldingssystemet, jf. del III i denne proposisjonen.

Med bakgrunn i blant annet gjennomgangen av finansieringsordningene til spesialisthelsetjenesten er det i bevilgningsforslaget for 2005-budsjettet foreslått flyttinger og overføring av midler mellom budsjettkapitler og poster. Dette berører også de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. De viktigste endringer er som følger:

Fra kap. 732 post 70 Tilskudd til regionale helseforetak

For 2005 overføres 11,8 mill. kroner som fortsatt bidrag til å sikre rekrutteringen av stråleterapeuter/ annet aktuelt personell innen kreftbehandling, med følgende fordeling:

- 2,4 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
- 3,5 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
- 2,1 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
- 2,4 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
- 1,5 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Administrasjon av pasienttransport samt midler knyttet til kjøp av tjenester tilsvarende 144,6 mill. kroner overføres til de regionale helseforetaks basisbevilgning, med følgende fordeling:

– 30,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 21,5 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 30,4 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
– 31,5 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
– 31,2 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Fra kap. 732 post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet mv.

I forbindelse med omleggingen av finansieringen av poliklinisk laboratorie- og radiologisk virksomhet (jf. omtale under innledningen til kap. 732) økes basisbevilgningen med 443,0 mill. kroner, med følgende fordeling:
– 145,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 84,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 92,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
– 65,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
– 57,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

I forbindelse med etterslepet fra satsreduksjonen for refusjonstakster innen somatisk pasientbehandling og psykisk helsevern fra 1. januar 2004 (jf. omtale under kap. 732 post 77) økes basisbevilgningen med 119 mill. kroner, med følgende fordeling:
– 37,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 27,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 24,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
– 17,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
– 14,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Fra kap. 732 post 79 Kreftbehandling

Stråleterapiutdanningen drives som oppdragsundervising ved høgskolen i Oslo og Gjøvik og Bergen (jf. omtale under kap. 732 post 79). Fra 2005 overføres ytterligere 3,3 mill. kroner til de aktuelle regionale helseforetakene til finansiering av utdanningen av aktuelt personell innen kreftbehandling, med følgende fordeling:
– 1,2 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 1,6 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 0,6 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73

Fra kap. 743 post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern

Inkludert i denne tilskuddsposten ligger midler som ble bevilget til psykisk helseformål i perioden 1995 til 1998. For å gjøre det enklere å følge opp bevilgningen til nåværende opptrappingsplan foreslås midlene overført til basisbevilgningen. Det er en forutsetning at midlene fortsatt skal benyttes til formålet de er bevilget for. Det foreslås at 459,4 mill. kroner overføres fra kap. 743 post 75 med følgende fordeling:
– 158,1 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 89,2 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 96,6 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
– 66,8 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
– 48,7 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Takstoppgjør for legespesialister og psykologer

I takstoppgjøret for legespesialister og psykologer pr. 1. juli 2004, jf. omtale under kap. 2711 post 70 og 71, ble det avtalt å redusere refusjonstakstene med 117,0 mill. kroner på årsbasis mot en tilsvarende styrking av basisbevilgningene under kap. 732 postene 71-75. En økning på 8,5 mill. kroner under kap. 732 i 2004 knyttet til takstoppgjør for psykologer ble vedtatt ved behandling av St.prp. nr. 71 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 274 (2003-2004). Helårseffekten på 17,0 mill. kroner videreføres i 2005. Legeoppgjøret ble foretatt for sent til at Stortinget kunne behandle bevilgningsendringene for 2004. Konsekvensene av legeoppgjøret i 2004 vil bli lagt fram høsten 2004. De regionale helseforetaks kompensasjon for merutgifter til driftstilskudd for leger med 100,0 mill. kroner i 2005 foreslås fordelt som følger:
– 50,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 18,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 18,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
– 9,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
– 5,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Fra kap. 2711 post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

I forbindelse med omleggingen av finansieringen av poliklinisk laboratorie- og radiologisk virksomhet (jf. omtale under innledningen til kap. 732) økes basisbevilgningen med 216,0 mill. kroner, med følgende fordeling:
– 125,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 54,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 20,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
– 11,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
– 6,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

§12 soning

Som en følge av Rusreformen, har de regionale helseforetakene overtatt «sørge for»-ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere. I dette ansvaret ligger også å videreføre mulighetene for å sone helt eller delvis et fengselsopphold etter § 12 i straffegjennomføringsloven på en behandlingsinstitusjon for rusmiddel-

misbrukere. Som en kompensasjon for dette overføres det 3,0 mill. kroner fra Justis- og politidepartementets budsjett, med følgende fordeling:
– 2,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 0,4 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 0,3 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
– 0,2 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
– 0,1 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

El-avgift

Det vises til St.prp. nr. 63 (2003-2004) hvor det orienteres om endringer i el-avgiften fom. 1. juli 2004. Som kompensasjon for dette overføres det totalt 132,1 mill. kroner til foretakenes basisbevilgning, med følgende fordeling:
– 48,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 29,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 22,8 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
– 16,8 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
– 15,6 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

En kunnskapsbasert helsetjeneste

Helseforetakene skal organisere, drive og utvikle tjenestene basert på oppdatert vitenskapelig dokumentasjon og systematiske kunnskapsvurderinger. Kompetansen ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er viktig for foretakene i denne sammenheng.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig virkemiddel for kvalitetssikring og kvalitetsforbedring av de medisinske tjenestene. At dette brukes på en systematisk måte bør således inngå som en del av det totale «sørge for»-ansvaret som er tillagt de regionale helseforetak. Det foreslås derfor overført 2 mill. kroner fra kap. 728 post 21 til kap. 732 postene 71-75 til drift av medisinske kvalitetsregistre. Midlene fordeles med hhv. 0,4 mill. kroner på hver av postene. Det vil bli iverksatt en prosess for å forankre eierskap og databehandlingsansvar for nasjonale medisinske kvalitetsregistre i de regionale helseforetakene, jf. omtale under kap. 728 post 21. Sosial- og helsedirektoratet skal sikre nasjonal koordinering.

Økt bemanning i luftambulansetjenesten

Som et ledd i oppfølging av redningshelikoptermeldingen (jf. Innst. S. nr. 156 (2001-2002)) ble det fra juni 2004 opprettet døgnkontinuerlig tilstedevakt ved redningshelikopterbasen på Sola. Det overføres 3,6 mill. kroner fra Justis- og politidepartementets budsjett til Helse Vest til kompensasjon for merutgifter ved innføring av tilstedevakt for lege.

Overføring av avdeling Mobile enheter til Helse Sør

I forbindelse med overføring av finansieringsansvaret for mammografiprogrammet til regionale helseforetak, ble det i St.prp. nr. 1 (2003-2004) angitt at det skulle foretas en vurdering av om finansieringsansvaret for de mobile enhetene skal overføres til de regionale helseforetakene fra 2005. Forvaltning og eierskap av de fire mammografibussene inngår som en del av virksomheten ved avdeling Mobile enheter ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, som har ansvar for drift av til sammen åtte busser. Avdelingens virksomhet og kompetanse er bygget opp for å yte tjenester og løse oppdrag som etter de siste års reorganisering av helsetjenesten ligger på siden av Folkehelseinstituttets virkeområde.

Det foreslås at virksomheten ved avdeling Mobile enheter ved Nasjonalt folkehelseinstitutt overføres til Helse Sør i 2005, som får ansvar for videre drift av enheten i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene. Overføringen skjer etter reglene om virksomhetsoverdragelse og omfatter åtte årsverk, alt mobilt utstyr, instrumenter og verksted med utrustning.

Virksomheten finansieres i 2004 dels ved overføring fra Kreftregisteret (mammografiscreening), dels ved overføring fra rammen til Nasjonalt folkehelseinstitutt og dels ved salg av tjenester til ulike prosjekter/helseundersøkelser. For 2005 overføres det 5,24 mill. kroner fra kap. 737 post 70 Kreftregisteret og 1,148 mill. kroner fra kap. 710 post 01 Nasjonalt folkehelseinstitutt til Helse Sør, til sammen 6,388 mill. kroner for 2005.

Overføring av midler til drift av institusjonen Lille Kjonerud

Driften av Lille Kjonerud ble overført til Helse Øst ved sykehusreformen. Midler til drift av institusjonen ble imidlertid ikke trukket av fylkeskommunens rammetilskudd. Det overføres midler fra Kommunal- og regionaldepartementets budsjett til Helse Øst. For 2005 utgjør midler til drift av Lille Kjonerud 7,7 mill. kroner.

Til kap. 732 post 70 Regionale helseforetak

I 2004 ble det lagt inn midler i basisbevilgningen som kompensasjon ifm. omlegging av ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift. Fra 2005 vil disse midlene bli overført og utbetalt over kap. 732 post 70 med samme fordeling som 2004. Overføringen skjer med følgende beløp:
– 16,9 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 71

– 15,9 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 72
– 37,9 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 73
– 51,5 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 74
– 349,6 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 75

Polikliniske takster for rus

I forbindelse med innføring av polikliniske takster for ruspoliklinikker (jf. omtale under kap. 732 post 77) foretas det en overføring fra basisbevilgningen til kap. 732 post 77 tilsvarende 36,7 mill. kroner, med følgende fordeling:

– 20,6 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 71
– 6,6 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 72
– 6,3 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 73
– 2,8 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 74
– 0,4 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 75

Pasienttilfredshetsundersøkelser

De regionale helseforetakene skal gjennomføre nasjonale pasienttilfredshetsundersøkelser innenfor somatikk og psykiatri som en del av det etablerte målesystemet for nasjonale kvalitetsindikatorer. Systemet skal gi nasjonal sammenlignbar informasjon om kvaliteten på tjenestene, blant annet som grunnlag for pasientens frie sykehusvalg. Sosial- og helsedirektoratet er tillagt ansvar for drift og videreutvikling av systemet, herunder måling av pasienttilfredshet, jf. omtale under kap. 720 post 01. Det foreslås å overføre 9,0 mill. kroner til Sosial - og helsedirektoratet, kap. 720 post 01, fra kap. 732 postene 71-75 som tilskudd for å sikre finansiering og videreutvikling av nasjonale pasienterfaringsundersøkelser. Beløpet foreslås overført med følgende fordeling (basert på tidligere kostnader):

– 2,5 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 71
– 1,9 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 72
– 1,6 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 73
– 1,3 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 74
– 1,7 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 75

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten

Til drift av Beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten (BUS) fra 2005, foreslås det overført 2,5 mill. kroner fra kap. 732 postene 71-75 med 0,5 mill. kroner hver til kap. 728 post 21.

Post 71 Tilskudd til Helse Øst RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Øst RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer.

For rapportering 2003 og tilstandsvurdering 2004 vises det til omtale beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet og til egen omtale i Plan og meldingssystem for regionale helseforetak, jf. del III i denne proposisjonen.

For 2005 foreslås bevilget 15 853,5 mill. kroner over post 71 til Helse Øst RHF.

Post 72 Tilskudd til Helse Sør RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer.

For rapportering 2003 og tilstandsvurdering 2004 vises det til omtale beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet og til egen omtale i Plan og meldingssystem for regionale helseforetak, jf. del III i denne proposisjonen.

For 2005 foreslås bevilget 8 923,0 mill. kroner over post 71 til Helse Sør RHF.

Post 73 Tilskudd til Helse Vest RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer.

For rapportering 2003 og tilstandsvurdering 2004 vises det til omtale beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet og til egen omtale i Plan og meldingssystem for regionale helseforetak, jf. del III i denne proposisjonen.

For 2005 foreslås bevilget 7 883,8 mill. kroner over post 73 til Helse Vest RHF.

Post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer.

For rapportering 2003 og tilstandsvurdering 2004 vises det til omtale beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet og til egen omtale i Plan og meldingssystem for regionale helseforetak, jf. del III i denne proposisjonen.

For 2005 foreslås bevilget 5 800,3 mill. kroner over post 74 til Helse Midt-Norge RHF.

Ny universitetsklinikk i Trondheim

Det vises til omtale av utbyggingen av Nye St. Olavs Hospital i St.prp. nr. 1 (2003-2004). Med bakgrunn i komitemerknad, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) gis her en samlet presentasjon av arbeidet med fase 2 og prosjektets status for øvrig. I den forbindelse vil også enkelte særskilte saker bli gitt omtale, herunder kostnadsdeling fase 1 og psykiatrisenter.

Fase 1

Første utbyggingsfase av det nye universitetssykehuset i Midt-Norge ble igangsatt i 2002 i tråd med Stortingets vedtak. Utbyggingen finner sted på det eksisterende sykehusområdet på Øya. Fase 1 omfatter Nevrosenteret, Kvinne-Barnsenteret, Laboratoriesenteret, pasienthotell, teknisk forsyningssenter samt infrastrukturtiltak. Utbyggingen er i all hovedsak i rute med hensyn til framdrift og fastsatt kostnadsramme. Samtlige store byggentrepriser er kontrahert. Fase 1 forventes samlet sett å være ferdigstilt og tatt i bruk i løpet av 2006, mens pasienthotellet er – som første delprosjekt – åpnet høsten 2004. Mindre avvik på byggearbeidene og mindre kontraktuelle forsinkelser forventes ikke å ha konsekvenser for ferdigstillelse.

Helse Midt-Norge RHF står for den samlede gjennomføringen av prosjektet. Det ble tidligere utbetalt kontanttilskudd til utbyggingsprosjektet over kap. 739 post 76 Tilskudd til RIT 2000. Fra og med 2003 ble finansieringen av fase 1 lagt om og skjer nå gjennom en kombinasjon av at Helse Midt-Norge RHF gis adgang til låneopptak samt bruk av egne inntekter. I tillegg utbetales kontanttilskudd over Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett ifm. universitetsarealene som inngår i den nye universitetsklinikken.

En særskilt uavklart sak i forbindelse med byggefase 1 har vært relatert til forutsatt kostnadsdeling mellom Helsedepartementet og Helse Midt-Norge RHF. Stortinget har bedt Regjeringen vurdere å komme med forslag til kostnadsdeling for fase 1 i budsjettforslaget for 2005, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004). Dette med bakgrunn i finansieringsløsningen som allerede er besluttet for fase 2 og inn mot Helse Midt-Norges håndtering av videreføringen av prosjektet. Det er i første omgang prinsipper for slik kostnadsdeling som er vurdert, blant annet med bakgrunn i forutsatt dialog mellom departementet og Helse Midt-Norge RHF om saken. Etter helhetlig vurdering vil følgende prinsipper bli lagt til grunn for kostnadsdelingen:

- Helse Midt-Norge RHF vil bli gitt et særskilt investeringstilskudd i forbindelse med fase 1 fom. 2006.
- Størrelsen på investeringstilskuddet vil ta utgangspunkt i de samlede kostnader Helse Midt-Norge RHF må håndtere i forbindelse med utbyggingen.
- Før fastsettelse av den samlede størrelsen på investeringstilskuddet vil det foretas nærmere vurderinger av underlagsmaterialet og hvor stor del av utbyggingen Helse Midt-Norge RHF kan bære.
- Saken vil bli fulgt opp i revidert nasjonalbudsjett 2005.

Fase 2

Gjennom statsbudsjettet for 2004 ble det gitt klarsignal for at det kan arbeides videre med fase 2 samt besluttet finansieringsopplegg for denne delen av utbyggingen. Ved beregning av investeringstilskuddet som er besluttet for fase 2, har departementet lagt til grunn at man i det videre plan- og prosjekteringsarbeidet tilstreber en kostnadsreduksjon på om lag 10 pst. sammenholdt med hvordan kostnadsbildet framsto i revidert hovedfunksjonsprogram våren 2003.

På bakgrunn av Stortingets behandling av statsbudsjettet ga styret i Helse Midt-Norge RHF i styremøte i januar 2004 tilslutning til utarbeidelse av et forprosjekt for fase 2 inkl. rammer for programmering og prosjektering. Fase 2 utgjør vel halvparten av planlagt totalutbygging på Øya og omfatter all bygging, riving og rehabilitering som gjenstår når byggefase 1 er sluttført. Kliniske sentra som inngår er Akuttsenter, Bevegelsessenter, Miljøsenter, Hjerte-lungesenter og Abdominalsenter.

I 2003 ble forberedende prosessanalyser fullført for fase 2. I 2004 har sentrale aktiviteter vært funksjonsprogrammering og skisseprosjekt for kliniske funksjoner som ledd i utarbeidelsen av forprosjekt. Videre planarbeid pågår med sikte på at forprosjekt kan foreligge i februar 2005 med påfølgende styrebehandling.

Styret for Helse Midt-Norge RHF har i styremøte i august 2004 gitt tilslutning til at foreliggende skisseprosjekt for byggefase 2 kan legges til grunn for videre utarbeiding av forprosjekt. Det jobbes ut fra en arealramme på totalt 197 500 kvm (inkl. fase 1) hvor av 3 500 kvm representerer fremtidig reserve.

Forutsetning om kostnadsreduksjon på om lag 10 pst. i det videre planarbeidet tilstrebes imøtekommet gjennom ulike tiltak, blant annet økt grad av standardiserte løsninger. Krav til reduksjon i investeringskostnader har medført utfordringer

for prosjektorganisasjonen og behov for omgjøringer i prosjektplanene. Et annet tiltak som vurderes er annen gjennomføringsmodell – såkalt samspillmodell – for byggefase 2 som innebærer en annen entreprisestrategi og at man allerede høsten 2004 ønsker å innhente foreløpige anbud. Departementet legger til grunn at dette må skje innenfor rammer som ikke forskutterer de samlede vurderinger og beslutninger som senere skal tas for fase 2. Departementet legger til grunn at man finner løsninger som gir de forutsatte kostnadsreduksjoner.

Det understrekes at det er Helse Midt-Norges ansvar å ta stilling til de samlede investeringskostnadene, herunder er det gjennom finansieringsopplegget for fase 2 allerede klargjort at eventuelle merkostnader vil være et anliggende for det regionale helseforetaket. Med bakgrunn i finansieringsopplegget som allerede er besluttet for fase 2 samt gjenstående endelig avklaring mht. kostnadsdeling, må det regionale helseforetaket påregne en vesentlig økonomisk stramhet i de vurderinger som foretas av videreføringen av prosjektet, inkl. kvalitetssikring av beslutningsunderlaget.

En annen uavklart sak har vært mulig realisering av et psykiatrisenter i tilknytning til den samlede utbygging på Øya. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 53 (2001-2002) ble det i romertallsvedtak uttrykt at «Stortinget ber Regjeringa sørge for utredning av hvordan et psykiatrisenter kan inkluderes i fase 2 av utbygginga av ny universitetsklinikk i Trondheim». Et psykiatrisenter har tidligere inngått i planene for utbyggingen, men var ikke inne i tidligere kostnadsanslag eller arealramme for totalutbyggingen når fylkeskommunen var i ansvarsposisjon. Et slikt senter er ikke medtatt i det særskilte finansieringsopplegget som er besluttet for byggefase 2.

Planleggingsarbeid er videreført etter at Helse Midt-Norge RHF overtok ansvar for det helhetlige prosjektet. Det er dokumentert at et slikt senter lar seg tomtemessig innpasse i planene for utvikling av sykehusområdet. I utgangspunktet har Helse Midt-Norge RHF anledning til å realisere et slikt senter dersom dette kunne håndteres innenfor foretakets egen økonomi og det er faglige grunner for å integrere psykiatri og somatikk i den helhetlige løsningen for det nye universitetssykehuset. Situasjonen er imidlertid den at utbyggingen av Nye St. Olavs Hospital for øvrig vil innebære en meget krevende økonomisk belastning for Helse Midt-Norge RHF.

Det er faglige argumenter som tilsier at det bør arbeides med andre løsninger for det aktuelle tjenestetilbudet. Helse Midt-Norge bør foreta en ny gjennomgang av planlagte funksjoner, sett i forhold til hvilke funksjoner som bør ivaretas ved de distriktspsykiatriske sentrene (DPS). Dette må sees på bakgrunn av de prinsipielle føringene i den vedtatte opptrappingsplanen for psykisk helse om desentralisering av tjenestene, spesielt at allmennpsykiatriske funksjoner skal ivaretas på DPS-nivå.

Departementets vurdering er at en utbygging av et psykiatrisenter ikke lar seg realisere som del av byggefase 2. Gitt også de økonomiske utfordringer og den framtidige belastning som må håndteres av foretaket ifm. Nye St. Olav-prosjektet, innebærer dette at man bør revurdere foreliggende planer.

Post 75 Tilskudd til Helse Nord RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer.

For rapportering 2003 og tilstandsvurdering 2004 vises det til omtale beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet og til egen omtale i Plan og meldingssystem for regionale helseforetak, jf. del III i denne proposisjonen.

For 2005 foreslås bevilget 5 227,1 mill. kroner over post 71 til Helse Midt-Norge RHF.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus

Formål

ISF er et finansieringssystem rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange pasienter som får behandling.

Gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering påtar staten seg et delansvar for kostnader ved flere pasientbehandlinger enn det som er planlagt. Slik risikodeling er et viktig rasjonale bak ordningen med innsatsstyrt finansiering og legger til rette for at de regionale helseforetakene kan aktivitetsfinansiere underliggende helseforetak. Aktivitetsfinansieringen gir de regionale helseforetakene insitamenter til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalser som hindrer effektiv pasientbehandling. Kostnadskontroll ivaretas gjennom de rammer som de regionale helseforetakene får stilt til disposisjon gjennom basisbevilgningen og ved at stykkprisandelen gjennom ISF ikke dekker marginalkostnaden. ISF-systemet skal ikke være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal tilbys behandling. Refusjonene er ikke ment å dekke marginalkostnadene ved økt behandlingskapasitet.

De aktivitetsbaserte utbetalingene skal avspeile reell behandlingsaktivitet.

Nærmere om finansieringsordningen

ISF-ordningen omfatter pasienter som behandles ved innleggelse, dagkirurgi og enkelte dagmedisinske prosedyrer ved offentlig godkjente somatiske sykehus samt dagkirurgisk behandling hos privatpraktiserende spesialister med driftsavtale. Etter forutgående anbudskonkurranse vil ordningen fra 2005 også omfatte kjøp av dagkirurgisk behandling hos spesialister uten driftsavtale. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetak. I 2004 er ISF-satsen 40 pst. av gjennomsnittlige behandlingskostnader. Resterende 60 pst. dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene.

ISF bygger på DRG-systemet som omfatter 510 diagnoserelaterte grupper. Disse diagnoserelaterte gruppene kostnadsberegnes jevnlig (se boks 6.1 for nærmere forklaring av ISF-systemet). Innenfor hver enkelt diagnosegruppe kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. Hyppige revisjoner av kostnadsvektene skal imidlertid sikre at refusjonene i størst mulig utstrekning avspeiler kostnadsforholdene på en riktig måte. Målet er å ha et mest mulig oppdatert system, men medisinsk praksis endres kontinuerlig og det vil ikke være mulig å være ajour med den medisinsk-tekniske utviklingen til enhver tid.

Under behandlingen av St.meld. nr. 5 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004), ba Stortinget departementet vurdere en hyppigere justering av DRG-vektene. I dag oppdateres vektene hvert annet år. Nye kostnadsvekter ble sist tatt i bruk i 2004. Departementet vil i 2005 arbeide med en full gjennomgang av kostnadene ved de ulike behandlingsformene med sikte på at dette skal legges til grunn for ISF-refusjonene i 2006, ut fra målsetningen om mest mulig oppdaterte kostnadsvekter. Departementet vil i samarbeid med SINTEF Helse vurdere en hyppigere justering av DRG-vektene.

Utbetalinger gjennom ISF-systemet baserer seg på medisinske registreringer av enkeltpasienter på sykehusene. Det forutsettes at retningslinjer for registrering av pasienter og diagnoser følges lojalt i sykehusene. Dersom det er tvil om hva som er medisinsk korrekt koding skal ekspertise på medisinske kodeverk og DRG-systemet kontaktes (KITH eller SINTEF Helse). Det er opprettet et uavhengig og faglig utvalg (Avregningsutvalget) som skal gi råd til departementet når det foreligger tvil om utbetalingsgrunnlaget. En enhetlig kodepraksis av pasientbehandlingen i sykehus er avgjørende for at ISF-systemet skal oppleves som rettferdig og i størst mulig grad avspeile kostnadene knyttet til behandlingen.

Fra 2004 er det innført tertialvis lukking av ISF-grunnlaget. Med det menes at data som leveres hvert tertial vil være det endelige beregningsgrunnlaget i ISF. Tidligere ble det praktisert årlig lukking i forhold til etterregistrering. Endringen har sin bakgrunn i behovet for bedre kontroll med ordningen. Refusjonene utbetales til det regionale helseforetak a konto i 12 terminer basert på budsjettert aktivitet med en endelig avregning året etter basert på faktisk innrapportert aktivitet.

Kvaliteten på den medisinske kodingen

Riksrevisjonen gjennomfører i 2004 en tilskuddsrevisjon av ISF-tilskuddet for 2003. Som et ledd i tilskuddsrevisjonen har Riksrevisjonen undersøkt kvaliteten på den medisinske kodingen i sykehusene. Det er denne kodingen som er grunnlaget for utbetalingene gjennom ISF-systemet. Riksrevisjonens gjennomgang i 2004 er foretatt i samarbeid med SINTEF Helse og er en del av Helse- og omsorgsdepartementets strategi for å styrke kontrolltiltakene i ISF-systemet. Kodesaken i Helse Sør i 2003 viste at det var svakheter ved kodepraksis og de foreløpige resultatene bekrefter dette. Dette er også tidligere dokumentert av Riksrevisjonen, Avregningsutvalget og rapport 10/2004 fra Helsetilsynet.

Fra sommeren 2003 er det på nasjonalt nivå satt i verk en nasjonal strategi med forbedringstiltak i samarbeid med SINTEF Helse. Sentrale elementer i strategien er:

- På oppdrag fra departementet gjennomfører SINTEF Helse et samarbeidsprosjekt med Legeforeningen og de ulike spesialforeningene for å skape felles forståelse og faglig basert konsensus i forhold til regelverket. Dette er en sentral utfordring i forbedringsarbeidet.
- Kodingsovervåking for å kartlegge om kodepraksis som grunnlag for ISF-finansiering samsvarer med diagnosesettingen.
- Mer aktiv bruk av avregningsutvalget som rådgivende organ i de tilfeller der kodepraksis kan skape tvil om ISF-grunnlaget.
- Mer aktiv seminar- og informasjonsvirksomhet.

Kvaliteten på den medisinske kodingen er ikke god nok. Selv om en ikke kan fastslå at feilregistrering fører til for høye utbetalinger til de regionale helseforetakene, vil svakheter ved registreringspraksis kunne få konsekvenser når ISF-refusjonene skal fordeles fra de regionale helseforetakene og når de samme registreringene skal brukes i medisinsk forskning. Departementet understre-

ker derfor viktigheten av den pågående forbedringsstrategien. I så henseende skal det fremheves at medisinsk koding krever både kunnskap og gode holdninger. Disse aspektene er også helt sentrale i de forbedringstiltakene som nå er iverksatt. Feilregistreringer eller endret registreringspraksis som ikke gjenspeiler reell aktivitet skal ikke medføre utbetalinger. Dette håndteres i de årlige budsjettene ved at enhetsprisen settes ned tilsvarende en forventet økning i utbetalingsgrunnlaget som følge av endret registreringspraksis, jf. boks 6.1.

Boks 6.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Det er i alt 510 diagnoserelaterte grupper. Grupperingen bygger på 20 000 diagnoser og 6 500 prosedyrekoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisering og forenkling av den kliniske virkeligheten og innebærer at det innenfor hver diagnosegruppe vil være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittsoppholdet.

Hver enkel DRG har en kostnadsvekt som uttrykker det relative ressursforbruk for pasientgrupper i forhold til gjennomsnittet for alle pasienter. Mens gjennomsnittspasienten har en kostnadsvekt på om lag 1, vil de mest ressurskrevende pasientene ha en kostnadsvekt på omlag 27. Dette gjelder for eksempel levertransplantasjonspasienter. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er med andre ord beregnet til å være om lag 27 ganger høyere enn for en gjennomsnittspasient.

Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:
- antall sykehusopphold
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats (i dag 40 pst. av enhetspris)

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng fremkommer som et produkt av antall sykehusopphold og gjennomsnittlig kostnadsvekt. Den gjennomsnittlige kostnadsvekten for alle pasienter kan øke som følge av at pasientene som gruppe er blitt mer ressurskrevende å behandle, men også at det har skjedd endringer i registreringspraksis. Dersom det siste er tilfelle, vil ikke det medføre økte kostnader for sykehusene og derfor skal det heller ikke utbetales ISF-refusjon for dette. Sykehusene ville i så fall fått utbetalt en høyere ISF-refusjon for reelt sett samme aktivitet. Dette er i strid med intensjonen i ISF-ordningen. Endret registreringspraksis har gitt betydelig bidrag til økt DRG-indeks, og det har derfor siden ISF-ordningen ble etablert, vært nødvendig å treffe tiltak for at det ikke skal skje urettmessig utbetalinger gjennom ISF-ordningen. Ordningen med det såkalte kryptaket ble avviklet i 2002. Istedenfor er det innført en praksis der enhetsprisen settes ned svarende til økt DRG-indeks pga. endret registreringspraksis. En alternativ fremgangsmåte til å redusere enhetsprisen, ville vært å foreta en avkorting av DRG-poeng ved den endelige avregningen. En slik avkorting skulle forutsetningsvis motsvare økningen i antall DRG-poeng pga. endret registreringspraksis og mer komplett registrering.

Resultatrapport 2003

Avregningsgrunnlaget tilsa en reell vekst i den ISF-finansierte behandlingen på om lag 5 pst. i 2003. I St.prp. nr. 63 (2003-2004) er det varslet at Helsedepartementet vil komme tilbake til den endelige avregningen i forbindelse med omgrupperingsproposisjonen høsten 2004 etter at avregningsutvalget har kommet med sine anbefalinger.

Anslaget for den reelle aktivitetsveksten avhenger av omfanget av endret registreringspraksis. Med henvisning til sosialkomiteens innstilling ba Helsedepartementet SINTEF Helse anslå hvor stor andel av økningen i ISF-grunnlaget fra 2002 til 2003 som var reell pasientbehandling og hva som hadde sin årsak i registreringsendring og andre forhold som ikke skal gi grunnlag for økte utbetalinger.

Rapporten fra SINTEF Helse («Endring i DRG-indeks 2001-2003.») gir grunnlag for å tallfeste omfanget av endret registreringspraksis i 2003 til om lag 320 mill. kroner. Dette er om lag 60 mill. kroner mer enn det som ble lagt til grunn i den opprinnelige enhetsprisen for 2003, og innbærer at

om lag 290 mill. kroner av Stortingets påplussing på 350 mill. kroner i forbindelse med St.prp. nr. 21 (2003-2004) dekker en høyere aktivitet i 2003 enn det som tidligere er lagt til grunn. Dette tilsvarer en reell aktivitetsvekst i 2003 på 6,5-7 pst. mot tidligere anslag på om lag 5 pst.

Rapporten fra SINTEF Helse viser at ISF-refusjonene for reinnleggelser, planlagte gjeninnleggelser og overføringer mellom sykehus øker. Det må utredes videre hvorvidt dette er en økonomisk tilpasning til ISF-systemet eller endring i medisinsk praksis som ikke i tilstrekkelig grad fanges opp i den løpende oppdateringen av finansieringssystemet.

Tilstandsvurdering 2004

Vedtatt budsjett for 2004 ga grunnlag for om lag videreføring av aktivitetsnivået i 2003. Den ovenfor nevnte rapporten fra SINTEF Helse gir grunnlag for å konkludere med at den reelle aktivitetsveksten var høyere, og omfanget av kodeforbedring i 2003 var mindre enn det som er lagt til grunn ved beregning av enhetsprisen for 2004. Dette har som konsekvens at enhetsprisen for 2004 isolert sett skal settes opp med 430 kroner eller om lag 1,5 pst. til 29 914 kroner. Det er lagt til grunn et omfang av endret registreringspraksis på om lag 3 pst. i 2004 isolert sett. På samme måte som for 2003 vil avvik fra denne forutsetningen bli korrigert for i det endelige avregningsoppgjøret. De regionale helseforetakene vil bli trukket med i dette arbeidet.

Aktivitetsutviklingen

Den ISF-finansierte aktivitetsveksten i 1. tertial målt i antall DRG-poeng er på 4,1 pst. Det antas at om lag 3 prosentpoeng kan tilskrives endret registreringspraksis og 1 prosentpoeng reell aktivitetsvekst. Det er relativt store regionale forskjeller i aktivitetsutviklingen. Veksten er likt fordelt på henholdsvis øyeblikkelig hjelp og planlagt behandling.

En prognose for hele året basert på aktivitetstall for 1. tertial er usikker, men det legges nå til grunn et gjennomsnittlig aktivitetsnivå i 2004 som ligger om lag 1 pst. over saldert budsjett.

Regjeringen vil i forbindelse med omgrupperingsproposisjonen for 2004 komme tilbake med forslag om nødvendige tilleggsbevilgninger i 2004.

Budsjettforslag 2005

For 2005 foreslås det bevilget 13 140,4 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for å kunne videreføre gjennomsnittlig aktivitetsnivå i 2004, som ligger om lag 1 pst. over det reelle aktivitetsnivået i 2003. Enhetsprisen for 2005 foreslås satt til 30 325 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn en prisomregning på 3,4 pst. fra 2004 til 2005. Enhetsprisen for 2005 er videre fastsatt slik at det ikke utbetales ISF-refusjon for endret registreringspraksis av reelt sett samme aktivitet (jf. boks 6.1). Enhetsprisen er derfor isolert sett satt ned slik at det tilsvarer utbetalinger på om lag 260 mill. kroner eller 2 pst. knyttet til anslått effekt av endret registreringspraksis i 2005. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som her er lagt til grunn, vil det bli korrigert i avregningsoppgjøret. Ved beregning av enhetsprisen for 2005 er det tatt hensyn til at omfanget av registreringsendringer i 2003 har vært lavere enn tidligere antatt. Isolert sett medfører dette 193 mill. kroner høyere utbetaling gjennom ISF-ordningen i 2005.

Utvidelse av ISF-ordningen til også å gjelde kjøp av dagkirurgi hos privatpraktiserende spesialister uten driftsavtale med regionale helseforetak

Norsk Synskirurgi henvendte seg i 2003 til Helsedepartementet med spørsmål om regionale helseforetak kunne utelukke avtaleløse spesialister i anbudskonkurranser om kjøp av dagkirurgisk behandling.

Spørsmålet faller inn under Nærings- og handelsdepartements myndighetsområde. Nærings- og handelsdepartementet har svart Helsedepartementet i brev av 25. mars 2004. I svaret vises det til at Klagenemnda for offentlige anskaffelser (Kofa) har kommet til at en slik utelukkelse er i strid med regelverket om offentlige innkjøp. Helse- og omsorgsdepartementet vil på denne bakgrunn legge om ISF-ordningen fra 2005 slik at de økonomiske insentivene mot regionale helseforetak støtter opp om praktiseringen av anskaffelsesreglene. Endringen innebærer ikke at nye pasientgrupper eller behandlingstilbud som i dag ikke omfattes av ISF inkluderes i ordningen.

Post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.

Formål

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner, inklusive poliklinisk radiologi og laboratorievirksomhet. Det er en målsetting at refusjonssystemet skal gi et så effektivt pasientbehandlingssystem som mulig ved å stimulere til bruk av poliklinisk behandling og bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren.

Resultatrapport 2003

Regnskapet viser at det i 2003 ble utbetalt 4 307 mill. kroner i refusjoner til poliklinisk virksomhet ved sykehus mv. Dette er en vekst på 10,8 pst. fra 2002. Tabellen nedenfor viser endring i utbetaling fra 2001 til 2003 knyttet til de enkelte hovedgrupper av spesialiteter.

Regnskapsførte utgifter til poliklinisk virksomhet

Spesialitet	2001	2002	2003	Pst. endring 2001 - 2003
Somatikk	1771	1809	2032	14,7
Psykisk helsevern voksne	276	365	421	52,5
Psykisk helsevern barn og unge	221	272	318	43,9
Laboratorium	697	917	1079	54,8
Radiologi	382	525	457	19,6
Totalt	3348	3888	4307	28,6

I perioden fra 2001 til 2003 er det en samlet økning i utbetalingene på 28,6 pst. For de enkelte spesialiteter fremkommer endringene i tabellen. Det er variasjoner i utgiftsutviklingen mellom helseregionene. Tall fra Rikstrygdeverkets elektroniske mottak viser at utbetalingene til institusjoner beliggende i Helse Midt-Norge økte med vel 25 pst. fra 2002 til 2003, mens utbetalingene til institusjoner i Helse Sør og Helse Øst økte med rundt 19 pst. Institusjoner beliggende i Helse Vest og Helse Nord økte refusjonene med om lag 14 pst.

Takstene til somatisk pasientbehandling og psykisk helsevern ble prisjustert 3,9 pst. ved inngangen til 2003, mens takstene knyttet til laboratorievirksomhet ble videreført uendret. Refusjonssystemet for poliklinisk radiologi er et kodeverksbasert system og enhetsprisen ble nedjustert med 8 pst., jf. St.prp. nr. 1 (2002-2003) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002-2003).

For å stimulere til økt dagbehandling ble enkelte medisinske takster, hovedsakelig innen utredning, økt slik at disse er mer i overensstemmelse med tilsvarende DRG-refusjoner for innleggelse.

Takst for ambulant onkologisk behandling i hjemmet eller på annen institusjon ble utvidet til også å omfatte smertebehandling som en del av et nytt finansieringsopplegg for palliativ behandling. Taksten kan anvendes av andre enn spesialister i onkologi.

En laboratorietakst ble utvidet til også å omfatte massespektrometrisk metodikk. Tilsvarende korreksjon ble også foretatt i takster for private laboratorier, jf. kap. 2711 post 76.

Fra 1. juli 2003 ble refusjonene nedjustert svarende til anslåtte merinntekter fra de vedtatte økte egenandelene.

Tilstandsvurdering 2004

Aktivitet

Budsjettet for 2004 legger til grunn om lag videreføring av aktivitet fra 2003. Basert på regnskapstall for perioden januar til august, er samlede utbetalinger anslått til 3 700 mill. kroner i 2004. Dette er om lag 280 mill. kroner over budsjett, jf. St.prp. nr. 63 (2003-2004) og Innst. S. nr. 250 (2003-2004). Det er vekst i utbetalingene til laboratorievirksomhet, men også utbetalingene til somatisk pasientbehandling og psykisk helsevern er høyere enn budsjettert.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget med forslag om nødvendige tilleggsbevilgninger for 2004 basert på oppdaterte prognoser.

Endringer i takster mv.

Takstene for somatisk pasientbehandling og psykisk helsevern ble prisjustert med 3,4 pst. ved inngangen til 2004. For å holde balanse mellom de ulike systemene for aktivitetstilskudd i sykehus ble poliklinikksatsene redusert i samme omfang som for ISF-satsen og basisbevilgningen økt tilsvarende reduksjonen i satsene fra 2004, jf. St.prp. nr. 1 (2003-2004) og St.meld. nr. 5 (2003-2004). Refusjonstakster for laboratorier og røntgen ble videreført nominelt uendret. Alle refusjonstakster er korrigert som en følge av økte egenandeler fra årsskiftet. Fra 1. juli 2004 ble refusjonstakstene for

laboratorie- og røntgenvirksomhet nedjustert 7 pst., jf. omtale i St.prp. nr. 63 (2003-2004).

Det kodeverksbaserte refusjonssystemet for radiologi ble noe endret fra 1. januar 2004 etter forutgående høring. Det var en forutsetning at endringen skulle være budsjettnøytral. En feil i datamaterialet medførte vanskeligheter med å bestemme korrekt enhetspris i forhold til forutsetningene. Ny enhetspris ble fastsatt og Rikstrygdeverket iverksatte et eget opplegg for eventuelle etterbetalinger.

Fra 1. januar 2004 ble takst for pasientopplæring gjort uavhengig av diagnose. Økte utgifter ble dekket ved en mindre underregulering av refusjonstakster innenfor somatisk pasientbehandling og psykisk helsevern, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004).

Som en oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003-2004), jf. også omtale i St.prp. nr. 1 (2003-2004), utbetales polikliniske refusjoner direkte til det enkelte helseforetak fra 1. januar 2004. I St.prp. nr. 1 (2003-2004) varslet Helsedepartementet at tidsfristen for å fremme refusjonskrav skulle reduseres fra seks til to måneder. Hensikten var å få bedre styring og kontroll med utbetalingene. Spesielt innenfor laboratorievirksomhet har en kortere frist vist seg vanskelig å gjennomføre. Det ble derfor innført en frist på fire måneder fra 1.1.2004. En gjennomgang av refusjonskrav fra 2004 viser imidlertid at tiden fra behandlingsdato til utbetaling går ned, og er nå i gjennomsnitt 1,5 måneder. Departementet vil fortløpende vurdere om fristen for å fremme refusjonskrav skal reduseres ned mot 2 måneder.

Styring og kontroll

I St.prp. nr. 65 (2002-2003), jf. også St.prp. nr. 1 (2003-2004), ble Stortinget varslet om at det var igangsatt et arbeid for å analysere årsakene til den sterke veksten i utgiftene til poliklinisk virksomhet. I en rapport som ble bestilt av Helsedepartementet oktober 2003 ble det foreslått en rekke tiltak for å bedre styring og kontroll. Målsetninger og krav til Rikstrygdeverkets administrering og oppfølging av ordningen er spesifisert i tildelingsbrevet for 2004.

Trygdeetaten gjennomfører nå en regionalisering av oppgjør ved at det er etablert 6 regionale oppgjørskontor som skal praktisere utbetaling og kontroll av midlene. Helse- og omsorgsdepartementet forventer betydelige synergieffekter av denne organiseringen i forhold til ordningen som tidligere ble praktisert med 22 oppgjørskontor.

Budsjettforslag 2005

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å bevilge 3 199,1 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet i 2005. Forslaget inkluderer en prisjustering på 3,4 pst.

Takststrukturen for psykisk helsevern foreslås lagt om fra 1. januar 2005. Dette er en oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004). Det er en forutsetning at omleggingen skal være budsjettnøytral. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge utgiftsutviklingen nøye og foreta korreksjoner i takstbeløpene dersom forutsetningen ikke oppfylles. Det vises til nærmere omtale under kap. 743 post 75.

I forbindelse med rusreformen ble et antall poliklinikker overført til spesialisthelsetjenesten. Behandlingen utført på disse poliklinikkene er i dag finansiert over regionale helseforetaks basisbevilgninger. Helse- og omsorgsdepartementet ser det som hensiktsmessig at de polikliniske tjenestene ved ruspoliklinikkene blir underlagt den samme finansieringsordning som øvrig poliklinisk virksomhet. Departementet foreslår derfor at det innføres polikliniske refusjonstakster for denne virksomheten. Takstene vil kunne anvendes både av offentlige og private institusjoner, såfremt virksomheten har avtale med regionalt helseforetak. Med bakgrunn i en faglig vurdering vil refusjonstakstene for ruspoliklinikkene samordnes med den ovenfor foreslåtte nye takststrukturen innenfor psykisk helsevern, jf. omtale under kap. 726 post 61. På bakgrunn av en analyse av omfanget av aktiviteten på ruspoliklinikkene inkluderer budsjettforslaget en overføring på 36,7 mill. kroner fra kap. 732 postene 71-75 til kap. 732 post 77. Det er en forutsetning at iverksettelsen av refusjonstakstene for ruspoliklinikkene skal skje innenfor denne rammen. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge utgiftsutviklingen nøye og foreta korreksjoner i takstbeløpene dersom forutsetningene ikke oppfylles.

I forbindelse med oppfølgingen av St.meld. nr. 5 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004) foreslås det, innenfor et budsjettnøytralt opplegg, å halvere satsen for refusjoner til laboratorie- og røntgenvirksomhet med virkning fra 1. mai 2005. Derfor flyttes 443 mill. kroner til de regionale helseforetakenes basisbevilgning. I budsjettforslaget er det tatt høyde for etterslep i utbetalingene som det vil bli korrigert for i budsjettet for 2006. Det vises til nærmere omtale i innledningen til kap. 732. Tilsvarende forslag fremmes også for private laboratorier og røntgeninstitutt, jf. kap. 2711 post 76.

I forbindelse med satsreduksjonen for refusjonstakster innen somatisk pasientbehandling og psykisk helsevern fra 1. januar 2004 ble det overført midler svarende til provenyet av satsreduksjonen til regionale helseforetaks basisbevilgning. Det ble imidlertid tilbakeholdt midler for å ta høyde for etterslep i utbetalingene, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2003-2004). Budsjettforslaget tar hensyn til at 119 mill. kroner overføres regionale helseforetaks basisbevilgning.

Det foreslås å øke egenandelene for konsultasjon hos lege eller legespesialist med 8 pst. fra 1. juli 2005. Økningen anslås å svare til en merinntekt på 50 mill. kroner. Refusjonstakstene vil reduseres tilsvarende den anslåtte merinntekten.

Refusjonssystemet for poliklinisk radiologisk virksomhet er kodeverksbasert. For å sikre at systemet er i tråd med vedtatte endringer i kodeverket og i størst mulig grad gjenspeiler endringer i behandlingsmetoder, er det nødvendig å rutinemessig gjennomgå systemet. Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av høsten sende ut forslag til endringer i refusjonssystemet for 2005 på høring. Endringer i refusjonssystemet vil kunne medføre endring i enhetspris innenfor et budsjettnøytralt opplegg. Departementet planlegger også å iverksette nye kostnadsvekter basert på ny kostnadsinformasjon. Det tas sikte på at alle endringer trer i kraft 1. januar 2005. Se også omtale under kap. 2711 post 76.

Post 78 Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre

Formål

Tilskuddet består av tre deler:

- Tilskudd til forskning skal virke som et insentiv og et økonomisk bidrag til å sikre forskning og oppbygging av forskningskompetanse i helseforetakene, herunder finansiering av de regionale kompetansesentrene for klinisk forskning og alternativ medisin. Det resultatbaserte tilskuddet fordeles ut i fra en fordelingsnøkkel basert på et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater (publiserte artikler og avlagte doktorgrader innen alle fagområder) de siste tre år. Hensikten er å stimulere til økt produktivitet og kvalitet på forskningen og økt produksjon av doktorgrader. Tilskuddet til forskning fordeles av samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet.
- Tilskudd til utdanning kompenserer for sykehusenes merkostnader ved å motta medisinerstudenter i den kliniske behandlingen.
- Tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra skal gi et økonomisk bidrag for sentrene til å drive forskning, kompetanseutvikling, kompetansespredning og veiledning over hele landet.

Resultatrapport 2003

Samlet utbetaling over regionsykehustilskuddet var på 2 116 mill. kroner i 2003. Det ble tildelt totalt 134 mill. kroner til særskilte funksjoner i 2003. Beløpet inkluderte overføring av midler til tre kompetansesentre i sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri fra kap. 743 post 78 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern. Ved fordeling av midler prioriterte Helsedepartementet å sikre finansiering av eksisterende funksjoner. Funksjoner som ikke tidligere har fått midler gjennom ordningen, herunder nylig opprettede funksjoner, ble ikke tildelt midler i 2003. Departementet har mottatt regnskap og rapporter for bruken av tilskudd til særskilte funksjoner, forskning og undervisning for 2003. Økt tilskudd til undervisning i 2003 gikk til å dekke utgifter ved sykehusene i forbindelse med opptrappingen av antall medisinerstudenter ved universitetene. Tilskudd til forskning ble økt med 15 mill. kroner i 2003.

Tilstandsvurdering 2004

Helsedepartementet har i samarbeid med Utdannings- og forskningsdepartementet revidert Instruksen til de regionale helseforetakene om forholdet til universiteter og høgskoler i tråd med de føringer som ble gitt i Stortingets behandling av St.meld. nr. 5 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004). Revidert instruks er vedtatt i foretaksmøter i de regionale helseforetakene våren 2004. Helsedepartementet har videreutviklet nasjonalt system for måling av forskningsresultater i samarbeid med de regionale helseforetakene. Fra 2004 inngår private institusjoner som i sin helhet mottar rammefinansiering fra de regionale helseforetakene i målesystemet. Informasjon om målesystemet og måleresultater er gjort tilgjengelig på internett (HD - Resultatbasert målesystem for forskning). Helsedepartementet har ikke lagt føringer for de regionale helseforetakenes valg av finansieringsmodell for forskning i helseforetakene. De regionale helseforetakene bidro i 2003 med 26,3 pst. av i alt 5800 vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale tidsskrifter. Til sammenligning bidro de fire medisinske fakultetene med 13,5 pst. Det ble rapport inn 109 avlagte doktorgrader fra de regionale helseforetakene i 2003. Det ble registrert en økning i gjennomsnittlig publiseringspoeng på 9 pst. fra 2002 til 2003. Følgende endringer i forskningsresultater er registrert i de regionale helseforetakene:

Helseregion	Måleresultat* 2000-2002	Måleresultat 2001-2003
Helse Øst	456,8 (22,6%)	470,1 (20,8%)
Helse Sør	803,8 (39,8%)	917,9 (40,7%)
Helse Vest	371,9 (18,4%)	463,7 (20,5%)
Helse Midt-Norge	240,2 (11,9%)	249,8 (11,1%)
Helse Nord	146,7 (7,3%)	155,1 (6,9%)
Sum	2054,3 (100%)	2256,6 (100%)

*Gjennomsnittlig årlig publiseringspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader

I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene er det stilt krav om antall praksisplasser som skal stilles til disposisjon for grunnutdanning i helsefag. Det er etablert formelle samarbeidsorgan med høgskolene i alle regioner. Sosialkomiteen har i Innst. S. nr. 82 (2003-2004) til St.meld. nr. 5 (2003-2004) merket seg at departementet tar sikte på en mer likeartet praksisfinansiering enten studentene går på høyskole eller universitet, og ber departementet påskynde dette tiltaket. Utgifter knyttet til studenters sykehuspraksis finansieres i dag på ulike måter. Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert finansieringsmodeller som kan sikre en mer likeartet praksisfinansiering av medisinerstudenter og helsefagstudenter. Sentrale premisser for arbeidet er at utdanningskapasiteten vil ligge på samme nivå fremover i tid, og at det er usikkerhet knyttet til kostnadsanalysene. På grunnlag av foreliggende informasjon, kan det synes som at aktivitetsbasert finansiering er mindre egnet for området. For å sikre kvalitet og tilstrekkelig antall praksisplasser ved helseforetakene legges det opp til en styrket styring av utdanning i 2005. Helse- og omsorgsdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet vil i samarbeid utarbeide konkrete og rapporterbare styringskrav for utdanning og sette fokus på det ansvaret som er lagt til samarbeidsorganene mellom regionale helseforetak og utdanningssektoren. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere effekten av dette, og i lys av det vurdere behovet for endring av dagens tilskudd til utdanning i forbindelse med budsjettet for 2006.

Med bakgrunn i endringer i organisering og finansiering av spesialisthelsetjenesten har Helsedepartementet utarbeidet nytt rundskriv om landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra (I-19/2003) med nye krav til rapportering.

Budsjettforslag 2005

Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kvalitetsregistre foreslås bevilget med 1 050, 9 mill. kroner i 2005. Tilskudd til forskning på 383 mill. kroner er videreført og prisjustert og fordeles med henholdsvis 153 mill. kroner i basistilskudd som fordeles likt mellom alle helseforetakene, og 230 mill. kroner som fordeles i henhold til forskningsresultater for perioden 2001-2003. Tilskudd til utdanning foreslås bevilget med 473,5 mill. kroner. Tilskuddet er prisjustert og konsekvensjustert med 11,2 mill. kroner i samsvar med tidligere vedtatte økninger i opptakskapasiteten av medisinerstudenter i Helse Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra foreslås bevilget med 194,8 mill. kroner. Det foreslås at det overføres 41,6 mill. kroner fra kap. 732 post 70 til kap. 732 post 78 for drift av Trenings- og rådgivningssenteret (TRS), Tannhelsekompetansesenteret (TAKO) og Institutt for sjeldne diagnoser (ISD) i henholdsvis Helse Øst (TRS og TAKO) og Helse Sør (ISD). Beløpet er prisjustert og inkluderer utgifter til pensjonskostnader på 3 mill. kroner. Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS) foreslås samlokalisert med ISD ved Rikshospitalet fra 2005 for å legge til rette for felles tiltak og bedre ressursutnyttelse. Prisjustert tilskudd på 7,3 mill. kroner foreslås overført fra nytt kap. 761 ny post 21 til kap. 732 post 78 til Helse Sør for drift av senteret. Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og Narkolepsi (NK) er tilknyttet Ullevål universitetssykehus HF. Det foreslås at 4,0 mill. kroner overføres til Helse Øst under kap. 732 post 78, med like beløp fra nytt kap. 761 ny post 75 og Utdannings- og forskningsdepartementets kap. 243 post 01 Kompetansesenter for spesialundervisning.

Fordeling av tilskuddet på de regionale helseforetak er som følger (beløp i mill. kroner):

Tilskudds-mottaker (RHF)	Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra				
	Forskning		Nasjonale medisinske kompetansesentra	Utdanning	
	Basis	Resultatbasert*			Sum
Helse Øst	30,6	47,8	68,4[1]	96,2	243,0
Helse Sør	30,6	93,4	45,0[2]	96,4	265,3
Helse Vest	30,6	47,2	25,8	128,5	232,1
Helse Midt-Norge	30,6	25,4	24,6	86,6	167,2
Helse Nord	30,6	15,8	31,0	65,8	143,2
Sum	153,0	229,6	194,8	473,5	1050,9

* Forskningsresultater for perioden 2001-2003 ligger til grunn for fordeling av midler i 2004. Departementet tar forbehold om justering av beløpene i tabellen mellom tilskuddsmottakere som følge av ytterligere kvalitetssikring av data som ligger til grunn for poengberegningen.

[1] Beløpet inkluderer 25,3 mill. kroner til finansiering av drift og pensjonskostnader ved TRS, 8,9 mill. kroner til finansiering av drift og pensjonskostnader ved TAKO og 4,0 mill. kroner til drift av NK.

[2] Beløpet inkluderer overføring av 7,5 mill. kroner fra kap. 732 post 70 til finansiering av drift og pensjonskostnader for ISD og 7,3 mill. kroner fra kap. 761 post 21 til drift av SSSS.

Post 79 Kreftbehandling m.m.

Ved behandlingen av St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, sluttet Stortinget seg til Regjeringens forslag om en 5-årig handlingsplan for styrking av kreftomsorgen, med en offentlig satsing på i overkant 2 mrd. kroner, jf. Innst. S. nr. 226 (1997-98).

Målene for handlingsplanen var blant annet å:

- Redusere antall nye krefttilfeller gjennom forebyggende tiltak.
- Utvide mammografiscreening til en landsdekkende ordning for kvinner i alderen 50-69 år.
- Øke strålebehandlingskapasiteten ved å bygge ut til 36 strålemaskiner på landsbasis.
- Øke tilgangen på helsepersonell.

Resultatrapportering 2003

Det har vært en gradvis opptrapping av handlingsplanen for styrking av kreftomsorgen i tråd med planer som ble utarbeidet av fylkeskommunene og som fra og med 2002 er videreført av de regionale helseforetakene. For 2003 ble det bevilget 419,5 mill. kroner til formålet. Av disse ble 340,9 mill. kroner bevilget over kap. 739 post 75 og fordelt på de ulike satsingsområdene etter søknad til Sosial- og helsedirektoratet. De største satsingene er videreutdanning i stråleterapi, radiografi og mammografi, utdanning til genetiske veiledere, lønn til stråleterapeuter, kompetansesenter i lindrende behandling, arvelig kreft og genterapi, samt utbygging av landsdekkende mammografitilbud. Fra 2004 er hoveddelen av midlene til disse formålene overført basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Se også omtale under kap. 732 post 70 om investeringsmidler knyttet til kreftplanen m.m.

Evaluering av kreftplanen

Nasjonal kreftplan har blitt evaluert av SINTEF Unimed og endelig rapport ble lagt fram våren 2004. Evalueringen har kartlagt om tiltakene er gjennomført i henhold til de mål som er satt av Stortinget. Det er foretatt en separat evaluering av mammografiprogrammet.

Evalueringen viser at utviklingen og oppbyggingen av feltet har gått langsommere enn det som opprinnelig var forventet, men at gjennomføringen har vært i overensstemmelse med Stortingets intensjoner og bevilgninger. Forsinkelsene skyldes i hovedsak søknads- og bevilgningsprosedyrer samt ansettelsesprosesser. Praksis med årlige bevilgninger skaper en viss usikkerhet som i noen grad hemmer langsiktighet.

Da Vestfold i 2003 ble innlemmet i Mammografiprogrammet, ble programmet landsdekkende. I tråd med Kreftplanens intensjoner får i dag alle landets kvinner mellom 50 og 69 år tilbud om mammografiundersøkelse hvert annet år. Resultatene fra programmets fire første år viser at om lag 80 pst. av kvinnene takker ja til invitasjonen om å delta.

Ved utgangen av 2003 var det bevilget midler til 37 strålemaskiner, våren 2004 er 33 maskiner installert og i drift. Med planer om ytterligere to maskiner ved henholdsvis Det Norske Radiumhospital og Ullevål universitetssykehus vil det reviderte målet om 39 operative maskiner være nådd i 2007.

Kreftplanen formulerte et mål om at alle landets regionsykehus skulle ha etablert kompetansesenter i lindrende behandling innen 2003. Evalueringen viser at dette målet er nådd. Det samme gjelder også kompetansesenter for arvelig kreft. For genterapi ble det nedsatt en gruppe som skulle vurdere hvordan miljøet i genterapi kunne utvikles nasjonalt. Det er på denne bakgrunn satset på to større miljøer, ved henholdsvis Det Norske Radiumhospital og Haukeland Universitetssjukehus, mens det er gjort begrensede satsinger innen basalforskning ved de øvrige regionsykehusene.

Det ble i Kreftplanen uttrykt en forventning om at det skulle utvikles regionale kreftplaner. Alle regionale helseforetak har i dag utviklet dette.

Når det gjelder økning i utdanningskapasiteten viser evalueringen at det har blitt flere utdanningsplasser i onkologi, radiografi og stråleterapi ved høgskolene i løpet av planperioden. For radiografer var det tallfestet en økning på 160 kandidater. Dette målet er nådd. For stråleterapiutdanningen var ikke antall kandidater tallfestet, men det er fremdeles en forventet underdekning siden målet om antall stråleterapimaskiner er økt til 39 innen utgangen av 2007. Når det gjelder onkologiske sykepleiere vil behovet avhenge av utviklingen av kommunenes ansvar for alvorlig syke kreftpasienter. Det er i planperioden opprettet flere legehjemler på kreftområdet. Kreftplanen anslo et behov for 55 nye legespesialister i onkologi, patologi og radiologi. Tilskuddsordningen har gitt 29, og målet er således ikke nådd.

Det har i planperioden blitt bevilget 100 mill. kroner til forebyggende tiltak til fordeling mellom Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet og Tobakkskaderådet (Sosial- og helsedirektoratet), samt 60 mill. kroner på radonforebyggende tiltak. Det skulle særlig satses på tiltak mot røyking, for bedre matvaner, samt redusere radon i boliger. Tiltak for økt fysisk aktivitet har blitt en satsing i løpet av planperioden. Tiltakene har vært rettet særlig mot skole, arbeidsliv, men også befolkningen som helhet. Fylkene har i planperioden utarbeidet planer og det har blitt gitt tilskudd i henhold til disse. Se for øvrig omtale under kap. 720 post 01. Når det gjelder de radonforebyggende tiltakene har disse blitt administrert av Husbanken, kap. 581 post 79. Se for øvrig omtale under kap. 732 post 70.

Tilstandsvurdering 2004

Forekomsten av kreft har økt betydelig for begge kjønn de siste årene. Størstedelen av økningen i krefttilfeller skyldes økt andel eldre i befolkningen. Dette innebærer at en fortsatt vil stå ovenfor store utfordringer innenfor kreftområdet i årene fremover. Gjennom Nasjonal Kreftplan (1998- 2003) har det vært en betydelig satsning på kreftområdet, og arbeidet for å videreutvikle kreftomsorgen skal fortsette. Fokus skal nå rettes mot oppfølging og integrering av tiltakene i det ordinære helsetilbudet.

Rapporten «Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – kompetanse, kvalitet og kapasitet»

En arbeidsgruppe som ble oppnevnt av Helsedepartementet høsten 2003, presenterte i juni 2004 forslag til en nasjonal strategi for hvordan utfordringene innenfor kreftomsorgen skal følges opp fremover. Rapporten er sendt på høring til berørte instanser høsten 2004.

I forslag til nasjonal strategi for kreft er det lagt vekt på at man må ta hensyn til at nye metoder og endret sykdomspanorama i meget sterk grad vil påvirke de fremtidige behov innenfor kreftomsorgen. I de konkret forslagene til tiltak er det spesielt lagt vekt på å foreslå tiltak for å bedre kvaliteten på diagnostikk, behandling og oppfølging. I tillegg er det også blitt lagt vekt på tiltak for å heve kompetansen hos helsepersonell. Noen av de mest sentrale forslag er:

- Det bør igangsettes et formalisert samarbeid med fagmiljøene for å videreutvikle obligatoriske, nasjonale kvalitetsregistre.
- En bør kartlegge alle undervisnings- og kompetansehevende tiltak og legge vekt på tiltak for etter- og videreutdanning for helsepersonell innenfor kreftomsorgen.
- Det må opprettes palliative team med basis i egne sykehusavdelinger/seksjoner som dekker sykehusets nedslagsfelt. Alternativt kan lokalt tilpassede ordninger ivareta de samme funksjonene, må kunne sidestilles.
- Det bør etableres et nasjonalt kompetansesenter for geriatrisk onkologi ved et regionsykehus/universitetssykehus med tanke på kompetansespredning og initiering av nasjonale handlings- og forskningsprosjekter.
- Det må systematisk samles kunnskap om langtidseffekter, langtidsbivirkninger og senskader etter kreftbehandling av barn og voksne.
- Noen kliniske fagmiljøer må i samarbeid med universitetsinstitutter få et særskilt ansvar for å

holde behandlingsinstitusjonene oppdatert når det gjelder ernæring.
– Den plastikk- kirurgiske virksomheten ved sykehusene må styrkes betraktelig.

Forslagene til tiltak skal i hovedsak følges opp innenfor de økonomiske rammene til de regionale helseforetakene. I den videre oppfølging av rapporten vil det bli vurdert om det er enkelte områder innenfor kreftomsorgen der det er behov for særskilte bevilgninger. En vil eventuelt komme tilbake til dette i 2006-budsjettet.

Budsjettforslag 2005

Fra og med 2004 ble det forutsatt at de ulike tiltakene innenfor Nasjonal kreftplan som hovedprinsipp skulle videreføres som en del av den ordinære driften. Dette er fulgt opp videre i 2005 og midlene på kap. 732 post 79 er derfor fordelt til følgende kapitler/poster:

Kreftregisteret kap. 737 post 70

For 2004 er det avsatt totalt 7,5 mill. kroner over kap. 732 post 79 til følgende prosjekter i regi av Kreftregisteret: arvelig kreft (1,5 mill. kroner), Norccap (3,0 mill. kroner), utvidet kreftregistrering (3,0 mill. kroner). Forslaget for 2005 innebærer en videreføring av disse prosjektene, samt en styrking av prosjektet utvidet kreftregistrering med ytterligere 2 mill. kroner. Det foreslås også bevilget 3 mill. kroner til innhenting av etterslep for integrering av registre i hoveddatabasen. Forslagene til styrking av Kreftregisteret er i tråd med prioriteringene fra arbeidsgruppa som har utredet framtidig oppfølging av utfordringene innen kreftomsorgen.

Regionale helseforetak kap. 732 post 71-73 til utdanning av stråleterapeuter m.m.

I tråd med målsetningene er utdanningskapasiteten for stråleterapeuter økt fra 10 til ca. 50 studieplasser på landsbasis. Stråleterapiutdanningen drives som oppdragsundervisning ved høgskolene i Bergen, Oslo og Gjøvik. I 2004 ble vårsemesteret finansiert med prosjektmidler over kap. 739 post 75, mens det ble overført 3,16 mill. kroner til basisrammen til de aktuelle regionale helseforetakene til finansiering av opptaket fra høstsemesteret 2004. Igangsetting av undervisning avhenger av tilstrekkelig søkning av kandidater og det kan være aktuelt å disponere midler til andre typer utdanningstiltak innen kreftbehandling. Fra 2005 overføres ytterligere 3,3 mill. kroner (helårsvirkning fra 2005) til de aktuelle regionale helseforetakene til finansiering av utdanningen av aktuelt personell innen kreftbehandling.

Kap. 720 post 01 Utdanning av radiografer og genetiske veiledere

Det er etablert et midlertidig prosjekt for radiografutdanning ved Høgskolen i Gjøvik fram til 2006. Det overføres 2,893 mill. kroner over kap. 720 post 01 til videreføring i 2005. Studieretning i genetisk veiledning (helsefag hovedfag) er et prøveprosjekt ved Universitetet i Bergen, opprinnelig planlagt for to kull à 5 studenter. Evalueringen av studiet anbefaler videreføring inntil utdanningen eventuelt kan inngå i ordinært studietilbud eller i et nordisk samarbeid. Det overføres 0,75 mill. kroner i 2005 over kap. 720 post 01 til videreføring av et tredje kull som tas opp høsten 2004.

Kap. 720 post 01 Sosial – og helsedirektoratet

På bakgrunn av innstillingen fra arbeidsgruppa som har utredet framtidig oppfølging av utfordringene innen kreftomsorgen, anbefaler Sosial- og helsedirektoratet at departementet som en del av oppfølging av tilskuddene til lindrende behandling gitt over statsbudsjettets kap. 732 post 70, foretar en systematisk kunnskapsoppsummering og evaluering av noen utvalgte prosjekter. En slik oppsummering vil gjøre erfaring og kunnskap lettere tilgjengelig for andre, og være en hjelp ved fremtidige etableringer. Det foreslås at det overføres 2 mill. kroner fra kap. 739 post 75 til å gjennomføre dette oppdraget i 2005.

Post 80 Pasienttransport

Formål

Posten omfatter utgifter til pasienttransport, herunder oppholdsutgifter og utgifter til nødvendig ledsager.

Formålet er å gi hel eller delvis kompensasjon for nødvendige reiseutgifter til lege, sykehus mv. i forbindelse med undersøkelse eller behandling. Som hovedregel dekkes reise med billigste forsvarlige transportmiddel til nærmeste sted der helsetjenesten kan gis. Formålet er videre å gi delvis kompensasjon for pasientens nødvendige utgifter til opphold i forbindelse med reise til lege, sykehus mv. Stønad gis til pasienten selv og eventuell nødvendig ledsager.

Staten dekker 50 pst. av regnskapsførte utgifter til pasienttransport over kap. 732 post 80 i 2004. Utgiftene under post 80 vil være bestemt av regelverket for pasienttransport mv. Regionale helsefor-

etak har i 2004 dekket de resterende 50 pst. av utgiftene gjennom tildelte rammer under kap. 732 post 70. 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 Helse- og omsorgsdepartementet fullmakt til at helseforetakenes utgifter til syketransport kan krediteres som utgiftsreduksjon under kap. 732 post 80.

Resultatrapport 2003

Pasienttransport, herunder oppholdsutgifter, var fram til og med budsjettåret 2003 finansiert over kap. 2750 post 77 Syketransport mv. og post 78 Oppholdsutgifter. Utbetalingene til syketransport var på 1 601 mill. kroner i 2003. Dette tilsvarer en økning på 4 pst. i nominelle priser fra 2002. Sammenlignet med årene 1999, 2000, 2001 og 2002 da økningen hvert år har vært 11 pst. representerer dette en stor reduksjon i utgiftsveksten. En forklaring kan være trygdeetatens iverksetting av anbudsrunder høsten 2003. Utbetalingene over kap. 2750 post 78 Oppholdsutgifter var på 52 mill. kroner i 2003.

Tilstandsvurdering 2004

I statsbudsjettet for 2004 er det bevilget 839,0 mill. kroner over denne posten som skal dekke halvparten av utbetalingene til pasienttransport, herunder oppholdsutgifter. En årsprognose basert på regnskapstallene for de seks første måneder i 2004 innebærer en økning i utbetalingene til pasienttransport, herunder oppholdsutgifter, sammenlignet med 2003 på om lag 2 pst. En har da tatt hensyn til økningen av egenandeler fra 1.1.2004. Det antas at regionale helseforetaks gjennomføring av anbudsrunder i 2004 har bidratt til at utgiftsveksten er noe lavere enn tidligere.

Budsjettforslag 2005

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at finansieringsdelingen av utgiftene for 2005 endres slik at ytterligere 25 pst. av utgiftene skal dekkes av regionale helseforetaks ramme fra 2005. Forslaget innebærer at delingen av utbetalingene endres til en 75/25-modell fra 2005. Dette innebærer at halvparten av bevilgningen under kap. 732 post 80 i 2005, dvs. 432,0 mill. kroner, flyttes til kap. 732 post 70.

Det vises til forslagene om økte egenandeler fra 1. januar 2005 som er omtalt under kap. 732 post 70. Det er tatt høyde for forslag til økte egenandeler i forslag til bevilgning under kap. 732 post 70 og post 80.

Det foreslås bevilget 423,0 mill. kroner på posten i 2005. Utgiftene under post 80 vil være bestemt av regelverket for pasienttransport mv.

Post 81 Tilskudd til store byggeprosjekter

Det vises til omtale i St.prp. nr. 1 (2003-2004) hvor det etter nærmere begrunnelse ble foreslått å gi investeringstilskudd i forbindelse med tre særskilte byggeprosjekter; Nye Ahus, fase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet.

Ved behandling av budsjettet sluttet Stortinget seg til finansieringsopplegget for de tre prosjektene, som innebærer at disse vil bli finansiert gjennom en kombinasjon av egenfinansiering, investeringstilskudd og lån. Over byggeperioden skal det gis tilskudd på til sammen om lag 4,5 mrd. kroner til de tre investeringsprosjektene. Ved at størrelsen på investeringstilskudd til de tre prosjektene allerede er fastsatt, er en viktig klargjørende forutsetning på plass i det videre arbeidet med å realisere prosjektene. I tråd med det system som er lagt til grunn for beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter, er det de respektive regionale helseforetakene som skal stå for styring og oppfølging innenfor de rammer og premisser som følger av Stortingets vedtak.

For 2005 foreslås det bevilget til sammen 444,0 mill. kroner til de tre prosjektene.

Ny universitetsklinikk i Trondheim – fase 2

Med bakgrunn i komitemerknad hvor det forutsettes at det i statsbudsjettforslaget for 2005 gis en samlet presentasjon av arbeidet med fase 2 og prosjektets status for øvrig, vises det til annen omtale av prosjektet under kap. 732 post 74.

Gjennom statsbudsjettet for 2004 ble det gitt klarsignal for at det kan arbeides videre med et forprosjekt for andre byggefase samt besluttet finansieringsopplegg for fase 2. På bakgrunn av Stortingets behandling av statsbudsjettet ga styret i Helse Midt-Norge RHF i styremøte i januar 2004 tilslutning til utarbeidelse av et forprosjekt for fase 2 inkl. rammer for programmering og prosjektering. Fase 2 utgjør vel halvparten av planlagt utbygging på Øya. Det jobbes med sikte på at et forprosjekt vil foreligge februar 2005. Ved beregning av investeringstilskuddet som er besluttet for fase 2, er det lagt til grunn at man i det videre plan- og prosjekte-

ringsarbeidet tilstreber en kostnadsreduksjon på om lag 10 prosent sammenholdt med hvordan kostnadsbildet framsto i revidert hovedfunksjonsprogram. Ulike kostnadsreduserende tiltak vurderes.

Budsjettforslag for 2005

For 2005 foreslås bevilget 60,0 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF som investeringstilskudd i forbindelse med fase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim.

Universitetsdelen av prosjektet finansieres over Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett (kap. 281 post 79). For 2005 foreslås det bevilget 253,3 mill. kroner.

Nye Ahus

På bakgrunn av Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2004 vedtok styret for Helse Øst i desember 2003 å gjennomføre Nye Ahus-prosjektet. Aktivitetene i 2003 besto i hovedsak av prosjektering, forberedende aktiviteter på byggeplass og utredningsarbeid. Totalkostnadene for prosjektet i 2003 var i henhold til godkjente planer 224 mill. kroner.

Byggestart var som forutsatt 1. mars 2004. Grunnarbeider skal være ferdigstilt i løpet av september 2004 og arbeidet med fundamentering m.m. startet høsten 2004. Ny revisjon av gjennomføringsplanen har medført ett års redusert gjennomføringstid. Det legges nå opp til at sykehuset skal være klart til å tas i bruk 1. oktober 2008. Denne effektiviseringen gir et potensiale for reduksjon av totalkostnadene for prosjektet, samtidig som det medfører at likviditetsbehovet øker de første årene i gjennomføringsfasen, i forhold til opprinnelig plan.

Budsjettforslag for 2005

For 2005 foreslås det bevilget 344,0 mill. kroner i investeringstilskudd til Helse Øst i forbindelse med realisering av Nye Ahus.

Nytt forskningsbygg ved Det norske radiumhospital

Styret i Helse Sør ga i januar 2004 sin tilslutning til igangsetting av nytt forskningsbygg ved Dnr HF innenfor en total kostnadsramme på 1 mrd. kroner. Med bakgrunn i dette gjennomføres nå revisjon av prosjekteringsarbeidet. Innledende byggearbeider knyttet til sprengning og klargjøring av tomten startet i august 2004. Ny gjennomgang av fremdriftsplanen tilsier at det nye forskningsbygget vil stå ferdig primo 2009.

Budsjettforslag for 2005

For 2005 foreslås det bevilget 40,0 mill. kroner i investeringstilskudd til prosjektet.

Post 90 Lån til investeringsformål i helseforetak

Den statlige låneordningen knyttet til investeringsformål ble etablert i 2002 for å gi de regionale helseforetak nødvendig fleksibilitet til å gjennomføre investeringsprosjekter. Ordningen administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. Regionale helseforetak har ikke anledning til å ta opp lån i det private marked.

Rapportering 2003

Det ble bevilget 2 mrd. kroner til dette formålet. Totalt låneopptak pr. 31.12.2003 utgjorde 2 771,9 mill. kroner med følgende fordeling pr regionale helseforetak:

(i mill. kr)

Helseforetak	2002	2003	Sum
Helse Øst	127,9	367,0	494,9
Helse Sør	203,0	300,0	503,0
Helse Vest	184,0	282,0	466,0
Helse Midt-Norge	138,0	918,0	1056,0
Helse Nord	119,0	133,0	252,0
Sum	771,9	2 000,0	2 771,9

I tillegg til lånebevilgning er det medgått renter på låneopptaket på 66,1 mill. kroner, jf. omtale under post 91. Disse rentene er tillagt lånebeløpet, slik at totalt utestående låneopptak for alle regionale helseforetak pr 31.12.2003 utgjør 2 837 mill. kroner. Av denne summen er 1,167 mrd. kroner omgjort til langsiktige lån, hvor nedbetalingen startet i 2004. Det resterende beløpet tilsvarende 1,671 mrd. kroner er videreført som byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Tilstandsrapport 2004

Det er samlet bevilget 2,75 mrd. kroner i 2004. Gjennomføringen av ny universitetsklinikk i Trondheim, nye A-hus og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet, samt prosjekter for å gjennomføre kreft- og psykiatriplanen innebærer at de regionale helseforetakene nå er i en periode hvor likviditetsbehovet er høyere enn ordinær inntektsstrøm.

Budsjettforslag 2005

For å gi de regionale helseforetakene rammebetingelser for gjennomføring av igangsatte og vedtatte prosjekter foreslås det bevilget 3 mrd. kroner i 2005.

Post 91 Opptrekksrenter

Denne posten er en teknisk håndtering av renter som påløper og belastes, men ikke betales av helseforetakene i perioden frem til fullt lån er etablert. Dette innebærer at disse rentekostnadene årlig blir tillagt de regionale helseforetakenes låneportefølje.

Tilsvarende inntekter budsjetteres på kap. 5605 Renter av statskassen kontantbeholdning og andre fordringer, post 88 Av utlån under opptrekk. Forbruk på posten avhenger av tidspunkt for foretakenes uttak av lånemidler samt det generelle rentenivået.

I 2003 utgjorde samlede opptrekksrenter 66,1 mill. kroner. For 2005 foreslås det bevilget 115,0 mill. kroner.

Kap. 3732 Regionale helseforetak (jf. kap 732)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
80	Renter på investeringslån, *overslagsbevilgning*		50 000	65 000
90	Avdrag på investeringslån, *overslagsbevilgning*		55 000	116 000
	Sum kap 3732		105 000	181 000

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningen på denne posten dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. For låneavtaler som løper fra 1. januar 2004 skal det i 2004 innbetales 36 mill. kroner i renter.

Det foreslås bevilget 65 mill. kroner over denne posten for 2005.

Post 90 Avdrag på investeringslån

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på inngåtte langsiktige låneavtaler. For låneavtaler som løper fra 2004 skal det innbetales 70,4 mill. kroner i avdrag for 2004.

Det foreslås bevilget 116 mill. kroner over denne posten for 2005.

Kap. 0737 Kreftregisteret

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
70	Tilskudd	37 620	61 843	71 206
	Sum kap 0737	37 620	61 843	71 206

Regnskap 2003 gjelder tidligere kap. 716 Kreftregisteret.

Post 70 Tilskudd

Formål og hovedprioriteringer

Kreftregisteret, Institutt for befolkningsbasert kreftforskning, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom. Kreftregisterforskriften fastslår registrering, forskning, rådgivning og informasjon som hovedmål for Kreftregisteret.

Resultatrapport 2003

Hovedmål 1 Registrering

Over 98 pst. av alle kreftdiagnoser i Norge er registrert i Kreftregisteret. Dette er i tråd med mål om registerets kompletthet. Brystkreftprøver som ledd i mammografiprogrammet og livmorhalsprøver tatt i og utenfor screeningprogrammet er 100 pst. rapportert. Det samme er tilfelle for tykk- og endetarmprøver i NORCCAP-prosjektet.

Oppmøtetallene for mammografiprogrammet er 75-80 pst., for masseundersøkelsen mot livmorhalskreft 75 pst., og for NORCCAP ca. 65 pst., hvilket er godt, spesielt sett i et internasjonalt perspektiv.

Arbeidet med rapportering til Rikstrygdeverket om nye krefttilfeller, som kan være forårsaket av pasientens yrke eller arbeidsplass med tanke på erstatning, pågår etter planen.

Det er bl.a. etablert spesialregistre for tykk-/endetarmkreft, brystkreft, livmorhalskreft, prostatakreft, eggstokkreft, lungekreft, spiserørskreft og bukspyttkjertelkreft. Tilsvarende er under etablering for lymfekreft og blodkreft. Hensikten er som første land i verden å få komplette, befolkningsbaserte data over sykdomsprogresjon, behandlingsintensjon og utfall. Elektronisk overføring av kreftmeldinger fra klinikk til Kreftregisteret vil bli innført i 2004 og et tilsvarende prosjekt for patologimeldinger vil bli utprøvd i 2004.

Nordisk barnekreftregister for solide svulster har registrert samtlige slike svulster hos barn under 15 år, anonymt, siden 1985. Norge melder komplett til dette registeret.

Hovedmål 2 Forskning

Ved årsskiftet 2003/2004 drev Kreftregisteret selv nær 80 forskningsprosjekter og deltok i tillegg i 31 prosjekter hvor hovedansvaret lå utenfor instituttet. Flere av studiene er basert på internasjonalt samarbeid. Kreftregisteret driver forskning om risikofaktorer for kreftutvikling, registerbasert klinisk forskning og kvalitetsovervåking av diagnostikk og behandling, dvs. helsetjenesteforskning, og i noen grad grunnforskning. I tillegg utføres en rekke studier om yrkesrelatert kreft.

Hovedmål 3 Rådgivning og informasjon

«Cancer in Norway 2001» ble publisert på www.kreftregisteret.no i februar 2004. Rapporten presenterer tall for forekomst og overlevelse for kreft i Norge. Kreftregisterets forskningsstab medvirket i 2002 til 48 publiserte vitenskapelige arbeider. I tillegg kommer betydelig informasjonsvirksomhet gjennom et stort antall foredrag, forelesninger, intervjuer samt besvarelser av enkelthenvendelser om kreft.

Tilstandsvurdering 2004

I 2001 fikk 10 885 kvinner og 11 583 menn en kreftdiagnose. Forekomsten av kreft har økt fra 7 600 tilfeller i 1955 til 22 500 i 2000. Dette utgjør en gjennomsnittlig årlig økning på 1,3 pst. for kvinner og 1,6 pst. for menn. Økningen er markert for de fleste kreftformene, men ondartet føflekk-kreft hos begge kjønn og lungekreft hos yngre kvinner har økt mest.

De vanligste kreftformene er brystkreft hos kvinner og prostatakreft hos menn, samt lungekreft og tykk/endetarmkreft for menn og kvinner. Røyking utgjør en betydelig risikofaktor for lungekreft, og røykeslutt er den enkeltfaktor som vil kunne forebygge flest krefttilfeller. Studier tilsier at 80-90 pst. av alle lungekrefttilfeller kunne vært unngått ved total røykeslutt i befolkningen. Også kostholdets sammensetning og fysisk aktivitet innvirker på forekomst av de ulike kreftformer. For menn har også visse yrker stor betydning. En rapport viser at 20 pst. av lungekrefttilfellene hos

menn kan forklares ut fra yrke. Det forventes en nedgang i dette tallet mot år 2020 med bakgrunn i asbestforbudet fra 1980.

Kreft rammer alle aldersgrupper, men særlig de eldre. 85 pst. av alle tilfeller blant menn og 76 pst. av alle tilfeller blant kvinner finnes i aldersgruppen over 55 år. En nordisk framskrivningsstudie drevet av Kreftregisteret viser en betydelig økning i antall krefttilfeller fram til 2020, særlig med bakgrunn i befolkningens alderssammensetning.

Andelen som lever fem år etter diagnose, har de seneste 40 år økt fra 38 til 58 pst. for kvinner og fra 25 til 50 pst. for menn. Dette skyldes blant annet at kunnskap blant pasientene og allmenntilstand hos enkeltindividene er bedret. I tillegg gis det mer nøyaktig og tidligere diagnostikk, og mer kunnskapsbasert behandling. Kombinasjonen av økt forekomst av kreft pga. økt risiko og økende levealder samt økt langtidsoverlevelse, innebærer nye utfordringer både i relasjon til primærdiagnostikk og –behandling, oppfølging, pleie og omsorg. Kvalitetssikring av alle faser ved sykdommen blir stadig viktigere. Kreftregisteret søker i økende grad å bli i stand til å belyse kvaliteten av helsetjenestene.

Satsningsområder og mål for 2005

Hovedmål 1 Registrering

- I løpet av året skal alle nye tilfeller av kreft for året 2003 være registrert i Kreftregisteret.
- I løpet av året skal nye tilfeller av kreft som kan være forårsaket av pasientens tidligere yrke eller arbeidsplass meldes til Rikstrygdeverket med tanke på yrkesskadeerstatning.
- Registrering av forstadier til kreft og utviklet kreft i forbindelse med masseundersøkelsene for livmorhals- og brystkreft videreføres.
- Oppfølging av prøveprosjektet for masseundersøkelsen mot tykk-endetarmskreft (NORCCAP) videreføres.
- Arbeidet med iverksetting av et nytt melde- og overvåkingssystem for naturlig kreftforløp, diagnostikk og behandling videreføres og utvides.
- Gjennomføring av tiltak for å øke frammøtet i den nasjonale masseundersøkelsen mot livmorhalskreft og det landsdekkende mammografiprogrammet til minst 80 pst. videreføres.
- Registrering av solide barnesvulster i Norden videreføres.
- Overvåking av kontrollopplegget for polyposefamiliene videreføres og det vil satses på overvåking av andre arvelige krefttilfeller.

Hovedmål 2 Forskning.

Forskningen framover er konsentrert om risikofaktorer for kreftutvikling og betydningen av diagnostikk- og behandlingsformer for forløpet av kreftsykdommene.

Hovedmål 3 Rådgivning og informasjon

Kreftregisteret skal bidra med faglige innspill på relevante områder til aktuelle fagmiljøer, herunder ivareta forpliktelser som følger av kreftregisterforskriften.

Merknader til budsjettforslaget for 2005

Det foreslås bevilget 71,2 mill. kroner på kap. 737 post 70 i 2005.

- Det er overført 7,5 mill. kroner fra kap. 732 post 79 til videreføring av følgende prosjekter i regi av Kreftregisteret: arvelig kreft (1,5 mill. kroner), Norccap (3,0 mill. kroner), utvidet kreftregistrering (3,0 mill. kroner).
- I tillegg foreslås det en styrking av prosjektet utvidet kreftregistrering med ytterligere 2 mill. kroner. Det foreslås også bevilget 3 mill. kroner til innhenting av etterslep for integrering av registre i hoveddatabasen. Forslagene til styrking av Kreftregisteret er i tråd med prioriteringene fra arbeidsgruppa som har utredet framtidig oppfølging av utfordringene innen kreftomsorgen og midlene overføres fra kap. 732 post 79.
- Janus serumbank ble startet i 1973 og består av ca. 700 000 serumprøver fra ca. 320 000 norske givere. Janusbanken eies av Kreftforeningen som ønsker å overføre serumbanken til staten. Fra 1. mai 2004 ble selve driften av serumbanken overført til Kreftregisteret. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med Kreftregisteret og Nasjonalt folkehelseinstitutt arbeide videre for å finne en permanent løsning for en statlig overtakelse av Janusbanken, og vil komme tilbake til saken i revidert nasjonalbudsjett 2005.
- Videre foreslås det å overføre 5,2 mill. kroner til kap. 732 post 72 Helse Sør RHF til drift av mobile enheter innenfor mammografiscreening, jf. omtale under kap. 732 postene 71-75.

Kap. 0739 Andre utgifter

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren	119 628		
	Sum kap 0739	119 628		

Overført fra 2003 til 2004:
Post 21: 31 960 000 kroner. (19 267 000 kr til kap. 728.21 og 12 693 000 kr til kap. 732.21)

Kap. 3739 Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
04	Tilbakebetaling fra Sør-Trøndelag fylkeskommune	53 677		
	Sum kap 3739	53 677		

Programkategori 10.40 Psykisk helse

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	27 221	25 596	26 574	3,8
0743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	2 910 170	3 348 013	3 794 079	13,3
0744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	48 493	32 230	41 598	29,1
	Sum kategori 10.40	2 985 884	3 405 839	3 862 251	13,4

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
01-23	Statens egne driftsutgifter	51 495	50 591	52 419	3,6
60-69	Overføringer til kommune-forvaltningen	1 308 729	1 598 821	2 050 783	28,3
70-89	Andre overføringer	1 625 660	1 756 427	1 759 049	0,1
	Sum kategori 10.40	2 985 884	3 405 839	3 862 251	13,4

Under denne programkategorien har man samlet de spesielle statlige stimuleringstiltakene for å styrke psykisk helsearbeid og tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Medregnet i disse er også bevilgninger fra før Opptrappingsplanen for psykisk helse ble påbegynt i 1999. Midler til Norges Forskningsråds programmer om psykisk helse er oppført under kap. 701 post 50. For mer generelt virkende tiltak som også har betydning for denne målgruppen vises til programkategori 10.10 Folkehelse, 10.20 Helsetjeneste og 10.30 Regionale helseforetak, samt St.prp. nr. 1 (2004-2005) Sosial- og arbeidsdepartementet. Midler til kommunale boligtiltak og til arbeidsmarkedstiltak er bevilget over henholdsvis Kommunal- og regionaldepartementets og Sosial- og arbeidsdepartementet budsjett.

Samlet foreslås til Opptrappingsplanen i 2005 4,3 mrd. kroner – en reell styrking på 853 mill. kroner i forhold til saldert budsjett 2004.

Kap. 0742 Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter	26 743	23 408	24 312
70	Tilskudd	478	2 188	2 262
	Sum kap 0742	27 221	25 596	26 574

Post 01 Driftsutgifter

Formål og hovedprioriteringer

Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 02.07.99 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon, som etter nærmere regler gitt av departementet, treffer avgjørelser som er tillagt den. Staten skal dekke utgiftene som angår kontrollkommisjonene, herunder den nye kontrollkommisjonen for fagenheten for tvungen omsorg som det er redegjort for under kap 0744, post 70.

Kontrollkommisjonens oppgaver er å behandle klager på avgjørelser om videre undersøkelse, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvunget psykisk helsevern, samt klager på avgjørelser om begrensninger i pasientens kontakt med omverdenen, om undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvisitasjon, om beslag og om tvangsmidler. Kontrollkommisjonene skal i tillegg, i den utstrekning det er mulig, føre den kontroll den finner er nødvendig for pasientens velferd. Kontrollkommisjonene er suverene når det gjelder avgjørelser i klagesaker, og kan bare overprøves av domstolene. En generell overvåkning av kontrollkommisjonenes virksomhet utøves i dag ved at Sosial- og helsedirektoratet/fylkesmennene mottar årsrapporter. I tillegg avholder Sosial- og helsedirektoratet årlige konferanser for samtlige av landets kommisjoner, noe som er et viktig bidrag i arbeidet med å sikre erfaringsoverføring, kompetanseutvikling og oppdatering av regelverk som skal sikre god kvalitet og enhetlig praksis i kommisjonenes arbeid.

Resultatrapportering 2003

Landet har 57 kontrollkommisjoner. Kontrollkommisjonene avgir årsrapporter fra sitt arbeid. Sosial- og helsedirektoratet foretar en samlet gjennomgang av rapportene. Sammendrag av årsrapportene blir sendt til kontrollkommisjonene i slutten av året.

Tilstandsvurdering 2004

Sosial- og helsedirektoratet har startet arbeidet med evaluering av kontrollkommisjonenes arbeid. Arbeidet er omfattende og vil pågå også i 2005.

Evalueringen tar sikte på å avklare hvordan kontrollkommisjonene innen det psykiske helsevernet utfører sitt arbeid i dag, dvs om de utfører sitt arbeid slik det er nedfelt i lov og forskrifter. For å være et organ som ivaretar tvangsinnlagte pasienters rettsikkerhet må kommisjonenes arbeid være av god kvalitet og enhetlig praksis.

Evalueringen vil særlig omhandle:

- Kvaliteten på kommisjonenes begrunnelser i klage- og etterprøvingssaker.
- Kommisjonenes overholdelse av saksbehandlingsregler, m.m.
- Lik og ulik praksis blant kommisjonene når det gjelder utøvelse av forskjellige arbeidsoppgaver og når det gjelder rettsforståelse.
- Likheter og forskjeller mellom kommisjonene når det gjelder statistiske frekvenser av ulike slag (f.eks. prosent formelt fattede vedtak av mottatte klagesaker, prosent klagesaker hvor vernet blir opphevet før det ble fattet et formelt vedtak, medholdsprosent av formelt fattede vedtak, m.m.)
- Kommisjonenes egne erfaringer og opplevde utfordringer i forhold til å fungere godt. (f.eks rammebetingelser som lovverk og arbeidsbelastning, etc.)

Post 70 Tilskudd

Formål og oppgaver

Posten skal dekke utgifter til gjennomføring av tvunget psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket, jf. lov om spesialisthelsetjeneste § 5-3. Posten skal også dekke hjemsendelse av utenlandske sinnslidende og hjemhenting av sinnslidende norske statsborgere ifra utlandet. Videre kan norske myndigheter legge forholdene til rette for transport til Norge for mennesker som har

vært utsatt for en alvorlig ulykke eller livstruende sykdom i utlandet. Utgifter til slik transport føres over denne posten, men kreves refundert av pasienten.

Resultatrapportering

I 2003 ble det foretatt to hjemsendelser av pasienter som ikke har bostedet i riket. I 2003 ble fem personer hentet hjem til landet.

Kap. 0743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
21	Spesielle driftsutgifter	24 752	27 183	28 107
62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, *kan overføres*	1 308 729	1 598 821	2 050 783
70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, *kan overføres*	258 874	273 668	341 973
72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	77 394	81 876	84 660
73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, *kan overføres*	22 374	61 493	98 584
75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, *kan overføres*	1 186 580	1 304 972	1 189 972
76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern, *kan overføres*	31 467		
	Sum kap. 0743	2 910 170	3 348 013	3 794 079

Overført fra 2003 til 2004:

Post 21: 1 315 000 kroner.
Post 62: 8 345 000 kroner.
Post 70: 15 146 000 kroner.
Post 73: 4 206 000 kroner.
Post 75: 143 000 kroner.

Omfanget av psykiske problemer og psykiske lidelser

Psykiske lidelser varierer i varighet, alvorlighet og intensitet. 15-20 pst. av befolkningen har psykiske lidelser i mildere eller alvorligere grad. Dette betyr ikke at en femtedel av befolkningen er psykisk syke hele tiden - det er et uttrykk for at psykiske lidelser er svært utbredt og at mange vil oppleve en psykisk lidelse en eller annen gang i livet.

Nesten hver tredje person som er på uføretrygd har psykisk lidelse som hoveddiagnose, og dette er den hurtigst voksende årsak til uføretrygd blant de store sykdomsgruppene. I 2003 var det ca. 100 000 uføretrygdede og ca. 4 mill. sykedager (trygdens andel) grunnet psykiske lidelser. Psykiske lidelser koster det norske samfunnet anslagsvis 40 mrd. kroner per år i form av trygdeutgifter, behandlingsutgifter og sosialutgifter. Tapt produktivitet er ikke tatt med i regnestykket. Flere undersøkelser tyder på at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår.

Mye tyder på at psykiske problemer og lidelser ikke vil bli mindre omfattende i framtiden. Det antas for eksempel at den samlede belastningen (uførhet og for tidlig død) på grunn av depresjon vil øke. Verdens helseorganisasjon har anslått at i 2020 vil psykiske lidelser på verdensbasis, nest etter hjerte- og karsykdommer, være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning for begge kjønn. I vestlige land ventes det at depresjon vil utgjøre den største sykdomsbelastningen.

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008

På bakgrunn av St. meld. nr. 25 (1997-98) Åpenhet og helhet, som anga at det var brist i alle ledd i forhold til psykisk helsearbeid og psykisk helsevern, la regjeringen Bondevik I fram St. prp. nr. 63 (1997-98) Opptrappingsplanen for psykisk helse (Opptrappingsplanen). Ved behandling av St. prp. nr. 63 (1997-98) sluttet Stortinget seg til alle hovedlinjer i det foreliggende planforslaget. Planens økonomiske rammer er på 5,7 mrd. kroner i økte driftsutgifter og 8 mrd. kroner i investeringer (2005-kro-

ner). Regjeringen gir høy prioritet til gjennomføring av planen i tråd med Stortingets intensjoner. Ved behandlingen av budsjettet for 2004 ga Stortinget sin tilslutning til en utvidelse av planperioden med to år fram til 2008. Stortinget ba samtidig om en gjennomgang av behov og om en framdriftsplan for den gjenstående del av opptrappingsperioden.

Overordnet målsetting for Opptrappingsplanen er å bidra til å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Denne målsettingen forutsettes lagt til grunn for planlegging, utbygging, organisering og daglig drift av tjenestene på alle nivåer. Sentralt i denne sammenheng er:

- Økt vekt på helsefremmende arbeid og forebygging av psykiske lidelser
- Brukerperspektivet - respektfullt og likeverdig samarbeid med bruker, pasient og familie
- Økt vekt på funksjon, mestring av egen livssituasjon og bruk av egne ressurser, samt redusert sykeliggjøring
- Desentralisering og tilbud der brukeren bor
- Helhet, kontinuitet i tilbudet, samarbeid mellom alle tjenesteytere innen ulike virksomheter – bedre oppfølging
- Redusert tvangsbruk

Personer med alvorlige og langvarige lidelser er prioritert i satsingen. Departementet varslet i St.prp. nr. 1 (2003-04) økt prioritet til personer med de mest vanlig forekommende lidelsene. Dette vil være et viktig forebyggende tiltak for å redusere tilfanget av personer med psykisk sykdom og for å forebygge videre utvikling av alvorlig sykdom. Gjeldende prioriteringskriterier skal fortsatt ligge til grunn, jfr. lov om pasientrettigheter.

Bedret tilgjengelighet til tjenestene er en gjennomgående målsetning. Et tilbud på brukerens premisser med tilstrekkelig kapasitet, korte ventetider og god kvalitet i tjenestetilbudet er forutsetninger for å oppnå dette. Helse- og omsorgsdepartementet vil tydeliggjøre hovedprinsipper og forventninger til de ulike leddene innen helsetjenesten og tilgrensende tjenester slik at disse kan bidra på sine respektive ansvarsområder.

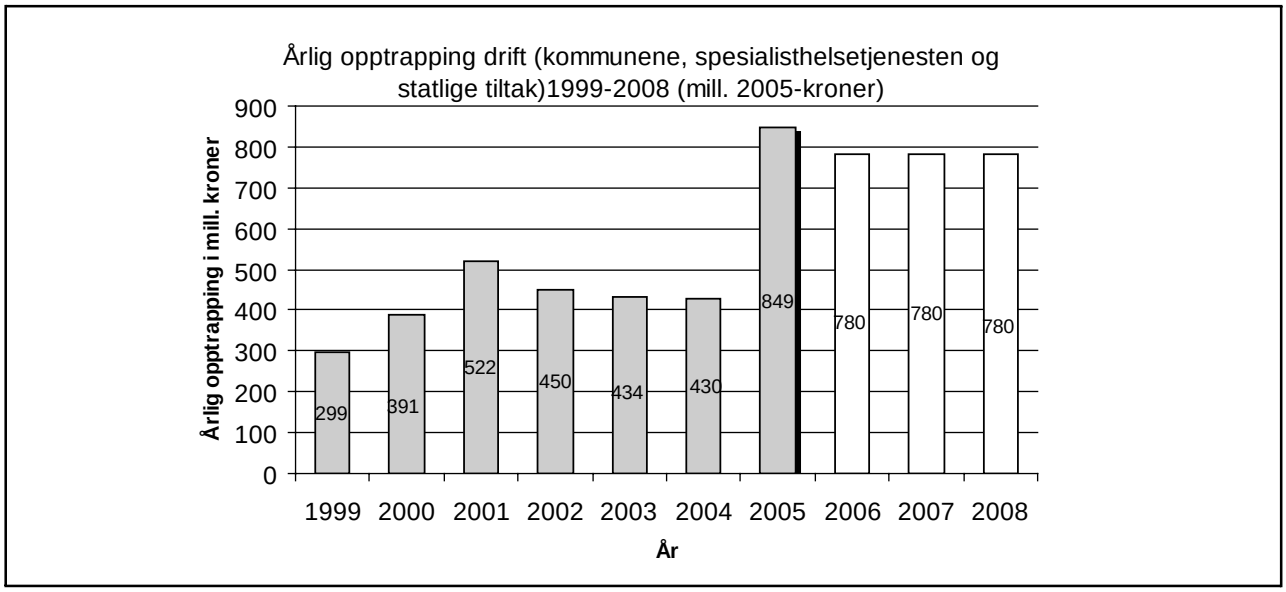
Rapportering og statusvurdering etter 5 år

I St. prp. nr. 1 (2003-2004) ble det gitt en utfyllende statusrapport for situasjonen etter 4 av de opprinnelig forutsatte 8 år. Nedenfor følger en mer kortfattet gjennomgang av de viktigste hovedtrekk i situasjonen etter Opptrappingsplanens 5. år. Det vises for øvrig til kap.732 (regionale helseforetak) og til omtale i plan- og meldingsdelen for de regionale helseforetakene, jfr. budsjettets del III.

Rapporteringen for perioden 1999-2003 viser flere viktige resultater av satsingen så langt, men samtidig at det enda er en betydelig vei å gå før de mål som Stortinget har satt ved behandlingen av St.prp. nr. 63 (1997-98) er nådd. Viktige hovedpunkter i status er:

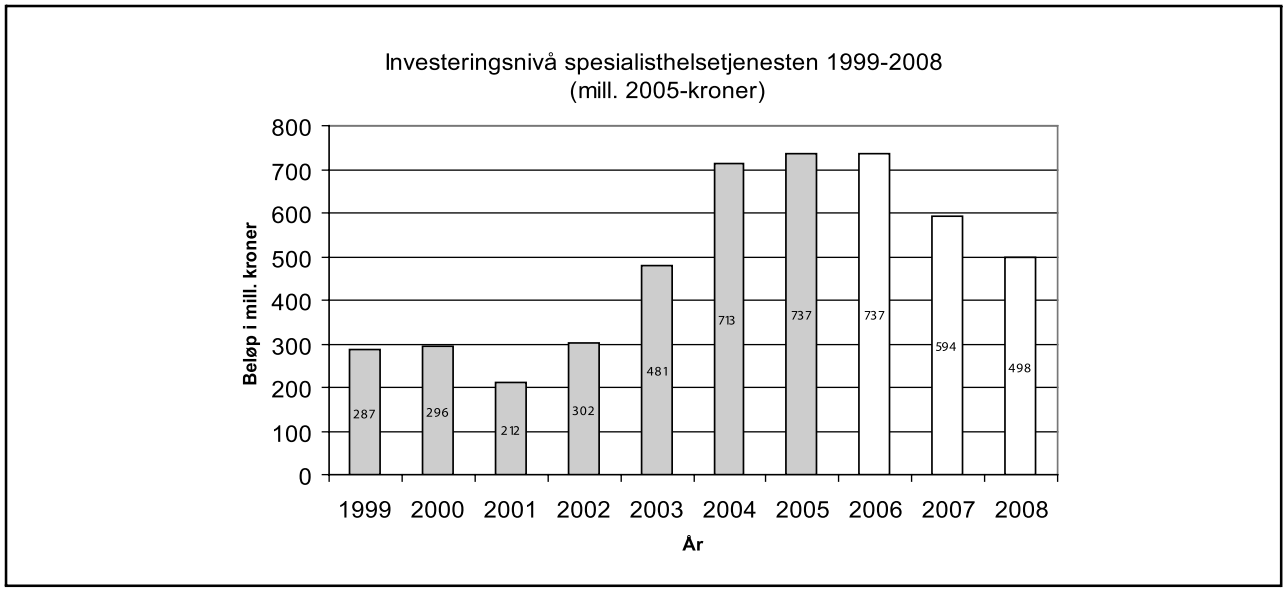
- Flere søker hjelp og flere får hjelp. Kapasiteten i tilbudet til pasienter med psykiske lidelser har økt betydelig. Kapasiteten har samlet sett økt raskere enn det som skyldes ressurser fra planen. De desentraliserte tjenestene er i klar utvikling, og ventetidene har gått ned.
- Tjenesteapparatet er fortsatt i for stor grad preget av manglende kommunale tilbud, manglende samarbeid og oppfølging av den enkelte bruker. Dette fører til overbelastning på behandlingsapparatet, særlig akuttjenestene, til ventetider og feilplassering av mennesker som primært hadde trengt et tilbud på lavere omsorgsnivå.
- Det synes enda å gjenstå mye før et reelt brukerperspektiv preget av likeverdig samarbeid med bruker og pårørende er tilfredsstillende realisert.

Med den foreslåtte opptrappingen for 2005 er regjeringen godt i rute i forhold til å realisere den økonomiske delen av Opptrappingsplanen i 2008. I likhet med foregående år er det også for 2005 lagt inn en noe større vekst i tilskuddet til kommunene i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det vises forøvrig til omtale nedenfor vedrørende økonomiske konsekvenser, hvor det varsles at regjeringen vil komme tilbake i budsjettproposisjonen for 2006 med en vurdering av fordelingen av de gjenstående midlene over Opptrappingsplanen.



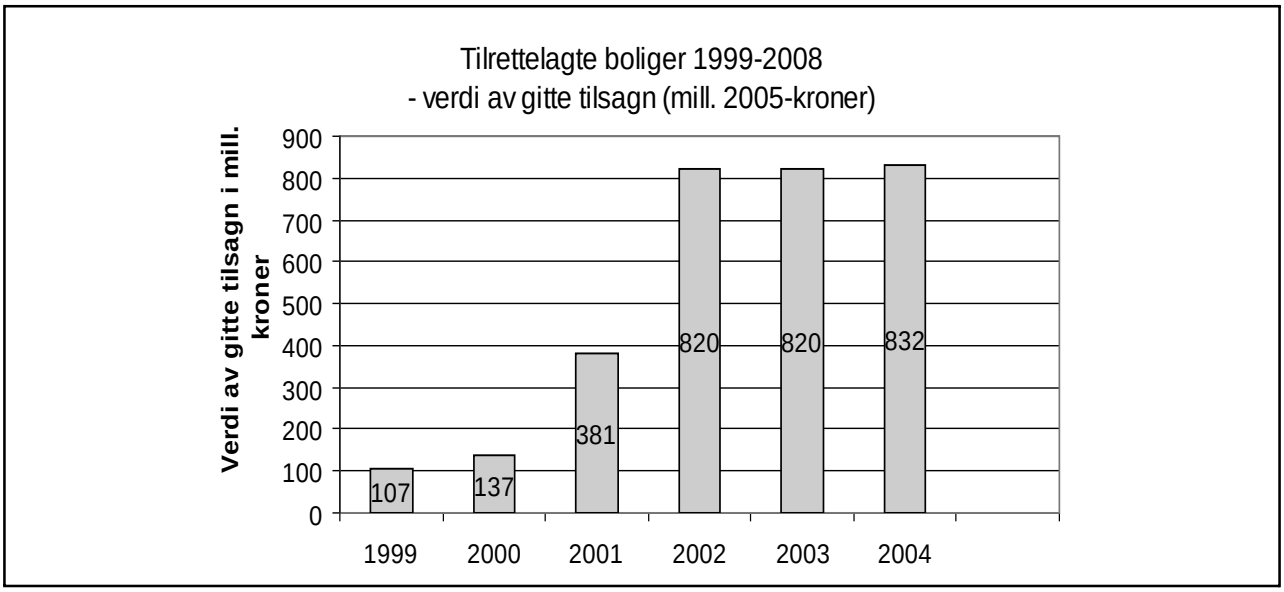
Figur 6.1 Opptrapping i driftsmidler 1999 – 2008

Figuren viser at foreslått vekst i bevilgninger til drift i 2005 er nesten fordoblet sammenlignet med 2004, og at foreslått økning neste år er høyere enn gjenstående årlig gjennomsnitlig vekst for at målene i Opptrappingsplanen skal nås. Den lavere opptrappingen til drift i årene 2002, 2003 og 2004 må sees i sammenhengen med den kraftige veksten i investeringsnivået disse årene. Søylene for 2006-2008 viser nødvendig vekst disse årene for å oppfylle planens mål om en samlet vekst på 5,7 mrd. kroner i driftsutgifter (2005-kroner).



Figur 6.2 Investeringsnivå i spesialisthelsetjenesten 1999 - 2008

Figuren viser at investeringsnivået i 2004 og 2005 sammen med det forventede nivået i 2006 vil være det høyeste i opptrappingsperioden. I årene 2007 og 2008 vil investeringsnivået i henhold til målene i Opptrappingsplanen bli noe redusert og dette vil frigjøre midler til drift. Søylene for 2006-2008 viser nødvendig investeringsnivå for å oppfylle planens mål om et samlet investeringsvolum i spesialisthelsetjenesten på 4,86 mrd. kroner (2005-kroner). Investeringsmidlene over opptrappingsplanen bevilges over RHFenes basisbevilgning.



Figur 6.3 Investeringsnivå i kommunene (boliger)

Figuren viser antatt kostnad som følge av boligtilsagn gitt det enkelte år. Ved utgangen av 2004 antas det at alle 3 400 boligtilsagnene i planen er gitt til en samlet verdi av 3,1 mrd. kroner, slik at denne delen av planen er oppfylt. Ferdigstillelsen av alle boligene er beregnet til 2006.

For å realisere målene for Opptrappingsplanen er det fortsatt behov for å gjennomføre til dels store omstillinger og omstruktureringer og å foreta et betydelig utviklingsarbeid. Sentrale brukerorganisasjoner gir også klart signal om at arbeidet med omstilling av virksomhetskulturer og holdninger i tjenesteapparatet nå er den viktigste og mest uløste oppgaven. Mental Helse Norge har ved flere anledninger pekt på at det er behov for en verdidebatt om hvordan hjelp bør gis innenfor psykisk helsevern.

Nedenfor følger en kortfattet statusvurdering i tilknytning til de sentrale satsingsområdene. Behovsvurdering og beskrivelse av forsterkede tiltak for å realisere Opptrappingsplanen innen 2008 er beskrevet under avsnittet om "utviklingsområder – nye tiltak – fremdriftsplan" nedenfor.

Nærmere om kultur og holdningsendringer, brukermedvirkning og samarbeid – status

Brukerperspektivet med vekt på respekt for og likeverdig samarbeid med brukerne av tjenestene om målsetninger og opplegg for behandling og oppfølgingstiltak er satt på dagsorden både i kommuner og foretak. Samtidig forteller meldinger fra brukere og deres organisasjoner om til dels store mangler, og om at det er behov for betydelig økt fokus på dette området. Pårørende og andre nærpersoner ivaretas ofte for dårlig – både i forhold til opplæring, støtte, ivaretagelse av egen livssituasjon og samarbeid generelt.

Helhet og kontinuitet i tilbudet mangler fortsatt i betydelig grad. Dette gjelder både innenfor den enkelte kommune, innenfor det enkelte helseforetak og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet viser fortsatt svikt i enkeltsituasjoner, både i tilknytning til utskrivning etter langtidsopphold ved sykehjem og ved utskrivning fra avdelinger ved sykehus/distriktspsykiatriske sentre (DPS). Også samarbeidet mellom akuttavdelinger ved sykehus og DPS er i mange tilfelle mangelfullt og til dels preget av lite fleksibelt samarbeid. Det betyr at DPSene ikke i tilstrekkelig grad er utviklet til å bli det bindeleddet mellom kommunale tiltak og sykehus, som de er forutsatt å bli. Individuell plan er ikke tatt i bruk som forutsatt.

Nærmere om kommunene - status

Alle kommuner har utarbeidet planer for hvordan målene i Opptrappingsplanen skal nås. Dette har ført til økt fokus på psykisk helsearbeid lokalt, både politisk, administrativt og faglig. Tjenestetilbudet er gjennomgående styrket i kommunene, men den forskningsbaserte evalueringen viser at det er store forskjeller mht. hvor langt kommunene er kommet. Dette betyr også at et stort antall kommuner har kommet kortere enn ønskelig. De største byene synes å stå overfor særlige utfordringer mht. å gi et tilfredsstillende tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Boligsituasjonen er fortsatt dårlig for mange. Det gjelder dels mangel på en fysisk tilfredsstillende bolig, men først og fremst mangel på tilfredsstillende støtte, praktisk hjelp og trygghet i hverdagen.

I alt har kommunene fra 1999 til og med 2003 opprettet 1 587 nye stillinger til psykisk helseformål, i henhold til kommunenes egen rapportering.

Fullstendig rapportering er gitt under post 62. Antatt økt boligbehov som følge av raskere nedbygging av sykehjemsplasser enn beregnet er omtalt nedenfor.

Nærmere om spesialisthelsetjenesten – status

Situasjonen er preget av at akuttjenesten er under sterkt press og ofte må foreta raskere utskrivninger enn ønskelig, samtidig som andre pasienter ikke kan skrives ut fordi oppfølgingsapparatet ikke er tilstrekkelig på plass. Gjentatte undersøkelser fra SINTEF viser at ca en tredjedel av pasientene i akuttavdelingene burde hatt tilbud på lavere omsorgsnivå. I henhold til SINTEF-undersøkelsene burde også nesten halvparten av pasientene ved distriktspsykiatriske sentre (DPS) primært hatt et kommunalt tilbud.

Utbyggingen av DPS følges i hovedtrekk opp i henhold til godkjente planer. I alt er 65 DPS etablert, selv om ca halvparten av disse skal bygges videre ut for å bli fullverdige sentre. Ca 10 DPS-bygg er fortsatt under planlegging eller bygging. I forhold til opprinnelige planer er det noe forsinkelser i utbyggingen i Helse Vest (Bergen og Stavanger), Helse Øst og i Helse Sør (Drammen DPS). I Helse Øst skyldes forsinkelsene behovet for fornyet gjennomgang av opptaksområder mv.

Det er utviklet flere nye tiltak og bedre arbeidsmåter som viser bedre ressursutnyttelse og samtidig innebærer bedre tilbud til den enkelte, jfr. norske og utenlandske erfaringene med utearbeidende team (akutteam mv.) og erfaringene med mer fleksibelt og tett samarbeid mellom akuttavdelinger og DPS.

Produktiviteten ved poliklinikkene har økt, men det er fortsatt behov for å oppnå større effektivitet i bruken av ressursene.

Psykisk helsevern for barn og ungdom gav i 2003 hjelp til 33.000 barn og ungdom, dvs. en økning på 60 pst. sammenliknet med 1998. Psykisk helsevern for voksne kan vise til en aktivitetsøkning i poliklinikk på 49 pst. for samme periode. Ventetiden for barn og unge er redusert fra ca 90 til ca 75 dager i løpet av de siste to årene. Ventetiden for voksne er redusert fra ca 3 til ca 2 mnd. i samme periode. Antall som henvises til spesialisthelsetjenesten har økt kraftig.

Antall plasser i psykiatriske sykehjem er redusert raskere enn forutsatt. Dette kan være en medvirkende årsak til udekket boligbehov i kommunene, jf. omtale under Utviklingsområder m.v.

Antall plasser for aktiv behandling

	1998	2003	2008
Sykehus	3 070	2 935	2 800
Distriktspsykiatriske sentre	1 487	1 801	2 200
SUM	4 557	4 736	5 000

Antall plasser i bo- og omsorgstiltak

	1998	2003	2008
Psykiatriske sykehjemsplasser[1]	1 298	481	[3]
Kommunale omsorgsboliger [2]		1 137	3 400
Sum	1 298	1 618	[3]

[1] Kilde Samdata

[2] Kilde Husbanken

[3] RHFene er i eget brev bedt om å sørge for at det ikke foretas ytterligere reduksjon i sykehjemsplasser inntil boligsituasjonen i kommunene er gjennomgått.

Tabellene viser at antall behandlingsplasser ligger på et noe høyere nivå i 2003 sammenlignet med 1998, samtidig som antall omsorgsboliger mer enn tilsvarer nedbyggingen av sykehjemmene fra 1998. Det vises til innledningen vedrørende omtalen av nedbyggingen av sykehjemmene i perioden 1996-1998, og til ny gjennomgang av boligbehov. Det tar 2-3 år fra boligtilsagn gis til omsorgsbolig er reali-

sert, og den største tilveksten av boliger forventes derfor i 2004 og 2005 med 8-900 ferdigstilte boliger per år. Antatt plasstall for 2008 i sykehus og DPS er basert på RHFenes planer per i dag. Tallene er beheftet med usikkerhet, jf. at RHFene vil revurdere ressursbruk og plassbehov i årene som kommer.

Fullstendig rapportering for psykisk helsevern er gitt under post 75, jfr. kap 732 regionale helseforetak.

Andre satsingsområder - status

- Informasjonsarbeidet har bidratt til å øke befolkningens bevissthet og kunnskaper om psykisk helse. Publikum og media har fått økt interesse for spørsmål som angår psykisk helse og samtidig økte forventninger til tjenestetilbudet til psykisk syke. De spesifikke programmene overfor barn og ungdom i skolen, arbeidslivet, brukere og ansatte gjennomføres som forutsatt.
- Gjennom systematiske utdannings- og kompetansetiltak er fagfolk og utdanningsinstitusjoner trukket med i kvalitetssikring og fagutvikling, som styrker både kunnskapsgrunnlaget for tjenestetilbudene og utviklingen av holdninger og verdier knyttet til de overordnede målene i Opptrappingsplanen. Rekrutteringen av fagpersonell er bedre enn forutsatt i Opptrappingsplanen. Det er imidlertid fortsatt generell mangel på psykiatere og psykologer, særlig i rekrutteringssvake områder. Denne mangelen vil i noen grad vedvare utover opptrappingsperioden, selv om situasjonen gradvis forbedres.
- Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress ble etablert tidlig i 2004. Det er videre foretatt kartlegging og utredning med sikte på å bygge opp kompetanse på behandling av volds- og traumeproblematikk lokalt og regionalt. Det er vedtatt å etablere regionale ressursmiljøer.
- Tiltak overfor barn og unge er gitt økt prioritet. Kravet til kommunene om minst 20% av de øremerkede tilskuddene til barn og unge ble oppnådd i 2003. De regionale helseforetakene kan vise til at nær hele ressursøkningen i 2003 kom innenfor psykisk helsevern for barn og ungdom.

Årsverk, driftsutgifter og investeringer 1999–2008

Tabellen viser antall opprettete stillinger i perioden 1998 – 2003, samt forventet antall opprettede stillinger ved utløpet opptrappingsperioden:

Utvikling i antall årsverk

	2003	2008
Psykisk helsevern [1]	+ 2 433	+4 500
Kommunene [2]	+ 1 587	+4 800
Sum	+4 020	+9 300

[1] Kilde: SAMDATA psykisk helse

[2] Kilde: Kommunenes rapportering på opptrappingsplanen

Det vises til at Sosial- og helsedirektoratet har anslått et noe større stillingsbehov i tilknytning til revurderingen av måltallene, jf. avsnitt om personell nedenfor.

Rapportering og kontroll av at midlene nyttes til de forutsatte formål skal gjennomgås. Offisiell statstikk og rapportering viser at både foretak og kommuner gjennomgående kan vise til at den faktiske økte ressursinnsatsen totalt står i forventet forhold til de økte midler over Opptrappingsplanen, selv om det er variasjoner kommunene i mellom og tilsvarende for de regionale foretakene. Det er imidlertid fremkommet påstander om enkeltsituasjoner der midlene skal ha blitt nyttet til andre formål. Gjennomgangen skal derfor bidra til å hindre bruk av midlene som ikke er i tråd med statens forutsetninger.

Utviklingsområder – nye tiltak – fremdriftsplan

Gjennom Opptrappingsplanen er det satt inn økonomiske og pedagogiske virkemidler for at målene skal nås. Etter halvgått løp viser erfaringen at det på enkelte områder må settes inn sterkere virkemidler. På bakgrunn av Stortingets anmodning om en gjennomgang av behov og fremdrift har Sosial- og helsedirektoratet hatt i oppgave å gjennomgå samtlige hovedsatsingsområder innenfor Opptrappingsplanen. På bakgrunn av faglige vurderinger fra direktoratet, tilsynsrapporter fra Statens helse-

tilsyn, tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene og foreløpige resultater fra evalueringen av Opptrappingsplanen så langt, vil departementet legge vekt på følgende tiltak for å realisere Opptrappingsplanen i tråd med Stortingets intensjoner:

Styrking av forebyggende og helsefremmende arbeid

Som en oppfølging av St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, ble det i regjeringens budsjettforslag for 2004 varslet at det skal satses sterkere på helsefremmende og forebyggende arbeid i resten av Opptrappingsplanen. Forebygging av psykiske helseplager har hittil vært blant de svakest utviklede sidene av Opptrappingsplanen, og det er i liten grad gjennomført forskningsbaserte evalueringer om effekten av forebyggende tiltak. Kunnskapsgrunnlaget er relativt svakt og parallelt med en mer effektiv gjennomføring av de best dokumenterte tiltakene må det derfor satses sterkere på dokumentasjon, forskning, kunnskapsutvikling og formidling av forskningsbasert kunnskap. Det er behov for å:

- Sikre en mer effektiv gjennomføring av forebyggende tiltak
- Sikre en sterkere kopling mellom kunnskapsutvikling og gjennomføring av tiltak
- Styrke kunnskapsgrunnlaget for forebyggende tiltak
- Styrke helseovervåkning og årsaksforskning

Det forebyggende arbeidet i kommunene er så langt i Opptrappingsplanen styrket gjennom øremerkede midler som bl.a. skal gå til å øke kapasiteten til psykososiale tjenester og støttekontakter, kultur- og fritidstiltak og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Statusvurderingen fire år inn i opptrappingsperioden konkluderte med at det forebyggende arbeidet er for dårlig utviklet i kommunene og at det er en mangel på systematiske og kunnskapsbaserte tiltak. Det vises imidlertid også til informasjonsprogrammet "Psykisk helse i skolen" som er et sentralt forebyggende tiltak, jfr. post 70.

Det er betydelig variasjon mellom kommunene i volumet og kvaliteten på tilbudet i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tilsyn med kommunene har vist at det forebyggende arbeidet fremdeles er fragmentert og at tjenestene i for liten grad organiseres ut fra behovet for et samordnet tjenestetilbud. Det er derfor behov for å sikre en sterkere lokal forankring av det forebyggende arbeidet. I regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) er det derfor lagt vekt på å styrke det helsefremmende arbeidet bl.a. i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom å styrke kompetanse, økt rekruttering og implementering av ny kunnskap. Det er varslet en gjennomgang av det samlede tjenestetilbudet til barn og unge i kommunene, oppfølging av forsøket med familiesentre og vurdering av andre modeller for å sikre et helhetlig tilbud.

Målet er å bygge ut kapasiteten og styrke kompetanse på psykisk helse slik at helsestasjons- og skolehelsetjenesten blir bedre i stand til å fange opp problemer så tidlig som mulig, og har et tilbud å henvise til for dem som har behov for videre oppfølging. En hindring for å videreutvikle arbeidet for å forebygge psykiske problemer og lidelser er mangel på kunnskap om hva som styrker den psykiske helsen, årsaker til psykiske lidelser og effekten av forebyggende tiltak. Det er behov for en mer systematisk overvåkning av utviklingen av psykiske lidelser i befolkningen.

Forskningsinnsatsen i regi av relevante forskningsprogrammer i Norges forskningsråd skal styrkes ytterligere for å sikre systematisk evaluering av eksisterende tiltak og for å utvikle nye effektive tiltak for å forebygge psykiske problemer. I denne sammenhengen skal det foretas en gjennomgang av virkemiddelbruken for å sikre utvikling av sterke forskningsmiljøer. Avdeling for psykisk helse ved Nasjonalt folkehelseinstitutt skal videreutvikles og bygges ut og få en klarere rolle som koordinator for forskernettverk innenfor epidemiologisk forskning. Det er videre et mål at instituttet innen utgangen av opptrappingsperioden skal ha etablert et diagnosebasert system for innsamling av data om psykiske lidelser i befolkningen. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal bidra til å skape oversikt over kunnskapsgrunnlaget og gjøre kunnskapen tilgjengelig for aktører som har ansvar for utforming og gjennomføring av tiltak.

Kultur- og holdningsendringer – Økt brukerdeltagelse – pårørende

Opptrappingsplanen er basert på ideene om reell brukerinnflytelse, mestring av egen hverdag og økt selvstendighet, desentralisering og redusert tvangsbruk. Dette kan representere en utfordring for det etablerte tjenesteapparatet. Rådet for psykisk helse gjennomfører et kultur- og holdningsprosjekt som involverer brukerorganisasjonene, profesjonsforeningene og tjenesteapparatet. Prosjektet er startet opp og tiltak vil bli gjennomført utover i planperioden fram mot 2008. Departementet vil legge fram en handlingsplan mot tvang ved årsskiftet 2004/2005. Løsninger for systematisk tilbakeføring til tjenesteapparatet av brukernes erfa-

ringer er under utvikling i alle regionale helseforetak. Fra og med 2005 foreslås det som vilkår for øremerkede midler at også kommunene utvikler og etablerer rutinemessige brukerundersøkelser i samarbeid med brukerne og deres organisasjoner. Kvalitetsindikatorene som tas i bruk fra 2005 for helseforetakene legger stor vekt på brukerevalueringer. Slike kvalitetsindikatorer skal også utvikles for kommunal sektor i samarbeid med brukerorganisasjoner og fagmiljøer. Kompetansehevende tiltak om økt samarbeid med brukere, pårørende og andre nærpersoner vil bli tillagt betydelig økt vekt. Det nasjonale lederprogrammet for de regionale helseforetakene videreføres i 2005, jfr. plan- og meldingsdelen for de regionale helseforetakene.

Det er behov for å forsterke formidlingen av Opptrappingsplanen for psykisk helses mål, virkemidler, tiltak og resultater ved hjelp av ulike kommunikasjonstiltak. Undersøkelser viser at det er en tillitssvikt og kunnskapsmangel i forhold til psykisk helse både i befolkningen generelt, men også innen tjenesteapparatet. Det er avdekket mangler i samspillet mellom tjenestenivåer. Brukere og pårørende kjenner ikke sine rettigheter godt nok og mange vet ikke hvor de skal henvende seg for å få hjelp. Systematisk massekommunikasjonsarbeid kan forsterke Opptrappingsplanens strukturelle tiltak som skal avhjelpe samspillproblemene, sikre et helhetlig behandlingsforløp og bidra til bedre kunnskap om hvor man kan få hjelp.

Økt støtte til og samarbeid med pårørende og andre nærpersoner

Det er behov for å iverksette systematisk arbeid i forhold til personer som står nær brukeren og som har omsorg for psykisk syke personer, med sikte på bedre å ivareta deres behov for støtte og avlastning. Disse personene har ofte et omfattende ansvar for personer med psykiske lidelser. De utgjør som regel kjernen i brukernes sosiale nettverk og er som regel deres nærmeste praktiske støttespiller. Omsorgspersonene blir lett glemt av det offentlige tjenesteapparatet, samtidig som de kan ha store personlige belastninger med det arbeidet de faktisk utfører. Mange pårørende forteller om dårlige erfaringer med hjelpeapparatet. Sosial- og helsedirektoratet vil i 2005 ha i oppdrag fra departementet og sette i gang arbeid med en tiltaksplan på dette området, i samarbeid med berørte organisasjoner og tjenester.

Pasientrettigheter

Helsetilsynet har påpekt behov for bedre kunnskap om aktuelt regelverk, slik at pasientrettigheter blir ivaretatt, og forsvarlig helsehjelp sikres (jf. kap 721). De ansvarlige for virksomhetene (kommunene og foretakene) skal sikre at rettigheter og plikter er kjent og blir oppfylt, i henhold til internkontrollplikten. Direktkoratet har revidert runskriv om Lov om pasientrettigheter (IS-12/2004) og vil arbeide for å sikre ivaretakelse av pasientrettigheter i samhandling med tjenestene, med fokus på virkemidler som rundskrivet om pasientrettigheter, veiledning om individuell plan og forskrift om internkontroll.

Kommunale tjenester

Den økonomiske driftsrammen til kommunene over Opptrappingsplanen foreslås økt med i alt 400 mill. kroner i 2005, dvs. mer enn en dobling ift. veksten i 2004. 350 mill. kroner vil bli fordelt etter fordelingsnøkkelen i det kommunale inntektssystemet. De fire største byene vil bli tilgodesett gjennom en særskilt ramme på 50 mill. kroner. Dette kommer i tillegg til effekten av den økte vekten på storbykriteriene som er lagt inn i inntektssystemet.

Kommunale tiltak utgjør et basiselement i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Forventinger og krav til kommunene presenteres i årlige rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet. Det er forutsatt at det er de ordinære tjenestene i kommunene som også skal gi tjenester til personer med psykiske lidelser. Dette anses som et viktig faglig prinsipp, men gir samtidig visse måleproblemer i tilknytning til rapportering da følgelig heller ikke regnskapstall for tiltak til denne gruppen vil være skilt ut. Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med helsetilsynet i fylkene et særlig ansvar for den løpende oppfølgingen av kommunene. Det er tilsatt til sammen 23 rådgivere i psykisk helsearbeid hos landets fylkesmenn. I tilknytning til den videre satsingen i kommunene skal følgende tiltak særlig nevnes.

Storbyene – særlig tiltak

Prosjektgruppe for å styrke innsatsen overfor de som ikke nås av hjelpeapparatet

Det er påpekt fra Landsforeningen for pårørende og fra Rådet for psykisk helse at man gjennom Opptrappingsplanen ikke klarer å fange opp en gruppe av de sykeste og mest svakstilte som bor i til dels svært dårlige boliger. Dette er en gruppe som ofte ikke har ressurser til å oppsøke hjelpeapparatet, og som ikke over alt nås av de som skal hjelpe. Departementet vil nedsette en hurtigarbeidende prosjektgruppe som skal kartlegge og ta konkrete initiativ overfor og veilede ansvarlige parter, slik at tjenesteapparatet finner fram til og får

gitt hjelp og et helhetlig tilbud til de personene det gjelder. Prosjekt- gruppen skal særlig ta for seg situasjonen i de største byene. Stortinget vil bli orientert om prosjektgruppens erfaringer.

Økt ramme til de største byene

I Opptrappingsplanen pekes på at mennesker med alvorlige psykiske lidelser er blant dem som har de dårligste levekårene og som mottar svakest tilbud fra tjenesteapparatet. Den største hyppigheten her finner vi i hovedsak i de største byene. Mange av dem dette gjelder får ikke den oppfølging som er nødvendig. Styrkingen av tjenesteapparatet gjennom Opptrappingsplanen ser ikke ut til å ha nådd fram til denne gruppen i tilstrekkelig grad. Det er derfor behov for å rette en del av kommunesatsningen i statsbudsjettet for 2005 inn mot økt innsats for denne gruppen i form av en særskilt bevilgning til storbyene.

Det foreslås satt av 50 mill. kroner til de fire største byene (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger). I tillegg kommer det storbyene vil få gjennom den ordinære rammen som fordeles etter fordelingsnøkkelen i inntektssystemet for kommunene. Midlene vil bli fordelt etter søknad. I søknadsbehandlingen vil det blant annet bli lagt vekt på at kommunene viser hvordan de skal nå fram til og gi de dårligste et tilbud, samt hovedtrekkene i hva dette skal bestå i.

Det er en forutsetning at de øvrige vilkårene for utbetaling av øremerkede tilskuddene er oppfylt før midlene fra denne særskilte bevilgningen kommer til utbetaling.

Bolig

Kommunene har et alminnelig ansvar for boligtiltak overfor svakstilte på boligmarkedet. I tilknytning til gjennomføring av Opptrappingsplanen er tilrettelagt bolig med praktisk og lett tilgjengelig hjelp et av de viktigste tiltakene som kommunene har ansvar for. Dette vil bli presisert overfor kommunene, og det forutsettes at dette er tydelig nedfelt i kommunens plan for psykisk helse. Fylkesmannen vil foreta særskilt oppfølging i forhold til kommunenes oppfølging av boligtiltak overfor personer med psykiske lidelser.

Alle 3.400 opprinnelige boligtilsagn i henhold til St.prp. 63 (1997-98) forutsettes fordelt innen utløpet av 2004. Det tar i snitt rundt 2-3 år fra tilsagnene gis til boligene er realisert. Fram t.o.m. 2003 var 1 137 boliger sluttført i følge tall fra Husbanken. Et større antall boliger forventes ferdigstilt i 2004 og 2005 på bakgrunn av tilsagn gitt i perioden 2001-03. Alle 3.400 boligene forventes realisert innen utløpet av 2006.

Det er nødvendig at kommunene iverksetter en rekke ulike tiltak for å sikre personer med alvorlig psykiske lidelser en verdig og tilrettelagt bolig. Noen vil ha behov for omsorgsboliger av tradisjonell standard. Svært mange vil imidlertid ha behov for enklere tiltak i form av støtte til kjøp av brukt bolig, husleiestøtte, støtte til oppussing mv. Mange vil ha behov for ulike typer gruppeboliger eller bofelleskap for å forebygge isolasjon og ensomhet. Med de 3.400 omsorgsboligene som blir etablert fram til 2006 vil kommunene ha en viktig boligressurs i form av utleieboliger til disposisjon til mennesker med psykiske lidelser. Utover dette forutsettes det at kommunene gjennomfører nødvendige boligtiltak på basis av de ordinære boligpolitiske virkemidler (Finansieringsstøtte fra Husbanken, boligtilskudd til kommunene, bostøtteordninger). De øremerkede midlene til kommunene over Opptrappingsplanen vil bidra ytterligere til at kommunene kan realisere nødvendige boligtiltak overfor gruppen. I tråd med intensjonene i boligmeldingen bør kommunene søke å legge til rette for at alle så langt mulig kan bli eiere av egen bolig. Det vises videre til forslaget om særlige tiltak for de største byene, jfr. overfor.

Det er bred enighet om at det er behov for boligtiltak for et vesentlig større antall personer enn de 3.400 som blir tildelt omsorgsbolig. Brukerorganisasjonene anslår behovet til 6.000 boliger. Sosial- og helsedirektoratet har anslått behovet til minst 5.000 boliger/boligtiltak. I vurderingen av boligbehov må man være oppmerksom på at det må tas høyde for at kommunene hvert år – også utover 2008 - må forventes å stå overfor nye personer som har behov for tilrettelagt bolig. En langsiktig løsning kan derfor ikke baseres på et bestemt antall boliger en gang for alle gjennom Opptrappingsplanen, men må baseres på de ordinære boligpolitiske virkemidlene.

I henhold til St.prp. 63 (1997-98) ble de psykiatriske sykehjemmene forutsatt enten omgjort til distriktspsykiatriske behandlingssentre (DPS) eller trappet gradvis ned etter hvert som de kommunale omsorgstjenestene ble bygd ut. I proposisjonen ble det antatt at det ved utløpet av opprinnelig opptrappingsperiode ville gjenstå om lag 1400 sykehjemsplasser. I St.prp. nr. 1 (2003-04) ble Stortinget orientert om at nedbyggingen har gått langt raskere enn planlagt, og at sykehjemmene ventelig i hovedsak ville være avviklet i 2006.

Nedbyggingen har således både vært raskere enn antatt da St.prp. 63 (1997-98) ble framlagt, og man har redusert til et lavere plasstall enn hva man antok ville gjenstå etter endt opptrappingsplan.

På bakgrunn av at tilrettelagte boliger med tilhørende servicetjenester og nødvendig faglig oppfølging er helt fundamentalt for å realisere målene i Opptrappingsplanen og på bakgrunn av omfanget av reduksjonen i sykehjemssenger, har departementet tatt initiativ til en ny gjennomgang av behovet for boliger og tilrettelegging av boligsituasjonen. I denne gjennomgangen vil man vurdere både omfanget av udekkete støtte- og servicetiltak i tilknytning til boligene, behovet for ulike typer fysiske boliger, hvordan de boligpolitiske virkemidlene kan nyttes for å realisere målene, behovet for faglig oppfølging mv. Gjennomgangen forutsettes å skje i samråd med bl.a. KS og brukerorganisasjonene. Stortinget vil bli orientert om status i løpet av 2005.

De regionale helseforetakene er i eget brev særskilt bedt om å sørge for at det ikke skjer en ytterligere reduksjon i antall sykehjemsplasser, før det er foretatt en samlet gjennomgang av situasjonen som varslet ovenfor.

Det er ikke foretatt systematisk evaluering av den opprinnelige ordningen med omsorgsboliger, men departementet er kjent med en rekke enkelterfaringer som tyder på at tradisjonelle omsorgsboliger ikke alltid treffer behovet til mennesker med psykiske lidelser. Etter departementets vurdering vil kommunene samlet sett kunne utnytte ressursene bedre og skape tilbud bedre tilpasset den enkeltes behov ved ikke å være så sterkt bundet til den tradisjonelle løsningen med omsorgsboliger. Det understrekes forøvrig at et lett tilgjengelig støtte- og hjelpeapparat i tilknytning til boligen er minst like viktig som selve den fysiske boligen.

Ved utskrivning av særlig ressurskrevende brukere forutsettes det at kommune og helseforetak samarbeider om faglig opplegg, organisering av det samlede tilbud og gjerne om økonomisk løsning. Det vises for øvrig til ordningen som ble lansert i revidert nasjonalbudsjett i 2003 om utgiftsfordeling mellom stat og kommune ved særlig kostnadskrevende brukere.

Kompetansesenter/kompetansenettverk for lokalbasert psykisk helsearbeid

Det er behov for å systematisere erfaringer og kunnskaper fra lokalbasert psykisk helsearbeid, og ikke minst å spre kunnskaper ut til kommuner og tjenestesteder. Begrepet lokalbasert psykisk helsearbeid omfatter aktiviteter og tiltak fra både kommuner og desentralisert spesialisthelsetjeneste som retter seg mot at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve et godt og verdig liv og få nødvendig støtte, hjelp og behandling i sitt lokalmiljø. Sosial- og helsedirektoratet har i oppdrag å sørge for etablering av slikt kompetansesenter/kompetansenettverk. Det tas sikte på etablering første halvår 2005. Det vises til post 62.

Veileder i psykisk helsearbeid

Veileder i psykisk helsearbeid for voksne forutsettes utgitt i løpet av 1. halvår 2005 av Sosial- og helsedirektoratet.

Brukerundersøkelser i kommunene

For å få et bedre grunnlag for å utvikle tjenestene forutsettes kommunene å etablere rutiner for tilbakemelding fra brukerne (brukerundersøkelser og lignende) i løpet av 2005. I den enkelte kommune forutsettes opplegget planlagt og gjennomført i samarbeid med brukerne og deres organisasjoner. Fra og med 2006 vil det bli satt som vilkår for det øremerkete tilskuddet at slike rutiner er etablert.

Evaluering av tilbudet i kommunene

Sosial- og helsedirektoratet er ansvarlig for at det i samarbeid med brukerorganisasjonene og kommunal sektor prøves ut en ordning med "kommunediagnose" eller "brukersertifiserte kommuner", dvs. et system som gir en vurdering av den enkelte kommune med formål å finne forbedringspunkter i det psykiske helsearbeidet. Utprøvingen av slik kommunediagnose forutsettes foretatt i 2005.

Bedre samordning av tjenestene

Alle kommuner og respektive helseforetak/DPS-områder forutsettes innen utløpet av 2005 å ha etablert et fast strukturert samarbeid. Det bør inngås forpliktende samarbeidsavtaler som omfatter rutiner for utskrivning, faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere, rutiner for individuell plan, kompetansehevende tiltak mv. Brukerorganisasjonene forutsettes trukket inn i samarbeidet. Kommunene forutsettes innen samme tidsfrist å ha etablert fast samarbeid med brukere/pårørende og/eller deres organisasjoner.

Individuell plan er en lovfestet rett for mennesker med langvarige og sammensatte psykiske lidelser, men det har vist seg at det av forskjellige årsaker har tatt lang tid å realisere gjennomføringen. Slik plan anses som særlig viktig for å sikre samarbeid med bruker og pårørende og for å sikre kontinuitet og tydelige ansvarsforhold. Kommuner og foretak vil bli bedt om å utarbeide felles skriftlige rutiner for utarbeidelse av individuell plan. I 2005

vil etablerte skriftlige rutiner bli satt som vilkår for øremerkede tilskudd til kommunene.

Regjeringens strategiplan for barn og unge "…sammen om psykisk helse…

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse er under iverksettelse. Strategiplanen omfatter 100 tiltak under Barne- og familiedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Justisdepartementet, Arbeid- og sosialdepartementet, Kultur- og kirkedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Sosial- og helsedirektoratet er gitt i oppdrag å følge opp arbeidet med strategiplanen, og skal utarbeide årlige oppsummeringer med de sju ansvarlige departementer.

Prioriterte tiltak under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde for 2005 vil være å få iverksatt den tverrfaglige videreutdanningen i psykososialt arbeid med barn og unge, følge opp arbeidet med tidlig intervensjon i helsestasjoner, systematisk arbeid med småbarn i risikofamilier, samt å utarbeide veiledende retningslinjer for de tjenester som skal yte tjenester til voksne med psykiske lidelser eller store rusproblemer slik at deres barn får nødvendig hjelp. Andre prioriterte tiltak er å kartlegge kommunale lavterskeltilbudene som gir hjelp til lettere psykiske vansker, samt kartlegging og evaluering av modeller for helhetlig tilbud til barn og unge i kommunen. I tillegg vil prioriterte tiltak være økt psykologkompetanse i kommunene, å systematisere erfaringer om ambulerende tjenester til barn og unge innen psykisk helsevern, samt barn og unges brukererfaringer fra hjelpen de har mottatt her. Tiltak for økt psykologkompetanse i kommunene og vurdering av enklere henvisningsrett er andre prioriterte tiltak.

Spesialisthelsetjenesten

Realisering av DPS-strukturen, omstrukturering av tjenestetilbudet, bedre brukerdeltagelse, økt vekt på mestringsperspektivet, bedre samarbeid med pårørende og med samarbeidende tjenester og faglig utvikling generelt står som sentrale gjennomføringsoppgaver for RHFene. Forventingene til de regionale helseforetakene presenteres i de årlige styringsdokumentene. I tilknytning til den videre gjennomføringen av Opptrappingsplanen skal følgende tiltak og fremdriftsplan særlig nevnes:

– DPS-strukturen forventes realisert innen 2006. Det betyr at samtlige institusjoner forventes igangsatt innen utløpet av 2006. Etableringen av fullverdige DPS med alle funksjoner vil kunne ta noe mer tid i de områder av landet som har størst rekrutteringsproblemer. Alle DPS forventes ferdigstilt innen 2008. Antall DPS vil bli endret fra 78 til ca 75 som følge av lokale tilpasninger og sammenslåinger av enkelte DPS-områder innenfor det enkelte RHF. Dette forutsettes imidlertid ikke å svekke tilbudet til befolkningen. Sosial- og helsedirektoratet vil få i oppdrag å vurdere om Opptrappingsplanens intensjoner og mål ivaretas når vesentlige endringer i DPS-strukturen foreslås.
– Den polikliniske kapasiteten for voksne bør økes betraktelig i forhold opprinnelig fastsatte mål. Sosial- og helsedirektoratet vil foreta ytterligere vurderinger før nytt konkret måltall fastsettes.
– Ambulante team forutsettes etablert ved samtlige DPS. Dette vil utgjøre et viktig ledd i et desentralisert tjenesteapparat i tråd med Opptrappingsplanens intensjoner. Norsk og internasjonal erfaring tyder på at dette er et meget velegnet virkemiddel for å forebygge unødvendige innleggelser, gi et raskt alternativt tilbud, øke tilgjengeligheten til tjenesteapparatet og til å bedre samarbeidet med det kommunale tjenesteapparatet og politiet. Ambulante team vil også kunne bidra til å trygge oppfølgingen etter utskrivning fra sykehus eller DPS.
– Ambulante team med øyeblikkelig hjelpfunksjoner forutsettes utprøvet i løpet av 2005. Ambulante funksjoner for oppfølging av personer med alvorlig psykiske lidelser og lengre tids oppfølging/behandling/ rehabilitering, og ambulante funksjoner for tidlig intervensjon og rusproblemer forutsettes etablert ved alle DPS innen utløpet av 2008.
– Det er et mål å bedre tilgjengeligheten i form av lengre åpningstider ved poliklinikk og om mulig 24 timers akuttberedskap ved DPS. De regionale helseforetakene vil bli bedt om å prøve ut hvordan slik beredskap kan etableres innen denne delen av tjenesten med sikte på mulig gjennomføring i løpet av opptrappingsperioden.
– Antall regionale sikkerhetsplasser anses tilstrekkelig på landsbasis. Antall lokale sikkerhetsplasser bør økes noe (30 plasser). Forslaget ligger innenfor de opprinnelig vedtatte rammer for Opptrappingsplanen. Sosial- og helsedirektoratet vil i samarbeid med de regionale helseforetakene vurdere fordeling av disse plassene mellom regionene, samt en fremdriftsplan som sikrer etablering i løpet av opptrappingsperioden.

- Målsetningen om en dekningsgrad på 5% mht. polikliniske og ambulante tiltak til befolkningen 0-18 år foreslås ikke endret.
- Målsetningen om 500 døgnplasser for barn og ungdom på landsbasis vurderes nedjustert til 400, som er i tråd med de faktiske planene i de regionale helseforetakene, jfr. St. prp nr 1 (2004-05). Sosial- og helsedirektoratet er bedt om å vurdere om alternative behandlingsmetoder gjennom poliklinikk og ambulante tiltak, lavterskeltiltak lokalt og tettere samarbeid med familie, helsestasjon, skole, barnehage mv. kan erstatte eller vil være et bedre tilbud til målgruppen.
- For å bedre effektiviteten innen akuttjenesten forutsettes de regionale helseforetakene i løpet av 2005 å gjennomgå arbeidsmåtene innenfor akuttilbudet, herunder samarbeidet mellom akuttavdelinger ved sykehus og DPS. Det vises til at det allerede er etablert et evalueringsnettverk vedrørende akuttjenester som drives av SINTEF på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet.
- RHFene forutsettes å utarbeide rekrutteringstiltak for de DPS-områder der rekrutteringssituasjonen kan vanskeliggjøre realiseringen av Opptrappingsplanen.
- I tilknytning til pågående omstilling og omstrukturering vil de regionale helseforetakene vurdere arbeidsfordeling og ressursdisponering mellom sykehus og DPS, jfr. foreliggende forutsetning om at DPS skal overta allmennpsykiatriske funksjoner.
- For å bidra til økt produktivitet og riktigere bruk av ressursene i spesialisttjenesten blir takstsystemet for poliklinisk virksomhet endret fra og med 1. jan 2005, jfr. St.prp. nr. 1 (2004-05) kap. 743 post 75 og kap. 732 post 77.
- Gjennomføringen av rusreformen danner en premiss for utformingen av tilbudet til personer med samtidig psykisk lidelse og rusproblem, jf. nærmere under post 75.
- For å sikre en bedre utnyttelse av og samarbeid med privatpraktiserende spesialister vil det i 2005 bli foretatt en kartlegging av aktiviteten i avtalepraksisene som grunnlag for en utredning av nytt takstsystem, med sikte på nye og mer hensiktsmessige avtaler med spesialister med driftsavtale.
- De regionale helseforetakene må vurdere antall døgnplasser opp mot alternativ ressursbruk, dersom dette kan gi en bedre ressursutnyttelse og et bedre tilbud til den enkelte, jfr. St.prp. nr. 1 (2003-04). Det er her vist til at 80-90% av ressursene i Norge er knyttet til drift av døgnavdelinger, og til at Norge har et høyt antall døgnplasser per innbygger sammenliknet med bl.a. England, Sverige og Danmark. Det vises i denne forbindelse også til de såkalte pasienttellingene fra SINTEF-UNIMED, sist utført høsten 2003.
- Antall plasser i sykehjem forutsettes ikke ytterligere redusert før det er foretatt en grundig gjennomgang av boligsituasjonen, jf. ovenfor.

Mht barn og unge vises det for øvrig til tiltak under Regjeringens strategiplan for barn og unge. Tiltak for særlige grupper er omtalt under andre poster under kap. 743.

Vold og traumatisk stress

I samarbeid mellom berørte departementer er området vold og traumatisk stress, hjelp til voldsofre og voldsutøvere gitt betydelig prioritet i 2003 og 2004. Det vises til rapportering under post 73. Prioriterte områder i satsingen for 2005 og fremover vil være etablering av regionale kompetansemiljøer og styrking av lokale tjenester innen feltet. Områder som settes i fokus vil være overgrepsproblematikk knyttet til barn og unge, vold mot kvinner i nære relasjoner, barn som er vitne til vold, tilbud til overgripere/voldsutøvere, tilbud til traumatiserte flyktninger og asylsøkere og selvmordsforebygging.

Arbeid og sysselsetting

Antall tiltaksplasser for personer med psykiske lidelser har vist en tilfredsstillende økning i 2003, sett i forhold til bevilgningen over Opptrappingsplanen til A-etat. Forsøksordningen "Fleksibel jobb" som er spesielt rettet mot målgruppen, er evaluert og brukerne i prosjektet er fornøyd med tiltaket. Erfaringer tyder på at det samlede rehabiliteringsperspektivet kan mangle i det offentliges tilrettelegging for en realistisk arbeidssituasjon for denne gruppen. For å styrke tilbudet til personer med psykiske lidelser er det iverksatt et prosjekt "Vilje viser vei - en systematisk tilnærming til arbeidslivet" i samarbeid mellom Aetat og Sosial- og helsedirektoratet. Prosjektet ferdigstilles 1. halvår 2006

Som ledd i Opptrappingsplanen for psykisk helse er det for 2005 foreslått bevilget i alt 103 mill. kroner til arbeidsrelaterte tiltak for personer med psykiske lidelser. Dette er en økning på 20 mill. kroner i forhold til 2004. Bevilgningen på 103 mill. kroner disponeres av Aetat og forutsettes i sin helhet nyttet til målrettede tiltak i forhold til målgruppen. Det vil bli gitt særskilt rapportering på bruken av midlene.

Informasjon

Informasjonssatsingen med egne programmer rettet mot barn og unge, mot brukere og tjenesteapparatet og mot arbeidslivet gjennomføres som planlagt. Det vises til omtale under post 70.

Personell og rekruttering

Sosial- og helsedirektoratet har anslått at det vil være behov for å øke personelltilgangen i tilknytning til Opptrappingsplanen med til sammen ca 900 årsverk i forhold til anslaget i St.prp. 63 (1997-98), fordelt med ca 700 på kommunene og 200 innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette knytter seg i hovedsak til en oppjustering av behovsanslaget for personell til tilrettelagte boliger i kommunene og til økt behov for psykologer i spesialisthelsetjenesten, jfr. nedenfor vedrørende økonomiske konsekvenser av revurderte behov.

Med hensyn til rekrutterings- og utdanningstiltak vises det til post 70.

Rapportering og statistikkutvikling

Sosial- og helsedirektoratet vil foreta gjennomgang av data og rapporteringssystemer for både de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten, samt vurdere behovet for tilleggsrapportering. Det vil bli utviklet et samlet opplegg for kommunenes disponering og rapportering. Intensivert etterprøving av bruken i et tilfeldig utvalg kommuner skal iverksettes. Det vil bli satt fokus både på den kvalitative og kvantitative siden av rapporteringen. Dette arbeidet vil pågå fortløpende i 2004 og 2005. Det vil bli vurdert å utvikle en bedre dokumentasjon på det samlede psykiske helsearbeidet i hver kommune, dvs. ikke bare på Opptrappingsplanens midler som det har vært rapportert på til nå. Direktoratet vil arbeide videre med å utvikle kvalitetsindikatorer også for de kommunale tjenestene fram mot 2008.

Økonomiske konsekvenser – ny vurdering av fordeling av driftsmidler mellom kommuner og foretak

I henhold til St.prp. 63 (1997-98) forutsettes Opptrappingsplanens driftsmidler fordelt med 2,6 mrd. kroner på kommunene, 2,6 mrd. kroner på spesialisthelsetjenesten og 497 mill. kroner til statlige tiltak (alle tall i 2005 kroner). Fram tom. 2005 er det bevilget og foreslått bevilget 1 539 mill. kroner til kommunene og 1 293 mill. kroner til spesialisthelsetjenesten.

Det har vært foretatt en raskere nedtrapping av sykehjemmene enn Opptrappingsplanen forutsatte. Den sterkeste nedtrappingen ble foretatt før planen reelt startet i 1999, men den har fortsatt, slik at det i dag er et vesentlig lavere antall sykehjemsplasser enn opprinnelig antatt med utgangspunkt i St.prp. 63 (1997-98). Faglig sett er reduksjonen i sykehjemsplasser i tråd med planen, men tempoet i nedtrappingen har medført både en faglig utfordring og en økonomisk merbelastning for en rekke kommuner. Pasienttellingene fra SINTEF Helse viser i tillegg at en vesentlig andel av de pasienter som i dag er innlagt ved døgnavdelinger i sykehus og DPS burde hatt et tilbud i kommunal regi. Disse pasientene vil som regel ha behov for at det finner sted et tett samarbeid fra spesialisthelsetjenestens side i form av poliklinikk, hjemmebesøk, veiledning til kommunalt personell mv.

Fordelingen av økonomiske ressurser mellom kommuner og foretak over Opptrappingsplanen må skje ut fra en samlet vurdering av de oppgaver som skal løses. En vellykket omstrukturering forutsetter at kommunene er faglig og økonomisk i stand til å yte de tjenester brukerne har behov for i kommunal regi. Gode kommunale tjenester vil både kunne bidra til å forebygge innleggelser og sikre tilfredsstillende oppfølging etter utskrivning, og dermed kunne bidra til redusert press på landets døgnavdelinger. Samtidig er det stilt klare forventinger til at RHFene skal ta i bruk nye DPS etter hvert som de ferdigstilles, og det er varslet økte forventinger til etablering av ambulante team fra spesialisthelsetjenesten. Departementet vil vurdere om dette samlet sett bør medføre endret fordeling av gjenstående opptrappingsmidler mellom kommuner og foretak. Stortinget vil bli forelagt en nærmere vurdering av dette spørsmålet i statsbudsjettet for 2006. Sosial- og helsedirektoratets justerte vurdering av personellbehov vil bli vurdert i denne sammenheng. Det vises for øvrig til at det er lagt inn en kommunal profil i fordelingen av opptrappingsmidlene i dette budsjettforslaget.

De endringer som følger av de foreslåtte justeringer i måltall forutsettes å kunne gjennomføres innenfor Opptrappingsplanens økonomiske rammer.

Opptrappingsplanen i perioden 1999-2005

Regjeringen ser det som viktig at satsningen på feltet psykisk helse trappes sterkere opp, og det avsettes om lag 4,3 mrd. kroner til gjennomføring av planen i budsjettforslaget for 2005. Dette representerer en reell styrking med 853 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2004. Dette er et høyere beløp enn det den gjennomsnittlige opptrapping må være de tre siste årene av Opptrap-

pingsplanen for å nå målene i St. prp. nr. 63 (1997-1998). For de resterende årene i planperioden vil det i gjennomsnitt være behov for en vekst på 780 mill. kroner for å realisere Opptrappingsplanen økonomisk, som forutsatt av Stortinget.

Bevilgninger til drift 1999-2005

(i mill. kroner)

	Opptrapping 1999-2008 i hht. St.prp. nr 63 (1997-98)			
Formål	1998 priser[1]	2005 priser[1]	Økning 1999-2005 (2005 priser)[1]	Økning 1999-05 i pst. av måltall
Kommunale tjenester	2 050	2 598	1539	59
Spesialisttjenester	2 049	2 602	1 293	50
Statlige tjenester	376	497	409	82
Sum	4 475	5 697	3 241	57

[1] Inntekter fra egenbetaling kommer i tillegg.

Som tabellen over viser, utgjør bevilgningene til drift 1999-2005 i sum 3 241 mill. kroner eller 57 pst. av måltallet på 5 697 mill. kroner.

Bevilgninger til investeringer 1999-2005

(i mill. kroner)

	Investeringsvolum 1999-2008 i hht. St.prp. nr 63 (1997-98)			
Formål	1998 priser	2005 priser	Investeringsvolum 1999-2005 (2005 priser)	Økning 1999-05 i pst. av måltall
Spesialisthelsetjenesten	3 783	4 857	2 991	62
Boliger	2 516	3 100	3 100	100
Sum	6 299	7 957	6 091	76

Investeringsvolum for boliger er målt i verdi av antall gitte tilsagn. De siste tilsagnene er planlagt gitt i 2004.

I spesialisthelsetjenesten er det planlagt investert for om lag 2 991 mill. kroner i perioden 1999-2005. Dette tilsvarer om lag 62 pst. av måltallet for planperioden.

Forutsatt at alle de siste 913 boligtilsagnene gis i 2004, vil det for perioden 1999-2004 være gitt 3 400 tilsagn om boliger tilrettelagt for psykisk syke, svarende til måltallet for Opptrappingsplanen. Målt i verdien av gitte tilsagn tilsvarer dette 3,1 mrd. kroner.

Budsjettforslaget for 2005

I budsjettforslaget for 2005 avsettes det 853 mill. kroner mer til psykisk helse sammenliknet med saldert budsjett for 2004. Fordelingen av beløpet på 853 mill. kroner er vist i tabellen nedenfor.

Styrking av psykisk helsearbeid 2005.

	(i mill. kroner)
Kommunale tjenester (øremerket tilskudd)[1]	404
Spesialisthelsetjenesten (øremerket tilskudd)[2]	350
Andre statlige tiltak[3]	99
Sum Opptrappingsplanen for psykisk helse	853

[1] I dette beløpet inngår en styrking av Kommunal- og regionaldepartementets budsjett til boliger tilrettelagt for psykisk syke med 4 mill kroner. Det resterende beløpet, 400 mill. kroner, går til styrking av HODs bevilgning til psykisk helsearbeid i kommunene (kap. 743 post 62).

[2] 50 mill. kroner er avsatt til poliklinikkrefusjoner på kap. 732 post 77 til å videreføre en høyere aktivitet i 2004 enn forutsatt i saldert budsjett. Resterende 300 mill. kroner er lagt inn på kap. 743 post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern.

[3] Av dette beløpet er 20 mill. kroner lagt inn på Arbeid- og sosialdepartementets budsjett til arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske problemer, 2 mill. kroner lagt inn på kap. 701 post 50 Norges Forskningsråd mv., 5 mill. kroner er lagt inn på kap. 710 post 01 Nasjonalt Folkehelseinstitutt og 37 mill. kroner er lagt inn på kap. 743 post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid. Øvrige 35 mill. kroner på kap. 743 post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress.

I tillegg til beløpene i tabellen kommer kommunenes og spesialisthelsetjenestens økte inntekter fra egenbetaling.

Bevilgninger over Opptrappingsplanen for psykisk helse og forslag for 2005 (inklusiv priskompensasjon)

Kap/post	Tiltak	Bevilgning 2004	Forslag 2005	Endring 2004-05
701.50	Norges Forskningsråd	30 715	33 759	3 044
710.01	Nasjonalt Folkehelseinstitutt	5 100	10 197	5 097
730.71	Poliklinikkrefusjoner	154 000	209 236	55 236
730.72	Regionale særskilte funksjoner	19 850	20 525	675
732.70	Tilskudd til helseforetakene (Viken senter investering)	30 000	31 020	1 020
732.71-75	Tilskudd til helseforetakene (investeringer)	683 000	706 222	23 222
732.71	Tilskudd til helse øst (IKST)	2 363	2 443	80
743.21-75	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	2 021 213	2 880 923	859 710
1590/1592	Arbeidsmarkedstiltak	82 700	85 500	2 800
586.62	Oppstartstilskudd (boliger)	172 700	150 800	- 21 900
586.63	Amortiseringstilskudd, boliger	66 900	93 200	26 300
580.70	Bostøtte	35 600	47 800	12 200
	Sum	3 304 421	4 271 925	967 504

Økningen til 2005 inkluderer priskompensasjon med om lag 114 mill kroner.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formål og hovedprioriteringer

Formålet er å utvikle et tjenestetilbud i tråd med brukernes behov. Posten finansierer sentrale helsemyndigheters oppfølging av satsningen på psykisk helse jf. St.meld. nr. 25 (1996-97), St.prp. nr. 63 (1997-98) og lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering av psykisk helsevern. Sentrale virkemidler er den statlige oppfølgingen og veiledningen overfor kommunesektoren gjennom rådgiverne for kommunenes psykisk helsearbeid hos Fylkesmennene. Videre finansieres engasjementer for å gjennomføre satsingen. Posten skal dekke utredningsvirk-

somhet som er nødvendig for å gjennomføre Opptrappingsplanen, samt utviklingsarbeid i psykisk helse.

Ved oppstart av Opptrappingsplanen ble det opprettet engasjementer for å bidra til gjennomføring av hele planen og innenfor særskilte fokusområder. Arbeidet har vist at det er behov for å videreføre 11 stillinger permanent i Sosial- og helsedirektoratet. Disse stillingene finansieres over denne posten med til sammen 6,8 mill. kroner til lønn og 40 pst. overhead.

Resultatrapportering 2003

Landets kommuner har fått oppfølging og veiledning gjennom rådgiverstillinger i psykisk helsearbeid. Gjennomgang av deres arbeid for å tydeliggjøre oppgaver av størst betydning for målene i Opptrappingsplanen vil foreligge høsten 2004.

Følgende utredninger er arbeidet med og gjennomført:

- Arbeidet med etablering av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress ble gjennomført. Senteret ble etablert 1.januar 2004.
- Utredning av regionale kompetansebehov og organisering på volds- og traumefeltet ble gjennomført.
- Strategi for barn og unges psykiske helse ble utarbeidet og lagt frem.
- Arbeidet med en egen videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge er forsinket, men gjennomføres i 2004.
- Arbeidet med kompetanseoppbygging for oppfølging av seksuelt misbrukte barn er videreført. En veileder for hjelpeapparatet om seksuelle overgrep mot barn, er utgitt.
- Det er igangsatt tiltak for kompetanseheving om behandling av spiseforstyrrelser.
- Utredning om hvordan brukerkompetansen kan implementeres i tjenestene og utdanningene er forsinket og vil bli fulgt opp i 2004.
- Arbeid med å revidere psykisk helsevernloven er igangsatt.
- Arbeid med utvikling av tiltak for økt sysselsetting av mennesker med psykiske lidelser er igangsatt i 2003.
- Arbeid med en handlingsplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang ble igangsatt.

Satsingsområder i 2005:

Rådgivere i psykisk helsearbeid: Den statlige oppfølgingen av opptrappingsplanen gjennom rådgiverne i psykisk helsearbeid videreføres og intensiveres. Rådgiverne skal i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet bidra til utvikling av kommunenes psykiske helsearbeid. Det er fortsatt behov for en mer målrettet innsats ovenfor kommunene. Dette gjelder myndighetsoppgaven som omfatter vurdering og oppfølging av kommunene for utbetaling av øremerkede tilskudd. Videre skal rådgiverne gi råd og veiledning overfor kommunene og det er viktig at det framover etableres nettverk mellom kommunene der DPSene trekkes inn. Særlig oppmerksomhet må rettes mot å gi bistand til kommuner som er kommet kort i arbeidet med å gjennomføre Opptrappingsplanen. Rådgiverne skal bidra til å øke kunnskapen om utviklingen i kommunene og delta i arbeidet med utvikling av "kommunediagnose". En prioritert oppgave for rådgiverne er å delta i arbeidet med å sikre utarbeidelse av individuell plan for personer med langvarige og sammensatte behov. Oppdragsbeskrivelsen for rådgiverne, som er under ajourføring vil foreligge høsten 2004. Denne skal tydeliggjøre disse oppgavene. Departementet forutsetter at disse oppgavene prioriteres, samt at rådgiverne i sin helhet nyttes til dette arbeidet.

Rådgiverne er et av statens viktigste virkemiddel for å oppnå planens mål og intensjoner i kommunene. For å vurdere bruken av dette virkemiddelet, og sikre at det nyttes best mulig videre i planperioden, har departementet igangsatt en prosessevaluering i 2004 som videreføres i 2005.

Utviklingsarbeid og utredninger som skal prioriteres i 2005:

- Videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge.
- Gjennomføre tiltak for å styrke helsetjenester til volds- og voldtektsrammede.
- Bistå ved etablering av regionale ressursmiljøer til ulike grupper av traumatiserte, herunder selvmordsutsatte.
- Utvikling av selvmordsforebyggende arbeid
- Utarbeide og iverksette strategi for kultur og holdningsendring
- Iverksette handlingsplanen mot tvang
- Styrke informasjon og kommunikasjon om arbeidet med psykisk helse.
- Revidere strategiplan mot spiseforstyrrelser.
- Tiltak i strategiplanen for barn og unges psykiske helse.
- Iverksette plan for brukermedvirkning.
- Etablere et kompetansesenter og nettverk med oppgave å fremme kunnskap om lokalbasert psykisk helsearbeid basert på et bruker- og mestringsperspektiv
- Utgi en veileder om psykisk helsearbeid i kommunene
- Videre utvikling av ide- og ressursbasen for å fremme lokalbasert psykisk helsearbeid.

Post 62 Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommunene, kan overføres

Formål og hovedprioriteringer

Målet for tjenester til mennesker med psykiske lidelser er å bidra til å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Dette forutsetter at rammene rundt den enkeltes tilværelse er slik at de imøtekommer grunnleggende behov. Målsettingen med innsatsen overfor barn og unge er å bygge opp et tjenestetilbud til barn og unge i risikosonen eller som allerede har utviklet psykiske lidelser og til deres familier, og styrke det helsefremmende og forebyggende psykososiale arbeidet. Det er viktig å få til et helhetlig, sammenhengende og kvalitativt godt tjenestetilbud til den enkelte.

En forutsetning i Opptrappingsplanen er at kommunene styrker og utvikler sitt tiltaksapparat slik at dette yter dekkende tjenester med god kvalitet til mennesker med psykiske lidelser. Uavhengig av organisering er det viktig at kommunen sørger for god koordinering av disse tjenestene med sikte på et helhetlig og sammenhengende tilbud. Gjennom brukermedvirkning og lokalt planarbeid, skal tjenestene ivareta den enkeltes behov for hjelp. I en del kommuner har man kommet for kort i dette arbeidet, og en hovedutfordring er å få løftet de kommunene som fortsatt gir feltet for lav prioritet. En del kommuner synes å mangle et godt fagmiljø for arbeid med psykisk helse. En viktig side ved det løftet som skal gjøres vil måtte innebære å heve kvaliteten på de tilbudene som gis, men også å etablere ordninger for systematisk innsamling og spredning av erfaringer.

Brukerperspektivet forutsettes lagt til grunn ved planlegging, organisering og drift av tjenestene. Ved siden av at innflytelse på egen livssituasjon er et gode i seg selv, vil brukermedvirkning være et bidrag til bedre tjenester. Brukermedvirkning styrker dessuten den enkeltes muligheter til å mestre eget liv og bidrar til økt åpenhet omkring psykiske lidelser. Tiltak for å styrke den kommunale satsingen er nærmere beskrevet under innledningen til kap 743.

Rapportering og tilstandsvurdering

Forskningsrapporter fra evalueringen av Opptrappingsplanen viser at det er store forskjeller mellom kommunene.

Tabellen nedenfor viser faktisk aktivitetsøkning sett i forhold til måltallene i Opptrappingsplanen.

Kapasitetsøkning kommunale tjenester 1999 – 2003.

Tiltak	Planlagt økning fra 1998 til 2008	Faktisk økning fra 1998[1] til 2002	Faktisk økning fra 1998[1] til 2003	Økning til 2002 i pst. av måltall	Økning til 2003 i pst. av måltall
Omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser	3400	713[1]	1137[2]	21	33
Årsverk i alt	4770	1171	1587	25	33
Årsverk tiltak for voksne i alt	3710	835	1117	23	30
– hjemmetjenester mv.	3400	526	755	15	22
– behandlingstilbud, veiledning	309	309	362	100	117
– aktivitetstilbud mv.	[3]	(201)	(266)		
Årsverk barn og unge i alt	1060	336	470	32	44
– helsestasjon, skolehelsetjeneste	800	206	262	26	33
– annen forebygging/ psykososialt arbeid	260	130	208	50	80
Støtte brukerorganisasjoner (mill. kr.)	[4]	8	11		
Kompetansetiltak, rekruttering (mill. kr.)	[4]	22	23		

[1] Pga. tidligere endringer i registreringsrutinene foreligger ikke direkte sammenliknbare tall. For 1998 bygger kolonnen på beregnede tall.

[2] Ferdigstilte boliger.

[3] Ikke registrerbart måltall. Se teksten.

[4] Måltall er ikke definert i Opptrappingsplanen, men kommunene kan nytte midler til slike formål. (F.o.m. 2004 skal midler nyttes til slike formål.)

For 2002 er tallene for årsverk totalt og årsverk for voksne korrigert i forhold til tallene i budsjettproposisjonen for 2003.

Det knytter seg måleproblemer til resultatrapporteringen fra kommunene fordi mange tiltak organisasjonsmessig, og dermed regnskapsmessig, er spredd på ulike virksomheter. Med dette forbeholdet viser rapportene fra kommunene i hovedsak en tilfredsstillende økning i aktivitet, sett i forhold til økningen i de økonomiske tilskuddene. Eksempelvis viser tabellen at 33 prosent av måltallet for nye årsverk i kommunene er nådd i 2003. Dette er tilfredsstillende sett i lys av at 37 prosent av forventet økning i driftstilskuddet til kommunene er bevilget ved utløpet av 2003, og at ikke alle tiltak i kommunene slår ut i økt antall årsverk. Jf blant annet midler bevilget til brukerorganisasjoner og kompetansetiltak.

Ved utgangen av 2003 er det samlet sett gitt nærmere 2500 boligtilsagn innenfor Opptrappingsplanen. Innen utløpet av 2004 er det forutsatt gitt i alt 3 400 tilsagn, som er måltallet for boligsatsningen i Opptrappingsplanen.

En vesentlig del av personellveksten i kommunene omfatter personell med 3-årig høgskoleutdanning. Veksten for denne gruppen har vært vesentlig høyere enn veksten i personell uten høyere helse- og sosialfaglig utdanning. Dette betyr at personelltilgangen til kommunene fortsatt er god, hvilket bidrar til å sikre kvalitet i det psykiske helsearbeidet. Når det gjelder voksne har veksten i personell til behandling og veiledning vært høyere enn forventet. Dette personellet driver bl.a. hjemmebasert psykisk helsearbeid, herunder oppsøkende virksomhet. Veksten i personellinnsats når det gjelder dagaktivitet-, kultur- og fritidstilbud inkl. støttekontakter er på om lag 270 årsverk. Det er i St.prp. nr. 1 for (2003-2004) opplyst at måltallene på disse feltene ikke kan måles som opprinnelig forutsatt, men skal måles i antall årsverk. Med

utgangspunkt i faktisk utvikling anslås det å medgå ca 720 årsverk til formålet. Dette ligger innenfor de opprinnelige økonomiske rammene i Opptrappingsplanen.

Tilbudet til barn og unge viser nå en kraftigere økning enn tilbudet til voksne. Andelen av de øremerkede tilskuddene som kommunene setter av til barn og ungdom er på landsbasis om lag 20 prosent. Det er store variasjoner mellom kommunene, og det er behov for styrking av og større bredde i det faglige innholdet, omstrukturering og styrket samarbeid. Mange kommuner synes fortsatt å ha utilstrekkelige tilbud til barn og unge som er i risikosonen eller har utviklet psykiske problemer. Utvikling av egnede lavterskeltilbud blir derfor særlig viktig.

Rapportering fra kommunene viser at mye er gjort på samarbeid og brukermedvirkning, men at det fremdeles er behov for å styrke fokuset på samhandling. 82 prosent av kommunene har etablert et samarbeid med Aetat. Mens 83 prosent av kommunene har et systematisk samarbeid med spesialisthelsetjenesten når det gjelder voksne brukere, er fast og strukturert samarbeide kun til stede i 62 prosent av kommunene for barn og unge. På samme måte er det forskjell på andelen kommuner som har rutiner for utarbeiding av individuelle planer for voksne på den ene siden og for barn og unge på den andre – henholdsvis 74 og 65 prosent av kommunene har slike rutiner. Omkring halvparten av kommunene samarbeider med bruker-/pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse.

Denne oversikten for 2003 viser at for landet samlet sett gjenstår en god del når det gjelder formalisert samhandling. For å bidra til videre positiv utvikling er viktige tiltak igangsatt i 2004:

- Som en oppfølging av St meld nr 23 (2003-2004) Om boligpolitikken, vil regjeringen presentere en Nasjonal strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet, jf også Kommunal- og regionaldepartementets budsjettproposisjon.
- Samarbeidsprosjekt med Aetat om styrking av arbeidstilbudet til mennesker med psykiske lidelser ("Vilje viser vei"), jf nedenfor.
- Prosjekt for implementering av individuell plan for voksne og for barn og unge er igangsatt. Dette vil også bidra til å styrke samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for begge disse gruppene
- Evaluering av rådgiverfunksjonen innen psykisk helse hos fylkesmannsembetet. Høgskolen i Sør-Trøndelag gjennomfører en prosessevaluering på oppdrag fra departementet, med sikte på å harmonisere og heve kvaliteten på de kommunale tjenestene.
- Det er stilt som vilkår for utbetaling av øremerkede tilskudd til kommunene at de sørger for reell brukermedvirkning og at midler avsettes til støtte til brukerorganisasjonene. Dette følges opp av fylkesmennene.

Det er viktig å styrke tilbudet til særlig ressurskrevende brukere og personer med problemer som ikke har kontakt med tjenesteapparatet. Mange av disse brukerne har behov for samordnede tjenester fra kommunene og fra spesialisttjenesten, som ofte i stor grad må gis samtidig. Samtidig er det for disse brukerne særlig viktig at det kommunale tilbudet er samordnet. Flere av evalueringsrapportene tar opp nødvendigheten av at den enkelte kommune sørger for god koordinering innad av sine tjenester. Uavhengig av kommunenes organisering må det være den enkelte kommunes ansvar å sørge for dette, både på systemnivå og i forhold til den enkelte bruker.

Vurderingen av status for forbyggende tiltak i kommunene viser at det forebyggende arbeidet er for dårlig utviklet, og at det er mangel på systematiske og kunnskapsbaserte tiltak. Enkelte tjenester er dårlig utbygd i mange kommuner. Spesielt synes målrettete tiltak for barn og unge å være lite utviklet. Dette er spesielt alvorlig med tanke på at problemer ikke fanges opp tidlig, slik at det tar for lang tid før tiltak settes inn.

I 2003 mottok kommunene 1306,8 mill. kroner i øremerkede tilskudd til tiltak for personer med psykiske lidelser og forebyggende tiltak. Beløpet omfattet om lag 80 mill. kroner til de 20 forsøkskommunene som bevilges over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Forsøket ble avsluttet ved utgangen av 2003. I tillegg kommer midlene til kompetanseheving på 42 mill. kroner og 5 mill. kroner til forsøket med familiesentre. I likhet med tidligere år er kommunene pålagt å rapportere om bruken av midlene. Ved årsskiftet 2003/04 holdt staten tilbake deler av tilskuddet til i alt 16 kommuner pga av mangel på oppfølging av vilkårene. Disse kommunene blir fulgt særskilt opp.

Forsøk med familiesentre i seks kommuner med sikte på å utvikle et helhetlig tilbud til barn og unge med psykososiale problemer, skal etter forutsetningene pågå ut 2004. Det er betydelig interesse for å organisere tjenestene på en slik måte også blant en rekke kommuner som ikke inngår i selve forsøket. Nettverk for interesserte kommuner er etablert. I 2003 ble forsøket styrket med 2 mill. kroner til 5 mill. kroner.

I 2003 ble 42 mill. kroner benyttet til lønnstilskudd til kommuner for deltakere i tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og etterut-

danning for personell i kommuner og spesialisttjenesten om spiseforstyrrelser, schizofreni og barn og unge med psykisk syke omsorgspersoner.

Satsingsområder og mål for 2005

Det er forslått bevilget 400 mill. kroner mer i 2005 i forhold til saldert budsjett i 2004. I tillegg kommer priskompensasjon. Av dette foreslås 50 mill. kroner satt av til tiltak i storbyene, jf. innledningen til kap 743. I de største byene er mennesker med alvorlige psykiske lidelser og dårlige levekår hyppigere forekommende enn i landet forøvrig. Mange av de menneskene dette gjelder får ikke den oppfølging som er ønskelig. Styrkingen av tjenesteapparatet gjennom Opptrappingsplanen ser ikke i tilstrekkelig grad ut til å ha nådd fram til denne gruppen. Det legges derfor opp til en særskilt styrking av innsatsen i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger.

Brukermedvirkning

En forutsetning for et godt psykisk helsearbeid innebærer økt vekt på brukermedvirkning. Brukerorganisasjoner har meldt at brukermedvirkning både i planarbeid og i utviklingen av tjenester til den enkelte er kommet for kort. For å få utbetalt øremerkede tilskudd må kommunene kunne godtgjøre reell brukermedvirkning. Videre er støtte til brukerorganisasjonene og brukertiltak et vilkår for utbetaling av øremerkede midler. Fra 2006 vil det bli satt som vilkår for øremerkede tilskudd, at kommunene har etablert rutiner for regelmessig tilbakeføring av brukererfaringer til tjenesteapparatet.

Styrking av samarbeid mellom kommunene og spesialisttjenestene

Det er behov for å styrke det faglige innholdet i kommunalt psykisk helsearbeid gjennom tydeliggjøring og utdyping, og at det framstår som et tverrfaglig og tverretatlig fagfelt, ikke minst for at innsatsen gjennom Opptrappingsplanen skal gi varige virkninger utover opptrappingsperioden. Videre må fastlegens rolle i det psykiske helsearbeidet styrkes. Faglig styrking vil være nødvendig for bedre å treffe brukernes behov og dermed et viktig bidrag til bedre tilgjengelighet og bedre samhandling.

Spesialisthelsetjenestens veiledning til de kommunale tjenestene må styrkes. Det er særlig viktig at kommunene settes i stand til også å gi brukere med tunge og omfattende tjenestebehov et tilfredsstillende tilbud. For mange av disse brukerne vil det være nødvendig at spesialisthelsetjenesten bistår med ambulante team og lignende slik at innleggelse kan unngås der dette er forsvarlig.

Alle kommuner og respektive helseforetak/DPS-områder forutsettes innen utløpet av 2005 å ha etablert et fast strukturert samarbeid om psykiske tjenester både til barn, unge og voksne. Det bør inngås forpliktende samarbeidsavtaler som omfatter rutiner for utskrivning, faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere, rutiner for individuell plan, kompetansehevende tiltak mv. Brukerorganisasjonene forutsettes trukket inn i samarbeidet. Kommunene forutsettes innen samme tidsfrist å ha etablert fast samarbeid med brukere/pårørende og/eller deres organisasjoner. Tilsvarende anbefales kommunene å inngå i forpliktende samarbeid med Aetat om rehabiliteringsrettet arbeid for personer med psykiske lidelser.

Implementeringen av verktøy for individuelle planer har tatt lenger tid enn forutsatt. Innsatsen på dette feltet blir nå intensivert gjennom et landsomfattende prosjekt ved SINTEF-Helse (ut 2005). Dette arbeidet gjelder verktøy for individuelle planer både for voksne og for barn og unge.

I samarbeid med brukerorganisasjonene skal det prøves ut en ordning med "kommunediagnose" eller "brukersertifiserte kommuner". Utprøvingen av slik kommunediagnose forutsettes foretatt i 2005. Siktemålet er å gi kommunene et bedre grunnlag for å utvikle sine tjenester.

Kompetanseutvikling

Kommunene har ansvar for rekruttering og kompetanseheving for sine ansatte. De kommunale planene for psykisk helsearbeid skal forutsetningsvis også omfatte tiltak for å sikre tilstrekkelig personell med tverrfaglig og riktig kompetanse og tiltak rettet inn mot å sikre stabilt og faglig oppdatert personell. I tillegg til kommunenes bruk av øremerkede midler til kompetanse, vil særskilte statlige tiltak bli prioritert i 2005:

- Etterutdanningstiltak om spiseforstyrrelser, schizofreni, dobbeltdiagnoser og barn og unge med psykisk syke omsorgspersoner
- Videreutdanning i psykisk helsearbeid for høgskoleutdannet personell i kommunene
- Informasjons- og oppfølgingsvirksomhet overfor kommunene
- Støtte og selvhjelpsgrupper for mennesker med moderate og lettere psykiske lidelser
- Kompetanseheving i forhold til psykiske lidelser hos eldre

Det ble i St. prp. nr. 1 (2002-2003) pekt på at det er behov for klargjøring av innhold i og organisering av det psykiske helsearbeidet i kommunene, dvs. kommunenes tjenester til mennesker som har eller står i fare for å få psykiske plager eller lidelser. Gjennomgangen av status og utvikling viser at det er et stort behov for styrking av faglig innhold og kvalitet i de kommunale tjenestene. Også fra universitets- og høgskolehold er det understreket behov for samling, systematisering og spredning av erfaringer og kunnskap, blant annet i form av en idébank.

- Departementet vil videreføre rådgiving og veiledning til kommunene i utviklingen og utbyggingen av det psykiske helsearbeidet.
- For å styrke kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet, tar departementet sikte på å etablere kompetansenettverk og kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene. Målet er å spre kunnskap og erfaringer, og stimulere til utvikling av modeller og evaluering. Oppstart er planlagt i 1. halvår 2005.
- Avklare og styrke fastlegenes og psykologenes rolle i det psykiske helsearbeidet i kommunene.

Av den økte bevilgning til kommunene i 2004 ble 5 mill. kroner avsatt til utvikling av kompetansesenter, nettverk og oppfølging av kompetansetiltak for kommunene i strategiplan for barn og unges psykiske helse. Disse tiltakene foreslås styrket med 4 mill. kroner i 2005 av midlene som tidligere var disponert til forsøket med familiesentre.

Barn og unge

Det skal satses sterkere på det forebyggende perspektivet, lavterskeltiltak, sterkere samarbeid mellom berørte tjenester i resten av opptrappingsperioden. Tjenestene skal bli bedre tilpasset ungdom og nye utfordringer knyttet til psykisk helse og levevaner. Den skal ha et reelt tilbud i aldersgruppen 13 til 20 år, integrere tiltak rettet mot hele målgruppen og spesielt utsatte grupper.

Regjeringens strategiplan for barn og unge er nærmere omtalt under innledningen.

Forsøket med familiesentre avsluttes i 2004. Det er betydelig interesse for etablering av slik sentre. For å styrke det psykososiale arbeidet blant barn og unge, foreslås 1 mill. kroner av prosjektmidlene videreføres til nettverk for kommuner som arbeider med slike sentre.

Voksne

Sosial- og helsedirektoratet skal i løpet av 2005 utgi en veileder innen psykisk helsearbeid for voksne. Kommunenes innsats bør særlig rettes inn mot mennesker med alvorlige eller moderate psykiske lidelser og særlig vektlegge:

- Tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand
- Mulighet til å delta i meningsfylte aktiviteter, om mulig sysselsetting
- Mulighet til å delta i et sosialt fellesskap og unngå sosial isolasjon
- Nødvendige og tilpassede helse- og sosialtjenester

Tilskuddene kan nyttes til:

- Styrking av bruker-/pårørendeorganisasjonene og brukerrettede tiltak
- Nye tilrettelagte boligtilbud
- Styrking av hjemmebaserte tjenester og boveiledning
- Utvikling av varierte aktivitetstilbud
- Flere støttekontakter, kultur- og fritidstiltak – gjerne i samarbeid med frivillige organisasjoner
- Styrking av øvrige tilrettelagte tjenester i kommunen

Det er et behov for økt antall tilrettelagte boliger. Dette er nærmere omtalt under innledningen til kap 743 ovenfor, både med hensyn til situasjonen i dag og behovet for en videre utredning av boligsituasjonen.

I St meld nr 23 (2003-2004) Om boligpolitikken ble det formulert tre hovedstrategier; tilrettelegge for et velfungerende boligmarked, skaffe boliger for de vanskeligstilte på boligmarkedet, øke antall miljøvennlige og universelt utformede boliger og boområder. For mennesker som ikke selv greier å tilegne seg sin egen bolig har regjeringen i boligmeldingen lansert en plan for å hindre at folk blir bostedsløse. Det er derfor i gang et arbeid med en nasjonal strategi for å bekjempe og forebygge bostedsløshet. Innen 2007 er målene i denne strategien; arbeide for å redusere antallet utkastelser betydelig, legge forholdene til rette for at ingen som løslates fra fengsel, eller skrives ut fra institusjon skal måtte tilbringe tid i midlertidige løsninger som hospits, legge til rette for at ingen skal oppholde seg i hospits eller andre midlertidige botilbud som ikke har en kvalitetsavtale med kommunen, legge til rette for at ingen skal oppholde seg mer enn tre måneder i midlertidige botilbud, som hospits før annen egnet bolig tilbys. Regjeringen har samtidig målrettet Husbankens låneordninger og boligtilskuddsordingen. I tillegg er det startet en prosess for å legge om boligsubsidiene. Mer av støtten skal gå som bostøtte i stedet for boligtilskudd (investeringsstøtte). På den måten vil man bedre kunne nå dem som har behov for støtte fra det offentlige.

Det er også behov for et nærmere samarbeid mellom kommunene, Aetat og trygdeetat, for å sikre at arbeidsmarkedstiltak blir gitt som en del av en helhetlig rehabilitering. Arbeid med en strategi er i gang, og dette arbeidet vil bli videreført (jfr. post 70).

Kommunenes rapportering og planlegging

Kommunenes utbygging av psykososiale tjenester til barn og unge og tilbudet i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør samordnes gjennom kommuneplanprosessen. Planlegging gjennom det ordinære kommuneplanappartet vil styrke tverrfaglighet og medvirkning, gi økt mulighet for kopling av planer og ressurser og styrke gjennomføringsevnen gjennom handlingsprogram og økonomiplan.

Kommunene pålegges å rapportere om bruken av tilskuddene i likhet med tidligere år. Vilkår for å få utbetalt tilskudd i 2005 vil blant annet være at kommunen har levert tilfredsstillende rapport om bruken av 2004-tilskuddet, at aktivitetene i den enkelte kommune økes minst tilsvarende økningen i det øremerkede tilskuddet og at reell brukermedvirkning gjennomføres.

Sosial- og helsedirektoratet vil foreta en gjennomgang av data og rapporteringssystemer for de kommunale tjenestene, samt vurdere behovet for tilleggsrapportering. En utdyping av dette står beskrevet i innledingen til kap 743 ovenfor.

Post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, kan overføres

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å utvikle bedre tjenester for barn, ungdom og voksne. Virkemidlene er; personell- og kompetansetiltak, brukerstyrking, informasjon, selvhjelp, utviklingsarbeid, særskilte satsningsområder og oppfølgingstiltak. Posten foreslås styrket med 37 mill. kroner i 2005.

Kultur- og holdningsendring

Tilbakemeldinger fra brukere viser at tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser i alt for stor grad mangler helhet og kontinuitet, at brukere og pårørende i for liten grad har innflytelse på behandlingen og det tilbudet som gis og at det fremdeles er for stort fokus på sykdom og symptomer fremfor mestring og ressurser. Tjenestene oppleves fragmenterte og mangelfullt tilrettelagt. Dette står i motsetning til Opptrappingsplanens mål om helhetlige tjenester basert på brukernes behov og medvirkning, samt nye perspektiver på rollene som behandler og bruker, om nye samhandlingsmønstre i forhold til andre tjenesteytere og brukere, pårørende og andre nærpersoner. Satsninger under andre områder i kap.743, for eksempel plan for brukermedvirkning, plan mot tvang, utdannings- og kompetansetiltak for økt brukermedvirkning, og informasjonsarbeid, er sentrale tiltak for å endre kultur og holdninger. De regionale helseforetak og kommunene har ansvar for å sørge for kultur- og holdningsendring i tjenesteapparatet, det vises til post 62 og 75. Systematisk massekommunikasjonsarbeid kan forsterke Opptrappingsplanens strukturelle tiltak som kan avhjelpe samspillproblemene, oppnå helhetlig behandlingsforløp og bidra til bedre kunnskap om hvor man kan få hjelp.

Resultatrapport 2003: I tråd med tiltaket i St. prp. nr. 1 (2002-2003) Fra psykiatri til psykisk helsearbeid, fikk Rådet for psykisk helse i oppdrag av departementet å gjennomføre et forprosjekt med sikte på å bidra til kulturendring og kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid basert på et brukerperspektiv. I en rapport oppsummeres arbeidet med at det gjenstår mye før tjenestene kan sies å være helhetlige og basert på brukernes behov og medvirkning. Det konkretiseres tiltak knyttet til en strategi som tar sikte på å skape møteplasser mellom ansatte og brukere, samle og spre informasjon og stimulere til kvalitetsutvikling.

Satsningsområder og mål 2005: Arbeidet med å utvikle strategi for området er forsinket, men vil bli gjennomført i 2005. Det gjennomføres tiltak basert på Rådet for psykisk helses forprosjekt. Konkrete mål og plan for gjennomføring av kulturendringstiltak i utdanninger og tjenesteapparatet utformes i samarbeid med bruker- og fagorganisasjoner, samt tjenesteapparatet. Kommunikasjonsarbeidet skal utvikles og gjennomføres. Bevilgningen til tiltak for kultur og holdningsendring foreslås økt med 8 mill. kroner i 2005.

Bruker- og pårørendestyrking:

Økt brukermedvirkning og styrking av brukernes egne ressurser er et mål i Opptrappingsplanen. Stortinget påpekte i Innst. S.nr.222 (1997-98) at brukernes behov og medvirkning er sentralt for økt kvalitet på tjenestene, og at dette vil medføre store utfordringer for organisasjonene. Sterke brukerorganisasjoner, lokale brukermiljøer og reell brukerdeltagelse er en forutsetning for å oppfylle intensjonene i Opptrappingsplanen.

Resultatrapport 2003: Det ble gjennom en tilskuddsordning bevilget 15 mill. kroner til drift av bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse. Mental Helses hjelpetelefon fikk 6,5 mill.

kroner i 2003. Henvendelsene økte fra 41 000 i 2002 til over 42 000 i 2003. Det ble igangsatt en tilskuddsordning for brukerstyrte sentra for å prøve ut ulike modeller, samt innhente og systematisere erfaringer. Mental Helse Norge har utredet status for brukermedvirkning i kommunene og har sendt ut et idéhefte til landets kommuner i 2004. Igangsatte tiltak og videre systematisk satsing vil inngå i en plan for økt brukermedvirkning som er under arbeid og ferdigstilles i 2004.

Nasjonalt ressurssenter for bruker- og pårørendekompetanse: Stortinget hadde ved behandlingen av sak om Frognersenteret i St.prp.nr. 63 (2003-2004), ingen merknader til etablering av et prosjekt for å fremme bruker- og pårørendekompetanse innen psykisk helse, jf Inst.S.nr.250 (2003-2004). Mental Helse Norge, skal som den største brukerorganisasjonen tilbys å forankre prosjektet. Sosial- og helsedirektoratet er gitt i oppdrag å inngå en avtale mellom staten og Mental Helse Norge om dette. Departementet vil informere Stortinget om saken når avtale er inngått.

Satsingsområder og resultatmål for 2005: Plan for økt brukermedvirkning skal følges opp. I planen skal blant annet utvikling av lærings- og mestringssentrenes tilbud til mennesker med psykiske lidelser inngå. Tilskuddsordning til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse, til Mental Helses Hjelpetelefon og til etablering av brukerstyrte sentre videreføres. I samarbeid med organisasjonene skal det utvikles tiltak for pårørende og andre nærpersoner for å sikre at deres rettigheter og behov blir ivaretatt. Bevilgningen til tiltak for bruker- og pårørendestyrking foreslås økt med 8 mill. kroner i 2005.

Selvhjelp

Selvhjelpsfeltet skal styrkes. Sosial- og helsedirektoratet er gitt i oppdrag å gjennomføre en nasjonal plan for styrking av feltet. Hovedtiltakene i planen er gitt i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Gjennomføring av tiltakene skal skje i dialog med relevante organisasjoner, herunder bruker- og fagorganisasjoner.

Viktige tiltak i planen er etableringen av en knutepunktfunksjon. Denne funksjonen skal ivareta behovet for en møteplass, stimulere til etablering av selvhjelpsgrupper, og være koordinator, utvikler og formidler av selvhjelpsmetodikk. Forskning på selvhjelpsfeltet skal styrkes. Sosial- og helsedirektoratet skal i 2004 vurdere forankring og organisering av satsingen. For å bidra til å styrke selvhjelpsarbeidet skal det etableres en tilskuddsordning, med hovedformål å øke aktiviteten innen selvhjelpsarbeid blant mennesker med psykiske lidelser og problemer. Bevilgningen til selvhjelp foreslås økt med 2,5 mill. kroner i 2005.

Informasjon

Det er utarbeidet en overordnet strategi for informasjon om psykisk helse i samarbeid med brukerorganisasjonene på feltet. Det satses spesielt på informasjon og kommunikasjon i forhold til; barn, unge og deres nettverk, arbeidstakere og arbeidsgivere, brukere og tjenesteytere. Det er utarbeidet strategier for hver gruppe. Alle deler av informasjonssatsingen evalueres fortløpende av Statskonsult for å sikre måloppnåelse, gi innspill til korrigeringer og sikre best mulig effekt.

Barn og unge og deres nettverk: Strategien legger opp til å nå ungdom på ulike arenaer; via lærere, fritidssektoren og gjennom undervisning på skolen. Målet er å øke ungdoms og læreres kunnskap om psykisk helse. Det er utarbeidet fire programmer som nå er koordinert i satsingen "Psykisk helse i skolen". Sosial- og helsedirektoratet vil i samarbeid med Utdanningsdirektoratet og fylkesmennene implementere "Psykisk helse i skolen" i pilotfylkene Telemark, Buskerud og Oppland. Det arbeides med en plan for nasjonal spredning av "Psykisk helse i skolen", som også skal effektevalueres.

Arbeidsliv og psykisk helse: Rådet for psykisk helse driver kampanjen "Usynlig psyk" som skal bidra til økt forståelse for psykisk helse på arbeidsplassen og utløse handling i enkelte målgrupper. Det er inngått samarbeid med arbeidslivssentrene for å gjennomføre idé - og læringstorg i alle landets fylker hvor psykisk helse settes på dagsorden. Dette skal prøves ut i 2004. Det arbeides også med å få psykisk helse på dagsorden i kurs for målgruppen verneombud, bedriftshelsetjenester, ledere etc.

Brukere og tjenesteytere: Mål for tiltakene er å bygge opp kompetansen i informasjon og kommunikasjon hos brukere, pårørende og tjenesteapparatet. Aktørene skal gjensidig formidle kunnskap, erfaringer og behov, slik at tjenestetilbudene blir kvalitativt gode og tilpasset brukernes situasjon. Det utvikles maler, modeller og verktøy for ulike typer informasjon. I 2004 er det avsluttet flere pilotprosjekter, mens nye prosjekter er igangsatt. Maler og modeller er gjort tilgjengelig på internett og det er informert om tiltakene på ide - konferanser i 2004.

Verdensdagen for psykisk helse: Markeringen, som koordineres av Mental Helse Norge, er viktig for å nå bredt ut til befolkningen. I 2003 ble det gjennomført ca 700 arrangementer. En omnibusundersøkelse samme år viste at nesten femti pro-

sent av befolkningen hadde lagt merke til Verdensdagen.

Satsingsområder og resultatmål for 2005: Målrettede tiltak mot utvalgte grupper og befolkningen videreføres. Det utarbeides en nasjonal implementeringsplan for "Psykisk helse i skolen". Tiltakene rettet mot arbeidslivet gjennomgås og virkemidlene vurderes. Informasjons- og kommunikasjonsverktøy som er utviklet for brukere, pårørendeorganisasjoner, kommuner og helseforetak tilbys nasjonalt. Verktøyene videreutvikles. Bevilgningen til informasjonstiltak knyttet til brukere og tjenester, samt idékonferanser foreslås styrket med 4 mill. kroner i 2005.

Personell og kompetansetiltak

I Opptrappingsplanen forutsettes det et kvalitativt bedre behandlingstilbud med økt faglig kompetanse. For å øke helsefremmende arbeid, forebygging av psykiske problemer og bedre tilbudet til personer med psykiske lidelser, er det behov for økt rekruttering og kompetanseheving.

Psykologer og psykiatere

Det er mangel på psykiatere og psykologspesialister i spesialisthelsetjenesten, og mangel på psykologer i kommunene. Det gjennomføres tiltak for økt utdanning og rekruttering.

Resultatrapport 2003: Program for utdanning av psykologer med dobbelkompetanse (forskning og klinisk virksomhet) startet i 2003 ved alle universitetene. Rekrutteringen til spesialisthelsetjenesten både for voksne og barn og unge har bedret seg, men der er en utfordring å rekruttere og beholde psykologer i kommunene. Flere finansieringsordninger for å utdanne psykiatere er gjennomført. Den etablerte ordningen med tilrettelagt utdanning av psykiatere/ barne- og ungdomspsykiatere i områder med svak dekning og. dekning av lønn for obligatorisk tjeneste i pediatri til spesialiteten i barne- og ungdomspsykiatri. Det er økt etterspørsel og rekruttering av psykiatere og andelen ubesatte stillinger er redusert. Det er behov for styrket rekruttering til DPSene.

Satsingsområder og mål for 2005: Prosjektet om dobbelkompetanse videreføres og evalueres. Støtte til evaluering av undervisning i kommunikasjon videreføres. Støtte til spesialisert etter- og videreutdanning videreføres. Departementet vil vurdere tiltak for økt rekruttering til DPS og poliklinikker. Direktoratet skal vurdere tiltak i samarbeid blant annet med Norsk psykologforening for økt rekruttering av psykologer til kommunene.

Videreutdanning for høgskoleutdannet personell

Over Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett er det tidligere bevilget 30 mill. kroner til oppretting av studieplasser i videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det vektlegges å tilby plasser til andre grupper enn de som tidligere har hatt tilgang. Det gis tilbud om deltids- og desentraliserte studieplasser. Et sentralt tiltak for kompetanseheving i kommunene er 50 prosent statlig lønnsdekning for ansatte som tar videreutdanningen.

Resultatrapport 2003: Det er stor etterspørsel etter tilskuddsordningen i de fleste fylkene. Til sammen har 1200 gjennomført den tverrfaglige videreutdanningen fra 1999 - 2003.

Satsingsområder og resultatmål 2005: Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide en videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge i kommunene. Direktoratet skal evaluere den tverrfaglige videreutdanningen. Ordningen med statlig dekning av lønnsmidler over kap.743 post 62 videreføres og vurderes av direktoratet i tilknytning til evalueringen. Det er et mål å rekruttere fra kommuner som ikke har ansatte med den tverrfaglige utdanningen.

Videreutdanning for personell med utdanning fra videregående skole m.m

Nye læreplaner for videreutdanning i psykisk helse ble godkjent og vurdert i sammenheng med ny lov om fagskoler som ble behandlet våren 2003. Midler til kompetansehevende tiltak for ufaglærte ble videreført i 2003. Mål 2005: Tilskudd for kvalifiseringstiltak for personell i kommunene, som ikke har formalisert helse- og sosialfaglig utdanning, videreføres på samme nivå som i 2004.

Kompetanseutvikling og utdanning innen særskilte temaer og områder

I St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet er det vist til behov for spesielle utdanningstiltak for områder som ikke er godt nok dekket i de ordinære spesialist- og videreutdanninger. Gjennomføring av Opptrappingsplanen har vist at det er behov for spesiell innsats rettet mot kultur og holdningsendringer (jf innledningen, samt ovenfor)

Resultatrapport 2003: Det er gitt tilskudd til etterutdanning for personell om bl.a. barn og unge som har psykisk syke omsorgspersoner, spiseforstyrrelser og schizofreni. Program for bedre behandling og oppfølging ved alvorlig psykisk sykdom hadde fra 1999-2003 om lag 1000[1] deltagere.

Satsingsområder og resultatmål 2005: Tilskudd til etter- og videreutdanningstiltak videreføres for

flere ordninger. Arbeidet med evaluering av enkelte tiltak er igangsatt og videreføres i 2005. Kompetansetiltak om eldres psykiske helse vil bli vurdert. Igangsette arbeid for at brukerperspektivet inngår som en sentral del av utdanningene. Det vurderes å stille krav om at brukere trekkes inn som erfaringsformidlere til utdanningsinstitusjoner som mottar midler over Opptrappingsplanen. Sosial- og helsedirektoratet skal igangsette kompetansehevnede tiltak for å styrke bruker- og pårørendemedvirkning og samarbeid med andre tjenester.

Regionsentre for barn og unges psykiske helse

Regionsentrenes oppgaver er å bidra til å utvikle, kvalitetssikre og forvalte vitenskaplig og praksisnær tverrfaglig kunnskap og kompetanse innen alle sentrale områder i arbeid med barn og unges psykiske helse, samt bidra til at slik kompetanse er tilgjengelig. Sentrene skal bidra til økt rekruttering av personell til psykisk helsevern, styrke psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene og bidra til å styrke andre fagfelt av betydning for barn og unge psykiske helse. Det vektlegges samarbeid med andre kompetansemiljøer som arbeider med barn og unge slik som skole, barnevern, rus og andre forskningsmiljøer.

Resultatrapport 2003: Sentrene hadde vekst i utdannings- og forskningsaktiviteten i 2003. R-BUPs utvidede oppgaver i forebyggende psykisk helsearbeid for barn og unge, viste seg utdanningsvirksomheten. Av om lag 840 deltakere i videre- og spesialistutdanninger var 74 deltakere var fra kommunale tjenester. Av 4441 deltakere i etterutdanningstiltak var omlag 1000 ansatt i kommunale tjenester, en økning fra 640 i 2002. Innen forsknings- og utviklingsvirksomheten var det en økning i antall prosjekter og antall stipendiater. Nordlandsforskning har evaluert regionsentrene. Hovedfunn er at regionsentrene har vært et effektivt virkemiddel for økt kompetanse, men det gis anbefalinger til videre forbedring.

Satsingsområder og resultatmål for 2005: Sentrene styrkes i forhold til forskning og kompetanseutvikling om forebygging og for å ivareta tiltak i Strategiplanen for barn og unge. Evalueringsresultatene vurderes og følges opp. Det skal vurderes å etablere et eget senter i helseregion Sør jf St.meld.nr.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Det etableres en forebyggingsenhet ved senteret i Tromsø.

Forskning og statistikkutvikling

Forskning er et grunnlag for å bedre tilbud i kommunene og spesialisttjenesten, samt heve den vitenskapelige statusen og øke rekrutteringen til fagfeltet. Norges forskningsråd (NFR) er sentral for å styrke forskningen innen psykisk helse. Regionsentre for barn og unges psykiske helse har forsknings- og utviklings- og formidlingsarbeid som hovedoppgave. Senter for atferdsproblemer og innovativ praksis er etablert for å gjennomføre forskningsarbeid. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress er etablert i 2004 for å styrke forskning på volds- og traumefeltet (jf. kap.743 post 73).

Resultatrapport 2003: Forskningsmidlene ble i hovedsak bevilget til NFR, programmene for Mental helse og Helsetjenester og helseøkonomi jf. kap.701. For å følge effektene av Opptrappingsplanen og eventuelt justere bruken av virkemidlene, er det etablert et eget evalueringsprogram i NFR. Folkehelseinstituttet fikk tilført midler for å styrke forskning om psykisk helse (jf kap.710 post 01). SINTEF Unimed har utarbeidet et forenklet rapporteringssystem for pasientdata fra psykisk helsevern.

Satsingsområder og resultatmål for 2005: Midlene til NFRs program for Mental helse og program for Helsetjenester og helseøkonomi, samt evalueringsprogram for Opptrappingsplanen videreføres. Forskning ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt og NFR`s program for helse og samfunn styrkes særlig mht forebygging. I tråd med Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse skal forskning om mestrings- og beskyttelsesfaktorer styrkes. Forskning knyttet til eldres psykiske helse skal vurderes. Midlene skal også dekke oppdrag om kunnskapsoppsummeringer som er relevante for Opptrappingsplanen.

Utdanning og forskning om atferdsproblemer

Helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet samarbeider om tiltak for å bedre tilbudet til barn og unge med atferdsproblemer, både ved innføring av Multisystemisk behandling, Parent Management Training (PMT), og Webster Stratton-metoden, samt et nasjonalt Senter for atferdsproblemer og innovativ praksis (Atferdssenteret).

Satsingsområder og resultatmål for 2005: Webster Stratton-metoden skal implementeres i alle deler av landet. Det forutsettes samarbeid mellom Atferdssenteret og R.BUP Nord og Midt om enhetlig informasjon til tjenestene og implementering av de ulike atferdsmetodene. Implementering av

[1] Pga feil i rapportering ble tallet for perioden 1999-2002 estimert for høyt i St.prp. nr. 1 (2003-2004).

PMT videreføres med særlig fokus på kommunale tjenester.

Utviklingsarbeid, særskilte satsingsområder og oppfølgingstiltak

Strategiplan for barn og unges psykiske helse "… sammen om psykisk helse…":

Regjeringen la frem strategiplan i september 2003. Det vises til omtale under innledningen til kap.743. Gjennomføring av planen og midler til dette er prioritert under denne posten.

Verktøy for individuell plan

SINTEF Unimed har i samarbeid med brukere og kommuner, utarbeidet et verktøy for utarbeidelse av individuell plan. Implementering av verktøyet er igangsatt i 2004 og vil bli fulgt opp i 2005.

Arbeid og sysselsetting

Det er behov for å styrke tilgjengeligheten av arbeid og arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser. I 2005 er det foreslått å bevilge 103 mill. kroner til tiltak over Arbeids- og sosialdepartementets budsjett, en økning på 20.mill. kroner fra 2004. Det vises til omtale under innledningen til kap.743.

Gjennomsnittlig antall yrkeshemmede med psykiske lidelser som hvert år deltar i arbeidsmarkedstiltak har økt fra rundt 7 000 personer i 1998 til rundt 12 300 i 2003. Som ledd i Opptrappingsplanen, men også som følge av en styrking av den yrkesrettede attføringen, er tiltaksplasser spesielt tilpasset målgruppen økt. Særlig har det vært en vekst i bruken av lavterskeltiltak som Arbeid med bistand, Arbeidspraksis i skjermet virksomhet og Varig tilrettelagt arbeid. Yrkeshemmede med psykiske lidelser er også en prioritert gruppe innenfor ordningen Fleksibel jobb, et forsøk med lønnstilskudd av lengre varighet.

Generelt fungerer ikke tilbud og tilrettelegging i arbeidsmarkedet så godt som ønskelig i forhold til mennesker med psykiske lidelser, selv om det er mange eksempler på gode tiltak. Foreløpige tall fra Aetat for 2003 viser at personer med psykiske lidelser hadde en overgang til jobb etter endt attføring, som lå fem prosent under nivået for yrkeshemmede generelt hhv 38 og 43 pst.

Satsingsområder og resultatmål for 2005: I tillegg til bevilginger til tiltak over Arbeids- og sosialdepartementets budsjett, avsettes inntil 2,5 mill. kroner som skal dekke utviklingsarbeidet "Vilje viser vei". Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Aetat og bl.a. Sosial- og helsedirektoratet, for å styrke tilbudet og legge til rette for økt yrkesdeltakelse blant personer med psykiske lidelser.

Spiseforstyrrelser

Til grunn for arbeidet med spiseforstyrrelser ligger en samlet strategiplan mot spiseforstyrrelser fra 2000, med tiltak under Barne- og familiedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet, Kultur- og kirkedepartementet og Helsedepartementet. Strategiplanen skal bidra til å forebygge, styrke behandlingstilbud og sette i gang kompetansehevende tiltak når det gjelder spiseforstyrrelser.

Resultatrapport 2003: Et klinisk nettverk som ble opprettet i 2003, inngår i de regionale helseforetakenes arbeid med å etablere spesialiserte regionale behandlingstilbud. Sosial- og helsedirektoratet koordinerer nettverket på nasjonalt nivå i første fase. Utdanningsprogrammet "Kropp og selvfølelse" ble videreført i regionene. Det blir gitt tilsagn om midler til drift av et nasjonalt forskningsbasert nettverk for behandling av spiseforstyrrelser. I St. prp. nr. 1 (2003-2004) ble det lagt til grunn at alle helseforetak i løpet av 2004 skal ha bygget opp kliniske spesialenheter som kan tilby de alvorligst syke behandling. Slike enheter er nå etablert i Helse Midt Norge, Helse Vest og Helse Øst og er under etablering i Helse Nord og Helse Sør. En nasjonal kartlegging av behandlingstilbud og kompetanse blant fastleger og i spesialisthelsetjenesten, vil foreligge ved utgangen av 2004. Dette har forsinket arbeidet med å revidere strategiplanen mot spiseforstyrrelser.

Satsingsområder og resultatmål for 2005: Det nasjonale kliniske nettverk for behandling av spiseforstyrrelser vil være medvirkende til å danne fag- og kompetansenettverk i regionen og lage oversikt over hva som finnes av kompetanse og behandlingstilbud i regionen. Strategiplanen mot spiseforstyrrelser skal revideres i 2005.

Kompetanseutvikling for ADHD

Det er et stort behov for mer kunnskap om ADHD, både hos brukere og fagfolk. Det tar ofte lang tid før diagnose stilles, og en antar at mange har denne lidelsen uten at diagnose er fastslått og uten at relevante hjelpetilbud er etablert. Det ble i 1997 opprettet tre sakkyndige team for hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD for å bygge opp kompetanse på utredning, diagnostisering og behandling blant voksne pasienter.

Resultatrapport 2003: Det ble i 2002 igangsatt et arbeid med en gjennomgang og vurdering av det samlede tilbud om utredning og behandling til

både barn og voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD sett opp mot hjelpebehovene. Sosial- og helsedirektoratet vil sluttføre arbeidet med denne utredningen innen utgangen av 2004.

Satsingsområder og resultatmål for 2005: På bakgrunn av utredningsarbeidet skal det utarbeides en veileder til hjelp for fagmiljøene. Videre skal det utarbeides retningslinjer for iverksetting av medikamentell behandling ved Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD. Departementet vil vurdere å etablere et nasjonalt kompetansenettverk bestående av de tre sakkyndige teamene i Bergen, Trondheim og Oslo og Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi på Ullevål sykehus HF. I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) ba Stortinget regjeringen om å vurdere etablering av et grunnforskningssenter for ADHD ved Universitetet i Oslo. Sosial- og helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utrede saken. Departementet vil fremlegge saken for Stortinget når saken er utredet.

Homofile og lesbiske

Oppfølgingen av St. meld 25 (2000-2001) "Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Norge."

Resultatrapport 2003: Det er utarbeidet faglig materiale for helse-, sosial- og pedagogisk personell om kjønnsidentitet og seksualitet der temaet homofili inngår. Materialet ble distribuert høsten 2003. Arbeidet med å styrke Rådgivningstjenesten er igangsatt. Tjenesten skal blant annet gi rådgivning overfor personell som er i kontakt med homofile og lesbiske. Det er også bevilget midler til drift av Homofiles ungdomstelefon.

Satsingsområder og resultatmål for 2005: Arbeidet og tilskuddene videreføres i 2005.

Post 72 Tilskudd til Modum Bads Nervesanatorium

Modum Bad er en privat diakonal stiftelse. Hovedoppgaven er sykehusdrift med 111 plasser, av disse 14 plasser innen behandling av spiseforstyrrelser. Sykehuset er åpent for pasienter fra hele landet og behandler enkeltmennesker og familier med psykiske lidelser. Staten dekker 90 prosent av driftsutgiftene og 10 prosent dekkes av henvisende instans.

Resultatrapportering 2003

Bevilgningen til formålet var i 2003 78,7 mill. kroner. Det var i 2003 117 behandlingsplasser på sykehuset. Det ble behandlet 1 146 pasienter, herav 131 med spiseforstyrrelser. Det var budsjettert med et belegg på 91prosent, noe som tilsvarer 38 862 kurdøgn. Resultatet viste 38 746 kurdøgn. Økningen i 2003 ble benyttes til å utvide behandlingskapasiteten for mennesker med spiseforstyrrelser, samt styrke behandlingen av overgrepsofre.

Behandlede pasienter/liggetid

			Regnskap		Budsjett
År	2001	2002	2003	2004	2005
Behandlede pasienter	862	975	1 146	1230	1290
Gjennomsn. liggetid	43 dager	38 dager	34 dager	32 dager	30 dager

Effektiviseringstiltak har vært og vil fortsatt være høyt prioritert, både når det gjelder behandlingsoppleggene og driften generelt. Gjennomsnittlig liggetid har gått merkbart ned de siste årene og det tas sikte på at liggetiden skal ytterligere ned, blant annet ved større grad av individualiserte behandlingsopplegg. Målet er at dette kan gjøres innenfor eksisterende bevilgningsrammer.

Modum Bad har forelagt departementet planer om å etablere et tilbud for behandling av mennesker med psykiske lidelser og et samtidig rusmiddelmisbruk. Fra og med 2004 fikk de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere. Under det tidligere fylkeskommunale ansvaret utviklet tilbudet til rusmiddelmisbrukere seg forskjellig både i omfang og tilbud. RHFene har fått i oppdrag å gjennomgå status for tjenestetilbudet og skal blant annet vurdere behovet for samordning og evt. kapasitetsutvidelse.

Modum Bads planer om et behandlingstilbud på dette området må vurderes opp mot regionale helseforetaks gjennomgang.

Post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, kan overføres

Formålet med posten er å øke kunnskapsgrunnlaget, styrke kompetansen, og bedre tjenestene i forhold til volds - og traumerammede som for eksem-

pel traumatiserte flyktninger, utsatte for seksuelle og fysiske overgrep, utsatte for vold i nære relasjoner m.fl. Posten omfatter også midler til forskning, kompetanseutvikling om voldsutøvere og overgripere. Selvmordsforebyggende arbeid styrkes også over posten. Posten foreslås styrket med 35 mill. kroner. Total bevilgning i 2005 blir om lag 63,6 mill. kroner.

Styrking av den nasjonale kompetansen på volds- og traumefeltetDet er behov for en styrking av forsknings- kompetanseutviklings- og veiledningsarbeidet på volds- og traumefeltet.

Resultatrapport 2003

Helsedepartementet, Justisdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Sosialdepartementet og Forsvarsdepartementet står bak Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) som ble etablert 01.01.04. Senteret skal styrke forskning og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet. Kompetansesenter for voldsofferarbeid, Nasjonalt ressurssenter for seksuelt misbrukte barn, og Psykososialt senter for flyktninger er innlemmet i senteret. I tillegg til videreføring av bevilgningene til disse virksomhetene, er kunnskapssenterets temaområder styrket med 3 mill. kroner. Senteret skal ikke drive klinisk arbeid, men virksomheten skal ha forankring i praksisfeltet. Senteret har etablert samarbeid med Alternativ til Vold (ATV) og Institutt for klinisk sexologi og terapi om forskning og kompetanseutvikling knyttet til deres vold i nære relasjoner og seksualisert vold.Satsingsområder og mål for 2005

Blant de prioriterte områder i 2005 er overgrepsproblematikk knyttet til barn og unge (jf plan omtalt nedenfor), vold mot kvinner i nære relasjoner og barn som er vitne til vold (jf plan mot vold i nære relasjoner) samt overgripere/utøvere av vold. Videre skal NKVTS ved behov fortsette å bistå Helse Øst i arbeidet med å styrke kompetanse og klinisk behandlingstilbud for traumatiserte flyktinger (jf omtale av regionale ressursmiljøer for vold og traumatisk stress), utvikle behandlingsmetoder for gruppen og styrke arbeidet med flyktningbarn/unge.

Styrking av regional kompetanse på volds- og traumefeltet

Departementet har fått utredet innhold og organisering av regionale kompetansemiljøer på volds- og traumefeltet. I utredningen (2004) foreslås det å etablere regionale ressurssentre for vold, traumatisk stress og selvmord der dagens regionale ressurser på disse områdene (støtte til selvmordsforebygging, støtte til seksuelt misbrukte barn, og psykososiale team for flyktninger) inngår. Dette for å skape en plattform for bedre samarbeid mellom ulike instanser (helsetjenester, barnevern, familievern, politi etc) og styrke innsatsen på kompetanseutvikling, veiledning og utvide målgruppene. Regjeringen har på bakgrunn av dette besluttet at det skal etableres regionale ressursmiljøer på volds- og traumefeltet for å bidra til bedre og mer helhetlige tjenester. Det fremgår av handlingsplan mot vold i nære relasjoner at miljøene skal bistå tjenesteapparatet med informasjon, veiledning og kompetanseutvikling og etablere nettverk mellom alle relevante samarbeidsparter i regionen. Eksisterende regionale tiltak på volds- og traumefeltet skal inngå i miljøene. I løpet av høsten 2004 vil forankring og videre organisering bli avklart.

Satsningsområder og resultatmål 2005

Ressursmiljø for vold, traumatisk stress og selvmord etableres i hver region. De regionale miljøene evalueres etter 3 år. Bevilgningen til regionale prosjekter og tiltak videreføres og inngår i regionale ressursmiljøer når de etableres. Det er behov for økte midler til regionale kompetansefunksjoner for å ivareta vold og vold i nære relasjoner, økt innsats for psykisk traumatiserte flyktninger (voksne, ungdom og barn), seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge. Bevilgingen til dette foreslås styrket med inntil 15 mill. kroner i 2005.

Styrking av helsetjenestene til volds- og voldtektsutsatte

Det er gjennomført en kartlegging av helsetilbudet til personer som utsettes for vold og seksuelle overgrep (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Denne viser manglefullt tilbud flere steder både for voldsutsatte og personer utsatt for voldtekt. Det er mangel på registrerings-, behandlings- og oppfølgingsrutiner, mangel på kompetanse og uklarheter med hensyn til ansvar og finansiering av helsetjenesten til volds- og voldtektsutsatte. Det antas at tallene for volds- og voldtektsrammede med behov for helsetjenester er langt større enn de som oppsøker tjenesten i dag, men manglende registrering gjør dette usikkert. Rutiner og oppfølging for å forebygge og behandle posttraumatiske stressreaksjoner er ikke tilstrekkelige. På bakgrunn av kartleggingsresultatene har direktoratet utredet og anbefalt konkrete tiltak. Det foreslås tiltak for å forbedre registrering, behandling, oppfølging. Videre anbefaler direktoratet at det etableres en felles mottaksfunksjon for volds- og voldtektsrammede ved minimum en eksisterende interkommu-

nal legevakt i hvert fylke, som kan være tilknyttet lokalsykehus. Styrking av det lokale helsetjenestetilbudet til volds- og voldtektsutsatte er et viktig tiltak i handlingsplanen mot vold i nære relasjoner (2004).

Satsingsområder og resultatmål for 2005

- Det skal utvikles registreringsrutiner for vold og seksuelle overgrep, en manual for kriminaltekniske, medisinske og psykologiske undersøkelser, samt anbefalt oppfølging
- Det foreslås bevilget stimuleringsmidler til etablering og kompetanseheving av mottaksfunksjoner for vold og voldtektsrammede ved minimum en interkommunal legevakt i hvert fylke. Det foreslås inntil 10 mill. kroner til dette tiltaket.
- Forhold ved takster og finansiering av rettsmedisinske undersøkelser etc vil bli vurdert.

Kriserammede

I løpet av 2004 vil direktoratet utrede øvrig tilbud til krise- og ulykkesrammede.
Satsingsområder og resultatmål for 2005: Det skal utarbeides nasjonale retningslinjer for psykososiale støttetjenester ved kriser, ulykker og katastrofer som omfatter innhold og organisering av tjenestene på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Kompetanse og behandlingstilbud til volds- og seksualovergripere

Som et viktig forebyggende tiltak er det et mål å styrke behandlingstilbud til volds- og seksualovergripere i hele landet. Det er behov for å utvikle kompetanse, behandlingsmetoder og tiltak for seksualovergripere og personer som begår voldsovergrep. Det er etablert tre regionale kompetansesentre i sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri (jf post 75.) I St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet omtales forsøk med frivillig hormonbehandling for personer som er dømt for grovere seksuallovbrudd. Ved det regionale kompetansesenteret på Brøset er det utviklet et kognitivt program "Sinnemestring." NKVTS har også oppgaver knyttet til volds- og seksualovergripere (se over).

Resultatrapport 2003

Behandlingsforsøk med frivillig hormonbehandling startet i 2003 (forsinket igangsetting som følge av rekrutteringsproblemer) med 2-3 personer i Trondheim fengsel. I 2004 er det 4 personer som deltar i forsøket. "Sinnemestringsprogrammet" er positivt evaluert. Over 200 personer utenfor fengslene har deltatt. Spredning av metoden er igangsatt. Undervisning i bruk av behandlingsmanualen for terapeuter ble iverksatt våren 2003 flere steder i Midt- og Nord-Norge og i Bergen. Behandlingsprogrammer gjennomføres også i Bergen fengsel overfor personer som utøver seksuelle overgrep og vold

Det foregår viktige behandlings- og kompetanseutviklingsprosjekter for å bedre behandlingstilbud til volds- og seksualovergripere. Det er viktig å bidra til at den kunnskap og metoder som er utviklet gjøres tilgjengelig for ulike hjelpe- og behandlingsinstanser på landsbasis i tillegg til fortsatt utvikling av nye metoder og behandlingsprogram, både i forhold til voksne og unge.

Satsingsområder og resultatmål for 2005

Arbeidet med å spre Sinnemestringsmetoden videreføres. Kompetansesenteret på Brøset har ansvaret for dette. Videreføre behandlingsforesøk med frivillig hormonbehandling. Kompetansesenteret i Bergen igangsetter et prosjekt for oppfølgning av løslatte seksualovergripere. Kompetansesenteret i Bergen igangsetter et prosjekt for behandling av unge seksualovergripere i samarbeid med BUP i Bergen. Som oppfølging av handlingsplanen "Vold i nære relasjoner" vil Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet også vurdere behov for ytterligere tiltak i forhold til voldsutøvere og seksualovergripere. Tiltakene vil bli sett i sammenheng med arbeidet som pågår for å bedre tilbudet om voldsbehandling og sinnemestring i hele landet. Midler til behandling av dømte seksualovergripere ved Institutt for klinisk sexologi og terapi finansieres over kap.732 post 71, Helse Øst RHF. Tilbudet skal evalueres av NKVTS.

Handlingsplan mot vold i nære relasjoner

Gjennomføringen av handlingsplanen "Vold mot kvinner" (avsluttet 2003) har avdekket nye områder som krever en spesiell innsats. Regjeringen har derfor utarbeidet en ny handlingsplan for perioden 2004 – 2007 (juni 2004). Justisdepartementet har koordineringsansvaret for planen som er utarbeidet i samarbeid mellom Barne- og familiedepartementet Helsedepartementet og Sosialdepartementet. Mål:

- Samhandlings- og fagkompetansen i hjelpeapparatet skal styrkes
- vold i nære relasjoner skal forebygges og gjøres mer synlig gjennom holdningsendringer

– ofre for vold i nære relasjoner skal sikres nødvendig bistand og beskyttelse
– voldsspiralen skal brytes gjennom å styrke behandlingstilbudet til voldutøveren

Plan mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn

Det er under utarbeidelse en plan mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn. Barne- og familiedepartementet har koordineringsansvaret for planen som bl.a utarbeides i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet.

Psykososialt arbeid for flyktninger og asylsøkere

Innvandrere og flyktninger har samme rett til tjenester som den øvrige del av befolkningen. Både kommunale tjenester og spesialisttjenesten har ansvar for å kunne møte pasienter med ikke-vestlig bakgrunn på en god måte ved å ta hensyn til språkkunnskaper, religiøse og kulturelle skikker og tradisjoner. Tjenestene må ha kunnskap om konsekvenser av forfølgelse, flukt og eksiltilværelse. Det er behov for egne forsknings – kompetanse og veiledningstiltak for å styrke tjenestene til gruppen (jf Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og etablering av regionale ressurssentre for selvmord, vold og traumatisk stress.

Nasjonal kompetanse

Psykososialt senter for flyktninger har hatt nasjonale funksjoner når det gjelder undervisning, veiledning og forskning, i tillegg til regional funksjon og noe klinisk arbeid i helseregion Øst. PSSF er innlemmet i det nye nasjonale kunnskapssenteret om vold og traumatisk stress - NKVTS. Formålet er å styrke forsknings- og kompetanseutviklingen på området.

Regionale psykososiale team for flyktninger

Teamene i helseregion Sør, Vest, Midt og Nord er etablert for å styrke de psykososiale tjenestene til gruppen. De driver kurs-, konsultasjons- og veiledningsvirksomhet overfor helsetjenesten, i tillegg til noe klinisk arbeid. Midler til teamene utbetales gjennom regionale helseforetak. Temaene vil bli innlemmet i nye regionale ressurssmiljøer for selvmord, vold og traumatisk stress (se over). I Helse Øst hadde PSSF frem til 2003 regionale funksjoner tilsvarende de psykososiale teamene i andre regioner. I 2004 har Helse Øst igangsatt oppbygging av et eget regionalt ressurssenter for selvmord, vold og traumer, der psykososialt arbeid for flyktinger innlemmes. NKVTS bistår Helse Øst i dette arbeidet. Helse Øst får tilført midler til dette. Etter avtale viderefører NKVTS noe av tidligere PSSFs kliniske behandlingstilbud til flyktinger inntil Helse Øst har etablert et tilstrekkelig behandlingstilbud i sin region.

Tiltak for bedre psykisk helse hos flyktinger

I tillegg til generelle kompetansehevingstiltak gjennomføres en rekke tiltak i samarbeid mellom helse- og utlendingsmyndighetene for å bedre forhold knyttet til psykisk helse og psykisk sykdom hos flyktinger og asylsøkere

Mål 2005: Gjennomføre et prøveprosjekt for screening av flyktninger og asylsøkeres psykiske helse når de kommer til landet. Vurdere omfangsstudie av traumatiske lidelser, som følge av krig og tortur, hos flyktninger og asylsøkere. Helsetilsynets rapport om helsetjenester til gruppen foreligger tidlig i 2005. På bakgrunn av denne vurderes konkrete tiltak for å bedre helsetjenesten. Det er igangsatt gjennomgang av rutinene for diagnostikk, behandling og oppfølging av psykiske helseproblemer blant asylsøkere og flyktninger. Dette gjelder også samarbeidsrutiner mellom ulike instanser som f. eks. mottak, helsetjenester, og i noen tilfeller politi. Det skal utarbeides et rundskriv for helse- og sosialtjenesten med presisering av gjeldende lov- og regelverk, rutiner.

Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse

Det ble i 2003 etablert en nasjonal kompetanseenhet ved Ullevål Universitetssykehus HF. Enheten skal drive kompetanseoppbygging og kunnskapsspredning om minoritetshelse, med utgangspunkt i et nasjonalt nettverk. Nettverket skal bestå av fagmiljøer og fagpersoner, kliniske så vel som vitenskapelige, som har kompetanse på området innvandreres somatiske og psykiske helse. Enheten har ansvaret for å bygge opp og drive dette nettverket. Midler til senteret bevilges til Helse Øst over kap.732

Nasjonale tiltak mot selvmord

Selvmord er en betydelig dødsårsak og forårsaker flere tapte leveår enn trafikkdød. En handlingsplan mot selvmord ble avsluttet i 1999. Et treårig oppfølgingsprosjekt ble etablert i 2000 for å sikre at kompetansen som var bygget opp, ble videreført. Tiltakene er videreført. Det bevilges blant annet midler til nasjonale forsknings- og kompetansehevingstiltak, regionale ressurstiltak og til et opplæringsprogram, VIVAT, om selvmordsforebyggende arbeid. Det er behov for å fortsette innsatsen for økt kunnskap, kompetansebygging og forebygging av selv-

mord og styrke nasjonale og regionale miljøers arbeid med dette. Det er besluttet å etablere regionale ressursmiljøer for vold, traumatisk stress og selvmord (jf omtale ovenfor). Tiltak for å styrke det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge ble omtalt i St.meld.nr.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Sosial- og helsedirektoratet har utredet og fremmet i 2003 et forslag til organisering av nasjonal kompetanse.

Satsingsområder og resultatmål for 2005

Det nasjonale arbeidet med selvmordsforebygging videreføres og styrkes. Forskning og kompetanseutvikling ved Seksjon for selvmordsforskning og forebygging ved UiO videreføres. Nasjonalt folkehelseinstitutts forskning på selvmordsadferd styrkes blant annet om selvmord hos dem som ikke har et kjent psykisk problem (50 pst. av alle selvmord). Det er etablert et samarbeid mellom disse nasjonale miljøene og enkelte andre blant annet om å utarbeide nasjonale retningslinjer for selvmordsforebyggende arbeid blant suicidale pasienter. Disse skal implementeres i 2005. Departementet vurderer at det i 2005 er viktig å bidra til et faglig godt samarbeid mellom aktuelle aktører og foreslår at det bevilges midler til nettverksbygging og samarbeid.

Post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, kan overføres

Formål og oppgaver

Opptrappingsplanen innebærer en styrking av psykisk helsevern svarende til om lag 2,6 mrd. kroner i økte driftsutgifter (2005-kroner) i løpet av planperioden, hvorav ca. 1,8 mrd. kroner til psykisk helsevern for voksne og ca. 0,8 mrd. kroner til barn og ungdom. Spesialisthelsetjenesten settes i stand til å dekke disse merutgiftene gjennom en styrking av det eksisterende øremerkede tilskuddet på departementets budsjett, økte polikliniske refusjoner samt økte inntekter fra brukerbetaling (pga økt aktivitet) ved poliklinisk behandling. Det vises til nærmere omtale av målsetninger, rapportering og videre utvikling under innledningen til dette kapittel.

Virkemidler

Det foreslås bevilget 1 190 mill. kroner for 2005 i tilskudd til psykisk helsevern over kap 743 post 75. Det foreslås flyttet 459,3 mill kroner til kap. 732 postene 71-75 fra posten. Flyttingen gjelder midler som er bevilget til psykisk helsevern i perioden 1995-1998 og flyttingen vil gjøre det enklere å følge bevilgningene til Opptrappingsplanen. Midlene er fortsatt forutsatt benyttet til psykisk helsevern. Posten foreslås således reelt økt med 300 mill. kroner sammenlignet med 2004. I tillegg kommer priskompensasjon på posten. På kap.732 post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv. er det foreslått en økning på om lag 50 mill. kroner for å videreføre en høyere poliklinisk aktivitet i 2004 sammenlignet med saldert budsjett. Av den økte bevilgningen på 300 mill. kroner er 18 mill. kroner avsatt til særskilte tiltak som er omtalt nedenfor. De resterende 282 mill. kroner av økningen fordeles etter samme fordelingsnøkkel som basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Det tas sikte på å benyttet en ny fordelingsnøkkel for de regionale helseforetakene i 2005 der psykisk helsevern har en egen nøkkel, jf. St. meld. nr 5 (2003-2004) og S. inst. nr 82 (2003-04).

De godkjente fylkeskommunale planene utgjør en sentral føring for de regionale helseforetakenes arbeid med utbygging og omstrukturering av tjenesten. Foretakene har gjennomgått og justert opptaksområder, dimensjonering, mv. ut fra en regional vurdering. De grunnleggende prinsippene i Opptrappingsplanen ligger imidlertid fortsatt til grunn, herunder den vedtatte DPS-strukturen. Departementet har i brev til de regionale helseforetakene presisert at avvik fra de fylkeskommunale planene skal forelegges departementet.

Resultatrapportering

For 2003 ble det vedtatt bevilget 1 165,4 mill. kroner i tilskudd til psykisk helsevern over kap 743 post 75. Dette var en økning på 136,5 millioner kroner sammenliknet med 2002, inkludert en priskompensasjon på 21,5 millioner kroner. Til økt poliklinisk behandling over kap. 730 post 61 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., ble det lagt inn 12 mill kroner.

De foreløpige tallene fra SAMDATA viser en realvekst på 3 pst. fra 2002 til 2003 i de regionale helseforetakenes totale driftsutgifter til psykisk helsevern. I perioden 1998-2003 har de totale driftsutgiftene til psykisk helsevern økt med 16 pst., målt i faste priser. I tråd med Opptrappingsplanens intensjoner har de totale driftsutgiftene til det psykiske helsevernet for barn og unge økt mest: fra 2002 til 2003 var økningen på 22 pst, og i perioden 1998-2003 på hele 56 pst. Driftsutgiftene til det psykiske helsevernet for voksne økte ikke fra 2002 til 2003, men har hatt en vekst på10 pst. i perioden 1998-2003.

Bevilgninger til drift psykisk helsevern. Brutto driftsutgifter 1996 – 2003.

(i mill. 2003-kroner)

	1996	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent endring 96-03	Prosent endring 98-03
Totale driftsutgifter psykisk helsevern	8 689	9 543	9 849	9 989	10 149	10 717	11 059	27	16
Totale driftsutgifter BUP	1 007	1 201	1 240	1 282	1 340	1 541	1 879	87	56
Totale driftsutgifter VOP	7 682	8 342	8 610	8 707	8 810	9 175	9 180	20	10

Kilde: SINTEF Helse og SSB

I følge foreløpig Samdata rapport opprettholdt RHFene samlet sett sin egenfinansiering av psykisk helsevern fra 2002 til 2003, når det justeres for en lønns- og prisvekst på 5,5 pst. På bakgrunn av de endelige Samdata tallene følger departementet opp en eventuell reduksjon i foretakenes egenfinansiering innenfor psykisk helsevern med utgangspunkt i at manglende leveringsforpliktelser blir rettet opp av de regionale helseforetakene.

Utviklingen i tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser

Opptrappingsplanen har som målsetning at 5 pst. av barnebefolkningen under 18 år skal få et tilbud om behandling fra det psykiske helsevernet innen utløpet av opptrappingsperioden i 2008. Som det går frem av tabellen nedenfor fra Samdata har behandlingskapasiteten i psykisk helsevern for barn og ungdom økt betydelig så langt i opptrappingsperioden:

Behandlede pasienter og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og unge.1998-2003. (Foreløpige tall Samdata)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Behandlede pasienter totalt	20 600	23 200	26 450	29 350	31 000	33 450
Herav poliklinisk behandlet	19 100	21 450	24 500	27 200	28 900	31 800
Herav med dag - eller døgntilbud	1 500	1 750	1 950	2 150	2 200	2 200
Antall polikliniske tiltak	186 000	221 000	260 000	288 000	345 000	449 000
Behandlede pasienter i prosent av barn og unge 0-17 år	2,1	2,2	2,5	2,7	2,9	3,1

Kilde: Datakilde: SSB og NPR

Innen psykisk helsevern for barn og ungdom fikk 33 450 pasienter under 18 år et tilbud i 2003. Dette representerer en økning på 12 850 pasienter eller 62 pst. i forhold til 1998. På tross av sterk vekst er det fremdeles store forskjeller mellom helseregionene: Helse Nord og Helse Øst lå over landsgjennomsnittet i 2003 med en dekningsgrad på henholdsvis 4,3 pst. og 3,3 pst. Helse Sør lå på landsgjennomsnittet med 3,1 pst. dekning, mens Helse Vest og Helse Midt lå under med henholdsvis 2,5 og 2,7 pst. Helse Øst hadde den sterkeste veksten i antall behandlede pasienter fra 2002 til 2003 med 11,6 pst. Helse Vest, Helse Sør og Helse Midt hadde en vekst på henholdsvis 7,8 pst., 7,2 pst. og 5,2 pst., mens Helse Nord hadde en nedgang på 1,8 pst som hovedsakelig skyldes rekrutteringsvansker og høy turnover ved poliklinikker i enkelte områder.

Innen psykiske helsevern for barn og unge økte antall årsverk med 97 fra 2002 til 2003, dvs. 3 pst. I perioden 1998-2003 har antall årsverk økt med 38 pst., hvorav polikliniske årsverk utgjorde 47 pst. Psykisk helsevern for voksne har hatt en samlet personellvekst på 1,4 pst. fra 2002 til 2003. Veksten i antall leger/psykiatere, psykologer og terapipersonale med høyskoleutdanning har vært særlig sterk med en økning på henholdsvis 25 pst., 51 pst. og 24 pst. fra 1998 til 2003 for sektoren

totalt. Årsverk for terapipersonale uten høyskoleutdanning er redusert med 38 pst. i samme periode.

I Opptrappingsplanen var det foreslått å øke antall døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og ungdom fra 295 i 1996 til 500 i 2006. Utvidelsen skulle skje ved nybygging, utvidelse av plasstall ved eksisterende institusjoner og ombygging av behandlingshjem. Ved utgangen av 2003 var det i følge Samdata Psykisk helsevern totalt 337 døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og ungdom, dvs. en økning på 41 plasser fra 1998.

I følge tall innhentet av direktoratet i mai 2004 planlegger de regionale helseforetakene netto 65 nye døgnplasser i den resterende delen av perioden (2004-2008). Det ligger dermed an til at kapasiteten vil bli utvidet med netto 106 nye plasser i løpet av opptrappingsperioden, dvs. en måloppnåelse på 52 pst. Dersom disse planene realiseres vil det være ca. 400 døgnplasser totalt i psykisk helsevern for barn og ungdom i 2008, dvs. 100 plasser mindre enn beregnet i St. prp. nr. 63 (1997-98).

I de senere årene er det utviklet en rekke ambulante arbeidsmåter som alternativer til innleggelse, delvis i samarbeid med barnevernet. Det er behov for å evaluere og systematisere erfaringene med bruk av ambulante arbeidsmåter. Eventuelle tiltak for å øke utbyggingen av antall døgnplasser utover det som fremgår av foretakenes planer, bør vurderes på bakgrunn av en slik evaluering av bruken av ambulante arbeidsformer innenfor det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Direktoratet vil følge situasjonen særskilt og foreta ny vurdering av behovet for døgnplasser.

Samlet sett har det vært en positiv utvikling innenfor det psykiske helsevernet for barn og ungdom i perioden, med en kraftig vekst i antall barn og ungdom som mottar behandling. Satsingen på utbygging og effektivisering av det polikliniske tilbudet videreføres som planlagt, blant annet gjennom overvåking av produktivitetstall for det enkelte regionale helseforetak og implementering av håndbok i drift av poliklinikker.

Utviklingen i tilbudet til voksne med psykiske lidelser

Som det går fram av tabellen nedenfor har behandlingskapasiteten i psykisk helsevern for voksne økt betydelig:

Behandlede pasienter og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne (foreløpige tall)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Psykisk helsevern for voksne:						
Antall polikliniske konsultasjoner	476 200	505 000	521 000	549 000	617 000	710 000
Antall døgnopphold[1]	34 300	35 800	38 400	39 000	41 800	44 750

[1] Døgnopphold er her definert som antall utskrivninger pluss antall pasienter innlagt ved årets slutt.

Innen psykisk helsevern for voksne har antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner økt med 15 pst. fra 2002 til 2003. Siden 1998 har antall polikliniske konsultasjoner økt med 233 800, dvs. 49 pst. Antall institusjonsopphold økte med 7 pst. fra 2002 til 2003. Siden 1998 har antall institusjonsopphold økt med 10 450, dvs. 30 pst.

Ved utgangen av 2003 var det 15 263 årsverk totalt innenfor det psykiske helsevernet for voksne, noe som tilsvarer en økning på 1609 årsverk fra 1998, dvs. 12 pst. Antall polikliniske årsverk økte kun med 2 pst. fra 2002 til 2003, men har økt med hele 43 pst. siden 1998. Årsverk for psykologer, leger og høyskoleutdannet personell har økt mest hittil i perioden, med henholdsvis 55 pst., 25 pst. og 22 pst. Antall årsverk for hjelpepleiere/ufaglærte har ikke økt hittil i perioden.

Det har vært en vesentlig høyere vekst i antall årsverk ved DPSene enn ved sykehusavdelingene (56 pst. mot 8 pst.). Veksten ved DPSene må ses i sammenheng med reduksjonen ved sykehjemmene. Andelen årsverk ved sykehusavdelinger for voksne har sunket fra 63pst i 1998 til 57pst i 2003.

Produktiviteten i poliklinikker for voksne har tidligere hatt en bekymringsfull utvikling. Den prosentvise økningen i polikliniske årsverk fra 2002 til 2003 (2 pst.) sett i forhold til økningen i antall polikliniske konsultasjoner i samme periode (15 pst.) indikerer imidlertid en produktivitetsøkning. Produktiviteten i poliklinikkene for voksne må følges nøye utover i opptrappingsperioden. SINTEF Helse har på oppdrag fra direktoratet foretatt en evaluering av innføring av håndbok i drift av poliklinikker. På bakgrunn av resultatene fra evalueringen vil RHFene i samarbeid med direktoratet følge opp for å sikre produktivitetsvekst. Departementet vil i tillegg be RHFene overvåke utviklingen i produktiviteten og sørge for at det blir satt i verk tiltak ved de poliklinikkene som ikke har en produktivitetsutvikling som forutsatt.

I perioden 1998-2003 økte antall utskrivninger fra døgnavdelinger med 35 pst. Fra 2002 til 2003 økte antall utskrivninger med 3155 eller 8 pst. Kapasitetsutnyttelsen ved døgnavdelingene er også økt ved at antall oppholdsdøgn per utskriving er redusert. Dette viser at bruken av døgnplassene ved disse institusjonene gradvis legges om, slik at det gis mer aktive behandlingstilbud, i tråd med Opptrappingsplanens intensjoner.

Døgnplasser i DPS

Opptrappingsplanen foreslo å øke antall døgnplasser i DPSene med 1025 plasser i forhold til nivået i 1996, til totalt 2065 døgnplasser i 2006. En vesentlig del (761 plasser) av de 2065 DPS-plassene var forutsatt å være plasser i tidligere sykehjem og bo - og behandlingssentra som skulle oppgraderes til aktive behandlingstilbud i DPS. I følge foreløpige tall fra SAMDATA psykisk helsevern har antall døgnplasser i DPSer og i bo - og behandlingssentra i perioden 1996-2003 økt med 787 plasser til 1801. Fra 2002 til 2003 ble imidlertid plasstallet redusert med 44 plasser. I følge de regionale helseforetakene skyldes nedgangen i antall sykehjemsplasser hovedsakelig at sykehjem har blitt definert som DPS og utviklet med poliklinikk, ambulant virksomhet og dagtilbud med redusert antall døgnplasser. Tall innhentet av direktoratet viser at RHFene planlegger å etablere 414 nye plasser i perioden 2004-2008, slik at det totalt vil være 2215 døgnplasser i DPS i 2008. Det tas forbehold for endrede behov i forhold til nye arbeidsformer som ambulante team og lignende.

Døgnplasser i sykehus

Antall døgnplasser ved sykehusene gikk ned fra 3070 i 1998 til 2935 i 2003, en nedgang på 135 plasser. En kartlegging utført av direktoratet i mai 2004, viser at RHFene har ulike planer for utbyggingen av sykehusplasser i den resterende delen av opptrappingsperioden. Helse Sør og Helse Vest planlegger en nedgang i antall døgnplasser i sykehus. I Helse Vest er dette knyttet til en omdefinering av sykehusplasser til DPS-plasser. Helse Nord og Helse Øst planlegger en økning, mens Helse Midt-Norge ikke planlegger endringer i antall plasser. Dersom planene gjennomføres vil det være 2836 døgnplasser i sykehus i 2008, dvs. en nedgang på 234 plasser fra 1998, eller 7,6 pst. Det henvises for øvrig til St. prp. nr 1 (2003-2004) og innledningen til budsjettkapittel 743 med hensyn til at RHFene skal vurdere antall døgnplasser på nytt. Det forutsettes at nedleggelse av eksisterende institusjoner ikke finner sted uten at nye og bedre tiltak er bygd opp.

Opptrappingsplanen foreslo på grunnlag av tall fra 1996 å redusere antall psykiatriske sykehjemsplasser til 1400. Allerede i 1998, før Opptrappingsplanen var trådt i kraft, var antallet redusert med 760 plasser til 1298. I 2003 hadde antall sykehjemsplasser sunket til 481, og var altså blitt vesentlig lavere enn beregnet i St.prp. nr. 63. (1997-98) RHFene er i eget brev bedt om at ytterligere reduksjon ikke gjenomføres før samlet gjennomgang av boligtiltak er foretatt, jf. innledningen til kap. 743.

De regionale helseforetakene legger opp til et lavere antall døgnplasser totalt sett enn det som lå til grunn for beregningene i St. prp. nr. 63 (1997-98). Nedgangen er knyttet til en større reduksjon i antall sykehjemsplasser enn det som var forutsatt i Opptrappingsplanen, jfr. nevnte forutsetning om at alternativer skal foreligge før nedleggelse finner sted. Samtidig legges det opp til et noe høyere antall døgnplasser i DPS og et noe lavere antall døgnplasser i sykehus enn det som var lagt til grunn i St. prp. nr. 63 (1997-98).

Det anses som en faglig riktig utvikling at sykehjemsplassene erstattes dels av kommunale tilbud og dels av tilbud ved DPSene. Dette krever imidlertid at DPSene dreier sin virksomhet mot korttidsopphold og oppfølging av pasienter i kommunene. Avviklingen av sykehjemsplasser og overføring av pasienter til kommunene må planlegges i samarbeid med kommunene og den ansvarlige DPS, slik at den enkelte pasient sikres et godt tilbud både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i samsvar med sine behov.

Antall døgnplasser ved sykehusavdelingene vil i følge tallene fra RHFene bli noe redusert fram til 2008. Forutsatt at denne reduksjonen først og fremst skyldes at allmennpsykiatriske oppgaver og tilhørende ressurser overføres til DPS, er dette en riktig utvikling. Sykehusene skal utvikle mer spesialisert kompetanse innen diagnostikk, utredning og behandlingsplanlegging, og det er behov for økt kapasitet i sikkerhetsavdelinger.

Når kapasiteten ved døgnavdelingene både i sykehus og DPS vurderes må det ikke utelukkende legges vekt på antallet plasser. Det avgjørende er hvordan plassene brukes. SINTEFs pasienttelling for 2003 viser at etter behandlernes vurdering er mange pasienter fremdeles feilplasserte: Om lag 40 pst. av pasientene i døgnavdelingene ved DPSene burde hatt kommunale døgntilbud eller tilbud i egen bolig. Ved de psykiatriske sykehusavdelingene burde om lag 35 pst. av pasientene etter behandlernes vurdering hatt et kommunalt tilbud. Dette fører til at pasientstrømmen stopper

opp og bidrar til lange ventetider og et mangelfullt tilbud for mange pasienter. Det bidrar også til problemer med overbelegg og press på døgnavdelingene, og da særlig på akuttavdelingene.

For å sikre nødvendig flyt i behandlingskjeden og en effektiv utnyttelse av døgnplassene, må sykehusene og DPSene utvikle og gi et tilbud til de riktige pasientene. Dette forutsetter at det utvikles en klar ansvars- og oppgavefordeling mellom DPS og sykehus, og mellom DPS og kommunene i opptaksområdet. Helsetilsynets rapport nr 4/2004 som oppsummerer gjennomførte tilsyn med psykisk helsevern for voksne i 2003 viser at dette ikke blir gjort i tilstrekkelig grad, og departementet vil derfor ta særskilt tak i dette problemet.

Som en del av dette er det nødvendig å se nærmere på innhold og organisering av akuttjenestene. Sosial- og helsedirektoratet finansierer i samarbeid med SINTEF Helse og flere helseforetak utprøving av alternative modeller for akuttjenester. I tillegg er det etablert nye former for akuttmottak ved flere sykehus. En mulig løsning vil være å etablere egne akutteam ved DPSene som kan vurdere, intervenere og gi hjelp i hjemmet ved behov. Erfaringene med slike team både fra England og Norge viser at det i de fleste situasjoner vil kunne finnes andre og bedre løsninger enn innleggelse i akuttavdeling. En slik tjeneste vil dermed også kunne bidra til både å redusere antall tvangsinnleggelser og å kvalitetssikre nødvendige tvangsinnleggelser. Det vises for øvrig til innledningen til budsjettkapitlet.

En kartlegging av behandlingstilbudene ved DPSene gjennomført av SINTEF i 2003-04 viser at tilbudene ved DPSene utvikles forskjellig og i ulik takt, både mht. faglig innhold i behandlingstilbudet, størrelse og dimensjonering av henholdsvis døgnplasser og poliklinisk/ambulant tilbud, og ansvarsfordeling mellom sykehus og DPS.

Det generelle øremerkede tilskuddet til psykisk helsevern foreslås videreført og økt i 2005 med de regionale helseforetakene som mottakere. Tilskuddsmidlene vil hovedsakelig bli fordelt etter objektive kriterier. Vilkår for tilskuddet er at aktivitetsnivået må videreføres slik at tilbudet i 2005 minst skal være på samme nivå som i 2004, og i tillegg bli supplert med de ytterligere tiltak som følger av nye midler fra Opptrappingsplanen. Gevinster av effektiviseringstiltak i helseforetakene skal komme mennesker med psykiske lidelser til gode. Det legges til grunn økt aktivitet for 2005 i tråd med Opptrappingsplanen.

Tilgjengelighet og ventelister

I henhold til Norsk Pasientregister har antall ventende voksne økt med 6 pst fra 1. tertial 2003 til 1. tertial 2004. Samtidig har gjennomsnittlig ventetid for voksne gått ned fra 55 til 53 dager. For barn og ungdom har antall ventende økt med 39 pst, mens gjennomsnittlig ventetid er økt med 1 dag i samme perioden.

Tilgjengelighet og ventelister

	1. tertial 2002	1. tertial 2003	1. tertial 2004	Endring 2002-04	Endring i pst. 02-04
Psykisk helsevern, voksne					
Gjennomsnittlig ventetid*	59 dager	55 dager	53 dager	-6 dager	-10 pst.
Antall ventende	6 618	6 553	6 960	342	5 pst.
Antall nyhenviste	13 681	17 092	18 284	4 603	34 pst.
Psykisk helsevern, barn og ungdom					
Gjennomsn. ventetid, barn og ungdom *	90 dager	70 dager	71 dager	-19 dager	-21 pst.
Antall ventende, barn og ungdom	2 551	2 776	3 850	1 299	51 pst.
Antall nyhenviste, barn og ungdom	3 332	4 838	6 422	3 090	93 pst.

* Gjennomsnittlig ventetid for pasienter der behandlingen er avsluttet i løpet av perioden.
Kilde: Norsk Pasientregister.

Ventelistetallene svinger en god del over tid og mellom regionene. Men etter at de regionale helseforetakene overtok ansvaret i 2002 synes ventelistetallene stort sett å være inne i en positiv utvikling, særlig når det gjelder voksne. Det at antall ventende øker må sees i sammenheng med at man

i Opptrappingsplanen har tatt utgangspunkt i et underforbruk av tjenester i forhold til reelt behov. Tallene tyder på at dette er et forhold i positiv utvikling. På tross av en sterk økning i antall nyhenviste de siste to årene, øker kapasiteten for både voksne og barn og unge slik at ventetiden er synkende eller stabil.

Departementet forventer at ventetiden reduseres ytterligere når kommunale tilbud og desentraliserte spesialisttjenester bygges ytterligere ut.

Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsbruk

Med bakgrunn i blant annet initiativ fra brukerorganisasjonene Mental Helse Norge og Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatrien, ga departementet i tildelingsbrevet for 2003 Sosial- og helsedirektoratet i oppgave å utarbeide en handlingsplan for redusert bruk av tvang, som også skulle omfatte en registrering og kartlegging av omfang og typer tvangsbruk. Det ble stilt krav til at brukerorganisasjonene skulle delta i arbeidet med planen helt fra oppstarten.

Departementet har fått oversendt et forslag til handlingsplan fra Sosial- og helsedirektoratet. Det foreslås bevilget 3 mill. kroner til gjennomføring av planen i 2005.

Psykisk helsevernloven hjemler bruk av tvang overfor personer med alvorlig sinnslidelse (psykose) som trenger behandling, når det ikke er mulig å få i stand nødvendig behandling frivillig. Det er et mål at tvangsbruken skal reduseres, men vel så viktig er kvalitetssikring av nødvendig tvungen behandling og tvangsbruk, slik at denne skjer i faglig forsvarlige former med respekt for pasientens verdighet.

De siste årene har andelen av henholdsvis tvang og frivillighet ved innleggelser i psykisk helsevern vært stabil ved de sykehusene der dette er registrert. Det vil si at ca. 75 pst. innskrives frivillig og 25 pst. etter vedtak om tvungent psykisk helsevern, der tvungen undersøkelse i institusjon utgjør ca. 12 pst. og tvungent døgnopphold ca. 13 pst. Disse tallene er uendret også fra 2002 til 2003. Det har vært til dels mangelfull rapportering fra institusjonene slik at det er noe usikkerhet knyttet til tallene.

Tilbudet til døve og døvblinde med psykiske lidelser

Det er behov for å styrke helsetjenestene til døve med psykiske lidelser. Det er anbefalt at døve med psykiske lidelser primært bør få tilbud om behandling i egen helseregion, og samtlige RHF skal på bakgrunn av dette utvikle en tjeneste som er tilpasset døve med psykiske lidelser (barn, ungdom og voksne). RHFene har foreløpig kommet ulikt langt i dette arbeidet. Det er i tillegg behov for en høyspesialisert landsfunksjon med nasjonale kompetanseoppgaver for ungdom og voksne døve. På bakgrunn av dette, samt at det i dag finnes et spesialtilbud til voksne døve med psykiske lidelser ved Aker universitetssykehus, har Helse Øst fått i oppdrag å etablere en klinisk landsfunksjon for både ungdom og voksne. Landsfunksjonen har også ansvar for nasjonal kompetanseutvikling og kompetansetilførsel til tjenesteapparatet. Etablering av landfunksjonen utredes i 2004 med sikte på oppstart i 2005. Det foreslås bevilget 3 mill. kroner til drift av denne i 2005.

I tillegg vil det påløpe kostnader knyttet til rehabilitering av bygningsmasse og investering i utstyr. Investeringene dekkes innenfor rammene for investeringer i Opptrappingsplanen.

Økt bemanning og kompetanseheving.

Målsettingen i Opptrappingsplanen er dels en generell bemanningsøkning for å sikre økt behandlingskapasitet, og dels en spesifikk økning av andelen årsverk med universitets- og høgskoleutdanning for å bidra til kompetanseheving. Den største årsverksveksten skal skje ved DPSene og ved poliklinikkene for barn og unge. Samlet er det forutsatt en vekst på ca.4600 årsverk innen psykisk helsevern, hvorav 72 pst. av økningen i bemanningen skulle være universitets- eller høyskoleutdannede.

Halvveis i planperioden har antall årsverk i psykisk helsevern totalt økt raskere enn forventet. Økningen i årene 1998-2003 har gjennomsnittlig vært omlag 320 nye årsverk per år innen psykisk helsevern for voksne, og 160 nye årsverk per år innen psykisk helsevern for barn og unge. I 2003 var det en økning på 205 årsverk i psykisk helsevern for voksne, og 97 årsverk i psykisk helsevern for barn og unge, Hittil har vel 80 pst. av årsverksveksten innen psykisk helsevern for voksne og over 90 pst. av årsverksveksten innen psykisk helsevern for barn og unge vært universitets- og høyskoleutdannet personell. Fra 2002 til 2003 økte antall psykiaterstillinger med 21 nye årsverk. Antall øvrige legestillinger økte med 52.

Ved DPSene er antall årsverk for leger og psykologer fordoblet fra 1998 til 2003, mens bemanningen av personale med treårig helsefaglig utdanning har økt med om lag 60 pst. Innen psykisk helsevern for barn og unge er antall årsverk for leger og psykologer økt med 45 pst., mens bemanning av personell med treårig helsefaglig utdanning har økt med 46 pst. Det har således skjedd en markant

kompetanseheving innen begge de prioriterte områdene DPSene og psykisk helsevern for barn og unge.

Tilbud til personer med psykiske lidelser i den samiske befolkning

Det skal bygges ut et samisk senter for psykisk helsevern for voksne i Lakselv, og et for barne- og ungdom i Karasjok. De to sentrene er tatt inn i fylkesplanen for Finnmark, og Helse Nord RHF har fått i oppgave å realisere utbyggingen. Poliklinikken for voksne i Lakselv og poliklinikken for barn og unge i Karasjok er styrket med personell for å drive utdanning, opplæring, veiledning og undervisning av personell i kommunene og spesialisthelsetjenesten som skal arbeide med mennesker med psykiske lidelser med samisk bakgrunn. I tillegg arbeides det med å realisere et akuttilbud for voksne med samisk bakgrunn i Lakselv, og et behandlingshjem for ungdom og en familieavdeling i Karasjok som skal ha samisk ungdom og samiske familier som hovedmålgruppe. Det foreslås bevilget 5 mill. kroner mer til dette formålet i 2005.

Psykisk helse og rus – dobbeltdiagnoser

Etter at de regionale helseforetakene gjennom rusreformen fikk overført ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere, har disse blant annet arbeidet med å knytte det psykiske helsevernet innen spesialisttjenesten tettere sammen med behandlingsapparatet for rusmiddelmisbrukere. I særlig grad gjelder dette DPSene. Det er et mål å sikre samordning av henvendelser til DPS og/eller til tverrfaglig spesialisert behandling og vurdering av rett til nødvendig helsehjelp. Dette er allerede godt i gang flere steder, og arbeidsmåten vil bli videre implementert i 2005. Samtidig tilbyr en del av disse poliklinikkene også tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere. Arbeidet med samordning av vurdering og poliklinisk behandling av mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer vil bli videreført.

Et ledd i dette vil også være å samordne finansieringsordningen for poliklinikkene for rus og i psykisk helsevern for voksne. Ved kommende årsskiftet er det derfor foreslått å tilpasse ruspoliklinikkene de takster som skal gjelde for poliklinikker for psykisk helsevern (Se omtale under kap.732 post 77).

En kartlegging Sosial- og helsedirektoratet foretok i 2003 viste at det generelt var mangelfullt tilbud om utredning og behandling av personer med samtid psykisk lidelse og rusproblem, mangel på samarbeid og udekkete behov for kompetansetiltak. Kartleggingen vil bli gjentatt årlig. De regionale helseforetakene forutsettes å følge opp situasjonen, jfr. det tydeliggjorte ansvaret for personer med dobbeltdiagnoser gjennom Rusreformen. Det gis støtte over Opptrappingsplanen til utvikling av behandlingsmodeller, samhandling og kompetanseoppbygging, og det planlegges etablert et felles kompetansenettverk for ansatte i 1. og 2. linjetjenesten. Igangsatte undervisningsprogrammer og behandlingsmodeller vil bli evaluert og videreutviklet gjennom planperioden fram mot 2008.

Sikkerhetsplasser

I tråd med målsettingen i Opptrappingsplanen er det etablert tre regionale sentre for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri; i Trondheim (Brøset), Bergen (Sandviken) og Oslo (Ullevål/Gaustad). Sentrene har i tillegg til høy- og lavsikkerhetsplasser, kompetansesenterfunksjoner på området (jf. kap 743 post 73).

Rapportering 2003: Det er etablert 62 døgnplasser inklusiv 8 rehabiliteringsplasser ved de tre høysikkerhetsavdelingene og 156 døgnplasser inklusiv 10 rehabiliteringsplasser ved lavsikkerhetsavdelinger. Det gjennomføres regelmessig kurs for spesialister innen psykologi og psykiatri i vurdering av risiko for farlighet og sakkyndighetsarbeid for å bidra til å kvalitetssikre rettspsykiatriske uttalelser. Det er også igangsatt veiledning og undervisning av fengselspersonale. Brøset sikkerhetsavdeling og kompetansesenter har sammen med Trondheim fengsel etablert et tilbud om hormonbehandling i tillegg til psykologisk behandling til personer som er dømt for særdeles grove seksuelle overgrep. 4 innsatte deltar i programmet.

Statusvurdering: Behovet for plasser er rimelig godt dekket i høysikkerhetsavdelingene. De regionale helseforetakene har i noen fylker planlagt og til dels etablert nye døgnplasser, men det er behov for ytterligere økt sykehuskapasitet i lavsikkerhetsavdelinger som følge av de nye lovbestemmelsene om den strafferettslige særreaksjonen dom til tvunget psykisk helsevern, som trådte i kraft 1. januar 2002 I høysikkerhetsavdelingene er det behov for opprettelse av observasjons- og utredningsplasser. Til sammen er det behov for 30 nye sikkerhetsplasser. Dette er i tråd med måltallene for Opptrappingsplanen.

Det drives flere typer behandlingsprogrammer i fengslene i forhold til aggresjon/sinne, rusmisbruk og sedelighetskriminalitet igangsatt som prosjekter. Det er også igangsatt andre fagutviklings- og forskningsprosjekter innen områdene sikker-

hets-, fengsels- og rettspsykiatri (jf kap 743 post 73).

Mål 2005: De prosjektbaserte behandlingsprogrammene i Bergen fengsel skal implementeres i fengselets ordinære behandlingstilbud som et samarbeid mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten. Hormonbehandlingsprogrammene videreføres. Det foreslås bevilget 1 mill. kroner til styrking og spredning av kompetansetiltaket Sinnemestring.

Antall regionale sikkerhetsplasser anses tilstrekkelig på landsbasis. Antall lokale sikkerhetsplasser bør økes noe (30 plasser). Forslaget ligger innenfor de opprinnelig vedtatte rammer for Opptrappingsplanen. Sosial- og helsedirektoratet vil i samarbeid med de regionale helseforetakene vurdere fordeling av disse plassene mellom regionene, samt en fremdriftsplan som sikrer etablering i løpet av opptrappingsperioden.

Omlegging av polikliniske takster

I Innst.S.nr. 82 (2003-2004) sluttet Stortinget seg til regjeringens forslag i St.meld.nr.5 (2003-2004) om ny takststruktur for poliklinikker i psykisk helsevern. Den nye strukturen legger 50 prosent vekt på aktivitetstakster og 50 prosent vekst på årsverkstakst innenfor rammen av gjeldende sats for polikliniske takster. Fra 1. januar 2005 foreslås det derfor iverksatt nye takster som følger ovennevnte struktur, se kap. 732, post 77.

Det opprinnelige forslaget til nye takster bestod av et antall hoved- og tilleggstakster i tillegg til årsverkstakst, og har vært forelagt relevante instanser på en bred høringsrunde. Med bakgrunn i instansenes innspill og generelle vurderinger, er det opprinnelige forslaget modifisert noe.

Stortinget sluttet seg til regjeringens forslag i St.meld. nr. 5 (2003-2004) til omlegging av takststrukturen for psykiatriske poliklinikker, jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004). Takststrukturen foreslås endret fra 2 takster for henholdsvis inntak og behandling i dag, til 4 hovedtakster og 3 tilleggstakster innført fra 1.1.2005. I tillegg beholdes årsverkstaksten men med lavere vekt. Takststrukturen for psykisk helsevern legges om fra 1. januar 2005. Omleggingen er en oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003-2004).

Omleggingen forventes å motivere til å øke den polikliniske kapasiteten med fokus på aktivitet og pasientbehandling, og gi økt vekt på samarbeid og samhandling mellom tjenestenivåene. Høringsrunden viste at det er bred enighet om at det foreslåtte takstsystemet vil kunne motivere til bedre ressursbruk og en tjeneste mer tilpasset brukernes behov.

Tilsvarende takster foreslås også iverksatt for behandling i ruspoliklinikker, jf. nærmere omtale under kap. 732 post 77 og kap. 726 post 61.

Det videre arbeidet med implementeringen av takstsystemet vil skje i samarbeid med Rikstrygdeverket. Nye forskrifter som beskriver de nye takstene skal utarbeides, og et infoskriv om implementeringen er planlagt. Det vil innen årsskiftet være etablert et apparat som håndterer spørsmål om bruken av takstsystemene for både psykisk helsevern og rus (se under), for å sikre en mest mulig riktig bruk av dette. Det vises også omtale under kap. 732 post 77.

Viken senter

Helsedepartementet godkjente planene for etableringen av Viken senter i november 2003. I St. prp nr 1 (2003-2004) ble det bevilget statlig medfinansiering med om lag 63 mill kroner over kap 732 post 70 I tillegg kommer midler fra Bardu kommune, Troms fylkeskommune og andre private bidragsytere. Inventar og utstyrsanskaffelser forutsettes dekket over bevilgningen, eller andre bidragsytere.

Det vil bli totalt 40 behandlingsplasser. Spesielt vil behandling av personer med angst-, traume-, depresjons- og eksistensialproblematikk få økt kapasitet i regionen og nasjonalt. Bygging er i gang satt høsten 2004. Bygget er planlagt ferdigstilt i 2005 og tatt i bruk i 2006. Det vil påløpe driftskostnader i 2005 i forbindelse med rekruttering av personell, lønn, opplæring med mer. Det foreslås avsatt inntil 6 mill kroner til dette i 2005.

For øvrig omtale av etableringen av Viken senter vises det til statsbudsjettet for 2004.

Kap. 0744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
70	Fagenhet for tvungen omsorg	48 493	32 230	41 598
	Sum kap 0744	48 493	32 230	41 598

Post 70 Fagenhet for tvungen omsorg

Formål

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endring og ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven §§ 238 og 239), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet etablering av en egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere.

Virkemidler

Ansvaret for drift av fagenheten forestås av Helse Midt-Norge RHF. Utgiftene til drift og videre investeringer foreslås dekket særskilt over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten. I Ot. prp. nr. 46 (2000-2001) er kapasitetsbehovet i fagenhet for tvungen omsorg anslått til totalt 15 personer, basert på at 1-2 personer dømmes til tvungen omsorg per. år. Det er her understreket at anslagene for antall personer er usikre, men så langt synes dette å være et riktig estimat.

Resultatrapportering

Fagenheten er organisatorisk knyttet til Brøset regional sikkerhetsavdeling. Fagenheten har sin egen faglige identitet med basis i tverrfaglig habiliteringsarbeid. Det faglige ansvaret ligger hos fagenhetens ledelse. Fagenheten kan inngå avtale med en kommune om at en del av særreaksjonen kan gjennomføres der når hensynet til den domfelte tilsier det, og sikkerhetshensyn ikke taler mot.

Ved gjennomføringen av dom på tvungen omsorg gjelder psykisk helsevernloven kapittel 6 om kontroll og etterprøving så langt de passer. Etter forslag fra Kontrollkommisjonen for Østmarka og Brøset sykehus har Fylkesmannen i Sør Trøndelag blitt bedt om å opprette en egen kontrollkommisjon for fagenheten med ansvar for alle psykisk utviklingshemmede som dømmes til tvungen omsorg.

Per. juli 2004 er 9 personer dømt til tvungen omsorg. Av disse er 5 personer plassert i fagenheten hvorav to av disse er i varetekt. De øvrige 6 personene befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar.

I St. prp. nr. 63 (2003-2004) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden ble det bevilget 22 mill. kroner for å dekke økte utgifter innen ordningen. Utgiftene på posten vil derfor utgjøre om lag 54 mill. kroner i 2004. Det er i gang satt et arbeid med å sikre kostnadskontroll med ordningen. Det foreslås bevilget om lag 41,6 mill kroner til ordningen i 2005. Det er en forutsetning for bevilgningsnivået på posten at dette arbeidet fører til at kostnadsnivået reduseres.

Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
0750	Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)	123 077	121 363	125 421	3,3
0751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)	58 323	85 624	133 535	56,0
	Sum kategori 10.50	181 400	206 987	258 956	25,1

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
01-23	Statens egne driftsutgifter	120 884	144 353	189 249	31,1
30-49	Nybygg, anlegg mv.	2 193	3 550	3 614	1,8
70-89	Andre overføringer	58 323	59 084	66 093	11,9
	Sum kategori 10.50	181 400	206 987	258 956	25,1

Overordnet formål med programkategorien

Programkategorien er knyttet til oppfyllelse av følgende legemiddelpolitiske mål:

- befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne,
- legemidler skal brukes faglig og økonomisk riktig,
- lavest mulig pris på legemidler.

Det vises også til de refusjonspolitiske målene som er omtalt under programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv. kap. 2751 post 70.

Kap. 0750 Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
01	Driftsutgifter	120 884	117 813	121 807
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	2 193	3 550	3 614
	Sum kap 0750	123 077	121 363	125 421

Overført fra 2003 til 2004:
Post 01: 651 000 kroner.
Post 45: 1 287 000 kroner.

Formål og hovedprioriteringer

Statens legemiddelverk skal bidra til å sikre at de legemiddelpolitiske og refusjonspolitiske målene blir oppfylt.

Legemiddelverkets forvaltningsoppgaver er knyttet til klinisk utprøvning av legemidler, utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt i forbindelse med godkjenning av legemidler, legemiddeløkonomi, laboratoriekontroll, bivirkningsovervåkning, vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler på markedet og veiledning om riktig legemiddelbruk. Legemiddelverket skal bidra til å ivareta narkotikakonvensjonens overordnede mål gjennom å overvåke den legale omsetningen av narkotiske legemidler og virkestoffer.

Legemiddelverket har videre ansvar for å føre tilsyn med klinisk utprøving og med forsyningskjeden for legemidler. Denne omfatter importører, råvareprodusenter, legemiddeltilvirkere, grossister og detaljister. Hensikten er å overvåke tilgjengeligheten av legemidler og føre tilsyn med at legemidlenes kvalitet ikke forringes på veien fra produsent til allmennheten.

Legemiddelverkets myndighetsutøvelse skal være konsistent og forutsigbar. Veiledning og formidling skal være kunnskapsbasert. Legemiddelverkets målgrupper er legemiddelindustri, legemiddelgrossister, apotek og forskrivere. I tillegg er allmennheten en målgruppe for informasjon om og veiledning i valg av legemidler. Helsepersonell holdes oppdatert om ny kunnskap av betydning for rasjonell bruk av etablerte legemidler gjennom aktiv kommunikasjon på Legemiddelverkets hjemmesider, tidsskriftet "Nytt om legemidler", gjennom mediekontakt og andre egnede fora.

Gjennom arbeidet med søknader om markedsføringstillatelser og med oppfølging av bivirkningsmeldinger gis allmennheten tilgang til sikre og effektive legemidler. Søknadsbehandlingen skjer på ulike nivåer, fra fullstendige utredninger av all søknadsdokumentasjon for det norske markedet eller på vegne av hele EØS-området, til å kommentere eller anerkjenne vurderinger gjort av andre EØS-land. For å få en mest mulig målrettet ressursutnyttelse legger Legemiddelverket vekt på å engasjere seg internasjonalt i de søknadsprosessene som gjelder legemidler av størst betydning for folkehelsen og norske terapitradisjoner.

MRA (Mutual Recognition Agreements) sikrer gjensidig anerkjennelse av tilsynsmyndigheter for legemidler i EFTA-land og visse land utenfor EØS-området.

Resultatrapport 2003

Legemiddelverket anser søknader om markedsføringstillatelse i de europeiske prosedyrene som spesielt viktige. Det er flere grunner til dette:

- Viktige nye legemidler vil primært søkes i en av disse prosedyrene, og bør være tilgjengelig for norske pasienter til samme tid som i EU-landene.
- Manglende norsk oppfølging av den enkelte søknad vil skape prosedyremessige problemer for andre EU-lands myndigheter, og derved skade Norges anseelse hos disse.
- Norske legemiddelmyndigheter må ta på seg sin del av fellesskapets oppgaver gjennom å påta seg utrednings- og inspeksjonsoppdrag på vegne av fellesskapet, og ikke framstå som en "gratispassasjer".

Som følge av disse prioriteringene har det blitt lagt ned færre ressurser til behandling av rent nasjonale søknader. Dette dreier seg primært om generiske legemidler, nye former og styrker av legemidler som allerede er på markedet, samt parallellimport.

For søknader om markedsføringstillatelser hvor Legemiddelverket har vært støtteutreder for EMEA (Det europeiske legemiddelbyrå) i sentral prosedyre, er tidsfristen overholdt for alle søknadene i 2003. (totalt 73 søknader for legemiddelpakninger). Markedsføringstillatelser forberedt av EMEA skal godkjennes av EFTA-statenes nasjonale legemiddelmyndigheter senest 30 dager etter Kommisjonens vedtak. Denne behandlingstiden har vært vanskelig å overholde. Antall søknader hvor behandlingstiden ligger over 30 dager er imidlertid synkende (fra 80 % i 2001 til 36 % i 2003). For rent nasjonale søknader har Legemiddelverket, for å spare ressurser, i stor grad valgt å avvente vurderingen av de samme legemidlene i andre EØS-land. Dette har ført til at gjeldende krav til behandlingstid ofte ikke har blitt overholdt i disse tilfellene. Når det gjelder refusjonssøknader fra industrien, har Legemiddelverket behandlet 75 søknader. Med unntak av to saker har alle vært i tråd med gjeldende frister.

Som ledd i den nasjonale kvalitetsovervåking av legemidler tas stikkprøver i markedet. Kontrollen har i 2003 fokusert på legemidler som det tidligere hadde vært problemer med, som kom fra norske produsenter eller som var nye i Norge. Et legemiddel viste seg å inneholde for lite virkestoff, mens et annet legemiddel viste seg å ha ujevn fordeling av virkestoff. For 13 produkter ble det avdekket problemer med kontrollmetoder og spesifikasjoner. Legemiddelverket gjennomfører

denne type analyser også på oppdrag fra andre EØS-land. Samarbeidet om kvalitetsovervåking innebærer at Legemiddelverket får tilgang til resultater fra andre lands stikkprøvekontroller.

Saksmengden innenfor forvaltning av forsyningskjeden økte med 10 % i 2003, og det er særlig innenfor områdene apotekforvaltning og grossistforvaltning det er en slik økning. Konsesjoner til utsalgssteder utenom apotek er et nytt forvaltningsområde for Legemiddelverket.

Tilsynet med nye detaljister utenom apotek er under oppbygging, og samarbeidet med Mattilsynet omfatter utarbeiding av dokumenter og veiledninger for inspeksjoner og å etablere statistikk som kan benyttes til risikovurderinger og vurderinger av sikkerheten i ordningen.

Legemiddelverket begynte i 2003 å informere forskrivere og andre om nye legemidler, refusjonsvilkår og bakgrunnen for avgjørelse i refusjonssaker i Nytt om legemidler (NYL) og på Legemiddelverkets hjemmesider. Indeksprisrefusjon ble innført 3. mars 2003 for de seks største generiske virkestoffene. Det ble ved innføringen av denne ordningen gjennomført en informasjonskampanje der det ble laget plakater og foldere for publikum og sendt brev til alle landets leger, apotek og involverte legemiddelfirma. Ordningen har senere blitt utvidet med fire nye virkestoff.

Likestilling

Legemiddelverket er en høykompetanseorganisasjon hvor ca. 80 % har høyere utdannelse. 72 % av de ansatte er kvinner. I lederstillinger er 65 % kvinner. Legemiddelverket praktiserer likelønn og legger ved ansettelser vekt på å få en balansert sammensetning av arbeidsstokken. Legemiddelverket har deltagelse i mentorprogram for kvinnelig mellomleder og det er etablert et lederutviklingsprogram som vil gjøre kvinnelige (og mannlige) mellomledere bedre skikket som ledere.

Tilstandsvurdering

Godkjenning av legemidler

Som det fremgår av resultatrapporten, skjer godkjenning av legemidlers kvalitet, sikkerhet og effekt i stor grad innenfor det europeiske samarbeidet på legemiddelområdet. Regelverket for godkjenning og markedsføring av legemidler er således felles i EØS-området. EU har vedtatt nytt regelverk, og det er gjort endringer i de aktuelle rettsaktene (direktiv 2004/24, direktiv 2004/27 og 2004/28 samt forordning 726/2004). Endringene skal nå vurderes tatt inn i EØS-avtalen, og det må gjøres tilpasninger i det norske regelverket.

Veksten i antall søknader om markedsføringstillatelse har vært sterkt økende etter utvidelsen av EØS-avtalen i 2000. For perioden 2000 t.o.m 2003 er veksten for rent nasjonale søknader på 151 %, parallellimport på 61 %, EUs gjensidige anerkjennelsesprosedyre på 138 % mens EUs sentrale prosedyre har vært svakt synkende ned 10 %. For å håndtere denne veksten har det vært nødvendig å effektivisere rutiner og foreta strenge prioriteringer. Rent nasjonale søknader og parallellimport har blitt nedprioritert, jf. kapitlet "Resultatrapport 2003". Følgen av dette er at saksbehandlingstiden for rent nasjonale søknader og parallellimport har blitt lengre enn ønskelig.

Refusjon av legemidler

Når det gjelder godkjenning av legemidler for generell refusjon på blå resept, ble det 6. juni 2003 vedtatt nye saksbehandlingsregler, inntatt i forskrift 22. desember 1999 nr. 1559 kap. 14. Forskriften klargjør reglene for opptak av legemidler i blåreseptordningen og imøtekommer legemiddelprodusentenes behov for innsyn, forutberegnlighet og rask saksbehandling. Den nye forskriften innebærer en effektivisering av saksbehandlingen og klargjør at norsk regelverk er i tråd med EØS-rettslige forpliktelser. I desember ble det gitt lovhjemmel for innføring av en ordning med refusjonskontrakter.

Statens legemiddelverk har satt i verk en rutine for fortløpende revurdering av maksimalpriser på de om lag 240 mest solgte virkestoffene i Norge. Dette betyr at produktene som står for i størrelsesorden 90 – 95 pst. av omsetningen, får revurdert sin maksimalpris hvert år.

Staten ved Helsedepartementet ble våren 2003 saksøkt av fire legemiddelfirma for praktiseringen av de årlige prisrevurderingene. Rettsaken ble avholdt i begynnelsen av mai 2004 i Oslo Tingrett. Tingretten ga staten medhold i at prisrevurderingene var i tråd med gjeldende rett. Ett av selskapene har anket avgjørelsen.

Distribusjon

Det er en økende trend i våre naboland og i Europa for øvrig at normale distribusjonsveier kontamineres med stjålne eller forfalskede produkter. Internetthandel øker, og mulighetene for at pasienter mottar kontaminerte produkter fordi de handler hos ikke godkjente kilder, er en økende bekymring. Landene innenfor EU/EØS-området tar nå initiativ for å vurdere mulige tiltak som hemmer internetthandel, og treffe tiltak for å hindre at for-

falskninger og stjålne varer distribueres via de lovlige kanalene.

Satsingsområder og mål 2005

Helsedepartementet ser det som ønskelig at Legemiddelverket fortsatt er aktive i EU-samarbeidet på legemiddelområdet. Dette er viktig for å kunne påvirke de beslutninger som tas, i forhold til godkjenning av legemidlers kvalitet, sikkerhet og effekt. Det er også viktig for å kunne oppfylle krav til saksbehandlingstider for søknader som godkjennes i Norge på basis av andre lands evalueringsarbeide. Samtidig må det imidlertid unngås at saksbehandlingstiden for nasjonale søknader overskrider de frister som er satt, jf vedtak nr 137 av 10. desember 2003:

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

Departementet vil sammen med Legemiddelverket gjennomgå de prioriteringer som til nå har vært lagt til grunn for arbeidet med markedsføringstillatelser. I tillegg vil etaten igjen måtte gjennomgå sine saksbehandlingsrutiner knyttet til denne typen søknader slik at det allerede fra 2004 er lagt et løp som kan sikre at tidsfristen for behandling av nasjonale søknader kan overholdes bedre enn idag.

Når det gjelder hvilke legemidler innen EUs prosedyrer Norge ønsker å utrede på vegne av fellesskapet, vil det primært være innen satsingsområdene antibakterielle midler, onkologi, hjerte-/karmidler, utvalgte terapiområder innen sentralnervesystemet, vaksiner til mennesker, legemidler til fisk og parasittmidler til dyr. I tillegg til disse områdene er det aktuelt å gå dypere inn i deler av dokumentasjonen for søknader som gjelder legemidler framstilt fra blod, legemidler med innhold av genmodifiserte organismer og legemidler med spesielle produksjonsforhold eller annet som kan tenkes å medføre kvalitetsproblemer.

Innen markedsovervåkning vil EØS-samarbeidet mellom laboratorier fortsatt ha høy prioritet.

Legemiddelverket skal under de nye saksbehandlingsreglene for blåreseptsaker hvor legemiddelindustrien er part, alltid fatte vedtak som førsteinstans. Legemiddeløkonomiske analyser er et viktig verktøy i behandlingen av refusjonssaker fordi dette muliggjør riktige og veloverveide prioriteringer. Verktøyet gjør det mulig å vurdere legemidler for samme tilstand opp mot hverandre og opp mot andre behandlingstilbud. Analysene gjør det mulig å utforme refusjonsvilkår slik at refusjonen i størst mulig grad gis til pasienter som har en effekt av legemidlet som forsvarer kostnadene. Legemiddelverket vil i 2005 fortsette arbeidet med å gjøre slike refusjonsvilkår lettere tilgjengelig for forskriverne når legen skal forskrive et legemiddel på blåresept. Det blir satset på å få sluttført arbeidet med å gjennomgå og revidere sykdomspunktene, legemiddelgruppene og vilkårene i blåreseptforskriften. Det er viktig å få etablert et mer entydig, systematisk og logisk refusjonssystem for legemidler. Informasjon om nye legemidlers effekt og bivirkninger samt vilkår for refusjon vil være viktige tiltak for å fremme både faglig og økonomisk riktig legemiddelbruk.

Norge deltar aktivt i EUs system for overvåking av bivirkninger. Nasjonalt er bivirkningsarbeidet intensivert når det gjelder legemidler til mennesker ved at rapporteringssystemet er blitt regionalisert. Legemiddelverket har i samarbeid med psykofarmakologisk avdeling ved Diakonhjemmets sykehus startet opp studier vedrørende bivirkninger av legemidler til kvinner. EUs legemiddelforvaltning øker i stor grad fokus på legemiddelbivirkninger og risk management vedr. bivirkninger. Gjennom EØS-avtalen gjelder dette også Norge. Overvåking av bivirkninger for legemidler til dyr vil bli trappet opp også i Norge som følge av tilsvarende opptrapping i EU.

Antall tilsynsobjekter i forsyningskjeden øker. Det er nå 200 kliniske utprøvinger og ca. 800 virksomheter, hvorav 530 er apotek. Et viktig tilsynsområde er norsk legemiddelindustri, hvor Norge har spesielle tilsynsoppgaver å fylle overfor EU-landene og overfor MRA-partnere. Disse forpliktelsene er nødvendige for at norsk legemiddelindustri skal kunne markedsføre og selge sine produkter internasjonalt.

Legemiddelverkets informasjon om nye legemidler, samtidig som disse kommer på markedet, er viktig som motvekt mot industriens markedsføring og bidrar til rasjonell legemiddelbruk. Når nye legemidler introduseres foreligger det som oftest lite publisert dokumentasjon. Legemiddelverket har imidlertid som nasjonal legemiddelmyndighet, tilgang til alle legemiddelstudier, også de som ikke er publisert og kan derfor bidra til å sette nye legemidler inn i en dagsaktuell klinisk hverdag. Videre bidrar Legemiddelverkets organisering av terapiverksteder og utgivelse av terapianbefalinger til rasjonell og faglig riktig legemiddelbruk innenfor større terapiområder. Alle europeiske legemiddelmyndigheter har fokus på legemiddel-

bivirkninger, og rask publisering av viktig bivirkningsinformasjon bidrar ytterligere til informasjon om legemidler og til riktig legemiddelbruk. Selv om legemiddelinformasjon er viktig for å lykkes med riktig legemiddelterapi er Legemiddelverkets forvaltning av refusjonsordningen en avgjørende enkeltfaktor.

Helsedepartementet har vedtatt nye forskrifter som åpner for salg av enkelte reseptfrie legemidler utenom apotek. I løpet av 2004 får man erfaringer for hvorledes ordningen virker i praksis. Legemiddelverket prioriterer samarbeidet med Mattilsynet om tilsynsmetodikk, erfaringsutveksling og opplæring samt veiledning av aktørene

Risiko ved legemiddelbruk har fått økt fokus i europeisk sammenheng. Legemiddelverket skal i tilknytning til en egen plan for legemidler som representerer en potensiell risiko, heve kompetansen på risikokommunikasjon, slik at kommunikasjonen med berørte parter kan bli mest mulig effektiv. Risikokommunikasjon er en del av den europeiske "Risk Management" strategien på legemiddelområdet og prinsippene kan benyttes også for å formidle annen type legemiddelinformasjon. Legemiddelverket vil ha fokus på formidling av ny informasjon om legemidler og bivirkninger av helsemessig betydning på en slik måte at informasjonen når frem til helsepersonell og publikum.

Genterapi er et nasjonalt satsingsområde, jf. St.prp. nr. 61 (1997-98) Nasjonal kreftplan 1999-2003. For å håndtere de legemidlene som brukes ved denne terapiformen, må Legemiddelverket fortsette å bygge opp egen kompetanse, både forvaltningsmessig og faglig.

Legemiddelverket bidrar til å sikre kontroll med bl.a. tilvirkning, import, eksport, besittelse og handel med enkelte legemiddelsubstanser og en rekke kjemikalier som har legitime anvendelsesområder, men som også kan brukes ved illegal narkotikaproduksjon. Dette er forutsatt å skje i nært samarbeid med Kriminalpolitisentralen og Toll- og avgiftsdirektoratet.

Kap. 3750 Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
02	Gebyrinntekter	3 560	5 380	5 563
16	Refusjon fødselspenger	2 069		
17	Refusjon lærlinger	103		
18	Refusjon sykepenger	3 378		
	Sum kap 3750	9 110	5 380	5 563

Post 02 Gebyrinntekter

Det ble i 2004 innført konsesjonsgebyr og årlig avgift knyttet til omsetning av reseptfrie legemidler utenom apotek. Disse gebyrinntektene skal også dekke de kostnader Mattilsynet har i forhold til tilsyn med ordningen.

Posten gjelder for øvrig gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker, tidsskriftkopier, terapi/bøker, refusjoner fra EMEA og foredrag).

Kap. 5578 Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
70	Registreringsavgift	77 198	65 397	67 620
71	Kontrollavgift	46 312	48 032	49 665
72	Refusjonsavgift		2 000	2 068
	Sum kap 5578	123 510	115 429	119 353

Avgiften på farmasøytiske spesialpreparater er en kombinasjon av en søknadsavgift og en kontrollavgift lagt på legemiddelprodusentenes omsetning.

Det ble i 2004 innført en egen avgift knyttet til behandlingen av søknader fra legemidlets rettighetsinnehaver om refusjon for legemidlet fra folketrygden, jf post 72 Refusjonsavgift.

Kap. 0751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
21	Spesielle driftsutgifter		26 540	67 442
70	Tilskudd	58 323	59 084	66 093
	Sum kap 0751	58 323	85 624	133 535

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Elektroniske resepter

En prosjektgruppe med deltakelse fra Rikstrygdeverket, Sosial-og helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Den norske legeforening, Norges apotekerforening og Bandagistenes næringspolitiske utvalg har i 2004 utarbeidet et forslag til overordnet direktiv og plan for implementering av elektroniske resepter (eResepter). Resultater fra forprosjektet viser at eResepter vil bidra til en modernisering og effektivisering av legemiddelforvaltningen. En implementering av eResepter vil etter planen kunne gjennomføres i slutten av 2006. Fordelene med eReseptløsning er bl.a.:

- Effektiv og kvalitetssikker overføring av reseptinformasjon fra lege til apotek.
- Legen kan kvalitetssikre sin forskrivning ved å ta i bruk forskrivningsstøtte knyttet til bruk, virkning, pris og refusjonskriterier for legemidler.
- Rikstrygdeverkets arbeid med kontroll og tilsyn av legens forskrivning samt det økonomiske oppgjøret overfor apotekene og bandagistene av blåresepter blir bedre, mer effektiv og mindre ressurskrevende.
- Større grad av automatisering av trygdeetatens behandling av individuelle refusjonssøknader
- Bedre tilbud for pasientene.

Kostnadene for hovedprosjektet er i rapporten fra forprosjektet anslått til om lag 250 mill. kroner i perioden 2004-2007. I denne summen inngår både kostnader til en sentral eReseptløsning, kostnader til etatenes løsninger (Statens legemiddelverk og Rikstrygdeverket) og kostnader for løsningene til eksterne aktører (Norges Apotekerforening, Lægeforeningen, Bandagistene). Departementene vil i sitt arbeid med gjennomgang av rapporten kvalitetssikre grunnlaget for anslaget. Gevinstene ved innføringen av eResepter kan være vanskelig å kvantifisere, men disse er særlig knyttet til innsparinger over folketrygdens legemiddelbudsjett når det gjelder en riktigere forskrivning og bruk av legemidler i forhold til gjeldende regelverk for refusjon (kap. 2751 post 70) og en effektivisering av trygdeetatens arbeid på dette området. Departementet vil i løpet av høsten 2004 følge opp forprosjektets resultater og deretter fastsette en plan og mandat for hovedprosjektet og bestemme prosjektets forankring.

Departementet foreslår at det bevilges 40 mill. kroner i 2005 til oppstart av implementeringen av eResepter.

Legemiddelberedskap

I januar 2003 inngikk Sosial- og helsedirektoratet en avtale med NMD grossisthandel AS om et beredskapslager av legemidler. Avtalen skal sikre forsyningsberedskapen og omfatter lagring, rullering og utskifting av et definert antall legemidler. Avtalen gjelder for to år med opsjon på forlengelse av avtalen i ytterligere to år, og det legges opp til en slik forlengelse. De årlige kostnadene ved avtalen finansieres over denne posten.

Dagens beredskapslager mot svikt i forsyningslinjene anses som en viktig, men begrenset beredskapsressurs. Direktoratet vil derfor arbeide videre med å avklare behovet for fremtidig statlig beredskapslager, herunder om forsyningsberedskap for legemidler skal være basert på et utvidet statlig lager eller om en helt eller delvis bør basere seg på beredskapsavtaler med legemiddelforsyningskjeden. En eventuell utvidelse av dagens lager, samt kompensasjon til legemiddelforsyningskjeden for kostnader som følge av eventuelle beredskapsavtaler, vil bli finansiert over denne posten.

Etterutdanning farmasøyter

Departementet vil over denne posten støtte etterutdanningstilbudet som gis ved Avdeling for videre- og etterutdanning (VETT) under Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo. Tilbudet anses å være av betydning når det gjelder å opprettholde og videreutvikle kompetansen på farmasøytiske arbeidsplasser i Norge.

Diverse tiltak på legemiddelområdet

Departementet vil legge frem en stortingsmelding om legemiddelpolitikken våren 2005. Det vil påløpe administrative utgifter knyttet til det som forventes å bli en omfattende oppfølgingsprosess i forlengelsen av meldingens fremleggelse. Det er av særlig betydning at en bred prosess starter tidlig, slik at ulike tiltak som sikrer bedre og mer effektiv legemiddelbruk kan implementeres fortløpende. Det er trolig tiltak knyttet til en eventuell modernisering av refusjonsordningene samt oppfølging av pasientens legemiddelbruk som vil være mest ressurskrevende. Oppfølgingsutgifter finansieres inntil videre over denne posten.

Departementet bidrar til finansiering av et kollegabasert veiledningsprosjekt i samarbeid med Legeforeningen og Universitetet i Oslo. Formålet er å optimalisere legemiddelforskrivningen. Tiltaket finansieres over denne posten.

Det er fra flere hold etterlyst mer og bedre informasjon fra staten om blåreseptordningen og om legemidler generelt. Departementet vil sette av midler over denne posten til bedret legemiddelinformasjon og informasjon om blåreseptordningen, videreføring av forsøksordningen med anbud på gråsonelegemidler samt oppfølging av Sosial- og helsedirektoratets arbeid knyttet til forskrivning av blodtrykksmedisiner i tråd med best tilgjengelige kunnskap.

Vegdirektoratet skal i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå etablere en rutinemessig kobling av statistikk over dødsulykker i trafikken med resultater fra blodprøveanalyser fra bilførere involvert i slike ulykker. Med dette sikter man mot å etablere en nasjonal statistikk over rusmiddelrelaterte trafikkulykker, noe som ikke eksisterer i dag.

Post 70 Tilskudd

Apotekdekningen

Pr. 31. desember 2003 var det 530 apotek i Norge. Departementet inngikk i 2001 treårige avtaler med Norsk Medisinaldepot ASA og Apokjeden AS om sikring av apotekdrift i kommuner som ved avtalens ikrafttredelse kun hadde ett apotek. Avtalene med Norsk Medisinaldepot ASA og med Apokjeden AS er forlenget til 1. juli 2005 i påvente av at departementets varslede gjennomgang av legemiddelområdet er behandlet i Stortinget.

Tilskudd til apotek

Statens tilskudd er øremerket apotek i utkant-Norge med liten omsetning. Videre gir driftsstøtteordningen rom for å yte støtte til apotek som har særlige samfunnsoppgaver. Det gis således tilskudd til vaktapotek, samt til Institutt for energiteknikk (IFE) for de samfunnsfunksjoner som instituttet utfører i forbindelse med omsetning av radiofarmaka.

Det er i 2004 også anledning til å gi tilskudd til apotek som engasjerer seg faglig i helseforetakenes legemiddelkomiteer. Flere apotek spiller i dag en viktig rolle i arbeidet med å optimalisere legemiddelbruken i landets sykehus, og de vil også ha en rolle i valg og anbefalinger om legemiddelbruk utenom sykehusene i den gråsonen som blir konkurranseutsatt i 2004.

Det er satt av 1 mill. kroner til driftsstøtte, uten forutgående søknad, som kompensasjon til de av landets apotek som er involvert i Helseforetakenes legemiddelkomitearbeid. Det er satt i gang et arbeid for å kartlegge hvilke apotek som bidrar i dette arbeidet. Midlene vil fordeles på de aktuelle apotek.

Økt behov de senere år gjør at departementet foreslår 5 mill kroner ekstra til driftstilskudd.

Stipendier

Posten dekker stipendier som utbetales etter søknad til farmasøytiske kandidaters og reseptarers etterutdannelse, samt tilskudd til litteratur og trykningsutgifter. Det gis også støtte til å arrangere etterutdannelseskurs.

Tilskudd til fraktrefusjon av legemidler

Fraktrefusjonsordningen gjelder for pasienter som enten er for syke eller som har uforholdsmessig lang vei til nærmeste apotek. Under denne ordningen dekkes inntil 50 pst av forsendelseskostnaden. Det er forutsatt at forsendelsene skal skje på en kostnadseffektiv måte. Ordningen skal ikke benyttes av apotekene som ordinær service eller salgsfremmende tiltak overfor pasienter/kunder.

Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo

Helsedepartementet gir tilskudd til driften av Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo. Instituttet på sin side forplikter seg til å yte tjenester tilsvarende 150 timeverk for departementet ved behov.

Tilskudd til regionale legemiddelsentra

Faglig forsvarlig og riktig bruk av legemidler er et sentralt element i norsk legemiddelpolitikk. Arbeidet med produsentuavhengig legemiddelinformasjon har blitt styrket de senere år. Dette må sees i sammenheng med at utfordringene på legemiddelområdet blir større med et mer komplekst og sammensatt legemiddelmarked. Den medisinsk-teknologiske utviklingen gjør det mer krevende for helsepersonell å holde seg tilstrekkelig faglig oppdatert om endringer på legemiddelområdet i en travel klinisk hverdag.

Alle landets helseregioner har et regionalt legemiddelinformasjonssenter (RELIS). Ved formidling av produsentuavhengig legemiddelinformasjon og aktivt samarbeid med helsepersonell i regionen skal sentrene bidra til rasjonell legemiddelbruk. Sentrene skal formidle informasjon og økt bevissthet om legemidler, slik at legemiddelbruken optimaliseres til beste for den enkelte pasient og samfunnet.

Bivirkningsovervåking er et sentralt felt innenfor legemiddelområdet. Det er viktig at det i dette arbeidet skjer en tett oppfølging så nær pasienten som mulig. Reduserte bivirkninger bedrer livskvaliteten for pasientene, og bidrar til mer effektiv ressursbruk i samfunnet totalt sett. Det har blitt etablert et nytt system for å registrere bivirkninger regionalt og RELIS-enhetene har en sentral rolle i dette.

Tilskudd til veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter

VETLIS har fungert som et prøveprosjekt siden 1995. Prosjektet har vist at det er et stort behov for informasjon om bruk av legemidler til dyr, og videre at produsentnøytral informasjon er et viktig virkemiddel for å oppnå riktig bruk av legemidler til dyr, ikke minst av hensyn til matvaresikkerhet og for å motvirke resistens mot antibakterielle midler. Overvåking av forbruk av antibakterielle midler er et sentralt felt.

VETLIS bidrar også med utarbeiding og evaluering av statistikk over forbruk av antibakterielle midler i veterinærmedisinen. VETLIS har en landsdekkende funksjon, og mottar tilskudd fra departementet.

Kap. 3751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
03	Tilbakebetaling av lån	1 088	1 044	146
	Sum kap 3751	1 088	1 044	146

Under den tidligere apotekloven ga staten etter søknad støtte i form av rentefritt lån ved etablering av nye apotek, overtakelse av apotek eller ved ombygging/oppgradering/flytting av apotekanlegg o.l. Tilskudd ble gitt for en periode på inntil fem år og gjaldt for alle apotek. Ordningen med rentefritt lån er nå opphørt.

Kap. 5577 Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 751)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
70	Avgift	137 850	136 027	145 652
	Sum kap 5577	137 850	136 027	145 652

I 2004 ble det budsjettert med 136,027 mill. kroner i avgift, gjennom en avgiftssats på 1,3 pst. lagt på apotekenes reelle innkjøpspris for legemidler.

Avgiften foreslås hevet til 145,652 mill. kroner for 2005, gjennom en avgiftssats på 1,3 pst lagt på apotekenes reelle innkjøpspris for legemidler. Avgiftsinngangen på vil blant annet dekke de ordinære utgiftene til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, drift av RELIS-enhetene, stipendier og tilskudd til apotek mv., jf. omtale under kap. 751 post 70.

Programkategori 10.60 Omsorgstjenester

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
0760	Utredningsvirksomhet m.m.			8 454	
0761	Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet			2 597 372	
	Sum kategori 10.60			2 605 826	

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
01-23	Statens egne driftsutgifter			83 211	
60-69	Overføringer til kommune-forvaltningen			2 325 691	
70-89	Andre overføringer			196 924	
	Sum kategori 10.60			2 605 826	

Som følge av oppgavefordelingen mellom nyopprettede Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, er deler av programkategori 09.20 under tidligere Sosialdepartementet overført Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, hovedsakelig til ny programkategori 10.60 Omsorgstjenester.

Programkategori 10.60 omfatter bl.a.:

- Kommunalt tjenestetilbud til eldre, personer med nedsatt funksjonsevne og til rusmiddelmisbrukere
- Forsknings- og dokumentasjonsvirksomhet
- Internasjonalt samarbeid
- Forsøks-, opplysnings- og utredningsvirksomhet
- Rekrutterings- og kompetansetiltak
- Tilskudd til kommunale tjenester
- Tilskudd til frivillig arbeid
- Drift av kompetansesentra

Kommunale pleie- og omsorgstjenester

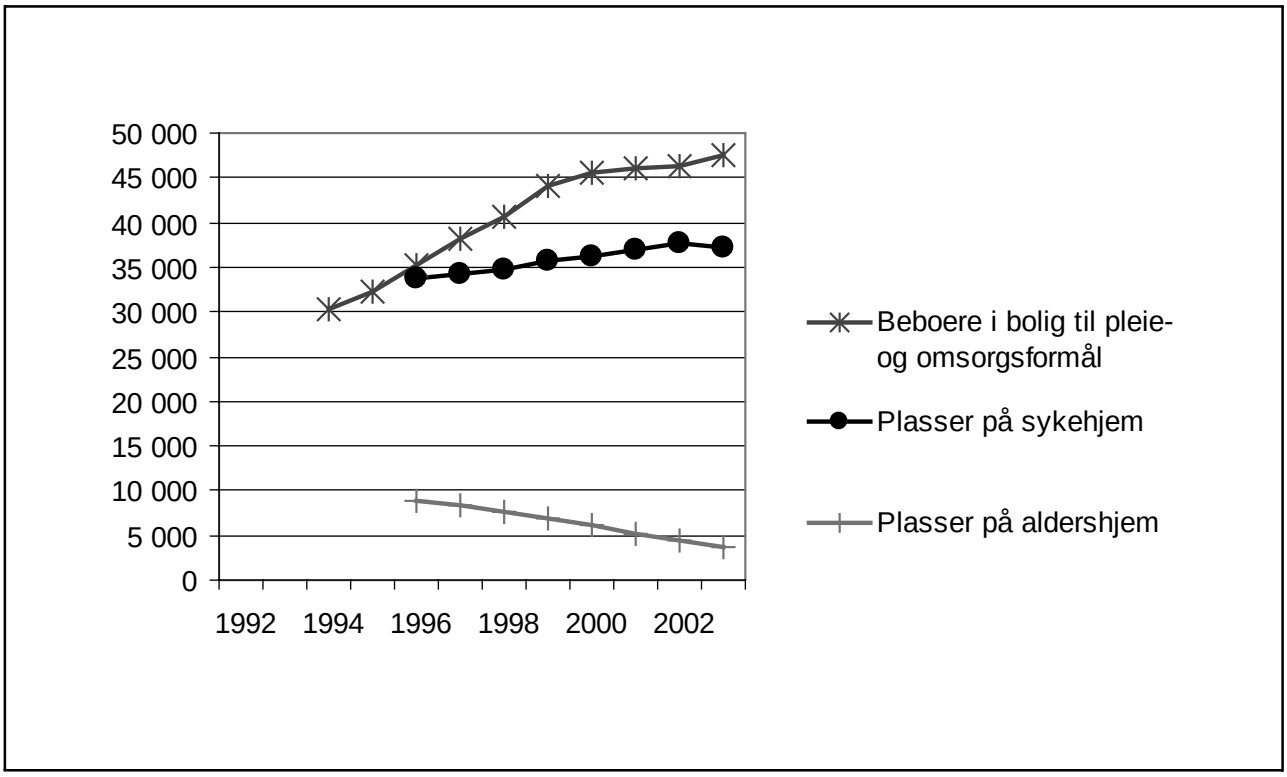
Kommunene har ansvaret for tjenestetilbudet til alle mennesker med behov for pleie- og omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. I 2003 utgjorde disse en tredjedel av de kommunale budsjettene. Det ble utført i overkant av 114 000 årsverk og mer enn 200 000 personer mottok tjenester. Pleie- og omsorgstjenestene er av avgjørende betydning for mange mennesker med sykdom og funksjonsnedsettelser. Handlingsplan for eldreomsorgen og opptrappingsplanen for psykisk helse har muliggjort en nødvendig utbygging og modernisering av pleie- og omsorgstjenestene. Det gjelder både tjenester i sykehjem, omsorgsboliger og vanlige hjem. Pleie- og omsorgstjenestene må organiseres slik at brukerne så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Tjenestetilbudet skal utformes i samråd med brukeren, slik lovgivningen forutsetter.

Personellet er pleie- og omsorgstjenestenes viktigste ressurs. Departementets satsing på personelltiltak omfatter rekruttering, kvalifisering, ledelse og bruk av IT. Spesielt blir det lagt vekt på et langsiktig arbeid med å styrke ledelsesfunksjon og fagkompetanse i denne sektoren.

Kommunene har ansvaret for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig og godt tjenestetilbud til den enkelte som har behov for pleie- og omsorgstjenester. Staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom utforming av regelverk, økonomiske rammer, ved å sikre tilgang på nok personell og føre tilsyn og kontroll.

Staten skal legge til rette for kommunal utvikling og lokal tilpasning. Regjeringen vil gi kommunene økt handlingsrom til å utforme gode pleie- og omsorgstjenester ut fra lokale forhold og behov. Regelverket skal ikke være til hinder for at det utvikles gode løsninger lokalt med utgangspunkt i lokale forhold og de behov innbyggerne måtte ha.

En kartlegging utført av Statens helsetilsyn viser at de fleste brukerne av omsorgstjenestene får tilstrekkelig hjelp i forhold til sine behov, både i institusjon og i hjemmetjenesten. Likevel er det enkelte forhold som ikke er gode nok. Mennesker med psykiske lidelser får i mange tilfeller ikke tilstrekkelig omsorgstjenester, og brukere med omfattende behov som bor i eget hjem, mottar mindre hjelp enn brukere som bor i omsorgsboliger. I tillegg er det et gjennomgående trekk at en stor del av brukerne ikke i tilstrekkelig grad får dekket sine behov for aktivitet og sosial kontakt. Dette gjelder særlig for beboere i sykehjem.



Figur 6.4 Botilbud i institusjon og omsorgsboliger

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Botilbud til pleie- og omsorgsformål. Utvikling i dekningsgrader for årene 1992–2003.

Bolig/institusjon	1992	1997	2002	2003[1]
Plasser i sykehjem per 100 innbyggere 80 år og over	19,1	18,6	18,3	17,8
Plasser i aldershjem per 100 innbyggere 80 år og over	8,4	4,5	2,3	2,0
Andel av rommene i alders- og sykehjem som er enerom	79,4	83,1	89,2	91,5
Boliger til pleie- og omsorgsformål per 100 innbyggere 80 år og over	16,8	21,7	24,3	23,9
Av disse: Antall omsorgsboliger per 100 innbyggere 80 år og over	[2]	2,9	9,2	11,0
Samlet antall plasser i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger per 100 innbygger 80 år og over		26,0	30,9	30,5

[1] 2003-tallene er foreløpige per juni 2004.

[2] Ingen registreringer.

Kilde: Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tallet på omsorgsboliger har økt sterkt de siste årene. Det har også vært en jevn vekst i tallet på sykehjemsplasser fram til 2002, mens aldershjemsplasser og andre boliger til pleie- og omsorgsformål er redusert. Standard og kvalitet er samtidig rustet kraftig opp gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen. Eneromsdekningen er nå oppe på 91,5 pst. Sett i forhold til veksten i tallet på eldre, har dekningsgraden for omsorgsboliger økt fra tre til 11 per 100 innbyggere 80 år og over, mens den er redusert fra fem til under to for aldershjem i perioden 1997–2003. For sykehjem ser det ut til å bli en liten nedgang i dekningsgraden siste året. Dette må imidlertid sees i sammenheng med at det fortsatt bygges nye sykehjem, og at prognosen for handlingsplanens sluttresultat er 18,5 pst. dekning.

I følge Statistisk sentralbyrås foreløpige statistikk for 2003 har antall sykehjemsplasser blitt redusert med om lag 300 plasser til 37 270 plasser fra 2002 til 2003. Antall aldershjemsplasser er redusert med nesten 700 til 3650 plasser i 2003, mens antall omsorgsboliger har økt med 1500, slik at det nå er 23 000 omsorgsboliger.

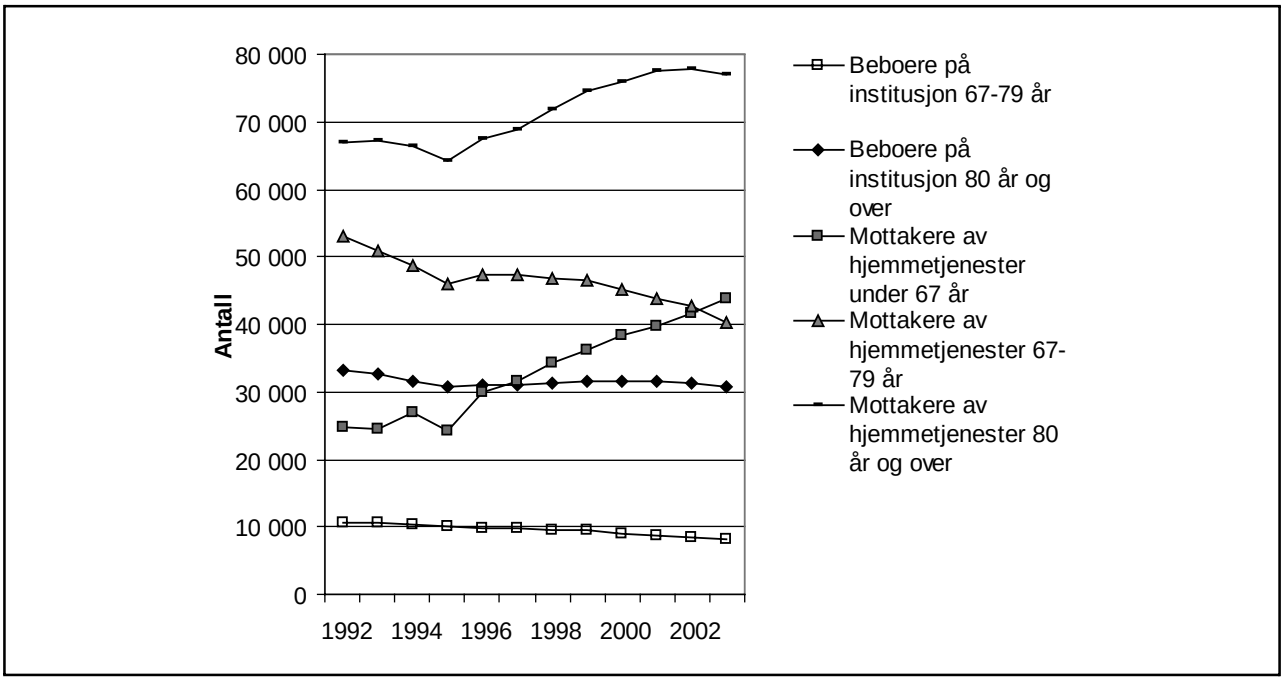
Tjenestemottakere

Over 200 000 brukere mottar tjenester fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. 40 600 personer mottar tjenester i institusjon, og over 161 000 personer mottar tjenestetilbud fra pleie- og omsorgstjenestene i eget hjem eller i omsorgsbolig. Hjemmetjenestene deles inn i hjemmesykepleie og praktisk bistand. Antall mottakere av kun hjemmesykepleie har økt med nesten 5 pst. i forhold til 2002, til vel 46 000 i 2003. Vel 60 000 mottar en kombinasjon av hjemmesykepleie og praktisk bistand. Dette er en oppgang i forhold til 2002 på vel 2 pst. Økingen av antall mottakere av hjemmesykepleie og nedgangen i tallet på mottakere av praktisk bistand er en utvikling som har pågått siden slutten av 1990-tallet.

Nedgangen i plasser i aldershjem og satsingen på omsorgsboliger kan forklare noe av økingen i mottakere av hjemmesykepleie.

Tallet på hjemmetjenestemottakere under 67 år har økt fra vel 31 000 (21 pst.) i 1997 til nesten 44 000 (27 pst.) i 2003. Dette utgjør nesten hele den samlede økningen i tallet på mottakere i perioden. I noen grad avspeiler dette forhold knyttet til alderssammensetningen i befolkningen. Holdt sammen med årsverksveksten i hjemmetjenesten, indikerer dette en sterkere konsentrasjon om brukere med omfattende behov for bistand, mens terskelen for å motta hjelp kan ha blitt noe høyere.

Sykehjemmene synes i stor grad å bli brukt til permanent pleie og omsorg for eldre med omfattende tjenestebehov. En kartlegging utført av Statens helsetilsyn viser at gjennomsnittlig oppholdstid i sykehjemmet er i underkant av tre år. 92 pst. av pasientene hadde et permanent opphold, mens 8 pst. hadde et midlertidig opphold. De viktigste helsemessige årsakene til hjelpebehovet i sykehjem er aldersdemens (42 pst.), hjerneslag (15 pst.), psykiske lidelser (9 pst.) og hjerte- og lungelidelser (8 pst.).



Figur 6.5 Mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Andel mottakere av hjemmetjenester i ulike aldersgrupper (per 100 innbyggere i samme aldergruppe)

	1992	1997	2002	2003[1]
0–66 år	0,7	0,8	1,05	1,1
67–79 år	11,8	10,8	10,68	10,2
80 år og eldre	40,0	37,4	37,91	36,9

[1] 2003-tallene er foreløpige per juni 2004.

Kilde: Kilde: Statistisk sentralbyrå

Årsverk

Tallet på utførte årsverk i pleie- og omsorgstjenesten viser en liten vekst fra 2002 til 2003. I følge nye personelltall fra Statistisk sentralbyrå som bygger på Rikstrygdeverkets register og inneholder tall både for fast ansatte og vikarer, er det utført mer enn 114 000 årsverk i institusjon og hjemmetjenester det siste året. Dette er 900 årsverk mer enn året før.

Fra 1992 til 2002 har antall årsverk per bruker av pleie- og omsorgstjenester økt fra 0,35 til 0,46. Denne veksten fortsetter i 2003. En av årsakene til økningen er at kommunens helse- og sosialtjeneste må ta ansvar for stadig flere brukere med omfattende behov, og antall brukere som mottar hjemmetjenester 35,5 timer eller mer per uke øker fra år til år. Samtidig reduseres antall brukere med mindre bistandsbehov.

Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 1992–2003. Dekningsgrader per bruker og per innbygger 80 år og eldre[1]

Personell	1992	1997	2002[2]	2003[3]
Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene	66 400	79 400	93 690	
Ny årsverksrapportering [1)]			113 191	114 084
Årsverk per bruker av pleie- og omsorgstjenester	0,35	0,41	0,46	
			0,55	0,56
Årsverk per 100 innbyggere 80 år og eldre	39,7	43,1	45,1	
			55,2	54,5

[1] Tabellen omfatter både personell knyttet til mottakere av hjemmetjenester og beboere innlagt i institusjon.

[2] Fra 2002 bygger årsverkstallene på rapportering til Rikstrygdeverkets Aa-register. Til forskjell fra tidligere rapportering gjennom KOSTRA telles nå både fast ansatte og vikarer. Tallene er derfor ikke sammenliknbare med tidligere års statistikk.

[3] 2003-tallene er foreløpige tall per juni 2004.

Kilde: Kilde: Statistisk sentralbyrå

Teknisk beregningsutvalg for kommunene rapporterer om en svak produktivitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten fra 2002 til 2003, men at dette også kan være uttrykk for at brukerne har blitt mer ressurskrevende. Sett i sammenheng med at om lag 280 kommuner nå deltar i effektviseringsnettverkene med hovedinnsats på pleie- og omsorgstjenester antar departementet at ressursutnyttelsen faktisk bedres.

Rekruttering av personell

Den årlige veksten på 2–3 pst. av helse- og sosialpersonell i kommunene de senere år har vært tilstrekkelig for å nå rekrutteringsmålsettingene i planene for eldreomsorgen og psykisk helsearbeid i kommunene. Det er imidlertid fortsatt geografiske forskjeller både i samlet vekst i utførte årsverk og når det gjelder kompetanseutvikling.

I pleie- og omsorgssektoren har andelen personell med fagutdanning økt fra 60 pst. siden midten av 1990-tallet til nesten 70 i dag.

En svak tilgang på hjelpepleiere er kompensert med en sterk vekst i tallet på omsorgsarbeidere. Hjelpepleiere vil imidlertid ha langt større avgang pga. alder, attføring/uførhet enn andre helsepersonellgrupper i de nærmeste årene. Sammen med en forventet vekst i etterspørselen, innebærer dette etter hvert en betydelig underdekning. Rekruttering av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er derfor fortsatt den største utfordringen på personellfeltet i helse- og sosialsektoren i årene framover.

Det har funnet sted en kraftig utbygging av høyere utdanning i Norge på 1990-tallet. Det har også kommet helse- og sosialfagene til gode. Ut over 2000-tallet vil det hvert år komme om lag 4000 flere helse- og sosialarbeidere med universitets- og høgskoleutdanning ut på arbeidsmarkedet enn på 1990-tallet. Tiltakene som er satt i verk for å utdanne flere sykepleiere, vil trolig være nok til å hindre mangel i årene framover.

Det vises til omtale av Regjeringens rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell under kap. 724 post 60.

Andre tjenester

Mottakere av avlastning har økt fra 8370 i 2002 til 8580 i 2003. Økningen har vært størst i aldersgruppen under 18 år og over 80 år. Antall mottakere av støttekontakt har økt fra 20 400 i 2002 til 21 500 i 2003. Antall mottakere av omsorgslønn økte fra 6289 i 2001 til 6749 i 2002.

Nærmere omtale av enkelte saker

Handlingsplan for eldreomsorgen

Handlingsplan for eldreomsorgen har i perioden 1998–2003 hatt som hovedmål å sette kommunenes helse- og sosialtjeneste bedre i stand til å møte veksten i behovet for pleie- og omsorgstjenester som en følge av at det er blitt flere eldre. Dette har krevd en kraftig utbygging av kapasiteten både når det gjelder personell og bygninger og en opprustning og kvalitetsforbedring av pleie- og omsorgstjenestens bygningsmasse.

Status – resultat og prognoser

Handlingsplan for eldreomsorgen har gitt resultater godt over måltallene. I handlingsplanperioden er pleie- og omsorgstjenesten tilført mer enn 12 000 nye årsverk. Driftstilskuddet økte fra 500 mill. kroner i 1997 til 3,7 milliarder kroner i 2001. Samlet investeringsramme for handlingsplanen er om lag 32 milliarder kroner i statlige tilskudd. Mesteparten av driftstilskuddet ble fra 2002 lagt inn i inntektssystemet for kommunene. Fram til første halvår 2004 har kommunene ferdigstilt om lag 27 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger, mens om lag 12 000 boenheter fortsatt er under planlegging eller bygging.

Hovedtall før, nå og etter Handlingsplan for eldreomsorgen

	Utgangspunkt 1997	Resultat 2002	Prognose 2007
Befolkningen 80 år +	184 400	205 000	214 000
Personell – årsverk	79 400	92 500	
Personelldekning per 100 innb. 80+	43,1	45,1	-
Sykehjemsplasser	34 300	37 600	39 500
Omsorgsboliger	5 350	21 500	28 000
Aldershjemsplasser	9 100	4 300	2 300
Samlet dekning per 100 innb. 80+	26,4	31,0	32,5
Eneromsdekning	83,1	89,2	95,0

Kilde: Kilde: Statistisk sentralbyrå

Departementet har sammen med landets fylkesmenn utarbeidet en prognose for sluttresultatet i 2007. Prognosen omfatter hele handlingsplanens investeringsramme. Utbyggingen som følger av handlingsplanen skal som hovedregel være sluttført i 2005. Kommuner som av bygningstekniske eller kommunaløkonomiske grunner har behov for det, kan søke om å få utsatt ferdigstillelsestidspunktet til 2007. Derfor er tidsperspektivet for prognosen forskjøvet.

Den nye prognosen gir en samlet dekning av sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger på 32,5 pst. av antall eldre over 80 år i 2007. Av dette er dekningsgraden for sykehjemsplasser 18,5 pst., for aldershjemsplasser 1 pst. og for omsorgsboliger 13 pst.

Nesten halvparten av sykehjemmene i Norge vil ved avslutningen av handlingsplanen enten være nybygg eller fullt opprustet og modernisert. Eneromsdekningen som allerede nå er på 91,5 pst., vil i følge prognosene øke til 95 pst. i 2007.

Det ser imidlertid ut til at personellveksten i pleie- og omsorgstjenesten har stagnert etter handlingsplanperioden, og ikke lenger holder følge med veksten i tallet på eldre over 80 år. Regjeringen vil fortsatt overvåke denne utviklingen nøye i samarbeid med fylkesmennene, slik det ble forutsatt i St.meld. nr. 31 (2001–2002) Om avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen.

Samarbeidsavtale mellom regjeringen og Kommunenes Sentralforbund om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene

Regjeringen ønsker å styrke partnerskapsperspektivet i forholdet mellom stat og kommune og utvikle nye samhandlingsformer. På denne bakgrunn inngikk Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund i juni 2003 en gjensidig forpliktende samarbeidsavtale om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene. Avtalen er ett av tiltakene som ble presentert i St.meld. nr. 45 (2002–2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene, som Stortinget sluttet seg til ved behandlingen, jf. Innst. S. nr. 163 (2003–2004).

Siktemålet med avtalen er at staten og kommunesektoren, representert ved Kommunenes Sentralforbund, i fellesskap skal sørge for å bedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Gjennom opplæringsprogrammet Flink med folk styrkes ledelses- og kvalitetsutviklingen i sektoren ved å ha fokus på ledelse, dialog med brukere, myndiggjorte medarbeidere og tverrfaglig og helhetlig tenkning. I alt 205 kommuner vil delta i Flink med folk-satsingen i løpet av 2004. Arbeidet i Effektiviseringsnettverkene danner grunnlag for kommunale kvalitetsmålinger gjennom objektivt fastsatte mål og brukerundersøkelser. I løpet av 2004 vil 280 kommuner arbeide med pleie- og omsorg som

hovedinnsatsområde i Effektiviseringsnettverkene. I tillegg samarbeider staten og Kommunenes Sentralforbund om å utvikle og innføre kvalitetssystemer i alle kommuner, og komme fram til gode kvalitetsindikatorer og systemer for å måle kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer skal sikre muligheten for systematisk sammenlikning av kommunenes kvalitetssystemer og er en del av det større arbeidet med kvalitetsutvikling. De kommunale kvalitetssystemene skal bygge på gjeldende regelverk, herunder kvalitetsforskriften og internkontrollforskriften, med mulighet for lokal tilpasning så langt regelverket tillater. Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund er enige om grunnlaget for utvikling av kvalitetsindikatorer og at det første settet med kvalitetsindikatorer skal hentes fra Effektiviseringsnettverkene, IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) og KOSTRA (Kommune/statrapportering).

Ressurskrevende brukere

Det er i 2004 opprettet en toppfinansieringsordning for ressurskrevende brukere. Ordningen finansieres som en overslagsbevilgning. Formålet med bevilgningen er å sikre at brukere som krever stor ressursinnsats fra det kommunale tjenesteapparat, får et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon.

Totalt har kommunene for 2003 rapportert inn netto utgifter, ut over innslagspunktet, på i underkant av 1,9 mrd. kroner. Av dette skal staten dekke 80 pst. det vil si 1,5 mrd. kroner. I 2004 mottar 345 kommuner tilskudd til totalt 3398 brukere.

Unge personer med nedsatt funksjonsevne i alders- og sykehjem

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2002, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001–2002), ba Stortinget Regjeringen, i samarbeid med brukerorganisasjonene, å utarbeide en handlingsplan med tiltak som settes i verk for å sørge for at alle unge funksjonshemmede som ønsker det er flyttet ut av eldreinstitusjon innen utgangen av 2005.

Det er kommunen som etter lov om sosiale tjenester mv. har ansvar for å tilby pleie- og omsorgstjenester til personer som har behov det. Kommunene står fritt i å vurdere hvordan tjenesten skal organiseres.

Sosialdepartementet la i desember 2003, i samarbeid med Norges Handikapforbund, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Sosial- og helsedirektoratet, fram en rapport med forslag til tiltak slik at unge personer med nedsatt funksjonsevne og som ønsker det, flyttes ut av eldreinstitusjon, samt tiltak som skal bidra til at kommuner i framtida ikke bosetter unge personer med nedsatt funksjonsevne i eldreinstitusjon. Tiltakene er fulgt opp i 2004. Enkelte av tiltakene har som formål å konkret følge opp personer slik at disse får et tilrettelagt bo- og tjenestetilbud. Valnesfjord helsesportsenter og Muritunet senter for Meistring og rehabilitering har i 2004 initiert og veiledet kommuner i konkrete utflyttingsprosesser ved blant annet å fokusere på brukerrettigheter og individuell plan. Fylkesmennene følger opp aktuelle kommuner og oppfordrer disse til å utarbeide individuell plan for den enkelte bruker. Institusjonene Valnesfjord og Muritunet er også i gang med en kartlegging i alle landets kommuner for å synliggjøre omfanget og fokusere på hvordan kommunen kan hindre rekruttering av yngre brukere til institusjoner beregnet for eldre beboere. Tall fra denne kartleggingen vil foreligge høsten 2004. Sosial- og helsedirektoratet er i ferd med å utarbeide et rapporteringsopplegg for å få bedre kunnskap om situasjonen for personer under 50 år med nedsatt funksjonsevne som ønsker et annet botilbud enn alders- og sykehjem. Et rullerende system for rapportering vil foreligge våren 2005. Tiltak som er satt i gang for å styrke den kommunale pleie- og omsorgstjenesten generelt vil være viktige for å kunne gi et individuelt tilpasset tjenestetilbud til denne gruppen. Dette gjelder bl.a. tiltak initiert i forbindelse med handlingsplanen for eldreomsorg, opptrappingsplanen for psykisk helse og rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell. For å følge utviklingen er det etablert en kontaktgruppe med representanter fra brukerorganisasjonene, Kommunenes Sentralforbund, Sosial- og helsedirektoratet og Sosialdepartementet.

En kartlegging gjennomført av fylkesmennene på oppdrag fra Sosialdepartementet viste at totalt 125 personer under 50 år med nedsatt funksjonsevne var bosatt i alders- og sykehjem. Av disse ønsket 63 beboere og/eller deres pårørende et annet botilbud. Tilsvarende tall for 2003 fra Statistisk sentralbyrå viser at 280 beboere under 50 år er innskrevet for langtidsopphold i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. I denne registreringen vil det forekomme brukere som blir registrert som alders- og/eller sykehjemsbeboere, men som bor i egne boliger eller bofellesskap som er registrert etter forskrift for sykehjem, og boform for heldøgns omsorg og pleie. Disse boligene vil ikke ha karakter av å være eldreinstitusjoner.

Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) har evaluert bo- og rehabiliteringsprosjektet ved institusjonene Muritunet, Valnesfjord og Eiken. Prosjektene ble avslut-

tet høsten 2003. Evalueringen baserer seg på kvalitative intervjuer av 20 personer. Erfaringene viser at prosjektet har spilt en viktig rolle i forhold til kommunene, bl.a. ved å kjøre prosessene på vegne av bruker. Sosial- og helsedirektoratet følger opp hovedpunktene i rapporten.

Når det gjelder finansiering av tiltak vises det til omtale av toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere. Ordningen vil etter Regjeringens mening være forutsigbar og sikre permanent drift av tiltak i kommunene, slik at ingen unge med nedsatt funksjonsevne av økonomiske grunner skal måtte bo i alders- eller sykehjem mot sin vilje.

Stortingsmelding om framtidas pleie- og omsorgstjenester

Norge står i likhet med mange andre land foran en utvikling der det blir flere eldre og lengre levealder når vi ser noen tiår framover i tid. Dette er positivt og tegn på gode levekår. Samtidig er det viktig å forberede grunnlaget for gode pleie- og omsorgstjenester når antallet eldre øker. Framtidas eldre vil ha andre forventninger, krav og ressurser enn dagens eldre. Dette gir utfordringer, så vel som muligheter. Regjeringen vil legge fram en Perspektivmelding for norsk økonomi og en Pensjonsmelding som følger opp Pensjonskommisjonens innstilling og høringsuttalelsene til denne. Det er viktig å møte langsiktige utfordringer i tjenesteområdet også for å kunne sikre trygghet for gode pleie- og omsorgstjenester i framtida. Regjeringen har derfor satt i gang arbeid med en melding om framtidas pleie- og omsorgstjenester. Meldingen skal legge politisk grunnlag for bærekraftige og gode pleie- og omsorgstjenester på lang sikt. Det tas sikte på å legge fram meldingen høsten 2005.

Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester

Regjeringen varslet i St.meld. nr. 45 (2002–2003) Kvalitet i pleie- og omsorgstenesta at forslag til endring i dagens regler for brukerbetaling ville sendes på høring før Stortinget blir forelagt saken. Sosialdepartementet sendte ut høringsnotatet i april med frist 21. juni 2004. Notatet diskuterer hvorvidt dagens ordninger er tilpasset utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten og alternativer til likeartede ordninger. Høringsnotatet berører også spørsmålet om en mulig utvidelse av tak 2 for kommunale egenandeler, jf. anmodningsvedtak fra Stortinget.

Det offentlige utvalget for bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning ventes å avgi innstilling før årsskiftet 2004/2005. Utvalget skal gi forslag til ensartet regulering av likeartede helse- og sosialtjenester og forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner. Framtidige betalingsregler må sees i sammenheng med den framtidige helse- og sosiallovgivningen. Oppfølgingen av disse sakene vil derfor bli sett i sammenheng. Regjeringen tar sikte på å følge opp saken i forbindelse med den varslede stortingsmeldingen om framtidas pleie- og omsorgstjenester.

I anmodningsvedtak nr. 4, 6. oktober 2003, ba Stortinget Regjeringen utrede fordeler og ulemper ved statlig finansiering av omsorgstjenester. Departementet har av den grunn satt i gang utredninger for å belyse de problemstillinger en slik finansieringsform gir, og det er gitt støtte til kommunale utviklingsprosjekt for alternative lokale ressursfordelingsmodeller. Regjeringen tar sikte på å følge opp saken i den varslede stortingsmeldingen om framtidas pleie- og omsorgstjenester som fremmes i løpet av høsten 2005.

Omsorgstilbud til eldre døve

Sosialdepartementet varslet i kommuneproposisjonen 2004 (St.prp. nr. 66 (2002–2003)) at man ville vurdere situasjonen for eldre døve og hvilke tiltak som vil være viktige for å gi denne gruppen et godt og forsvarlig tjenestetilbud. I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 66 (2002–2003) fattet Stortinget følgende romertallsvedtak (XIII, Anmodningsvedtak nr. 595), jf. Innst. S. nr. 259 (2002–2003):

> Stortinget ber Regjeringen foreta en gjennomgang av de tilbudene som gis eldre døve og utarbeide en plan for utvikling av en tilfredsstillende eldreomsorg for denne gruppen.

I følge tall fra Norges Døveforbund finnes det mellom 700 og 800 personer over 60 år som er avhengige av tegnspråkkommunikasjon. Disse er i hovedsak bosatt i og rundt de store byene.

Kommunene har ansvaret for å vurdere den enkelte brukers behov for tjenester, herunder behovet for spesielle kommunikasjonsløsninger. Alle som ønsker det, skal kunne bo hjemme så lenge som mulig og ta i mot nødvendige tjenester der. Departementet ser det derfor som viktig at også døve brukere av pleie- og omsorgstjenester gis et tjenestetilbud i egen kommune og så langt som mulig i eget hjem. Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere sikrer at brukere som krever stor ressursinnsats fra det kommunale tjenesteapparatet får et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon.

Den enkelte kommune må sikres nødvendig kompetanse i forhold til å gi eldre døve et individuelt tilrettelagt tjenestetilbud. I mindre kommuner kan det være mer hensiktsmessig å utvikle regionale eller interkommunale tjenestetilbud. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å etablere sentre med tegnspråkkyndig «besøks- og veiledningstjeneste» som kommunen kan benytte for hjemmeboende eldre døve.

Ved årsskiftet 2002/2003 la Sosialdepartementet og Helsedepartementet fram en plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet til hørselshemmede, Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Utvikling av tjenestetilbudet til eldre døve må sees i sammenheng med satsningen på rehabilitering av hørselshemmede og gjennomføringen av tiltakene i Hørselsplanen.

Det er utviklet en rekke tiltak for at eldre døve og sterkt tunghørte skal møte et tjenesteapparat med tegnspråkkompetanse og kunnskap om deres særskilte behov i informasjons- og kommunikasjonssammenheng. Det er et mål å øke kunnskapen og kompetansen om eldre døve og sterkt tunghørte innen fastlegeordningen, tilsynslegeordningen ved alders- og sykehjem og i tannhelsetjenesten. Det foreslås bl.a. :

– *Tolkekapasitet*. Rikstrygdeverket vil i samarbeid med utdanningsmyndighetene ta initiativ til en gjennomgang av dagens situasjon for å vurdere aktuelle tiltak. Sosial- og helsedirektoratet har dialog med Rikstrygdeverket og vil følge den opp høsten 2005.
– *Regionale og interkommunale tilbud*. Sosial- og helsedirektoratet vil stimulere kommuner til å gå sammen om å etablere slike tilbud for tegnspråkavhengige eldre.
– *Helsetjenester*. Direktoratet gjennomfører informasjonssamlinger for hørselsfaglige miljøer og brukerorganisasjonene i hver helseregion for å bevisstgjøre dem om krav i aktuelle lover og forskrifter.
– *Etter- og videreutdanning*. Direktoratet tar initiativ til drøftinger med utdanningsinstitusjoner og fagorganisasjoner om behovet for samarbeid mellom kommunene og hørselssentral, hjelpemiddelsentral og audiopedagogtjenesten i fylkene. Dette for å styrke audiologi i hørselsrelaterte og helserelaterte utdanninger som obligatorisk tema i grunnutdanningene og i aktuelle videreutdanningstilbud.
– *Modellforsøk*. Direktoratet starter opp et prosjekt i 2004/2005 i en eller to regioner hvor målsettingen er å finne fram til hvordan framtidas arbeid for eldre døve og sterkt tunghørte best kan organiseres helsemessig og sosialt.

I tillegg vil direktoratet i samarbeid med andre instanser utarbeide en gjennomføringsplan for ytterligere nye tiltak innen 2005.

Kap. 0760 Utredningsvirksomhet m.m.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
21	Spesielle driftsutgifter			8 454
	Sum kap 0760			8 454

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Som følge av oppgavefordelingen mellom nyopprettede Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, er en del av kap. 620 Utredningsvirksomhet, forskning m.m., post 21 Spesielle driftsutgifter overført til nytt kap. 760.

Bevilgningen dekker bl.a. utgifter til utredningsvirksomhet, informasjonsvirksomhet, utvalgsarbeider, ekspertgrupper, mv. knyttet til sosiale tjenester og pleie- og omsorgstjenester.

Som ledd i samarbeidsavtalen mellom Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgssektoren, foreslår Regjeringen å bygge videre på arbeidet i effektiviseringsnettverkene. Regjeringen foreslår å gi et tilskudd til Kommunenes Sentralforbund på 2,2 mill. kroner for å styrke kvalitetsutviklingsarbeidet i kommunene gjennom å utvikle egnet måleverktøy for medarbeidertilfredshet og kompetanseutvikling om brukerundersøkelser. Verktøyene må utvikles slik at brukerundersøkelser også kan tas i bruk overfor nye grupper som mennesker med psykisk utviklingshemming, aldersdemens og psykiske lidelser i og utenfor institusjon. Arbeidet skal videreføres i tråd med de verktøy som er utviklet i effektiviseringsnettverkene.

Merknad til budsjettforslaget

Delen av tidligere Sosialdepartementets kap. 620 utredningsvirksomhet, forskning m.m. er fordelt på følgende kapitler under budsjettet til Helse- og omsorgsdepartementet:

Kap. 620 post 21 Spesielle driftsutgifter

– 8,454 mill. kroner til nytt kap. 760 post 20 Spesielle driftsutgifter
– 0,4 mill. kroner til kap. 761 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet, post 21 Spesielle driftsutgifter (tilsvarende Norges andel til utdanningsstillinger i Nordisk utbildningsprogram för social service, NOPUS.)

Kap. 620 post 50 Norges forskningsråd

– 12,4 mill. kroner til kap. 701 Forskning, post 50 Norges forskningsråd mv.

Kap. 0761 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
21	Spesielle driftsutgifter			74 757
60	Tilskudd til omsorgstjenester, *kan overføres*			64 841
61	Tilskudd til vertskommuner			481 456
63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, *kan overføres*			144 453
64	Ressurskrevende brukere, *overslagsbevilgning*			1 584 400
66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse			50 541
70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., *kan overføres*			46 530
71	Tilskudd til frivillig arbeid			13 080
72	Tilskudd til Landsbystiftelsen			58 938
73	Tilskudd til døvblinde og døve			10 133
75	Kompetansesentra m.m.			61 832
76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov			6 411
	Sum kap 0761			2 597 372

Som følge av arbeidsfordeling mellom Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, er deler av bevilgningen under kap. 621 overført nytt kap. 761 og kap. 732 Regionale helseforetak.

I 2003 besluttet Helsedepartementet og Sosialdepartementet at alle kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger skal knyttes til regionale helseforetak. For de sentrene som er stiftelser vil det bli inngått en avtale mellom regionale helseforetak og det enkelte kompetansesenteret. Sosial- og helsedirektoratet er statens faglige forvaltningsorgan for sjeldne funksjonshemninger og har rådgivningsfunksjoner overfor departementene i økonomiske og faglige spørsmål, samt koordinerende rolle med ansvar for informasjonstiltak og videreutvikling av feltet.

Midler til drift av kompetansesentrene var tidligere fordelt på kap. 621, postene 21, 73 og 75 på Sosialdepartementets budsjett, kap. 732 post 70 på Helsedepartementets budsjett og kap. 243 på Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett.

I 2005 vil følgende kompetansesentre som tidligere var helt eller delvis finansiert over kap. 621, være tilknyttet helseforetak i ny organisasjonsstruktur:

– Frambu, inkludert barnehage og skole (Frambu/FBS), kf. kap. 732 post 70
– Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS), kf. kap. 732 post 78
– Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NF), kf. kap. 732 post 78

– Nasjonalt kompetansenettverk for autisme, kf. kap. 761 post 75
– Statlig kompetansesystem for døvblinde, kf. kap. 761 post 75

Det vises til del III, avsnitt 8.2.3 for nærmere oversikt over kompetansesentrene.

Merknad til budsjettforslaget

Tidligere Sosialdepartementets kap. 621 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet, er fordelt på følgende kapitler under budsjettet til Helse- og omsorgsdepartementet:

Kap. 621 post 21 Spesielle driftsutgifter
– 7,336 mill. kroner til kap. 732 Regionale helseforetak, post 78 Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra (tilskudd til Senter for sjeldne sykdommer og syndromer)
– 74,757 mill. kroner til nytt kap. 761 post 21 Spesielle driftsutgifter
– 18,038 mill. kroner til nytt kap. 761 post 75 Kompetansesentra m.m. (tilskudd til Nasjonalt kompetansenettverk for autisme)

Tidligere kap. 621 post 60 Tilskudd til omsorgstjenester
– 64,841 mill. kroner til nytt kap. 761 post 60 Tilskudd til omsorgstjenester

Tidligere kap. 621 post 61 Tilskudd til vertskommunene mv.
– 481,456 mill. kroner til nytt kap. 761 post 61 Tilskudd til vertskommuner

Kap. 621 post 63 Tilskudd til rusmiddeltiltak
– 1,24 mill. kroner til kap. 720 Sosial- og helsedirektoratet, post 01
– 144,453 mill. kroner til nytt kap. 761 post 63 Tilskudd til rusmiddeltiltak

Tidligere kap. 621 post 64 Ressurskrevende brukere
– 1,0 mill. kroner til kap. 720 Sosial- og helsedirektoratet, post 01
– 1 584,4 mill. kroner til nytt kap. 761 post 64 Ressurskrevende brukere

Tidligere kap. 621 post 66 Tilskudd til assistenter f or funksjonshemmede
– 50,541 mill. kroner til nytt kap. 761 post 66 Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse

Kap. 621 post 70 Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.
– 46,53 mill. kroner til nytt kap. 761 post 70 Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv

Tidligere kap. 621 post 71 Tilskudd til frivillig arbeid
– 13,08 mill. kroner til nytt kap. 761 post 71 Tilskudd til frivillig arbeid

Tidligere kap. 621 post 72 Tilskudd til Landsbystiftelsen
– 58,938 mill. kroner til nytt kap. 761 post 72 Tilskudd til Landsbystiftelsen

Tidligere kap. 621 post 73 Tilskudd til døvblinde og døve
– 1,0 mill. kroner til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetak (tilskudd til rehabilitering av bygningsmassen inkl. brannsikringstiltak ved Frambu)
– 10,133 mill. kroner til nytt kap. 761 post 73 Tilskudd til døvblinde og døve
– 39,533 mill. kroner til nytt kap. 761 post 75 Kompetansesentra m.m. (tilskudd til Det statlige kompetansesystemet for døvblinde)

Tidligere kap. 621 post 75 Kompetansesentra m.m.
– 41,083 mill. kroner til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene (tilskudd til Frambu)
– 2,035 mill. kroner kap. 732 Regionale helseforetak, post 78 Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra til (tilskudd til Nasjonalt kompetanseenhet for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi)
– 4,261 mill. kroner til nytt kap. 761 post 75 Kompetansesentra m.m.

Tidligere kap. 621 post 76 Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov
– 6,411 mill. kroner til nytt kap. 761 post 76 Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Følgende formål skal dekkes over bevilgningen:
– Drifts- og informasjonsmidler til fylkesmennene
– FoU-prosjekter og informasjonsvirksomhet
– Kompetanseutvikling og rekruttering av helse og sosialpersonell
– Utvikling av system for dokumentasjon, statistikk og rapportering
– Tilskudd til organisasjoner, tiltak m.m.

Drifts- og informasjonsmidler til fylkesmennene

Det ytes midler til dekning av utgifter til fylkesmennenes arbeid med kapitel 4A i sosialtjenesteloven, Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning.

Bevilgningen går også til fylkesmennenes videre oppfølging av rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell, avslutning av handlingsplanen for eldreomsorg og tiltak for bedre kvalitet og enklere ordninger i pleie- og omsorgstjenestene. Fylkesmannen skal ha løpende oversikt og følge den videre gjennomføringen av utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger og styrking av driftsnivået i pleie- og omsorgstjenesten fram til og med 2007. Fortsatt er det om lag 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger som er under bygging. De øremerkede tilskuddene knyttet til eldreplanen er innlemmet i inntektssystemet. Fylkesmannen skal følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på eldreomsorg og utvikling av pleie- og omsorgstjenestene, og videreutvikle en kompetent veiledningsfunksjon på dette området. Fylkesmannen skal også følge opp arbeidet med kvalitetsutviklingen i pleie- og omsorgstjenesten i tråd med tiltakene som er skissert i St.meld. nr. 45 (2002–2003) og kvalitetsavtalen som er inngått mellom staten og Kommunenes Sentralforbund.

Utgifter til kurs og konferanser om faglige spørsmål som fylkesmennene holder på regionalt nivå innen pleie- og omsorgssektoren dekkes også over bevilgningen.

FoU-prosjekter og informasjonsvirksomhet m.m.

Midler over denne bevilgningen benyttes til utvikling av pleie- og omsorgstjenestene til syke, eldre og funksjonshemmede herunder tjenestetilbudet til mennesker i livets sluttfase og til utvikling av sosiale tjenester til rusmiddelmisbrukere og andre vanskeligstilte grupper. I tiden framover vil oppfølgingen av St.meld. nr. 45 (2002–2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene prioriteres.

Viktige områder er kvalitet i tjenestetilbudet, ledelse og organisering, saksbehandling, rekruttering og kvalifisering av personell, bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering.

Viktige virkemidler er utredninger, planlegging, sammenstilling og initiativ til relevant forskning, forsøk, utviklingsprosjekter, informasjon og opplæring.

Tilskudd til konkrete tiltak i kvalitetsutviklingsarbeidet og oppfølging av avtalen mellom Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund

Regjeringen foreslår å videreføre tilskudd til oppfølging av avtalen mellom Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene med en bevilgning på 8,6 mill. kroner i 2005. Beløpet skal gå til igangsatte utviklingsoppgaver for at kommunene skal kunne ta i bruk kvalitetssystemer. Arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer i pleie- og omsorgstjenesten skal vektlegges.

Innen rammen for avtalen om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgssektoren vil samarbeidsprosjektet mellom Kommunenes Sentralforbund og staten om lederutvikling i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene videreføres, og evalueringen av lederutviklingssatsingen Flink med folk blir dekket, se omtale under kap. 761 post 60 Tilskudd til omsorgstjenester og post 63 Tilskudd til rusmiddeltiltak.

Internkontrollforskriften trådte i kraft 1. januar 2003. Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. juli 2003. Sosial- og helsedirektoratet vil i løpet av høsten 2004 sende ut veiledere til begge forskriftene.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for saksbehandling i pleie- og omsorgstjenesten. Veilederen følges opp med kurs og veiledning overfor kommunene. For å styrke kompetansen i planlegging innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten videreføres samarbeidet mellom departementet og Kommunenes Sentralforbund om nettverksbygging og etter- og videreutdanning i planlegging for en ny fireårsperiode. samarbeidet foregår gjennom Sekretariatet for etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging (SEVS) og KS-programmet Samplan.

I St.meld. nr. 45 (2002–2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene, har Regjeringen lagt til grunn at økningen i tallet på allmennleger og kommunenes mulighet til å styre ressursene for å dekke behovet for legetjenester, gir kommunene gode forutsetninger for å sørge for nødvendig og forsvarlig legehjelp. For å øke rekrutteringen til offentlig legearbeid har Regjeringen gjennom avtalen med Kommunenes Sentralforbund oppfordret kommunene til å utnytte fastlegeavtalens muligheter for å pålegge fastlegene offentlig legearbeid med inntil 7,5 time i uken.

Sosial- og helsedirektoratet gjennomfører nå en kartlegging av legetjenester til brukere av pleie- og omsorgstjenester både i og utenfor institusjon. Kartleggingen avsluttes innen utgangen av 2004. Den vil gi grunnlaget for å vurdere en hensikts-

messig organisering av disse tjenestene i framtida, for å styrke den medisinske oppfølging av pleie- og omsorgstjenestenes brukere og tilrettelegge for fagutvikling, forskning og undervisning spesielt på området aldersmedisin.

Arbeid med IT i pleie- og omsorgssektoren

Det er nødvendig å utvikle og styrke bruken av elektroniske tjenester i kommunale pleie- og omsorgstjenester for å få til helhetlige pasientforløp og bedre informasjonsutveksling mellom de kommunale helse- og sosialtjenestene og spesialisthelsetjenesten. Kommunale helse- og sosialtjenester skal kunne tilknyttes Nasjonalt helsenett. Midlene forutsettes blant annet å dekke tilskudd til fem kommunale fyrtårnsprosjekter som skal bidra til erfaringsinnsamling for å synliggjøre muligheter og dokumentere gevinster ved bruk av elektroniske tjenester. IT-arbeidet er ledd i oppfølgingen av strategiplanen Samspill 2007 og bygger på samarbeidsavtalen mellom Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund.

Forebyggende hjemmebesøk for eldre

Det blir i 2003–2004 gjennomført et prosjekt der det foretas en systematisk kartlegging av hvilke tiltak som er planlagt og satt i gang med forebyggende hjemmebesøk til eldre i norske kommuner. Prosjektet beskriver opplegg, målgrupper, oppslutning, rekruttering og opplæring av personell, metoder, kostnader og erfaringer. Resultatene vil bli holdt sammen med resultatene fra tilsvarende prosjekter i Sverige og Danmark.

Tjenestetilbudet for personer med demens

I 2004 utfører Sosial- og helsedirektoratet sammen med Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og fylkesmennene en landsomfattende kartlegging av tjenestetilbudet for personer med demens. Resultat fra kartleggingen vil foreligge i 2005.

Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier

Som ledd i oppfølging av St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer foreslås det bevilget 3,75 mill. kroner i 2005 til å videreføre en toårig satsing fra 2004 med bl.a. konferanser, seminarer og informasjonstiltak rettet mot pleie- og omsorgsledere og saksbehandlere for å bedre tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Hensikten med programmet er bl.a. å spre gode erfaringer fra kommuner som har arbeidet aktivt for å tilrettelegge et fleksibelt og helhetlig tjenestetilbud til familier med barn med nedsatt funksjonsevne. Programmet finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet med 3,75 mill. kroner hver, jf. kap. 621 post 21.

Kompetansemiljø på området psykisk utviklingshemning

Som et ledd i oppfølging av St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer har Sosial- og helsedirektoratet fått i oppdrag å etablere et kompetansemiljø med nasjonale fagutviklings- og formidlingsoppgaver på området utviklingshemning. Miljøet skal bidra til utvikling av det faglige grunnlaget for å skape gode levekår for personer med utviklingshemning, inkludert helse- og sosialtjenestene. Kompetansemiljøet skal etableres i et samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet. Det er i 2005 avsatt 3,5 mill. kroner til formålet.

Støttekontaktsarbeid mv. – videreutdanningstilbud til kommunale saksbehandlere

Videreutdanningstilbud for helse- og sosialarbeidere innen organisering, opplæring og veiledning av støttekontakter, veiledere og frivillige ble satt i gang i 2002/2003 ved Høgskolen i Bergen. Bruk av IKT-baserte løsninger blir utprøvd for å rekruttere fra størst mulig geografisk område, og for å etablere nettverk under og etter studietiden. Sosial- og helsedirektoratet vil i 2004/2005 sammen med Høgskolen i Bergen vurdere om høgskolen vil kunne gi dette videreutdanningstilbudet i samarbeid med to andre høgskoler.

Samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten

Samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er i mange tilfeller ikke god nok. Regjeringen satt høsten 2003 ned et utvalg som innenfor hovedtrekkene i dagens oppgavefordeling skal vurdere endringer i rammebetingelser for helsetjenesten. Utgangspunktet er de reformer som nylig er gjennomført, bl.a. fastlegereformen, sykehusreformen og den besluttede rusreform I. Utvalget skal legge fram sin utredning innen utgangen av 2004.

For å styrke samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenestene, har Sosial- og helsedirektoratet sendt ut en eksempelsamling med gode samarbeidsmodeller til alle kommuner og sykehus.

Det er ikke gjennomført noen systematisk kartlegging av omfanget av oppgaver som er overført

fra andrelinjetjenesten til kommunene etter sykehusreformen, og heller ikke kartlagt hvilke konsekvenser dette har for kommunene økonomisk og kompetansemessig. Departementet mener det vil være hensiktsmessig med en kartlegging av omfanget av oppgavene og en vurdering av konsekvenser av overføringen før det blir vurdert eventuelle tiltak ut over dem som allerede er gjennomført gjennom bl.a. spesialisthelsetjenestens lovpålagte veiledningsplikt overfor kommunene og regelverket som regulerer kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Helse- og omsorgsdepartementet vil ta initiativ til et samarbeid med Kommunenes Sentralforbund om en slik kartlegging.

Kompetanse og rekruttering av helse- og sosialpersonell

Kompetanseutvikling i sosialtjenesten

Som et ledd i gjennomføringen av Tiltaksplan mot fattigdom, jf. St.meld. nr. 6 (2002–2003), er det satt i verk tiltak for å øke kompetansen i sosialtjenesten knyttet til bl.a. følgende områder:

- kartlegging av hjelpebehov
- oppfølgingstjenester i bolig for bostedsløse og rusmiddelmisbrukere

Satsingen følges opp av Sosial- og helsedirektoratet og fylkesmennene.

Det er avsatt 2,5 mill. kroner til formålet.

Rekrutteringskampanje

Rekrutteringskampanjen er et tiltak under Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell 2003–2006, jf. også kap. 724 post 60 og kap. 761 post 60. Kampanjen retter seg mot ungdom, voksne og skolerådgivere.

I 2003 har magasinet SPOR:mag blitt sendt til landets tiendeklassinger, og nettstedet www.spormag.no har vært mye benyttet. I 2004 er fjernsynsfilmen Institusjonen vist som en programserie på NRK. Filmen hadde som formål å informere om innholdet i pleie- og omsorgstjenesten.

For 2005 er det satt av inntil 2,5 mill. kroner til formålet.

Undervisningssykehjem

Undervisningssykehjem er et tiltak under Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell 2003–2006. Undervisningssykehjem består av virksomhet basert på avtaler om samarbeid mellom kommune/sykehjem, høgskole og universitet. Formålet er å utvikle sykehjem til en arena for forskning, bedre studentundervisning og styrket kompetanse- og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten.

Evalueringen av Undervisningssykehjemsprosjektet 1998–2003 viser at undervisningssykehjem har vært drevet med stor egeninnsats i tillegg til tilskuddet fra Sosial- og helsedirektoratet. De enkelte undervisningssykehjem har langt på vei lykkes i å heve kvaliteten på tjenestene, få fram gode fagutviklingsprosjekt og utvikle praksismiljø for studenter både når det gjelder antall praksisplasser og kvaliteten på disse.

Sosialdepartementet besluttet i 2004 å videreføre virksomheten på permanent basis. Sosial- og helsedirektoratet skal forvalte det statlige tilskuddet, holde nær kontakt med kommunene, og sørge for at erfaringer fra forskning, fagutvikling og prosjekter ved det enkelte undervisningssykehjem blir spredt og lett tilgjengelig for andre kommuner.

Det er avsatt inntil 5,5 mill. kroner til formålet i 2005.

Diverse tiltak

Til videreføring og videreutvikling av diverse tiltak på rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell er det avsatt inntil 6,36 mill. kroner i 2005. Dette gjelder tiltak for utvikling av fagstruktur, arbeidsmiljø og rekruttering.

Utvikling av system for dokumentasjon, statistikk og rapportering

Å få god dokumentasjon på tjenestebehov og tjenester er en utfordring i pleie- og omsorgstjenesten. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, IPLOS, beskriver funksjonsevne og tjenestebehov til søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester og hvilke tjenester som ytes. Hovedmålsetning med IPLOS er å gi sikker informasjon om søkere og mottakere av pleie- og omsorgstjenester. IPLOS skal inngå i KOSTRA-statistikken (Kommune/stat-rapportering) og vil gi et bedre sammenlikningsgrunnlag for kommunale og statlige myndigheter.

IPLOS ble innført i 30 kommuner i 2003, innføres i ytterligere 294 kommuner i 2004, og skal innføres i de resterende kommunene i løpet av 2005.

For å sikre brukernes personvern, bedre harmoniseringen i reguleringen av de kommunale helse- og sosialtjenestene og sikre at kommunenes behov for et enkelt og oversiktlig regelverk blir ivaretatt, vil departementet vurdere å gjøre endringer i helseregisterloven som ledd i gjennomføringen av IPLOS. Regjeringen tar sikte på å fremme en

proposisjon for Stortinget om dette i løpet av våren 2005.

Tilskudd til organisasjoner, tiltak m.m.

Nordisk utbildningsprogram för sosial service

Det ytes tilskudd til delfinansieringen av Nordisk utbildningsprogram för sosial service (NOPUS), som inngår i virksomheten til Nordisk Ministerråd.

Diakonstilling i Spania

Fra 2003 ble det etter forslag fra Stortinget bevilget et tilskudd på 0,5 mill. kroner til opprettelse av en diakonstilling i Spania.

Sosial- og helsedirektoratet har inngått avtale med Menighetssøsterhjemmet om å organisere en prøveordning. Menighetssøsterhjemmet har inngått et samarbeid med Den norske Sjømannsmisjonen, som står for den daglige driften av prosjektet. Diakonen er stasjonert i Torrevieja i Spania og samarbeider med Den norske Sjømannsmisjonen i området. Det er i 2003/04 foretatt en kartlegging av problemer og behov. Prosjektet skal i 2004 legge fram plan med vekt på forebyggende tiltak. Det skal også utarbeides informasjons- og veiledningsmateriell.

Bevilgningen videreføres 2005.

Merknad til budsjettforslaget

400 000 kroner, som tilsvarer Norges andel til utdanningsstillinger i Nordisk utbildningsprogram för social service (NOPUS), foreslås overført fra tidligere Sosialdepartementets kap. 620 Utredningsvirksomhet, forskning m.m., post 21 Spesielle driftsutgifter.

Post 60 Tilskudd til omsorgstjenester, kan overføres

Bevilgningen går til følgende formål:

- Regjeringens satsing sammen med Kommunenes Sentralforbund på ledelse- og kvalitetsutvikling: Flink med folk
- Tilskudd til kommunene og fylkesmennene til oppfølging av rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell
- Tilskudd til fylkesmannsembetene til oppgaver i forbindelse med avslutningen av handlingsplanen for eldreomsorgen. Disse midlene skal sees i sammenheng med midlene til fylkesmannsembetene over kap. 761 post 21.

Ledelse- og kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og sosialsektoren

Kommunenes Sentralforbund, Sosialdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet innledet i 2002 et fireårig samarbeid om ledelse- og kvalitetsutvikling innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten. Satsingen kalles Flink med folk. Satsingen er organisert som et prosjekt med lokale prosjektveiledere og gir tilbud om ekstern kompetanse til kommunenes utviklingsarbeid. Prosjektet har utviklet moduler i samarbeid med andre prosjekter og aktører.

Målet er at 220 kommuner skal delta i prosjektet i løpet av en fireårsperiode. Status i mai 2004 viste at 200 kommuner har vært involvert i ulike faser. Det er i gang tiltak i alle fylker, og mange kommuner arbeider sammen i nettverk. Interessen har vært stor, og etterspørselen forventes å fortsette i 2005. Pga. sen oppstart i 2002 og stor oppslutning, forslår departementet å utvide prosjektperioden til 1. juli 2006.

Samarbeidsprosjektet foreslås videreført med inntil 9,2 mill. kroner i 2005, hvorav 7,2 mill. kroner på kap. 761 post 60 og 2 mill. kroner på kap. 761 post 63. Midlene dekker også evaluering av satsingen.

Tilskudd til kommunene til kompetansetiltak

Tilskuddet er et tiltak på Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003–2006, se omtale under kap. 724 post 60. Tilskuddet, som forvaltes av fylkesmennene, skal primært styrke tilgangen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere og redusere andel ufaglærte samt heve kompetansen hos øvrig personell i eldreomsorgen. Det er avsatt 53,27 mill. kroner til formålet i 2005. Bevilgningen disponeres av fylkesmennene sammen med midler fra kap. 724 post 60, kap.743 post 70 og kap.761 post 63.

Fylkesmannen har viktige oppgaver i oppfølgingen av rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell. Fylkesmannen skal hjelpe kommunene med rekrutteringsarbeidet og fordeling av tilskudd til kommunene. Tilskudd til opplæring av ufaglærte i pleie- og omsorgstjenesten samt videreutdanning av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i eldreomsorg prioriteres.

Betinget tilsagn om tilskudd

Departementet garanterer for eventuelt inntektsbortfall ved Det nasjonale aldershjem for sjømenn i Stavern med inntil 1 mill. kroner for inntil tre beboere som ikke har hjemstedskommune i Norge (jf. forslag til romertallsvedtak IV).

Post 61 Tilskudd til vertskommunene mv.

Det meste av statlige midler til tiltak for psykisk utviklingshemmede overføres gjennom inntektssystemet til kommunene, der antall psykisk utviklingshemmede i kommunene er et eget beregningskriterium. Formålet med denne bevilgningen er å skjerme 33 vertskommuner for tidligere HVPU-institusjoner mot visse omfordelingsvirkninger i inntektssystemet.

Etter drøftinger med Landssammenslutningen av vertskommuner for sentralinstitusjoner i HVPU (LVSH) er ordningen for vertskommunetilskuddet endret. Disse endringer er omtalt i St.prp. nr. 1 (2001–2002). Det er bl.a. fra 2004 innført årlige tellinger av antall psykisk utviklingshemmede som omfattes av ordningen. I 2005 omfattes 1032 personer av vertskommunetilskuddet.

I St.prp. nr. 64 (2003–2004), kommuneproposisjonen, la Regjeringen fram forslag om delvis innlemming av vertskommunetilskuddet tilsvarende kriteriet for psykisk utviklingshemmede. Stortinget sluttet seg til forslaget, jf. Innst. S. nr. 255 (2003–2004).

Kriteriet for psykisk utviklingshemmede i inntektssystemet vil bli vektet opp slik at alle nye brukere, dvs. de som omfattes av vertskommunetilskuddet og andre, gir et tilskudd på vel 420 000 kroner gjennom inntektssystemet i 2005. Innlemmingen vil beløpe seg til 450,2 mill. kroner. Den resterende del av vertskommunetilskuddet vil bli tildelt vertskommunene. Vertskommunene får dermed tildelt midler knyttet til de psykisk utviklingshemmede gjennom inntektssystemet og gjennom den gjenværende øremerkede bevilgningen. Statens samlede overføringer til vertskommunene per psykisk utviklingshemmet vil ligge på samme nivå i 2005 som i 2004.

I tillegg ble det i kommuneproposisjonen for 2005 foreslått en innlemming i inntektssystemet som følge av reduksjon i antall psykisk utviklingshemmede som omfattes av vertskommunetilskuddet. Reduksjonen er basert på telling per 1. januar 2004, og fanger opp de personer som er falt fra i perioden fom. 2000 tom. 2003. Denne innlemmingen tilsvarer 87 mill. kroner for 2005.

Når det gjelder innlemming som følge av reduksjon av antallet psykisk utviklingshemmede har Høyre, Kristelig Folkeparti og Fremskrittspartiet følgende merknad, jf. Innst. S. nr. 255 (2003–2004):

> Disse medlemmer viser til departementets forslag om å overføre til inntektssystemet om lag 84,4 mill. kroner som følge av reduksjonen i antall psykisk utviklingshemmede som omfattes av vertskommunetilskuddet. I proposisjonen er det ikke vurdert om disse midlene skal inngå i overgangsordningen i inntektssystemet. Disse medlemmer vil be departementet komme tilbake med en nærmere vurdering av dette i statsbudsjettet for 2005. Dette for å følge opp avtalen mellom Sosialdepartementet og vertskommunene inngått i 2001.

Under behandlingen av kommuneproposisjonen for 2005 fattet Stortinget følgende vedtak:

> Stortinget ber Regjeringen i statsbudsjettet for 2005 følge opp avtalen mellom Sosialdepartementet og vertskommunene inngått i 2001.

For å følge opp drøftingene med Landssammenslutningen av vertskommuner foreslår Regjeringen at midler som legges inn i inntektssystemet som følge av frafall, legges inn i overgangsordningen. Dette innebærer en nedtrapping over fem år. Det vises til omtale i St.prp. nr. 1 (2004–2005) for Kommunal- og regionaldepartementet. Tilskudd per person varierer mellom vertskommunene. Som hovedregel vil tilskuddet reduseres med det gjennomsnittelige tilskuddet per person for den enkelte kommune. For kommuner som mottar tilskudd per person som ligger under dagens gjennomsnitt for vertskommunene samlet, skal det foretas 50 pst. reduksjon i tilskudd per bruker som faller fra. Dette er det tatt hensyn til ved innlemming av midler som følger av at brukerne faller fra.

Antall eldre personer med psykisk utviklingshemning er økende og stiller kommunene overfor nye utfordringer med hensyn til å skaffe fram et kvalitativt godt tjenestetilbud. I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2002–2003) om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet ble det vedtatt at deler av bevilgningen til vertskommunene vil kunne benyttes til kompetansehevende tiltak for å kunne utvikle kvalitativt gode tjenester for eldre personer med psykisk utviklingshemning, jf. Innst. S. nr. 260 (2002–2003). Det foreslås at inntil 3,6 mill. kroner nyttes til dette formålet i 2005.

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004) understreket komiteens flertall at vertskommunene har økte utfordringer når psykisk utviklingshemmede får store alderdomsproblemer i forholdsvis ung alder. På denne bakgrunn ber flertallet om at tilskuddet fortløpende vurderes i forhold til økte utgifter for eldre psykisk utviklingshemmede.

Departementet viser til den nye toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere og legger til grunn at den fanger opp eventuelle merbehov kommunene har enten det gjelder tidligere

beboere ved sentralinstitusjonene, eller andre grupper, inntil vedkommende har fylt 67 år. Kommunalkomiteen har presisert at sterkt hjelpetrengende eldre over 67 år skal finansieres over ordinære midler til eldreomsorgen i kommunene.

Den særskilte rapporteringen om antall psykisk utviklingshemmede til bruk for inntektssystemet i kommunene videreføres i 2005. Det foreslås at inntil 2 mill. kroner kan nyttes for å løse overgangsproblemer mv. knyttet til registrering og kontroll av antall psykisk utviklingshemmede i kommunene til bruk i inntektssystemet. Dersom det ikke er behov for midler til dette formålet i 2005, tildeles midlene vertskommunene.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås at 537,2 mill. kroner fra tidligere Sosialdepartementets kap. 621 post 61 Tilskudd til vertskommuner mv. overføres til kap. 571 post 60 Innbyggertilskudd. Samlet tilskudd til vertskommunene over nytt kap. 761 post 61 for 2005 foreslås pris- og lønnsjustert til 475,8 mill. kroner.

Post 63 Tilskudd til rusmiddeltiltak, kan overføres

Bevilgningen går til følgende formål:
- behandling og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere og prostituerte
- forsøks-, kompetanse- og utviklingsarbeid
- delfinansiering (2 mill. kroner) av ledelsesutviklingsprogrammet Flink med folk, se kap. 761 post 60

Styrking av kommunenes innsats for rusmiddelmisbrukere, herunder kompetanseutvikling

Det ble i 2003 bevilget tilskudd til fylkesmennene til kompetanseutvikling overfor sosialtjenestens førstelinje og tilretteleggelse av opplæringstiltak for arbeid med tungt belastede rusmiddelmisbrukere i kommunene, herunder legemiddelassistert rehabilitering.

Fylkesmennene har som en del av oppfølgingen av Handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje, Kunnskap og brubygging, hatt ansvaret for å tilrettelegge og koordinere opplæringstiltak knyttet til den kommunale sosial- og helsetjenestens arbeid med tungt belastede rusmiddelmisbrukere, herunder legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Utformingen og gjennomføringen ble basert på et samarbeid med flere instanser, blant annet fylkeslegene og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Opplæringstiltakene avsluttes i løpet av 2004. De aller fleste fylkene har tilrettelagt for kunnskapstilførsel i form av konferanser og seminarer og faglige fora.

Fylkesmennene vil fortsatt ha en sentral rolle i arbeidet med å forbedre kvaliteten og kompetansen i sosialtjenestens førstelinje i 2005. Arbeidet vil blant annet bestå av å fortsette å tilrettelegge og sørge for opplæringstiltak for ansatte i kommunenes sosial- og helsetjeneste som arbeider med tungt belastede rusmiddelmisbrukere, herunder legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Målet er at opplæringen skal gi bedre samordnede tjenester for denne målgruppen. Tunge rusmiddelmisbrukere har ofte omfattende problemer relatert til helse, bolig, økonomi og sosial fungering. Det er fortsatt behov for å øke kompetansen blant kommunalt ansatte som arbeider med målgruppen. En hovedutfordring i 2005 blir å opprettholde arenaer for samarbeid og samhandling på tvers av etatene og legge til rette for felles kompetansebygging. Opplæring må også ses i sammenheng med tiltakene i Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer, jfr. Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjon, og er et viktig virkemiddel for å nå målene på de kommunale innsatsområdene i planen.

Kommunene er avgjørende for innsatsen overfor rusmiddelmisbrukere. Det gjelder både forebyggende tiltak, støtte-, hjelpe- og behandlingstiltak og nødvendige samarbeidstiltak med spesialisthelsetjenesten. For å styrke kapasiteten når det gjelder kommunenes innsats overfor rusmiddelmisbrukere, foreslås bevilgningen til arbeidet i kommunene styrket med 70 mill. kroner. Av disse midlene foreslås 7 mill. kroner bevilget over kap. 726 post 61. Et viktig mål med økningen er å styrke ettervern og oppfølging av rusmisbrukere som kommer ut av institusjon. Samarbeid med frivillige organisasjoner er viktig for å få mest mulig slagkraft i det lokale ettervernsarbeidet. Av økningen foreslås 10 mill. kroner til samarbeidsprosjekter mellom kommuner og frivillige organisasjoner knyttet til ettervern.

Det økte inntaket i LAR betyr at behovet for lokal oppfølging i kommunen vil vokse ytterligere. Departementet mener dette arbeidet krever økt kompetanse og forpliktende samarbeid mellom sosial- og helsetjenesten i større grad enn tidligere. Departementet vil i 2005 fortsette å følge implementeringen av innsatsen rundt klienter på LAR i helse- og sosialtjenestene i kommunene, jf. omtale i kap. 726 post 61. Resultatene av den helhetlige evalueringen av LAR vil bli lagt til grunn i det videre utviklingsarbeidet.

Stortinget har 14. juni 2004, gjort vedtak, jf. Innst. O. nr. 104 (2003–2004) Innstilling fra justiskomiteen om midlertidig lov om prøveordning

med lokaler for injeksjon av narkotika. Regjeringen vil legge fram for Stortinget forslag til lovendringer og forskrifter slik at sprøyterommene kan tas i bruk fra 1. januar 2005. Regjeringen vil også som oppfølging av Stortingets vedtak, foreslå at det over statsbudsjettet for 2005 avsettes midler til delfinansiering av sprøyterom. Krav om åpningstid og nærmere utforming av sprøyterommene, innebærer at det er vanskelig å gi presise anslag over kostnader til formålet i 2005. Det er usikkert hvor mange kommuner som vil være aktuelle for oppstart av forsøk med sprøyterom fra 2005. Departementet vil med slike forbehold foreslå at det avsettes 5 mill. kroner til delfinansiering av forsøk med sprøyterom i 2005, herunder midler til evaluering.

Regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har tre hovedoppgaver: stimulering til utvikling av forebyggende tiltak i kommunene, kompetanseutvikling i kommunene og spesialisthelsetjenesten og særskilte innsatsområder med nasjonal spisskompetanse. Sentrene ble tildelt 62,5 mill. kroner i 2004 til drift og forebyggende tiltak i kommunene. Midlene videreføres i 2005.

Rusreformen har medført økt behov for kompetanse på rusfeltet både i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten.

I samråd med Helsedepartementet ba Sosialdepartementet i 2003 Sosial- og helsedirektoratet foreta en utredning av framtidige funksjoner og organisering av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Helse- og omsorgsdepartementet vil med bakgrunn i rapporten, bruke 2005 til bl.a. å vurdere framtidig plassering av de oppgavene som er lagt til de regionale kompetansesentrene. I dette arbeidet vil det bl.a. bli vurdert de behov spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren har for kompetanse på rusfeltet, og behovet for kompetanse i samhandling og samordning mellom disse forvaltningsnivåene.

Kompetansesentrene skal i 2005 styres ved oppdragsbrev fra Sosial- og helsedirektoratet, som også skal ivareta en Norgesnett-funksjon for sentrene.

Diverse enkelttiltak

Tilskudd til Oslo kommune for samarbeid med Bretvedt fengsel, Tyrilistiftelsen og Oslo fengsel om rehabilitering av innsatte rusmiddelmisbrukere videreføres. Det samme gjelder tilskudd til Oslo kommunes nasjonale kompetansesenter for prostitusjon (PRO-senteret). Tiltak for rehabilitering av innsatte i Trondheim fengsel og Bergen fengsel ble satt i gang av Sosial- og helsedirektoratet i 2003 og videreføres i 2005. I disse prosjektene samarbeider fengselstjenesten med den kommunale sosialtjenesten med sikte på integrering i samfunnslivet.

Det ytes også støtte til enkelttiltak med spesiell betydning for fag- og tjenesteutvikling. I regi av Sosial- og helsedirektoratet er det ytt støtte til enkelttiltak i 2004 og som videreføres i 2005. Dette gjelder utvikling av kompetanse i små kommuner i Nordland og utviklingsprosjekt mellom Høgskolen i Stavanger og Storhaug bydel (Storhaugprosjektet).

Merknad til budsjettforslaget

1,24 mill. kroner knyttet til to stillinger som er overført fra Oslo kommune til Sosial- og helsedirektoratet knyttet til Samordningsenheten for de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål foreslås overført til kap. 720 post 01 driftsutgifter.

Som ledd i tiltaksplanen mot fattigdom foreslås bevilgningen økt med 70 mill. kroner til styrking av kommunenes arbeid for rusmiddelmisbrukere.

Post 64 Ressurskrevende brukere, overslagsbevilgning

Det er fra 2004 opprettet en ny øremerket tilskuddsordning for ressurskrevende brukere. Formålet med bevilgningen er å sikre at brukere som krever stor ressursinnsats fra det kommunale tjenesteapparat, får et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon.

Med ressurskrevende bruker menes en person med store hjelpebehov og som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette kan blant annet gjelde psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede, rusmiddelmisbrukere og psykiatriske pasienter. Kommunalkomiteen har presisert at sterkt hjelpetrengende eldre over 67 år skal finansieres over ordinære midler til eldreomsorgen i kommunene.

For å bli regnet som ressurskrevende bruker må kommunens utgifter til lønn overstige 700 000 kroner. Ut over innslagspunktet for kommunen på 700 000 kroner per bruker, får kommunene kompensert for 80 pst. av de totale utgiftene på landsbasis. Kommunene har med bakgrunn i regnskapstall for 2003 rapportert lønnsutgifter knyttet til den enkelte bruker. Kommunene har for 2003 rapportert utgifter, ut over innslagspunktet på 700 000 kroner, på 1,88 mrd. kroner. I dette tallet er øvrige øremerkede tilskudd kommunene mottar til enkeltbrukere trukket fra. Staten skal dekke 80

pst., dvs. 1,505 mrd. kroner. I 2004 mottar 345 kommuner tilskudd til totalt 3398 brukere.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Norges Kommunerevisorforbund utarbeidet et opplegg for kontroll av regnskapsdata fra kommunene. Det er for 2004 gjennomført en begrenset kontroll. Kommuner med store avvik i forhold til rapportering for 2002, eller som ikke har rapportert for 2003, ble valgt ut for kontroll. Totalt ble 172 kommuner kontrollert. For 2005 legges det opp til at kommunerevisjonen skal kontrollere regnskapstallene før disse sendes Sosial- og helsedirektoratet.

Stortinget ba i Innst. S. nr. 11 (2003–2004) om at fylkesmennene skulle ta hensyn til særlig tyngende utslag for enkeltkommuner ved fordeling av skjønnsmidler. I St.prp. nr. 64 (2003–2004), kommuneproposisjonen, er det foreslått at det i retningslinjene til fylkesmennene tas hensyn til kommuner som har spesielt høye utgifter knyttet til særlige ressurskrevende brukere, og hvor dette ikke fanges opp gjennom inntektssystemet og toppfinansieringsordningen ved fordeling av skjønnstilskudd. Kommunalkomiteen sluttet seg til dette, jf. Innst. S. nr. 255 (2003–2004).

Regjeringen er bedt om å evaluere ordningen med ressurskrevende brukere fortløpende. En evaluering av ordningen vil bli gjennomført i 2005. Det vil være viktig å belyse om ordningen sikrer ressurskrevende brukere et godt tilbud.

Ved Stortingets behandling av kommuneproposisjonen for 2005 viste komiteen til at de statlige rapporteringskravene til kommunene når det gjelder denne gruppen har vært svært omfattende, og ba om at departementet redegjør for om rapporteringssystemet er noe endret i forbindelse med innføringen av den statlige toppfinansieringsordningen fra 2004. Dette er nå en øremerket toppfinansieringsordning. Det medfører at rapporteringssystemet fra kommunene er noe endret. Kommunene rapporterer nå lønnsutgifter basert på regnskapstall i forhold til den enkelte bruker.

Det er for 2004 avsatt 1,2 mrd kroner til formålet. I St.prp. nr. 63 (2003–2004) ble det varslet at en prognose over innmeldte utgifter for 2004 viste et høyere beløp enn det avsatte på 1,2 mrd. kroner. Med bakgrunn i rapporterte tall fra kommunene vil det være en overskridelse på 305 mill. kroner i forhold til avsatt beløp for 2004. Økningen i beregnet beløp for 2004 og kommunenes faktiske utgifter kan skyldes økning i antallet brukere og økning i lønnsutgifter knyttet til den enkelte bruker. Overgangen fra å være en del av skjønnsmidlene, til at dette fra 2004 er en øremerket tilskuddsordning, kan ha medført at kommuner som tidligere ikke fikk tildelt skjønnsmidler har høyere utgifter enn antatt. I tilleggs- og omprioriteringsproposisjonen høsten 2004 vil det bli bedt om ytterligere midler.

Merknad til budsjettforslaget

1 mill. kroner som er knyttet til utgifter for administrering av tilskuddsordningen foreslås overført til kap. 720 Sosial- og helsedirektoratet, post 01 driftsutgifter.

Det foreslås at kommunenes innslagspunkt pris- og lønnsjusteres til 725 000 kroner per bruker.

Post 66 Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse

Bevilgningen går til stimuleringstilskudd til kommunene for å ta i bruk ordningen med brukerstyrt personlig assistanse.

Tjenestetilbudet brukerstyrt personlig assistanse er i første rekke en ordning til personer med omfattende funksjonsnedsettelser, og som kan ivareta funksjonen som arbeidsleder. Tjenesten er hjemlet i sosialtjenesteloven som en ordning som kommunene plikter å ha. Først når IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) er innført i alle kommuner fra 2006, vil det foreligge statistikk over hvor mange personer som har denne ordningen. Tilskuddet går til dekning av utgifter til opplæring av arbeidsleder og assistent, til utlysing og ansettelsesprosedyrer og oppfølging. Tilskuddet dekker ikke kommunenes utgifter til tjenestetilbudet, men skal stimulere til at nye brukere får tjenestetilbudet.

I 2004 ble tilskuddet fordelt på kommuner i alle fylker til 730 brukere i 211 kommuner og 14 bydeler i Oslo. Det var 274 nye brukere i 2004, mot 230 i 2003. Tilskuddsordningen videreføres i 2005. Ved behandlingen av St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, ba Stortinget Regjeringen å fremme en sak for Stortinget om ordningen med brukerstyrt personlig assistanse, jf. Innst. S. nr. 162 (2003–2004). Departementet tar sikte på å omtale brukerstyrt personlig assistanse i kommuneproposisjonen for 2006, som legges fram våren 2005.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås at eventuelle ekstra utredningskostnader i oppfølgingen av ovennevnte vedtak i Stortinget dekkes over bevilgningen.

Post 70 Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., kan overføres

Bevilgningen går blant annet til tilskudd til frivillige organisasjoner og private stiftelser som utfører arbeid for svakere stilte grupper

Frivillige organisasjoner og private stiftelser utfører et betydelig arbeid for svakstilte grupper. Tiltakene omfatter hovedsakelig institusjonsbehandling, samt ulike former for individrettet bistand i nærmiljøene, som bolig-/overnattingstilbud, møtesteder, kvalifiseringsarbeid og nettverksarbeid.

I 2003 ble det fordelt 38,4 mill. kroner i tilskudd til tiltak for rusmiddelmisbrukere. Det ble gitt tilskudd til bl.a. Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesentre, Stiftelsen KRAFT, Frelsesarmeen, Stiftelsen Rus-nett, Blå Kors i Norge, Natthjemmet for prostituerte og Kirkens Bymisjon.

Merknad til budsjettforslaget

Delingen av bevilgningen under kap 621 post 70 Frivillig forebyggende arbeid mv. som fulgte av oppgavefordelingen mellom nyopprettede Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, vil kunne medføre behov for justeringer mellom kap. 621 post 70 og kap. 761 post 70. Dette vil eventuelt bli fulgt opp i tilleggs- og omprioriteringsproposisjonen våren 2005.

Det vises for øvrig til Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjon.

Post 71 Tilskudd til frivillig arbeid

Formålet med bevilgningen er å fremme visse organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv. Bevilgningen går til følgende formål:

- informasjon/telefontjenester og kontaktskapende arbeid
- driftsstøtte til diverse tiltak

For 2004 ble det gitt tilskudd til følgende organisasjoner til informasjon og kontaktskapende arbeid:

- Kirkens SOS i Norge
- Telefonkontakt
- Frelsesarmeens telefon- og besøkstjeneste
- Demenslinjen – Nasjonalforeningen for folkehelsens kontakttelefon for pårørende til demente
- Informasjonstelefonen for tinnitus og morbus meniere (T/M-linjen).

For 2004 er det gitt driftsstøtte til følgende tiltak:

- Frelsesarmeens ettersøkelsesarbeid
- Norsk helse- og sosialforum
- Trastad samlinger.

Sosial- og helsedirektoratet følger virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap. Tilskudd for 2005 vil bli vurdert etter søknad.

Post 72 Tilskudd til Landsbystiftelsen

Landsbystiftelsen eier og driver landsbyer (også kalt Camphill-landsbyer) som fram til 1986 var en del av helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Fra og med 1987 ble landsbyene administrativt forankret i sykehusloven, og kom inn under tilskuddsordningen fra folketrygden sammen med andre spesielle helseinstitusjoner. Fra og med 2002 ble tilskuddet til Landsbystiftelsen gitt gjennom egen bevilgning på statsbudsjettet. Landsbystiftelsen, som er inspirert av antroposofien, tilbyr et helhetlig bo- og arbeidsfellesskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov. Tilbudet omfatter personer med psykisk utviklingshemning og en del rusmiddelmisbrukere. Tilskuddet ble i 2002 økt med 6,2 mill. kroner til 55 mill. kroner, slik at Landsbystiftelsen mottar omtrent det samme per bruker som kommunene mottar per person med psykisk utviklingshemning gjennom inntektssystemet.

Følgende institusjoner omfattes av tilskuddsordningen:

- Vidaråsen landsby, Vestfold
- Hogganvik landsby, Rogaland
- Jøssåsen landsby, Sør-Trøndelag
- Solborg, Oppland
- Vallersund Gård, Sør-Trøndelag
- Kristoffertunet, Sør-Trøndelag

Midlene blir stilt til rådighet for Landsbystiftelsen som fordeler midlene til institusjonene. Sosial- og helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap og følger opp arbeidet med fastlegging av beleggskrav i forhold til antall og type plasser.

Som varslet i St.prp. nr. 1 (2003–2004) er det nødvendig å endre den rettslige reguleringen av virksomheten ved Landsbystiftelsens institusjoner. Sosialdepartementet har i september 2004 sendt på høring et forslag om å oppheve forskriften som regulerer virksomheten ved landsbyene. Tjenesten ved landsbyene er foreslått regulert i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Forslaget vil legge til grunn en fortsatt statlig finansiering av virksomheten.

Post 73 Tilskudd til døvblinde og døve

Bevilgningen går som tilskudd til Stiftelsen Conrad Svendsen Senter (CSS), som er et bo-, omsorg-, behandlings- og rehabiliteringstilbud der avansert tegnspråk og et sosialt utviklende miljø er grunnlaget. Brukerne er voksne døve og døvblinde med ulike tilleggsvansker av medisinsk og psykologisk kompleksitet og med en svært ulik språkforståelse.

I 2004 ble det gitt 9,7 mill. kroner i tilskudd til drift av en spesialisert fagavdeling ved senteret. Ordningen foreslås videreført i 2005 med 10,133 mill. kroner. Denne avdelingen utreder og behandler brukerne, gir veiledning til det øvrige personalet og veiledning til personell og brukere fra andre deler av landet.

I 2003 ble 30 mill. kroner fra tidligere kap. 673 Tiltak for funksjonshemmede post 60 Tilskudd til driftsomlegging, overført til det ordinære inntektssystemet for kommunene (kap. 571 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett). Midlene ble lagt utenfor overgangsordningen i fem år, til og med 2007, til de kommunene som har overtatt ansvaret for brukere ved Conrad Svendsen Senter. Dette omfatter også kompensasjon til Oslo kommune, som har overtatt ansvaret for tjenester til personer der det har vært vanskelig å fastslå hvilken kommune som defineres som hjemkommune

3,2 mill. kroner ble for 2004 bevilget over kap. 621 post 73 til kompensasjon for manglende kommunal betaling i 2001. Midlene foreslås fra 2005 innlemmet i inntektssystemet og lagt til Oslo kommune.

Post 75 Kompetansesentra m.m.

Bevilgningen går til følgende formål:

- Drift av to av de landsdekkende kompetansesentrene for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Dette gjelder Nasjonalt kompetansesenter for autisme og Det statlige kompetansesystemet for døvblinde
- Andre kompetanseutviklingstiltak, som styrking av syndromdiagnostikk og felles informasjon om sjeldne tilstander.

Det er satt i gang en prosess med å knytte sentrene for sjeldne funksjonshemninger til helseforetaksstrukturen. Det vises til omtale i innledningen til kapittel 761 og del III, avsnitt 2.2.3.

Nasjonalt kompetansenettverk for autisme

Det nasjonale kompetansenettverket for autisme skal sikre utviklingen av tiltak og tjenester for mennesker med autisme og Asberger syndrom. En sentral faglig og administrativ enhet er lagt til Universitetet i Oslo, Autismeenheten. Autismenettverket består av fagmiljøer, som har fått tillagt spesielle nasjonale funksjoner og et fagråd for virksomheten. Sosial- og helsedirektoratet og Statsped er oppdragsgivere og koordinerer virksomheten.

Det er etablert landsdekkende knutepunktfunksjoner for synshemning og autisme, døvhet og autisme, epilepsi og autisme, intervensjon og mekling ved konflikter, samt tidlig identifisering og tiltak. Regionale knutepunktfunksjoner dekker hhv. psykiske vansker og utfordrende atferd/problematferd, alternativ og støttende kommunikasjon og forståelsesvansker. I Nord-Norge er det en egen satsing for utvikling av autismekompetanse.

I 2003 er det bidratt til kompetanseutvikling og tilbud knyttet til 300–400 personer.

Autismeenheten vil legge til rette for økt undervisning, veiledning og faglig nettverksbygging som omfatter tjenesteapparatet. Det samarbeider med Nasjonalt senter for telemedisin om bruk av ny teknologi til kunnskapsspredning. Det skal i perioden 2004–2008 bygges opp et fagmiljø med spesialistkompetanse på tilrettelegging av skoletilbud til elever med Asberger syndrom.

Samarbeid med øvrige kompetansesentre skal utvikles. Spesielt bør mulighetene for fellestiltak identifiseres for å utnytte de samlede ressursene på feltet optimalt.

Det statlige kompetansesystemet for døvblinde

Det statlige kompetansesystemet for døvblinde består av en sentral koordinerende instans, fire regionale kompetansesentre og tre sentre med landsdekkende oppgaver. Kompetansesystemet inngår i Sosial- og helsedirektoratets ansvar for koordinering og videreutvikling av andre tiltak for sjeldne funksjonshemninger. Utdannings- og forskningsdepartementet bidrar til finansieringen over kap. 243.

Kompetansesystemet skal, sammen med det ordinære tverretatlige tjenesteapparatet, gi et helhetlig tjenestetilbud til døvblinde i alle aldre.

Sentre med regionansvar:

- Andebu Døvblindesenter
- Vestlandet kompetansesenter
- Døvblindesenteret i Nord-Norge
- Skådalen kompetansesenter.

Sentrene i Nord-Norge og Andebu har egne boenheter for personer som har behov for et spesielt tilrettelagt varig bo- og tjenestetilbud. Det ordinære bo- og tjenestetilbudet finansieres av beboernes hjemkommuner. I tillegg ytes spesialiserte tjenester finansiert av staten.

Sentre med spesielle landsdekkende funksjoner:
- Eikholt senter for døvblinde
- Huseby kompetansesenter for synshemmede
- Andebu kompetanse- og skolesenter

Eikholt senter for døvblinde i Drammen er et bo- og kurssenter med spesielt ansvar for å gi rehabiliteringsopphold. Kostnadene til driften av boligtilbudet dekkes ved husleie. Huseby kompetansesenter for synshemmede og Andebu kompetanse- og skolesenter får midler over Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett.

Det ytes tjenester for fysisk tilrettelegging og hjelpemidler fra Rikstrygdeverkets landsdekkende døvblindetjeneste ved Hjelpemiddelsentralen i Buskerud.

Virksomheten i kompetansesystemet knytter seg til utredning av døvblinde personer, rådgivning og kompetanseheving i forhold til døvblinde, kommunalt ansatte og øvrig hjelpeapparat gjennom oppfølging av enkeltpersoner og generell veiledning. Sentre med regionalt ansvar skal sørge for at tilbudet er kjent i alle kommuner i regionen.

Per 31. desember 2003 var det ved regionsentrene kjent 97 døvblindfødte personer. Det var kjent 391 døvblindblitte personer. I 2003 var 111 personer til utredning for identifisering av døvblindhet.

Eikholt hadde i 2003 25 kurs for 54 døvblinde med pårørende/ledsagere. I tillegg foretok sentret 52 hjemmebesøk.

I 2005 skal kompetansesystemet arbeide med videreutvikling av kompetanse og koordinering av tjenestetilbudet og samarbeid med andre kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger. Mulighetene for fellestiltak skal identifiseres for å utnytte de samlede ressursene på feltet optimalt. Det skal legges vekt på informasjon og samarbeid for å sikre at tilbudet blir nyttet av eldre døvblinde. En utfordring framover vil være hvordan den voksende gruppen av eldre døvblinde og deres hjemkommuner, skal få tjenester og samhandle med døvblindesentrene.

Eikholts tilbud skal spesielt vektlegge rehabilitering med sikte på yrkesaktivitet.

Sosial- og helsedirektoratet vil spesielt se på mulighetene for at kompetansesystemet får ansvar for å bygge opp tverrfaglig kompetanse på flere sjeldne tilstander, hvor kombinert syn- og hørselshemning er ett av flere symptomer. Det skal legges vekt på samarbeid med øvrige kompetansesentre for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger.

Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS)

For budsjettforslag for 2005, se omtalte under kap. 732 post 78.

Senter for sjeldne sykdommer og syndromer har i 2004 ansvar for 16 diagnosegrupper. Sentret skal bygge opp tverrfaglig kompetanse og gi informasjon, rådgivning og veiledning til sine diagnosegrupper, pårørende og til fagpersoner i det lokale hjelpeapparat. Brukermedvirkning er en del av arbeidsformen.

Sentret ga i 2003 informasjon og rådgivning i forhold til 1141 registrerte brukere. I 2003 var det 1751 henvendelser. 50 pst. av alle henvendelsene kom fra brukere og pårørende. 126 personer var i kontakt med senteret for første gang.

Virksomheten ved sentret videreføres i 2005 som i 2004. Samarbeid med øvrige kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger skal videreutvikles. Spesielt bør mulighetene for fellestiltak identifiseres for å utnytte de samlede ressursene på feltet optimalt.

Frambu

For budsjettforslag for 2005, se omtale under kap. 732 post 70.

Frambu har ansvar for åtte diagnoseklynger, inklusiv sjeldne tilstander uten klar diagnose, totalt 60 ulike diagnoser. I 2003 er det gjennomført 23 informasjonsopphold. Det har vært arrangert fire helseleire for barn og unge hvor det deltok 170 personer og 256 personer har vært på opphold, til sammen 1048 deltakere, inklusive foreldre og søsken. Trenings- og rådgivningssenteret og Senter for sjeldne sykdommer og syndromer har arrangert egne informasjonsopphold for personer med disse sentrenes brukere på Frambu. I alt 226 personer deltok. Virksomheten ved Frambu videreføres som i 2004. Samarbeid med øvrige kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger skal videreutvikles. Spesielt bør mulighetene for fellestiltak identifiseres for å utnytte de samlede ressursene optimalt.

Nasjonal kompetanseenhet for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK)

For budsjettforslag for 2005, se omtale under kap 732 post 78.

Nasjonal kompetanseenhet for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi er samfinansiert med Utdannings- og forskningsdepartementet. Enheten har i 2003 arrangert kurs og konferanser for fagpersonell, gitt veiledning i enkeltsaker og utgitt

skriftlig informasjonsmateriell. Totalt er det behandlet 2467 henvendelser hvorav 67 pst. fra fagfolk og 33 pst. fra brukere og pårørende.

I 2004 gjelder en særskilt avtale mellom Ullevål universitetssykehus HF, Statlig spesialpedagogisk støttesystem og Sosial- og helsedirektoratet om drift av Nasjonal kompetanseenhet. Enheten fortsetter i 2005 sin virksomhet som i 2004. Når det gjelder diagnostisering og behandling av ADHD er det planlagt et nasjonalt kompetansenettverk bestående av de tidligere tre sakkyndige team i Bergen, Trondheim og Oslo, og Nasjonal kompetanseenhet. For budsjettforslag for 2005, se omtale under kap. 732 post 70. Ullevål universitetssykehus HF skal ha det koordinerende ansvaret. Nettverket skal bistå behandlere med faglige råd og veiledning, spesielt i kompliserte saker. Kompetansenettverket skal også drive forskning, videre kompetanseoverføring og fagutvikling innen fagfeltet.

Betinget tilsagn om tilskudd

Departementet garanterer for eventuelt inntektsbortfall med inntil 5 mill. kroner når plasser ved botilbudet blir stående tomme ved Hjemmet for Døve i Andebu, og ved Døvblindesenteret i Nord-Norge med inntil 2 mill. kroner (jf. forslag til romertallsvedtak IV).

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås styrket med følgende overføringer:

- 39,533 mill. kroner fra tidligere Sosialdepartementets kap. 621 post 73 Tilskudd til døvblinde og døve (tilskudd til Det statlige kompetansesystemet for døvblinde)
- 18,038 mill. kroner fra tidligere Sosialdepartementets kap. 621 post 21 Spesielle driftsutgifter (tilskudd til Nasjonalt kompetansenettverk for autisme)

Post 76 Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk Bo- og Seniorsenter, og dermed stimulere til at kommuner velger å kjøpe plasser ved disse institusjonene. Følgende vilkår for bevilgningen foreslås videreført:

- bevilgningen skal i hovedsak nyttes til å subsidiere den kommunale kostnaden for nye beboere som enten tilhører Det mosaiske trossamfunn eller Syvendedags Adventistsamfunn
- tilskuddet bør fortrinnsvis tilgodese personer hjemmehørende i andre kommuner enn der institusjonen ligger
- midlene skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for tilbud i aldersinstitusjon
- subsidieringen kan ikke ha et slikt omfang at det urimelig påvirker kommunens valg av typer tiltak

De midler som ikke kan nyttes i samsvar med punktene over, kan anvendes i forhold til medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved institusjonen. Dette kan være tilbud om dagplass, kortidsplass og hjemmebesøk mv.

Departementet viderefører samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av midlene mellom de to institusjonene. Sosial- og helsedirektoratet følger institusjonenes bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap. For disse institusjonene gjelder for øvrig de finansieringsordninger som ellers gjelder for sykehjem.

Programområde 30 Stønad ved helsetjenester

Folketrygdens stønad ved helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygdens ansvar omfatter i hovedsak stønad ved helsetjenester utenfor institusjon, men også utgifter til opphold ved visse typer privateide institusjoner dekkes. Pleietjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten og de regionale helseforetakene for spesialisthelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansieringen av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler.

I spesialisthelsetjenesten omfatter folketrygdens finansieringsansvar bl.a. private laboratorier og røntgeninstitutt, praktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I kommunehelsetjenesten omfatter finansieringsansvaret bl.a. allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten.

Enkelte tjenester finansieres fullt ut av folketrygden og pasientene. Det gjelder bl.a. legemidler og sykepleieartikler på blå resept.

Folketrygden kan også gi bidrag til dekning av utgifter til visse helsetjenester når utgiftene ellers ikke dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Det gjelder bl.a. legemidler på hvit resept og tannhelsetjenester overfor definerte pasientgrupper.

Det finnes to ordninger med utgiftstak for betaling av egenandeler. Når utgiftstaket er nådd, slipper pasienten å betale fastsatte egenandeler for de tjenestene som omfattes resten av kalenderåret. Egenandelstak 1 gjelder utgifter til legehjelp, psykologhjelp, laboratorieprøver, radiologi, legemidler og sykepleieartikler på blå resept og reiser til behandling. Egenandelstak 2 ble innført 1. januar 2003, og omfatter fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling, opphold i opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

Trygdeetaten

Europeisk helsetrygdkort

Fra 1. juni 2004 ble blankett E 111 erstattet med Europeisk helsetrygdkort. Helsetrygdkortet skal innføres i alle EØS-land, og innebærer en forenkling både for brukere, tjenesteytere og de myndigheter som administrerer ordningene. Europeisk helsetrygdkort er et plastkort, og har en gyldighet på tre år i Norge.

Helsetrygdkortet dokumenterer retten til nødvendig medisinsk behandling ved midlertidig opphold i et annet EØS-land eller Sveits, på lik linje med oppholdslandets borgere. Samtidig er korthaveren legitimert til å få dekket utgiftene for slik behandling på lik linje med oppholdslandets borgere.

Samtidig med innføring av Europeisk helsetrygdkort er også regelverket gjennomgått for å oppnå forenkling og økt tilgjengelighet.

Det er endringer i reglene for hva man får dekket etter 1. juni 2004. Tidligere var retten begrenset til øyeblikkelig helsehjelp ved midlertidig opphold i et annet EØS-land eller Sveits. Pensjonister fikk i tillegg nødvendig helsehjelp. Fra 1. juni 2004 gir ordningen rett til nødvendig helsehjelp for alle som har kortet. Helsetrygdkortet erstatter dermed også andre blanketter: E 110, E 119 og E 128. Kortet kan bestilles over internett eller telefon. Per 1. september 2004 var det allerede utstedt ca. 700 000 kort.

Videre er bruken av kortet forenklet ved at man nå kan henvende seg direkte til tjenesteyter i oppholdslandet.

Norge og 13 av medlemslandene i EU har utstedt Europeisk helsetrygdkort fra og med 1. juni 2004. De øvrige EU-landene og Island, Liechtenstein og Sveits vil gjøre det innen 1. januar 2006.

Utvikling av moderne kontrollsystemer

Trygdeetaten er i ferd med å modernisere sine IT-systemer for kontroll og behandling av oppgjør med behandlere, apotek, bandasjister, ortopediske verksteder og private laboratorier og røntgeninstitutt. Formålet er å få ett felles system for innsending, lagring, kontroll og saksbehandling av inn-

sendte krav, og i tillegg automatisere manuelle prosesser der dette er mulig. Dette vil gi bedre og mer effektive kontroller, mer effektiv saksbehandling og bedre datagrunnlag for statistikker og styringsdata. Utgangspunktet for løsningen er det system som i dag benyttes for å ta i mot og behandle elektroniske sykmeldingsattester og legeerklæringer.

I 2003 startet moderniseringsprosjektet med fokus på gradvis å bygge ut de ulike standardkomponentene i løsningen, som vil være klar for å ta i mot elektroniske regninger fra leger i løpet av 2004. I 2005 vil det være fokus på å legge til rette for å ta i mot elektroniske krav fra poliklinikker.

Transport av data vil blant annet gå gjennom Norsk helsenett. Den nye løsningen stiller høye krav til sikkerhet, med bruk av digitale signaturer (PKI). For legene og sykehusene vil det være en utfordring å få oppdatert avgiversystemene slik at disse kan kommunisere med trygdeetaten.

Legemidler på blå resept

Refusjon for legemidler på blå resept utgjorde 7,3 milliarder kroner i 2003, og er den klart største av trygdens budsjettposter i Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Departementet prioriterer for tiden tiltak som kan gi legene bedre kunnskap om refusjonsvilkårene og regelverket for blå resept. Målsettingen er å bedre legenes etterlevelse av refusjonsvilkårene.

Sentralt i dette arbeidet står Blåreseptprosjektet, som er startet opp i regi av Rikstrygdeverket. Blåreseptprosjektet skal utvikle en metodikk for å kontrollere legenes forskrivning av medisiner på blå resept, iverksette kontroll av resepter, og gjennomføre ulike informasjonstiltak overfor legene. Rikstrygdeverket har gjennomført en pilotkontroll av ca. 400 blå resepter, som avdekket mange feil ved legenes forskrivningspraksis. Det er laget en plan for gjennomføring av et antall kontroller i 2004, og kontrollvirksomheten vil bli videreført i 2005. Prosjektet vil også forsøke å måle effekter av de kontroller som blir gjennomført. Blåreseptprosjektet har sendt brev til alle landets leger med informasjon om arbeidet som er iverksatt, og har videre informert i form av annonser i Tidsskrift for Den norske lægeforening og plakater. Informasjonsvirksomhet rettet mot legene vil fortsette i 2005.

Fastlegeordningen

IT-rutinen for fastlegeordningen utvikles fortløpende. Overføring av pasientlistene elektronisk til legene er påbegynt. Rikstrygdeverket vil søke å finne en løsning som vil gjøre det mulig å bytte fastlege på internett. Fra 1. november 2003 er AMK-sentralene, legevaktene og sykehusene gitt elektronisk tilgang til opplysninger om den enkeltes fastlege.

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
2711	Spesialisthelsetjenester mv.	3 149 632	3 006 595	2 864 309	-4,7
	Sum kategori 30.10	3 149 632	3 006 595	2 864 309	-4,7

De regionale helseforetakene skal sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen. Folketrygden bidrar til finansiering av tjenestene gjennom å yte refusjon for behandling hos bl.a. privatpraktiserende legespesialist og spesialist i klinisk psykologi. Kategori 30.10 omfatter også refusjoner til undersøkelse og behandling hos tannlege, ved private laboratorie- og røntgenvirksomheter og ved opphold i opptreningsinstitusjoner mv.

Kap. 2711 Spesialisthelsetjenester mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
70	Refusjon spesialisthjelp	1 141 897	1 043 000	1 046 000
71	Refusjon psykologhjelp	196 043	200 000	186 000
72	Refusjon tannlegehjelp	411 783	519 994	700 000
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	644 875	661 000	523 000
78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.	755 034	582 601	409 309
	Sum kap 2711	3 149 632	3 006 595	2 864 309

Post 70 Refusjon spesialisthjelp

Hovedtrekk ved regelverket

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helsedepartementet i medhold av folketrygdloven § 5-4. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til legetjenester ved sykdom eller mistanke om sykdom, ved skade eller lyte og ved svangerskap og fødsel.

De regionale helseforetakene har ansvar for å gi befolkningen i helseregionen tilbud om nødvendig undersøkelse og behandling hos legespesialist. Tjenestene finansieres ved driftstilskudd fra foretakene, stykkprisrefusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene.

Pasienten skal som hovedregel betale egenandel. Denne utgjør differansen mellom legens honorar og trygdens refusjonsbeløp. I visse tilfeller skal det ikke betales egenandel. Dette gjelder bl.a.:

- ved kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel,
- ved skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- ved behandling av barn under 7 år og psykoterapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år
- ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Det er et vilkår for refusjon fra trygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette framgår av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er innført begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til hos legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

Fra 1. januar 2002 kan dagkirurgisk behandling hos spesialister med driftsavtale utløse ISF-refusjon. Forutsetningen er at det er inngått særlig avtale om slik virksomhet med regionalt helseforetak. ISF-refusjonen tilfaller foretaket, som betaler for behandlingen på grunnlag av den inngåtte avtalen.

Resultatrapport

Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende spesialister 2002 og 2003.

(i mill. kroner)

	2002	2003	Endring i pst.
Spesialister med avtale	989,3	1 058,7	7,0
Spesialister uten avtale	31,2	32,0	2,6
Legeerklæringer	45,0	51,2	13,8
Sum kap. 2711, post 70	1 065,6	1 141,9	7,2

Saldert budsjett for 2004 var på 1 043 mill. kroner inkludert en egenandelsøkning på 12 prosent per 1. januar 2004. Ved takstoppgjøret for leger per 1. juli 2004 ble det avtalt å øke driftstilskuddsandelen i finansieringen av legespesialisttjenester ytterligere, ut over den omfordelingen på 85 mill. kroner fra takster til driftstilskudd som ble avtalt ved takstoppgjøret i 2003. Ved årets oppgjør ble det avtalt å redusere refusjonstakstene tilsvarende 100 mill. kroner på årsbasis, og det er forutsatt at de regionale helseforetakene vil bli kompensert for tilsvarende merutgifter til driftstilskudd gjennom økning av kap. 732 Regionale helseforetak postene 71-75. Avtalen ble inngått for sent til at Stortinget kunne behandle bevilgningsendringene for 2004 våren 2004, og forslag vil bli lagt fram høsten 2004.

Trygdens utgifter til legeerklæringer er fra 1. januar 2004 overført til kap. 2652 post 71 Legeerklæringer.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

Egenandelene for legehjelp foreslås økt med 8 prosent fra 1. juli 2005.

For 2005 foreslås bevilget 1 046 mill. kroner.

Post 71 Refusjon psykologhjelp

Hovedtrekk ved regelverket

Utgifter til psykologhjelp hos privatpraktiserende spesialist i klinisk psykologi dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven § 5-7. Med visse unntak er det er et vilkår for refusjon at psykologen har driftsavtale med regionalt helseforetak. Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege eller fra leder ved barnevernsadministrasjon, dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønaden ytes etter fastsatte takster. Dette innebærer vanligvis at pasienten må betale en egenandel. Ved behandling av barn og ungdom under 18 år og ved HIV-infeksjon er pasienten fritatt for å betale egenandel.

Resultatrapport

Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer i 2002 og 2003:

(i mill. kroner)

	2002	2003	Endring i pst.
Psykologer med avtale	165,3	180,6	9,3
Psykologer uten avtale	11,7	13,7	17,1
Avsetning til fond	1,6	1,7	6,3
Sum kap. 2711, post 71	178,7	196,0	9,7

Saldert budsjett for 2004 var på 200 mill. kroner inkludert en egenandelsøkning på 12 prosent per 1. januar 2004. Ved takstoppgjøret for psykologer per 1. juli 2004 ble det avtalt å øke driftstilskuddsandelen i finansieringen av psykologtjenester ytterligere, ut over den omfordelingen på 10 mill. kroner fra takster til driftstilskudd som ble avtalt ved takstoppgjøret i 2003. Ved årets oppgjør ble det avtalt å redusere refusjonstakstene tilsvarende 17 mill. kroner på årsbasis mot en tilsvarende styrking av driftstilskuddet. Ved behandlingen av St.prp. nr. 71 (2003-2004) vedtok Stortinget å redusere bevilgningen for 2004 med 8,5 mill. kroner. De regionale helseforetakene ble kompensert for tilsvarende merutgifter til driftstilskudd gjennom økning av kap. 732 Regionale helseforetak postene 71-75.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

Egenandelene for psykologhjelp foreslås økt med 8 prosent fra 1. juli 2005.

For 2005 foreslås bevilget 186 mill. kroner.

Post 72 Refusjon tannlegehjelp

Hovedtrekk ved regelverket

Utgifter til tannlegehjelp dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven § 5-6.

Folketrygden yter stønad til undersøkelse og behandling som utføres av tannlege ved tannsykdommer, munnsykdommer og kjevesykdommer. Dette gjelder blant annet operative inngrep, periodontittbehandling, rehabilitering av tannsett i de tilfeller tenner er tapt som følge av periodontitt, og kjeveortopedi (tannreguleringer). Med unntak for rehabilitering av tannsett og kjeveortopedi inngår behandlingen i egenandelstak 2-ordningen, jf. kap. 2752 post 71. I familier med to eller flere søsken med behov for kjeveortopedi, økes den prosentvise refusjonen fra og med det andre barnet (søskenmoderasjon).

Folketrygden gir full refusjon etter fastsatte takster ved behandling hos tannlege for yrkesskade som går inn under folketrygdloven kap. 13. Det samme gjelder ved tannlegehjelp for personer med sjeldne medisinske tilstander når det er dokumentert en sammenheng mellom tilstanden og den reduserte tannhelsen.

Det er utarbeidet mønsteravtaler for direkte oppgjør mellom tannlege og trygdekontor. Direkte oppgjør med trygdeetaten er særlig aktuelt for noen grupper tannleger (kjeveortopeder, periodontister, oralkirurger og protetikere). Hensikten med direkte oppgjør er at pasienten skal slippe å legge ut for den delen av tannlegehonoraret som trygden refunderer.

Resultatrapport

Utgiftene til tannlegehjelp var 411,8 mill. kroner i 2003, en økning på 34,8 prosent fra året før. Den sterke veksten har sammenheng med at Stortinget ved behandlingen av 2003-budsjettet vedtok å styrke tannlegerefusjonene med 140 mill. kroner på årsbasis. Av dette var 50 mill. kroner øremerket innføring av refusjon for rehabilitering av tannsett i de tilfeller tenner er tapt som følge av periodontitt. Stønadsordningen ble etablert fra 1. oktober 2003, men det ble ikke utbetalt refusjoner til formålet i 2003. Grunnen til dette er at behandlingen strekker seg over tid. Det antas at utgiftene kan komme opp i 20 mill. kroner i 2004.

Fra 1. juli 2004 er det opprettet takster for implantatbehandling i forbindelse med rehabilitering av tannsett ved offentlige poliklinikker, jf. St.prp. nr. 63 (2003-2004), og 1,1 mill. kroner (halvårsvirkning) ble overført fra denne posten til kap. 732 post 77. Dette gir en bedre geografisk spredning av tilbudet. Egenbetalingen vil være på tilsvarende nivå som ved behandling hos privatpraktiserende spesialist. Departementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet vurdere kvalifikasjonskrav til tannleger som utfører implantatbehandling og implantatforankret protetisk behandling med refusjon fra trygden.

Fra 1. juni 2004 er refusjonsordningen for kjeveortopedi lagt om til stykkpristakster. Samtidig har tannpleier fått rett til å henvise til kjeveortoped.

I mars 2004 ble det nedsatt et offentlig utvalg som skal foreta en bred vurdering av tannhelseområdet, herunder de offentlige støtteordningene til tannbehandling. Utredningen skal foreligge i mai 2005, jf. omtale under kap. 727 Tannhelsetjeneste post 21.

Saldert budsjett for 2004 var 520 mill. kroner.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

For 2005 foreslås bevilget 700 mill. kroner.

Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

Hovedtrekk ved regelverket

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester som et supplement til det statlige tilbudet. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av departementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-5. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling ved privat laboratorium eller røntgeninstitutt. Hovedvilkåret for refusjon er at det dreier seg om nødvendig undersøkelse eller behandling på grunn av sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad til laboratorier ytes etter fastsatte takster. Til røntgeninstitutt ytes refusjon etter fastsatt refusjonssystem. Det er en målsetning at takst- og refusjonssystemet skal bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter kan kreve takst/refusjon dersom virksomheten er godkjent etter sykehusloven før 1. juni 1987. Virksomheter som er godkjent etter 1. juni 1987 kan kreve inn takstene når Helsedepartementet har gjort vedtak om dette.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å endre folketrygdlovens § 5-5 og vilkårene for å kreve trygderefusjon. Det vises til nærmere omtale av dette i innledningen av kap. 732 Regionale helseforetak.

Resultatrapport 2003

Takstene for private laboratorier ble prisjustert med 3,9 pst. fra 1. januar 2003. Samtidig ble det innført takst som dekker analyser foretatt med kromatografisk separasjon. Taksten ble harmonert med tilsvarende takst for offentlige poliklinikker.

Enhetsprisen gjeldende for de private røntgeninstituttene ble nedjustert med 8 pst. fra 1. januar 2003. Dette ble gjort som et ledd i justeringen av det nye refusjonssystemet, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2002- 2003) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002-2003). Det ble foretatt en tilsvarende nedjustering av enhetsprisen for de offentlige poliklinikkene, jf. kap. 732 post 77. I forbindelse med økningen av egenandeler fra 1. juli 2003 ble refusjonene korrigert svarende til det anslåtte økte provenyet av de økte egenandelene.

Den samlede veksten i utgiftene for laboratorier og røntgeninstitutt var 17 pst. i 2003. Regnskapet viser at det ble utbetalt 289 mill. kroner til laboratorier, en vekst på 23 pst. i forhold 2002. Utbetalingene til røntgeninstituttene økte til 356 mill. kroner, 13 pst. mer enn i 2002. Utgiftsveksten skyldes en kombinasjon av aktivitetsøkning og glidning mot bruk av mer kostnadskrevende former ved diagnostisering (MR-undersøkelser). Det vises for øvrig til omtale av kostnadsveksten nedenfor.

Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2001-03 (mill. kroner):

(i mill. kroner)

År	Refusjon laboratorier	Pst. endring	Refusjon røntgen	Pst. endring	Totalt	Pst. endring
2001	239	19,6	205	23,8	445	21,5
2002	236	-1,3	315	53,7	551	23,8
2003	289	22,5	356	12,8	645	17,0

Tilstandsvurdering 2004

Refusjonstakstene for laboratorie- og røntgenvirksomhet ble nominelt videreført i 2004, men justert for økte egenandeler fra 1. januar 2004.

Det ble fra 1. januar 2004 iverksatt en noe endret løsning av refusjonssystemet for private røntgeninstitutt på bakgrunn av endringer i kodeverket. Løsningen var sendt på høring i forkant og var lagt opp til å være provenynøytral. En feil i datamaterialet medførte vanskeligheter med å bestemme korrekt enhetspris i forhold til forutsetningene. Ny enhetspris ble fastsatt og Rikstrygdeverket iverksatte et eget opplegg for eventuelle etterbetalinger.

Gjennom behandlingen av St.prp. nr. 63 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 250 (2003-2004) ble refusjonene til laboratoriene og røntgeninstituttene nedjustert med 7 pst. på bakgrunn av den høye veksten i utbetalingene på dette området.

Til og med juli 2004 har utbetalingene over posten økt med 10,5 pst. i forhold til samme periode i 2003, fordelt med en vekst på 9,0 pst. for laboratoriene og 11,7 pst. for røntgeninstituttene.

Styring og kontroll

I St.prp. nr. 65 (2002-2003), jf. St.prp. nr. 1 (2003-2004), ble Stortinget varslet om at departementet hadde igangsatt et arbeid for å analysere årsakene til den sterke veksten i utgiftene til poliklinisk virksomhet de senere årene, herunder utbetalingene til private laboratorier og røntgeninstitutt. Arbeidet resulterte i en rapport som ble overlevert departementet i oktober 2003. Rapportens vedlegg konkluderte med en rekke tiltak som kunne gjennomføres for å bedre styring og kontroll av midlene.

Departementet har arbeidet videre med tiltak for å bedre styring og kontroll av midlene. Det vises til nærmere omtale under kap. 732 post 77.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

I forbindelse med oppfølgingen av St.meld. nr. 5 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004), foreslås det, innenfor et budsjettnøytralt opplegg, å halvere satsene for refusjoner til laboratorie- og røntgenvirksomhet med virkning fra 1. mai 2005, og det flyttes 216 mill. kroner til de regionale helseforetakenes basisbevilgning. I budsjettforslaget er det tatt høyde for etterslep i utbetalingene som det vil bli korrigert for i budsjettet for 2006. Det vises til nærmere omtale i innledningen til kap. 732. Tilsvarende forslag fremmes også for offentlige laboratorier og røntgenpoliklinikker, jf. kap. 732 post 77.

Refusjonssystemet for poliklinisk radiologisk virksomhet er kodeverksbasert. For å sikre at systemet er i tråd med vedtatte endringer i kodeverket og i størst mulig grad gjenspeiler endringer i behandlingsmetoder, er det nødvendig å rutinemessig gjennomgå systemet. Departementet vil i løpet av høsten sende ut forslag til endringer i refusjonssystemet for 2005 på høring. Endringer i refusjonssystemet vil kunne medføre endring i enhetspris. Departementet planlegger også å iverksette nye kostnadsvekter basert på ny kostnadsinformasjon. Det tas sikte på at alle endringer trer i kraft fra 1. januar 2005 jf. omtale under kap. 732 post 77.

For 2005 foreslås bevilget 523 mill. kroner til private laboratorier og røntgeninstitutt. Forslaget inkluderer en egenandelsjustering på 8 pst. fra 1. juli 2005.

Post 78 Opptreningsinstitusjoner m.fl.

Hovedtrekk ved regelverket

Posten omfatter refusjon av utgifter til opphold ved opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre og lungesentrene Glittreklinikken og Granheim Lungesykehus. Posten omfatter videre oppholdsutgifter ved Montebellosenteret, som er et opplæringssenter for kreftpasienter og deres familier, oppholdsutgifter ved Krigsinvalidehjemmet Bæreia og oppholdsutgifter ved rekreasjonsopphold ved institusjoner for blinde og svaksynte. Over denne posten er det dekket utgifter til kjøp av plasser ved Cato-Senteret.

Stønad til opphold i opptreningsinstitusjoner og helsesportsentre m.m. ytes med hjemmel i folketrygdloven § 5-20.

Forskrift om opptreningsinstitusjoner fastsetter virkeområde, formål og krav til drift, herunder bygningsmessige krav, krav til personell og krav til organisatoriske forhold. Overføring av finanseringsansvar og bestilleransvar til de regionale helseforetakene innebærer en gradvis tilpasning til øvrig spesialisthelsetjeneste i løpet av en overgangsperiode på fire år slik Stortinget har bestemt. Målet er en harmonisering av finansering og styring med øvrig spesialisthelsetjeneste. Deler av støtten til opptreningsinstitusjoner utbetales som et basistilskudd til den enkelte institusjon fra de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter stønadssats for den enkelte opptreningsinstitusjon, som utbetales fra folketrygden per kurdøgn. Det betales en egenandel på 120 kroner per døgn. Opphold i opptreningsinstitusjoner faller inn under ordningen med egenandelstak 2.

Som for opptreningsinstitusjoner utbetales deler av støtten til helsesportsentrene m.m. og lungesykehusene som et basistilskudd fra de regionale helseforetakene. Departementet fastsetter stønadssats og antall kurdøgn for institusjonene. Det betales ikke egenandel for opphold ved disse institusjonene.

Det ytes bidrag fra folketrygden med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 til Montebellosenteret, Krigsinvalidehjemmet Bæreia og til rekreasjonsopphold i institusjoner for blinde og svaksynte. Departementet fastsetter bidragssats.

Resultatrapport

Utgiftene til opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre m.m., lungesykehusene, Montebellosenteret, Krigsinvalidehjemmet Bæreia og institusjoner

for blinde og svaksynte var 755 mill. kroner i 2003. I dette beløpet er inkludert utgifter i forbindelse med kjøp av tjenester ved CatoSenteret. I tillegg ble det bevilget 158,1 mill. kroner til opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre m.m. over kap. 732 post 70. Disse midlene ble overført fra de regionale helseforetakene til den enkelte institusjon som en basisbevilgning.

Ved årsskiftet 2003/2004 var det 2093 godkjente plasser i opptreningsinstitusjoner. Det var 204 godkjente plasser i helsesportsentre m.m. og 136 plasser i lungesykehusene.

Avtalen med CatoSenteret om kjøp av tjenester ble videreført i 2003. For 2003 var rammen for kjøp av tjenester ved CatoSenteret totalt 20 mill. kroner. Helsedepartementet inngikk avtale om kjøp av tjenester for 8,3 mill. kroner, og Sosialdepartementet inngikk avtale om kjøp av tjenester for 10,5 mill. kroner over ordningen med kjøp av helsetjenester. For å samle bevilgningen til Catosenteret, ble 10,5 mill. kroner overført fra Sosialdepartementets budsjett kap. 2600 Trygdeetaten til kap. 2711 post 78, jf. St. prp. nr. 1. Tillegg nr. 6 (2003-2004). I tillegg ble rammen økt med 1,2 mill. kroner for å kunne sikre driften for 2003 og ha mulighet for å finne en plattform for framtidig drift.

Det ble i 2003 inngått avtaler mellom opptreningsinstitusjoner og helsesportsentre m.m. og de regionale helseforetakene om ytelse av tjenester. Det er startet et samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Rikstrygdeverket med sikte på å inngå avtaler om tilbud om opptrening og funksjonsvurdering for uføretrygdede, sykmeldte og personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet.

Utfordringer og hovedprioriteringer

I 2003 ble 20 prosent av den totale bevilgningen til opptreningsinstitusjoner og helsesportsentre m.m. overført som et basistilskudd via de regionale helseforetakene. I 2004 ble 40 prosent av den totale bevilgningen overført som et basistilskudd via de regionale helseforetakene. For lungesykehusene dekker Helse Øst RHF 40 prosent av budsjettrammen i 2004. Helse Øst RHF overfører 30 prosent av den totale budsjettrammen som en basisbevilgning, og 10 prosent dekkes som tidligere av det regionale helseforetaket i form av en kurpris.

For 2005 foreslås det å overføre ytterligere 20 prosent av den totale bevilgningen til opptreningsinstitusjonene, helsesportsentrene m.m. og de to lungesykehusene til de regionale helseforetakene som et øremerket tilskudd. Overført bevilgning skal viderefordeles til institusjonene som basisbevilgning. Departementet fastsetter fordelingen mellom de ulike institusjonene. Departementet fastsetter også stønad fra trygden pr. kurdøgn til den enkelte institusjon, som for 2005 vil utgjøre 40 prosent av den totale bevilgningen.

Sosial- og helsedirektoratet har foretatt en gjennomgang av de enkelte opptreningsinstitusjoner, jf. Stortingets merknad i forbindelse med behandling av statsbudsjettet for 2003 (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002-2003)). Muskel-, skjelett- og bindevevsdiagnoser utgjorde den største hoveddiagnosegruppen i 2002. Når det gjelder omfanget av tjenestetilbud, viser rapporten at det var forskjeller mellom institusjonene. I rapporten pekes det på forskjeller i tilbud om tjenester som sykepleie, legetjeneste, fysioterapi, ergoterapi, treningstilbud, sosiale tilbud og gruppeaktiviteter. Arbeidsgruppen har pekt på at det antall fagårsverk som opptreningsinstitusjonene rapporterte syntes knapt sett i forhold til at institusjonene skal kunne gi et aktivt opptreningstilbud på spesialisthelsetjenestenivå.

Det pekes på at dataene som rapporten har basert seg på, er selvrapporterte data fra institusjonene, og at det ikke har vært foretatt en uavhengig kontroll av opplysningene som er gitt. Videre er det presisert at dataene belyser enkelte sider ved måten institusjonene er organisert på og hvordan de driver sin virksomhet. Dataene kan ikke benyttes til å si noe om hvorvidt en institusjon tilbyr riktig behandling til ulike diagnose-/pasientgrupper. Arbeidsgruppen har bl.a. pekt på at det bør arbeides videre med utvikling av opptreningsinstitusjonene og deres faglige virksomhet på en bredere front.

Overføring av finanseringsansvar og bestilleransvar for opptreningsinstitusjoner til de regionale helseforetakene forutsettes å bidra til utvikling av institusjonene slik at tilbudet blir en del av et helhetlig tilbud i regionen.

Når det gjelder rehabilitering av kreftpasienter, er det i forslaget til nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen, som nå er på høring, jf. omtale under kap. 732 post 79, vist til at kreftpasientens behov for rehabilitering må integreres i det generelle tilbudet. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til eventuelle konsekvenser etter at høringsrunden er fullført.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

For 2005 foreslås bevilget 409,3 mill. kroner. Reduksjonen fra 2004 skyldes endringen i finansieringsmodell, som innebærer at 60 prosent av driftsutgiftene ved opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre m.m. og lungesykehus i 2005 utbetales via de regionale helseforetakene, jf. kap. 732 post 70. Avtalen med CatoSenteret foreslås videreført.

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
2750	Syketransport mv.	2 056 081	56 600		-100,0
2751	Legemidler mv.	8 335 556	9 105 000	9 861 000	8,3
2752	Refusjon av egenbetaling	2 576 465	2 878 195	2 791 000	-3,0
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	4 133 504	3 647 000	3 815 000	4,6
	Sum kategori 30.50	17 101 606	15 686 795	16 467 000	5,0

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	182 442	202 000	160 000	-20,8
70-89	Andre overføringer	16 919 164	15 484 795	16 307 000	5,3
	Sum kategori 30.50	17 101 606	15 686 795	16 467 000	5,0

Kap. 2750 Syketransport mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
71	Skyssvederlag for leger mv.	336 070	56 600	
73	Kiropraktorbehandling	22 466		
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	44 485		
77	Syketransport	1 600 956		
78	Oppholdsutgifter	52 104		
	Sum kap 2750	2 056 081	56 600	

Budsjettpostene på dette kapitlet er fra 2004 flyttet til andre budsjettområder, se kap. 2755 postene 73 og 75 (kiropraktorbehandling og logopedisk og ortoptisk behandling) og kap. 732 postene 70 og 80 (skyssvederlag for leger mv., syketransport og oppholdsutgifter). Finansieringsansvaret for skyssvederlag for leger mv. er fra 2004 overført til kommuner og regionale helseforetak, og for syketransport og oppholdsutgifter til regionale helseforetak.

Post 71 Skyssvederlag for leger mv.

Kommunene har fra 2004 overtatt ansvaret for å dekke skyssutgifter i kommunehelsetjenesten, dvs. reiseutgifter for leger, fysioterapeuter, hjemmesykepleiere m.m. som reiser hjem til pasienten for å gi behandling. Regionale helseforetak har fra samme tidspunkt fått ansvaret for tilsvarende reiseutgifter i spesialisthelsetjenesten. Bevilgningen er overført til kap. 732 post 70 Tilskudd til helseforetak og kap. 571 Rammetilskudd til kommuner post 60 Innbyggertilskudd.

Bevilgningen for 2004 gjelder utgifter påløpt i 2003 og utbetalt i 2004.

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
70	Legemidler	7 274 952	8 085 000	8 785 000
72	Sykepleieartikler	1 060 604	1 020 000	1 076 000
	Sum kap 2751	8 335 556	9 105 000	9 861 000

Post 70 Legemidler

Refusjonspolitiske mål

Refusjonsordningen for legemidler skal bidra til å nå følgende mål, jf. Ot.prp. nr. 29 (1998-1999) og Innst. O nr. 52 (1999-2000):

- Refusjonsordningen skal sikre mest mulig *lik og enkel tilgang til effektive legemidler* for små og store pasientgrupper med dokumenterte behov for medikamentell behandling.
- Den skal gi samfunnet verdier for pengene, det vil si at fellesskapet skal refundere utgifter til legemidler som gir *sikker helsegevinst* for pasienten, og har *god effekt* i forhold til kostnadene. Det er viktig med *god kostnadsstyring* slik at en sikrer best mulig utnyttelse av de midler som bevilges.
- Refusjonsordningen skal stimulere til *ansvarlig og kostnadsbevisst forskrivning og bruk* av legemidler hos lege og pasient.
- Den skal medvirke til at individer med moderat og lav risiko for fremtidig sykdom, og hvor behandlingseffekten på individnivå er liten og/eller usikker, tar et størst mulig eget ansvar for egen helse. Det offentlige har først og fremst forpliktelser overfor pasienter med alvorlig sykdom eller høy risiko for sykdom, hvor det finnes effektive legemidler.
- Så langt mulig skal refusjonsordningen reflektere kunnskaper om gevinster og kostnader ved bruk av legemidler, basert på helseøkonomiske undersøkelser og vurderinger.
- Refusjonsordningen skal være *enkel å administrere og forstå*.
- Ordningen skal gi myndighetene anledning til å *fjerne medikamenter hvor det dokumenteres at nytten ikke står i forhold til kostnadene*.

Hovedtrekk ved regelverket

De offentlige utgifter til legemidler dekkes hovedsaklig etter folketrygdloven § 5-14 og § 5-15 med tilhørende forskrift (blåreseptforskriften). Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig og kronisk sykdom, eller med høy risiko for sykdom, hvor det er nødvendig med langvarig medikamentell behandling.

En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. Disse framgår av blåreseptforskriften § 4 og § 9 jf. forskrift 22. desember 1999 nr. 1559 om legemidler, § 14-4. Refusjonskravet for legemidlene inntrer straks legen skriver en blå resept. For andre legemidler må trygdeetaten først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege (relevant spesialist). Refusjon er da hjemlet i blåreseptforskriften § 2 og § 10a. Pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen når vilkårene i enten § 2, § 4, § 9 eller § 10a er oppfylt. For legemidler som ikke omfattes av blåreseptordningen, kan det søkes utgiftsdekning gjennom bidragsordningen, se kap. 2790 post 70.

Nye regler for behandling av blåreseptsaker hvor legemiddelindustrien er part, ble fastsatt i juni 2003, jf. kap. 14 i forskrift 22. desember 1999 nr. 1559 om legemidler. Statens legemiddelverk skal etter de nye reglene alltid fatte vedtak som førsteinstans i saker hvor legemiddelindustrien har søkt om å få et legemiddel godkjent for refusjon. Departementet er klageinstans.

En særskilt nemnd, "blåreseptnemnda", skal kvalitetssikre det faglige beslutningsgrunnlaget som Legemiddelverket legger til grunn i sin avgjørelse av om et legemiddel skal godkjennes for refusjon etter § 9. Blåreseptnemnda ble opprettet våren 2004.

Egenbetaling

Pasienten betaler en egenandel på 36 pst., men maksimalt 450 kroner i 2004, per ekspedisjon for legemidler på blå resept. Barn under syv år og minstepensjonister betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade, eller som refunderes i forbindelse med allmennfarlig smittsom sykdom.

Legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen, jf. kap. 2752 post 70. Når egenandelene for syketransport, legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept samlet overstiger 1 550 kroner i 2004, får brukeren frikort, og ytterligere utgifter dekkes fullt ut av folketrygden.

Resultatrapport

Utgiftsutviklingen de siste 5 årene

År	Utgifter i millioner kr	Endring i millioner kr	Endring i prosent
1999	5 146	131	2,6
2000	5 679	533	10,4
2001	6 193	514	9,1
2002	7 137	944	15,2
2003	7 274	137	1,9

Som vist i tabellen, har folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept økt sterkt de siste årene fram til 2003. Veksten kan dels forklares med en overgang til nye og dyrere legemidler som erstatter billigere behandlingsalternativer, og dels med en økning i salget målt i volum. Prisøkning på allerede markedsførte virkestoffer forklarer i liten utstrekning kostnadsveksten, siden prisene de senere årene er blitt redusert.

Fra 2002 til 2003 økte utgiftene svakt. Årsaken til dette er at det i 2003 ble gjennomført en rekke utgiftsdempende tiltak, bl.a. revurdering av legemiddelprisene basert på etablerte prinsipper for maksimalprisfastsettelse. Det anslås at ca. 125 mill. kroner som skulle vært ført på denne posten i 2003, i stedet er ført opp under frikortordningen, kap. 2752 post 70.

Den maksimale egenandelen per ekspedisjon ble økt fra 400 til 450 kroner fra 1. januar 2004. Saldert budsjett for 2004 var 8 085 mill. kroner. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 63 (2003-2004) ble bevilgningen økt til 8 202 mill. kroner. Økningen var knyttet til endring av utgiftsanslaget for 2004 på grunnlag av utgiftsutviklingen våren 2004 (120 mill. kroner), refusjon av legemiddelet Plavix (12 mill. kroner) og utvidelse av indeksprissystemet (- 15 mill. kroner).

Indeksprissystemet

I mars 2003 ble det innført et indeksbasert refusjonssystem for et utvalg byttbare legemidler. Ordningen innebærer at folketrygden refunderer apoteket en fastsatt pris (indeksprisen) uavhengig av den prisen apoteket faktisk har betalt for legemidlet i innkjøp. I 2004 er ordningen med indekspris utvidet med fire virkestoffer (simvastatin, amlodipine, ramipril og felodipine).

Overføring av legemidler fra generell til individuell refusjon

Legemidlene Carduran og Sinalfa (alfablokkere) ble 1. januar 2004 overført fra generell refusjon etter § 9 til individuell refusjon etter § 10a.

Dietetiske næringsmidler

Høsten 2004 ble det innført maksimale refusjonspriser for dietetiske næringsmidler. Disse er de maksimale beløpene folketrygden refunderer.

Legemidler til behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

Ved behandlingen av St.prp. nr. 65 (2002 – 2003) fattet Stortinget 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)"

Statens legemiddelverk har gått gjennom de nevnte retningslinjene og vurdert refusjonsadgangen til virkestoffene som ble anbefalt brukt mot KOLS. Legemiddelverket har i tillegg vurdert selve retningslinjene. Retningslinene er utarbeidet av en internasjonal gruppe kalt "Gold initiative for Chonic Obstrucive Lung Disease" (GOLD) etter at WHO anbefalte utarbeidelse av en klinisk veileder på KOLS-området. WHO har verken bidratt i finansieringen av selve utarbeidelsen av GOLD-veilederen eller kvalitetssikret den. Arbeidet med GOLD-

veilederen ble støttet økonomisk av femten legemiddelfirma, og det kan derfor ikke utelukkes at interessekonflikter kan ha oppstått. En norsk oversettelse av GOLD-veilederen ble sendt til alle norske leger av Legeforeningen i 2002.

Legemiddelverket finner at kriteriene for inklusjon av kliniske studier, metodene brukt for å søke etter, vurdere eller sammenstille kunnskapsgrunnlaget for utarbeidelse av anbefalingene ikke er tydelig beskrevet i GOLD-veilederen. Det er derfor ikke mulig å avgjøre om veilederen er tuftet på et sikkert kunnskapsgrunnlag. Det kan ikke utelukkes at metodene som er valgt har medført skjevheter i anbefalingene. Alle relevante helsemessige implikasjoner eller kostnadsmessige aspekter er ikke tatt hensyn til ved utarbeidelsen av anbefalingene. Det er således ikke mulig å vurdere om kostnadene forbundet med legemiddelbehandlingen står i et rimelig forhold til den behandlingsmessige verdien. Videre peker Legemiddelverket på at enkelte av anbefalingene allerede kan være noe foreldet, ettersom ny versjon av veilederen forelå i 2003. Denne er ikke oversatt til norsk.

Alle legemidlene som i veilederen anbefales benyttet i behandlingen av KOLS kan refunderes etter individuell søknad (§10a), og de fleste er tilgjengelige for forhåndsgodkjent refusjon etter §9. Legemidlenes refusjonsstatus sammenstilles i følgende tabell:

Virkestoff	Legemiddel	Medisinsk indikasjon KOLS	Medisinsk indikasjon astma	Refusjon §10a KOLS	Refusjon §9 astma	Refusjon §9 KOLS
Ipratropium	Atrovent	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Tiotropium	Spiriva	Ja	Nei	Ja	Nei	Nei
Salbutamol	Airomir	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Buventol	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Ventoline	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Terbutalin	Bricanyl	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Fenoterol	Berotec	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Formoterol	Oxis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Foradil	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Salmeterol	Serevent	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei
Teofyllin	Nuelin	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Theo-Dur	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Beklometason	AeroBec	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei
	Beclomet	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei
	Becotide	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei
Budesonid	Pulmicort	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei
Flutikason	Flutide	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei
Salmeterol/ flutikason	Seretide	Ja*	Ja	Ja	Ja	Nei
Formoterol/ budesonid	Symbicort	Ja*	Ja	Ja	Ja	Nei

* Kun indikasjon for alvorlig KOLS med hyppige forverrelser.

Steroider (beklometason, budesonid, flutikason) har ikke godkjent medisinsk indikasjon for KOLS (ikke dokumentert medisinsk effekt i søknad om markedsføringstillatelse) og kan således ikke refunderes etter § 9. Kombinasjonslegemidlene med beta-2 agonister og steroider har godkjent medisinsk indikasjon for de dårligste KOLS-pasientene, men Legemiddelverket har vurdert at den behandlingsmessige verdien ikke står i et rimelig forhold til kostnadene og har avslått søknaden om forhåndsgodkjent refusjon.

I sine legemiddeløkonomiske analyser vurderer Legemiddelverket et nytt legemiddel opp mot annen eksisterende behandling for tilstanden.

Legemiddelverket har tilrådd refusjon etter § 9 for tiotropium (Spiriva) for en nærmere avgrenset pasientgruppe, men hevder samtidig at det er knyttet usikkerhet til effekt og kostnadseffektivitet ved dette legemiddelet. Etter departementets vurdering gir tiotropium lav tilleggseffekt sett i forhold til merkostnadene. Departementet velger derfor å styrke andre deler av helsesektoren fremfor å godkjenne tiotropium for forskrivning på blå resept i medhold av blåreseptforskriften § 9.

Sykdomslistens punkt 2 er et felles punkt for astma og KOLS og det skilles ikke direkte mellom hvilke legemidler som kan brukes til behandling av hver av tilstandene. Legemiddelverket viser til at det i mangel av gode legemidler for behandling av KOLS har utviklet seg en praksis der man benytter legemidler mot astma også i behandlingen av KOLS-pasienter. Enkelte av disse legemidlene har følgelig ikke dokumentert medisinsk effekt i behandlingen. Legemiddelverket har ingen nøyaktig oversikt over i hvor stor grad KOLS-pasienter i dag behandles med astmamedisiner. Det er dermed vanskelig å vurdere effekt av de ulike behandlingene opp mot hverandre, noe som er en forutsetning for å kunne foreta en helhetlig helseøkonomisk analyse av de ulike behandlingsalternativene.

Legemiddelverket peker på at det både ut fra et medisinsk og økonomisk perspektiv hadde vært ønskelig med økt kunnskap om KOLS og behandling av KOLS. Et mulig tiltak i riktig retning er å presisere blåreseptlisten slik at astma og KOLS fremstår som separate punkter i sykdomslisten. Dette er et tiltak som Legemiddelverket vurderer. Legemiddelverket mener også man bør klargjøre overfor forskrivere hvilke legemidler som er godkjent brukt mot KOLS, og hvilke som kan forskrives på blå resept uten forutgående søknad.

Departementet vil i lys av Legemiddelverkets vurdering av retningslinjene fastholde nødvendigheten av å gå gjennom blåreseptlisten for å rydde av veien uklarheter og etablere et mest mulig forutsigbart og forståelig refusjonssystem på dette området. Departementet kan ikke se at det er grunnlag for å iverksette ekstraordinære tiltak for å sikre forhåndsgodkjent refusjon av ytterligere KOLS-legemidler.

Refusjonskontrakt for diabetesmedisinen Avandia

Diabeteslegemidlet Avandia ble ført opp i blåreseptlisten 1. september 2004, etter inngåelse av refusjonskontrakt mellom staten og GlaxoSmith-Kline 19. august 2004. Legemiddelverket fortsetter arbeidet med å forhandle om refusjonskontrakt for Eli Lillys diabeteslegemiddel Actos.

Tilsyn og kontroll av legenes blåreseptforskrivning

Blåreseptprosjektet ved Rikstrygdeverket ble startet opp høsten 2003. Prosjektet skal utvikle en metodikk for å kontrollere legenes forskrivning av medisiner på blå resept, iverksette kontroll av resepter som leger har skrevet ut og gjennomføre ulike informasjonstiltak overfor legene. Målsettingen er å bedre legenes etterlevelse av refusjonsvilkårene som stilles for de enkelte legemidlene innenfor blåreseptordningen. Rikstrygdeverket har gjennomført en pilotkontroll av ca. 400 blåresepter. Kontrollen avdekket mange trygdemessige feil ved legenes forskrivningspraksis. Alle leger som ble kontrollert, fikk brev om resultatet av kontrollen for sine resepter.

Anbud på gråsonelegemidler

I 2004 iverksettes et forsøk med anbud på såkalte gråsonelegemidler, det vil si legemidler som i dag dels finansieres over folketrygdloven § 5-14, jf. blåreseptforskriften § 9, og dels gjennom sykehusenes legemiddelbudsjetter. Det er til dels store prisforskjeller mellom de samme legemidlene når de brukes i sykehus og når de brukes utenom sykehus. Mange av legemidlene er vesentlig dyrere utenfor sykehus. Anbudskjøp av legemidler er allerede etablert i sykehussektoren gjennom sykehusenes legemiddelinnkjøpssamarbeid (LIS). Dette har ført til vesentlige besparelser for sykehusene.

Anbud for gråsonepreparater som finansieres av folketrygden gjennomføres av LIS på oppdrag fra Rikstrygdeverket. Anbudskonkurransen vil bli gjennomført i 2004.

Utfordringer og hovedprioriteringer

Stortingsmelding om legemiddelpolitikken

Departementet vil i en stortingsmelding som fremlegges i vårsesjonen 2005 gi en samlet fremstilling av sentrale utfordringer i legemiddelpolitikken. Berørte organisasjoner og aktører har gitt omfattende innspill til beslutningsgrunnlaget, og departementet tar sikte på å videreføre dialogen i tiden fremover. Meldingen skal fokusere på hvordan forholdene kan legges til rette for riktigere og mer effektiv legemiddelbruk. Forskrivning og bruk av legemidler, tilgjengelighet til legemidler, refusjonssystemets utforming og legemiddelpriser er fire sentrale tema i meldingen.

Forholdet mellom legemiddelindustrien og leger, kvalitetstiltak innenfor legestanden, behov for forskning, produsentnøytral informasjon og koordinering mellom ulike offentlige instanser vil utgjøre en naturlig del av omtalen. Apotekenes stil-

ling i et nytt marked vil drøftes, blant annet i lys av en evaluering av apotekloven. I de senere år har det vært fokus på refusjonsordningen, og det tas derfor sikte på å beskrive styrker og svakheter ved dagens ordning, ulike modeller for refusjon, mulige utviklingstrekk samt forbedringstiltak. Av hensyn til behovet for rask prisnedgang på legemidler med generisk konkurranse, omtaler departementet allerede nå valg av prisregulering for slike legemidler. Denne reguleringen vil imidlertid også settes i en større sammenheng i den kommende meldingen.

Ansvarlig og kostnadsbevisst forskrivning

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med en rekke tiltak som kan gi legene bedre kunnskap om refusjonsvilkår og regelverk for blå resept. Ett slikt tiltak er Blåreseptprosjektet i regi av Rikstrygdeverket, jf. omtale over. Det er laget en plan for gjennomføring av konkrete kontroller i 2004, og kontrollvirksomheten vil bli videreført i 2005. Blåreseptprosjektet har sendt brev til alle landets leger med informasjon om arbeidet som er iverksatt, og det er videre informert i form av annonser i Legetidsskriftet og plakater. Informasjonsvirksomheten vil fortsette i 2005.

Tiltak for å lette tilgjengeligheten av individuelle refusjoner

Størstedelen av folketrygdens utgifter til legemidler er knyttet til legemidler som er godkjent for forskrivning på blå resept uten forutgående søknad fra lege, jf. blåreseptforskriften § 9. Utviklingen i forvaltningen av blåreseptordningen går imidlertid i retning av sterkere individuell målretting gjennom individuelle tiltak. Dette innebærer at pasienter som har tilfredsstillende effekt av et legemiddel i forhold til prisen, skal få utgiftene refundert, mens pasientgrupper der kostnads- og effektforholdet er for svakt, ikke skal få refusjon. For å forebygge en eventuell utglidning i systemet med forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptforskriften § 9), gis nye legemidler ofte individuell refusjon etter forutgående søknad (§10a og §2). Dette har ført til en sterk økning i antallet individuelle søknader til trygdeetaten. Rikstrygdeverket opplyser om en økning i antall individuelle søknader på 25 prosent fra perioden januar – august 2003 til samme periode i 2004. Dette har resultert i økt saksbehandlingstid, og således lang ventetid for enkelte pasienter i påvente av trygdeetatens vedtak.

Departementet foreslår at det bevilges 8 mill. kroner til en midlertidig styrking av budsjettet til trygdeetaten til behandling av individuelle søknader på legemiddelområdet, jf. kapittel 2600 under Arbeids- og sosialdepartementet. Departementet tar sikte på at disse midlene senere benyttes til oppbygging av eReseptløsning i Rikstrygdeverket, jf. egen omtale under kapittel 751 post 21.

Regelverket for blå resept

Blåreseptforskriftens § 9 inneholder 43 sykdomspunkt som hovedsaklig omfatter kroniske sykdommer som er eller kan være alvorlige. I NOU 1997:7 "Piller, prioritering og politikk" ble det påpekt at sykdomslisten er lite konsistent og til dels upresis når det gjelder innhold og definisjon av enkelte sykdomspunkter. Forholdene er de samme i dag, og i tillegg gjelder tilsvarende uklarhet for preparatlisten som er knyttet til sykdomspunktene.

På bakgrunn av dette vil Legemiddelverket forsette arbeidet med å gjennomgå sykdomslisten med sikte på å rydde opp i uklarheter, revidere refusjonsvilkår og generelt utbedre svakheter som gjennomgangen avdekker.

Refusjon etter § 9 for legemiddelet Risperdal Consta

Departementet mottok 1. april 2004 innstilling fra Legemiddelverket om refusjon etter § 9 for legemiddelet Risperdal Consta. Risperdal Consta brukes mot schizofrene psykoser hos voksne. Legemiddelverket finner legemiddelet refusjonsverdig for en avgrenset pasientgruppe sett i forhold til andre behandlinger for tilstanden. Siden et positivt refusjonsvedtak i dette tilfellet vil overstige kostnadsgrensene nedfelt i legemiddelforskriften § 14-15 *Krav til kostnader for folketrygden*, har Legemiddelverket avslått refusjonssøknaden i tråd med gjeldende regelverk, meddelt dette til søker (Janssen-Cilag) i brev av 30. mars i år, samt oversendt sin innstilling knyttet til refusjonsverdigheten til Helsedepartementet.

Departementet har funnet det riktig å prioritere dette tiltaket innenfor årets budsjett og har lagt inn en styrking på 5 mill kroner i budsjettforslaget for å finansiere opptak av Risperdal Consta i blåreseptlisten knyttet til blåreseptforskriften § 9 etter de vilkår som legemiddelverket tilrår.

Tiltak for å redusere utgifter til legemidler gjennom generisk konkurranse

Bakgrunn

Nye virkestoffer innvilges patentbeskyttelse for et gitt antall år. I disse årene kan legemidler med det beskyttede virkestoffet ikke selges av andre enn patentinnehaveren. Etter patenttidens utløp kan andre produsenter tilvirke og selge legemidler

med samme virkestoff i konkurranse med det opprinnelige originale (patentbeskyttede) legemiddelet. Slike legemidler kalles generiske og er som regel innbyrdes utbyttbare. Legemiddelverket gir ut liste over hvilke legemidler som er byttbare. Felles for de byttbare legemidlene er at de inneholder samme virkestoff i samme mengde og har likeverdige legemiddelformer. Dersom pasient eller lege ikke motsetter seg det, kan apoteket velge å utlevere det samme legemidlet som legen har forskrevet, men fra en annen produsent, forutsatt at de to legemidlene er oppført som byttbare på listen.

Generisk konkurranse burde normalt tilsi sterkt reduserte priser, fordi flere leverandører konkurrerer om å tilby legemidler som kan erstatte hverandre. Forsknings- og utviklingskostnadene er forutsatt dekket inn gjennom en høy pris i perioden med patentbeskyttelse, og kostnaden ved å produsere et legemiddel er som oftest relativt lav.

Det generelle prisnivået for virkestoff med generiske konkurranse er imidlertid høyt i Norge sammenliknet med Sverige og Danmark.

Markedet for generiske legemidler anslås til 2 mrd. kroner og inkluderer i underkant av 80 ulike virkestoff. Flere nye virkestoff med et høyt salg vil i nær fremtid miste sin patentbeskyttelse, og markedet med generisk konkurranse vil derfor få økt økonomisk betydning. Allerede i løpet av 2004 vil nye virkestoff med et salg på i overkant av 200 mill. kroner være frigitt for generisk konkurranse.

Det potensialet som ligger i generisk konkurranse er ikke utnyttet godt nok, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002–2003) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004). Dette er bakgrunnen for at Helsedepartementet 1. april 2004 sendte ut et høringsnotat med forslag til fem ulike reguleringsmodeller for hvordan generisk konkurranse kan utnyttes bedre og forventede prisreduksjoner videreføres til kunden og folketrygden. Høringsfristen utløp 30. juni.

Etter høringen har departementet hatt oppfølgingsmøter med Norges Apotekerforening, Apotekgruppen (et innkjøpssamarbeid for selvstendige apotek), LMI (Legemiddelindustriforeningen) og NIGeL (Norsk Industriforening for Generiske Legemidler), der formålet har vært å utdype høringsinnspillene og diskutere konsekvensene av de ulike modeller nærmere.

De alternative modellene og høringsinstansenes syn

Indekspris

Ved behandling av St. prp nr. 1 (2002-2003) vedtok Stortinget å innføre et indeksprisbasert system for et utvalg av virkestoff. Ordningen trådte i kraft fra 3. mars 2003.

Innenfor indeksprissystemet etableres det en indekspris for hver samling av byttbare legemiddelpakninger (byttegruppe). Indekspris er den pris staten refunderer. Alle legemidlene innenfor en byttegruppe refunderes til indeksprisen, uavhengig av hvilket legemiddel apoteket faktisk utleverer til kunden. På den måten oppnår apotekene økt fortjeneste dersom pasienten bytter til et legemiddel med pris lavere enn indekspris. Dersom legen på medisinsk grunnlag har tatt forbehold om bytte, refunderer staten legemiddelets pris fullt ut. Hvis pasienten motsetter seg bytte, må pasienten betale differansen mellom indekspris og legemiddelets pris. Indeksprisen fastsettes administrativt som et vektet gjennomsnitt av rapporterte priser fra produsent til grossistene for hvert varenummer og antall solgte pakninger ut av apotek. Nye indekspriser beregnes hver tredje måned. Systemets intensjon er at indeksprisen skal reduseres over tid ettersom systemet stimulerer til salg av legemidlene som har lavest pris.

ECON Analyse AS har på oppdrag fra Helsedepartementet evaluert indeksprissystemet og konkluderer med at det ikke har vært en markert endring i omfanget av generisk bytte som en direkte følge av systemet. ECON mener at det frem til mars 2004 hadde funnet sted et samlet prisfall på de legemidlene som er omfattet av systemet, men ikke sterkere enn utvalgte blåreseptpreparater som har gått av patent utenfor indeksprissystemet. Dette kan forklares med at det er insentiver til generisk bytte innenfor et indeksprissystem på kort sikt, men gevinstene nøytraliseres av negative inntektseffekter på lengre sikt ved at indeksprisen reduseres. De samlede utgiftene for folketrygden er redusert, men ifølge ECON er reduksjonen sannsynligvis lavere enn forventet. ECON konkluderer med at "det er grunn til å tro at ressursbruken i indeksprissystemet er stor i forhold til de positive effektene som oppnås".

I siste indeksprisperiode, det vil si etter fremleggelsen av ECONs analyse, er det imidlertid registrert et større prisfall for legemidler omfattet av indeksprissystemet enn i tidligere perioder. Det er usikkert hva som er årsaken til dette. En mulig forklaring kan være at apotekkjedene realiserer kortsiktige gevinster ut fra en antagelse om at indeksprissystemet vil bli avviklet.

Ingen av høringsinstansene anbefaler at indeksprissystemet videreføres. Norges Apotekerforening uttrykker det slik:

> "Systemet gir ikke tilstrekkelig prisreduksjon, fordi insentivene i modellen ikke er tilpasset dagens markedsstruktur og til det forhold at apotekleddet domineres av langsiktige aktører.

Systemet gir heller ikke store nok prisreduksjoner, og erfaringene viser at prisfallene kommer sent. Videre er systemet meget komplisert, med meget store administrative kostnader. Det krever en stor mengde rapportering fra grossistene og til dels fra apotek, og et stort administrativt apparat hos myndighetene for oppfølging og kontroll. En fare ved systemet er at det kan gi grunnlag for ulik fortolkning av rapporteringsgrunnlaget og øke potensialet for feilrapportering og suboptimal markedstilpasning".

Anbudsmodellen

Denne modellen er basert på anbudskonkurranse mellom ulike produsenter. Styrken i en slik modell avhenger av at anbudsvinneren har eksklusiv leveringsrett for de legemidlene trygden refunderer, for hele eller deler av markedet.

Det store flertallet av høringsinstansene ønsker ikke en anbudsmodell med eksklusiv leveringsrett. Norges Apotekerforening mener at en slik modell ikke i sin helhet kan benyttes på store deler av blåreseptmarkedet, og uttaler følgende:

"Når det gjelder den såkalte anbudsmodellen, vil modeller av denne karakter egne seg i enkelte avgrensete delmarkeder, slik som Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) har vist i sykehusmarkedet, men ikke som modell for prisregulering av et større marked. Modellen forutsetter at enhver leverandør får enerett på leveranser til ethvert delmarked. Det må leverandørene ta høyde for i pristilbudet. Samtidig kan valgmulighetene og konkurransen svekkes dramatisk fordi andre leverandører blir ekskludert fra markedet i en periode".

Legeforeningen, NTNU og legemiddelleverandøren Euromedica anbefaler at anbudsmodellen velges som verktøy for å redusere prisene på generiske legemidler. Legeforeningen omtaler de gode erfaringene med anbud gjennom Legemiddelinnkjøpssamarbeidet på sykehus (LIS). LIS benytter imidlertid en modell som ikke krever eksklusiv leveringsrett.

Gevinstdelingsmodellen kombinert med maksimalpris på GIP-nivå

I denne modellen fastsettes maksimalpris på GIP-nivå (grossistenes innkjøpspris). Dersom det oppnås lavere reelle GIP-er ved forhandlinger, skal deler av differansen mellom oppnådd pris og maksimalpris deles med kunden. Modellen gir insentiver til å øke salget av legemidler med lave faktiske priser.

NIGeL anbefaler en variant av gevinstdelingsmodellen hvor gevinstdeling skjer både mellom produsent og grossist og mellom apotek og kunde. I sin høringsuttalelse legger NIGeL avgjørende vekt på at "produsenter av generika som ønsker å konkurrere på pris, i større grad enn i dag, vil kunne påvirke utsalgsprisen".

De øvrige høringsinstansene fraråder at gevinstdelingsmodellen velges. Norges Apotekerforening omtaler de administrative kostnadene og gjennomførbarheten slik:

"[Modellen] gir etter NAFs syn uløselige reguleringsoppgaver, idet modellen forutsetter at myndighetene regulerer avansen i alle ledd i verdikjeden. Dette gir et informasjonsbehov hos myndighetene som vanskelig kan dekkes på en forsvarlig måte. Modellen krever en ekstrem mengde rapportering fra grossistene og et stort administrativt system for kontroll og oppfølging, og kan – på samme måte som indeksprissystemet – gi grunnlag for ulik fortolkning av rapporteringsgrunnlaget med stort potensiale for feilrapportering og suboptimal markedstilpasning. I likhet med indeksprissystemet vil modellen dessuten svekke apotek- og grossistleddets forhandlingsmakt og prispress overfor legemiddelindustrien, og det vil være høyst usikkert om gevinsten vil overstige systemets administrasjonskostnader".

Legemiddelindustriforeningen utdyper dette på følgende måte:

"LMI er sterk motstander av mer eller mindre tilfeldige avansesjablonger (forholdet mellom AIP og GIP), basert på gjennomsnittsbetraktninger på usikkert grunnlag. Det er i dag slik LMI forstår det, svært store ulikheter i grossistmarginer, først og fremst mellom produkter og produktgrupper, men tildels også mellom firmaer. En generell avansesjablong vil derfor kunne være konkurransevridende, samtidig som en avansesjablong vil kunne bidra til en i større eller mindre grad tilfeldig overføring av penger mellom leverandørene på den ene siden og apotekkjedene på den andre siden. Eneste måte å sikre en rettferdig overgang til GIP på uten utilsiktede fordelingseffekter mellom aktørene, vil være at myndighetene går inn i alle kontrakter mellom produsenter og grossist/apotekkjede for å fastsette ny GIP på basis av inngått kontrakt om grossistmargin. Dette

vil på sin side igjen være svært administrativt krevende".

FFO mener at "markedet for legemidler i liten grad kan sammenlignes med andre varer på markedet og trenger derfor større grad av regulerende mekanismer for å fungere etter hensikten". Videre peker Apotekkgruppen på at det må forventes at vertikalt integrerte kjeder prisforhandler på europeisk nivå og at gevinster tas ut av moderselskapet i utlandet.

Tilskuddsprismodellen

En modell basert på tilskuddspris innebærer at det administrativt fastsettes en tilskuddspris eller refusjonspris som gjelder for alle legemidler i en byttegruppe. Tilskuddspris er den prisen staten refunderer. Modellen forutsetter at det fastsettes en maksimalpris basert på internasjonale prissammenligninger for hvert enkelt legemiddel som inngår i en byttegruppe, til forskjell fra dagens praksis der det fastsettes en felles maksimalpris basert på prisen til det tidligere patenterte legemiddelet i andre land. Ved en tilskuddsprismodell vil man benytte den rutine for maksimalprisfastsettelse som i dag er etablert for originale legemidler, der prisene i Norge fastsettes basert på prisene i et utvalg av ni land i Nord-Europa.

Beregning av tilskuddspris kan gjøres på ulike måter. Ett alternativ kan for eksempel være at tilskuddspris beregnes som gjennomsnitt av de tre laveste generiske maksimalprisene i byttegruppen med et eventuelt prosentvist tillegg, slik at tilskuddsprisen blir høyere enn nevnte gjennomsnitt. Man kan velge ikke å la originalens pris inngå i beregning av tilskuddspris.

Dersom apoteket eller kjeden kjøper inn et legemiddel til en lavere pris enn tilskuddspris, vil disse kunne beholde forskjellen mellom tilskuddspris og innkjøpspris som økt fortjeneste.

Dersom en pasient velger et legemiddel med en pris høyere enn tilskuddspris, vil pasienten selv måtte betale det overskytende dersom pasientens lege på resepten ikke har tatt forbehold om bytte. Dette tillegget vil ikke påføres pasientens egenandelskort, og således ikke inngå i beregningsgrunnlaget for utstedelse av frikort. Dersom legen har reservert seg mot bytte, forutsettes det at trygden dekker merutgiften på vanlig måte slik det også forutsettes i de andre modellene.

I høringsrunden er tilskuddsprismodellen støttet av Apotekgruppen, Norges Farmaceutiske Forening, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Konkurransetilsynet, Statens legemiddelverk, Universitetet i Oslo og Helse Øst RHF. Apotekgruppen fremhevet at den lavest mulige prisen til enhver tid vil være synlig og tilgjengelig for sluttkjøperne, samt at uavhengige apotek likestilles med kjedeapotek.

Konkurransetilsynet oppsummerer fordelene slik:

"Samlet sett vurderes tilskuddsprismodellen å gi legemiddelprodusentene gode muligheter til å konkurrere på pris, apotekkjedene får insentiver til å selge de billigste legemidlene og kunde og lege får insentiver til å velge billige alternativer".

Ingen av høringsinstansene har gitt uttrykk for at tilskuddsprismodellen ikke kan la seg gjennomføre. Imidlertid advares det mot å sette tilskuddspris for lavt.

Legemiddelindustriforeningen er bekymret for at tilskuddspris vil bli satt for lavt, slik at pasientene belastes en utilsiktet økning i egenandelene. Videre anser foreningen at det vil være behov for en betydelig administrativ innsats for å vedlikeholde og kontrollere systemet.

Trinnprismodellen (omtalt som trappetrinnsmodellen i høringen)

I trinnprismodellen fastsettes den maksimale refusjonspris som en prosentandel av den maksimalprisen som det tidligere patenterte legemiddelet hadde på det tidspunkt da legemiddelet ble utsatt for generisk konkurranse. Forskjellen mellom refusjonsprisen (trinnprisen) og innkjøpsprisen kan i en trinnprismodell beholdes av den integrerte apotekkjeden eller apoteket som fortjeneste.

I sin høringsuttalelse foreslo apoteknæringen gjennom sin organisasjon NAF to modeller: En modell der refusjonsprisen ble satt til 80 pst av maksimalpris når legemiddelet gikk av patent, deretter 70 pst etter 6 mnd og 60 pst etter ett år. Alternativt ble det foreslått en modell med trinn på 70, 60 og 50 pst.

Etter høringen har departementet hatt oppfølgingsmøte med NAF der modellen er ytterligere utviklet. Refusjonsprisene basert på trinn, slik denne nå er foreslått av apoteknæringen, er oppsummert i tabellen nedenfor.

Trinnpris i prosent av maksimalpris.		
Tid fra generisk konkurranse	Salg over 100 mill kroner	Salg under 100 mill kroner
Når det er generiske alternativer tilgjengelig	70 pst	70 pst
Etter 6 mnd	50 pst	60 pst
Etter 12 mnd	30 pst	50 pst

Dersom pasientene velger et legemiddel med en pris over trinnpris, må forskjellen mellom trinnpris og legemiddelets pris betales som ekstra egenbetaling dersom legen ikke har tatt forbehold om bytte. Dette tillegget vil ikke inngå i beregningsgrunnlaget for utstedelse av frikort. Apoteknæringen garanterer imidlertid at det til enhver tid er tilgjengelig minst ett legemiddel innenfor hver byttegruppe uten ekstra egenbetaling for pasientene.

Norges Apotekerforening, Norsk Medisinaldepot AS, Farmagon og Helse Nord RHF støttet trinnprismodellen i høringsrunden. Legemiddelindustriforeningen hadde enkelte forbehold for sin støtte.

Norges Apotekerforening har foreslått trinnprismodellen, og fremhever blant annet følgende forhold:

> "Den gir apotek og grossister en akseptabel lønnsomhet samtidig som utsalgs- og refusjonsprisene reduseres meget sterkt. Modellen utnytter den markedsstrukturen Stortinget har lagt til rette for i Norge, ved at apotekenes og grossistenes forhandlingsmakt overfor legemiddelindustrien utnyttes. […] Risikoen for prisnedgang legges på grossister, kjeder og til dels apotek – ikke på trygdebudsjettet, slik tilfellet vil være for de andre generikamodellene som er lansert. Det må også understrekes at trappetrinnmodellen er et transparent og svært lite kostnadskrevende system, især for det offentlige som knapt vil få administrative kostnader ved systemet overhodet. […] Trappetrinnmodellen er allerede i dag teknisk gjennomførbar i apotekenes datasystemer – FarmaPro".

Legemiddelindustriforeningen oppfatter at trinnprismodellen "i utgangspunktet vil kunne imøtekomme mange av de overordnede kravene til fremtidig modell". Imidlertid kan modellen etter foreningens oppfatning forbedres vesentlig i forhold til slik den er foreslått i høringsnotatet. Høringsrunden og det etterfølgende arbeidet har resultert i at flere av disse forbedringsforslagene er ivaretatt. De enkelte punktene gjengis derfor ikke.

Apotekgruppen, Statens legemiddelverk, Euromedica, Helse Øst RHF, NIGeL og Norges Farmaceutiske Forening ønsker ikke trinnprismodellen. Apotekgruppen anser at modellen vil kunne få store negative konsekvenser for konkurransesituasjonen i apotekmarkedet og skriver følgende:

> "Trappetrinnmodellen passer de tre utenlandske, vertikalintegrerte apotekkjedene, fordi den vil gi dem en sterk kontroll over markedet, sterkere enn hva de har i dag. Med en slik modell kan apotekkjedene bestemme de frie apotekenes innkjøpspriser på legemidlene. Kjedene kan selv uforstyrret avgjøre hva slags konkurranse de skal ha - eller om de skal ha konkurranse i det hele tatt. Trappetrinnmodellen vil således fremme utviklingen mot et perfekt oligopol. Trappetrinnmodellen vil ikke gi sluttkjøperne (RTV og kundene) del i de rabatter som noen leverandører vil være villige til å gi for å komme inn på markedet".

Statens legemiddelverk mener at det er "åpenbart at kjeden vil ha større markedsmakt og vil kunne oppnå større fortjeneste på dette markedet enn de frittstående apotekene".

Konkurransetilsynet påpeker videre at trinnprismodellen kan føre til høyere priser enn i utlandet og begrunner dette slik:

> "Innføring av trappetrinnmodellen fører til at refusjonsprisen blir helt uavhengig av endringer i internasjonale priser på legemidler som er utsatt for generisk konkurranse, samt konkurransesituasjonen i Norge. Samtidig er, som nevnt i høringsnotatet, de faktiske produksjonskostnader for legemidler som oftest lave. Dette gjør at når et legemiddel går av patent og kopipreparater kommer inn på markedet, skulle en forvente et betydelig fall i prisene, kanskje helt ned mot produksjonskostnad. En maksimal reduksjon i refusjonsprisen på 50 prosent regnet av originalpreparatets maksimalpris kan derfor føre til høyere priser sammenlignet med et system som tar utgangspunkt i markedspriser i andre land".

Departementets vurdering

Indeksprissystemet

ECON og høringsinstansene har påpekt flere mangler ved insentivstrukturen i indeksprissystemet. Erfaringene med systemet så langt er at man har registrert en prisreduksjon for de legemidlene

som inngår i indeksprissystemet, men at denne reduksjonen går for langsomt. På bakgrunn av resultatene fra evalueringen og forventninger om sterkere og raskere effekt ved bruk av andre modeller, vil departementet anbefale at systemet ikke videreføres.

Anbudsmodellen

Anbudsprosesser gjennom innkjøpssamarbeidet (LIS) har realisert betydelige innsparinger for sykehusene. Selv om en modell basert på anbud vil gi en effektiv konkurranse mellom ulike tilbydere, er det departementets vurdering at det er vanskelig å overføre de erfaringene man har med et innkjøpssamarbeid innenfor sykehussektoren til den delen av markedet som finansieres over folketrygden. Problemstillinger knyttet til eksklusiv markedsadgang for anbudsvinner i forhold til legens frie forskrivningsrett, hvorvidt beslutningen om foretrukket produkt skal tas av nasjonale, regionale eller lokale legemiddelkomiteer samt forholdet til EØS-rettens konkurranseregler, gjør at dette er en krevende modell å implementere. Departementet vil ikke anbefale en modell basert på anbud nå. Før en eventuelt går videre med en slik modell bør det vinnes erfaring med anbud for såkalte gråsonelegemidler, jf. St.prp. nr. 1 (2003-2004).

Gevinstdelingsmodell kombinert med maksimalprisregulering på GIP-nivå

En modell basert på gevinstdeling er en insentivbasert modell som i praksis forutsetter at innkjøpsrabattene man oppnår gjennom forhandlinger rapporteres til myndighetene. Videre forutsetter modellen at staten fastsetter en maksimal avanse i distribusjonsleddet med utgangspunkt i en fastsatt maksimal GIP (grossist innkjøpspris).

De mange rapporterings- og tilsynspunktene utgjør en risiko for omgåelse av reguleringen, og derigjennom også risiko for mistenkeliggjøring av partene i større grad enn andre mulige modeller.

Erfaringene understreker behovet for forutsigbarhet og objektive holdepunkter. Departementet anser på denne bakgrunn at bruk av gevinstdeling ikke på dette tidspunktet fremstår som tilstrekkelig godt egnet til å oppnå priser på linje med det som gjelder i utlandet.

Tilskuddsprismodellen

Modellen krever at det er mulig å innhente internasjonale priser på generiske legemidler og at de ulike generikaprodusentene er villig til å levere legemidler til Norge til omtrent samme betingelser som til andre land i Nord-Europa. Departementet vil understreke at ingen av høringssvarene danner grunnlag for å konkludere med at en tilskuddsprismodell ikke kan gjennomføres. Heller ikke informasjon fremkommet i oppfølgingsmøter med ulike interesseorganisasjoner i etterkant av høringsuttalelsene gir grunnlag for å konkludere slik.

Tilskuddsprismodellen vil føre til en rask og betydelig reduksjon i prisene, med en potensiell innsparing for pasientene og folketrygden høyere enn det som kan oppnås gjennom for eksempel trinnprismodellen. Når departementet likevel ikke vil anbefale tilskuddsprismodellen nå, er dette først og fremst begrunnet med at det er en viss usikkerhet knyttet til gjennomføringen av modellen. For eksempel kan det oppstå situasjoner der det ikke vil være tilgjengelig legemiddel innenfor en bestemt byttegruppe til den fastsatte tilskuddsprisen fra folketrygden. Risikoen for at dette skal inntreffe kan likevel reduseres vesentlig ved å fastsette tilskuddsprisen noe over det prisnivå som observeres i de landene det sammenliknes med. Videre vil modellen kreve større administrative forberedelser enn trinnprismodellen, og tidspunktet for implementering i 2005 blir dermed senere. De innsparingene som kan oppnås i en tilskuddsprismodell, må også sees i sammenheng med de samlede rammebetingelsene apoteknæringen stilles overfor. Departementet vil likevel understreke at erfaringene man oppnår med trinnprismodellen over tid må vurderes opp mot tilskuddsprismodellen. I dette ligger at man må sikre at prisnivået på virkestoff med generisk konkurranse i Norge er i rimelig samsvar med prisnivået for generiske legemidler i andre land, og at rammebetingelsene for apotek som ikke er en del av kjededannelsene, i tilstrekkelig grad blir ivaretatt innenfor en alternativ modell.

Departementet har beregnet innsparingene for folketrygden knyttet til en tilskuddsprismodell til 740 mill. kroner på årsbasis sammenliknet med å videreføre dagens indeksprismodell med uendrede indekspriser fra 1. september 2004. Anslaget forutsetter en tilskuddspris lik gjennomsnittet av de tre laveste maksimale priser for generiske legemidler i Norge, med et tillegg på 10 pst. Budsjettvirkningen i 2005 vil være vesentlig lavere enn dette fordi modellen først vil kunne implementeres et stykke inn i året.

Trinnprismodell

Norges Apotekerforening har på vegne av de vertikalt integrerte apotekkjedene fremmet forslag til en modell basert på trinnpris. I forhold til høringsnotat og senere høringsvar er pristrinnene i model-

len justert slik det framgår av tabellen ovenfor. Som en del av en trinnprismodell vil apoteknæringen representert ved NAF gi en ensidig garanti som oppsummerer deres forståelse av hvordan en trappetrinnmodell skal praktiseres. Departementet er informert om den garantien som foreligger og de formuleringene som der fremkommer.

Departementet vil i den forbindelse spesielt fremheve forholdet til de selvstendige apotek som ikke er tilknyttet de store kjedene gjennom dominerende eierskap. I forhold til slike apotek inneholder garantien blant annet følgende:

– Uavhengige apotek, det vil si apotek som ikke er fullstendig eiet av de tre store kjedene, skal tilbys minst ett legemiddel innenfor hver byttegruppe til en apotekinnkjøpspris (AIP) som gjør at apoteket med vanlig avanse (tilsvarende apotekenes maksimale avanse) kan selge legemidlet til trinnpris.
– Selvstendige apotek gis mulighet til å forhandle frem egne rabatter hos leverandørene. Grossister som pr. 1.8.2004 tilbød helt uavhengige apotek distribusjon av produkter som vedkommende apotek selv hadde leverandøravtale for, vil fortsette å gjøre dette, mens grossistgarantien gjelder, til en grossistavanse for denne type produkter som ikke overstiger 15 pst. Med helt uavhengige apotek menes apotek som ikke er tilknyttet Apokjeden, Vitusapotek, Alliance apotekene eller Ditt Apotek. Det forutsettes at det enkelte uavhengige apotek benytter den aktuelle grossist som hovedgrossist (her definert til 40 prosent av apotekets samlede varekjøp). Punktet gjelder helt uavhengige apotek til enhver tid, og produkter som slike apotek har eller vil komme til å få egen leverandøravtale for. NMD tilbyr ikke slike leveranser, og det er derfor bare grossistene Tamro og Holtung som i realiteten er bundet av garantien. Garantiens innhold vil også forskriftsfestes.

Videre vil den myndighetsfastsatte reguleringen av AIP og AUP på reseptpliktige legemidler videreføres. Grossistgarantien sikrer apoteket en minimumsavanse på minst ett legemiddel innen hver byttegruppe, mens apotekmarginen i andre tilfeller sikres ved at grossisten ikke kan ta høyere AIP enn den som fremgår av gjeldende regelverk for maksimalprisregulering.

Departementet vil anbefale etablering av en trinnprismodell basert på de ovenfor nevnte vilkårene og den ensidige garantien fra apoteknæringen representert ved NAF.

Departementet mener at det er avgjørende at de selvstendige apotekene gis tilfredsstillende rammebetingelser innenfor en trinnprismodell. Apotek som ikke er eiet av kjedene, vil kunne virke som et korrektiv for myndighetene ved utforming av generelle rammevilkår for apoteknæringen. Departementet vil følge opp erfaringene med modellen med hensyn til dette.

Departementet har i samarbeid med NAF beregnet innsparinger ved en trinnprismodell for folketrygden og pasientene. Sammenliknet med å videreføre dagens indeksprismodell med uendrete indekspriser fra 1. september 2004, vil folketrygdens utgifter anslagsvis reduseres med 450 mill. kroner i 2005 med implementering fra 1. januar 2005. Modellen vil redusere utgiftene for pasientene med anslagsvis 70 mill. kroner.

Reduserte utgifter for folketrygden og pasientene har sitt motstykke i lavere inntjening for legemiddelindustrien, apotekkjedene og selvstendige apotek. Lavere inntjening for apotekkjedene vil først og fremst komme gjennom lavere utsalgspriser for generiske legemidler som i dag ikke omfattes av indeksprissystemet. For disse legemidlene har kjedene oppnådd lave innkjøpspriser, men opprettholdt høye utsalgspriser til kundene. Videre vil apotekene tape avanse som følge av at total omsetning av generiske legemidler reduseres. Samlet anslås dette å medføre i størrelsesorden 150 mill. kroner i redusert inntjening for apotek og grossister. Dette er en isolert betraktning der det ikke er tatt høyde for at apotekenes inntekter øker som følge av en generell underliggende årlig omsetningsvekst på om lag 10 pst. Departementet tolker NAFs høringsuttalelse slik at øvrig innsparing for folketrygden og pasientene først og fremst må bæres av legemiddelprodusentene der det uttales at:

> ”For legemiddelgrossister og de integrerte apotekkjedene har indeksprissystemet resultert i en svekket posisjon overfor legemiddelindustrien. Dette har vært en naturlig konsekvens av at indeksprissystemet har ødelagt for de store aktørenes langsiktige insentiver til å etterspørre lavest mulig pris hos sine leverandører. Systemet har derfor først og fremst vært lønnsomt for legemiddelindustrien, samt et beskjedent antall helt uavhengige apotek.”

Trinnprismodellen vil i første omgang omfatte 25 virkestoff som refunderes. Modellen omfatter dermed flere byttbare legemidler enn de som i dag inngår i indeksprissystemet. Et viktig fortrinn med trinnprismodellen sammenliknet med tilskuddsprismodellen er at det er forholdsvis enkelt å inkludere flere legemidler, også legemidler på hvit resept som pasientene selv betaler fullt ut. Departementet anser det som viktig raskt å utvide virke-

området for trinnprismodellen til å omfatte alle de legemidler som naturlig kan innpasses, og anser dette som en viktig premiss for valg av modell.

Kriteriene for utvalget av legemidler vil forskriftsfastsettes, og slik sikre etterprøvbarhet og forutsigbarhet. Begrunnelsen for at modellen begrenses til å gjelde et utvalg legemidler er behovet for å vinne erfaring med modellen og tid til å vurdere den praktiske gjennomføringen av eventuelle utvidelser.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

Det foreslås bevilget 5 mill kroner slik at det kan gis refusjon for en avgrenset pasientgruppe etter § 9 for legemidlet Risperdal Consta.

Indeksprissystemet foreslås avviklet og erstattet med et trinnbasert prissystem for de ca 25 største virkestoffene med generisk konkurranse. Tiltaket er budsjettert å gi en netto innsparing på 450 mill kroner i 2005.

Maksimal egenandel per reseptekspedisjon økes fra 450 til 490 kroner. Dette anslås å gi en innsparing på 120 mill kroner på denne posten.

Tiltak med budsjetteffekt på denne posten er oppsummert i tabellen nedenfor.

Tiltak	Budsjetteffekt
Refusjon etter § 9 for Risperdal Consta	+ 5 mill. kr
Trinnprismodell for refusjon av legemidler med generisk konkurranse	- 450 mill. kr
Økning av den maksimale egenandelen fra 450 til 490 kroner fra 1. januar 2005	- 120 mill. kr
Sum	- 565 mill. kr

For 2005 foreslås bevilget 8 785 mill kroner.

Post 72 Sykepleieartikler

Hovedtrekk ved regelverket

Posten omfatter utgifter til spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14.

Det kan ytes stønad til sykepleieartikler ved en rekke ulike sykdommer. De dominerende pasientgruppene er diabetikere (sukkersyke), stomipasienter (framlagt tarm) og pasienter med urininkontinens (urinlekkasje).

Sykepleieartikler forskrives av lege på blå resept på samme måte som legemidler. Pasientene betaler også egenandel etter samme regler som for legemidler, se omtale under post 70. Sykepleieartikler blir levert av apotek, bandasjister og andre forhandlere. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger.

Resultatrapport

Utgiftene til sykepleieartikler var på 974,8 mill. kroner i 2002 og 1 060,6 mill. kroner i 2003, dvs. en økning på 8,8 prosent. Økningen på denne posten skyldes i hovedsak volumvekst. Det anslås at ca. 20 mill. kroner som skulle vært ført på denne posten i 2003, i stedet er ført opp under frikortordningen, kap. 2752 post 70.

Den maksimale egenandelen per resept ble økt fra 400 til 450 kroner fra 1. januar 2004. Gjennom prisforhandlinger er prisene på en del produkter blitt noe redusert fra 2004. Saldert budsjett for 2004 var 1 020 mill. kroner. Ved behandlingen av St.prp. nr. 63 (2003-2004) ble bevilgningen økt til 1 070 mill. kroner på bakgrunn av utgiftsutviklingen våren 2004.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

Den maksimale egenandelen på blå resept foreslås økt fra 450 til 490 kroner fra 1. januar 2005.

For 2005 foreslås bevilget 1 076 mill. kroner.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	2 569 220	2 779 195	2 746 000
71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	7 245	99 000	45 000
	Sum kap 2752	2 576 465	2 878 195	2 791 000

Post 70 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

Hovedtrekk ved regelverket

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder utgifter til legehjelp, psykologhjelp, viktige legemidler og sykepleieartikler og reiser i forbindelse med behandling. Når utgiftstaket er nådd, får medlemmet et frikort som innebærer at folketrygden gir full dekning av disse utgiftene resten av kalenderåret. Betalte egenandeler for barn under 16 år inngår sammen med egenandeler for en forelder i grunnlaget for frikort. Når taket nås, mottar barna og forelderen hvert sitt frikort.

For 2004 er utgiftstaket 1 550 kroner.

Resultatrapport

Utgifter til dekning av egenandeler i 2002 og 2003

(i mill. kroner)

	2002	2003	Endring, pst
Legehjelp	855,1	1 047,0	22,4
Psykologhjelp	69,6	73,8	6,0
Legemidler	784,7	1 091,6	39,1
Syketransport	292,6	356,8	22,0
I alt	2 002,0	2 569,2	28,3

Økninger i egenandelene kombinert med en forholdsvis begrenset heving av utgiftstaket, har ført til at refusjonsutgiftene i frikortordningen har økt sterkt de siste årene. Utgiftene er mer enn tredoblet fra 1998 til 2003, fra 753 mill. kroner til 2 569 mill. kroner. I 2003 ble det utstedt 949 000 kort, mot 881 000 i 2002, ca. 290 000 i 1992 og knapt 1 40 000 i 1985-87.

Fra 1. oktober 2002 ble alle alders- og uførepensjonister fritatt for egenandel på blå resept, og utgiftsveksten i frikortordningen dette året ble noe dempet. Fra 1. januar 2003 er bare minstepensjonister fritatt for denne egenandelen. Den betydelige veksten i utgiftene til dekning av egenandeler for legemidler og sykepleieartikler i 2003 skyldes delvis en feilføring av om lag 145 mill. kroner på denne posten i stedet for på kap. 2751 postene 70 og 72. Dette utgjør nesten halvparten av økningen på 39 prosent i refusjon av egenandeler innen blåreseptordningen.

Saldert budsjett for 2004 var 2 779 mill. kroner. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 63 (2003-2004) ble bevilgningen økt til 2 981 mill. kroner på bakgrunn av utgiftsutviklingen våren 2004, herunder den omtalte feilføringen og økt inntak av klienter i legemiddelassistert rehabilitering.

Utfordringer og hovedprioriteringer

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler ble innført i 1984 med sikte på å skjerme storbrukere av helsetjenester. Antall utstedte frikort de første årene – 130-140 000 per år – gjenspeilte dette. Egenandelstaket tilsvarte 15-20 egenandeler for legehjelp og legemidler på blå resept. Sammenholdt med utviklingen i konsumprisindeksen er utgiftstaket i 2004 reelt sett på om lag samme nivå som i 1984, mens de egenandelene som inngår i ordningen er blitt vesentlig høyere i løpet av perioden. For eksempel tilsvarer utgiftstaket nå bare i overkant av tre maksimale egenandeler på blå resept på 450 kroner. Som følge av dette ble det utstedt 949 000 frikort i 2003. Ordningen er dermed lite målrettet som skjermingstiltak for storbrukere av helsetjenester, men omfatter i stedet en betydelig del av befolkningen, herunder mange med et relativt normalt forbruk av helsetjenester. Det foreslås endringer i ordningen fra 1. januar 2005 med sikte på en bedre målretting.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

For å oppnå en bedre målretting av frikortordningen mot reelle storbrukere av helsetjenester, foreslås egenandelstaket for 2005 fastsatt til 2 500 kroner, samtidig som det innføres et lavere tak for minstepensjonister på 1 550 kroner. Forslaget om

økning av de ulike egenandelene som inngår i ordningen i 2005, vil gi økte utgifter på denne posten.

Netto forventes tiltakene å gi en innsparing i refusjonsordningen på 485 mill. kroner og en reduksjon i antall frikort fra ca. 1 million kort til ca. 750 000 kort.

Bevilgningen foreslås økt med 2 mill. kroner med bakgrunn i økt inntak av klienter i legemiddelassistert rehabilitering. Det vises til omtale under kap. 726 post 61.

For 2005 foreslås bevilget 2 746 mill. kroner.

Post 71 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2

Hovedtrekk ved regelverket

Ordningen med et eget utgiftstak, egenandelstak 2, for visse tjenester som ikke inngår under egenandelstak 1, ble innført fra 1. januar 2003.

Takordningen omfatter egenandeler for følgende tjenester:
- fysioterapi
- refusjonsberettiget tannbehandling, med visse unntak
- opphold ved opptreningsinstitusjoner
- behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

Utgiftstaket var 4 500 kroner i 2003 og 2004. Personer som i løpet av året har betalt egenandeler for de aktuelle tjenestene opp til utgiftstaket, får utstedt frikort som gir rett til full refusjon av utgifter til tjenestene resten av kalenderåret.

Resultatrapport

Utgiftene i 2003 ble bare 7,2 mill. kroner. Inkludert utgifter for 2003 som ble utbetalt i 2004, kom utgiftene i ordningens første år opp i nesten 10 mill. kroner. Det ble i 2003 utstedt 3 840 frikort. Vel 45 prosent av frikortbrukerne var alders- og uførepensjonister, derav 11 prosent minstepensjonister. 77 prosent av frikortbrukerne hadde også frikort under tak 1. Utgiftene i andre kvartal 2004 var 137 prosent høyere enn i tilsvarende periode året før, og det antas at utgiftene vil øke ytterligere etter hvert som ordningen blir bedre kjent. Trygdeetaten vil høsten 2004 sette i verk informasjonstiltak overfor de aktuelle behandlerne og brukerne.

Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 63 (2003-2004) ble bevilgningen for 2004 satt ned fra 99 til 29 mill. kroner.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

For å oppnå en bedre skjerming av storbrukere av helsetjenester foreslås egenandelstak 2 satt ned til 3 500 kroner for 2005.

For 2005 foreslås bevilget 45 mill. kroner.

Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	182 442	202 000	160 000
70	Refusjon almennlegehjelp	2 672 128	2 131 000	2 409 000
71	Refusjon fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	1 278 934	1 228 000	1 147 000
72	Refusjon jordmorhjelp		10 000	18 000
73	Kiropraktorbehandling		24 000	26 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling		52 000	55 000
	Sum kap 2755	4 133 504	3 647 000	3 815 000

Kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1. Kommunen skal bl.a. sørge for allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning og legevaktordning, fysioterapitjeneste og jordmorhjelp. Trygden yter stønad til disse tjenestene etter ulike takstsystem.

Utgiftene til jordmorhjelp ble tidligere ført opp under allmennlegeposten, men er fra 2004 ført opp som egen bevilgning. Bevilgningene til kiropraktorbehandling, logopedisk behandling og ortoptisk

behandling er fra 2004 flyttet til dette kapitlet fra kap. 2750.

Post 62 Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, kan nyttes under post 71

Bevilgningen gjelder tilskudd til kommuner med fastlønte fysioterapeuter. Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må ses i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønnstilskudd gis i stedet for stykkprisrefusjoner.

Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter gikk ned fra 214,9 mill. kroner i 2002 til 182,4 mill. kroner i 2003, eller med 15,1 prosent. Utgiftene varierer noe fra år til år som følge av tilfeldige variasjoner i tidspunktene for de halvårige oppgjørene. I tillegg gjaldt oppgjørene i 2002 i hovedsak utgifter for 13 måneder på grunn av omlegging i ordningen i forbindelse med fastlegereformen per 1. juni 2001.

Saldert budsjett for 2004 var 202 mill. kroner inkludert en egenandelsøkning per 1. januar 2004 på 12 prosent. I forbindelse med takstoppgjøret for fysioterapeuter per 1. juli 2004 ble bevilgningen økt til 206 mill. kroner.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

Fra 1. januar 2005 foreslås innført en egenandel på 45 kroner per undersøkelse og behandling for pasienter som faller inn under diagnoselisten i forskrift om stønad for utgifter til fysioterapi, jf. omtale under post 71. Egenandelsordningen praktiseres likt hos fysioterapeuter med driftsavtale og fastlønte fysioterapeuter, og tiltaket innebærer at fastlønnstilskuddet skal reduseres noe.

Øvrige egenandeler foreslås økt med 8 prosent fra 1. juli 2005.

For 2005 foreslås bevilget 160 mill. kroner.

Post 70 Refusjon allmennlegehjelp

Hovedtrekk ved regelverket

Etter folketrygdloven § 5-4 ytes godtgjørelse for undersøkelse og behandling hos lege. Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at legen har fastlegeavtale med kommunen eller deltar i kommunalt organisert legevakt. For fastleger med fastlønnsordning mottar kommunene refusjonene. Utgiftene dekkes etter forskrift fastsatt av Helsedepartementet (refusjonstariffen). Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte, svangerskap og fødsel.

Kommunene har ansvar for å gi befolkningen i kommunen tilbud om nødvendig allmennlegehjelp gjennom organisering av fastlegeordning og legevakt. Fastlegeordningen finansieres ved basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, stykkprisrefusjoner fra trygden og egenandeler fra pasientene. Tilsvarende finansieres legevakttjenesten normalt ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

Refusjonstariffen følger det samme systemet som Normaltariff for leger. Denne fastsettes i forhandlinger mellom staten ved Arbeids- og sosialdepartementet, de regionale helseforetakene, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening.

I visse tilfeller skal det ikke betales egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a.:

- ved kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel
- for skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- ved behandling av barn under 7 år
- ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Posten omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger). Trygdens utgifter til legeerklæringer er fra 1. januar 2004 overført til kap. 2652 post 71 Legeerklæringer under Arbeids- og sosialdepartementet.

Resultatrapport

Utgifter til allmennleger 2002 og 2003 (mill. kroner):

(i mill. kroner)

	2002	2003	Endring, pst.
Allmennleger med avtale/fast lønn	1 788,8	1 909,6	6,8
Allmennleger uten avtale	25,2	2,4	-90,5
Allmennleger, legevakt	305,7	380,4	24,4
Legeerklæringer	247,0	234,5	-5,1
Avsetning til fond	116,0	145,2	25,2
Sum kap. 2755 post 70	2 482,6	2 672,1	7,6

Utgiftene både til legevakt og fondsavsetninger var i 2003 sterkt påvirket av engangsutbetalinger, som ikke er videreført, på henholdsvis ca. 30 og 25 mill. kroner.

Ved utgangen av 2003 var det registrert 3 737 fastlegeavtaler i kommunene, som er 9 flere enn ett år tidligere. I tillegg var det 110 vakante fastlegehjemler, en nedgang på 17. I to kommuner var fastlegeordningen formelt suspendert. To kommuner har ikke egen fastlege, men har avtale med nabokommuner om å tilby befolkningen fastlege.

Saldert budsjett for 2004 var 2 131 mill. kroner, inkludert en egenandelsøkning på 12 prosent fra 1. januar 2004. Takstoppgjøret for leger per 1. juli 2004 resulterte i justeringer av takstene for allmennlegehjelp tilsvarende 170 mill. kroner på årsbasis og 85 mill. kroner for 2004. Avtalen ble inngått for sent til at Stortinget kunne behandle bevilgningsendringen for 2004 våren 2004, og forslag vil bli lagt fram høsten 2004.

Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 63 (2003-2004) ble bevilgningen økt med 2 mill. kroner med bakgrunn i økt inntak av klienter i legemiddelassistert rehabilitering.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

Egenandelene for legehjelp foreslås økt med 8 prosent fra 1. juli 2005.

Bevilgningen foreslås økt med 2 mill. kroner med bakgrunn i økt inntak av klienter i legemiddelassistert rehabilitering. Det vises til omtale under kap. 726 post 61.

For 2005 foreslås bevilget 2 409 mill. kroner.

Post 71 Refusjon fysioterapi, kan nyttes under post 62

Hovedtrekk ved regelverket

Utgiftene dekkes etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Forskriften angir bl.a. hvilke former for fysioterapi det kan gis stønad til, og de medisinske vilkår for stønad. Det er et vilkår for refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen og at pasienten er henvist fra lege.

Honorartariffen fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten ved Arbeids- og sosialdepartementet, Kommunenes Sentralforbund og Norsk Fysioterapeutforbund. Hovedregelen er at pasienten selv skal betale differansen mellom fysioterapeutens honorar og trygdens refusjonsbeløp (egenandeler).

Enkelte pasienter betaler ikke egenandeler. Det gis godtgjørelse etter honorartakst ved nærmere angitte diagnoser, ved yrkesskade og for barn opp til 7 år.

Fysioterapi inngår i ordningen med egenandelstak 2, jf. kap. 2752 post 71.

Tilskudd til kommuner med fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres opp under post 62. Dersom kommunene velger å ansette fysioterapeuter i fastlønte stillinger i stedet for å inngå driftsavtaler, vil dette i utgangspunktet resultere i en reduksjon i utgiftene på post 71, mot en økning på post 62. Bevilgningene kan derfor benyttes gjensidig under den andre posten.

Resultatrapport

Utgifter til privatpraktiserende fysioterapeuter i 2002 og 2003

(i mill. kroner)

	2002	2003	Endring, pst.
Fysioterapeuter med avtale	1 028,5	1 234,1	20,0
Fysioterapeuter uten avtale	15,9	22,3	40,2
Avsetning til fond	19,4	22,5	16,0
Sum kap. 2755 post 71	1 063,8	1 278,9	20,2

På grunn av en omlegging av oppgjørsordningen ble utgiftsveksten større enn vanlig i 2003. Omleggingen innebar overgang fra oppgjør per behandlingsserie til månedsvise oppgjør, og dermed raskere oppgjør for utført behandling. Det er anslått en engangsutgift på 70-80 mill. kroner i 2003 som følge av dette.

Saldert budsjett for 2004 var 1 228 mill. kroner inkludert en egenandelsøkning på 12 prosent per 1. januar 2004. Ved behandlingen av St.prp. nr. 63 (2003-2004) vedtok Stortinget en økning av bevilgningen med 20 mill. kroner på bakgrunn av utgiftsutviklingen våren 2004. Som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter per 1. juli 2004 ble bevilgningen økt med ytterligere 14 mill. kroner, jf. St.prp. nr. 71 (2003-2004).

Utfordringer og hovedprioriteringer

Fra 1. september 2001 til 31. august 2003 ble det gjennomført en forsøksordning for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi, jf. omtale under post 73.

Omfanget av gratis fysioterapi på grunnlag av diagnoselisten i stønadsforskriftens § 3 har økt betydelig over en årrekke, og er nå på mer enn halvparten av behandlingsvolumet. Vridningen mot gratis behandling har medvirket til at refusjonsutgiftene fra 1998 til 2003 samlet økte med 85 prosent, korrigert for omleggingen av oppgjørsordningen i 2003.

Det er nedsatt en arbeidsgruppe til å foreta en gjennomgang av refusjons- og egenandelsordningen for fysioterapi, med særlig vekt på diagnoselisten. Rapport fra arbeidsgruppen forutsettes å foreligge våren 2005.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

Fra 1. januar 2005 foreslås innført en fast egenandel på 45 kroner per undersøkelse/behandling for pasienter som faller inn under diagnoselisten. Barn under 7 år og yrkesskadde forutsettes fortsatt å være fritatt for egenandel. Den nye egenandelen vil, på samme måte som egenandeler ved fysioterapi ellers, inngå i ordningen med egenandelstak 2. Tiltaket må ses i sammenheng med forslaget om å senke tak 2 til 3 500 kroner, jf. kap. 2752 post 71.

Tiltaket anslås å gi en innsparing under denne posten på 220 mill. kroner og under post 62 på 45 mill. kroner.

Øvrige egenandeler for fysioterapi foreslås økt med 8 prosent fra 1. juli 2005.

For 2005 foreslås bevilget 1 147 mill. kroner.

Post 72 Refusjon jordmorhjelp

Folketrygdloven § 5-12 ble endret med virkning fra 1. mai 2004, jf. Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 89 (2002-2003). Utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor dekkes nå etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Folketrygdloven § 5-11 om refusjon for tilsvarende virksomhet i helsestasjon ble samtidig opphevet. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskontroller i helsestasjon, utløser refusjon til kommunen etter sine respektive refusjonsordninger.

Nødvendige utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon dekkes også etter folketrygdloven § 5-12. Det er ikke vilkår om driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon.

Saldert budsjett for 2004 var 10 mill. kroner for ni måneders utgifter til jordmorhjelp. Beløpet ble overført fra post 70 til denne posten.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

For 2005 foreslås bevilget 18 mill. kroner.

Post 73 Kiropraktorbehandling

Bevilgningen er fra 1. januar 2004 flyttet fra kap. 2750 post 73.

Hovedtrekk ved regelverket

Utgifter til behandling hos kiropraktor dekkes etter folketrygdloven § 5-9 og etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiro-

praktor. Det er et vilkår for refusjon at pasienten er henvist fra lege. Kiropraktorene har adgang til å rekvirere røntgen ved offentlig sykehus eller godkjent røntgeninstitutt, også når pasienten ikke er henvist fra lege. Det gis stønad for maksimalt 14 behandlinger per 12 måneder.

Resultatrapport

Utgiftene til kiropraktorbehandling økte fra 19,5 mill. kroner i 2002 til 22,5 mill. kroner i 2003, eller med 15 prosent. Det er bevilget 24 mill. kroner for 2004.

Det ble med virkning fra 1. januar 2004 opprettet et fond for videre- og etterutdanning for kiropraktorer. Den årlige avsetningen til fondet utgjør 1,5 prosent av utbetalte refusjoner.

Utfordringer og hovedprioriteringer

Stortinget har bedt regjeringen om å gjennomføre en prøveordning for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi (manuellterapeuter) i et representativt utvalg av fylker. Forsøket innebærer at henvisningskravet for trygderefusjon avvikles. De to personellgruppene har også anledning til å sykmelde sine pasienter for inntil 8 uker og henvise til spesialist på nærmere fastsatte vilkår. Departementet har fastsatt egen forskrift for forsøket, som ble iverksatt 1. september 2001 i Hordaland, Nordland og Vestfold. Prøveordningen ble avsluttet 31. august 2003 og er evaluert av SINTEF.

På bakgrunn av Stortingets behandling ble følgende målsettinger med forsøksordningen definert: mer effektiv og målrettet bruk av helsepersonell, raskere igangsatt behandling, kortere sykmelding, samfunnsøkonomiske besparelser, bedre samarbeid mellom helsepersonellgrupper og mer fornøyde pasienter.

Rapporten fra SINTEF med Riktrygdeverkets kommentarer forelå januar 2004. Rapporten konkluderer med at pasientene er fornøyde. Pasientene mener de kommer raskere til rett behandling og at de sparer tid og penger. Samarbeidet mellom helsepersonellgruppene viser en tendens i positiv retning på lokalt nivå. Eventuelle samfunnsøkonomiske besparelser som følge av forsøksordningen kan ikke statistisk dokumenteres. Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering kan det ikke ut fra materialet i SINTEF-rapporten trekkes en konklusjon om at forsøksordningen har gitt lavere sykefravær eller lavere vekst i sykepengeutbetalingene. Det er 70-90 kiropraktorer og manuellterapeuter i forsøksfylkene. I forhold til antall sykmeldinger utstedt av leger i fylkene, står disse gruppene for et svært lite antall sykmeldinger.

Rapporten viser at kiropraktorene og manuellterapeutene benytter sykemeldings- og henvisningsretten overfor 1-2 prosent av sine pasienter. Den lave andelen kan muligens ha sammenheng med at kiropraktorer og manuellterapeuter vektlegger aktivitet fremfor passivitet i sin behandling og oppfølging av pasienten, der vurdering av funksjonsevne inngår som et sentralt element. Kiropraktorene og manuellterapeutene er som annet helsepersonell forpliktet til å yte forsvarlig helsehjelp. I dette ligger plikt til å yte hjelp innen sine kvalifikasjoner og innse faglige begrensninger. Det betyr at kiropraktoren eller manuellterapeuten må sørge for at pasienten kommer til lege eller annen behandler hvis pasientens sykdomssituasjon mv. faller utenfor kiropraktorens eller manuellterapeutens kompetanseområde. Med hensyn til sykmeldingsretten vises til omtale under St.prp. nr. 1 (2004-2005) Arbeids- og sosialdepartementet.

Det er ingen opplysninger i SINTEF-rapporten om at fastlegene i forsøksfylkene har opplevd forøksordningen som problematisk for deres rolle som fastlege. Etter fastlegeforskriftens § 7 skal fastlegen ha ansvar for allmennlegetilbudet overfor innbyggerne på deres liste innen de rammene som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentrale avtaler. I Forskrift om forsøksordningen for kiropraktorer og manuellterapeuter heter det i § 4, 3. ledd: Etter medlemmets samtykke oversendes informasjon om utført behandling til medlemmets allmennlege med mindre det er åpenbart unødvendig. Rapporten viser til at utenfor forsøksordningen oppsøker 70 prosent av pasientene kiropraktor direkte, selv om det innebærer at de ikke får trygderefusjon for behandlingen. Forsøksordningen har bidratt til bedre kommunikasjon mellom lege og kiropraktor fordi kiropraktorer utenfor ordningen ikke er pålagt denne typen kommunikasjon.

Manuellterapeuter i ordningen har rett til å rekvirere radiologiske undersøkelser. I forbindelse med forsøksordningen er det i samarbeid med universitetet i Bergen etablert et obligatorisk etterutdanningsstudium i differensialdiagnostikk og laboratorieanalyser samt radiologi. Det er ingen opplysninger i SINTEF-rapporten eller fra prosjektperioden som viser uforsvarlig bruk av denne rettigheten fra manuellterapeutenes side.

Inntil det er blitt tatt en avgjørelse om eventuell framtidig landsomfattende ordning for kiropraktorene og manuellterapeutene, vil ordningen bli videreført uendret i de nevnte fylkene.

I løpet av høsten 2004 vil departementet ta stilling til aktuell oppfølging. Et eventuelt forslag om endringer i gjeldende regelverk vil sendes på

offentlig høring før saken fremlegges for Stortinget på egnet måte.

Andre personellgruppers anmodning om utvidede rettigheter for trygdens regning

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) ba Stortinget regjeringen om å vurdere henvisningsrett for optikere til øyelege. Departementet behandler for tiden flere henvendelser fra ulike behandlergrupper om utvidede rettigheter, bl.a. henvisnings- og sykmeldingsrett for psykologer og henvisningsrett til øre-nese-halsspesialist for tannleger. Departementet tar sikte på at vurderingen av disse spørsmålene vil være klar i løpet av høsten 2004.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

Det foreslås bevilget 26 mill. kroner for 2005.

Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling

Bevilgningen er fra 1. januar 2004 flyttet fra kap. 2750 post 75.

Hovedtrekk ved regelverket

Folketrygden dekker utgifter til behandling hos privatpraktiserende logoped/audiopedagog med hjemmel i folketrygdloven § 5-10 og tilhørende forskrift. Videre dekkes utgifter til behandling hos privatpraktiserende ortoptist med hjemmel i lovens § 5-10a.

Det er et vilkår for refusjon for logopedisk behandling at det foreligger henvisning fra lege. Utgifter til behandling hos ortoptist dekkes når pasienten er henvist fra spesialist i øyesykdommer.

Resultatrapport

De samlede utgiftene økte fra 36,8 mill. kroner i 2002 til 44,5 mill. kroner i 2003, eller med 20,7 prosent. Det er bevilget 52 mill. kroner for 2004.

Utfordringer og hovedprioriteringer

Helse- og omsorgsdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet vil i 2005 videreføre gjeldende finansiering for logopediske og audiopedagogiske tjenester for personer med språk- og talevansker. Begge departementene vil arbeide videre med spørsmålene.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

For 2005 foreslås bevilget 55 mill. kroner.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005	Pst. endr. 04/05
2790	Andre helsetiltak	791 725	478 000	486 000	1,7
	Sum kategori 30.90	791 725	478 000	486 000	1,7

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2003	Saldert budsjett 2004	Forslag 2005
70	Bidrag, lokalt	456 296	478 000	486 000
72	Sykebehandling i utlandet	335 429		
	Sum kap 2790	791 725	478 000	486 000

Post 70 Bidrag, lokalt

Hovedtrekk ved regelverket

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 kan det ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover.

Departementet har i forskrift gitt Rikstrygdeverket fullmakt til å fastsette retningslinjer for ytelse av bidrag.

De viktigste bidragsformålene målt etter utgiftenes størrelse er legemidler, tannbehandling og briller til barn.

Det kan ytes bidrag dersom utgiftene til det aktuelle formålet i løpet av kalenderåret overstiger 1 500 kroner. Bidrag ytes etter hovedregelen med 90 pst. av de overskytende utgifter. Mange formål dekkes imidlertid fullt ut, uten nedre beløpsgrense.

Når det ytes bidrag til behandling, kan det også ytes bidrag til eventuelle nødvendige reise- og oppholdsutgifter.

Fra 1. januar 2003 ble ansvaret for visse behandlingshjelpemidler og tilhørende forbruksmateriell, som tidligere ble dekket etter bidragsordningen, overført til de regionale helseforetakene. Dette gjaldt blodtrykksapparat og stetoskop, lommespirometer, pulsator, surstoff, søvnutstyr, sprøytepumpe, forbruksmateriell ved alvorlige brannskader og hjemmebehandling ved cystisk fibrose.

Fra 1. januar 2004 ble i tillegg ansvaret for dekning av utgifter til insulinpumper, insulininjektorer og forbruksmateriell til insulinpumper og -injektorer overført til regionale helseforetak. Dette innebærer at helseforetakene er blitt fullt ut ansvarlige for utgifter knyttet til spesialisert behandling i hjemmet. Brukerne får dermed én ansvarlig instans å forholde deg til.

Resultatrapport

Utgiftene gikk ned med 14,5 prosent i 2003 til 456 mill. kroner. Hovedårsakene til nedgangen er innlemmingen av legemiddelet Aricept i blåreseptordningen fra 1. juli 2002 og overføringen av behandlingshjelpemidler til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2003.

Av de største enkeltområdene innen bidragsordningen er det bidrag til tannbehandling som viser størst vekst, med 28 prosent fra 2002 til 2003.

Saldert budsjett for 2004 er 478 mill. kroner.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2005

Innslagspunktet for bidrag foreslås hevet fra 1500 til 1600 kroner fra 1. januar 2005.

Departementet har fått tilbakemeldinger om at tilbudet knyttet til utgiftsdekning av enkelte medikamenter mot smerter er mangelfull. Begrunnelsen er at pasienter med bl.a. kreftsmerter og andre kronisk sterke smerter ikke har fått dekket utgifter til legemidler som i utgangspunktet ikke er ment til smertebehandling, men som har vist seg å ha smertelindrende effekt, for eksempel metadon. På denne bakgrunn har Statens legemiddelverk foretatt en vurdering av refusjons- og bidragssystemet for legemidler mot smerter og foreslått forbedringstiltak. Smertelindring er et område med store individuelle forskjeller for hvilke legemidler som har best effekt. Folketrygdens regelverk er imidlertid strengt på området, fordi det ofte dreier seg om vanedannende legemidler og fordi legemidlene ikke er registrert mot smerter. Statens legemiddelverk anbefaler, under strenge kriterier, at det kan gis dekning av utgifter til opioider (morfinliknende stoffer), bl.a. metadon. På bakgrunn av denne anbefalingen og et forslag fra Rikstrygdeverket, foreslås at det fra 1. januar 2005 gis full utgiftsdekning for apotektilvirkede metadontabletter mot kreft/immunsvikt. Det anbefales i tillegg at det ytes vanlig utgiftsdekning (90 prosent av utgifter ut over 1 600 kroner) for apotektilvirkede metadontabletter og morfinmikstur for kronisk sterke smerter. På grunn av misbruksfaren knyttet til bruk av metadon, vil departementet be Rikstrygdeverket, i samarbeid med Statens legemiddelverk, utarbeide kriterier for bruk av og bidrag til legemidlene. Kostnadene knyttet til dette forslaget anslås til 12 mill. kroner, og bevilgningen foreslås økt tilsvarende.

For 2005 foreslås bevilget 486 mill. kroner.

Post 72 Sykebehandling i utlandet

Finansieringsansvaret for sykebehandling i utlandet er fra 2004 overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene, jf. omtale under kap. 729 og 732.

Resultatrapport 2003

I 2003 ble ordningen med sykebehandling i utlandet finansiert av folketrygden og administrert av Rikstrygdeverket. Midlene var fordelt på to tiltak: Prosjektet kjøp av helsetjenester i utlandet og bidrag til behandling i utlandet etter folketrygdloven § 5-22.

Prosjekt kjøp av helsetjenester i utlandet

Prosjektet ble igangsatt 15. januar 2001 på bakgrunn av Stortingets vedtak høsten 2000 om å bevilge 1 mrd. kroner til ny ordning med behandling av pasienter i utlandet, jf. Innst. S. nr. 24 (2000-2001). I 2003 var utgiftene 279,3 mill. kroner. Prosjektet ble avsluttet 31. desember 2003.

Hovedformålet med bevilgningen har vært å øke behandlingskapasiteten og redusere ventetiden for utsatte pasientgrupper. Det ble dessuten etablert en rekke prosjekter for pasienter med lidelser som krever behandling det ikke finnes tilstrekkelig kompetanse på innenlands. Prosjektene ble lagt opp slik at de bidro til kompetanseoverføring til norske behandlingsinstitusjoner. Gjennom prosjektet ble det henvist til sammen 12 453 pasienter i prosjektperioden 2001-2003. Tilbud om forundersøkelser, hovedbehandlinger og etterkontroller ble gitt i til sammen 14 939 tilfeller. Prosjektet har vist seg å være et viktig supplement til det innenlandske offentlige tilbudet. Det har bidratt til å øke behandlingskapasitet og kompetanseutvikling i norske sykehus.

Bidrag til sykebehandling i utlandet

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 var det fram til 2003 gitt forskrift om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til utenlandsbehandling. Hovedvilkåret for dekning av utgifter var at behandling i Norge ikke kan gis på grunn av manglende medisinsk kompetanse. Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet har behandlet klager på vedtak truffet av Rikstrygdeverket.

I 2003 var utgiftene til bidragsordningen 56,1 mill. kroner. Rikstrygdeverket behandlet 631 søknader om bidrag til utenlandsbehandling, og ca 78 pst. av søknadene ble innvilget.

Del III
Særskilte saker

7 Plan og meldingssystem for regionale helseforetak

7.1 Innledning

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004) ber et flertall i komiteen departementet vurdere om det vil være hensiktsmessig at plan- og meldingssystemet for de regionale helseforetakene i fremtiden legges fram som egen melding i tilknytning til budsjettframlegget. Departementet har vurdert forslaget, og har kommet fram til at den riktige måten å legge fram dette på er som en integrert del av St.prp. nr. 1. Det vil si at departementet viderefører den praksis som man la opp til i fjor. Grunnen til at denne løsningen velges er basert på at helseforetaksmodellen forutsetter at melding fra de regionale helseforetakene skal inngå som et premiss for det samlede budsjettforslaget for de regionale helseforetakene. Helseforetaksloven § 34 etablerer dermed et system, der meldingsdelen inngår som en del av styringsopplegget, slik dette skisseres i budsjettproposisjonen.

Helse- og omsorgsdepartementet mener derfor det mest hensiktsmessige er at plan- og meldingssystemet inngår som en del av budsjettframlegget. Dette gir meldingen en tyngde og kobling til budsjettforslaget, ved at meldingen behandles av Stortinget som forutsetning for den helsepolitikk og det budsjett som vedtas. En separat melding vil ikke ivareta denne koblingen i samme grad.

Plan- og meldingssystemet, som skisseres i helseforetaksloven § 34, er grunnleggende i styringsdialogen mellom Storting og regjering, og deretter til de regionale helseforetak. Systemet skal gi departementet innspill til budsjettarbeidet og inngå i St.prp. nr. 1, og deretter i kommende styringsdokument. Arbeidet med plan- og meldingssystemet er organisert på følgende måte:

- Forhold av prinsipiell og politisk karakter knyttet til spesialisthelsetjenesten og utviklingen av denne skal omtales i St.prp. nr. 1
- Premisser gitt i Stortingets behandling av St.prp. nr. 1. skal reflekteres i styringsdokumentene som sendes fra Helse- og omsorgsdepartementet til regionale helseforetak etter Stortingets behandling av kommende års budsjett
- Rapportering for foregående år, samt plan for kommende år kommer i form av en årlig melding til departementet, og skal være departementet i hende innen 15. februar.

Denne delen av St.prp. nr. 1 reflekterer dette systemet. Rapport fra de regionale helseforetak baseres på meldinger for 2003. Områder der de regionale helseforetak har funnet det formålstjenlig å samarbeide på tvers beskrives. Videre foreslås prioriterte områder for regionale helseforetak for 2005.

7.1.1 Helseforetaksmodellen

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter det statlige eierskapet og styringsposisjon overfor de fem regionale helseforetakene gjennom to roller:

- Departementet kan i eierrollen utøve styring gjennom vedtekter, sammensetning av styre og beslutninger på foretaksmøte. Gjennom eierrollen stilles også økonomiske og organisatoriske styringskrav.
- Styring gjennom forvaltning av bevilgningen, ved å knytte vilkår til finansiering av virksomhetene. Det årlige styringsdokumentet gir den formelle tildeling av foretakenes ressurser, utdyper målkrav, gir prioriteringer og setter strategiske resultatkrav.

Gjennom disse styringsposisjonene følger departementet opp de mål og rammer som Stortinget fastsetter for helseforetakene. Departementet har også en myndighetsposisjon som følger av lovverket. De regionale helseforetakene skal levere gode helsetjenester i samsvar med helsepolitikkens mål. Dette er med på å prege det norske samfunnet gjennom de mål og standarder som settes for å sikre befolkningen likeverdig tilgang til nødvendige helsetjenester. Den enkelte pasients behov og rettigheter skal være utgangspunktet for alle tjenestetilbud. Behandlingen skal gi trygghet, og pasientene skal informeres, lyttes til og ha muligheter for medvirkning.

I helseforetaksmodellen søkes dette løst ved at det regionale helseforetakets eierskap til helseforetakene skal bidra til å realisere formålsparagrafen (§ 1-1) i spesialisthelsetjenesteloven. I foretaksmodellen plasseres de to rollene nevnt ovenfor hos de regionale helseforetakene. Følgende forutsetninger er lagt til grunn for denne plasseringen:

- Det regionale helseforetaket skal ivareta rollene som eier og «sørge for»-ansvarlig (jf. § 2-1 i

spesialisthelsetjenesten) på en best mulig måte. Også de andre hovedoppgavene, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende, skal bli ivaretatt. Med utgangspunkt i helsepolitikkens målsettinger må de ulike rolleelementene sees i sammenheng, og primært i den forstand at posisjonen som eier av underliggende helseforetak skal benyttes til å støtte «sørge for»-ansvaret.

– «Sørge for»-rollen skal ikke benyttes til å understøtte rollen som eier av foretaksgruppen på måter som er i strid med modellens forutsetninger. Hvis de regionale helseforetakenes fokus primært er på helseforetakene og ikke på «sørge for»-ansvaret, kan dette svekke en god realisering av de helsepolitiske målene. Helsepolitikken bygger på at private aktører spiller en viktig rolle i realiseringen av de helsepolitiske målene. De skal ha forutsigbare rammebetingelser. Også dette understreker betydningen av at de regionale helseforetakene er nøye på å forvalte sine roller i samsvar med foretaksmodellens forutsetninger.

7.1.2 Regionale helseforetaks rolle for realisering av helsepolitiske mål

«Sørge for»-ansvaret er det fundamentale ansvaret og den viktigste oppgaven de regionale helseforetak skal ivareta. Dette ansvaret utledes av departementets nasjonale ansvar for å realisere formålsparagrafen i spesialisthelstjenesten. Dette ansvaret er plassert hos de fem regionale helseforetak innenfor deres respektive geografiske områder, uten at dette opphever det samlede nasjonale ansvaret som forvaltes av departementet.

De regionale helseforetak skal sikre regionens befolkning et helhetlig og godt tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Både egne helseforetak og private aktører (kommersielle og ideelle) skal benyttes for å ivareta dette ansvaret.

De regionale helseforetak eier sine underordnede helseforetak. Dette er et av virkemidlene for å understøtte «sørge for»-ansvaret. I tillegg har man eierskap til andre selskap. Gjennom å utøve eierskap overfor de enhetene man eier alene eller sammen med andre, skal de regionale helseforetak legge til rette for at «sørge for»-ansvaret ivaretas på best mulig måte, og at man når den ønskede kvalitet på tjenesten og det forutsatte aktivitetsnivå på tjenesten. Rollen som eier innebærer også at de regionale helseforetakene må identifisere områder hvor samarbeid mellom foretakene vil bidra til en samlet og hensiktsmessig ressursutnyttelse.

7.2 Rapportering for 2003 fra regionale helseforetak

Rapporteringen tar utgangspunkt i styringskrav utledet av Stortingets budsjettvedtak og formulert i styringsdokumentet for 2003. De regionale helseforetakene har rapportert til departementet med frist 15. februar og supplert med ytterligere informasjon der dette har vært nødvendig. Det legges særlig vekt på de fire lovpålagte hovedoppgavene.

7.2.1 Rapportering på foretakenes økonomiske rammer og prestasjonskrav

De økonomiske rammer som stilles til rådighet for foretakene skal gjøre dem i stand til å utføre de forutsatte oppgavene. De økonomiske prestasjonskravene som stilles skal underbygge fokus på sentrale områder eller der det trengs en særlig innsats.

Foretakenes viktigste inntektskilder i 2003 var basisbevilgningen, innsatsstyrt finansiering, refusjoner for polikliniske konsultasjoner, regionsykehustilskuddet, midler i forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse og tilskudd til kreftbehandling. For 2003 utgjorde Helsedepartementets utbetalinger til de regionale helseforetakene mer enn 58 mrd. kroner, med følgende fordeling per regionalt helseforetak:

(i mill. kroner)

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum landet
Basisbevilgning, kap.732.71–75	10 715	6 459	5 092	3 741	3 469	29 476
Innsatsstyrt finansiering, kap.732.76	6 559	3 959	3 548	2 571	2 029	18 666
Refusjon av poliklinisk virksomhet, kap. 732.77						4 307
Regionsykehustilskudd, kap. 732.78	558	0	627	493	437	2 115
Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse, kap. 743	382	256	244	174	143	1 199
Lånebevilgning, kap. 732.90	367	300	282	918	133	2 000
Diverse poster under kap. 716, 732 og 739	130	337	63	148	55	733
Samlet bevilgning i 2003	18 711	11 311	9 856	8 045	6 266	58 496

I Styringsdokumentene til de regionale helseforetakene ble det for 2003 lagt vekt på kapitalfundamentet for de regionale helseforetakene, resultatkrav og forventet effektivisering.

Kapitalfundamentet for de regionale helseforetakene

Ved inngangen til 2003 var foretakene satt opp med anleggsmidler i balansen, basert på foreløpig kostpris. Det ble lagt til grunn at estimerte avskrivningskostnader i helseforetakene i 2002 og 2003 skulle være i samsvar med nivået på inntektsstrømmen som skulle brukes til å dekke avskrivninger. I St.prp. nr. 1 (2003–2004) ble prinsippene for verdsetting av realkapitalen i foretakene skissert, og åpningsbalanser i helseforetakene ble etablert i forbindelse med avleggelsen av årsregnskapet for 2003. Avkastningskravet på innskutt egenkapital er satt til null.

Departementet baserte verdsettingen på det etablerte inntektsnivået knyttet til investeringer, noe som innebærer at foretakene tilføres årlige inntekter gjennom sin basisbevilgning til å kunne dekke årlige avskrivninger tilsvarende 2,9 mrd. kroner. Basert på de valgte levetider og dette inntektsnivået ville foretakene over tid være satt i stand til å gjenanskaffe om lag tre firedeler av den beregnede gjenanskaffelsesverdien av kapitalen. Dette tilsvarer anleggsmidler med en verdi på om lag 85 mrd. kroner.

I framtida kan det vise seg hensiktsmessig å gjennomføre effektiviseringstiltak for å redusere de løpende driftskostnadene og i stedet øke bruken av kapital i produksjonen. Helse- og omsorgsdepartementet er innstilt på at foretakene gradvis skal kunne øke sitt investeringsnivå, og dermed måtte forsvare høyere avskrivninger over tid. Det tas sikte på at foretakene de nærmeste årene skal kunne trappe opp de samlede avskrivningene til 3,8 mrd. kroner. De økte avskrivningene skal motsvares av tilsvarende økt krav til effektivisering av driften.

Resultatkrav og forventet effektivisering

Departementet har ikke satt individuelle resultatkrav for de regionale helseforetakene for 2003. I styringsdokumentet for 2003 var resultatkravet at de regionale helseforetakene skulle oppnå balanse i driften senest innen 2004. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2003–2004), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004), ble balansekravet forskjøvet til 2005.

Det vises til omtale av verdsetting av anleggsmidler i St.prp. nr. 63 (2003–2004), der forhold som påvirker foretakenes regnskapsresultater i 2004 beskrives. Det redegjøres der for den planlagte oppfølgingen av disse forholdene.

Nedenstående tabell viser regnskapsresultatene for 2003 slik de kommer fram i de regionale helseforetakenes regnskaper. Det samlede resultatet viser et underskudd på om lag 4 mrd. kroner. Det er deretter korrigert for de to forholdene som gjelder verdier og levetider, jf. omtale ovenfor. Økte avskrivninger som følger av økte verdier i åpningsbalansen utgjør om lag 0,8 mrd. kroner, som tilsvarer det beløp som helseforetakene er gitt anledning til å øke avskrivningene med i form av effektivisering, jf. omtalen ovenfor. Økte avskrivninger som følge av kortere levetider er 1,2 mrd. kroner. De samlede avskrivningene er dermed i underkant av 5 mrd. kroner, hvorav meravskrivningene som følge av de to omtalte forholdene utgjør om lag 2 mrd. kroner. Disse tallene er godt i samsvar med tidligere beregninger og den informasjon som er gitt Stortinget.

(i mill. kroner)

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Resultat 2003	-659	-1 350	-873	-554	-547	-3 983
Økte avskrivninger pga nivå på verdsetting	149	321	150	44	153	818
Økte avskrivninger pga levetider	481	332	199	49	133	1 194
Korrigert resultat	-28	-697	-524	-461	-261	-1 970

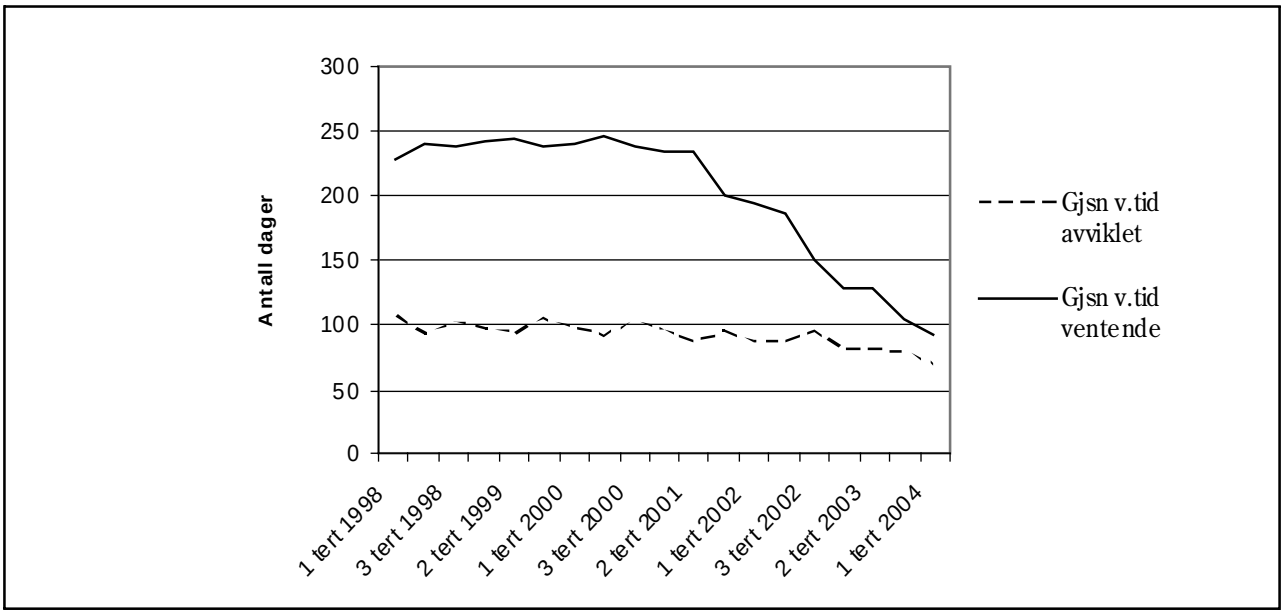
7.2.2 Generelt om rapporteringen for 2003

Gjennomgående for alle de fem regionale helseforetakene er at tiltakene for å redusere ventetidene har hatt god effekt. Dette har vært en langsiktig positiv utvikling siden staten overtok eierskapet til sykehusene, og dette har også vært en tydelig målsetning fra eiers side. Videre er det positive trekk knyttet til blant annet utviklingen mot et skjerpet fokus på faglighet og tjenestens kvalitet, samt beredskapsområdet.

Samtidig viser rapporteringen en gjennomgående trend i alle helseregioner at antallet korridorpasienter fortsatt er for høyt. De innrapporterte dataene på en annen indikator epikriser sendt innen syv dager etter utskriving, tydeliggjør at det fortsatt er mye forbedringsarbeid knyttet til organiseringen av dette arbeidet og relasjonene til andre aktører i den samlede helsetjenesten.

Ventetider

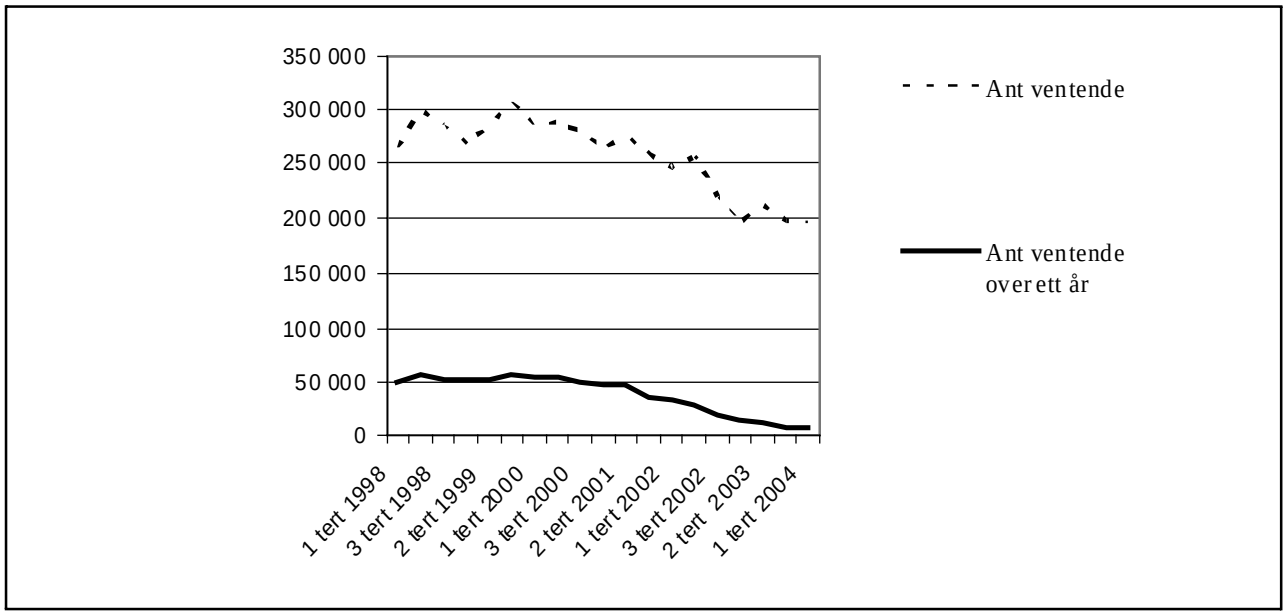
Data fra Norsk pasientregister (NPR) viser at ventetidene blir stadig kortere. Det går fram av figur 7.1 at gjennomsnittlig ventetid for pasienter der behandling er påbegynt eller utredning er ferdig, er redusert med 25 dager (fra 94 til 69 dager) fra 1. januar 2002 til 30. april 2004. Videre viser figuren at de som fortsatt ventet på utredning eller behandling ved utgangen av april 2004, hadde i gjennomsnitt ventet i 92 dager. Dette er mer enn en halvering siden 1. januar 2002. Gjennomsnittlige ventetider fra 1998 tom. første tertial 2004 er gitt i tabellen nedenfor. Tallene for gjennomsnittlig ventetid er de laveste som er registrert etter at NPR overtok den sentrale ventelisteregistreringen i 1998.



Figur 7.1 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid på behandling i spesialisthelsetjenesten.

Totalt var det litt over 196 000 pasienter innen somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern som ventet 30. april 2004, kf. figur 7.2 nedenfor. Dette er omtrent like mange som ved samme periode året før, men en nedgang på over 24 prosent i forhold til 1. januar 2002.

Det har de senere årene vært fokus på å redusere antall pasienter som venter lenge på behandling eller utredning. I april i år hadde 6900 pasienter ventet mer enn ett år på utredning eller behandling, hvilket er mer enn en halvering siden samme tidspunkt i fjor.



Figur 7.2 Antall som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten.

Den positive utviklingen som det er redegjort for her, kan blant annet tilskrives økt aktivitetsnivå. Andre årsaker er bedre utnyttelse av kapasiteten, at ordningen med fritt sykehusvalg benyttes, samt rydding i ventelister. Det vises til omtale under de enkelte regionale helseforetak for relevante tall for den enkelte region.

Likestilling i de regionale helseforetakene i 2003

Kjønnssammensetningen i styrene i de regionale helseforetakene i 2003 var relativt jevn (jf. tabell nedenfor).

	Helse Øst		Helse Sør		Helse Vest		Helse Midt		Helse Nord	
	Antall	Kvinner	Antall	Kvinner	Antall	Kvinner	Antall	Kvinner	Antall	Kvinner
Totalt antall medlemmer	9	44 pst.	9	33 pst.	9	56 pst.	9	56 pst.	9	56 pst.
Eieroppnevnte	6	50 pst.	6	50 pst.	6	50 pst.	6	50 pst.	6	50 pst.
Ansattes rep.	3	33 pst.	3	0 pst.	3	67 pst.	3	67 pst.	3	67 pst.
Styreleder		Kvinne		Mann		Kvinne		Mann		Mann

Helse Øst melder i sin årsberetning for 2003 at det i avtaleverket og i interne prosedyrer i det regionale helseforetaket er vektlagt kjønnsnøytrale løsninger både i formål og i praktisk tillempning.

Helse Sør er opptatt av å styrke kvinneandelen blant helseforetakslederne, både ved ekstern rekruttering og utvikling av interne kandidater. Helseforetaksgruppen har ikke utarbeidet felles retningslinjer for likestillingsarbeidet.

I Helse Vest arbeider helseforetakene med likestillingstiltak i forbindelse med lønnsforhandlinger, rekruttering og i planleggingen av arbeidsturnus. Deltidsarbeid, lønnsforskjeller og andre likestillingsutfordringer er kartlagt.

I Helse Midt-Norge er det to kvinner og seks menn blant direktørene i helseforetakene. Mange øvrige lederstillinger er besatt av kvinner. Flest kvinner arbeider deltid, og det er ønskelig å tilby flere av de som ønsker det, hel stilling.

Helse Nord arbeider for å styrke likestilling innenfor helseforetaksgruppen. I følge styrets årsberetning for 2003 har foretakene en for svak utvikling når det gjelder rekruttering av kvinner til de øverste ledende stillingene.

7.2.3 Forskning

Forskning i sykehusene er viktig for å sikre høy kvalitet og videreutvikling av diagnostikk- og behandlingstilbudet samt for å kunne foreta kunnskapsbaserte prioriteringer mellom ulike metoder. Med den unike kompetansen sykehusene har for pasientbehandling, er de tillagt et særskilt ansvar for anvendt pasientrettet forskning innen somatikk og psykisk helse.

Etableringen av regionale helseforetak har lagt til rette for en mer samordnet og strukturert forskningssatsing. Alle de regionale helseforetakene har utarbeidet regionale forskningsstrategier eller planer. Det er etablert et konstruktivt samarbeid med universitets- og høgskolesektoren for forskning og forskerutdanning gjennom de etablerte samarbeidsorganene.

I Helse Øst er det etablert et regionalt forskningsutvalg som skal videreutvikle forskningsstrategien i tråd med utarbeidet strategisk plan for forskning. Tilskudd til forskning i Helse Øst er benyttet til delfinansiering av klinisk forskning, grunnforskning, utprøvende behandling samt forskningsadministrative støttefunksjoner og infrastruktur. I 2004 er det avsatt 89 mill. kroner til forskning samt øremerket midler innen de regionale helseforetak til samme formål.

I Helse Sør er det etablert regionale og lokale forskningsutvalg og et FoU-nettverk som skal sørge for god tilrettelegging av forskning i helseforetakene. Helseforetakene uten universitetsfunksjoner satte av 0,5 pst. av budsjettet til forskning i 2003, og det er satt av 1 pst. i 2004 i disse helseforetakene. Det er lagt opp til en økning også ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet, der midler til FOU er vesentlig høyere. I tillegg er det avsatt 5 mill. kroner sentralt til infrastrukturtiltak, der samarbeid mellom helseforetak vektlegges.

Helse Vest har hatt sterkt fokus på forskning og utarbeidet i 2003 forslag til en forskningsstrategi. Samarbeidsorganet i Helse Vest fordelte samlet 41 mill. kroner til forskningsprosjekter i helseregionen i 2003. Det regionale helseforetaket har rapportert at det i løpet av 2003 ble produsert 196 vitenskapelige artikler og 17 doktorgrader, hvorav litt under halvparten har sitt utspring i etablerte nasjonale eller regionale høyspesialiserte funksjoner eller kompetansesentra. Det er avholdt en regional forskningskonferanse med utdeling av forskningspris.

Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og NTNU fordelte 63 mill. kroner i 2003. Store deler av midlene gikk til tiltak under en felles strategi- og handlingsplan for forskning, der blant annet psykiatri, rehabilitering og habilitering, epidemiologi og medisinsk teknologi er satsingsområder. I 2003 finansierte Helse Midt-Norge 13 doktorgradsstipend og fire postdok-stipend samt ulike infrastrukturtiltak. Brukermedvirkning og ledelsesmessig forankring av forskning er vektlagt.

Helse Nord har etablert forskningsutvalg og innført et nytt system for søknader om regionale forskningsmidler. Det regionale helseforetaket har etablert en regional forskningsstrategi og gjennom dette opprettet flere nye forskningsprogram og integrert tidligere frittstående miljøer i den regionale strategien. Universitetssykehuset Nord-Norge mottok 88 pst. av midlene fra Helse Nord innen det somatiske forskningsprogrammet, og 33 pst. av midlene innen psykisk helse. Dette er i tråd med at det regionale helseforetaket vektlegger desentraliserte strategier innenfor det psykiske helsevernet.

7.2.4 Utdanning

Gjennom samarbeidsorganene som er etablert mellom de regionale helseforetakene og henholdsvis høgskolene og universitetene, ivaretas ansvaret for koordinering og styring av undervisning i grunnutdanning, videre- og etterutdanning, herunder spørsmål knyttet til behov og kvalitet på praksisundervisning for henholdsvis helsefaglige utdanningskandidater og medisinerstudenter.

Helse Sør har i 2003 hatt et utdanningsnettverk med representanter fra alle helseforetak. Nettverket har drøftet forslag til rammeavtale med høgskolene i regionen, praksisplasser og samordning av videreutdanning. En rammeavtale ble underskrevet i 2003. Det er nå etablert samarbeidsorgan mellom høgskolene og Helse Sør.

Helse Øst har etablert felles samarbeidsorgan med de offentlige og private høgskolene i regionen. Det er etablert en god arbeidsmessig basis og fruktbar dialog. Innen sykepleie er det behov for økt kapasitet for videreutdanning. Helse Øst har løst utfordringen med å sikre nok praksisplasser til helsefaglige grunnutdanninger.

Helse Vest rapporterer at det ikke har vært behov for å iverksette tiltak innenfor grunnutdanning, men at behovet for sykepleiere og utdan-

ningsprogrammene innen psykiatri, geriatri for sykepleiere, utdanning av jordmødre og utdanning av stråleterapeuter følges nøye med henblikk på behov for tiltak. Det er tilkjennegitt et behov for klinisk kompetanse i etter- og videreutdanningsprogrammene samt utdanningsprogrammer innen administrasjon, ledelse og logistikk.

Helse Midt-Norge har utarbeidet rammeavtaler med alle høgskoler i regionen og har samarbeidsorgan med NTNU. Aktiviteten styres etter instruks og avtale mellom partene. Det regionale helseforetaket gir støtte til desentralisert medisinerutdanning, regional spesialistutdanning og regionale kompetanseutviklingstiltak.

Helse Nord driver desentralisert spesialistutdanning av barne- og ungdomspsykiatere og psykiatere. Disse programmene har hatt svært god effekt på rekrutteringen av nye spesialister til psykiatrien i helseregion Nord.

7.2.5 Opplæring av pasienter og pårørende

Med unntak av Sykehuset Telemark og Radiumhospitalet er det etablert lærings- og mestringssentra ved alle helseforetakene i Helse Sør. Aktiviteten rettes særlig inn mot pasienter med kroniske lidelser, sammensatte lidelser og funksjonshemminger.

Helse Øst har prioritert å stimulere til utvikling av systematisk opplæring av pasienter. Hovedstrategien er at dette skal skje ved lærings- og mestringssentra. Særlig fokus rettes mot pasienter med kroniske lidelser. Etablering av slike sentra har vært en del av driftsavtalene for alle helseforetakene i 2003.

Alle helseforetak i Helse Midt-Norge har lærings- og mestringssentra. Konkrete opplæringstiltak er i tillegg iverksatt ved kliniske avdelinger på flere av helseforetakene.

I løpet av 2004 vil Helse Bergen og Helse Førde etablere lærings- og mestringssentra. De to andre helseforetakene i helseregionen har i lang tid hatt slike sentra. Senteret i Stavanger har en regional kompetansefunksjon i forhold til tilbud til familier med funksjonshemmede barn.

I løpet av 2004 vil Hålogalandssykehuset og Helse Finnmark etablere lærings- og mestringssentra. Alle helseforetak i Helse Nord vil da ha slike sentra.

7.2.6 Helse Øst

Helse Øst har i 2003 hatt en høy aktivitet. Dette gjelder både innen somatikk og psykiatri. Særlig ser man en økning innen dagbehandling og psykiatrisk poliklinikk. Dette er i tråd med sentrale føringer. Dette bidrar til god tilgjengelighet og kortere ventetider.

Antall ventende og gjennomsnittlig ventetid har gått ned fra 2002 til 2003. Ved utgangen av 2003 sto 52 624 på venteliste og gjennomsnittlig ventetid var 90 dager: dette er en reduksjon på henholdsvis 13 pst. og 29 pst. fra 2002. Ventetiden og antall ventende for tilbud innen psykisk helsevern til barn og unge har økt noe. Dette henger sammen med økt antall nyhenvisninger og at registreringen er mer komplett. Det er fortsatt om lag 4 000 som har ventet over ett år, selv om antallet ventende over ett år har gått ned med 59 pst. fra 2002. Helse Øst har i gjennomsnitt til sammen 50 pasienter på korridoren i medisinske avdelinger hver dag.

Helse Øst har innarbeidet et konkret krav til sine helseforetak om at 80 pst. av epikrisene skal være sendt innen syv dager etter utskriving, resultatet varierer fra 30 pst. til 70 pst. Videre legges det til grunn at helseforetakene skal bidra overfor primærhelsetjenesten i forhold til kompetanseutvikling og samarbeidsrutiner. Det er også fokusert på god samhandling for pasienter som er i en gråsone mellom tjenestenivåene. Grunnlaget for helseforetakenes samarbeid med primærhelsetjenesten er forankret i et formalisert samarbeid mellom Helse Øst og kommunesektoren innenfor helseregionen.

Helse Øst har utarbeidet regional plan for helsemessig og sosial beredskap. Helse Øst har et eget punkt i driftsavtalene med alle helseforetakene om oppfyllelse av lovens krav om beredskap, herunder oppdaterting av sykehusenes planer i henhold til ny organisasjonsstruktur. Det er lagt opp til årlig rullering av planverket. Det er også etablert Regionalt Utvalg for Akuttmedisin som vil følge opp helseforetakene med statusvurdering/kvalitative vurderinger av helseforetakenes planer. I hovedstadsområdet er beredskapen koordinert med Helse Sør gjennom en særskilt avtale.

Tjenestetilbudet innen psykisk helsevern omstilles i tråd med Stortingets forutsetning om en mer åpen og desentralisert tjeneste. Det legges videre stor vekt på å utvikle helhetlige kjeder mellom det lokalbaserte tilbudet på distriktspsykiatriske sentra og den sykehusbaserte tjenesten. Helse Øst arbeider etter to strategier, for det første en kvalitativ og kvantitativ styrking av tjenestetilbudet og for det andre en betydelig omstrukturering. Dette innebærer at sykehjemspregede behandlingstilbud kan bli lagt ned, samtidig som nye allmennpsykiatriske tilbud bygges opp. Det legges til grunn at det ikke skal legges ned tilbud før alternativt tilbud foreligger og er tilgjengelig.

Sammen med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedepartementet forberedte Helse Øst i 2003 de praktiske sidene ved gjennomføringen av

rusreformen. I Helse Øst er russektoren organisert som somatikk og psykisk helsevern, altså etter geografisk inndelte helseforetak som har de samlede oppgavene innenfor sitt område. Det ble imidlertid gjort unntak for Oslo, hvor Aker Universitetssykehus dekker rusområdet for hele Oslo samt Follo.

7.2.7 Helse Sør

Helse Sør har i 2003 hatt en høy aktivitet. Dette gjelder både innen somatikk og psykiatri. Særlig ser man en økning innen dagbehandling og psykiatrisk poliklinikk. Dette er i tråd med sentrale føringer. Dette bidrar til god tilgjengelighet og kortere ventetider.

Det arbeides målrettet med å redusere ventetidene i Helse Sør. Ved utgangen av 2003 var gjennomsnittlig ventetid for pasienter som venter på behandling 89 dager. Dette er en nedgang fra 114 dager året før. 1 250 pasienter hadde ventet lenger enn ett år. Målet er at ingen skal oppleve ventetider på over ett år. Med unntak av Rikshospitalet har alle helseforetak i Helse Sør hatt korridorpasienter i 2003. Antallet varierer i løpet av året, men tendensen viser generelt sett at andelen har gått ned mot slutten av 2003, hvor ingen av foretakene hadde over 2,5 pst. korridorpasienter, målt som andel av total sengekapasitet. Helse Sør har som målsetning at det ikke skal forekomme korridorpasienter i regionen.

Samhandling mellom de ulike tjenestenivåene har vært et satsningsområde i 2003. Alle helseforetak har avtaler med eller har startet arbeid med samarbeidsavtaler med kommuner innen sine områder. Sykehuset Telemark er et pilotforetak med tanke på å prøve ut direkte booking fra primærlege til behandlende sykehus. Det regionale helseforetaket har også startet et arbeid for å videreutvikle en regional plan for pasienter med kroniske sykdommer. Et sentralt element vil være videreutvikling av samhandlingsrutiner med primærhelsetjenesten. I tredje tertial 2003 varierer andelen epikriser sendt ut innen syv dager etter utskriving mellom 25 pst. og 82 pst.

Helse Sør har vedtatt regional beredskapsplan. Denne beskriver ansvar, myndighet og hvordan kommunikasjon mellom ulike aktører skal foregå i en beredskapssituasjon. Det arbeides med å oppdatere sykehusenes beredskapsplaner i henhold til ny organisasjonsstruktur i regionen og tilpasning til den regionale planen. Beredskapskonferanser er holdt i alle helseforetakenes områder. Det regionale helseforetaket har observatørstatus i de enkelte fylkesberedskapsråd. I hovedstadsområdet er beredskapen koordinert med Helse Øst gjennom en egen avtale.

Helse Sør arbeider for å omstille ressurser innen det psykiske helsevernet fra psykiatriske sykehjem og sentraliserte sykehusfunksjoner til videreutvikling av desentraliserte modeller knyttet til distriktspsykiatriske sentra og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Dette er i tråd med Stortingets forutsetning om en mer åpen og desentralisert tjeneste innen det psykiske helsevernet. Det legges til grunn at det ikke skal legges ned tilbud før alternativt tilbud foreligger og er tilgjengelig. Helse Sør har som målsetning at ventetid for vurderingssamtale ved poliklinikkene innen psykisk helsevern skal være mindre enn fire uker ved utgangen av 2004. I andre halvår 2003 har denne indikatoren stabilisert seg på 60 pst. mot i underkant av 30 pst. ved starten av 2003.

Sammen med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedepartementet forberedte Helse Sør i 2003 de praktiske sidene ved gjennomføringen av rusreformen. I Helse Sør er rus-sektoren organisert på samme måte som somatikk og psykisk helsevern, altså etter geografisk inndelte helseforetak som skal ivareta de samlede oppgavene innenfor sitt område.

7.2.8 Helse Vest

Helse Vest har i 2003 hatt en høy aktivitet. Dette gjelder både innen somatikk og psykiatri. Særlig ser man en økning innen dagbehandling og psykiatrisk poliklinikk. Dette er i tråd med sentrale føringer. Dette bidrar til god tilgjengelighet og kortere ventetider.

Antall ventende og gjennomsnittlig ventetid har gått ned fra 2002 til 2003. Ved utgangen av 2003 var gjennomsnittlig ventetid 128 dager for ventende pasienter, dette er en reduksjon på 29 pst. fra 2002. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter er på 86 dager. I Helse Vest varierer antallet pasienter på korridoren i medisinske avdelinger hver dag mellom 39 og null, og alle unntatt Helse Stavanger ligger mellom 13 og null. Helse Bergen inngår ikke i disse tallene på grunn av dårlig datakvalitet.

Alle helseforetakene eid av Helse Vest har i 2003 arbeidet med konkrete tiltak for å bedre samarbeidet med primærhelsetjenesten. Områder man har arbeidet med er praksiskonsulenter, tiltak for å bedre ivareta veiledningsplikten overfor primærhelsetjenesten, tiltak for kompetanseutvikling og etablering av «halvannenlinje»-tjenester. Andelen epikriser som sendes ut innen syv dager etter utskriving ligger på 38,4 pst. for helseforetakene eid av Helse Vest når man ser somatikk og psykiatri samlet. Resultatet varierer mellom 25 pst. og 43

pst. innenfor somatikk, og mellom 33 pst. og 67 pst. innenfor psykiatri. Resultatmålet for denne indikatoren er satt til 80 pst.

Helse Vest har utarbeidet plan for helsemessig og sosial beredskap. De underliggende helseforetak har satt i gang arbeid med egne planer, og disse er i det vesentligste ferdigstilt. Det er også utarbeidet regional smittevernplan og vedtatt tiltak for å styrke smittevernet.

Helse Vest har lagt en regional plan til grunn for arbeidet innenfor psykisk helsevern. Planen er tuftet på opptrappingsplanen for psykisk helse, og forutsetter at barne- og ungdomspsykiatrien prioriteres de kommende år. Fokus er på styrking av det polikliniske tilbudet, dagtilbudet og det ambulante tilbudet. Det legges vekt på desentralisering av tilbudet, og helseregionen har nå 14 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og 15 distriktspsykiatriske sentra er etablert eller er under etablering. Det arbeides med å øke antall fagårsverk, slik at man skal nå målet om at 5 pst. av barn og ungdom skal få et tilbud. Helse Vest har som målsetning at ikke mer enn 20 pst. av pasientene tvangsinnlegges til døgnopphold, andelen tvang varierer i dag mellom 12 pst. og 40 pst

Sammen med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedepartementet forberedte Helse Vest i 2003 de praktiske sidene ved gjennomføringen av rusreformen. I Helse Vest er russektoren organisert på samme måte som somatikk og psykisk helsevern, altså etter geografisk inndelte helseforetak som ivaretar de samlede oppgavene innenfor sitt område.

Helse Vest gjennomgikk i 2003 akuttfunksjonene i helseregionen med vekt på organiseringen av kirurgi og fødetilbud. Det ble på bakgrunn av dette foreslått endringer som utviklet tjenestetilbudet i tråd med nasjonale føringer. Tiltakene knyttet til etablering av en forsterket fødestue ved Lærdal sjukehus og overføring av kirurgiske og indremedisinske tjenester ved Førde sentralsjukehus, avdeling Florø til Førde sentralsjukehus, Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus ble behandlet i foretaksmøtet i juni 2003. Det ble forutsatt etablering av nærsykehus i Helse Førde (Florø) i samarbeid med aktuelle kommuner. På bakgrunn av foretaksmøtets vedtak dokumenterte Helse Vest hvordan de foreslåtte endringene lå innenfor det «sørge for»-ansvar som Helse Vest har. Gjennom hele prosessen har det vært lagt vekt på aktiv involvering av fagpersonell, primærhelsetjeneste og brukerorganisasjoner. Også lokale og regionale politiske miljøer har vært involvert gjennom blant annet dialogmøter. Med bakgrunn i oppfyllelse av de forutsetningene foretaksmøtet i stilte i juni 2003 ble endringene i Lærdal og Florø endelig godkjent av Helsedepartementet i januar 2004.

7.2.9 Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har i 2003 hatt en høy aktivitet. Dette gjelder både innen somatikk og psykiatri. Særlig ser man en økning innen dagbehandling og psykiatrisk poliklinikk. Dette er i tråd med sentrale føringer. Dette bidrar til god tilgjengelighet og kortere ventetider.

Gjennomsnittlig ventetid innenfor somatikk i Helse Midt-Norge ved utgangen av 2003 var 111 dager mot 159 dager i 2002. Innen psykisk helsevern har det i samme tidsrom vært en utvikling fra 98 dager gjennomsnittlig ventetid til 93 dager. Antallet korridorpasienter har vært forholdsvis stabilt i hele 2003. Alle helseforetakene med unntak av St. Olavs Hospital har få korridorpasienter. Ved St. Olavs Hospital er andelen korridorpasienter forholdsvis høy. Dette er et område Helse Midt-Norge følger opp kontinuerlig.

For å bedre samhandlingen med førstelinjetjenesten har Helse Midt-Norge stilt krav om at alle helseforetak skal ha minst to nye praksiskonsulenter i 2003. Dette er i varierende grad fulgt opp og vil bli fulgt videre. Det regionale helseforetaket har startet forberedende arbeid for oppstart av distriktsmedisinske sentra på Nord-Møre og i Nord-Trøndelag. Videre har nå alle kommuner samarbeidsavtaler med sine respektive helseforetak. Omlag 85 pst. av alle epikriser i helseregionen sendes elektronisk. Dette bidrar til generelt kortere epikrisetid, som nå varierer mellom 36 pst. og 70 pst. sendt ut innen syv dager etter utskriving.

Helse Midt-Norge ferdigstilte en foreløpig beredskapsplan sommeren 2003. Et revidert planverk ble vedtatt i mars 2004, og dette ligger nå til grunn for Helse Midt-Norges arbeid innenfor beredskap. Planverket følges også opp av helseforetakene i regionen ved at de oppdaterer sykehusenes beredskapsplaner i henhold til dagens organisering og innenfor den regionale planens rammer.

Helse Midt-Norge arbeider etter intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helse. Det legges vekt på desentralisering av tilbudet, og oppbygging av robuste tilbud innen poliklinikk og dagbehandling. Det arbeides målrettet med å bygge ut tilbudet ved de distriktspsykiatriske sentrene. Samtidig omstilles driften ved sykehusinstitusjonene til et mer spesialisert tilbud. Helse Midt-Norge arbeider med tiltak for å redusere bruken av tvang, og data viser at man særlig i tredje tertial 2003 begynner å se effekten av dette.

Sammen med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedepartementet forberedte Helse

Midt-Norge i 2003 de praktiske sidene ved gjennomføringen av rusreformen. I Helse Midt-Norge er russektoren organisert som et eget helseforetak, Rusbehandling Midt-Norge HF.

Når det gjelder utbygging av ny universitetsklinikk i Trondheim vises det til omtale under kapittel 732 post 81.

7.2.10 Helse Nord

Helse Nord har i 2003 hatt en høy aktivitet. Dette gjelder både innen somatikk og psykiatri. Særlig ser man en økning innen dagbehandling og psykiatrisk poliklinikk. Dette er i tråd med sentrale føringer. Dette bidrar til god tilgjengelighet og kortere ventetider.

Helse Nord har hatt et hovedfokus på å redusere ventetidene innenfor de fagområder hvor ventetidene har vært lengst. Derfor har det vært satset særlig på ortopedi og ØNH-sykdommer. Innenfor disse to fagområdene har gjennomsnittlig ventetid gått ned henholdsvis 48,8 pst. og 37,8 pst. for utredning og operasjon. Ved tredje tertial 2003 var gjennomsnittlig ventetid for behandlede pasienter 88 dager mot 97 dager et år før. Gjennomsnittlig ventetid var redusert fra 204 dager til 122 dager. Andelen korridorpasienter er lavere enn for gjennomsnittet i landet. Det er høyt prioritert av Helse Nord å redusere andelen ytterligere og å etablere bedre rapporteringssystemer for dette.

Samhandling med primærhelsetjenesten har vært et uttrykt satsningsområde for Helse Nord. Særlige tiltak det arbeides med er hospitering mellom helsetjenestens ulike nivåer, etablering av «halvannenlinje»-tjenester, telemedisinske løsninger og implementering av elektroniske epikriser og henvisninger. Andelen epikriser som sendes ut innen syv dager etter utskriving ligger på 42,4 pst. for helseforetakene eid av Helse Nord. Resultatet varierer mellom 20,2 pst. og 77 pst. Arbeidet med å øke denne andelen til 80 pst., som er stilt som krav i styringsdokumentet for 2004, er intensivert.

Den regionale beredskapsplanen for Helse Nord er ferdigstilt. Den operative delen av planen var ferdig sommeren 2003, mens endelig plan ble vedtatt sommeren 2004. Alle helseforetak i helseregionen har operative planer på alle sykehusene. Disse øves jevnlig. Alle planer er oppgradert og samordnet internt i de enkelte helseforetak sommeren 2004.

Innen psykisk helsevern arbeider Helse Nord etter en strategi basert på opptrappingsplanen for psykisk helse. Det legges vekt på desentralisering av tilbudet og oppbygging av robuste tilbud innen poliklinikk, dagbehandling og ambulante enheter, blant annet i Bodø og Tromsø. Det arbeides målrettet med å integrere de distriktspsykiatriske enhetene i en helhetlig behandlingskjede, slik at samhandlingsrelasjonene blir best mulig med sykehusinstitusjoner og primærhelsetjenesten. Bruken av tvang er forventet å øke noe, ettersom pasienter ikke lenger sendes til Brøset i Sør-Trøndelag. Helse Nord arbeider med tiltak for å redusere bruken av tvang.

Sammen med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedepartementet forberedte Helse Nord i 2003 de praktiske sidene ved gjennomføringen av rusreformen. I Helse Nord er russektoren organisert på samme måte som somatikk og psykisk helsevern, altså etter geografisk inndelte helseforetak som ivaretar de samlede oppgavene innenfor sitt område.

Helse Nord gjennomgikk i 2003 akuttfunksjonene i Hålogalandssykehuset og Helgelandssykehuset med vekt på organiseringen av kirurgi og fødetilbud. Det ble på bakgrunn av dette foreslått endringer i tråd med nasjonale føringer. Tiltakene knyttet til Hålogalandssykehuset og Helgelandssykehuset ble behandlet i foretaksmøtet i juni 2003. Arbeidet med omstillingsprosessene har vært preget av grundige utredninger både før foretaksmøtet, og etter for å svare på de betingelser som ble satt for gjennomføring av endringene. I dette arbeidet har fagfolk, tillitsvalgte, primærhelsetjenesten og brukerrepresentanter vært involvert. Lokale og regionale politiske aktører har vært involvert gjennom møter og høringsuttalelser. Gjennom endringene søker man å ivareta faglige krav og retningslinjer vedtatt av Stortinget. Med bakgrunn i oppfyllelse av de forutsetningene som foretaksmøtet stilte i juni 2003, ble endringene i Hålogalandssykehuset og Helgelandssykehuset endelig godkjent av Helsedepartementet i januar 2004.

7.3 Prioriterte styringsforhold i 2004 – konkrete styringskrav

Departementets krav knyttet til økonomi for 2004 omfatter resultatforbedringskrav og forventet effektivisering i 2004, foretakenes kapitalfundament og investeringer. For nærmere omtale av disse forholdene vises det til kap. 732 Regionale helseforetak.

7.3.1 Pasientbehandling

Aktivitet

I vedtatt budsjett for 2004 ble det lagt til rette for en videreføring av aktiviteten på om lag samme høye nivå som i 2003. Innen psykisk helsevern legges det til grunn økt aktivitet. Ved å redusere andelen av innsatsstyrt finansiering til 40 pst. og øke ande-

len av basisbevilgning til 60 pst. ønsket departementet å understøtte målet om en balansert og styrt utvikling i behandlingstilbudet.

For nærmere informasjon om aktivitetsutviklingen hittil i 2004 vises det til omtalen under kap. 732 postene 76 og 77.

Prioritering

De regionale helseforetakene prioriterer i 2004 særlig behandling av kreftsykdommer, lindrende behandling, rusrelatere behandlingsopplegg, tjenester innen psykisk helsevern, tilbud til personer med kroniske sykdommer og habilitering og rehabilitering. Det er satt i gang arbeid med å operasjonalisere prioriteringsforskriften slik at denne blir enklere anvendbar klinisk og slik at ressursbruk allokeres i samsvar med de faglige prioriteringer som ligger til grunn.

Krav knyttet til kvalitetsindikatorer

Det er stilt krav om at 80 pst. av epikrisene skal være sendt ut innen syv dager etter utskriving. Få foretak rapporterer så langt i 2004 at dette målet er innen rekkevidde. Utviklingen er ikke tilfredsstillende ut fra at dette er et prioritert område med et konkret resultatkrav i 2004.

Alle regionale helseforetak arbeider med tiltak for å unngå korridorpasienter ved sine helseforetak. Tendensen er at andelen korridorpasienter er stabil eller lavt synkende.

Opptrappingsplanen for psykisk helse

De regionale helseforetakene har i sine respektive strategi- og plandokumenter vist prioritet til psykisk helse generelt og barne- og ungdomspsykiatri spesielt. Departementet har i 2004 satt betydelig fokus på at opptrappingsmidler benyttes i tråd med forutsetningene. Resultatrapporteringen viser økt aktivitet også for første halvår av 2004.

De investeringsprosjekter som er knyttet opp til Opptrappingsplanen, er identifisert gjennom de godkjente fylkeskommunale planene for styrking av psykisk helse. De regionale helseforetakene er gitt anledning til å vurdere planene i et regionalt perspektiv. Med utgangspunkt i planene har departementet pekt ut de investeringsprosjektene som forventes gjennomført i planperioden under de regionale helseforetakenes ansvar. Under forutsetning av Stortingets årlige bevilgninger er den rammen som St.prp. nr. 63 (1997–1998) trekker opp til investeringer i spesialisthelsetjenesten bundet opp til konkrete byggeprosjekter. Ikke alle prosjekter vil være ferdig innen 2006, men samtlige regionale helseforetak er i rute med sikte på å etablere en DPS-struktur innen dette tidspunktet. I departementets styringsdokumenter for 2004 til de regionale helseforetakene, er det stilt krav om at omstruktureringen av det psykisk helsevern må skje gjennom koordinerte prosesser. Dette innebærer at nedbygging eller avvikling av enkeltinstitusjoner ikke skal skje før det er etablert alternative tilbud for pasientene.

Tilbudet til rusmiddelmisbrukere

I sin tertialrapportering har de regionale helseforetak gitt en oppsummering av situasjonen på rusfeltet fire måneder etter at de gjennom Rusreformen fikk ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling. I alt ble 74 institusjoner, hvorav 42 var i privat eie og drift, omfattet av reformen.

Alle regionale helseforetak rapporterer om økt etterspørsel etter behandling for rusmiddelmisbrukere både etter døgnbehandlingstiltak og poliklinisk tilbud. Ventetidene på begge behandlingskategorier har i noen regionale helseforetak økt noe og man har her økt sin kapasitet på disse områdene, og arbeider med planer om ytterligere styrking, blant annet som konsekvens av at Stortinget i revidert nasjonalbudsjett bevilget 100 mill. kroner til de regionale helseforetak for å styrke behandlingsapparatet for denne pasientgruppen.

Antall på venteliste for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) var ved siste årsskiftet om lag 550 personer. Dette antallet er etter 1. tertial 2004 omlag det samme, men omlag 150 flere pasienter er inkludert i LAR-opplegg, slik at disse nå omfatter om lag 2600 personer. Av de 100 mill. kronene som Stortinget bevilget i revidert nasjonalbudsjett til rusbehandling, var 20 mill. kroner øremerket LAR.

7.4 Strategiske områder for samarbeid

På mange områder har de regionale helseforetakene etablert formaliserte samarbeid seg i mellom for å understøtte realiseringen av styringskrav stilt av departementet. Dette er en del av de regionale helseforetakenes operative ansvar. Departementet har vurdert det slik at det likevel er riktig å orientere om dette, fordi det illustrerer hvordan det arbeides målrettet for å nå de målsetninger som er satt.

Prioritering

I statsbudsjettet for 2004 ble det lagt til grunn at de regionale helseforetakene skal innrette sin virksomhet i henhold til de overordnede prinsipper for

prioritering, jf. Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. De regionale helseforetakene er i styringsdokumentene for 2004 bedt om å sørge for en rettferdig fordeling av tjenestetilbudet i respektive helseregioner. Oppfølgingen av prioriteringsforskriften krever at de regionale helseforetak analyserer befolkningens behov og sitt tjenestetilbud innenfor de ulike fagområdene. De regionale helseforetak må omfordele ressurser fra områder med lav prioritet og der tilbudet kan ytes med mindre ressursbruk til prioriterte områder med kapasitetsproblemer, samt områder hvor man på bakgrunn av medisinsk, epidemiologisk og demografisk utvikling kan forvente økt behov. Kunnskap om dette og om utvikling av medisinske trender skal benyttes som grunnlag for omfordeling av ressurser. Gjennom bedre prioriteringer er målet større likhet og bedre kvalitet i den spesialisthelsetjeneste som tilbys befolkningen. Foreliggende dokumentasjon tyder på svært store ulikheter blant annet i fortolkning av regelverket.

Det er etablert en strategigruppe som ledes av Helse Nord for å legge til rette for nasjonal samordning og etablering av felles tiltak innen prioritering i helseforetakene. Strategigruppens arbeid er rådgivende for de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet. Gruppen skal identifisere de prioriteringsutfordringene som det synes fruktbare å iverksette tiltak i forhold til på kort sikt.

Forskning

Forskning er en av fire hovedoppgaver i sykehusene. Både universitetene/høyskolene og de regionale helseforetakene har ansvar for medisinsk og helsefaglig forskning. Sykehusene har imidlertid et særskilt ansvar og unik kompetanse for å ivareta pasientrettet klinisk forskning, og forskning som resultater i overføring av forskningsresultater fra grunnforskning til diagnostikk og pasientbehandling (translasjonsforskning).

Det er en nasjonal målsetning og behov for å styrke forskning og forskerutdanning i helseforetakene (jf. evalueringen av klinisk, epidemiologisk, samfunnsmedisinsk, helsefaglig og psykologisk forskning i Norge i regi av Norges forskningsråd). For å legge til rette for nasjonal samordning og etablering av felles tiltak for forskning i helseforetakene der dette er hensiktsmessig, ble det våren 2003 etablert en strategigruppe for forskning mellom de regionale helseforetakene og Helsedepartementet. Gruppen ledes av Helse Sør og er rådgivende for de regionale helseforetakene og departementet. For å sikre kommunikasjon og samordning med relevante aktører, er det etablert en kontaktgruppe med representanter fra Utdannings- og forskningsdepartementet, universitetene, høyskolene, Norges forskningsråd, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Gruppen har arbeidet med implementering og videreutvikling av det nasjonale systemet for måling av forskningsresultater. Dette ligger til grunn for fordeling av det resultatbaserte tilskuddet til forskning. Det skal også utvikles et felles system for kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene. Gruppen har utarbeidet forslag til felles regelverk og retningslinjer for kommersialisering av forskningsresultater. Gruppen er i ferd med å utarbeide et strategidokument som skal ligge til grunn for valg av områder for nasjonal samordning og felles tiltak.

Samhandling

Samhandling og desentralisering ble våren 2003 etablert som ett av fire strategiske områder mellom helseforetakene. I dette arbeidet, som ledes av Helse Nord, vil de regionale helseforetakene i fellesskap meisle ut nasjonale strategier for en bred satsing på tettere samarbeid med primærhelsetjenesten og desentralisering av spesialisthelsetjenestene.

Arbeidet skal understøtte og bringe videre de prosessene som pågår i foretakene med å utvikle tiltak i samarbeid med primærhelsetjenesten. Det er utarbeidet forslag til metoder for å identifisere de pasientgruppene som har særlig bruk for samordnede tjenester, og det er satt fokus på behovet for å prioritere enkelte pasientgrupper innen dette arbeidet. Videre er det identifisert ulike arenaer og modeller for samarbeid og det er utarbeidet rammeforslag til samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. Forslag til hvordan man kan videreutvikle en desentralisert spesialisthelsetjeneste er utarbeidet. En viktig del av arbeidet er å skape et likeverdig samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenestene.

Psykisk helse

Det er viet betydelig nasjonal prioritet til styrking av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Gjennomføring av Opptrappingsplanen for psykisk helse er bygd på en helhetlig tenkning, der det ikke bare skal skje en opptrapping, men også betydelig omstilling og omstrukturering, med fokus på bedret kvalitet og høyere effektivitet. Gjennom Opptrappingsplanen tas det sikte på å etablere en struktur på denne delen av spesialisthelsetjenesten hvor distriktspsykiatriske sentre (DPS) forutsettes å ta hånd om den allmennpsykiatriske behandlin-

gen, og hvor sykehusene skal etablere spesialiserte funksjoner. Brukermedvirkning og respekt for enkeltindivider er i den sammenheng en vesentlig forutsetning.

Omstillingsutfordringene innen psykisk helse er fortsatt store, og for å sikre god balanse mellom nasjonal koordinering og desentrale løsninger, er det etablert en strategisk gruppe med deltakere fra alle regionale helseforetak for å møte de felles utfordringer feltet står ovenfor. Gruppen er rådgivende for de regionale helseforetakene og ledes av Helse Øst. Gruppen startet sitt arbeid våren 2004 og har i første rekke arbeidet med å skaffe oversikt over status og de gjenstående utfordringene innen psykisk helsearbeid i helseforetakene. Det vises her til nærmere beskrivelse av status under programområde 10.40 Psykisk helse.

Framover vil gruppen ta sikte på å etablere et sett med felles styringsindikatorer som skal gi en bedre oversikt over målsetningene som er satt i tilknytning til Opptrappingsplanen. Arbeidsgruppen vil videre gjennomgå det kvalitative innholdet i det lokalbaserte DPS-tilbudet og de framtidige sykehusfunksjoner. Det fins i dag en rekke gode eksempler på godt psykisk helsearbeid i helseforetakene. Erfaringsutveksling mellom regionene er i den sammenheng viktig. Et vesentlig element i arbeidet er også å skape felles forståelse blant viktige aktørgrupper innen det psykiske helsefeltet, om de foreliggende omstillingsutfordringene. Arbeidet med å styrke det psykiske helsefeltet er omfattende og krever langsiktig innsats, men strategigruppen har pekt ut individuell plan, ventetid innen barne- og ungdomspsykiatri og epikrise, hvor det tas sikte på betydelige forbedringer allerede i 2004.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Det ble i 2003 etablert et samarbeid på strategisk nivå mellom de regionale helseforetakene om bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT). Gruppen ledes av Helse Vest. Gruppen har også fungert som styringsgruppe for Sosial- og helsedirektoratets arbeid med etableringen av Norsk Helsenett.

Det er utarbeidet et strategisk dokument som beskriver en IKT-strategi på tvers av de regionale helseforetakene og dennes forhold til nasjonale planer, slik disse er formulert i Samspill 2007 og de enkelte helseforetaks IKT-planer. Dette dokument er behandlet og lagt til grunn for regionale strategier i alle de fem regionale helseforetak. Videre er det utarbeidet et strategisk dokument som ligger til grunn for arbeidet med etableringen av Norsk Helsenett AS. Dette dokumentet er også behandlet i alle de regionale helseforetakene. Samlet sett utgjør dokumentene et overordnet og integrert dokument for den nasjonale satsningen på området.

IKT er et viktig virkemiddel for å etablere og understøtte gode samarbeidsrutiner og god samhandling. IKT bidrar til å skape en helhetlig helsetjeneste. Videre kan IKT-baserte verktøy og infrastruktur ligge til grunn for forbedringsarbeid knyttet til tjenestetilbudet, samt forskning og utdanning.

Ledelse

Ledelse er et nasjonalt strategisk satsningsområde som utformes i fellesskap mellom de regionale helseforetakene og departementet. Denne nasjonale satsingen er koordinert av en styringsgruppe ledet av Helse Midt-Norge, med representanter fra de fem regionale helseforetakene og departementet. Det er i 2003 og 2004 gjennomført et pilotprogram med seks samlinger, med til sammen 170 deltakere, fra samtlige helseforetak.

Programmet tar utgangspunkt i helsetjenestens kjerneverdier – kvalitet, trygghet og respekt. Hver enkelt deltaker følges opp gjennom en ledelsesevaluering som pågår gjennom programperioden. Ambisjonen er at deltakernes lederatferd ved avsluttet program i større grad gjenspeiler kjerneverdiene i helsetjenesten enn det som i utgangspunktet var tilfellet.

Erfaringene fra programmet vil danne grunnlaget for et permanent nasjonalt program for ledelse i helseforetakene. Opplegget er ingen erstatning for lokale tiltak innen ledelsesutvikling, men er en overbygning som utgjør grunnlaget for all ledelse i sykehus. Det permanente programmet vil starte i 2005.

7.5 Lokalsykehusenes rolle

Flertallet i sosialkomiteen ba om at «Regjeringen i meldingsdelen av budsjettforslaget for 2005 legger fram en analyse av hvilken rolle lokalsykehusene og nærsykehusene skal spille i den samlede spesialisthelsetjenesten.». Videre sier flertallet i komiteen at «Siktemålet med arbeidet bør være å foreslå en strategi som gjør at disse kan være en tryggheitsbase for lokalbefolkningen.» (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004)). Departementet gir her en tilbakemelding i forhold til dette.

Overordnet om sykehusenes rolle

Lokalsykehusene har etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering egenskaper som gjør dem

godt egnet til å spille en viktig rolle i realiseringen av helsepolitiske mål. Vi står overfor en økende andel eldre, flere pasienter med kroniske sykdommer, en økning av pasienter med psykiske lidelser, et tiltakende behov for rehabilitering, og det legges større vekt på palliativ behandling. Dette er eksempler på forhold der behandling og oppfølging av pasienter krever et nært samarbeid mellom pasient, spesialisthelsetjeneste, primærhelsetjeneste, pasientens familie og ofte også det sosiale tjenesteapparatet. Hvor god effekt for pasienten som oppnås av de tjenester som spesialisthelsetjenesten yter, vil ofte være avhengig av at samarbeidet med andre lykkes. Lokalsykehusenes plassering i lokalsamfunn, og dermed nærhet til mange aktuelle samarbeidspartnere, gir gode forutsetninger for slikt samarbeid. I strategien som foreslås i det følgende, er det sentrale målet at lokalsykehusene gis oppgaver og har virkemåter som utnytter dette «konkurransefortrinnet» til beste for pasienten. Lokalsykehusene skal gjennom egen virksomhet og i samarbeid med andre aktører, møte behov som store deler av befolkningen i ulike livsfaser har. Dette vil være et viktig element i en samlet strategi for å være en trygghetsbase for lokalbefolkningen.

Lokalsykehusene skal være en trygghetsbase for befolkningen, og de må derfor også spille en rolle og ha oppgaver i akuttberedskapen. I debatten om lokalsykehus er dette ofte gjort ensbetydende med at alle sykehusene, i tillegg til indremedisinsk beredskap, må ha 24 timers kirurgisk akuttberedskap. Først og fremst framheves verdien av slik beredskap, samtidig som det fokuseres på at andre løsninger utgjør starten på en nedleggelsesprosess, slik at kampen for akuttberedskapen oppfattes som nødvendig for å sikre lokalsykehuset. Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på at en nasjonal strategi for bruken av lokalsykehus må gi åpenhet for strategier og planer som ikke nødvendigvis vil inkludere 24 timers kirurgisk akuttberedskap ved alle sykehus. Hensynet til kvalitet på tjenestene og akseptabel ressursutnyttelse kan tilsi at andre løsninger bør velges. Uansett må alle lokalsykehus være i stand til å ta hånd om og stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfeller. Hvordan behandlingskjeden deretter organiseres for de ulike tilstander og sykdomsgrupper, må klargjøres i et helhetlig opplegg. Tilbudet må oppdateres og endres i tråd med utvikling av behandlingsformer som gir bedret kvalitet, jf eksempelvis nylige endringer i behandling av akutt hjerteinfarkt. Organiseringen av akuttberedskap må baseres på moderne behandlings- og transportformer, og det skal arbeides for likeverdig kvalitet på akutt-tjenesten uavhengig av bosted. Ordningene for akuttberedskapen må være godt kjent i befolkningen, og det må dokumenteres at de endringer som velges, gir trygghet for at tjenesten vil bli gitt på en rask og god måte når behov oppstår. Ved endringer må det være klargjort hvilke supplerende tiltak, f. eks. styrking av ambulanseberedskap, som blir iverksatt, før endringer skjer.

Satsing på lokalsykehus i et samlet opplegg for spesialisthelsetjenesten betyr ikke at alle etablerte strukturer skal opprettholdes. Det må være aksept for fleksibilitet i valg av løsninger, blant annet for hvilke oppgaver som legges til det enkelte lokalsykehus, og det må være aksept for omstillinger. Når endringer gjennomføres, må det stilles krav overfor regionalt helseforetak og helseforetak at det foreligger en helhetlig strategi som tydeliggjør framtidig rolle for lokalsykehuset.

Behov for lokalsykehustjenester gjør seg naturligvis ikke bare gjeldende i områder med lokalsykehus. Også i sentrale områder, med universitetssykehus eller andre storsykehus, har befolkningen mange typer behov der sykehusets nærhet til pasient er viktig, og hvor godt samarbeid med primærhelsetjenesten kan være helt avgjørende for resultatet av behandlingen. Her står man overfor helt andre utfordringer enn hva man møter i de små lokalsykehusene, for eksempel risikoen for at «lokalsykehusaktiviteten» ved sykehuset i for stor grad blir preget av ekspertisenivå som preger spissfunksjoner ved sykehuset, og at det legges for liten vekt på å etablere gode og kontinuerlige relasjoner med primærhelsetjenesten. Også denne siden av lokalsykehusproblematikken vil bli kort omtalt i det følgende.

Den strategien som skisseres her, og Stortingets behandling av denne, vil danne utgangspunkt for hvilke saker som med utgangspunkt i helseforetakslovens § 30 må forelegges Helse- og omsorgsdepartementet for beslutning. Selv om lokalsykehus skal spille en viktig rolle i samlet strategi for spesialisthelsetjenesten, kan det fortsatt i enkelte tilfeller være aktuelt at det ut fra hensynet til faglig kvalitet og forsvarlig ressursbruk skje at lokalsykehus foreslås lagt ned. Slike saker vil alltid bli forelagt Helse- og omsorgsdepartementet.

Gjennomførte prosesser

Flertallet i sosialkomiteen mente at «arbeidet bør baseres på en aktiv dialog med både foretakene, pasientorganisasjoner og regionale og lokal politiske miljøer.» Departementet har valgt å ivareta dette ved å gjennomføre heldagsmøter ved lokalsykehus i hver av de fem helseregionene: Helse Sunnmøre Volda sjukehus, Helse Finnmark klinikk Kirkenes, Blefjell sykehus Notodden, Sykehuset

Asker og Bærum og Helse Fonna Odda sjukehus. De regionale helseforetakene og helseforetakene, som de aktuelle sykehusene er knyttet til, har vært vertskap for møtene. Det har vært lagt vekt på at ulike interessentgrupper skulle framføre sine synspunkter og være med i felles dialog; pasientorganisasjoner, ledelse og fagmiljøer fra lokalsykehus, kommuner, lokale aksjonsgrupper og primærhelsetjeneste i lokalsykehusenes nedslagsfelt.

Utgangspunkt for vurderingene

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at lokalsykehus ikke lenger er noen formelt presist angitt kategori i spesialisthelsetjenesten. Gjennom Stortingets behandling av St.meld. nr. 9 (1974–75) Sykehusutbygging mv. i et regionalisert helsevesen ble det foretatt en tredeling av sykehusene: lokalsykehus (fylkessykehus type I), sentralsykehus (fylkessykehus type II) og regionsykehus. Her var tilrådningen at fylkessykehus type I skulle yte kirurgisk og medisinsk service, og gi vanlig fødselshjelp. I tillegg skulle de ivareta øyeblikkelig hjelp, og polikliniske og ambulante tjenester. Allerede i denne stortingsmeldingen omtales fylkessykehus type I som «de tidligere lokalsykehusene». Lokalsykehusbenevnelsen er godt innarbeidet, og begrepet blir også benyttet i denne redegjørelsen.

Flere forhold gjør at det ikke nå lenger er like naturlig å operere med den tidligere formaliserte tredelingen. Medisinsk teknologi og metode er under utvikling og det vil ikke være mulig å angi over tid hvilke oppgaver som hører hjemme i de tre kategoriene. Blant annet vil kravet til kompetanse, støttefunksjoner og beredskap endres etter som fagene utvikler seg. Bedre kommunikasjon med de muligheter for gode beredskapsopplegg som dette innebærer og utviklingen av telemedisin med de muligheter som dette gir for at sentrale ekspertmiljøer faglig kan understøtte lokale og regionale miljøer, er også aspekt i denne utviklingen. Denne tredelingen av sykehus ble også utfordret i flere runder i Stortinget, da det ved behandling av to stortingsmeldinger på 90-tallet (St.meld. nr. 50 (1994–1995), Innst. S. nr. 165 (1994–1995), St.meld. nr. 24 (1996–1997), Innst. S. nr.237 (1996–1997)) ble påpekt behov for endringer i sykehusstrukturen. Ved Stortingets behandling av akuttmeldingen (St.meld. nr. 43 (1999–2000)), Innst. S. nr. 3000 (2000–2001) i 2001, ble behovet for strukturendringer gjentatt, og akuttvalgets ulike modeller (NOU 1998:9)ble sett som retningsgivende for å utvikle sykehusstrukturen. Den tradisjonelle tredelingen av sykehusene var formelt forlatt, og strukturstyringen som skjedde i siste fase av det fylkeskommunale eierskapet og under den statlige foretaksorganiseringen har ikke hatt noen formell tilknytning til dette.

Dette betyr ikke at problemstillinger knyttet til det som i innarbeidet språkbruk kalles lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner nå er borte. Det er et fortsatt og økende behov for et desentralisert tilbud med grunnleggende sykehustjenester for de vanligste sykdommene, og for de pasientene som trenger nærhet til tjenestene. Data fra NPR viser eksempelvis en dramatisk økning på om lag 50 pst. i øyeblikkelig hjelp-innleggelser av personer over 80 år, i tidsrommet fra 1995 – 2002. Disse pasientene legges i hovedsak inn på de indremedisinske avdelingene. Når denne aldersgruppen er økt med 60 pst. innen 2030, og fortsatt øker deretter, kreves det en betydelig innsats og omlegging av helsetjenestene for å møte behovene i denne gruppen. Sykdomspanoramaet preges ellers av økning innen psykiatri, kreft, rusavhengighet, følgetilstander av livsstilsendringer som overvekt, med tilhørende økning i diabetes, hjerte-karlidelser, belastningslidelser mv. Utfordringer knyttet til behandling og oppfølging av syke eldre og grupper av kronisk lidende var gjennomgående framhevet som et viktig område framover i lokalsykehusmøtene. Basistilbudet i sykehustjenestene må i langt større grad rettes inn mot å håndtere disse utfordringene, og det må skje i tett samarbeid med primærhelsetjenesten. Videre er velfungerende lokalsykehusfunksjoner nødvendig i en helhetlig behandlingskjede, de utgjør grenseflaten mot primærhelsetjenesten, og de er i mange tilfeller en innfallsport mot mer spesialiserte sykehustjenester.

7.5.1 Utgangspunkt for strategi for nasjonal politikk for lokalsykehus

Trygghet for at nødvendige helsetjenester blir gitt

Alle vil være enige om at trygghet for et godt samlet helsetjenestetilbud krever at det objektive er på plass: altså at det er kapasitet, tilgjengelighet, beredskap og gjennomføringsevne som er tilpasset reelle behov. Den subjektive dimensjonen har nesten like stor betydning. Det er et velferdstap for den enkelte og for samfunnet, uavhengig av hvor godt tilbudet måtte være ut fra objektive kriterier, dersom folk ikke har en opplevelse av trygghet for at den offentlige helsetjenesten vil dekke de behov som måtte oppstå.

Kravet til trygghet innebærer både at lokalsykehuset leverer gode tjenester og at også befolkningen har dette bildet av sykehuset sitt. Like viktig er det at begge disse forholdene blir plassert i en helhet. Lokalsykehus vil aldri dekke alle behov for spesialisthelsetjenester som kan oppstå og det er da avgjørende for befolkningens trygghet at

lokalsykehuset er plassert i en god tjenestestruktur. Det er ikke minst viktig at denne helheten i tjenestetilbudet blir formidlet til, forstått og akseptert av befolkningen.

Forsvarlighet og god kvalitet

Målet om likeverdig tilgang til helsetjenester vil ikke bli oppfylt dersom ikke lokalsykehusene er konkurransedyktig på kvalitet i forhold til andre sykehus. Etter hvert som dokumentasjonen på kvalitet bygges ut vil det frie sykehusvalget kunne underminere eksistensgrunnlaget for sykehus som ikke har god nok kvalitet. På en del områder vil dette, blant annet som en følge av utviklingen av medisinsk teknologi og metode, sette grenser for hvilke oppgaver som løses i lokalsykehus. Dette fordi kravet til ekspertise, utstyr og oppfølging kun lar seg realisere ved større eller mer spesialiserte sykehus. På den annen side er det viktig at det ikke er et ensidig fokus på forhold innen helsetjenesten som kan trekke i sentraliserende retning.

Det har en egenverdi å ha et desentralisert tjenestetilbud

Et desentralisert tjenestetilbud gir nærhet til pasientene som skal betjenes. Dette har verdi for pasientene og deres pårørende. Nærhet til sykehus gjør det lettere å etablere god kontakt mellom sykehus og den primærhelsetjeneste som pasientene gjør bruk av. Sykehus i nærheten gjør det lettere å holde kontakt med pårørende med videre. Ikke minst er nærhet til tjenestene viktig for de som trenger tett og langvarig oppfølging i behandlingen og dermed hyppig kontakt med spesialisthelsetjenesten. Medisinsk- og teknologisk utvikling gir forutsetninger for at oppgaver kan løses desentralt. Dette gir lokalsykehusene muligheter til å utnytte sine fortrinn med nærhet til pasienter og primærhelsetjeneste, ved bruk av telemedisinske løsninger, ambulerende ordninger der ekspertise arbeider i lokalsykehusene med videre. Tradisjonell sykehusbehandling kan desentraliseres videre, som respiratorbehandling i hjemmet, innledende infarktbehandling i ambulansen, dialyse- og kjemoterapibehandling i distriktsmedisinske sentra etc. Det bør i lys av faglig og teknologisk utvikling være et kontinuerlig arbeid med å identifisere tjenester som kan desentraliseres, og lokalsykehusene og spesialisthelsetjenesten som helhet må ta et samlet ansvar for å tilby befolkningen disse tjenestene.

Tjenestene må ytes med effektiv ressursbruk

Det vil ikke være akseptabelt dersom lokalsykehusenes tjenester medfører ressursbruk som klart går ut over ressursbruk ved alternative måter å løse de samme behovene på.

7.5.2 Helse- og omsorgsdepartementets strategi for lokalsykehusene

Lokalsykehusene skal spille en sentral rolle i spesialisthelsetjenesten

Departementet legger vekt på at bruk av lokalsykehusene skal være et sentralt element i den samlede nasjonale politikken for spesialisthelsetjenesten. Dagens struktur for lokalsykehus forutsettes i hovedsak opprettholdt. Derimot må det være stor åpenhet for at det regionale helseforetaket, ut fra hva som til en hver tid vurderes som gode løsninger for befolkningen, gjennomfører endringer i det enkelte sykehusets oppgaver. Dersom det er tungtveiende faglige og økonomiske argumenter, kan det i enkeltstående tilfeller være aktuelt med nedleggelse av enkeltstående sykehus. Men det forutsettes at dette må være forankret i grundige faglige analyser, og god, prosess og dialog med berørte lokale og regionale interessenter. Slike saker skal alltid forelegges Helse- og omsorgsdepartementet (jf. helseforetaksloven § 30).

Utvikling av lokalsykehus og dets funksjoner skal inngå i en helhetlig strategi

Både i forhold til tilgjengelighets- og trygghetsmålsettingen kan det ligge spenninger i forhold til de perspektiver som skal legges til grunn for valg av løsninger. Tilbydersiden vil gjerne legge vekt på et helhetlig perspektiv, der poenget må være at det samlede tilbudet dekker de behov og hensyn som må ivaretas. Det viktigste er at tjenestene er tilgjengelige, og det trenger ikke å være et mål i seg selv at tjenestene blir levert fra lokalsykehusene. Dersom tilgjengelig medisinsk ekspertise er begrenset, og det ikke er pasienttilgang som gjør at faglig ekspertise kan bli godt nok utviklet eller opprettholdt, vil det kunne lages gode helhetlige opplegg uten at lokalsykehusene behøver å ha alle oppgavene som historisk har ligget til dem. Gode helhetsløsninger kan lages basert på telemedisin og forbedringer av transporttilbud. Eksempler på dette finnes særlig innen kirurgien, der det er faglige grunner for oppgavefordeling både innen f. eks. elektiv kreftkirurgi og akutt traumebehandling.

De lokale miljøene vil gjerne legge vekt på viktigheten av at tjenestene leveres fra lokalsykehu-

sene, og det framheves at andre løsninger vil gi redusert trygghet. Verdien av gode transport- og beredskapsopplegg underkjennes ikke, men det betones at det uansett vil ligge en verdi i at tjenesten har base i det lokale miljøet.

Departementet legger vekt på at lokalsykehusenes rolle og oppgaver skal konsentreres om tilbudene til de store sykdomsgruppene som trenger nærhet til tjenesten. Eksempler er indremedisinske tjenester, psykiatri, rehabilitering og tjenester for syke eldre. Utover de grunnleggende sykehustjenestene som bør være tilgjengelige desentralisert, og en nødvendig beredskap for øyeblikkelig hjelp, bør tilgang til spesialisthelsetjenester vurderes i et helhetlig perspektiv. Det regionale helseforetakets ressurser bør settes inn på å bygge ut og utvikle de tjenestene som krever nærhet til pasientene, og som i dag har for lav kapasitet og kvalitet, og ikke til å ivareta desentraliserte tjenestetilbud for de pasienter som rammes av sykdom en sjelden gang, og som er i stand til å reise. Det må legges til rette for ivaretakelse av turnustjenesten ved lokalsykehusene, for å sikre rekruttering av leger. Videre må spesialistutdannelsen innrettes slik at den understøtter behovene i lokalsykehusene.

Strategien skal inkludere regionale funksjonsfordelinger og lokalsykehusenes oppgaver

En viktig problemstilling for lokalsykehusene er hvordan deres oppgaver blir påvirket av de funksjonsfordelinger som det regionale helseforetaket legger opp til. Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på at det her bør være mulighet for betydelige lokale tilpasninger og at det ikke bør etableres bindende retningslinjer for hvilke oppgaver et lokalsykehus skal ha. På den annen side ligger det i lokalsykehuskonseptet at lokalsykehuset har sin styrke i at det på en helhetlig måte kan svare på lokalbefolkningens behov for «vanlige» sykehustjenester. Det understrekes derfor at det må forutsettes at lokalsykehusene har en tilstrekkelig bredde i sine tilbud for å kunne ivareta dette. Dette vil særlig gjelde det indremedisinske området. For det kirurgiske tilbudet må det være noe større rom for å finne fram til gode løsninger ut fra regionale og lokale forhold. For fødselsomsorg vises det til de retningslinjer som allerede er behandlet av Stortinget.

En strategi for lokalsykehus innenfor rammen av det regionale helseforetakets strategi

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal gjennom helhetlige strategier klargjøre hva som er planene framover for det enkelte lokalsykehus innenfor det regionale helseforetakets samlede ansvar. Planene skal være basert på lokalsykehusenes konkurransefortrinn med nærhet til pasientene, og nærhet til primærhelsetjenesten. Planene skal videre være basert på gode behovsvurderinger og faglige analyser av hvordan behovene kan dekkes. Det er et krav at prosessene gjennomføres med god og reell medvirkning med brukerne, blant annet gjennom systemet med brukerutvalg. Likeens må lokale og regionale politiske organer trekkes inn i prosessene. Det skal i årlig melding fra de regionale helseforetakene bekreftes at slike planer er laget og gis orientering om prosess og resultat. Eksistensen av slike planer, og den kunnskap som disse gir til befolkningen om det enkelte lokalsykehusets framtidige rolle, kan bli et viktig element for den trygghet som befolkningen opplever i forhold til eget sykehus.

Et samlet opplegg for samarbeid med kommunene

Det er rom for betydelige forbedringer i hvordan lokalsykehusene samarbeider med kommunene og deres helse- og sosialtjeneste innenfor sitt nedslagsfelt. Disse funksjonene må utvikles i samarbeid med kommunen. Den senere tid har det vært fokus på at nye organisatoriske løsninger kan bedre legge til rette for et ønsket samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og flere modeller prøves ut. Asker- og Bærum-modellen representerer et vidtgående velorganisert samarbeid, med et bredt spekter av samhandlingstiltak mellom kommunene og sykehuset. I Florø utvikles et nytt konsept med nærsykehus, i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Andre tiltak som desentraliserte poliklinikker, distriktsmedisinske sentre, sykestuer, intermediærtiltak, mobile team er under utvikling flere steder i landet. At sykehus og de kommunale miljøene systematisk arbeider for å gjøre bruk av slike tiltak, kan innebære en styrking av det faglige fundamentet som er nødvendig for å opprettholde og utvikle gode lokalsykehus.

Samhandlingsutvalget, som utreder forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten, vil avgi sin innstilling ved årsskiftet. Departementet finner det riktig å avvente denne innstillingen og går derfor ikke mer inn på tiltak som kan være aktuelle på dette området.

Lokalsykehusets rolle i en samlet akuttberedskap

Det vises til Stortingets tidligere behandling av disse spørsmålene, og til de rammer og krav som

er satt til beredskap gjennom lover og forskrifter. En helhetsstrategi for utvikling av lokalsykehuset må klargjøre lokalsykehusets oppgaver i det samlede beredskapsopplegget. Dette må baseres på moderne medisinske behandlings- og transportformer, og strategien for lokalsykehusene må også på dette området inngå i en regional sammenheng. For småsykehus med kirurgisk akuttberedskap, kan det være aktuelt å utvikle funksjonelle ordninger med akuttkirurgiske beredskap, f. eks. etter modell av den skotske modellen der man sikrer at kirurger i perifere små sykehus har kompetanse til å håndtere akutte kirurgiske tilstander på tvers av mange kirurgiske spesialiteter.

Lokalsykehusfunksjonen i universitetssykehus og andre store sykehus

Utfordringene for lokalsykehusoppgavene er helt andre i universitetssykehus og andre store sykehus. Disse sykehusene vil besitte ekspertise langt ut over det som er tilgjengelig i et lokalsykehus og også ut over det som det i normaltilfellene vil være behov for. Denne tilgjengeligheten av mange typer ekspertise, som finnes i de store sykehusene, er naturligvis en positiv kvalitet for pasientene og som er påkrevd for å håndtere de sjeldne og spesielle situasjonene. På den annen side ligger det også to typer risiko i et slikt forhold. Den lette tilgjengeligheten kan føre til at enklere tilfeller gjøres til gjenstand for mer ressurskrevende innsats enn det som godt forsvarlig oppfølging av behovene skulle tilsi. I så fall er dette ressurser som helsetjenesten normalt kunne anvendt bedre på andre områder. Det er også en risiko for at den organisatoriske integrasjonen virker hindrende eller ikke legger til rette for å utvikle gode samarbeidsmønstre med primærhelsetjeneste og sosialtjeneste. Departementet vil sette et styringsmessig søkelys på at det i disse sykehusene arbeides med strategier og tiltak med utgangspunkt i deres lokalsykehusoppgaver.

7.6 Andre forhold

PET-nettverk

PET-nettverket i Helse Sør er nå under etablering (jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003)). I nettverket inngår to billeddannede enheter (PET-skannere) ved henholdsvis Rikshospitalet og DNR, en syklotron (produksjon av radioaktive stoffer), samt et radiokjemisk laboratorium. Nettverket er organisatorisk forankret i Helse Sør, men er forutsatt å komme alle de regionale helseforetakene til gode. Ordinær drift forventes igangsatt fra 2006.

Cochlea-implantat

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere det samlede behovet for cochlea-implantater i Norge og kartlegge og vurdere hvordan for- og etterarbeidet med språkopplæring er organisert for disse pasientene.

Behandling og operasjon for både barn og voksne utføres i dag ved Rikshospitalet, som har landsfunksjon for barn. Også Helse Bergen behandler voksne. Det er kapasitetsutfordringer knyttet til antall inngrep og til opplæring etter implantasjonen. Departementet har derfor bedt Helse Vest og Helse Sør om sammen å legge til rette for økt behandlingskapasitet, for å sikre at alle barn som trenger cochlea-implantat får det innenfor Rikshospitalets landsfunksjon.

Behandlingshjelpemidler

Det samlede ansvaret for behandlingshjelpemidler og tilhørende forbruksmateriell ble overført til de regionale helseforetakene fra 2003. Dette innebærer at de enkelte pasienters behov for medisinske behandlingshjelpemidler må vurderes ut i fra medisinske vurderinger og behovet for behandling. I denne sammenheng har de regionale helseforetakene signalisert behovet for assistanse til å vurdere status for ny teknologi, herunder nye behandlingshjelpemidler som bør inkluderes i ordningen. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å bistå omkring kunnskaps- og metodeavklaring på dette området.

Nic Waals Institutt

Nic Waals Institutt (NWI) har som en privat stiftelse hatt betydelige økonomiske utfordringer gjennom en lengre periode. Departementet har de senere år gitt omstillingsmidler til instituttet for å sikre en forsvarlig tilpasning av virksomhetens drift. I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004) ba sosialkomiteen departementet, i styringsdialogen med Helse Sør og Helse Øst, sikre at instituttet fortsatt kan spille en viktig rolle i barne- og ungdomspsykiatrien. Helse Øst har i samarbeid med NWI og Lovisenberg sykehus framforhandlet en løsning som innebærer at NWI fra og med 1. juli 2004 blir en del av Lovisenberg Diakonale Sykehus AS.

Sammenslåingen medfører en mer stabil og robust organisasjon for videreføring av NWIs virksomhet innen poliklinisk behandling, forskning, fagutvikling og utvikling av utdanningstilbudet. Den vil også gi faglige synergieffekter og stordriftsfordeler innenfor et større fellesskap. Dette vil gi muligheten for en bedre koordinering mel-

lom sykehusets spesialisthelsetjenester og de ulike tjenestene i bydelene. NWI vil som en avdeling under Lovisenberg beholde navnet på instituttet og dagens lokaler. Lovisenberg viderefører alle samarbeidsavtaler og forpliktelser NWI har hatt.

7.7 Satsningsområder i 2005

Fortsatt fokus på prioritering

Regjeringen varslet i fjor at de regionale helseforetakene tydeligere skal vektlegge at faglige prioriteringer er i tråd med mål, rammer og retningslinjer trukket opp av nasjonale politiske myndigheter. En implementering av prioriteringsforskriften er et viktig virkemiddel i dette arbeidet. Videre vil departementet ha oppmerksomhet på endringene i pasientrettighetsloven, slik at disse ikke fører til utilsiktede og uønskede prioriteringsendringer.

Sikring av tilbudet innen psykisk helsevern

Det vil i 2005 være særlig oppmerksomhet på de omstillingsutfordringene spesialisthelsetjenesten står overfor innenfor dette fagområdet. Dette innebærer fortsatt nasjonal prioritet til styrking av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

De regionale helseforetakene må i 2005 vektlegge utviklingen av en DPS-struktur som ivaretar de kvaliteter som er nødvendig for å følge opp de enkelte brukergruppene i samarbeid med kommunene. Sykehusene i regionene skal spesialiseres og kunne understøtte DPS-ene. Problemene med akuttfunksjonene skal følges spesielt opp. Departementet vil videre be de regionale helseforetakene gjennomgå hvordan den samlede behandlingskapasitet utnyttes i forhold til døgntilbud og andre arbeidsformer. Betydningen av ambulante team vil bli vektlagt, inklusive utprøving av ambulante team med akuttfunksjoner (jf. omtale under kapittel 743). De faglige endringene i tjenestestrukturen skal skje på en koordinert måte i forhold til nedbygging av døgntilbud og oppbygging av nye tiltak. I den sammenheng er det viktig at tjenestene utvikler gode kvalitets- og internkontrollsystemer som er velegnet til å fange opp avvik i forbindelse med utskriving av pasienter.

Gjennomføring av rusreformen

Rusreformen medførte at de regionale helseforetakene fikk «sørge for»-ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere. Reformen omfatter i alt 74 institusjoner, hvorav 42 er i privat eie og drift.

Gjennom denne reformen er behandling av personer med rusmiddelproblemer blitt en del av spesialisthelsetjenesten. Forholdene er lagt til rette for at rusmiddelmisbrukere, i tillegg til behandling for sine rusmiddelproblemer, også lettere kan få hjelp til behandling for eventuelle psykiske og/eller somatiske lidelser. Dette gir grunnlag for en bedre integrert og helhetlig tjeneste. I inneværende år har det i særlig grad blitt arbeidet med å organisere tiltaksapparatet og henvisningsrutinene slik at det skal bli til beste for den enkelte rusmiddelmisbruker som har behov for behandling. De regionale helseforetakene står overfor store faglige, kapasitetsmessige og økonomiske utfordringer. Departementet anser det derfor som svært viktig å opprettholde et klart fokus også i 2005 på gjennomføringen av reformen og på dette feltet av spesialisthelsetjenesten.

Viktigheten av forskning som en forutsetning for en god og framtidsrettet tjeneste

Medisinsk og helsefaglig forskning understøtter de valg faglige, administrative og politiske myndigheter skal foreta. Dette gjelder valg av ulike behandlingstilbud, i forhold til prioritering av pasientgrupper og organisering av tjenestetilbudet. God forskning understøtter også arbeidet med å utvikle en norsk spesialisthelsetjeneste basert på faglige velbegrunnede vurderinger, hvor god kvalitet og likhet i tjenestetilbud står sentralt. Forskningsbasert utdanning av helsepersonell er svært viktig for å sikre god kvalitet i helsetjenesten.

Det er departementets klare mål å styrke forskning i helseforetakene. Evalueringen av norsk medisinsk forskning i regi av Norges Forskningsråd viser betydelig rom for forbedringer innen norsk medisinsk forskning. Departementet anser det derfor som viktig å videreføre et fortsatt fokus på forskning både mellom og innad i de regionale helseforetakene også de kommende år. Departementet vurderer at de regionale helseforetakene har en stor bevissthet om forskning og dens betydning som forutsetning for utviklingen av en god, velfungerende og dynamisk spesialisthelsetjeneste. Departementet vil vektlegge det strategiske arbeidet som de regionale helseforetakene har etablert seg i mellom på forskning.

Utvikling av de regionale helseforetakenes kjerneroller

Den integrerte modellen som er valgt for helseforetakene – hvor regionale helseforetak både skal ivareta et «sørge for»-ansvar for spesialisthelsetjenester til regionens befolkning og samtidig lede

sin respektive helseforetaksgruppe – reiser noen særskilte utfordringer. Både i departementets eierstyring ovenfor de regionale helseforetakene, og i det enkelte regionale helseforetak, er det årvåkenhet i forhold til potensielle problemstillinger som følger av denne todelingen. Modellen fordrer at de regionale helseforetakene makter å håndtere og balansere sine ulike roller på en ryddig og god måte. Ikke minst gjør dette seg gjeldende i forhold til ulike private virksomheter, som i tillegg til egne eide helseforetak er forutsatt å spille en sentral rolle i den samlede helsetjeneste. Denne utfordringen er også beskrevet i tidligere budsjettproposisjoner.

Som framgår både gjennom de årlige statsbudsjetter og i Helse- og omsorgsdepartementets styringsdokument til de regionale helseforetakene, har et prioritert område i reformens virketid vært at det skal skje utviklings- og forbedringsarbeid knyttet til håndteringen av kombinasjonen av «sørge for»-ansvaret og leder for den regionale helseforetaksgruppen. Siktemålet er forbedret organisatorisk understøttelse av de to kjernerollene, uten at dette går på bekostning av den enkelte rolle som skal ivaretas. I tillegg har et tema vært bruken av og relasjonen til private tilbydere. Herunder har det vært vektlagt å tilstrebe tilstrekkelig langsiktighet og forutsigbarhet i rammebetingelser for avtalepartnere, eksempelvis gjennom kombinasjon av rammeavtale og årlig tjenesteytingsavtale.

Departementet vil overfor de regionale helseforetakene legge til grunn at man framstår med en tydeligere organisatorisk og systemmessig markering mellom de to hovedoppgavene, som henholdsvis ivaretaker av «sørge for»-ansvaret og konsernlederfunksjoner, i forhold til egne eide helseforetak.

«Sørge for»-ansvaret som er tillagt de regionale helseforetakene er lite forenlig med en bestiller/utfører-modell, som blant annet fordrer utstrakt konkurranse. Situasjonen er like fullt den at de regionale helseforetakenes ivaretakelse av sine ulike roller, kan ha stor betydning for private virksomheter så vel som spille inn på foretakenes tillit og legitimitet i samfunnet. Ved en tydeligere organisatorisk og systemmessig markering i de regionale helseforetakene vil man både kunne bedre tilrettelegge for å ivareta det helhetlige ansvaret som er tillagt de regionale helseforetakene og framstå med større ryddighet ift. omverdenen. En slik organisatorisk «rydding» representerer ikke et radikalt brudd med dagens praksis, men innebærer blant annet at man i økt grad må:

– *klargjøre innholdet i «sørge for»-ansvaret*

Dette innebærer at det gjennomføres systematiske prosesser for å identifisere behov for helsetjenester i regionen samt hvordan dette forholder seg til pasientrettigheter og øvrige overordnede rammer for prioriteringer. I planarbeidet må det legges større vekt på dokumentasjon og resultater i forhold til klargjøring av innholdet i «sørge for»-ansvaret.

– *utvikle og følge opp overordnet strategi for forholdet mellom bruken av egne eide helseforetak og bruken av private aktører*

Gjennom dette tiltaket kan det bli større bevissthet rundt å gjøre bruk av tilbydere som best bidrar til å realisere helsepolitiske mål. Eksempelvis kan det være aktuelt å bruke benchmarking og liknende teknikker for å vurdere og sammenholde tjenester som leveres av henholdsvis egne eide helseforetak og private tilbydere.

– *sørge for profesjonell gjennomføring både ovenfor egne eide helseforetak og private virksomheter*

Basert på strategien for arbeidsdeling mellom egne helseforetak og private aktører må det gjennomføres god styring av egne helseforetak og gjøres god bruk av konkurranseteknikker inn mot private tilbydere.

Tiltakene som er beskrevet ovenfor innebærer en bedre praktisering av modellen også for private aktører, herunder frivillige og ideelle organisasjoner, og den rollen de spiller i den samlede spesialisthelsetjenesten.

Foretakenes oppfølging av juridisk rammeverk

Myndighetsstyring er en viktig del av styringen av helseforetakene; det vil si at det gjennom lover og forskrifter stilles krav til eller settes rammer for foretakenes aktiviteter. Dels vil dette være krav og rammer som er særskilt knyttet til spesialisthelsetjenesten, slik som for eksempel kravet til individuell plan og kravet om pasientansvarlig lege. Dels vil det være krav og rammer som ikke er spesifikt knyttet til spesialisthelsetjenesten, slik som regelverket for innkjøp. Slike krav vil gjelde for foretakene uten at det er nødvendig med supplerende styringstiltak fra Helse- og omsorgsdepartementets side. På den annen side vil det ligge i departementets eierrolle å følge opp at foretakene utvikler den nødvendige organisatoriske kvalitet også i forhold til myndighetskrav. Med bakgrunn i at det på flere områder – blant annet dokumentert gjennom rapporter fra Riksrevisjon og tilsynsmyndigheter – er påvist mangelfull oppfølging av gjeldende lovverk, er det nå en prioritert oppgave for departementet å sikre at foretakene oppfyller relevante

lovkrav. Det pågår i 2004 oppfølginger overfor hvert av de regionale helseforetakene for å sikre at det er etablert tilstrekkelig gode oppfølgingssystemer. Departementets oppfølging tar utgangspunkt i foretakenes bruk av systemer for internkontroll og den kontroll som dette skal gi til overordnede ansvarsnivåer. Særlig viktig er det at de regionale helseforetakene, med utgangspunkt i deres samlede «sørge for»-ansvar, har etablert ordninger som gir den nødvendige kontroll med situasjonen på helseforetaksnivå.

Helseforetaksloven gir rammer for de kontrolltiltak som forutsettes gjennomført fra eierdepartementets side. Oppfølgings- og rapporteringsrutiner som etableres og revisjoner som gjennomføres i regi av foretakenes valgte revisorer, står i så henseende sentralt. Helse- og omsorgsdepartementet vil skjerpe oppfølgingen av internkontrollkonseptet, ved at tilbakemeldinger skal være basert på systematisk bruk av internkontroll, og at sammenstilt informasjon fra internkontrollen skal samles på styrenivåene. Dette skal gi grunnlag for tilbakemeldinger til departementet. Det vil være et fortløpende tema om det også bør iverksettes supplerende kontrolltiltak inn mot særskilte områder der det fra departementets side anses særlig viktig å ha sikkerhet for at aktivitet skjer i samsvar med lovpålagte og øvrige forutsatte rammer. Med bakgrunn i at det på flere områder er registrert at pålagte krav ikke er fulgt opp, vil departementet i den kommende perioden med utgangspunkt i sitt eieransvar og sin eierrolle, vurdere hvilke slike tiltak som skal gjennomføres.

Strategiske områder understøtter hovedprioriteringene i helsetjenesten

Som vist ovenfor arbeider de regionale helseforetakene sammen på en rekke områder. Disse områdene er valgt ut fra en vurdering av at de representerer områder hvor det er viktig å legge noen nasjonale grep til grunn for det arbeidet som skal gjøres. Samlet sett understøtter arbeidet på disse områdene de hovedprioriteringene som skal gjøres i helsetjenesten. Departementets oppfatning er at de strategiske områdene og resultatene arbeidet innenfor disse frambringer, gjør den norske spesialisthelsetjenesten kvalitativt sett bedre. Det anses derfor som meget viktig å fortsette dette samarbeidet.

Tillit og legitimitet

De regionale helseforetakene og deres eide helseforetak er underlagt nasjonal politisk styring. Deres fullmakter går fram av helseforetaksloven og styringsdokumentene fra staten som eier. Imidlertid er helseforetakene avhengige av å ha et gjennomgående godt tillitsforhold til befolkning og aktører både lokalt, regionalt og nasjonalt. Dette er viktig ut fra flere hensyn.

For det første forvalter spesialisthelsetjenesten store andeler av offentlig sektors budsjetter. Det er derfor i seg selv viktig at befolkningen som bidragsytere til våre felles tjenestetilbud opplever tilbudet som godt, moderne og målrettet i forhold til å tilby faglig gode tjenester og tilpasset de behov som man måtte ha. I dette ligger det at man skal ha et øye for at sektorens midler skal brukes rasjonelt og målrettet på en utøvende helsetjeneste, og at det ikke skal bygges opp administrative mellomledd uten at det er påviselige behov for det.

For det andre har mange av reformene i helsetjenesten de senere år flyttet makt fra institusjonene til den enkelte. Dette betyr at en tjeneste eller institusjon som er uten legitimitet hos brukerne, vil bli valgt bort. Befolkningen står fritt til å velge, blant annet gjennom det frie sykehusvalget.

For det tredje er det en målsetning å utvikle gode tjenester preget av så vel desentralisering som sentralisering. I begge tilfeller kreves det god samhandling mellom helsetjenestens ulike nivåer. Derfor må de ulike aktørene, både faglige og politiske, finne måter å arbeide på som gir legitimitet og tillit til hverandre.

Departementet vil, sammen med de regionale helseforetakene og relevante berørte miljøer, fortsette arbeidet for å styrke foretakenes legitimitet og tillit i samfunnet. Videre ser departementet det som særs viktig i dette arbeidet, at helseforetakene arbeider innenfor det juridiske og faglige rammeverket som gjelder. Dette gjelder blant annet i forhold til gjeldende lover, Helsetilsynets revisjon og tilsyn med virksomheten og i forhold til faglig etablerte kvalitetsindikatorer.

8 Fornying og organisasjons- og strukturendring i statsforvaltningen

8.1 Regelforenkling

Helse- og omsorgsdepartementet foretar kontinuerlig utvikling, forenkling og samordning av regelverket på sitt område som ledd i fornyelses- og moderniseringsarbeidet. Formålet er å få et harmonisert regelverk som skal være så brukervennlig som mulig. Av konkrete tiltak nevnes:

Lovutvalget som Helsedepartementet nedsatte i samarbeid med Sosialdepartementet for å vurdere og foreslå en bedre harmonisering av lovgivningen innenfor den kommunale helse- og sosialomsorgen, vil legge frem sin innstilling i løpet av høsten. Arbeidet med å følge opp innstillingene forventes å gi muligheter for bedre og mer hensiktsmessige løsninger i kommunene.

Regelverket for medisinsk forskning er fragmentert og til dels basert på ulovfestede forskningsetiske prinsipper. Det er nedsatt et utvalg som skal gjennomgå reguleringen av medisinsk forskning på mennesker og humanbiologisk materiale. Utvalget skal bl.a. vurdere hvilke grep som kan gjøres for å sikre en hensiktsmessig og klar regulering av medisinsk forskning.

Som et ledd i moderniseringen av regelverket på legemiddelfeltet blir forskriftene gjennomgått med sikte på å gjøre dem mer tilgjengelige og brukervennlige.

Fra 1. januar 2004 ble 13 lover på matområdet samlet i en ny lov – matloven. I 2005 vil arbeidet med modernisering og forenkling av regelverket på dette området forsette.

Helselovgivningens rundskriv blir gjennomgått med sikte på en forenkling av, og eventuell sammenslåing av, rundskriv der det er mulig.

Det vil bli foreslått en endring av folketrygdloven § 5-5 som medfører at departementet må godkjenne at trygden skal dekke utgifter til prøver, undersøkelser m.m. utført ved private laboratorier og røntgeninstitutter godkjent etter 1. juni 1987. Trygdedekning utløses i stedet ved avtaler mellom virksomhetene og regionale helseforetak.

Departementet vurderer å oppheve det forskriftsfestede kravet om etableringsgodkjenning av røntgen- og laboratorievirksomheter og i stedet forskriftsfeste kvalitetskrav.

8.2 Organisasjons- og strukturendringer

8.2.1 Endringer i departementsstrukturen

Helse- og omsorgsdepartement er opprettet fra 1. oktober 2004. Departementet har fått overført ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere og pleie- og omsorgstjenester fra det tidligere Sosialdepartementet.

Enheter som inngår i Helse- og omsorgsdepartementet er:

- Tidligere Helsedepartementet
- Seksjon for kommunalpolitikk, Seksjon for tjenester og deler av Seksjon for fellessaker i Sosialpolitisk avdeling i det tidligere Sosialdepartementet

Ansvaret for sosialsektoren og bestemmelsene i sosialtjenesteloven er blitt delt. Ansvar for tjenesteapparatet ligger hos Helse- og omsorgsdepartementet, mens ansvar for økonomisk sosialhjelp ligger hos Arbeids- og sosialdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet har med dette ansvar bl.a. for følgende:

- Alle oppgaver under det tidligere Helsedepartementet.
- Tilbudet til eldre, pleietrengende, funksjonshemmede og rusmisbrukere
- Oppfølging av Handlingsplan for eldreomsorgen
- Betalings- og finansieringssystemer i pleie- og omsorgssektoren
- Finansieringsordningen for ressurskrevende brukere
- Vertskommunetilskuddet
- Oppfølging av St.meld. nr. 45 (2002–2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene
- Tjenester etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven
- Samordning av kommunale sosial- og helsetjenester

8.2.2 Oppnevning av Dispensasjons- og klagenemnd for behandling i utlandet

Den nye Dispensasjons- og klagenemnda for behandling i utlandet er oppnevnt for perioden 1. september 2004 til 1. september 2006. Nemnda erstatter den tidligere Klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet, og er klageinstans i saker hvor pasienter søker om nødvendig helsehjelp i utlandet under henvisning til at det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i Norge. Nemnda skal også behandle søknader om å få utført genetisk undersøkelse av befruktede egg i utlandet ved alvorlig, arvelig sykdom uten behandlingsmuligheter.

8.2.3 Kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger

Det er satt i gang arbeid for å knytte kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger til regionale helseforetak.

Følgende tre kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger ble overført fra Sosial- og helsedirektoratet til regionale helseforetak 1. januar 2004:

- Trenings- og rådgivningssenteret (TRS), kf. kap. 732 post 78
- Tannhelsekompetansesenteret (TAKO), kf. kap. 732 post 78
- Institutt for sjeldne diagnoser (ISD), kf. kap. 732 post 78

Følgende kompetansesentre overføres til regionale helseforetak 1. januar 2005:

- Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS), kf. kap. 732 post 78
- Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK), kf. kap. 732 post 78
- Frambu, inkludert barnehage og skole (Frambu/FBS) , kf. kap. 732 post 70

Følgende kompetansesentre har i dag tilknytning til foretakene, og vil bli knyttet til regionale helseforetak fullt ut fra 1. januar 2005:

- Norsk senter for cystisk fibrose (NSCF)
- Nevromuskulært kompetansesenter (NMK)
- Nasjonalt kompetansesenter for porfyrisykdommer (NAPOS)
- Tuberøs sklerose kompetansesenter (TSKS)

Det arbeides videre med tilknytningsform for følgende kompetansesentre:

- Nasjonalt kompetansenettverk for autisme, kf. kap 761 post 75
- Statlig kompetansesystem for døvblinde, kf. kap. 761 post 75

9 Miljøvern og miljøledelse

9.1 Sektorovergripende miljøvernpolitikk

Et sunt og helsefremmende miljø er en forutsetning for god helse. En viktig oppgave for helsemyndighetene er å forstå og analysere vekselvirkninger mellom menneskelige aktiviteter og det fysiske og biologiske miljøet. Ofte vil tiltak høre inn under andre sektorer.

Regjeringens handlingsplan for miljø og helse omhandler uteluft, inneklima, støy, drikkevann, fremmedstoffer i mat, helsefarlige kjemikalier, ulykker, stråling, friluftsliv, kultur og miljø, samt hovedretningslinjer og prinsipper for arbeidet. Det ble i mars 2004 publisert en sluttrapport som også omhandler sentrale utfordringer innen det sektorovergripende miljø- og helsearbeidet i årene framover.

Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, samt Statens helsetilsyn, helsetilsynene i fylkene og fylkesmennene gir sentrale og lokale helsemyndigheter råd om, samt utreder og deltar i overvåkning av miljøforurensning. Både forskrift om miljørettet helsevern og kommunehelsetjenesteloven holder fram kommunenes ansvar for oversikt rådgivning og medvirkning som ledd i arbeidet med å fremme folkehelse og bidra til gode miljømessige forhold. Kommunene skal også sikre befolkningen mot faktorer i miljøet, bl.a. biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale, som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Statens strålevern arbeider med overvåkning av radioaktiv forurensing i det ytre miljø. Denne overvåkningen inngår i regjeringens vurdering av miljøtilstanden, og gir innspill til regjeringens miljøvernpolitikk. Det er den siste tiden framkommet et større fokus på utslipp av radioaktive stoffer i produsert vann. Forskrift om strålevern og bruk av stråling inneholder bl.a. bestemmelser om utslipp av radioaktive stoffer til miljø og godkjenning av virksomheter, som behandler, lagrer og forvalter radioaktivt avfall. Loven skal ivareta helse, men også bidra til vern av det ytre miljø. Statens strålevern overvåker også UV-strålingen en rekke steder i landet i samarbeid med NILU, for bl.a. å skaffe fram langtidsserier som sier noe om strålebelastningen i miljøet.

Det er også utfordringer knyttet til astma, allergi og inneklimasykdommer. I 2004 vil Sosial- og helsedirektoratet utarbeide forslag til ny strategi for oppfølging av den avsluttende handlingsplanen om astma-, allergi og inneklimasykdommer i samarbeid med berørte sektormyndigheter. Sosial- og helsedirektoratet vil også utarbeide en ny handlingsplan for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid.

Støy virker negativt på helse og trivsel både i form av mulig helseskade, søvnproblemer og stressrelaterte helseplager. Støyproblemet skal forebygges og reduseres slik at hensynet til menneskenes helse og trivsel ivaretas. Det er fortsatt behov for samordning av forskning og utredninger om effekter av støy, og at helsemyndighetene bidrar med helsefaglige innspill i støyarbeidet. Støy forebygges først og fremst gjennom planlegging, og lokale helsemyndigheter skal sørge for at helsehensyn her ivaretas. Nye planretningslinjer fra miljøvernmyndighetene vil bidra til å sikre dette.

Den fjerde ministerkonferansen for miljø og helse ble avholdt i Budapest juni 2004. Tema var bl.a sunne miljøer for barn. Regjeringen vil vurdere nærmere om det også i Norge bør utvikles en egen handlingsplan for barns helse og miljø.

I 2004 skal det utarbeides forskrift om smittefarlig avfall for helsetjeneste og dyrehelsetjeneste i samarbeid med Miljøverndepartementet. Forskriften skal fastsettes av Landbruksdepartementet, Miljøverndepartementet og Helsedepartementet.

Regjeringen fremmet 14. mai 2004 Ot.prp. nr. 72 (2003–2004) om endringer i kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven. Lovendringen trådte i kraft 25. juni 2004. Lovendringen vil åpne for delegering av myndighet til interkommunale enheter. Dette er gjort for å øke kommunenes mulighet til å organisere arbeidet innen miljørettet helsevern og smittevern og styrke kompetansen på området.

Under kap. 551.60 Tilskudd til fylkeskommunene for regional utvikling kan det fortsatt gis støtte til kvalitetsforbedrende tiltak innen vannforsyning. Støtteordningen forvaltes i sin helhet av fylkeskommunene. I St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge er et av tiltakene økt

tilsyn med vannverkene. Arbeidet med gjennomføringen av EUs rammedirektiv for vann ledes av en tverrdepartemental arbeidsgruppe.

Helse- og omsorgsdepartementet leder embetsgruppen for koordinering av atomulykkeberedskap. Departementet deltar også som observatør i møter i Kriseutvalget ved atomulykker.

Helse- og omsorgsdepartementet er gjennom helseforetakene med i et prosjekt initiert av Arbeids- og administrasjonsdepartementet, forankret hos Riksantikvaren, som gjennomfører en kartlegging av alle eiendommer knyttet til spesialisthelsetjenesten med hensyn til kulturhistorisk interesse. Dette arbeidet er også forankret i den sektorvise miljøhandlingsplanen til Helse- og omsorgsdepartementet. I forbindelse med prosjektet vil departementet ta stilling til hvorvidt det skal utarbeides en sektorvis landvernplan.

Universitetssykehuset Nord-Norge utarbeider nasjonal statistikk for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM). Dette er en oppfølging av Regjeringens Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens 2000–2004. I forskrift for NORM er Nasjonalt folkehelseinstitutt foreslått som databehandlingsansvarlig, mens Universitetssykehuset i Nord-Norge HF er databehandler.

I St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge er det lagt vekt på en mer aktiv bruk av samfunnsplanlegging som virkemiddel i folkehelsearbeidet. Siden de faktorene som påvirker helsen i befolkningen befinner seg i flere samfunnssektorer, forutsetter det en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming. Dette er utgangspunktet for at det i stortingsmeldingen varsles tiltak som skal bidra til å sikre folkehelsearbeidet en sterkere forankring i sentrale plan- og beslutningsprosesser, og gjøre kommune- og fylkesplanene til en arena for prioriteringer og dialog om forhold som har betydning for helsen.

Den samlede budsjettmessige miljøvernpolitiske satsing

(i mill. kroner)

Institusjon	2004	2005
Statens strålevern	34,4	34,4
Nasjonalt folkehelseinstitutt	49,0	44,1
Sosial- og helsedirektoratet	24,5	24,5
Sum	107,9	103,0

9.2 Grønn stat – innføring av miljøledelse i statlige virksomheter

Regjeringen har satt som mål at alle statlige etater og virksomheter skal ha innført miljøledelse som integrert del av organisasjonenes styringssystemer innen 2005. Dette følges opp gjennom prosjekt Grønn stat.

Departementet har i tildelingsbrevene for 2003 gitt de underliggende etatene i oppdrag å innføre miljøledelse. Foreløpig er det bare Nasjonalt folkehelseinstitutt som har startet opp arbeidet. Det vil i tildelingsbrevene for 2005 bli krevet at det avgis rapport om innføringen av miljøledelse både i etatstyringsmøtene og som særskilt omtale i årsrapportene.

Regionale helseforetak fikk oppdraget i styringsdokumentet for 2004, og dette følges opp i styringsdialogen mellom departementet og de regionale helseforetakene. Det arbeides for å få etablert miljøledelse og få den integrert i styringssystemet innen 2005.

Helse- og omsorgsdepartementet har årlig møte med Statsbygg om driften av departementets eget kontorbygg og deltar i energisparing og andre miljøtiltak som settes i verk sentralt. Departementet har anskaffet eget videokonferanseutstyr som tiltak for å redusere rutinepregede reiser. Departementet har avtale om utrangering av IT-utstyr, og det er inngått avtale med leverandører av IT-utstyr om retur av emballasje. Helsedepartementet benytter de sentrale returordningene.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I St.prp. nr. 1 om statsbudsjettet for år 2005 føres opp de summene som er nevnt i et framlagt forslag:

1. I St.prp. nr. 1 om statsbudsjettet for år 2005 føres opp de summene som er nevnt i et framlagt forslag:

a.	Sum utgifter under kap 700–761 og 2711–2790	kr	96 886 363 000
b.	Sum inntekter under kap 3700–3751, 5577 og 5578	kr	681 819 000

Forslag til vedtak om bevilgning for budsjetterminen 2005, kapitlene 700-761 og 2711-2790, 3700-3751, 5577, 5578

I
Utgifter:

Kap.	Post		Kr	Kr
		Helse- og omsorgsdepartementet m.m.		
0700		Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)		
	01	Driftsutgifter	124 751 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	4 153 000	128 904 000
0701		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	132 576 000	132 576 000
0702		Helse- og sosialberedskap		
	01	Driftsutgifter	14 974 000	14 974 000
0703		Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)		
	21	Spesielle driftsutgifter	17 012 000	17 012 000
		Sum Helse- og omsorgsdepartementet m.m.		293 466 000
		Folkehelse		
0710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)		
	01	Driftsutgifter	372 051 000	
	21	Formidlingsvirksomhet	135 852 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	15 088 000	522 991 000
0712		Bioteknologinemnda		
	01	Driftsutgifter	6 647 000	6 647 000
0715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)		
	01	Driftsutgifter	58 859 000	
	21	Oppdragsutgifter	34 438 000	93 297 000
0719		Helsefremmende og forebyggende arbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren mv., *kan overføres*	16 389 000	

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
	70	Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer - smittevern, *kan overføres*		22 826 000	
	71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv., *kan overføres*		22 363 000	
	72	Stiftelsen Amathea		15 026 000	
	73	Handlingsplan for fysisk aktivitet		12 340 000	88 944 000
		Sum Folkehelse			711 879 000
		Helsetjeneste			
0720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)			
	01	Driftsutgifter		406 055 000	
	21	Spesielle driftsutgifter		56 393 000	462 448 000
0721		Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)			
	01	Driftsutgifter		63 360 000	63 360 000
0722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)			
	01	Driftsutgifter		60 127 000	
	50	Tilskudd til NPE som statlig fond		394 023 000	
	70	Dekning av advokatutgifter		12 408 000	466 558 000
0723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)			
	01	Driftsutgifter		17 916 000	17 916 000
0724		Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak			
	01	Driftsutgifter, Statens helsepersonellnemnd og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		23 831 000	
	21	Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten		48 697 000	
	60	Tilskudd til rekrutteringsplanen		60 819 000	
	61	Tilskudd til turnustjeneste		132 028 000	
	71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.		13 247 000	278 622 000
0725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap 3725)			
	01	Driftsutgifter		35 086 000	35 086 000
0726		Habilitering og rehabilitering			
	21	Spesielle driftsutgifter		33 951 000	

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
	61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddel-misbrukere, *kan overføres*		54 912 000	88 863 000
0727		Tannhelsetjenesten			
	21	Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten		17 038 000	17 038 000
0728		Forsøk og utvikling mv.			
	21	Spesielle driftsutgifter		116 837 000	116 837 000
0729		Annen helsetjeneste			
	60	Helsetjeneste for innsatte i fengsel - tilskudd til kommuner		79 299 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet		83 660 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m.		5 218 000	168 177 000
		Sum Helsetjeneste			1 714 905 000
		Regionale helseforetak			
0732		Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)			
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, *kan overføres*		17 709 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, *kan overføres, kan nyttes under post 71, 72, 73, 74, 75*		2 494 851 000	
	71	Tilskudd til Helse Øst RHF, *kan overføres*		15 853 516 000	
	72	Tilskudd til Helse Sør RHF, *kan overføres*		8 922 960 000	
	73	Tilskudd til Helse Vest RHF, *kan overføres*		7 883 761 000	
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, *kan overføres*		5 800 265 000	
	75	Tilskudd til Helse Nord RHF, *kan overføres*		5 227 108 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, *overslagsbevilgning*		13 140 373 000	
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., *overslagsbevilgning*		3 199 134 000	
	78	Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre, *kan overføres*		1 050 888 000	
	80	Pasienttransport		423 000 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, *kan overføres*		444 000 000	
	90	Lån til investeringsformål i helseforetak		3 000 000 000	
	91	Opptrekksrenter, *overslagsbevilgning*		115 000 000	67 572 565 000
0737		Kreftregisteret			

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
	70	Tilskudd		71 206 000	71 206 000
		Sum Regionale helseforetak			67 643 771 000
		Psykisk helse			
0742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter			
	01	Driftsutgifter		24 312 000	
	70	Tilskudd		2 262 000	26 574 000
0743		Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse			
	21	Spesielle driftsutgifter		28 107 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, *kan overføres*		2 050 783 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, *kan overføres*		319 973 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium		84 660 000	
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, *kan overføres*		98 584 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, *kan overføres*		1 189 972 000	3 772 079 000
0744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede			
	70	Fagenhet for tvungen omsorg		41 598 000	41 598 000
		Sum Psykisk helse			3 840 251 000
		Legemidler			
0750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)			
	01	Driftsutgifter		121 807 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*		3 614 000	125 421 000
0751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)			
	21	Spesielle driftsutgifter		67 442 000	
	70	Tilskudd		66 093 000	133 535 000
		Sum Legemidler			258 956 000

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
		Omsorgstjenester			
0760		Utredningsvirksomhet m.m.			
	21	Spesielle driftsutgifter		8 454 000	8 454 000
0761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet			
	21	Spesielle driftsutgifter		74 757 000	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester, *kan overføres*		64 841 000	
	61	Tilskudd til vertskommuner		481 456 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, *kan overføres*		144 453 000	
	64	Ressurskrevende brukere, *overslagsbevilgning*		1 584 400 000	
	66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse		50 541 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., *kan overføres*		46 530 000	
	71	Tilskudd til frivillig arbeid		13 080 000	
	72	Tilskudd til Landsbystiftelsen		58 938 000	
	73	Tilskudd til døvblinde og døve		10 133 000	
	75	Kompetansesentra m.m.		61 832 000	
	76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov		6 411 000	2 597 372 000
		Sum Omsorgstjenester			2 605 826 000
		Stønad ved helsetjenester			
2711		Spesialisthelsetjenester mv.			
	70	Refusjon spesialisthjelp		1 046 000 000	
	71	Refusjon psykologhjelp		186 000 000	
	72	Refusjon tannlegehjelp		700 000 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt		523 000 000	
	78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.		409 309 000	2 864 309 000
2751		Legemidler mv.			
	70	Legemidler		8 785 000 000	
	72	Sykepleieartikler		1 076 000 000	9 861 000 000
2752		Refusjon av egenbetaling			
	70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1		2 746 000 000	
	71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2		45 000 000	2 791 000 000

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
2755		Helsetjeneste i kommunene mv.			
	62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*		160 000 000	
	70	Refusjon almennlegehjelp		2 409 000 000	
	71	Refusjon fysioterapi, *kan nyttes under post 62*		1 147 000 000	
	72	Refusjon jordmorhjelp		18 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling		26 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling		55 000 000	3 815 000 000
2790		Andre helsetiltak			
	70	Bidrag, lokalt		486 000 000	486 000 000
		Sum Stønad ved helsetjenester			19 817 309 000
		Sum departementets utgifter			96 886 363 000

Inntekter:

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
		Diverse inntekter			
3710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)			
	02	Salgs- og leieinntekter		78 882 000	
	03	Diverse inntekter		890 000	79 772 000
3715		Statens strålevern (jf. kap. 715)			
	02	Salgs- og leieinntekter		1 558 000	
	05	Oppdragsinntekter		34 392 000	35 950 000
3720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap 720)			
	02	Salgs- og leieinntekter		2 000 000	
	04	Gebyrinntekter		6 521 000	8 521 000
3722		Norsk Pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)			
	50	Overføring fra NPE som statlig fond		72 535 000	72 535 000
3723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 723)			
	50	Overføring fra NPE som statlig fond		17 916 000	17 916 000
3724		Statens autorisasjonskontor for helsepersonell			
	02	Gebyrinntekter		15 308 000	15 308 000
3725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)			
	03	Oppdragsinntekter		103 000	103 000

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
3732		Regionale helseforetak (jf. kap 732)			
	80	Renter på investeringslån		65 000 000	
	90	Avdrag på investeringslån		116 000 000	181 000 000
3750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)			
	02	Gebyrinntekter		5 563 000	5 563 000
3751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577)			
	03	Tilbakebetaling av lån		146 000	146 000
		Sum Diverse inntekter			416 814 000
		Skatter og avgifter			
5577		Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 751)			
	70	Avgift		145 652 000	145 652 000
5578		Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)			
	70	Registreringsavgift		67 620 000	
	71	Kontrollavgift		49 665 000	
	72	Refusjonsavgift		2 068 000	119 353 000
		Sum Skatter og avgifter			265 005 000
		Sum departementets inntekter			681 819 000

Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger

II
Merinntektsfullmakter

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

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 post 01	kap. 3700 post 02
kap. 703 postene 60 og 70	kap. 3703 post 03
kap. 710 postene 01 og 21	kap. 3710 post 02
kap. 715 postene 01 og 21	kap. 3715 postene 02, 03 og 05
kap. 720 post 01	kap. 3720 postene 02 og 03
kap. 721 post 01	kap. 3721 postene 02 og 04

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 722 post 01	kap. 3722 post 50
kap. 723 post 01	kap. 3723 post 50
kap. 724 post 01	kap. 3724 post 02
kap. 725 post 01	kap. 3725 post 03
kap. 750 post 01	kap. 3750 post 02

Fullmakter til å pådra staten forpliktelser utover gitte bevilgninger

III
Bestillingsfullmakter

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

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

IV
Tilsagnsfullmakter

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

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

V
Andre fullmakter

Stortinget samtykker i at

i. Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 kan gi de 5 regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en totalramme på 5 500 mill. kroner.
ii. det av avgiftspliktig omsetning for legemiddelgrossister i 2005 skal betales avgift tilsvarende 1,3 pst.

VI
Nettoføring av refusjoner

Stortinget samtykker i at:

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

Vedlegg 1

Lederes ansettelsesvilkår i heleide statlige foretak under Helse- og omsorgsdepartementet

I henhold til rundskriv fra Finansdepartementet skal det som vedlegg til fagproposisjonen gis en samlet framstilling av ansettelsesvilkårene til leder av heleide statlige foretak.

Oversikten gis som en orientering og omfatter opplysninger om leders lønn, pensjonsforpliktelser og andre ytelser slik selskapene er pålagt å rapportere etter regnskapsloven. Tallene er hentet fra de regionale helseforetakenes årsrapporter for 2003. Det er styrene i selskapene som etter loven fastsetter administrerende direktørs lønn og øvrige vilkår. I tillegg gis det supplerende merknader i de tilfeller der det har vært skifter av administrerende direktør.

Helse Midt-Norge RHF

Administrerende direktør har i regnskapsperioden 2003 mottatt lønn på 1 120 454 kroner, og andre direkte ytelser beløp seg til 108 219 kroner. Ytelse til pensjonsforpliktelse (kollektiv ordning) utgjorde 72 000 kroner, mens pensjonskostnadene (ut over kollektiv ordning) til administrerende direktør utgjorde 322 000 kroner.

Ved fratredelser etter anmodning fra styret har administrerende direktør krav på lønn i ett år, inklusive lønn i avtalt oppsigelsestid. Til fradrag i sluttvederlaget kommer andre inntekter administrerende direktør har oppebåret som ansatt, konsulent og/eller selvstendig næringsdrivende.

Pensjonsalder i stillingen som administrerende direktør er 65 år. Pensjonsnivået er satt til 66 pst. av full lønn ved fratreden. Pensjonsforpliktelsen skal samordnes med ytelser fra Folketrygden og alle andre pensjonsytelser som er opparbeidet gjennom tidligere ansettelsesforhold. Helse Midt-Norges pensjonsforpliktelse knyttet til denne avtalen er beregnet til 652 445 kroner inkl. arb.giveravgift pr. 31.12.2003.

Helse Vest RHF

Administrerende direktør har i regnskapsperioden 2003 mottatt lønn på 1 224 000 kroner, mens andre godtgjørelser beløp seg til 48 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 105 000 kroner.

Administrerende direktør har seks måneders oppsigelsestid fra utløpet av kalendermåneden. Ved oppnådd aldersgrense i henhold til hva som praktiseres for ledende stillinger i statlige foretak, plikter vedkommende å fratre uten nærmere varsel. Fra dette tidspunkt inntrer foretakets pensjonsforpliktelser.

Pensjonsalder i stillingen som administrerende direktør er 65 år. Pensjonsnivået er satt til 66 pst. av full lønn ved fratreden. Det foreligger ingen avtale om vederlag ved fratredelse før pensjonsalder.

Helse Øst RHF

Administrerende direktør har i regnskapsperioden 2003 mottatt lønn på 1 220 498 kroner, mens andre godtgjørelser beløp seg til 1 503 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 71 317 kroner.

Administrerende direktør har avtale om sluttvederlag tilsvarende inntil 12 måneders lønn ut over oppsigelsestiden dersom styret velger å avslutte arbeidsavtalen før han fyller 65 år. Administrerende direktør har avtale om tilleggspensjon på 10 160 kroner per år i ti år utover offentlig tjenestepensjon. Under gitte forutsetninger har ledergruppen rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdato. Etterlønn vil bli redusert med lønn fra ny arbeidsgiver.

Helse Sør RHF

Administrerende direktør har i regnskapsperioden 2003 mottatt lønn på 1 398 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 137 000 kroner. Pensjonsutgifter til administrerende direktør utgjorde 405 000 kroner utover 12G og 118 000 kroner for pensjon inntil 12G. Pensjonsforpliktelsen per 31.12. 2003 knyttet til administrerende direktør utgjorde 851 000 kroner.

Administrerende direktør hadde en pensjonsavtale som sikret en pensjon tilsvarende 66 pst. av

lønn fra fylte 62 år. Når arbeidsgiver avslutter ansettelsesforholdet gis et sluttvederlag tilsvarende inntil 15 måneders lønn. Tidligere administrerende direktør har sluttet og ny administrerende direktør er ikke tilsatt.

Helse Nord RHF

Administrerende direktør har i regnskapsperioden 2003 mottatt lønn på 963 047 kroner. Ytelser til pensjonsforpliktelser til administrerende direktør utgjorde 115 566 kroner.

Rettigheter til ordinær alderspensjon med tilleggspensjon fremgår av Helse Nord RHFs generelle dekning av tilleggspensjon i KLP. Administrerende direktør skal inngå i den til en hver tid gjeldende ordning (med avtalefestet førtidspensjon).

Tidligere administrerende direktør har sluttet og ny administrerende direktør er tilsatt. Lønn til ny administrerende direktør utgjør 1 200 000 kroner. Det er ingen endringer i pensjonsvilkår.

Veiledende retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i heleide statlige foretak og selskaper

Gitt av Nærings- og handelsdepartementet 28. juni 2004.

«Disse retningslinjene erstatter tidligere retningslinjer vedrørende ansettelsesvilkår for ledere i heleide statlige foretak av 3. september 2001.

Staten er en betydelig eier i norsk næringsliv. Lederes ansettelsesvilkår påvirker lønnsutviklingen; så vel generelt som innen det enkelte selskap. Regjeringen mener at lederlønnsnivået i statlige selskaper skal være konkurransedyktig, men at de ikke bør være lønnsledende innenfor sine bransjer.

På denne bakgrunn har Nærings- og handelsdepartementet utarbeidet disse veiledende retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i heleide statlige foretak og selskaper (statsaksjeselskaper, statsforetak og særlovselskaper). De veiledende retningslinjene skal være en sjekkliste for styrene.

Ansvarsforhold

- Administrerende direktør tilsettes av styret, som også fastsetter dennes lønn og øvrige vilkår.
- Ved inngåelse av avtale om lønn og andre tilsettingsvilkår har hele styret et felles ansvar for å gjøre seg kjent med de veiledende retningslinjene.
- Styret har et tilsvarende ansvar ved tilsetting av andre arbeidstakere i ledende eller likestilt stilling.
- Godtgjørelsen bør fremstå som saklig begrunnet.

Personkrets

- Med arbeidstaker i ledende eller likestilt stilling, menes konsernsjef, administrerende direktør og øverste leder i et heleid datterselskap.

Lønn og pensjon

- Lønn og pensjonsvilkår for lederen skal være konkurransedyktige og fastsettes etter klare kriterier på bakgrunn av kompetanse, virksomhetens karakter og resultatoppnåelse.
- Lønnen for ledere i statseide selskaper skal ikke være lønnsledende, sammenlignet med tilsvarende offentlig eller privat virksomhet.
- Styret bør følge ovennevnte prinsipper når det tar stilling til de samlede tilsettingsvilkårene for administrerende direktør med flere, inklusiv pensjonsavtale og øvrige ytelser.
- Styret vurderer om personer i ledelsen skal ha godtgjørelse for styreverv i andre selskap i samme konsern.

Pensjonsytelser

- Pensjonsvilkår bør ses som en del av de samlede ansettelsesvilkår, herunder lønn og øvrige vilkår. Avtalene skal kunne reforhandles for å tilpasse disse til et nytt pensjonssystem.
- Pensjonsavtalen bør omfatte uførepensjon og ytelser til gjenlevende som fremgår av selskapets vanlige pensjonsplan.
- Samlet pensjonsgrunnlag bør ikke overstige 12 G der virksomheten er helt eller delvis finansiert over statsbudsjettet, med mindre konkurransemessige hensyn tilsier det.
- I den grad det avtales lavere pensjonsalder enn folketrygdens pensjonsalder på 67 år, bør pensjonsalderen ikke settes lavere enn 65 år.
- Ved avtale om pensjon skal det tas utgangspunkt i opptjeningstid som gjelder for tilsvarende andre ansatte i virksomheten.

- Det bør tas hensyn til pensjon som er opptjent fra andre stillinger.
- Samlet kompensasjonsgrad bør ikke overstige 66 prosent av lønn. Lavere pensjonsalder enn 65 år skal føre til et lavere pensjonsnivå.
- Pensjonsutbetalingene skal reguleres i takt med pensjonene i folketrygden og ikke med utgangspunkt i lønnsbetingelsene for den aktuelle stilling.
- Styret må ha oversikt over de totale kostnadene av pensjonsavtalen.

Sluttvederlag – etterlønn

- I forhåndsavtale hvor toppleder fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern i arbeidsmiljøloven kan det avtales etterlønn.
- Sluttvederlaget bør normalt ikke overstige lønn i 12 måneder i tillegg til eventuell lønn i oppsigelsestiden. Sluttvederlaget bør utbetales måned for måned. Det skal ikke svares feriepenger av sluttvederlaget.
- Ved ansettelse i ny stilling eller ved inntekt fra næringsvirksomhet som vedkommende er aktiv eier av, skal sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av den nye årsinntekten. Reduksjon kan først skje etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute.
- Sluttvederlaget kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd.
- Ved opphør av tjeneste bør overtagelse av hus, bil, båt eller kunstverk eller lignende, settes til markedspris.

Voldgift

- Avtalen bør inneholde en bestemmelse om at tvister om ansettelsesavtalen herunder opphør av arbeidsforholdet, avgjøres ved voldgift.»