

Møte tysdag den 28. mars kl. 11.20

President: J o r u n n R i n g s t a d

D a g s o r d e n (nr. 22):

1. Innstilling fra familie-, kultur- og administrasjonskomiteen om lov om endringer i lov 11. juni 1993 nr. 65 om konkurranse i ervervsvirksomhet (konkurranseloven) (Innst. O. nr. 48 (1999-2000), jf. Ot.prp. nr. 97 (1998-1999))
2. Innstilling fra sosialkomiteen om lov om apotek (apotekloven) (Innst. O. nr. 52 (1999-2000), jf. Ot.prp. nr. 29 (1998-1999))
3. Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen) (Innst. O. nr. 49 (1999-2000), jf. Ot.prp. nr. 99 (1998-1999))
4. Innstilling fra sosialkomiteen om lov om strålevern og bruk av stråling (Innst. O. nr. 55 (1999-2000), jf. Ot.prp. nr. 88 (1998-1999))
5. Referat

Val av setjepresident

Presidenten: Presidenten vil gjere framlegg om at det blir valt ein setjepresident for Odelstingets møte i dag – og ser det som vedteke.

Presidenten ber om framlegg på setjepresident.

Odd Roger Enoksen (Sp): Jeg foreslår Johan J. Jakobsen.

Presidenten: Johan J. Jakobsen er føreslegen som setjepresident. – Andre framlegg ligg ikkje føre, og Johan J. Jakobsen er samrøystes vald som setjepresident for dagens møte.

S a k n r . 1

Innstilling fra familie-, kultur- og administrasjonskomiteen om lov om endringer i lov 11. juni 1993 nr. 65 om konkurranse i ervervsvirksomhet (konkurranseloven) (Innst. O. nr. 48 (1999-2000), jf. Ot.prp. nr. 97 (1998-1999))

Presidenten: Etter ynske frå familie-, kultur- og administrasjonskomiteen vil presidenten føreslå at debatten blir avgrensa til 45 minutt, og at taletida blir fordelt slik på gruppene:

Arbeidarpartiet 10 minutt og dei andre gruppene 5 minutt kvar.

Vidare vil presidenten føreslå at det ikkje blir gjeve høve til replikkar etter dei enkelte innlegga, og at dei som måtte teikne seg på talarlista utover den fordelte taletida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

– Det er vedteke.

Per Sandberg (Frp) (ordfører for saken): Regjeringen Bondevik la i Ot.prp. nr. 97 for 1998-99 fram en rekke forslag til endringer i konkurranse-loven, men det ble også presisert at det ville komme forslag om ytterligere endringer senere i en større lovrevisjon. Komiteen har derfor kun omtalt og behandlet de endringer man mente var av prinsipiell karakter.

Det er et stort flertall i komiteen som støtter Regjeringens forslag til endringer, her kan man vel si de gamle regjeringspartiene og det nye regjeringspartiet står sammen med SV. Fremskrittspartiet og Høyre slutter seg også til komiteen når det gjelder de fleste endringsforslagene, slik at man oppnår en enstemmig komitee.

Fremskrittspartiet har imidlertid fremmet noen endringsforslag, f.eks. når det gjelder å innføre hjemmel for inngrep mot bedriftserved, hvor Fremskrittspartiet i utgangspunktet er noe skeptisk.

Fremskrittspartiet og Høyre har også i denne saken omtalt den såkalte klageordningen.

Komiteen støtter uten noen videre merknad forslaget til ny § 1-7 da dette bare bringer ordlyden i overensstemmelse med Norges forpliktelser etter EØS-avtalen.

Det er også et stort flertall i komiteen som støtter Regjeringens forslag vedrørende § 3-1 annet og fjerde ledd, som skal likestille forbudet mot fastsetting og påvirkning av priser for vare- og tjenesteleverandører. Fremskrittspartiet mener imidlertid at behovet for endringer her er lite dokumentert, og mener det bør fremskaffes en konsekvens- og behovsanalyse før dette vedtas.

Det er en enstemmig komitee som mener at det bør innføres en hjemmel for Konkurransetilsynet til å vedta midlertidig forbud mot gjennomføring av bedriftserved. Her er det viktig at tilsynet foretar kritiske vurderinger av behovet for inngrep i den enkelte sak før hjemmelen benyttes. En enstemmig komitee presiserer at slike saker behandles raskt, og at hjemmelen ikke benyttes unødvendig.

Fremskrittspartiet og Høyre gjør oppmerksom på at det allerede i dag er etablert tidsfrister for saksbehandling i Konkurransetilsynet. Disse partier ser at det på grunn av faren for å påføre bedriften unødvendige kostnader og eventuelle tap av positive synergieffekter bør innføres stramme tidsfrister. Fremskrittspartiet går litt lenger her og foreslår i denne sammenheng at saker av denne karakter bør behandles og avklares innenfor tre måneder.

Komiteen er i utgangspunktet skeptisk til at det innføres en hjemmel for å overlevere opplysninger underlagt taushetsplikt til utenlandske konkurransemyndigheter. Det er åpenbart en fare her for at opplysninger av mer hemmelig karakter havner på feil hender. På den annen side vil også en slik hjemmel føre til et bredere kontaktnett for norske bedrifter i utlandet.

Et bredt og tett samarbeid mellom konkurransemyndighetene i de forskjellige landene, med adgang til å utveksle opplysninger av felles interesse, kan være en forutsetning for at norsk næringsliv blir konkurransedyktig i den fremtidige internasjonaliseringen. Komiteen forutsetter selvsagt at det her stilles strengere krav for å motta

slike opplysninger, og at det etableres systemer eller kvalitetssikring som sikrer forsvarlig behandling av denne type opplysninger.

Når det gjelder Regjeringens vurderinger om senere å innføre hjemmel for å pålegge ervervsdrivende å innføre internkontroll, vil Fremskrittspartiet påpeke at dette vil føre til ytterligere kostnader for bedriftene gjennom økt byråkrati. Særlig vil små og mellomstore bedrifter få føle dette. Her vil jeg minne om de tidligere regjeringspartiernes motto om et enklere Norge og et mindre skjemavelde. Jeg vil derfor allerede nå signalisere stor skepsis fra Fremskrittspartiet, og at partiet med stor sannsynlighet vil gå imot innføring av en slik hjemmel.

Fremskrittspartiet har også i denne sammenhengen valgt å peke på den uheldige klageordningen som eksisterer mellom staten og Konkurransetilsynet. Vi har tidligere fremmet et Dokument nr. 8-forslag med intensjoner om at tilsynets avgjørelser ikke skal kunne ankes til departementet og Kongen. Siste eksempel på dette var Administrasjonsdepartementets tilsidesettelse av Konkurransetilsynets vedtak vedrørende bokbransjeavtalen. Det er nå viktig at man ser grundig på de forviklinger dette skaper i styringen av det norske samfunnet, da særlig med vekt på sammenblanding av forvaltning og forretningsmessige interesser. Vi håper at det skal gå an å skape et flertall for vårt forslag i denne salen i dag, slik at den nye statsråden kan ta med seg dette i sin signaliserte moderniseringsprosess når det gjelder offentlig sektor.

Jeg fremmer de forslagene som Fremskrittspartiet har i innstillingen.

Presidenten: Representanten Per Sandberg har teke opp dei forslaga han sjølv refererte til.

Ola T. Lånke (KrF): Jeg konstaterer med tilfredshet at de forslag til endringer i konkurranseloven som ble fremmet av den forrige regjering, har fått tilslutning fra et bredt flertall i Odelstinget. Fremskrittspartiet og Høyre har i egne merknader gitt til kjenne uenighet på noen punkter og også fremmet forslag. Dette har saksordfører Per Sandberg redegjort grundig for, og jeg skal ikke komme noe særlig inn på det, bare komme med noen få merknader.

I påvente av en bredere og mer omfattende gjennomgang av konkurransepolitikken var de forslag til endringer Regjeringen fremmet denne gang, av mer begrenset teknisk karakter, og noen ble betegnet som nødvendige for å gjennomføre en effektiv konkurransepolitikk.

Det viktigste var forslaget om å få til en hjemmel for inngrep mot bedriftserrerv for å kunne forby midlertidig at slike erverv blir gjennomført mens Konkurransetilsynet foretar en vurdering av ervervet. Fremskrittspartiet foreslår å lovfeste en tidsfrist på tre måneder for behandling av Konkurransetilsynet. Vi kan imidlertid ikke se at det er behov for å tidsbegrense det midlertidige vedtaket, fordi fristen for å gripe inn etter hovedbestemmelsene i § 3-11 er tidsbegrenset til seks måneder etter at det er inngått endelig avtale om bedriftserrerv. Et midlertidig vedtak er dermed allerede tidsavgrenset innenfor denne

rammen. Dessuten er det understreket i proposisjonen at tilsynet vil oppheve et midlertidig vedtak så snart det finner at det ikke vil gripe inn mot bedriftserrervet.

Et annet forslag går ut på å endre ordlyden i § 3-1 slik at forbudet mot fastsetting eller påvirkning av bl.a. priser, avanser og rabatter skal inkludere både vare- og tjenesteleveranser. Forslaget synes så innlysende i en tid da det blir stadig vanskeligere å trekke grenser mellom varer og tjenester, at vi ikke kan se behovet for den brede dokumentasjon som Fremskrittspartiet ønsker seg gjennom sitt forslag.

Så tar Fremskrittspartiet og Høyre opp tidligere fremsette synspunkter på klageordningen i innstillingen. Dette er jo blitt debattert tidligere, og vi ser ingen grunn til å ta opp igjen en diskusjon om dette her. Og som sagt, det er bebudet en bred gjennomgang av konkurransepolitikken og lovverket som jeg antar at den nye regjeringen også vil gjennomføre i takt med det arbeidet som foregår innenfor EU på dette området. Vi viser bare til innstillingen og våre merknader.

Trond Helleland (H): Jeg vil vise til de varslede lovendringene som ifølge departementet skal komme i år 2002, og derfor vil jeg i dette innlegget konsentrere meg om klageordningen. Det er riktig som representanten Lånke nettopp sa, at dette har vært diskutert før. Når vi finner grunn til å ta det opp igjen, er det fordi den forrige regjeringen i den første proposisjonen de behandlet, varslet at det var mange hensyn som talte for å endre klageordningen. Så langt er det altså ikke skjedd noe, og vi vil vise til at det har vært en pågående debatt om hvorvidt det er riktig at departementet er klageinstans.

Vi har også merket oss at OECD i 1997 i sin landrapport om Norge gav uttrykk for at Norge burde vurdere sin klageordning etter konkurranseloven.

I forbindelse med behandlingen av Innst. O. nr. 49 for 1997-1998 mente departementet at det var flere grunner til å drøfte klageordningen etter konkurranselovgivningen.

Jeg har også lyst til å vise til de forslag som Norman-gruppen har fremmet, og forslagene i NOU 1991: 27. Her ble det bl.a. sagt:

«... det er en fare for at en sektormyndighet som skal ivareta både konkurransehensyn og andre hensyn vil legge uforholdsmessig stor vekt på de andre hensyene.»

Norman-gruppen anbefalte videre at det etableres et skille mellom saker der klageadgangen skal åpne for en politisk avveining mellom konkurransemessige og andre hensyn, og saker der klageadgangen bare skal ivareta de forvaltningsrettslige krav til saksbehandling.

Høyre bad da om at det ble arbeidet videre med ulike modeller for å sikre at man får en ankeinstans som er uavhengig av departementet.

Høyre vil understreke at det er viktig at man utarbeider regler som sikrer at de politiske myndigheter i så liten grad som mulig skal delta direkte i enkeltsaksbehandlingen. Vi mener at de politiske myndigheters ansvar for konkurransepolitikken først og fremst skal ivaretas av de

rammer loven setter, gjennom årlig budsjettbehandling og de forskrifter Regjeringen utarbeider.

Vi finner det utvilsomt at konkurransehensyn ofte blir skadelidende ved at klagesakene behandles på politisk nivå, og at klagebehandlingen minimum burde vært lagt til en uavhengig klagenemnd.

Det er etter vår mening uheldig at departementet er klageinstans i forhold til Konkurransetilsynets vedtak. Vi mener det er viktig å utarbeide regler som sikrer at politiske myndigheter i så liten grad som mulig deltar direkte i behandlingen av enkeltsaker.

De politiske myndigheters ansvar for konkurransepolitikken bør, som før sagt, først og fremst ivaretas gjennom lovverk og forskrifter, og gjennom budsjettbehandlingen.

Politisk omgjøring av Konkurransetilsynets vedtak vil i hovedregelen bidra til å svekke konkurransen og rammer dermed forbrukerne. Et eksempel på dette er departementets omgjøring av Konkurransetilsynets vedtak vedrørende bokbransjeavtalen, som også representanten Sandberg viste til, der man hindret priskonkurranse på skolebøker – et tema som mange i denne salen har vært opptatt av, men som få har vært villig til å gjøre noe konkret med.

Høyre viser til § 28 i forvaltningsloven, som gir påbud om toinstansbehandling for enkeltvedtak, og understreker at prinsippet om toinstansbehandling i forvaltningen er viktig for å sikre en forsvarlig behandling av enkeltsaker.

Jeg vil derfor ta opp følgende forslag på vegne av Høyre:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om å endre klageordningen etter konkurranse-loven ved at det opprettes en uavhengig klageinstans.»

Presidenten: Representanten Trond Helleland har teke opp det forslaget han refererte.

Jon Olav Alstad (A): Jeg tenkte jeg skulle holde kjeft i denne saken, men de borgerlige partienes stadige kjøp på ankesystemet etter konkurranse-loven fikk meg til å ta ordet.

La meg først omtale et par andre saker. Flere var inne på dette med tidsfrister, som er den saken vi antakeligvis brukte mest tid på når det gjaldt komitebehandlingen. Nå må vi si oss veldig godt fornøyd med de presiseringene som har kommet inn i innstillingen, og er trygge på at samfunnsøkonomien blir godt ivaretatt med de føringene som nå ligger der.

Representanten fra Fremskrittspartiet var inne på dette med internkontroll og hjemmel for pålegg, og avviser allerede nå en mulig fremskrittspartistøtte til det forslaget, hvis det kommer. Noe av hensikten med det forslaget var jo nettopp å gjøre det enklere for bedriftene, slik at man skal slippe det stadige kjøret med kontroll og sjekking fra Konkurransetilsynet, men at man i utgangspunktet kan få etablert en sikkerhet og trygghet for at konkurranse-loven blir fulgt. Og jeg vil tro at også de fleste bedriftene vil se det som en fordel å få innført denne internkontrollen.

Når det gjelder dette med ankesaker, er bokbransjeavtalen et veldig godt eksempel. Jeg synes det blir innmari lettvent av politikerne å si at her skal bare konkurranse-loven gjelde. Halve poenget med at vi har dette ankesystemet, er nettopp at dette er politiske avgjørelser, der vi som politikere er avhengige av å ta et langt mer helhetlig ansvar for de vedtakene som fattes, enn det Konkurransetilsynet skal ta. Konkurransetilsynet skal gjøre jobben sin i forhold til konkurranse-loven og konkurransepolitikken, så er det politikernes ansvar å ta et mer helhetlig grep om disse sakene. Dermed blir det også veldig merkelig når Høyre er villig til å ha en uavhengig klagenemnd, når det faktisk er politiske vedtak som skal gjøres. At departementets vedtak skal flyttes ut til uavhengige klagenemnder, er ikke det vi i Arbeiderpartiet ser for oss i denne saken. Tvert imot anser vi det som en svekkelse av Konkurransetilsynets stilling, i og med at Konkurransetilsynet da ikke lenger bare kan vektlegge konkurransepolitikken og konkurranse-loven, slik som i dag, men er nødt til å ta langt mer helhetlige og overordnede vurderinger og legge dem til grunn for de vedtakene de gjør. Man svekker de mulighetene politikerne har til å gripe inn i etterkant og gjøre disse helhetlige vurderingene. Konkurransetilsynet skal gjøre den jobben de har gjort, og skal fortsette å gjøre det, så får vi politikere ta ansvar for de mer helhetlige og overordnede vurderingene.

Anne Enger Lahnstein (Sp): Jeg vil bare kort vise til innstillingen og Senterpartiets synspunkter slik de kommer fram der.

Grunnen til at jeg bad om ordet, var også knyttet til den ensidige vektlegging på konkurranse, som om konkurranse var et overordnet, sentralt mål i alle sammenhenger. Jeg reagerer negativt på det, og mener at vi skal ha sunn konkurranse, og legge vekt på å få fram mange forhold for å få til sunn konkurranse. Men hvis man ikke skal ha mulighet for å ha helhetlige politiske vurderinger og politisk skjønn, er vi på feil spor. Og når alle talerne før meg – spesielt de to første, saksordføreren og representanten fra Høyre – tok opp bokbransjeavtalen, er det etter min mening et klart eksempel på betydningen av at man har virkemidler for å gripe inn mot konkurranse for å sikre andre politiske mål, som lik pris og tilgang til tilbudet i hele landet.

Presidenten: Dei talarane som heretter får ordet, har ei taletid på inntil 3 minutt.

Trond Helleland (H): Det er nok riktig at det er litt ulike oppfatninger av hvordan konkurransebegrepet skal tolkes, og jeg må nok si meg uenig med representanten Lahnstein når hun prøver å redusere konkurranse til ett av mange element. Konkurranse er viktig – i hvert fall for Høyre – for å oppnå et bedre tilbud for forbrukerne, et bedre tilbud i distriktene, osv. osv.

Når det gjelder bokbransjeavtalen, skal vi ikke ta en ny debatt om den, men det som er det besynderlige i den saken, er jo at det eneste elementet av bokbransjeavtalen som ble opprettholdt, gjaldt skolebøkene. Den kulturpo-

litiske begrunnelsen om å spre skjønnlitteratur til hele landet ble borte, fordi bokbransjeavtalen ble opphevet for alt unntatt skolebøker. Det eneste argumentet for bokbransjeavtalen var nettopp å sikre at distriktsbokhandlere skulle ha det samme tilbudet som andre bokhandlere, og at det skulle være lik pris. Realiteten er at i dag er Internett oppfunnet, og det fins mulighet for å kjøpe seg bøker, plater osv. I den minste bygd i Norge har en i dag verdens største bokhandel tilgjengelig via Internett. Jeg håper den nye statsråden, som har åpnet friskt, også vil vurdere disse hensynene når konkurranseloven skal revideres – jeg tror det er på tide.

Så til representanten Alstad, som ikke kunne skjønne behovet for en uavhengig klagenemnd. Nei, det beviser nettopp poenget vårt, at her skal det være en slags politisk overprøving av konkurranseloven! Og i mitt innlegg understreket jeg sterkt at rammene for konkurransepolitikken, og også rammene for den øvrige politikken, bør fastlegges gjennom lover og forskrifter og gjennom budsjettbehandlingen. Her er det åpenbart at en ønsker å fortsette med et system der en har en lovgivning på konkurransesiden som er klar og god, men som stadig kan overprøves politisk fordi det akkurat på *den* sektoren ikke passer å ha konkurranse. Jeg føler at det ikke gir noe spesielt tillitvekkende inntrykk. Jeg føler også at det er et problem at det ofte er det samme departementet som skal sitte og behandle saker, som da på en måte kommer i strid med konkurranseloven. Det bidrar til å svekke Konkurransetilsynet, og jeg håper det er enighet i denne salen om at vi trenger et sterkt konkurransetilsyn som har gjennomslag. Derfor ber jeg om, når en skal gå gjennom dette på nytt – om vi ikke får gjennomslag i dag – at det blir vurdert å få en mer uavhengig klageordning som gjør at en ikke kan stille spørsmål ved den politiske overprøvingen, som tydeligvis Alstad ønsker å videreføre.

Per Sandberg (Frp): Ja, forskjellene kommer jo til uttrykk her avslutningsvis i representanten Hellelands innlegg. Arbeiderpartiet og Alstad har altså ikke intensjoner eller ønske om å fjerne den overprøvingen som eksisterer i dag. Og det er akkurat det som er litt urovekkende, for representanten Helleland kom med en hel rekke signaler som har kommet i retning av ønske om å endre denne klageordningen. I tillegg kan jeg også nevne at Olav Kolstad ved Senter for Europarett ved Universitetet i Oslo gav uttrykk for det samme. Helge Stemshaug, juridisk direktør i Konkurransetilsynet, gir også uttrykk for det samme. Så det er bare Arbeiderpartiet som på en måte holder fast ved at den overprøvingen skal få lov til å fortsette. Og det er det som er politikken – Arbeiderpartiet ønsker en politisk overprøving for å bruke sin politikk til å få gjennomslag, uansett hva som skjer.

Så vil jeg også si noe rundt det Alstad sa om internkontroll. Vi har bare på en måte sagt det som har kommet til uttrykk fra næringslivet. Næringslivet er veldig skeptisk, i motsetning til de signalene Alstad gav her fra talerstolen – han tror at næringslivet står med åpne hender og vil ta imot enda mer byråkrati og enda flere skjemaer. De gir i høringsuttalelsene sine klart uttrykk for at de er red-

de for og skeptiske til å innføre en slik internkontroll. Fordi om NHO og LO gir sitt samtykke til dette, berører ikke det de 90 pst. små og mellomstore bedriftene som sliter med byråkratiet og de pålagte oppgavene de får stadig vekk. Det er de som får problemene ved at man stadig innfører nye skjemaer og nye lover og regler.

Tilbake til dette med klageordningen. Det er ikke nødvendigvis nødvendig å opprette en uavhengig ankeinstans. Man kan også gå i andre retninger. Det kan f.eks. være å skille ut de selskapene der staten eier aksjer. En annen metode er å selge alle aksjene, som Fremskrittspartiet ønsker, og å få det mer i samsvar med aksjeloven. En annen mulighet er å skille den som forvalter det statlige eierskapet, fra det departementet og den statsråd som har det reguleringsmessige ansvaret på området. Men poenget er i hvert fall å ta de signalene som nå kommer fra alle hold om at denne klageordningen ikke er sunn for konkurransen.

Statsråd Jørgen Kosmo: Jeg skal bare kort kommentere to ting – det ene er dette med klage.

Nå er det jo slik at konkurranse er et virkemiddel for å tjene forbrukernes interesser. Men det kan i enkelte sammenhenger være andre ting i samfunnet som har større betydning for forbrukernes interesser enn akkurat konkurranse. Vi må derfor ikke se på Konkurransetilsynets rolle i forhold til forbrukervernet og det å være med på å legge til rette for best mulig vilkår for forbrukerne som absolutt. Men når vi nå i fremtiden skal vurdere klageordningene, er det en rekke hensyn som må ivaretas, bl.a. dette: Er det riktig at det departement som på mange måter har instruksjonsmyndighet overfor Konkurransetilsynet, er det rette organ til å behandle klagen? Derfor må vi ta alle de elementene som i og for seg berøres her i debatten, opp til en samlet vurdering når vi skal trekke konklusjonene. Men jeg har lyst til å understreke at i denne prosessen må vi altså ikke bli så markedsorientert at vi ikke ser at det er en del andre samfunnsmessige hensyn som må tas hensyn til.

Så ganske kort til dette med inngrep mot bedriftserverv. Det er klart at det er et vidtgående og alvorlig inngrep overfor næringslivet. Og når det gjelder et slikt virkemiddel, er det åpenbart at når Konkurransetilsynet finner det nødvendig av hensyn til forbrukeren, av hensyn til den frie konkurransen og for å unngå private monopoler, må saken behandles raskt. Jeg tror ikke det er nødvendig med noen andre tidsfrister enn det som framgår av de alminnelige bestemmelser, men det er helt åpenbart at Konkurransetilsynet vil gjøre det de kan for å behandle saken raskest mulig, nettopp av hensyn til det næringslivet som berøres. Det tror jeg ikke man skal behøve å bekymre seg noe særlig over.

Så til slutt dette med et eventuelt fremtidig pålegg om internkontroll. Hvis man skal ha en ambisjon om å styre politikken gjennom en bedre internkontroll, må det være av hensyn til næringslivet og av hensyn til den enkelte forbruker. Vi har ingen ambisjoner om å innføre store, tunge regelverk som skal pålegge næringslivet unødvendig arbeidsbyrde, men vi har ambisjoner om å legge til

rette for en næringsutvikling og en regelutvikling som gjør at man kan ta flest mulig beslutninger innenfor overordnede hensyn lokalt. Det gjelder også den enkelte bedrift.

Ivar Kristiansen (H): Det er når en hører begrep som helhetlig tankegang, samfunnsmessige hensyn og det at man må ta større overordnede hensyn i bruk og legge til grunn for den videre politikk, at det er all grunn til å bli i tvil om hvor man egentlig vil.

Det er helt åpenbart, når en hører representanter fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet som klart gir uttrykk for begreper som politisk styring, at man vil akselerere tempoet ytterligere i forhold til de mange gråsoner vi har på dette området i dagens situasjon, som til de grader preges av oppkjøp, av fusjoner og færre aktører, som gir det resultat at det departement som har tilsynsmyndighet i Konkurransetilsynet, stadig vekk driver og overprøver Konkurransetilsynets status og på mange måter har bidratt den senere tid til å undergrave dette viktige tilsyns status. Sånn bør det ikke fortsette særlig lenger. Og når jeg hører innleggene fra dem som ønsker å rendyrke den såkalte helhetlige politiske, samfunnsorienterte tankegang videre, tror jeg vi skal være glad for og sette pris på at vi tross alt har en del avtaler, internasjonale sådanne, som gir oss relativt klare forhold å navigere etter.

Mitt råd til den nye statsråden er at han bidrar nettopp i denne situasjon, av hensyn til forbrukerne, på de mange områdene hvor vi ser at det blir færre aktører. På noen områder, spesielt innenfor transport, innenfor finans og ikke minst innenfor landbrukssektoren, at vi får private monopoler også – og det er langt fra noe bedre enn offentlige monopoler – som får en markedsmessig dominans som gjør at hensynet til kundene, til forbrukerne, blir satt til side. Så mitt råd til den nye statsråden er at han tar tak i disse tingene, at han bidrar til å gjenreise Konkurransetilsynets status.

Jon Olav Alstad (A): Jeg skjønnte nok hva jeg gjorde da jeg prøvde å fortelle markedsliberalistene i Høyre og Fremskrittspartiet at konkurranse ikke alltid er det eneste saliggjørende, men at det av og til også kan være andre faktorer som bør vektlegges. Jeg registrerer at de ikke skjønnte det denne gangen heller, men jeg skal love å fortsette med det. Helhet, samfunnsinteresser og samfunnsøkonomi registrerer jeg er ord Høyre har problemer med, men jeg skal love at Arbeiderpartiet heller ikke vil ha problemer med de ordene i framtida.

Presidenten: Fleire har ikkje bede om ordet til sak nr. 1. (Votering, sjå side 391)

S a k n r . 2

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om apotek (apotekloven) (Innst. O. nr. 52 (1999-2000), jf. Ot.prp. nr. 29 (1998-1999))

Presidenten: Etter ynske frå sosialkomiteen vil presidenten føreslå at debatten blir avgrensa til 1 time og 40 minutt, og at taletida blir fordelt slik på gruppene:

Arbeiderpartiet 35 minutt, Framstegspartiet 15 minutt, Kristeleg Folkeparti 15 minutt, Høyre 15 minutt, Senterpartiet 5 minutt, Sosialistisk Venstreparti 5 minutt, Venstre 5 minutt og representanten Steinar Bastesen 5 minutt.

Vidare vil presidenten føreslå at det blir gjeve høve til replikkordskifte på inntil tre replikkar med svar etter innlegg av hovudtalarane for kvar partigruppe og fem replikkar med svar etter innlegg frå medlemmer av Regjeringa.

Vidare blir det føreslått at dei som måtte teikne seg på talarlista utover den fordelte taletida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

– Dette er vedteke.

Harald T. Nesvik (Frp) (ordfører for saken): Det foreliggende forslag til apoteklov skal erstatte lov om drift av apotek av 21. juni 1963 nr. 17. Og jeg tar vel ikke for sterkt i når jeg hevder at det kanskje var på tide at dagens apoteklov ble gjort til gjenstand for endringer.

Forslaget til apoteklov tar ikke bare for seg selve apotekdriften, men drøfter også NOU 1997:6 Rammesvilkår for omsetning av legemidler. «Lønnsomme legemidler», også kalt Strøm-utvalgets innstilling – og NOU 1997:7 Piller, prioritering og politikk. Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn? – også kalt Grund-utvalgets innstilling.

Dette medførte at arbeidet med forslag til nye apoteklov ble både tidkrevende og – må jeg innrømme – til dels vanskelig. Det viste seg tidlig at skepsisen til endringer var stor, og da særlig innen apoteknæringen. Og dette er det ikke vanskelig å forstå, så lenge som man innenfor denne bransjen i stor grad har vært forskånet for konkurranse.

I en tid da statens og innbyggernes utgifter til medisiner øker, er det nødvendig at en vurderer ulike tiltak for å redusere kostnadene. Det forslag som i dag er til behandling, legger opp til at det skal bli en friere etableringsadgang for apotek, samt at det skal bli fritt eierskap. Dette er en viktig forbedring som komiteen sier seg enig i. Forslaget åpner imidlertid for at det innenfor visse geografiske områder kan innføres begrensninger for etablering av apotek, og dette er Fremskrittspartiet og Høyre imot. En slik begrensning vil kunne bidra til å redusere muligheten for konkurranse og derav mer riktige, og lave, priser for forbrukerne.

Fremskrittspartiets hensikt er å sørge for at brukerne av legemidler skal få så lave priser som mulig. Det er da uheldig å legge inn begrensninger på konkurransen, som er en realitet i det forslaget som foreligger. Det som er flertallets syn – alle minus Fremskrittspartiet og Høyre – er at en frykter for deknningen av personell med farmasøytisk embetseksamen. Denne frykten deles ikke av undertegnede. Det vi sier, er at behovet vil styre farmasøytisk personell dit behovet er størst. Det er i hvert fall den muligheten vi ser når det gjelder farmasøytisk personell. For det er klart at i et marked som fungerer, vil farmasøytene trekkes dit hvor det er mulig å drifte.

Forslaget til ny apoteklov legger opp til en ny ordning med én eierkonsesjon og én driftskonsesjon. Dette er en endring i forhold til dagens lov, som har én konsesjon, der kravet til å inneha denne konsesjonen ligger i at en må ha høyere farmasøytisk utdanning for å kunne eie apotek. Dette kravet skal ikke lenger kunne stilles for å eie apotek, men linkes i stedet opp mot at en må være farmasøyt for å drive apotek. Dette er en ordning som flertallet i komiteen slutter seg til, alle unntatt Høyre. I proposisjonen legger Høyre opp til én konsesjon, og det antar jeg at Høyre selv vil komme inn på i sitt innlegg. Forhåpentligvis vil to konsesjoner kunne medføre at det blir etablert flere apoteker i Norge, og at konkurransen vil øke.

Det som har skapt mest diskusjon i forbindelse med at forslaget til ny apoteklov ble fremlagt, er nok spørsmålet om hvorvidt apotekene fortsatt skal ha enerett til å selge reseptfrie legemidler, eller om det skal åpnes for at også dagligvarehandelen og andre skal kunne selge denne typen varer. Reseptfrie legemidler har ikke reguleringer fra staten når det gjelder fastsettelse av avanse og innkjøpspris, slik som reseptpliktige legemidler har. Dette medfører at denne typen legemidler kan prises fritt i det enkelte apotek. Men problemet er, slik som undertegnede ser det, at det pr. i dag ikke er noen reell konkurranse apotekene imellom, slik at kunden ikke er i stand til å kunne velge bort et apotek som har for høye priser.

Fremskrittspartiet ønsker at det skal være mulig også for andre enn apotek å selge reseptfrie legemidler. Dersom dette hadde fått flertall, ville det ha kunnet medført at prisene på reseptfrie legemidler ble lavere, som følge av at konkurransen hadde blitt større. Det har vist seg i dagligvarehandelen at når konkurransen blir hardere om en vare, går også prisene ned, og dette kommer innbyggerne til gode. Det virker imidlertid som om det bare er Fremskrittspartiet og Høyre som fortsatt har tro på at konkurranse har en positiv effekt på prisnivået.

Det har fra enkelte hold blitt hevdet at dersom en åpner for salg av reseptfrie legemidler andre steder enn i apotek, kan dette medføre fare for økt feilbruk av medisiner, med påfølgende skader. Fremskrittspartiet erkjenner at enkelte reseptfrie legemidler kan medføre helseskader ved feilbruk, og det er bl.a. derfor en ikke tar konkret stilling til hvordan et slikt salg skal foregå, men ønsker en vurdering av flere muligheter. Det kan bl.a. organiseres ved at en kan ha egne utsalg i butikken, medisinskap, egne avdelinger eller et eget personell som står for salget inne i butikken. Det er viktig at de som skal selge slike preparater, har nødvendig kompetanse på området. Slik som undertegnede ser det, er ikke dette noe problem å få til. Jeg vil vise til at det i Norge i dag er ca. 1 300 medisinsutsalg. Disse medisinskapene er eid av et apotek, men betjenes av butikkens betjening. Dette sies å være en god og sikker ordning for å sikre personer i distriktet tilgang til nødvendige medisiner. Dette er ikke annerledes enn at vanlige butikker også andre steder skal kunne få selge denne varen, og samtidig eie skapet – for det er en realitet at det i denne saken dreier seg om hvem som skal eie medisinskapet, og ikke bare om eventuelle skadevirknin-

ger som følge av feilbruk. Det er også verdt å merke seg at departementet i proposisjonen skriver at det tre år etter iverksettelsen av loven på nytt skal vurderes om det skal åpnes for salg av reseptfrie legemidler utenfor apotek.

Fremskrittspartiet ønsker videre, som eneste parti, å åpne for postordreapotek i Norge. Dette ville være en ordning som kunne medføre en betydelig reduksjon i medisintilgiftene, da en kunne få til større innkjøp og en mer effektiv administrering av utsendelse av denne typen varer. Det er en ordning som ville passet godt for bl.a. utsendelse av medisiner, særlig til kronikere, fordi man da kan få resepter for tre måneder av gangen.

Jeg vil videre få vise til at en samlet komite ber om at Regjeringen kommer tilbake til Stortinget med forslag om endring av legemiddeloven § 20, slik at Stortinget kan få en fullstendig gjennomgang av det som omhandler medisinsk reklame. Det vises i proposisjonen til at det er fremkommet synspunkter om at denne paragrafen tolkes for strengt. Jeg må få si at dersom bruken av utsagnet «hjelper mot sår hals» er betegnet som ulovlig medisinsk reklame, er i hvert fall undertegnede meget betenkt. En enstemmig komite ber også om at den dispensasjonen som Bransjerådet for naturmidler har fått, fortsatt skal gjelde fram til Stortinget har fått behandlet denne saken.

Fremskrittspartiet er bekymret for hvordan det har vist seg at referansepristillegget slår inn. Vi har hele tiden vært imot dette systemet, da vi er av den oppfatning at tillitsforholdet mellom lege og pasient når det gjelder medisiner, ikke må svekkes. Dersom et apotek bytter ut en medisin som følge av at det står en annen medisin på referanseprislisen, så er dette med på å skape usikkerhet for pasienten. Dersom pasienten selv velger ikke å gjennomføre dette byttet, må pasienten selv betale mellomlegget, og dessverre er det ikke alle som har råd til dette. Det viser seg faktisk i en del tilfeller at eldre og syke personer ikke har råd til å hente den medisinen de har behov for, fordi de den måneden må prioritere mat. Og det viser seg at størsteparten av de innsparinger som staten har fått etter innføringen av dette systemet, i stor grad skyldes økte egenandeler for pasienten, og dette er Fremskrittspartiet ikke enig i. Fremskrittspartiet mener også at resepter bør utformes slik at legen gis anledning til å krysse av for mulighet til generisk eller parallelt bytte eller motsette seg dette. Apoteket skal ikke under noen omstendighet kunne utlevere andre medisiner dersom legen har reservert seg mot dette.

Helt avslutningsvis vil jeg ta opp de forslag der Fremskrittspartiet står alene eller sammen med andre.

Presidenten: Representanten Harald T. Nesvik har teke opp dei forslaga han refererte til.

Asmund Kristoffersen (A): Legemiddelområdet er en meget viktig del av helsepolitikken. Området gjelder bl.a. offentlig refusjon av utgifter til legemidler, rammevilkår for omsetning, tiltak for å sikre riktig bruk av legemidler, tiltak for at befolkningen i alle deler av landet skal ha lett og sikker tilgang til legemidler, pris knyttet både til innkjøp og salg m.m.

I de reformene som er gjennomført i helsevesenet de siste årene, har en lagt vekt på at helsevesenet skal være solidarisk overfor alle. I dette ligger det at alle i landet vårt skal ha mest mulig lik tilgang til tjenestene og til mest mulig samme kostnad. Det offentlige har i svært stor grad ansvar for at alle stilles mest mulig likt og får kvalitetsmessig gode tjenester. Dette må også ligge til grunn på legemiddelområdet. Legemiddelområdet er i det alt vesentlige organisert gjennom privat virksomhet med offentlige reguleringer og kontrolltiltak.

Reguleringen av apotekloven foretas som en viktig del av en gjennomgang og ny regulering av legemiddelpolitikken. Den største legemiddelpolitiske endringen er knyttet til selve apotekloven, og innebærer endrede rammevilkår for apotekvesenet på mange områder, som f.eks.

- friere etablering av apotek
- fritt eierskap i apoteknæringen
- spørsmål knyttet til omsetningsformer og salg av legemidler

Det redegjøres for legemiddelpolitikken på andre områder enn apotek, områder som f.eks. angår

- offentlig refusjon av utgifter til legemidler
- rammevilkår for omsetning av legemidler
- tiltak for å sikre riktig bruk av legemidler

Selv om det er de medisinske sider ved legemiddelområdet i forhold til befolkningen som er viktigst, har hele saksområdet et viktig økonomisk element både for de offentlige budsjettene og for den enkelte av oss.

Selv om vi i Norge etter europeisk målestokk har et moderat forbruk av legemidler, er utgiftene store og relativt sterkt stigende. Folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept har økt sterkt de siste årene, ca. 11 pst. i gjennomsnitt pr. år. Denne vekstraten synes å fortsette, og folketrygdens andel synes å bli på ca. 5,5 milliarder kr i 2000. Totalt omsettes det legemidler for ca. 10 milliarder kr pr. år.

Disse store uttellingene både for det offentlige og for den enkelte bruker av legemidler gjør at det er riktig å søke etter løsninger som kan dempe utgiftsveksten. Det er også på denne bakgrunn en nå vurderer foreslåtte tiltak.

Vårt apotekvesen har gjennom flere hundre år bidratt sterkt til kvalitet og sikkerhet i legemiddelforsyningen. Omsetningen foregår gjennom våre 392 apotek, inkludert filialer og sykehusapotek. Selv om antallet apotek har vokst betydelig, kan en si at apoteknæringen har vært tilnærmet lukket for utenforstående, noe som kan ha ført til for liten konkurranse mellom apotekene.

Komiteen har derfor støttet forslaget om å åpne for at andre enn de som har høyere farmasøytisk utdanning, kan eie apotek. Fagligheten skal ivaretas ved at det kreves driftskonsesjon der den ansvarlige for driften skal være farmasøytisk kandidat. Jeg synes ikke denne nye eierformen er uproblematisk, og de aller fleste land i Europa har faglig eierskap.

Arbeiderpartiet og jeg mener, i likhet med komiteen, at tilsynet med apotekdriften under disse nye forhold må skjerpes for å sikre kvaliteten i driften og for å se til at

konsesjonsvilkårene overholdes. Dette må være på plass når loven trer i kraft! Vi må vokte oss for og vi må hindre at rene kommersielle interesser fortrenger absolutte krav til faglighet og kvalitet.

Etableringskontrollen innebærer også at en konsesjon til næringssvake områder skal ses i sammenheng med konsesjon til næringssterke og sentrale områder.

Vi åpner også for en friere etablering i troen på at dette kan føre til etablering av flere apotek. Likevel må det være slik at konsesjonsreglene følges nøye, for å unngå både overetablering og mangel på etablering der behovene for apotek ikke dekkes. Jeg synes det er positivt at også kommuner, om de ønsker det, nå har muligheten til å etablere apotek.

Delvis som en konsekvens av nye eierformer, der juridiske personer uten farmasøytisk embetseksamen skal kunne eie apotek, åpnes det for kjededannelser. Vi ser nå at kjededannelse er en realitet. Dersom en enkelt kjede gjennom å eie en svært stor andel av apotekene skulle få nærmest monopolstilling i markedet, vil det kunne ødelegge den konkurransesituasjonen som er en forutsetning for å få redusert pris for forbrukerne. Det er viktig at både departementet og Konkurransetilsynet overvåker konsekvensene av bl.a. kryss-eierskap mellom grossist og apotek og kjeder som synes å bli eier av et stort antall apotek.

Jeg viser til lovens § 2-2 som gir departementet rett til å begrense antall eierkonsesjoner i kjeder, spesielt ut fra konkurransemessige hensyn. Denne mulighet bør benyttes hvis nødvendig. En kan også frykte at særlig utenlandske selskap bare vil investere i de mest lønnsomme apotek og dermed ikke gi noe bidrag til at apoteknæringen i hele landet utvikler seg positivt. For øvrig er det viktig at alle interessenter får arbeide under de samme vilkår, det gjelder så vel grossister som de enkelte apotek. Dette må også nøye følges av departement og konkurransetilsyn.

Jeg er glad for at et stort flertall ikke har tillatt at reseptfrie legemidler og pakninger unntatt reseptplikt skal kunne selges utenom apotek. Dette er medisiner med virkestoffer som er ment å virke. Rapporter fra land der disse tillates solgt utenfor apotek, viser at feilbruk, misbruk og skader er betydelige. Jeg er også tilfreds med at vi ikke skal selge medisiner på postordre. Dagens fraktrufsjonsordning synes å fungere utmerket og sikrer kontakten mellom apotek, forskrivende lege og legemiddelbruker. Erfaringene med postordre fra USA er ikke gode. Feilforsendelser, mindre faglig veiledning og overforbruk bygger ikke opp om tillit til et slikt system. Jeg har merket meg at Apotekergruppen i EU har sagt nei til postordresalg.

Stortinget har ikke med dette lagt noen hindring i veien for at en i framtiden kan sende kvitterte resepter mellom lege og apotek. Det kan vise seg å være både billige og tidsbesparende. Dette betinger imidlertid at slik informasjon ikke kan legges inn på nettet før datasikkerheten er fullt ut ivarettatt.

Apotekavansen er ofte regulert uten at kriteriene for slik regulering alltid er åpenbare. Det er viktig både for

apoteknæringen og for myndighetene at grunnlaget for regulering av apotekavansen er mest mulig klarlagt. Derfor har vi reist forslag om at Regjeringen på egnet måte forelegger Stortinget et opplegg der kriterier for fastsettning av apotekenes avanse utredes og klargjøres.

En av grunnene til at det er nødvendig med etableringskontroll med apotek er mangelen på farmasøyter. Jeg er vel kjent med at svært mange apotek, særlig i distriktene, ikke får tak i tilstrekkelig antall farmasøyter. Det er viktig at eventuell ledig kapasitet ved to av våre utdanningssteder utnyttes til å få utdannet flere, f.eks. Universitetene i Tromsø og Oslo.

Virkningen av referanseprissystemet diskuteres i mange sammenhenger. Systemet har vel ikke fått den effekt som var forventet. Men det er nødvendig å stimulere til tiltak der folketrygdens ressurser utnyttes best mulig. Med innføringen av referanseprissystemet skulle trygdens refusjon til blåreseptmedisin knyttes til det billigste preparatet, synonympreparatet. Overgangen til billigere preparat og nedgang i pris har skjedd i et lavere tempo enn hva som var antatt, og det synes som om mange pasienter velger å betale mellomlegget for å få dyrere preparater. Saksordføreren uttrykte bekymring for utvikling av egenandeler. Den bekymringen deler også jeg. Det er absolutt et av de forhold som må tillegges vekt når referanseprissystemet skal vurderes. Jeg tror heller ikke det er noen entydig årsak her, og jeg er derfor fornøyd med at flertallet har støttet departementet i at det foretas en grundig evaluering av systemet i forbindelse med budsjettet for 2001.

Flertallet i komiteen har bedt departementet om å endre forskriftene, slik at grossister som spesialisere seg på veterinære legemidler, i spesielle tilfeller kan unntas fra kravet om fullsortiment. Så er det viktig å presisere at forskriversen, dvs. i dette tilfellet veterinæren, ikke skal tillates å selge – og dermed ha egeninteresse i å forskrive og selge – legemidler.

Så har også komiteen sagt at departementet kan gi nærmere bestemmelser om at grossister kan utlevere legemidler som skal anvendes på dyr, til profesjonelle sluttbrukere. Dette betyr ikke en generell oppheving av levering av veterinærmedisin gjennom apotek.

J o h a n J . J a k o b s e n hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Annelise Høegh (H): Det er stor grad av enighet mellom de ulike partiene i Odelstinget om hensikten med den nye apotekloven. Jeg oppfattet også Asmund Kristoffersen slik at han og Arbeiderpartiet ønsker økt tilgjengelighet til medisiner for brukerne og også lavere pris gjennom den konkurranse som nå blir mulig. Men jeg vil stille ham et spørsmål om hvorfor Arbeiderpartiet ikke går et lite skritt videre og åpner for å tillate også salg av reseptfrie legemidler utenfor apotek. Det foregår jo faktisk i dag gjennom medisinsalgene. Og det er vel mer en formalitet enn en realitet at apoteket som eier et

medisinsalg, er veldig aktiv i driften av det. Det går iallfall an, har det vist seg gjennom medisinsalgene, å lære opp butikkpersonale til en forsvarlig håndtering av salg av reseptfrie legemidler. Hvis det går an i de utsalgene som har det i dag, la oss si det er ganske mange S-lag rundt om i distriktene som har medisinsalg, og hvis S-lagansatte kan opplæres til dette, må vel også Rema- og Rimi-ansatte kunne det.

Jeg merket meg at Arbeiderpartiets fraksjonsleder i sosialkomiteen, Gunhild Øyangen, sa til bladet Kapital, det er gjengitt i Kapital nr. 3 for i fjor: «Når fikk man sist veiledning ved kjøp av hodepinetabletter?» Altså: Hva er egentlig nå grunnen til at Arbeiderpartiet ikke har gitt tilslutning til fraksjonslederens syn, slik det har kommet til uttrykk både i Kapital og andre steder, og går imot at forbrukerne skal få den bedre tilgjengeligheten til reseptfrie legemidler som ville kunne skje dersom man tillot andre enn apotek å selge slike legemidler?

Asmund Kristoffersen (A): Et av de grepene som nå er tatt for å få større tilgjengelighet på medisin, er nettopp det som jeg kommenterte i mitt innlegg, nemlig friere etablering og et annet eierskap. Iallfall er det tanken at det skal virke slik. Blant annet kan vi ha håp om å få etablert apotek der en ikke har det i dag, og der det kan være behov for det.

Så er det også slik at medisin som ikke er på resept, faktisk er medisin. Noe av det, når en selger det i større pakninger, er medisin som det er reseptplikt på. Dette har gjort at vi i Arbeiderpartiet har hatt en nøye vurdering av om vi i Norge skulle gå dit hen at det skulle legges ut for salg i andre utsalg enn apoteket. Vi har kikket på erfaringene fra en del andre land. De syns jeg personlig, og det syns også Arbeiderpartiet, ikke er så positive at det taler til fordel for reseptfrie medisiner i butikk. Men vi har, i likhet med det som den forrige regjering foreslo, valgt å komme tilbake til saken når en ser om den forventede økte konkurransen mellom apotek virker, og at en dermed kanskje kan få gjort noe med prisene. Hvis den virker, ser jeg for meg at det kan være aktuelt å videreføre ordningen slik som den er i dag. Hvis den ikke virker, er iallfall det et argument som gjør at en også må ta en vurdering på det grunnlaget. Da syns jeg representanten Høeghs anvisning til medisinsalg for så vidt er en grei resept å ta utgangspunkt i.

Olav Gunnar Ballo (SV): Sosialistisk Venstreparti har landet i det alt vesentlige på de samme standpunktene som Arbeiderpartiet har når det gjelder den nye apotekloven, men med ett unntak, og det har for så vidt vært et unntak ganske lenge, nemlig når det gjelder referanseprissystemet.

Jeg har registrert at Arbeiderpartiet i ulike sammenhenger har vært en forsvarer av referanseprissystemet. Samtidig får man inn ganske mange rapporter fra pasienter som må bytte medikamenter – saksordføreren var også inne på det – og hvor det oppstår usikkerhet om det alternative medikamentet virker likt med det medikamentet man byttet fra. Det er også all mulig grunn til å

tro at en rekke medikamenter faktisk ikke benyttes på grunn av denne usikkerheten. Kanskje medfører det også en kostnadsvekst på medikamentsiden istedenfor en innsparing, som jo var intensjonen med innføringen av referanseprissystemet.

Jeg vil spørre Asmund Kristoffersen om Arbeiderpartiet etter hvert begynner å se så klare svakheter med referanseprissystemet at det kan være aktuelt også for Arbeiderpartiet å søke alternative løsninger til referanseprissystemet for medikamenter når man skal oppnå innsparinger på medikamentsiden.

Asmund Kristoffersen (A): Jeg syns for så vidt at det er gledelig – jeg sa det ikke i mitt innlegg – at så mange partier står sammen om viktige sider i legemiddelpolitikken.

Det er riktig som representanten Ballo var inne på, at når det gjelder referanseprissystemet, har vi skilt lag, iallfall i ord, i denne runden. Men det er også slik at flertallet i komiteen har bedt om at det skal foretas en grundig vurdering av referanseprissystemet.

Det er, syns jeg, nødvendig å ha noen pressmidler på legemiddelbransjen, for den er ekstremt fokusert på fortjeneste – det er kanskje mange bransjer – og avkastningen er til dels stor iallfall i en del av leddene, som gjør at det må noen incentiver til for å se om en kan få redusert både det offentliges utgifter og forbrukernes utgifter. Det har ikke skjedd i den takt som mange hadde forventet. Dette er det ikke mulig å gå inn på i en replikk, men det kan hende at lojaliteten til systemet f.eks. fra de som forskriver, ikke er god nok, for nå å antyde det. Men det kan også være at alternativene ikke er gode nok. Hvis de ikke er det, betyr det at det kan ramme pasientene på en urimelig måte. De tallene vi har fått oss forelagt, slik som Ballo refererte til, syns jeg er ganske alvorlige, og jeg nevnte vel også tidligere at det må tillegges vekt. Hvis det fører til en utilsiktet egenandelsbelastning for folk, hører det med, og vi har for så vidt lagt til grunn at dette forholdet tillegges vekt i den evalueringen som skal gjøres.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Are Næss (KrF): Forslaget til ny apoteklov innebærer grunnleggende reformer i landets apotekvesen. Samtidig bygger en videre på de høye faglige krav til kvalitet og sikkerhet som apotekvesenet har, og fortsatt skal ha. Det åpnes for nye grupper på eiersiden, og det vil bli en friere etablering av apotek.

Hittil er det som kjent bare personer med farmasøytisk embetseksamen som har kunnet eie og drive apotek. Et slikt system har klare fordeler, men også ulemper. Det har vært med på å sikre en høy faglig standard, samtidig som det kan ha bidradd til å gjøre apoteknæringen lukket for utenforstående, og dermed kunne blokkere for impulser til endring og konkurranse. Etter Kristelig Folkepartis mening er det derfor riktig å åpne for nye grupper på eiersiden, samtidig som hensynet til sikkerhet og kvalitet ivaretas ved at den driftsansvarlige for et apotek fortsatt forutsettes å være farmasøytisk kandidat, at denne får

klare og offentlige standarder for sikkerhet og kvalitet å basere apotekets drift på, og at det føres offentlig tilsyn med at de faglige kravene overholdes.

Det burde være unødvendig å presisere at når man nå åpner for adgang for andre enn farmasøytiske kandidater til å eie apotek, betyr det selvsagt ikke at de nåværende apotekere vil bli fratatt sine apotek. Hensikten er å tilføre nye eierinteresser som kan bidra til noe større grad av konkurranse til fordel for apotekenes kunder.

Når andre grupper nå gis adgang til å eie apotek, er det også viktig å sette grenser for konsesjon til slikt eierskap. Blant annet vil det kreves at søker til apotekkonsesjon kan dokumentere økonomisk evne til å drive faglig forsvarlig, herunder økonomisk evne til å tilby nødvendige ikke lønnsomme farmasøytiske tjenester, herunder til hurtig å sikre leveringer og legemidler, samt sannsynlighet for at apotekets faglige virksomhet får et omfang som er stort nok til at apotekets kompetanse sikres og holdes ved like. Det er også viktig at personer som produserer eller forskriver legemidler, eller som har nær tilknytning til slik virksomhet, ikke kan eie apotek.

Av distriktpolitiske hensyn er det viktig at det som vilkår for apotekkonsesjon kan kreves sikring av legemiddelforsyningen gjennom opprettelse og drift av apotek eller medisinsalg i områder som ikke har apotektilbud, eller gjennom overtakelse av apotek eller medisinsalg i områder som står i fare for å miste apotektilbudet. Det er særlig verdt å merke seg at slikt vilkår kan settes også etter at konsesjonen er gitt.

Dersom loven skal virke etter sin hensikt, er det viktig at det blir en reell konkurranse ved søknad om eierkonsesjon, slik at ikke en eier eller kjede får en for dominerende stilling i markedet. En enstemmig komite har derfor fremmet forslag om at departementet i forskrift kan fastsette regler som begrenser retten til konsesjon, dersom konkurransepolitiske hensyn tilsier dette. Denne utviklingen må følges nøye.

Når det gjelder konsesjon til drift av apotek, skal denne, som nevnt, fortsatt forbeholdes farmasøyter. Dette vil etter min mening medvirke til en sikring av den faglige standard i apotekvesenet. Men skal vi opprettholde denne standarden og samtidig sikre god apotekdekning over hele landet, er det viktig at vi utnytter utdanningskapasiteten i farmasistudiet, slik en enstemmig komite har pekt på. Departementet har i proposisjonen pekt på behovet for å øke utdanningskapasiteten for arbeidstakergruppen i apotekene. Det er vist til at til tross for styrking av utdanningskapasiteten for reseptarer med 28 studieplasser og en økning i det farmasøytiske hovedfagsstudiet med 15 plasser antas det å være en viss knapphet på farmasøytisk arbeidskraft i de nærmeste årene. Også denne utviklingen må følges nøye, bl.a. med særlig henblikk på apotekdekningen i grisgrendte strøk.

For Kristelig Folkeparti er det nemlig viktig ved siden av å opprettholde den høye kvaliteten i apotekvesenet også å sikre legemiddeldekningen i distriktene. Som nevnt gir den nye loven adgang til å kreve opprettelse og drift av apotek eller medisinsalg i områder uten apotektilbud, eller overtakelse av apotek eller medisinsalg i

områder som står i fare for å miste apotektilbudet, som vilkår for apotekkonsesjon. Et annet mulig distriktpolitisk virkemiddel er den adgang som kommuner, eventuelt i samarbeid, vil få til å gå inn som eiere av apotek. Et annet vesentlig forhold når det gjelder å sikre apotekdekning i distriktene, vil være at salg av medisiner fortsatt bare skal foregå i apotek eller medisinutsalg. Kristelig Folkeparti har derfor i likhet med komiteflertallet, alle unntatt Fremskrittspartiet og Høyre, gått mot å åpne for salg av legemidler utenfor apotek. Dette har både faglige og distriktpolitiske årsaker. Ved at også reseptfrie legemidler bare tillates solgt gjennom apotek og medisinutsalg, har apoteket et faglig ansvar overfor utlevering av det aktuelle legemiddel. Medisinsalg gjennom dagligvarehandelen vil kunne øke tilgjengeligheten og redusere kontrollen med dette salget. Selv om det her bare er snakk om reseptfrie legemidler eller legemidler i pakninger som er reseptfrie, kan det være viktig med god informasjon til brukeren på grunn av risikoen for bivirkninger m.m. Men salget av reseptfrie medikamenter og pakninger er også en vesentlig del av inntektsgrunnlaget for apotekene. Medikamentsalg i dagligvareforretninger vil derfor kunne rive bort det økonomiske grunnlaget for distriktsapotekene. Kristelig Folkeparti er opptatt av å gjøre det økonomisk mulig å drive apotek, også i relativt grisgrendte strøk, og vil derfor ikke bidra til å rive en vesentlig del av inntektsgrunnlaget bort fra slike apotek.

Argumentene mot medikamentsalg i butikker gjelder også i forhold til postordreapotek. Distriktsapotekene har etter min vurdering tatt seg av dagens ordning med forsendelse av legemidler på en tilfredsstillende måte, og fraktfusjonsordningen sikrer legemiddelbrukere som bor langt fra nærmeste apotek, reseptmedisiner tilsendt fraktfritt. Apoteket har en kontakt både med forskrivende lege og med legemiddelbrukeren som en må anta at et postordreapotek ikke vil kunne ha.

Under behandlingen av dette lovforslaget er komiteen blitt gjort oppmerksom på at en grossist for legemidler til fiskeoppdrett og varmblodige dyr kan levere eksempelvis fiskevaksine direkte til oppdretteren, men ikke de bedøvelsesmidler som skal benyttes samtidig med vaksinen, og som er en forutsetning for at vaksineringsen kan gjennomføres. Dette må sendes fra apotek. Komiteen mener at en økt adgang til direkte utlevering fra grossist til profesjonell sluttbruker vil være en ønskelig forenkling når det gjelder legemidler som skal anvendes til dyr, og har derfor i samråd med departementet fremmet forslag om tiltak i denne retning.

Forslaget til ny apoteklov åpner for friere – men ikke fritt – eierskap, og for friere – men ikke fri – etablering av apotek. Det er altså ikke snakk om et generelt frislipp. Kristelig Folkeparti mener at loven slik den nå foreligger, vil være et tjenlig virkemiddel for å sikre høy standard på og god dekning av apotektenestene i hele landet.

Annelise Høegh (H): Høyre er motstander av monopol, enten de er private eller offentlige. Vi ser derfor frem til at det vel 400 år gamle apotekmonopolet nå står for fall. Derfor støtter vi også den forrige regjeringens

forslag langt på vei når det gjelder liberalisering og et friere apotekvesen. Det er gode forslag, men etter vår mening går de altså ikke langt nok.

Det er to hensyn som har vært avgjørende for Høyres standpunkter i spørsmålet om ny apoteklov. For det første er det forbrukernes krav om økt tilgjengelighet til apotektenestene, og også ønsket om lavere priser på medisiner. For å kunne oppfylle disse behovene trenger vi konkurranse i apotekmarkedet. Det andre hensynet har vært forbrukernes krav på og rett til forsvarlig medisin- salg og gode og effektive legemidler for å unngå feilbruk og misbruk. Og til det trenger vi et regelverk og noen retningslinjer. Det er jo ikke på plass ennå, siden den forrige regjeringen ikke foreslo en fri etablering og en omsetning av legemidler utenfor apotek. Vi trenger derfor å få det på plass før vi kan sette i verk den lovhjæmmelen som Høyre og Fremskrittspartiet gir Regjeringen til å tillate salg av reseptfrie legemidler utenfor apotek.

Jeg vil gjerne, før jeg nå går videre, rette en takk til apotekerne som opp gjennom århundrene har stått for et faglig sterkt og seriøst eierskap og drift av apotekene. Men moderniseringen og tilpasningen til en ny virkelighet som krever økt tilgjengelighet og mer konkurranse for å få til lavere priser, har de gått litt for lett over. Den er blitt litt for lite påaktet. Det er derfor viktig å få konkurranse inn i apotekvesenet for å fremtvinge økt tilgjengelighet gjennom lengre åpningstider og lavere medisinpriser. Mange småbarnsmødre opplever f.eks. ofte at når et barn får feber om kvelden, er alle apotek i nærheten stengt. Det er slike hensyn vi må ta når vi skal etablere regler som gjør det lettere med lengre åpningstid, regler som åpner opp for konkurranse, som igjen kanskje fører til lengre åpningstid fordi det er det som skal til for å greie seg og for å tilfredsstille forbrukerne.

Skal vi få til lavere medisinpriser, er de reseptfrie legemidlene viktige. Da må vi tillate andre enn apotekene å selge dem. Derfor er Høyre for fri etablering av apotek, og vi støtter altså ikke forslaget om etableringstak i byene. Det vil, som departementet i og for seg også påpeker i proposisjonen, kunne føre til at konkurransen i byene svekkes, og at etablerte kjeder, altså Apokjeden, sementeres. Men for at fri etablering i byene ikke skal gå ut over farmasøytdekningen i distriktene, står vi bak det flertallssynspunktet som går ut på at det skal kunne stilles et vilkår om å drive apotek i et såkalt næringssvakt område, altså i distriktene, for å få konsesjon i et næringssterkt område, altså i byene. Det tror vi er viktig for å sikre den gode apotekdekningen som jeg går ut fra at alle partier ønsker, uansett hvor i landet det er.

Så må jeg få rette opp en feil som jeg har oppdaget i innstillingen på side 25, annen spalte. Det gjelder § 2-2, hvor det står at hele komiteen fremmer forslag om å gi departementet denne hjemmelen i annet ledd til å kunne nekte konsesjon ut fra konkurransemessige hensyn. Det er riktig. Men så har man ved en feil også hengt på det tredje leddet. Det ser ut som om også Høyre og Fremskrittspartiet er med på å fremme forslag om rett til å ha etableringskontroll i byene, og det er altså ikke riktig. Det fremgår for så vidt av det etterfølgende. Innstillingen

er da også riktig, men jeg vil gjerne presisere at det ikke er komiteen som fremmer forslag til tredje ledd, slik det kan se ut av innstillingen.

Regjeringen har, som jeg sa, ikke foreslått å åpne for at man skal tillate salg av reseptfrie legemidler utenfor apotek til tross for at dette skjer i dag gjennom de såkalte medisinsalgene. Som jeg sa i replikken til Asmund Kristoffersen, tror jeg det er mer en formalitet enn en realitet at disse medisinsalgene har daglig overoppsyn av apoteker. I alle fall har apotekerne funnet ut at det går an å lære opp folk i S-lagene. Da må det også kunne gå an å lære opp folk i andre dagligvarebutikker til å forestå slikt salg. Jeg merker meg at det er noe ulike syn i Arbeiderpartiet på dette, i og med at komiteens nestleder og Arbeiderpartiets fraksjonsleder i komiteen, Gunhild Øyanger, så klart har uttrykt både til Kapital og andre medier at hun ser det som en fordel å få alminnelige legemidler, f.eks. hodepinetabletter, inn i butikkene.

Jeg håper da at den nye helseministeren kan tenke seg å se på dette ut fra det uttalte ønske han har om økt konkurranse, at man kanskje kan komme tilbake noe raskere enn de tidligere antydde tre år for å vurdere muligheten for å åpne for slikt salg utenfor apotek, men selvsagt innenfor forsvarlige rammer. Jeg vil gjerne minne om de forslagene som Fremskrittspartiet og Høyre her har, nemlig at forsvarligheten må være den samme, enten salget av legemidler skjer i apotek eller i andre slags butikker. Myndighetene kan fastsette krav til forsvarlig håndtering uansett hvem som driver et apotek. Det vi peker på, er at man enten kan fortsette ordningen med egne medisinsalg, egne medisinsalg i butikkene. Man kan ha et eget personale med spesiell opplæring innenfor håndtering av reseptfrie legemidler. Man kan ha egne hyller med informasjon og kanskje Internett-tilgang for at kundene skal få kjennskap til hva disse legemidlene innebærer, også av bivirkninger, og man kan selvfølgelig også vurdere aldersgrenser for kjøp av reseptfrie legemidler. Alt dette mener vi at Regjeringen må gå gjennom og lage retningslinjer, og når den har gjort det, bør det åpnes for at reseptfrie legemidler kan selges utenfor apotek.

Alt dette, som er Høyres synspunkter, gjør at vi ikke lenger ser noe behov for postordreapotek, slik Fremskrittspartiet har gått inn for. Vi ser at det er klare svakheter ved postordreapotek, at man ikke får den nærheten til kunden, at kunden ikke får samme mulighet for informasjon og veiledning som man ellers vil få. Vi ser at det ikke er det samme behovet hvis våre forslag om fritt apotekvesen får gjennomslag. Jeg vil likevel slutte meg til det Asmund Kristoffersen nettopp sa, at når det gjelder postordresalg og vårt nei til det, gjelder selvsagt det at publikum ikke skal kunne kjøpe på postordre. Men det skal ikke ramme eventuelt telekjøp, nettkjøp av medisiner mellom profesjonelle brukere, slik vi ser det.

Høyre støtter, som sagt, at andre enn apotekere skal kunne eie apotek. Det vil, tror vi, gi en ny giv og representere ny kunnskap om effektiv og kundevennlig drift i apotekvesenet. Men vi går mot at man skal ha en slik to-konksesjonsordning, en konsesjon til eierskap og en kon-

sesjon til drift. Det mener vi vil være en unødvendig ordning, unødvendig byråkratisk. Det kan også oppfordre til strid mellom eier og driver, og, det mest alvorlige kanskje, det vil kunne frikoble eier av apotek fra å ta ansvar for den faglige driften. Høyre ønsker eiere som ikke bare ser på apotekdriften ut fra økonomiske interesser og som en kapitalplassering. Vi ønsker eiere av apotek, av apotekkjeder som også tar et medansvar og interesserer seg for den faglige driften. Derfor mener vi at de faglige krav, altså at det skal være en farmasøyt som står for den daglige driften, og alle de kravene, som ligger i proposisjonen til driften av apotek, kan stilles til eieren som krav med hensyn til hva slags driver han får lov til å ansette i sine apotek.

Som flere har vært inne på, tillater det nye forslaget til apoteklov at man kan ha kjeder, at kjeder eier mange apoteker. Hele komiteen godtar dette, selv om dette forslaget bringer Norge inn i en liten og eksklusiv klubb i Europa. Det er ikke mange andre land som tillater at kjeder kan eie apotek, det er vel ikke mer enn et par stykker. Dagens apotekere har vært dyktige, sett fra deres synspunkter, tror jeg man må kunne si, til å innstille seg på denne nye virkeligheten, i og med at de har opprettet Apokjeden. Det betyr, hvis alt blir som det er i dag, at alt blir som det er i dag, også etter neste årsskifte, og det var jo ikke meningen. Hvis 70-80 pst. av dagens apotekere forblir i Apokjeden og de får dette samarbeidet med den minste grossisten på det norske markedet i dag, Tamro, blir det et tilnærmet nasjonalt apotekmonopol, og det var jo ikke meningen. Dette har komiteen sterkt advart mot, og vi ber departementet og Kredittilsynet om å følge utviklingen nøye og sørge for at konkurranselovreguleringen får fullt gjennomslag på dette området.

Men det er vel grunn til å tro at Apokjeden vil rakne noe når den nye loven trer i kraft. Det er vel grunn til å tro at mange apotekere vil selge seg til andre, enten norske eiere eller utenlandske eiere. Jeg er kjent med, pleier man vel å si, at Norsk Medisinaldepot har til hensikt å bli eier av en slik apotekkjede. Hvis det er riktig, tror jeg ikke man skal være like kritisk mot den delen av Apokjedens posisjonering som gjelder at de har knyttet seg til Tamro og ikke til NMD. For hadde Apokjeden gått inn i et samarbeid med og brukt NMD som eneste grossist – de har altså 70 pst. av markedet i dag – ville det virkelig sett svart ut for konkurransesituasjonen. Det er vel en av grunnene, vil jeg tro, til at de har valgt Tamro.

Det er altså viktig når den nye loven trer i kraft. Etter Høyres mening bør det skje jo før jo heller. Jeg minner om vårt forslag om at lovens viktigste kapitler, 2 og 3, som dreier seg om konsesjonene, bør tre i kraft allerede fra 1. juli i år. Jeg håper helseministeren, selv om ikke vi får tilslutning til dette forslaget, vil se nøye på det og se om det er mulig – for det har jeg et inntrykk av at hele komiteen kunne ønske seg – at enkelte av lovens kapitler trer i kraft tidligere enn de andre. Hadde det vært mulig å få dem til å tre i kraft allerede fra i sommer, ville det vært gunstig for konkurransesituasjonen.

Mye vil forhåpentligvis endre seg når loven trer i kraft. Jeg vil minne om hovedmålsetningene, nemlig å få

økt tilgjengelighet for forbrukerne til apotek tjenester og billigere medisiner. Skal dette bli virkelighet, må konkurransen få virke fra dag én.

Det er også i proposisjonen om den nye apotekloven en omtale av legemiddelpolitikken generelt. Det er to utvalg som ligger til grunn for dette arbeidet. Det er Grundutvalget, som har sett på spesielt de offentlige refusjonsordningene, og Strøm-utvalget, som har sett mer på apoteksiden. Jeg synes at Grund-utvalgets grundige og gode innstilling hadde fortjent en bedre skjebne enn å bli en liten appendiks til apotekloven. Her er det mange og viktige spørsmål som reises. Tiden tillater ikke at jeg går inn på dem. Tiden og plassen har for så vidt heller ikke tillatt at komiteen har gått veldig mye inn på det. Men det er viktig at vi får en legemiddelforvaltning som er av dagen i dag, og som kan ivareta de hensyn vi ønsker. Jeg håper at den nye ministeren også vil gjøre alvor av det den forrige iallfall hadde noen, kanskje litt vage, løfter om, nemlig å legge frem en egen sak for sosialkomiteen senest i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i år om den fremtidige legemiddelpolitiske forvaltning, for her er det mye å ta fatt i, slik at norske pasienter ikke skal bli de siste i Europa som får tilgang til nye og effektive legemidler.

Jeg tar til slutt opp de forslag som Høyre har varslet i innstillingen.

J o r u n n R i n g s t a d hadde her igjen teke over presidentplassen.

Presidenten: Representanten Annelise Høegh har teke opp dei forslaga ho refererte til.

Det blir replikkordskifte.

Asmund Kristoffersen (A): Nå er vel de områdene der det er uenighet mellom Arbeiderpartiet og Høyre, for så vidt allerede avdekket og kommentert. Men jeg synes nok kanskje at representanten Høegh hadde et vel avslappet forhold til det en kan kalle vertikal integrasjon eller kanskje krysseierskap. Mitt spørsmål blir da: Hadde det ikke kanskje vært en fordel om det enkelte apotek på en friere måte enn det det ser iallfall ut til nå i dag, kunne ha forholdt seg til de ulike grossistene i markedet og ikke vært så sterkt bundet opp til det som synes å være én grossist?

Så gjorde representanten Høegh seg skyld i en åpenbar misforståelse. Hun foreskrev en uenighet i Arbeiderpartiets fraksjon, eventuelt i Arbeiderpartiets gruppe, som ikke er til stede. Nå har denne loven ligget veldig lenge i Stortinget, og det har falt mange uttalelser både fra representanten Øyangen og fra meg og andre, der vi har sagt at ulike forhold kanskje måtte vurderes. Fasiten har vi fått gjennom denne innstillingen. For dem som måtte interessere seg for prosessene i Arbeiderpartiets gruppe, kan jeg vise til at det altså er en enstemmig stortingsgruppe som står bak alle de merknader og forslag som er lagt inn på vegne av partiet i komiteen. Men det punktet som var oppe til diskusjon her, og hvor jeg var veldig enig i det som den foregående regjeringen hadde

lagt fram, var altså at en vurdering av hva skjebnen til reseptpliktige medisiner i småpakninger er og reseptfrie medisiner skal være, skal gjøres når en har sett hvordan virkningen av loven er. Så får den ene og den andre uttale seg på bakgrunn av erfaringer i neste runde.

Annelise Høegh (H): Nei, jeg har ikke et veldig avslappet forhold til krysseierskap, slik representanten Kristoffersen antydte. Men det er jo ikke noen, hverken fra den forrige regjeringen eller noen partier i Stortinget, som har funnet å ville forby det. Hvis vi ser på hva som skjer i andre markeder, f.eks. i dagligvarebransjen, er det mer og mer den utviklingen som finner sted, at man inngår en avtale med én hovedleverandør. Men jeg har forstått avtalen mellom Apokjeden og Tamro slik at det er et klart forbehold i dette at de skal holde seg til Tamro, og det er ut fra den forutsetning at Tamro til enhver tid klarer å levere de mest konkurransedyktige varene. Dersom det er slik at andre grossister kan tilby varer til en lavere pris, står det den enkelte apoteker i Apokjeden fritt til å henvende seg til andre leverandører. Det tror jeg er et helt vesentlig punkt i avtalen. Dersom det kan reises tvil om dette punktet, er jeg enig med det som vel lå i Kristoffersens antydning, at da bør Konkurransetilsynet gripe inn. For dersom det ikke er slik at man kan gå til dem som gir det beste prismessige tilbud for forbrukerne, virker ikke konkurransen slik det er antatt, etter hensikten, og da må man ha anledning til å gripe inn.

Med disse klare forutsetninger står jeg altså på det jeg sa, for Høyre står fullt og helt bak de kritiske merknader som komiteen har presentert. Vi har jo også bidratt til dem, for å avsløre det.

Så er det selvfølgelig slik, som Kristoffersen nevnte, at når partiet har talt, har partiet talt, og jeg oppfatter at hele Arbeiderpartiet står bak det. Jeg har allikevel nevnt en del sitater fra Gunhild Øyangen og andre som kan tyde på at det finnes litt variasjon i synspunktene, og jeg håper de variasjonene kommer mer frem etter hvert.

Are Næss (KrF): Som Annelise Høegh refererte, er Høyre imot adgang til konsesjonstak i sentrale strøk – § 2-2, og for salg av reseptfrie legemidler utenom apotek. Salg av reseptfrie legemidler utenom apotek har etter mitt syn to sider, en faglig og en økonomisk.

Når det gjelder det faglige, refererer Annelise Høegh til alminnelige hodepinetabletter, som hun gjerne vil ha i dagligvarehandelen. Når man har tatt imot en pasient som har fått sitt andre blødende magesår på grunn av sin andre vanlige hodepinetablett, får man jo tydelig for seg at dette ikke er sukkertøy, og likeledes når man får inn på sykehus personer som er alvorlig forgiftet av tabletter i pakningsstørrelser som selges uten resept. Er det ikke da et større problem å kontrollere dette i forhold til fem tusen dagligvareforretninger eksempelvis, enn for tusen medisinsutsalg?

Det andre er det økonomiske. Salg av reseptfrie medikamenter er en vesentlig del av inntektsgrunnlaget for mange apotek, vel de fleste, og å utvide utsalgsstedene til også å gjelde dagligvarehandelen vil etter mitt skjønn

(Are Næss)

kunne føre til at ja, vi får flere utsalgssteder for reseptfrie medikamenter, men vi kan få færre apotek. Er det en gunstig utvikling som Høyre vil støtte?

Annelise Høegh (H): Nå mente Are Næss å ha hørt meg snakke om at jeg gjerne ville ha hodepinetablettene i butikker, og indirekte er det selvfølgelig riktig. Men det var altså et sitat fra Gunhild Øyangen som gjorde at jeg nevnte det eksempelet, bare for å ha nevnt det.

Men alvorlig talt, vi tar på alvor de farer for feilbruk som klart ligger i en del av de legemidlene som i dag er reseptfrie, men bare i mindre forpakninger. Og selv om ikke jeg er noe fagmenneske innen de medisinske sfærer, har jeg forstått det slik at hodepinetabletter kanskje kan være noe av det mest giftige vi har. Så dette er ikke noe å kimse av. Det er jo også derfor Høyre og Fremskrittspartiet så klart har gitt uttrykk for i sitt forslag at før disse medikamentene kan omsettes utenfor apotek, må det klare retningslinjer til fra departementets side. Og som jeg gikk inn på i mitt innlegg, har vi gitt en god del forslag til hvordan det bør eller kan finne sted.

Men det må jo med respekt sies at Gunhild Øyangen har rett i det sitatet jeg nevnte, at når fikk man sist veiledning ved kjøp av hodepinetabletter i et apotek? Det er ikke så ofte. Det betyr at det viktigste vi kan gjøre, er å gi med veiledning, gi med informasjon og oppfordre legene til å være flinkere til å fortelle sine pasienter at når du går på de og de og de andre medikamentene, så må du være forsiktig med det og det reseptfrie legemiddelet. Så jeg tror mer på den alminnelige opplysning i befolkningen, og ikke minst hos de pasienter som kan være ekstra utsatt for en del av hodepinetablettene, enn jeg gjør på at dette skal brukes imot å få til lavere priser, mer konkurranse og økt tilgjengelighet for forbrukerne.

Harald T. Nesvik (Frp): Fremskrittspartiet og Høyre står i det alt vesentlige sammen i denne proposisjonen, bortsett fra når det gjelder konsesjonsordning, der Fremskrittspartiet vil ha todelt konsesjonsordning, mens Høyre ikke går inn for todelt konsesjonsordning

Men så er det et punkt til som jeg har reagert litt på når det gjelder Høyre. For Høyre skriver bl.a. i sine merknader følgende:

«Komiteens medlemmer fra Høyre mener imidlertid at blåreseptordningen fortrinnsvis bør forbeholdes refusjon av kostbare legemidler for alvorlige og kroniske lidelser. Dette er viktig for å sikre et sosialt likeverdig legemiddeltilbud. Disse medlemmer mener derfor billige legemidler ikke bør refunderes til noen sykdomsgrupper.»

Spørsmålet mitt til representanten Annelise Høegh er da: Hva mener man med billige legemidler? En tenkt situasjon: Det er stor forskjell i økonomien til folk, og for en minstepensjonist eller eldre med dårlig råd vil selv det som Høyre definerer som «billige legemidler», måtte medføre urimelige kostnader i forhold til den nytte man har av også rimeligere medikament. Hva mener man egentlig med billige legemidler? Vil man ta vekk noen

legemidler fra den lista som er der, slik at de minstepensjonistene som i dag har store problemer med å få råd til selv billige legemidler, ikke vil kunne gjøre seg nytte av blåreseptordningen for disse medikamenter?

Annelise Høegh (H): Jeg vil rette en hjertelig takk til representanten Nesvik for at han gav meg anledning til å snakke litt om dette temaet, for det overrasket meg at ikke bare Fremskrittspartiet, men heller ingen andre partier ville være med på denne merknaden vår i innstillingen. Alle partier er jo kjent med at det nesten daglig – iallfall månedlig – kommer nye effektive, gode legemidler på markedet som Norge enten ikke tar opp på blåreseptordningen, eller er veldig sen med å ta opp på blåreseptordningen. Jeg er opptatt av at det viktigste med blåreseptordningen er at den blir og kan være i fremtiden det den var ment å være opprinnelig, nemlig en refusjonsordning, slik at det ikke skal være forskjell på kong Salomo og Jørgen hattemaker når det gjelder muligheten til å skaffe seg og ta i bruk gode, effektive, men dyre legemidler for å bekjempe alvorlig sykdom. Det er den faren vi står i i dag, fordi blåreseptordningen øker veldig i omfang. Det er en langt strengere praksis overfor å ta opp nye gode legemidler i denne ordningen i dag, uansett regjering og helseminister har jeg inntrykk av – en kan jo sette et håp til den nye – men det er altså en langt strengere og mer restriktiv holdning til å ta inn nye medikamenter i dag enn det var før. I det perspektivet mener jeg vi må være villige til å se på om det er enkelte billigere medikamenter som er der i dag, som kan tas ut, og vi bør iallfall si nei til å ta opp nye billige medikamenter som kan få en stor utbredelse. Jeg skal gi ett eksempel: Vi har hatt et kvinnehelseutvalg som har foreslått at østrogenbehandling og østrogener skal fås på blå resept. Det har jeg tatt avstand fra. Høyre går imot dette fordi det er såpass billige medikamenter som i stor grad også først og fremst virker forebyggende, at det ikke er fornuftig å ta dem opp på blåreseptordningen – og si nei til astmapiller eller nye kreftmedisiner, for bare å nevne det viktigste.

Presidenten: Replikordskiftet er omme.

Anne Enger Lahnstein (Sp): Det foreliggende forslaget til ny apoteklov er ett av flere initiativ fra sentrumsregjeringen for nødvendige endringer i helsesektoren. Det har selvsagt ført til debatt, og det er viktig for meg å understreke ved innledningen av mitt innlegg at slike ordninger må være basert på målstyring, nemlig at man skal sikre kvalitet og tilbud i hele landet, og at det skal være en grunnleggende solidarisk holdning som vi har med oss. Jeg går også ut fra at man vil evaluere, vurdere og korrigerer ordningene etter hvert som man får erfaringer, slik at hensikten blir oppnådd.

Det nye forslaget består i det vesentlige av innføring av en friere etableringsrett for apotek, en opphevelse av eneretten farmasøyter har hatt til å eie apotek, og opprettelse av et kontrollregime. Dette skal sikre at nyordningen ikke fører til usunne konkurranseforhold, forfordeling av farmasøyter og skjev geografisk apotekdekning.

Videre må kvaliteten på produktene som blir levert, holde høy standard, slik at vi kan sikre kvaliteten.

Farmasøytene skal fortsatt ha enerett til å drive den faglige biten av apoteket, dvs. at det ved hvert apotek skal være en farmasøyt som har driftskonsesjon til vedkommende apotek, og dette virker jo betryggende når det gjelder kvalitet.

Det nye regelverket for etablering av apotek hadde vært uakseptabelt for Senterpartiet uten gode kontrollordninger. Senterpartiet mener at private i de fleste tilfeller skal stå for drift av apotek, men det er selvsagt ikke tilstrekkelig med markedsregulering på dette området. Det offentlige må inn og styre og sikre tilbudet i hele landet.

Det er etter min mening grunn til å anta at de kontrollordningene som nå blir hjemlet i den nye apotekloven, sammen med eksisterende kontrollordninger er tilstrekkelig for å sikre sunne konkurranseforhold, apotektilbud over hele landet og en høy kvalitet på de produktene som apotekene skal tilby. Kommer man i den situasjon at et sted står uten apotek eller apotekdekning, foreslås det flere tiltak som da skal settes i verk for å avhjelpe situasjonen. For det første skal ordningen med driftstilskudd videreføres. For det andre åpnes det for at kommuner kan få eierkonsesjon til apotek. Det er etter min vurdering altså tilstrekkelig for å sikre apotekdekning over hele landet, som for oss vil være avgjørende. Skulle denne vurderingen imidlertid ikke holde stikk, vil vi selvfølgelig være de første til å krevne intensivering av tiltakene.

Når dette er en så krevende og på mange måter kontroversiell sak, tror jeg det er i erkjennelsen av at det på dette området er veldig sterke krefter ute og går, og det er slik at menneskenes behov for medisiner til en rimelig pris, uansett hvor de bor i landet, må sikres av den offentlige myndighet i et marked som ellers, etter min mening, vil kunne løpe løpsk. Derfor har jeg tillit til, og vil understreke det, at Regjeringen vil følge opp nyordningene på en slik måte at man sikrer de hensyn som er ivaretatt i innstillingen av flertallet, og at man eventuelt tar initiativ til å korrigere hvis det viser seg at dette ikke vil bli tilfellet.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Harald T. Nesvik (Frp): Først vil jeg stille spørsmål til representanten Lahnstein. Det er jo bl.a. representanter for de tidligere regjeringspartiene som har hevdet at det er fare for feilmedisinering og den biten ved salg av medisiner i butikk. Det var vel særlig representanten Næss som var virkelig bekymret – for magesår og litt forskjellig og mitt spørsmål til representanten Lahnstein er: Deleer representanten Lahnstein synet til representanten Næss, i og med at man tilhørte den samme «blokken» i forbindelse med regjeringdannelsen? Vil det igjen si at ordningen med medisinskap ute i distriktene, som man tidligere har omtalt som god og sikker, ikke fungerer tilfredsstillende? Det må jo være konklusjonen, slik som jeg ser det. For det er ikke et apotek, det er bare et skap som eies av apoteket, og som man da drifter i butikk. Det er det første spørsmålet.

Så til det andre jeg vil spørre representanten Lahnstein om. Det virker som om styringskåtheten til den avgåtte regjeringen var urimelig stor, for hvis man ser på apotekloven § 5-1 andre ledd, andre punktum, står det følgende:

«Apotekkonsesjonæren har adgang til de deler av apoteket som ikke er publikumssone etter tillatelse fra apotekeren eller apotekbestyreren.»

Mener virkelig representanten Lahnstein at det er fornuftig å begrense eierens adgang til å bevege seg i sitt eget apotek? Er det den form for reguleringer som man ønsker seg i fremtiden?

Anne Enger Lahnstein (Sp): Representanten Nesvik stiller meg spørsmål om min holdning til medisinskap i distriktene. Jeg tror rett og slett at jeg her må vise til merknader i innstillingen der Senterpartiet er med. Det som er poenget med vår holdning her, er jo nettopp å sikre både kvalitet og tilgjengelighet, og også å sikre at man f.eks. har en korrigerende for bivirkninger og en mulighet for å gripe inn.

Når det gjelder Næss' syn, som kom til uttrykk i hans innlegg, er jeg enig med Næss i det.

Når det gjelder det forhold at en eier – etter regelverket, forstår jeg – ikke skal kunne gå i hele apoteket sitt, må jeg si at der er jeg på litt tynn grunn. Men jeg har oppfattet det slik at når man har delt konsesjonen mellom eier og drift, er det faktisk for å sikre at driften skal ha den faglige forankring som er nødvendig for å sikre kvaliteten. Det er slik jeg har oppfattet det, og jeg kan ikke gå inn på hvorfor dette er utformet som det er gjort, mer enn å vise igjen til innstillingen. Jeg har tillit til at dette vil bli håndtert av departementet og myndighetene på en slik måte at det ikke virker meningsløst.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg synes at svaret på det spørsmålet som saksordføreren stilte, var ganske fyllestgjørende. Men det var egentlig som et supplement til det at jeg tok ordet.

Ut fra representanten Nesviks innlegg kan det høres ut som om at hvis man eier noe, skal man ha tilgang til absolutt alt, også tilliggende herligheter. Det er klart at en rekke personer eier private legesentre uten at de dermed skal få utlevert nøklene til medisinskapene med morfin, amfetamin og det man ellers måtte ha tilgang på. Det kan da ikke være ufornuftig at man i lovs form regulerer tilgangen til medikamenter – selv om man skulle eie et apotek – hvis man ikke rent faglig er i stand til å håndtere medikamentene på en forsvarlig måte. Så langt jeg oppfatter, er det vel det man tar til orde for her gjennom reguleringen av lokaler, innredning og utstyr i § 5-1.

Presidenten: Presidenten er litt usikker på om Olav Gunnar Ballo retta replikken til siste eller til føregående talar. Men presidenten vil la representanten Anne Enger Lahnstein få ordet til eventuell svarreplik.

Anne Enger Lahnstein (Sp): Jeg vil gjerne takke representanten Ballo for en utfylling av min svarreplik til Nesvik. Jeg oppfatter at Nesviks beskrivelse av det me-

ningsløse i eller det uforståelige at en eier ikke nødvendigvis skal ha tilgang til medikamentene, nå er svart på av meg – og av representanten Ballo.

Presidenten: Fleire har ikkje bede om replikk.

Olav Gunnar Ballo (SV): Sosialistisk Venstreparti er godt fornøyd med den flertallsinnstillingen som her foreligger for Odelstinget til behandling, og dermed også med det utkastet til ny apoteklov som forelå fra den avgåtte regjeringen, for det har jo fått gjennomslag på alle sentrale punkt.

Det mest sentrale med den nye apotekloven er etter SVs syn skillet mellom eierskap og driftskonsesjon. Gjennom den nye apotekloven blir det mulig å eie et apotek uten at man må ha kompetanse som farmasøyt. Samtidig sikrer loven at man skal ha farmasøytansatte på driftssiden, slik at fagligheten ivaretas.

I forkant av at apotekloven skulle behandles, har også vi i SV notert oss en rekke forskjellige utspill fra mange forskjellige partier, knyttet til bl.a. salg av apotekvarer utenfor apotek, da spesielt ikke-reseptpliktige varer. Vi har også registrert at det i andre partier enn de som i dag går inn for det, nemlig Fremskrittspartiet, har vært tatt til orde for at man skulle få til postordresalg. Det har SV advart mot hele tiden, og jeg har i ulike sammenhenger kommentert det og sagt at det bør man ikke gå inn for. Derfor er vi veldig glad for at det som var innstillingen fra den avgåtte regjeringen, har også flertallet gått inn for. Salg av ikke reseptpliktige medikamenter utenfor apotek vil, som også Are Næss var inne på, veldig fort kunne medføre bivirkninger, som naturligvis ikke er tilsett, men som likevel vil kunne oppstå fordi informasjonen ikke vil være god nok. Spesielt gjelder det acetylsalisylsyre til mindreårige, der man tidligere har sett til dels svært alvorlige bivirkninger, også av én enkelt tablett. Paracetamol er kanskje det vanligste medikamentet overhodet i Norge når det gjelder forgiftning, og spesielt når det gjelder leverskader. Det er et preparat som ikke er reseptpliktig når det selges i minstepakninger, og som da vil kunne selges utenfor apotek. Også antihistaminer, som i dag selges i minstepakninger uten resept, vil kunne ha betydelige bivirkninger hvis det tas mange av dem.

Så har flere av talerne her sagt at man jo ikke får spesielt god informasjon i apotek heller, hva kan da være så galt med at preparatene selges utenfor apotek? Det synes jeg er en forunderlig måte å argumentere på. Nå er det jo sånn at loven i § 6-7 heldigvis regulerer nøyaktig hvilken informasjon som skal gis, og da må det jo være et poeng at man heller styrker informasjonsleddet, som apoteket representerer, henviser til loven og henstiller til apotekene å følge loven, enn at man skal svekke den informasjonen ved at preparatene selges utenfor apotek.

Are Næss var også inne på at det ligger et ikke ubetydelig inntektsgrunnlag her for apotekene, og det synes jeg også betyr noe. Hvis konsekvensen av at man tar ut den typen preparater fra apotek, blir at det ikke lenger er næringsgrunnlag for å drive apotek, f.eks. i en rekke distrikter, vil jo det være veldig uheldig. Derfor er det viktig å

se både det faglige argumentet og argumentet om inntekt i sammenheng.

SV er veldig glad for at man i § 2-8 e), som flere har vært inne på, knytter vilkår for å drive og eie apotek til forpliktelser overfor andre apotek, f.eks. distriktsapotek, og at man på den måten kan oppnå en fordelingseffekt gjennom paragrafen. Men det er avhengig av at man benytter den aktivt, og at det ikke blir en sovende paragraf. Paragraf 2-8 er ellers viktig generelt fordi det stilles krav om samhandling med helsetjenestene lokalt. Og én ting jeg synes man skal være opptatt av, er at apotekvesenet er en del av det øvrige helsevesen, det har betydelig faglige innslag og kan heve kompetansen både sentralt og i distriktene, forutsatt at det stimuleres til et faglig samarbeid, og at man understreker den informasjonsplikten som apotekene har.

Jeg vil gi ros til den avgåtte regjeringen for det arbeid man har gjort når det gjelder den nye apotekloven. Jeg tror det vil bli en god lov, som også vil muliggjøre og stimulere til dekning i distriktene, forutsatt at spesielt § 2-8 brukes aktivt.

Odd Einar Dørum (V): Venstre sitter ikke i komiteen, men vi følger flertallet på alle avgjørende punkter. Jeg vil likevel knytte noen merknader til innstillingen, for det første at vi i Norge har et lavt legemiddelforbruk sammenlignet med de fleste land – det henger etter min mening sammen med en restriktiv legemiddelpolitikk – og at norske apotek har tatt sin del av ansvaret for å gjennomføre en slik politikk. De reformene som det legges opp til i dag, legger ikke noen hindring i veien for at det fortsatt kan være slik. Tvert imot er det slik at også etter dagens reformer vil apotekene være en naturlig del av helsevesenet, men det er viktig at det blir en slik utvikling.

Derfor ønsker jeg å knytte noen merknader til den evalueringen som komiteen omtaler i noen sammenhenger i innstillingen. Blant annet vil man etter tre år vurdere spørsmålet om omsetning av reseptfrie produkter. Man vil også etter tre år se på andre spørsmål. Jeg tror at når man skal evaluere – og jeg tror det er riktig å evaluere viktige reformer – bør man også se på spørsmål som tilsyn. Fungerer tilsynet godt nok på dette tidspunkt? Utvikler tilsynet seg bra? Vi er i Norge i dag generelt i en situasjon hvor vi er opptatt av å styrke tilsyn på en rekke samfunnsmessige områder. På dette området, hvor vi åpner for mer konkurranse som vi mener ikke skal ramme kvaliteten, og som vi mener ikke skal ramme distriktene, er tilsynsfunksjonen særdeles viktig. Derfor er det å få tilsynsfunksjonen på plass viktig, og det er også viktig å få den evaluert.

På samme måte er det viktig å se på konsekvenser for distriktene. Mitt parti støtter den reguleringsmekanismen som er lagt inn fra flertallets side, men det kan jo tenkes at vi fortsatt – og jeg bygger f.eks. på erfaringer fra mitt oppvekstfylke, Sør-Trøndelag – har apotek som er så små at om noen skulle gå inn for å skumme fløten, kan det godt tenkes at man skummer fløten på et stort tettsted i et distrikt, la oss si et tettsted med 5 000 – 6 000 men-

nesker, men det man ender opp med hvis noen gjør det, er å undergrave det apoteket som er der. Det oppfatter jeg ikke som tilsiktet, verken fra den regjeringen jeg satt i, eller fra komiteflertallet, men jeg nevner det som et poeng, slik at man kan være oppmerksom når man følger den videre utviklingen.

Samtidig syns jeg det er viktig å få vurdert eierstruktur og konkurransemessige forhold, når både sterke innenlandske og utenlandske kjeder kommer inn. Dette har komiteen omtalt på side 22 i innstillingen, og jeg syns det er viktig at det blir tatt med.

Avslutningsvis vil jeg også vise til den faglige virksomhet i apotekene, og som ble omtalt i en replikk. La meg tillate meg en replikk, siden jeg har et tidligere fagfelt som har knyttet seg til justisvesenet: Det er lov å eie en våpenforretning, men det er ikke samtidig lov til å bære våpen uten videre. Sagt på en annen måte: Du kan godt eie et apotek og ha fullt innsyn i alle data som har med den økonomiske drift å gjøre, men dermed har du ikke fri tilgang til alt som omsettes. Heldigvis er det et lovverk i Norge som regulerer dette på en bra måte, det er ingen forskjell på kong Salomo og Jørgen hattemaker i så måte, og det er et sunnhetstrekk ved vårt norske samfunnssystem at vi har det slik. Men jeg syns representanten Ballo på en overbevisende måte brakte den legevitenskapelige opplysning inn i debatten på det punkt, så jeg skal ikke utdype det nærmere. Jeg håper at man når loven trer i kraft, sørger for at forskriftsverket er på plass, og at man ikke går fram så hurtig at man ikke får en forsvarlig prosedyre i forbindelse med forskriftsverket.

Når det gjelder reformen, er det slik at dersom den jamne mann og kvinne skal få et bedre tilbud gjennom konkurransen som det legges opp til, må man også se på utdanningskapasiteten. Dette er omtalt i innstillingen. Jeg vet at både ved Universitetet i Oslo og ved Universitetet i Tromsø kan opptakskapasiteten når det gjelder farmasistudiet, økes høsten 2000 dersom det settes av midler til dette i revidert nasjonalbudsjett. Dette er en tanke jeg sender med den nye helseminister, men jeg skal ikke gå lenger enn det.

Jeg syns det er en viktig reform vi får – loven moderniseres, men den moderniseres på en slik måte at vi tar hensyn til at Norge fortsatt er et land hvor folk ikke bare bor i byer, som den byen hvor dette parlament ligger, men også i griseområder. Og vi er svært opptatt av å sikre kvaliteten også etter at denne reformen er gjennomført.

Presidenten: Neste talar på talarlista er Berit Brørby. Presidenten kan ikkje sjå at Berit Brørby er til stades i salen.

Då går vi vidare til neste og sist innteikna talar, statsråd Tore Tønne.

Statsråd Tore Tønne: Den nye apotekloven har sine aner i regjeringen Harlem Brundtland, som på midten av 1990-tallet satte organiseringen av legemiddelmarkedet i fokus, bl.a. gjennom oppnevningen av det såkalte Strøm-utvalget. Deregulering av apotekvesenet er blant de av

Strøm-utvalgets tilrådingar som Bondevik-regjeringen fulgte opp overfor Stortinget. Jeg konstaterer at forslaget til ny apoteklov har samlet bred støtte i komiteen.

Det ligger med andre ord en bred politisk enighet til grunn for den foreslåtte apotekreformen – en reform som det er historiske dimensjoner over. Helt siden 1600-tallet har det vært begrensninger i adgangen til å etablere og eie apotek for andre enn farmasøyter. Når andre grupper nå slipper til på eiersiden, og adgangen til å etablere apotek blir friere, er dette et uttrykk for et nyere syn på bruk av statlige reguleringer for å nå helsepolitiske mål. Apotekvesenets viktigste oppgave er å bidra til god tilgang på legemidler under forhold som ivaretar hensynet til sikkerhet, kvalitet og tilgjengelighet. Dette er helsepolitiske mål som kan nås gjennom andre og mindre markedsinngripende virkemidler enn gjennom statlige reguleringer og begrensninger i eierskaps- og etableringspolitikken for apotek. Målene kan nås gjennom klare faglige krav til apotekdrift i loven selv, i forskriftsverket og i konsesjonsvilkårene, samt gjennom oppfølging fra myndighetenes side for å sikre at de faglige kravene blir overholdt i praksis.

Dagens apotekvesen er generelt av høy standard. Jeg forventer at det faglige nivået i apotekvesenet blir opprettholdt på minst like høyt nivå fremover. Jeg vil bidra til dette ved å fastsette et forskriftsverk med tydeligere og om nødvendig strengere faglige krav samt ved et forsterket apotektilsyn.

For apoteknæringen representerer den nye apotekloven mange muligheter. Kravet om at apotek skal eies personlig i enkeltpersonforetak, er forlatt, slik at den enkelte apoteker heretter vil stå fritt til å velge den eierform som passer best. Dette åpner for selskapsdannelser og for kjededannelser i apoteknæringen, og dermed for nye eierformer, nye eiere og ny kompetanse. Den tendens vi allerede har sett til integrasjon på eiersiden mellom apotek og grossistledd, bærer bud om en utvikling mot økt kjøpermakt i forhold til legemiddelprodusentene. Dette er en viktig utvikling mot et mer balansert legemiddelmarked og gir på lengre sikt bedre muligheter for et lavere prisnivå på legemidler. På detaljstnivået innebærer apotekreformen et sterkere og mer effektivt distribusjonsledd i legemiddelmarkedet, med gode muligheter for mer effektiv ressursutnyttelse.

Dereguleringen av apotekvesenet vil på denne bakgrunn tjene både det offentlige og brukernes interesser. Brukerne må kunne forvente bedre service på apotek gjennom kortere ventetid, bedre informasjon og et bredere tilbud av farmasøytiske tjenester. Etter hvert må det også kunne forventes lavere priser på en del tjenester og produkter som selges fra apotek.

Bak disse forventningene til reformen ligger det en forutsetning om konkurranse i apoteknæringen. Frem til i dag har det i realiteten ikke vært priskonkurranse mellom apotek. Konsentrasjonstendenser i den senere tid kan tyde på motkrefter mot konkurranse også i fremtiden. Jeg finner en eventuell posisjonering med et slikt formål uheldig, og deler i så måte den bekymring som er kommet til uttrykk fra komiteen. Konkurransemyndighetene

er imidlertid oppmerksom på situasjonen i dagens apotekmarked. Konkurransetilsynet følger utviklingen nøye og vil om nødvendig gå inn med tiltak for å sikre konkurransen. I egenskap av konsesjonsmyndighet etter både den någjeldende og den nye apotekloven vil departementet dessuten legge forholdene til rette for nye aktører og videre bidra til at etablerte aktører ikke hindrer konkurranse.

Myndighetenes særlige interesse i legemiddelmarkedet har ikke minst sin bakgrunn i de meget store beløp som ytes over trygdebudsjettet til legemiddelrefusjoner. Dette er vel anvendte trygdemidler, gitt at de helsemessige gevinster står i et rimelig forhold til ressursbruken. Utviklingen av nye legemidler og bedre kunnskap om effekten av gamle legemidler tilsier jevnlike evalueringer av blåreseptordningen. En mest mulig effektiv forvaltning av blåreseptordningen er blant de viktigste målsettinger for en ny statlig legemiddelforvaltning. Dette vil jeg orientere Stortinget om senere, i første omgang i revidert nasjonalbudsjett 2000.

Presidenten: Det vert replikkordskifte.

Harald T. Nesvik (Frp): Det er klart at etter så kort tid i statsrådstolen kan man ikke forvente at statsråden kan gi de mest utdypende svarene.

Men jeg vil peke på én ting, og det går på legemiddeloven § 20, altså det som har med naturmidler å gjøre. En enstemmig komite ber om at Regjeringen kommer tilbake til Stortinget med forslag til lovendring i forbindelse med det som har med medisinsk reklame å gjøre. I dag blir bl.a. påstanden «hjelper mot sår hals», som jeg var inne på i mitt innlegg, tolket som medisinsk reklame. Spørsmålet mitt til statsråden er om han raskt vil sette i gang en gjennomgang av hvordan denne paragrafen blir tolket, slik at man får en tolkning av medisinsk reklame som er i tråd med vanlige folks rettsoppfatning av hva dette dreier seg om.

En annen ting som jeg også vil vise til, som står i innstillingen, er det som har med egenandeler og referanseprissystemet å gjøre. En enstemmig komite viser til det som står i proposisjonen, at man i forbindelse med St.prp. nr. 1 for 2000-2001 vil komme tilbake til den evalueringen som ECON holder på med nå i forbindelse med referanseprissystemet. Kan statsråden bekrefte at det er målsettingen også for denne regjeringen, slik at man snart kan få en evaluering av referanseprissystemet nettopp med tanke på kanskje å redusere de enorme egenandelsøkningene som dette systemet har påført pasientene.

Statsråd Tore Tønne: Jeg takker representanten Nesvik for hans overbærenhet med at jeg ikke kan gå i detaljer når det gjelder alle sider ved det fremlagte forslag. Men i dette tilfellet kan jeg bekrefte at vi vil gjennomgå begge de sakene som representanten her tok opp, og at arbeidet med evalueringen av referanseprissystemet allerede er i gang.

Annelise Høegh (H): Jeg syntes jeg hørte at statsråden i sitt innlegg sa at han vil vurdere å stille strengere faglige krav til apotekeierne eller til dem som driver apotek, dersom noe skulle tilsi det. Jeg vet ikke om statsråden kan si noe mer om det var noe spesielt han tenkte på – det er jo ganske mange og konkrete krav i proposisjonen, både til eier og til driver av apotek – om det faktisk er slik at helseministeren føler behov for å ha ytterligere fullmakter for å stille strengere faglige krav, eller om jeg har misforstått, at det ikke lå noe mer i det han sa, utover det som ligger i proposisjonen. Det var det ene.

Det andre er det som jeg for så vidt var inne på i mitt innlegg: Skal konkurransen få virke fra dag én, er det viktig at den nye apotekloven kan tre i kraft så fort som overhodet mulig. Det er klart det er et stort forskriftsarbeid som skal gjøres i departementet, men noen kapitler er viktigere enn andre for at ikke Apokjeden og dens forbindelse skal få satt seg for mye før andre slipper til og kan bidra til den konkurransen som skal komme forbrukerne til gode. Vil statsråden se på om det er mulig å få en raskere ikrafttredelse, iallfall av kap. 2 og 3, enn det den tidligere helseministeren antydte, for han antydte vel at det ikke var mulig å komme med forskrifter på dette området før i juli neste år, altså i 2001 – hvis jeg husker riktig – og da går det jo veldig lang tid før noe skjer? Det er mitt andre spørsmål til statsråden.

Statsråd Tore Tønne: Jeg hadde ikke i tankene vurdering av strengere faglige krav enn det det er hjemmel for i loven, slik den nå er fremmet. Det jeg sa, var at de om nødvendig vil bli skjerpet i forhold til hvordan de faktisk er i dag, men det er det etter min vurdering hjemmel for i lovforslaget.

Når det gjelder spørsmålet om ikrafttreden, kan jeg i grunnen ikke si annet om det nå enn at jeg selvfølgelig for det første vil se på hvilke muligheter vi har for en rask ikrafttreden av loven. Om det er muligheter for at enkelte deler av loven kan gis ikrafttreden tidligere enn andre, skal også bli vurdert.

Presidenten: Fleire har ikkje bede om ordet til replikk.

Berit Brørby (A): Jeg vil først be om unnskyldning for at jeg ikke var til stede da jeg ble ropt opp i sted.

Jeg har lyst til å komme med noen kommentarer til den nye apotekloven.

Det anbefalte forslaget til ny apoteklov er en riktig og etter min mening også nødvendig liberalisering og konkurranseutsettelse av apotekleddet. Loven vil gi positive effekter både for forbrukerne og for samfunnet, men bare dersom den får anledning til å virke etter intensjonene.

På sidene 21 og 22 er det fra komiteens side uttrykt en ganske kraftig uro over kjededannelser. Det er bekymringsfullt at dagens apotekere gjennom sitt selskap Apokjeden allerede i forkant av lovens behandling i Stortinget aktivt arbeider for å vanskeliggjøre konkurranse fra nye aktører. Apokjeden er et kjedeselskap som organiserer nesten 90 pst. av dagens 392 apotekenheter. Dersom

selskapet får tid til å gjennomføre sin strategi, vil dette innebære at dagens private apotekmonopol i hovedsak vil bli opprettholdt. Det betyr at den effektivisering og modernisering av det norske apotekvesenet som Sosial- og helsedepartementet har lagt opp til i lovforslaget, vil bli langt vanskeligere å få gjennomført.

Et annet forhold Stortinget bør merke seg, er at Apokjeden allerede har inngått Eiermessig integrering med den finske legemiddelgrossisten Tamro. Tamro er den dominerende grossist i Sverige, Danmark og Finland, men har også betydelig virksomhet i Baltikum og i Nordvest-Russland. Apokjedens medlemmer forplikter seg til å gjøre sine framtidige innkjøp hos Tamro, og konsekvensen er at Apokjedens dominerende monopolstilling i apotekledet raskt kan ta bort det økonomiske grunnlaget for de to andre legemiddelgrossistene i Norge, dersom Apokjedens strategi om sterk markedsdominans gjennom en samlet og koordinert opptreden av dagens apotekere lykkes.

Det er derfor maktpåliggende at forholdene legges til rette for reell konkurranse i apotekmarkedet. Sosialkomiteen understreker selv at det av konkurransemessige grunner er viktig at loven trer i kraft så snart som mulig, og at departementet prioriterer forskriftsarbeidet. Loven hjemler videre at de enkelte bestemmelser i loven kan tre i kraft til ulik tid. De deler av loven som omfatter tildeling av nye apotekkonsepsjoner, bør derfor settes i kraft så raskt som praktisk mulig. Jeg vil understreke nettopp det representanten Høegh stilte spørsmål om i sin replikk til statsråden.

Departementet foreslår å praktisere et midlertidig konsepsjonstak i sentrale strøk. Det er særlig knappheten på farmasøytisk arbeidskraft som har vært departementets begrunnelse for å foreslå et slikt konsepsjonstak innledningsvis. I denne sammenheng synes jeg det er grunn til å merke seg at det i hovedsak er antall resepter – og ikke nødvendigvis antall apotek – som bestemmer behovet for farmasøyter på apotekene. Antall resepter forventes jo ikke å øke som følge av en ny apoteklov. På denne bakgrunn synes jeg for min del at det foreslåtte konsepsjonstaket må bli praktisert veldig pragmatisk. Det er rom for minimum 150 nye apotek i Norge når vi sammenlikner oss med andre land. Norges Apotekerforening sier jo selv i sin publikasjon «Apotekene i tekst og tall for 1999» at den går inn for at det opprettes inntil 250 nye apotek.

I departementet er man også åpen for tildeling av nye apotekkonsepsjoner allerede fra 1. juli 2000, slik at vi kan få en reell konkurranse situasjon i apoteksektoren så snart som mulig. Jeg tror det vil være viktig, nettopp for å ivareta dette hensynet, at man utdeler nye apotekkonsepsjoner raskt.

Det er mange ting å si om den nye apotekloven, men kanskje det aller viktigste konkurransefortrinnet som kan tildeles også de andre grossistene nå, er at loven raskt iverksettes.

Presidenten: Fleire har ikkje bede om ordet til sak nr. 2. (Votering, sjå side 392)

S a k n r . 3

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen) (Innst. O. nr. 49 (1999-2000), jf. Ot.prp. nr. 99 (1998-1999))

Presidenten: Etter ynske frå sosialkomiteen vil presidenten føreslå at debatten blir avgrensa til 1 time og 40 minutt, og at taletida blir fordelt slik på gruppene:

Arbeidarpartiet 35 minutt, Framstegspartiet 15 minutt, Kristeleg Folkeparti 15 minutt, Høgre 15 minutt, Senterpartiet 5 minutt, Sosialistisk Venstreparti 5 minutt, Venstre 5 minutt og representanten Steinar Bastesen 5 minutt.

Vidare vil presidenten føreslå at det blir gjeve høve til replikkordskifte på inntil tre replikkar med svar etter innlegg av hovudtalarane frå kvar partigruppe og fem replikkar med svar etter innlegg frå medlemmer av Regjeringa.

Vidare vil presidenten føreslå at dei som måtte teikne seg på talarlista utover den fordelte taltida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

– Dette er vedteke.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF) (ordfører for saken): Fastlegereformen innebærer at alle innbyggere i Norge får rett til en fast lege. Dette er en meget viktig og omfattende reform innen primærlegetjenesten. Den skal bidra til økt kvalitet og bedre utnyttelsen av de samlede legeressurser i landet. Innføringen av fastlegeordningen vil få stor betydning for den enkelte innbygger. Den er et viktig redskap for å styrke pasientrettighetene. Reformen vil spesielt komme pasienter til gode som har stort behov for legehjelp.

Jeg er derfor glad for at et flertall i komiteen, bestående av Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og SV, støtter at fastlegeordningen skal innføres.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet støtter prinsippet om at alle som ønsker det, skal få en fast lege. Disse medlemmene mener imidlertid at det er uheldig å innføre en fastlegeordning på et tidspunkt hvor man har manko på faste leger, og at ordningen derfor ikke kan iverksettes i hele landet fra starten av. Disse medlemmer foreslår derfor at fastlegeordningen skrinlegges inntil videre.

Forslaget om å etablere en fastlegeordning, som vi i dag har til behandling i Ot.prp. nr. 99 for 1998-99, bygger på St.meld. nr. 23 for 1996-97, Trygghet og ansvarlighet, Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen. Denne stortingsmeldingen ble lagt fram på grunnlag av erfaringer fra et treårig forsøk i fire kommuner i perioden 1993-96. Ved behandlingen av denne stortingsmeldingen la flertallet i Stortinget 13 hovedprinsipper til grunn for det videre arbeidet. Arbeidet er fulgt opp gjennom et eget prosjekt i Sosial- og helsedepartementet.

Forslaget om å etablere en fastlegeordning har vært ute på høring. De fleste høringsinstansene har vært positive til innføring av ordningen.

For å kunne gjennomføre reformen har det vært helt nødvendig at det er et tett samarbeid mellom Sosial- og

helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening. Kristelig Folkeparti ser derfor positivt på at departementet har lagt stor vekt på innvendigene til høringsutkastet og forslag til endringer. Dette samarbeidet er formalisert gjennom et samarbeidsorgan der også Oslo kommune er med. Partene har inngått en intensjonsavtale om å forhandle seg fram til enighet om å etablere lokale samarbeidsorgan, lage sentrale rammer for hvordan de lokale, individuelle avtalene som skal inngås mellom kommunen og fastlegen, skal være – og finne løsninger ved midlertidig legemangel.

Ved innføringen av fastlegeordningen er det først og fremst hensynet til befolkningen som er viktig.

Fastlegereformen er en rettighetsreform. Alle innbyggere i dette landet har i dag gjennom kommunehelsetjenesteloven rett til nødvendig helsehjelp, nødvendig legehjelp. Gjennom fastlegeordningen får vi en tilleggsrett – retten til å ha fastlege. Også denne retten vil bli hjemlet i kommunehelsetjenesteloven – § 1-3 annet ledd. Denne retten innebærer at den faste legen må prioritere meg og de andre innbyggerne som står på legens liste. Alle vil ha rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året og rett til ny vurdering hos en annen fastlege. Den som ønsker det, kan stå utenfor fastlegeordningen.

Fastlegeordningen er en trykghetsreform. Den gir innbyggerne trykghet. Dersom jeg har behov for legehjelp, enten ved at jeg på egen hånd tar kontakt med lege eller ved at jeg etter utskrivning fra sykehus eller sykehjem har behov for medisinsk oppfølging, innebærer reformen at jeg vet hvem som plikter å ta meg imot og følge meg opp. Reformen innebærer også at en lege har ansvar for den enkeltes journal. Dette gir den enkelte lege gode muligheter til å få et helhetlig bilde av pasientens helse.

Fastlegeordningen er en tilgjengelighetsreform. Den vil gjøre det lettere for innbyggerne å få nødvendig tilgjengelighet til allmennlegehjelp. Jeg slipper å ringe til flere leger for å spørre om time. Jeg vet at min allmennlege må prioritere meg ut fra hva som anses nødvendig eller faglig forsvarlig.

Fastlegeordningen gir andre deler av helsetjenesten forutsigbarhet i samarbeidet med lege og enkeltpasienter. Den vil bidra til kontinuitet i lege-pasientforholdet og vil føre til en bedre ressursutnytting i helsetjenesten.

For kommunene betyr innføringen av fastlegeordningen at de må foreta forhandlinger og inngå avtale med den enkelte fastlege. Kristelig Folkeparti er glad for at alle allmennleger ved innføringen av fastlegeordningen blir gitt anledning til å inngå fastlegeavtale med kommunen, enten de har driftstilskudd eller ei i dag.

Det er kommunene som har plikt til å sørge for at alle innbyggere får tildelt en fastlege. Ved opprettelsen av fastlegeordningen har kommunene en unik sjanse til å planlegge, eventuelt restrukturere, sin allmennlegetjeneste – spesielt gjelder det interkommunalt legevaksamarbeid. Fastlegeordningen gir også kommunene mulighet til å innhente og systematisere kunnskap om pasientene og tjenesteproduksjonen i kommunens primærhelsetjeneste.

Det er viktig at alle kommuner i løpet av sommeren/høsten 2000 inngår individuelle fastlegeavtaler. For å

kunne oppfylle rettighetene i fastlegeordningen er det viktig at kommunene sørger for å inngå avtale med mange nok leger. Kommunen må dekke behovet for vikarer ved langvarig ledighet.

Reformen innebærer en omstrukturering av finansieringssystemet for allmennlegetjenesten – fra driftstilskudd til per capita-tilskudd. Fastlegen vil motta et fast tilskudd pr. pasient på sin pasientliste. Per capita-tilskuddet skal tilsvare 30 pst. av inntektene. De resterende 70 pst. av allmennlegenes inntekt vil bli dekket ved trygderefusjon og egenandel. Kristelig Folkeparti ser det som positivt at vi ved innføring av fastlegeordningen får en klar dreining mot et finansieringssystem som økonomisk belønner behandlingsaktivitet. Kommunenes utgifter vil i utgangspunktet bli kostnadsnøytrale, med mindre man må øke antall legestillinger innen primærlegetjenesten.

For legene innebærer reformen nye muligheter. De får klart definert hvem som er deres pasienter, ved at den enkelte mottar en pasientliste fra trygdekontoret. Disse pasientene skal prioriteres. Legene gis muligheter til å planlegge og avgrense sin arbeidstid. Reformen åpner for nye samarbeidsformer mellom legene og gir legene trykghet for fraværdekning. Reformen gir legene mange interessante muligheter til å systematisere kunnskap om sine pasienter og følge pasientene over lengre tid.

Jeg vil understreke at leger som til daglig arbeider med forskning og undervisning, eller f.eks. militærleger, kan få fastlegeavtale og arbeide i en gruppepraksis. Legene vil, som i dag, ha sin praksis som selvstendig næringsdrivende, men i mindre kommuner hvor det er ønskelig, kan allmennlegen fremdeles være ansatt i en kommune. For de legene som ikke inngår fastlegeavtale, vil refusjonsretten i Rikstrygdeverket falle bort.

For å utnytte ressursene best mulig er det en stor utfordring innen helsetjenesten å benytte det rette nivået til den enkelte oppgave. Kristelig Folkeparti ser det som riktig at det innføres henvisningsplikt til spesialisttjenester i andrelinjetjenesten også utenfor sykehus.

Innføring av fastlegeordningen har også sine utfordringer. Den største utfordringen ligger i å få et tilstrekkelig antall allmennleger til å inngå fastlegeavtale med den enkelte kommune, og ikke minst at en får en nødvendig geografisk spredning av legene. Manglende legedekning i primærhelsetjenesten skyldes i stor grad høy konsentrasjon av leger i visse strøk av landet.

Det er i de senere årene satt inn mange tiltak for å øke antall allmennleger. Utdanningskapasiteten er økt fra 310 til 590 medisinerstudenter årlig. I tillegg studerer mer enn 1 000 norske ungdommer medisin i utlandet.

Det arbeides med å rekruttere leger fra EØS-landene. I 1999 ble det rekruttert mer enn 200 leger fra forskjellige EØS-land.

Legemarkedet er blitt strengere regulert. Det ble fra 1.1.1999 innført nytt legefordiningsystem, som har prioritert nye stillinger i primærhelsetjenesten i tillegg til i psykiatri og kreftomsorg. Det opprettes nå få nye legehjemler på sykehusene, som i lengre tid har hatt en sterk vekst. For å stimulere flere leger til å arbeide i distriktene er det satt inn forskjellige stimuleringsiltak, bl.a.:

- forsøksordninger med interkommunalt legevaktssamarbeid
- veiledningsordninger for turnusleger
- økonomisk støtte til spesialistutdanning

For å kunne stabilisere legedekningen i distriktene vil det være nødvendig å redusere arbeidsbelastningen som ligger i hyppig legevakt, og det må legges til rette for en større likhet i inntekt enten man er fastlege i Utkant-Norge eller i en stor by. Kristelig Folkeparti støtter – sammen med flertallet i komiteen – derfor at det i fastlege-reformen foreslås en utjavningsordning i kommuner med få innbyggere.

Kommunene har ansvar for å sørge for at de offentlige legeoppgavene og det samfunnsmedisinske arbeidet blir ivaretatt. Mange har fryktet at de offentlige oppgavene som legetjenesten i sykehjem, skolehelsetjenesten og helsestasjonene skal bli taperne i fastlegeordningen. Disse utfordringene er det tatt fatt i ved at en gjennom prosessen med inngåelsen av fastlegeavtale gir kommunene en ny mulighet til å legge på plass det offentlige allmennlegebehov før listelengden fastsettes. Det er positivt at kommunene får en forskriftshjemlet rett til å stille krav til fastlegene om at de må ta offentlige legeoppgaver for å få fastlegeavtale. Omfanget av oppgavene skal reguleres i fastlegeavtalen til den enkelte. De kommende forhandlingene vil avgjøre avlønningen av disse oppgavene.

Jeg tror at det samfunnsmedisinske arbeidet vil bli en stor utfordring – både rekrutteringen til dette og stabiliteten i disse stillingene. Men jeg vil peke på at samfunnsmedisinen vil få nye spennende utfordringer gjennom fastlegeordningen. Rollen som og oppgavene til kommunelege I vil få et nytt innhold. Kommunene bør samarbeide om heltids- eller deltidstillinger som kan deles mellom kommunene. Det vil bli viktig med konkurransedyktig lønn.

Innføringen av fastlegereformen skal altså skje 1. januar 2001 over hele landet. Der det ikke er leger nok, må reformen suspenderes for så å iverksettes ved tilstrekkelig legedekning. Dette er ikke ideelt, men jeg mener reformen er så positiv for alle dem som kan delta, at den ikke kan utsettes i påvente av at absolutt hele landet skal kunne være med. Arbeidet i kommunene framover nå blir særlig viktig. Mange kommuner har kommet langt i forberedelsene, mens andre har mye igjen å gjøre. Det er viktig at kommunene skaffer seg oversikt over tallet på leger som har rett til og ønsker å inngå fastlegeavtale i kommunen, og hvor mange leger de trenger til det offentlige legearbeidet og til kurative oppgaver. Forberedelsene må starte nå, selv om partene forhandler utover våren.

Jeg håper fastlegeordningen vil gjøre det attraktivt for leger å arbeide i allmennlegetjenesten. På Cuba kalte de familielegene for «helsens voktere». Det at fastlegen kjenner sine listepasienter i ulike livssituasjoner, gjør ordningen til en viktig faktor i det forebyggende helsearbeidet.

Jeg ser fram til oppstartingen av en dynamisk fastlegeordning hvor pasientenes rettigheter og behov er satt i sentrum, men som også er positiv for både legene og kommunene.

M o r t e n L u n d hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Olav Gunnar Ballo (SV): SV har i det alt vesentlige sammenfallende syn med det som saksordføreren her redegjorde for. Vi går inn for fastlegeordningen og tror at det skal bli en god ordning hvis man følger den opp skikkelig. Men det er en merknad fra flertallet som SV ikke gikk inn for, og det er en betraktning knyttet til – skal vi si – krav til fastlegen. I den fellesmerknad som Kristelig Folkeparti er med på i innstillingen på side 15, venstre kolonne, tredje avsnitt, er det angitt at fastlegen bør være tilgjengelig minimum tre dager ukentlig «for personer på sin liste», som det står, og videre at det vil bedre «tilgjengeligheten for yrkesaktive dersom legen minst én gang i uken er tilgjengelig på kvelden». Jeg vil spørre saksordfører hvordan dette skal forstås. Et av de store problemene knyttet til å rekruttere leger til distriktene er jo nettopp at man føler at man inngår i så forpliktende avtaler og får et så stort arbeidspress at det vil være vanskelig å kombinere det med en normal familiesituasjon. Man kan risikere at en lege f.eks. vil gå i tredelt vakt, og hvis man da skulle oppfatte dette med kveldsliste i tillegg som en form for forpliktelse, så forsvinner jo kveldene. Likeledes kan det være kurs man skal reise på. Er det riktig å forstå det som står her, slik at en lege som f.eks. reiser bort, skal ha sikret tilgjengeligheten for sine pasienter eksempelvis ved å gjøre avtale med en kollega, slik at det ikke betyr den faktiske legen? Og i tillegg: Når det gjelder kveldsliste, er det en mild henstilling, men det må selvfølgelig være opp til den enkelte lege om han organiserer sin virksomhet slik at han har kveldsliste.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Når det gjelder den komitemerknaden som representanten Ballo sikter til, gjelder det når en har fulltids praksis. Da mener en at en bør ha tilgjengelighet tre ganger i uken, og en ønsker også at det skal være mulighet for at det holdes åpent én kveld i uken, slik at folk som er i arbeid, kan få legebehandling om kvelden.

Det er i proposisjonen også åpnet for at leger kan ha gruppepraksis, men da må legene først inngå individuelle fastlegeavtaler. Det åpnes også for at en kan ha felleslister, og for å dekke inn en del leger som ellers ikke kunne ha vært med i en fastlegeavtale, f.eks. militærleger, forskere, de som underviser, slik at en også har mulighet til å bruke de ressursene som de representerer. På den måten vil det blir mer tilgang på leger.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Asmund Kristoffersen (A): I dag kan vi sette sluttstrek etter mange års arbeid med å få til en fastlegeordning i Norge. Når vi med dagens vedtak gir den endelige lovhjemmel for en ordning som omfatter samtlige kommuner, har dette sitt utspring i at Stortinget i 1991 vedtok at det skulle settes i gang forsøk med listepasientsystem i

kommunehelsetjenesten, et treårig forsøk som ble igangsatt våren 1993 med fire deltakende kommuner, nemlig Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes. Dette omfattet ca. 240 000 innbyggere og ca. 150 leger.

I St.meld. nr. 23 for 1996-97, som saksordfører henviste til, ble så erfaringene med forsøket lagt fram, med Regjeringens anbefaling om å innføre en landsomfattende fastlegeordning. Et flertall i Stortinget sluttet seg som kjent til å gjennomføre en slik reform.

Denne reformen er et viktig ledd i en sammenhengende kjede av reformer i helsevesenet. «Pasienten først» var ledetråden i reformen, der pasientens behov var utgangspunktet for all behandling og pleie. To hovedanliggender var grunnleggende. For det første: Befolkningen skal ha trygghet for legehjelp når behovet melder seg. Og for det andre: Helsepersonellet og det offentlige helsestellet skal ta ansvar for at pasientene får gode helsetjenester til rett tid.

Selv om vi i Norge over en viss tid har hatt en god primærhelsetjeneste, med høy kvalitet og god tilgjengelighet, er det grunn til å spørre om den ordningen vi nå skal forlate, i tilstrekkelig grad har forpliktet både legen og myndighetene nok i forhold til den enkelte pasient. Mitt og stortingsflertallets svar er nei.

Det er også grunn til å legge vekt på bl.a. følgende når måten vi organiserer primærhelsetjenesten på, skal revideres:

- Utviklingen i medisinsk kunnskap gir oss nye muligheter til å behandle sykdommer.
- Legetjenestene er ulikt geografisk fordelt hos oss.
- Undersøkelser viser at bare hver tiende konsultasjon hos allmennpraktiserende leger viste seg, vurdert i ettertid, nødvendig i den forstand at pasienten hadde en sykdom som trengte behandling og kunne behandles. Likevel kunne det være god grunn til å søke hjelp.
- Det er allmennlegen som behandler de langt fleste pasientene og følger opp pasientene over tid.
- Det er allmennlegen som kan ha helhetsperspektivet i forhold til pasientene.

Jeg har merket meg at pasientene vil ha en fastlegeordning. Jeg viser til bl.a. positive utsagn fra store pasientforeninger og interesseorganisasjoner. Jeg har også merket meg at helseprofesjonene, inkludert Den norske lægeforening, ønsker en fastlegeordning. Jeg nevner også at Kommunenes Sentralforbund, som representerer de som har ansvar for primærhelsetjenesten, sier at fastlegeordningen vil bli en ordning som samsvarer med kommunenes og KS' synspunkter.

Den fastlegeordningen som nå vedtas, baserer seg delvis på erfaringer fra fastlegeordningen i noen europeiske land, men i hovedsak på forsøket over tre år i de fire norske kommuner som jeg nevnte tidligere. Ved siden av at forsøkskommunene vurderte resultatene selv, har hele fem uavhengige forskningsmiljøer vært engasjert til å foreta en løpende evaluering. Konklusjonene av forsøkene er entydig positive. Det beste bevis er at nesten alle innbyggerne ønsket at fastlegeordningen skulle gjøres varig. Bare 7 pst. av legene uttrykte misnøye med ordningen.

Jeg synes dette er et meget godt grunnlag å bygge reformen på. Jeg tror ikke at en fastlegeordning løser ethvert problem, for det perfekte system er ikke oppfunnet. Jeg har merket meg at de sterkeste kritikerne utenfor Stortinget var de leger som hadde privat virksomhet uten avtale, men som helt uregulert kunne bruke offentlige penger gjennom trygderefusjoner til sin private virksomhet. Jeg må si at det er ikke urimelig at det offentlige skaffer seg innflytelse over egne penger for på den måten å bidra til at slike midler og dermed legearbeidskraft blir noenlunde geografisk rettferdig fordelt. Dette kan også bli en effekt av fastlegeordningen.

Selv om vi på mange måter har en legetjeneste i kommunene som vi kan være fornøyd med, er det også slik at det er for vanskelig for pasientene å slippe til. En møter ofte en ny lege, legen har for liten tid, det er for store forskjeller, det er uklart hvor hjelpen er fordi ingen leger har ansvar for den enkelte, det er dårlig oversikt for kommunen som har ansvar, og for dårlig kontroll over utgiftene. Det kan være grunn til å fremheve at erfaringene fra forsøket bl.a. viste at psykiatriske pasienter, småbarnsforeldre, eldre og andre var fornøyd med fastlegeordningen fordi den gav kontinuitet og god kontakt mellom pasient og lege.

Det er understreket i proposisjonen at fastlegeordningen gir bedre muligheter for et tettere samspill mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette er meget viktig å få til på en enda bedre måte enn i dag, av bl.a. tre grunner:

1. En tettere kontakt mellom primærlege og sykehus kan heve kvaliteten på primærlegens arbeid og kan bidra til at pasienter som i dag sendes til spesialist, kan utredes og behandles lokalt.
2. Det vil gi langt større faglig trygghet for legen. Vi har svært mange små kommuner, og følgelig kan mange leger føle seg både faglig isolert og svært alene i et meget krevende arbeid. Faglig kontakt med kolleger er viktig både for trivsel og trygghet.
3. Det vil være samfunnsøkonomisk gunstig gjennom mindre bruk av mer høyspesialiserte helsetjenester.

En vellykket fastlegeordning landet over krever tilstrekkelig og noenlunde stabil legedekning. Det reises berettiget spørsmål ved om ordningen lar seg gjennomføre slik den er tenkt, under henvisning til mangel på leger i mange kommuner. Det vises til at vi har ca. 200 vakante stillinger i kommunehelsetjenesten, og at fastlegeordningen kanskje vil kreve opp mot 400 nye stillinger. Jeg tror vi kan være en smule optimistiske ut fra bl.a. følgende, som også saksordfører var inne på:

- Vi utdanner nå svært mange leger pr. år. Ved siden av de mellom 500 og 600 legestudentene vi utdanner hvert år ved innenlandske universiteter, har antallet som utdanner seg i utlandet, økt meget sterkt, fra ca. 200 til opp mot det dobbelte de siste par årene.
- Det er igangsatt en strengere tildeling av leger til sykehus til fordel for primærhelsetjenesten.
- Det skjer rekruttering fra utlandet, både fra nordiske land, spesielt Danmark, og også fra Tyskland.

En må også ha tro på at nå når alle som skal arbeide for folketrygdens penger, må ha avtale med en kommu-

ne, bør dette over litt tid virke utjevne og føre til mindre konsentrasjon av legene.

Jeg vil vise til at det under behandlingen av stortingsmeldingen om fastlegeordningen i 1997 ble gitt meget klare føringer for målrettede ordninger for legene i småkommuner og utkantkommuner. Dette er fulgt meget godt opp i lovproposisjonen fra den forrige regjeringen og i komiteens merknader.

Jeg går ikke inn på enkelthetene i fastlegeordningen. Saksordføreren var innovent mange av de ordningene som vil gjelde både for pasient, lege og kommune.

Jeg er kjent med at arbeidet med å forberede fastlegeordningen har vært organisert som et prosjekt underlagt Sosial- og helsedepartementet, der prosjektledelsen har samarbeidet med berørte parter. Av det jeg kan se av forslagene og vurderingene i proposisjonen og ellers kjenner til, må det i dag være på sin plass å gi de ansvarlige i dette arbeidet meget velfortjent honnør for svært godt utført arbeid med en sak som slett ikke har vært enkel.

Gjennom arbeidet i Stortinget har jeg registrert at motstanderne av reformen og ulike særinteresser nok har spilt inn sine synspunkter. Mye av den praktiske tilretteleggingen og gjennomføringen er basert på en avtale mellom partene. Det synes jeg er greit, og jeg forutsetter at intensjonen med fastlegereformen respekteres fullt ut, slik at senere detaljregulering fra Stortingets side ikke blir nødvendig. Jeg tror vi nå setter i verk en reform som styrker vårt helsevesen i vesentlig grad.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

John I. Alvheim (Frp): Under behandlingen av den forrige innstillingen, Innst. S. nr. 215 for 1996-97, uttalte representanten Asmund Kristoffersen følgende:

«Jeg har merket meg at de sterkeste kritikerne utenom Stortinget er de leger som har privat virksomhet uten avtale, men som helt uregulert kan bruke offentlige penger gjennom trygdeerefusjoner til sin private virksomhet. Jeg må si at det er ikke urimelig at det offentlige skaffer seg innflytelse over egne penger for på den måten å bidra til at slike midler og dermed legearbeidskraft blir noenlunde rettferdig fordelt geografisk. Dette er også en effekt av fastlegeordningen.»

Det samme gjentok representanten Asmund Kristoffersen i sitt innlegg nå, men det blir ikke riktiger om han gjentar det flere ganger.

Jeg har følgende tre spørsmål til representanten Asmund Kristoffersen i forhold til denne uttalelse:

1. Hva er den faglige forskjellen på å konsultere en avtaløs lege eller en lege med driftsavtale?
2. Hva menes med at det offentlige skal skaffe seg «innflytelse over egne penger»? – er det ikke slik at det er pasientene som har rett til refusjon for legekonsultasjonen og ikke legen?
3. Tror virkelig representanten Asmund Kristoffersen at fastlegeordningen vil bidra til en mer såkalt rettferdig geografisk fordeling av allmennlegene, som i dag er i manko? Og hvordan kan representanten belegge en slik påstand?

Asmund Kristoffersen (A): Det er altså slik at det offentlige bruker ganske mye penger på helsevesenet. Vi bruker kanskje for lite, iallfall klarer vi ikke fullt ut å imøtekomme de behov som synes å være til stede. Det er også slik at mye av den private praksisen som vi hadde, iallfall inntil vi fikk saker der vi la grunnlaget for en ny avtalepolitikk, medførte at de legene som ikke hadde noen forpliktelse overfor det offentlige i forhold til å delta i f.eks. vaktarbeid eller inngå i det samfunnsmedisinske arbeidet, hadde – for å si det veldig enkelt – et direkte suget inn i trygdekassen ved at de behandlet de pasientene de ønsket å behandle, og så sendte de regningen til folketrygden for en del av honoraret. Det var en helt kulant ordning som var fullt lovlig. Men det betød at en hadde veldig liten styring på akkurat disse midlene. Erfaringene viste at legene plasserte seg der hvor det var flest kunder «å beite på». Det betød at fordelingen av legene i Norge ble svært ujevn, og det var dette jeg la til grunn i det som representanten Alvheim siterte meg på, og som jeg fant all grunn til å gjenta i dag. Da har jeg også delvis gitt svar på de spørsmålene som representanten stilte. Jeg ser ingen faglig forskjell. Jeg tror at en privatpraktiserende lege er like dyktig som en som arbeider i et tilsettingsforhold i en kommune, men det er viktig at pasientene har den tryggheten at de har en lege å gå til når behovet er der, og det er også viktig at det offentlige på denne måten styrer legearbeidskraften dit befolkningens behov finnes. Jeg tror faktisk at fastlegeordningen kan bidra til at vi over tid får en bedre fordeling av legene, i og med at hver enkelt lege må inngå avtale med de ulike kommunene.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

John I. Alvheim (Frp): Odelstinget inviteres i dag til å vedta en utstrakt fullmaktslov hvor de praktiske konsekvensene av loven i forhold til pasienten, fastlegen og Rikstrygdeverket ikke er avklart mellom forhandlingspartene, staten, Den norske lægeforsking og KS. Til tross for ett års utsettelse av reformen har den tidligere regjering ikke somlet seg til å følge opp følgende forhold og få klarlagt dem før Odelstinget inviteres til å vedta loven:

- Vil det bl.a. bli gjennomført henvisningsplikt til spesialist, noe som Allment praktiserende lægers forening krever?
- Hvilke merutgifter vil en pasient som selv oppsøker spesialist, og som ikke har fastlege, måtte betale?
- Hvilke utgifter vil en pasient som velger å stå utenfor fastlegeordningen, betale for konsultasjon hos fastlege eller annen lege?
- Hvordan skal de samfunnsmedisinske oppgavene løses i praksis?
- Hvordan skal legetjenesten og de økonomiske ordningene bli i de kommuner som fra starten av må suspenderes fra ordningen?
- Hvordan skal legevaktordningen praktiseres i forbindelse med fastlegereformen?

Intet av dette er klarlagt når Odelstinget inviteres til å gjøre vedtak, og før iverksettelse av loven.

Forutsetningen for at den påtenkte fastlegeordningen skal fungere, er at det finnes et tilstrekkelig antall listeleger. Mangelen på allmennleger i kommunene er i dag langt større enn den var den 11. juni 1997, da Stortingets flertall gjorde vedtak om å innføre denne ordningen.

Det er dristig – ja kanskje på kanten av det forsvarlige – at Regjeringen og flertallet i Odelstinget i dag vil trumfe gjennom en fastlegeordning hvor man i utgangspunktet vet at et betydelig antall kommuner allerede fra starttidspunktet vil måtte suspenderes fra ordningen av mangel på allmennleger. Dette skaper forvirring og utrygghet rundt hele ordningen. Stortingets vedtak om å innføre fastlegeordningen i 1997 har etter mitt skjønn sterkt medvirket til den flukt fra allmennlegetyrket som vi har sett de seneste to år. Kommunene, som er ansvarlig for primærhelsetjenesten, har på sin side av økonomiske grunner naturlig nok ikke vært særlig interessert i å opprette nye allmennlegestillinger og tilsette leger i de stillinger man har opprettet, med tanke på fastlegeordningen, hvor kommunene fritas for en betydelig del av utgiftene.

Å påstå at en økning av antall sykehusleger skulle være årsaken til allmennlegemangel, slik både departementet og flertallet i denne sak prøver å fremstille det, er etter mitt skjønn ikke korrekt. Det kunne være interessant å spørre flertallet om de virkelig tror at det er mer enn nok spesialister i våre offentlige sykehus. Det er ikke svært mange dagene siden sykehusene gikk ut og påstod at de manglet opptil 1 000 spesialister for å gjennomføre den tjenesten de skal utføre i sykehusene.

Tidligere helseminister Gudmund Hernes, som for øvrig er fadder til fastlegeordningen, lanserte i sin tid som statsråd begrepet pasienten først. Dette begrepet passer særdeles dårlig i forhold til den fastlegelov vi i dag behandler, hvor eksempelvis retten til fritt legevalg blir redusert, likeledes pasientens trygderettigheter. Her er det nemlig ikke pasienten som står i fokus, men fastlegens fremtidige hovedfunksjon som portvakt. Fastlegen får en viktig funksjon som helsebyråkrat, med sterkere regulering av pasientene og kontroll med utgiftene som en vesentlig oppgave.

Fastlegeordningen er, slik jeg ser det, en offentlig monopolisering av legetjenesten og en ytterligere sosialisering av primærhelsetjenesten – bort fra det frie legevalg, mer eller mindre yrkesforbud mot frittstående legevirk-somhet. Flertallet går den motsatte vei av det Stortinget har gjort når det gjelder annenlinjetjenesten, nemlig sterkere brukermedvirkning og fritt sykehusvalg. Fastlegene blir etter min mening i større grad medisinske funksjonærer som jobber etter offentlig instruks, med formål å redusere pasienttilgjengeligheten for å spare det offentlige for utgifter.

Slik jeg ser det, og Fremskrittspartiet ser det, vil gjennomføringen av fastlegeordningen skyte ytterligere fart i den private helseforsikring som allerede nå har fått stort omfang. Dette vil muliggjøre at også allmennleger vil etablere seg som frie, avtaleløse leger uten trygderefusjon, med full dekning fra pasientenes private helseforsikring. Jeg vet ikke om flertallet finner at dette er en øn-

sket utvikling. Flertallet har jo ellers tradisjon for å legge alle mulige hindringer i veien for privat legevirk-somhet og helsetilbud.

Det er for meg forbausende å registrere at et overveiende flertall av medlemmene i Allment praktiserende lægers forening stiller seg positive til fastlegeordningen. Like forbauset er jeg over at Den norske lægeförening har gått inn for ordningen. Hva skyldes dette? Skyldes dette taktiske økonomiske grunner? Tvinget legevalg kan umulig være i allmennlegens interesse, og heller ikke i Lægeföreningens interesse. Forholdet pasient–lege kan jo bli anspent når fastlegen må behandle en pasient som i utgangspunktet ikke ønsket å bli behandlet av denne legen.

De fleste norske borgere har i dag en fast allmennlegetilslutning der det er tilstrekkelig legedekning. Dette gjelder ikke minst barnefamilier og kronikere. De fleste som ikke har etablert et fast legeförhold, har heller ikke kunnet gjøre dette, nettopp på grunn av mangel på leger – og fastlegeordningen tilfører ikke kommunene flere leger.

Den foreliggende lovproposisjon er en meget vidtgående fullmaktslov hvor det meste av den praktiske gjennomføringen og oppfølgingen av fastlegeordningen skal reguleres ved regelverk bygd på avtaler mellom staten, Lægeföreningen og KS, avtaler som ennå ikke er sluttforhandlet, og som det – så vidt jeg vet – er store problemer med å få sluttforhandlet innen riktig tid. Brukerne/pasientene er ikke parter i forhandlingene.

Det er ikke vanlig at forskrifter til lover foreligger Stortinget, men denne loven vil omfatte hele det norske folk på en spesiell måte som gjelder deres helse. Fremskrittspartiet har i foreliggende innstilling fremmet forslag om at forskriftene og regelverket fullt ut skal foreligger Stortinget før loven kan settes i kraft.

Et av de alvorligste anslagene mot pasientenes frie rett til å velge lege er etter Fremskrittspartiets mening at bytte av fastlege er begrenset til to ganger i året. Dette kan vi overhodet ikke akseptere, og har et forslag i innstillingen som sier at pasienten når som helst kan skifte fastlege. Et annet meget viktig prinsipp som Fremskrittspartiet går inn for i foreliggende innstilling, er at pasientrettighetene i fastlegeordningen skal reguleres i pasientrettighetsloven, som er en samlet lov for hele helsevesenet, det være seg annenlinjetjenesten eller primærhelsetjenesten. Et annet forslag Fremskrittspartiet har i den foreliggende innstilling, er forslaget om at pasienter som velger å stå utenfor fastlegeordningen og benytter annen lege, skal ha samme egenandeler og refusjon som fastlegepasienter, og skal kunne føre sine egenandeler på frikortet. Et annet prinsipp Fremskrittspartiet står for i den foreliggende innstilling, er at man ikke skal legge hindringer i veien for utøvelse av det frie legetyrket, slik at det skal være tillatt for allmennleger å etablere praksis med trygderefusjon hvor som helst man måtte ønske i landet. Dette er i realiteten å oppheve et vedtak som Stortinget gjorde i 1992, hvor man la ned forbud mot trygderefusjon for avtaleløse praktiserende leger som startet praksis etter 10. oktober 1992.

Endelig er det et viktig prinsipp som Fremskrittspartiet står for i innstillingen, nemlig at for barn som er under omsorg av barnevernet midlertidig, skal foreldrene medvirke til valg av fastlege hvis ikke foreldreretten er fratatt.

Det er åpenbart at man i St. meld. nr. 23 for 1996-97, som lanserte fastlegeordningen, samt nåværende lovproposisjon og i flertallets innstilling mener at norske borgere går for ofte til lege, og at dette må begrenses ved hjelp av en fastlegeordning, hvor fastlegens kanskje viktigste oppgave blir portvaktfunksjonen. Fastlegeordningen legger nå altså opp til at det ikke er pasientens ønske om å komme til lege som heretter skal være gjeldende, men hvorvidt fastlegen gir sin tilslutning til en konsultasjon eller henvisning videre til spesialist. Jeg må si at jeg ikke skjønner at flertallet tør ta ansvar for denne ordningen, hvor pasientene ikke lenger skal ha en selvstendig rett til å søke lege ut i fra egne vurderinger, egne symptomer og egne behov.

Beklageligvis har ikke sosialkomiteen under behandlingen av den foreliggende proposisjonen fått konkret faktaopplysning om hvordan legevaktordningene skal drives, og på hvilken måte dette praktisk skal skje.

Jeg har registrert at man i flere kommuner og byer nærmest har sluttet å kjøre på sykebesøk under legevakt, men i stedet krever at pasientene skal møte opp på legevakten. I mange tilfeller kan det være praktisk, men i enkelte tilfeller kan det være direkte livstruende, og det finnes også flere eksempler på dødsfall i slike situasjoner. Et minimumskrav en må stille til legevaksordningen i denne nye ordningen, er at pasienten og pasientens pårørende må få direkte kontakt med lege, og ikke må gå via en mer eller mindre ukyndig sekretær. Det er etter mitt skjønn ikke tilfredsstillende at en henvendelse om legehjelp til legevakten bare skal vurderes av annet personell, som ofte dessverre skjer ved norske legevaksentraler i kommunene i dag.

Fremskrittspartiet har under behandlingen i komiteen vært med på flere flertallsmerknader hvor det er positive ting når det gjelder bedre tilrettelegging av ordningen i forhold til både meldingen og proposisjonen. Vi har også fremmet flere enkeltforslag som vi mener er særdeles viktig sett fra pasientens ståsted, som etter mitt skjønn er det viktigste.

Dessverre har flertallet ikke villet støtte noen av Fremskrittspartiets forslag, og Fremskrittspartiet har derfor også denne gangen konkludert med at vi vil stemme mot hele loven.

Til slutt tar jeg opp de forslag som Fremskrittspartiet er sammen med andre partier om, og våre egne forslag i innstillingen, med unntak av forslag nr. 5.

Presidenten: Representanten Alvheim har tatt opp de forslag han selv har referert til.

Det blir replikkordskifte.

Åshild Gunhild Woie Duesund (KrF): Mange viktige oppgaver i fastlegereformen skal reguleres i forskrift. Det gjelder legevakt og allmennlegenes tilgjengelighet

for nødmeldetjenesten, offentlig legearbeid og veiledning av turnusleger. Regler for opprettelse av lister er også foreslått regulert i forskrift. Av den grunn sendte regjeringen Bondevik forskriftene ut som vedlegg til høringsdokumentene, og utkastet til forskrifter følger som vedlegg til dagens proposisjon, hvor disse oppgaver er beskrevet. Da er det med stor undring jeg leser Fremskrittspartiets merknad i innstillingen der det står at forskriftene er ukjente for Odelstinget. Og det samme parti fremmer følgende forslag, nr. 3:

«Stortinget ber Regjeringen, før fastlegeordningen trer i kraft, forelegge forskriftene til ordningen for Stortinget.»

Synes ikke representanten Alvheim at dette er stortingsregjereri og en altfor stor grad av detaljstyring fra Stortingets side? Mener Fremskrittspartiet at forskrifter skal sendes flere ganger til Stortinget?

Og til slutt: Er ikke representanten redd for at dette vil føre til forsinkelser i prosessen når partene skal starte forhandlinger om takster og individuelle avtaler for de legene som ønsker å delta i ordningen, og kan ikke for detaljerte forskrifter hindre lokale tilpasninger?

John I. Alvheim (Frp): Det vesentligste av det regelverk som skal regulere denne fastlegeordningen, er ennå ikke vedtatt og godtatt av avtalepartene, slik at ingen av oss som er i salen i dag, vet hvordan dette i praksis vil fungere når ordningen en gang skal settes i verk. Jeg kjenner til at det helt opp til dags dato er store problemer mellom de ulike forhandlingsparter når det gjelder hvorvidt man kan få til dette eller ikke. Da kan man ikke si at forskriftene ligger ved proposisjonen og innstillingen. De kan bli vesentlig endret når sluttresultatet fra forhandlingene foreligger; det gjelder antall pasienter på lister, det gjelder suspensjon av kommuner, og det gjelder ikke minst hvordan man skal legge opp og i praksis gjennomføre en ny legevaktordning i forbindelse med reformen.

Olav Gunnar Ballo (SV): Sosialkomiteen besøkte som kjent Cuba i januar i år. På samme måte som komitelederen synes SV at det var et svært utbytterikt opphold. Vi fikk sett på familielegeordningen, som er utbredt på Cuba, og som komitelederen i en tale kom med en veldig sterk grad av honnør til. Han har jo også i forhold til det cubanske helsevesenet berømmet de modeller man der har valgt, og den læringseffekten som her skulle ligge for Norge, og på den måten satt sitt stempel på det man så på Cuba.

Familielegeordningen på Cuba er jo på mange måter en fastlegeordning under cubanske forhold, der man sikrer et tilbud til befolkningen, og der det er helt klart hvem som er ens faste lege. Det overrasker meg derfor sterkt at Fremskrittspartiet, når man er tilbake på norsk jord, i den grad mobiliserer motstand mot en ordning som man berømmer i andre land. Det innlegg som Fremskrittspartiet v/komitelederen her holder, minner veldig mye om «Hallo i uken», hvor man slår alarm hver uke ved Sture Hansen, og det er tydelig at Fremskrittspartiet

ønsker å spille den rollen når det gjelder fastlegeordningen, helt til den vel og vakkert er gjennomført.

Fastlegeordningen er i tillegg, når man snakker om endring innenfor det offentlige helsevesenet, på mange måter en privatiseringsreform. Det er jo leger som da vil få en større grad av frihet til å organisere sin egen praksis, men selvfølgelig, fordi det er snakk om offentlige midler, under styring av det offentlige.

Jeg vil da spørre komitelederen hva årsaken til Fremskrittspartiets veldig sterke motstand mot fastlegereformen er, når man altså i et annet land hyller den typen organisering av helsevesenet og nettopp argumenterer for at det er modeller vi har mye å lære av i Norge.

John I. Alvheim (Frp): Jeg står fortsatt ved det jeg uttalte om det cubanske helsevesenet. Når jeg var imponert over det, var det både faglig sett og ikke minst over hvordan dette fattige landet hadde greid å prioritere sitt helsevesen i forhold til Norge som et rikt land som ikke har greid det på en like god måte.

Nå er det jo slik at man kan ikke overføre helsesystemet på Cuba til Norge, heller ikke kan man sette likhetstegn mellom familielegeordningen og fastlegereformen som her foreligger. For ut fra systemet på Cuba hadde man ikke noe valg, man skulle være hos sin familielege. Det er enkeltmenneskets frie valg som også kommer inn her, og i denne sammenheng enkeltmenneskets rett – frie rett – til å velge den lege man selv måtte ønske. Det er hovedanklagen fra Fremskrittspartiets side mot fastlegeordningen. Og det er ikke bare Fremskrittspartiet som er motstander av denne ordningen; det finner vi langt inn i fagmiljøene. Og hvis det er tillatt, skal jeg få lov å sitere hva kommuneoverlegen i Sola, en av representanten Olav Gunnar Ballos kolleger, uttalte i går i Stavanger Aftenblad. Han uttalte følgende:

«Fastlegeordningen er politisk vrøvl.»

Jeg vil ikke bruke den typen ord, og så ille er det ikke, men det er vesentlige momenter i fastlegeordningen som fratår meg som pasient min rett når jeg skal velge lege, og når jeg eventuelt vil bytte lege, og hvis jeg ikke følger ordningen, vil jeg bli straffet på pengepungen. Det kan da verken være solidarisk eller rettferdig!

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Annelise Høegh (H): La meg helt innledningsvis slå fast det i og for seg selvsagte at Høyre støtter tanken om at alle som ønsker det, skal ha rett til å ha en fast lege. Det som gjør at vi ikke støtter dagens lovforslag, er at vi mener det er meningsløst, inkonsekvent og paradoksalt at samtidig som man vil påtvinge alle dette prinsippet, enten de har et ønske om et fast legeforshold eller ikke, fratår man dem som kanskje trenger det mest, muligheten til å få det. For i samme øyeblikk som denne loven skal settes i verk – hvis flertallet står ved sitt syn om at det skal skje 1. januar 2001 – vil sannsynligvis en lang rekke kommuner, ikke minst distriktskommuner, måtte suspenderes fra ordningen, fordi det ikke er mulig å gjennomføre den der hvor den hadde trengtes aller mest.

Derfor stiller vi spørsmålet: Er det ansvarlig å stemme for et prinsipp som ikke kan gjennomføres i hele landet? Saksordføreren sa at hun syntes ikke det var så farlig. Det viktigste var prinsippet, fikk jeg inntrykk av. For Høyre er ikke prinsippene viktigere enn virkeligheten. Det er virkeligheten som må styre hverdagen vår. Dersom ikke dette prinsippet kan iverksettes slik at alle får glede av det, bør man vente og heller konsentrere seg om å forbedre allmennlegedekningen og stabiliteten i allmennlegetilbudet der hvor det er dårligst – og det er stort sett i Distrikts-Norge. Det blir jo ikke en eneste allmennlege/fastlege mer av at Stortinget i dag vedtar et prinsipp om at alle skal ha rett til fastlege. Ja, tvert imot kan det forverre situasjonen. Det skal jeg komme tilbake til.

Ifølge Nasjonalt råd for legefördeling mangler vi omtrent 650 legeårsverk, andre har snakket om mellom 400 og 600. Uansett er det store tall, slik at loven må suspenderes i mange kommuner idet den settes i verk. Og hvilke konsekvenser vil dette få for folks tiltro til politiske vedtak? Jeg tror vi skaper forventninger hos pasientene som de raskt vil se ikke blir innfridd. Dersom dette blir en ny papirbestemmelse på linje med ventetidsgarantien, er vi – iallfall flertallet – med på å øke grunnlaget for mistillit til det offentlige helsevesenet og til politiske vedtak generelt. Jeg vil meget sterkt advare mot å gå videre på den veien. Tilliten til det offentlige helsevesen er skrantende nok som den er, og selv om Høyre er blant dem som går i bresjen for å ønske private velkommen som bidragsyttere, også private som velger å stå utenfor offentlige tilskuddsordninger, har vi alle et ansvar for – og Høyre vil gjerne være med på det – å gjøre det offentlig finansierte helsevesenet så godt som overhodet mulig og gi pasienter og enkeltmennesker i vårt land grunn til å ha tiltro til vårt offentlige helsevesen.

Fastlegeordningen er vi altså ikke tilhengere av å innføre i dag, fordi den ikke vil være mulig å innføre. Men det er også andre grunner til at vi er skeptiske. Det går på at fastlegeloven, slik den nå foreligger, i stor grad er en fullmaktslov – som komitelederen også var inne på – som Stortinget ikke kjenner og har fullt herredømme over konsekvensene av; det er opp til partene i forhandlingene å komme frem til enighet. Den har i stor grad karakter, mener vi, av å begrense og kontrollere leger og pasienter mer enn av den rettighetslov man prøver å selge den som, for vi får altså ikke en situasjon der for få leger i allmennlegetjenesten blir til flere leger i allmennlegetjenesten ved å vedta den loven flertallet ønsker i dag. Tvert imot kan det føre til det stikk motsatte resultat, at flere leger trengs i tettbygde strøk, og det vil føre til færre leger i utkantene. Som jeg har sagt, Høyre går derfor imot loven. Vi ønsker at fastlegeloven i sin nåværende form skrineslegges inntil videre, og at man konsentrerer innsatsen om å bedre og stabilisere legedekningen særlig i utkantstrøk.

Flertallets forslag frykter jeg vil føre til en utvanning også av søknaden til allmennlegetjenesten. Det var vel Asmund Kristoffersen som i dag sa at undersøkelser har vist at inntil hver tiende konsultasjon viste seg å være unødvendig når man undersøkte det i ettertid – ikke

unødvendig i den forstand at det ikke kunne være behov for å få hjelp, men unødvendig i forhold til legebesøk. Ja, jeg frykter at med dagens lov vil det tallet stige dramatisk. For hittil har det jo faktisk vært slik at store deler av vår befolkning har vist en viss tilbakeholdenhet med å gå til legen for mindre plager. Ja, mange har helt bevisst gått til lege uten avtale når det gjelder mer bagatellmessige ting, eller når det gjelder legesjekk. Mange har syntes at det var det greit å betale selv. Men den tilbakeholdenheten tror jeg nå står i fare for å bli en saga blott.

På ett lite punkt er jeg ikke helt enig med komiteens leder. Han sa at de fleste har fast legekontakt. Nei, det er en god del i vårt land som ikke har fast legekontakt, fordi de føler at de ikke har behov for det. Jeg er selv et eksempel på det. Det er kanskje ikke så representativt, men mange er i min situasjon – voksne, stort sett friske mennesker som ikke har noen fast lege fordi de ikke har hatt behov for det. Men når disse får en fast lege, får sin egen lege, ja, så vil vel det bildet endre seg. Da vil man jo føle at da har man rett til å oppsøke denne legen en gang eller to i året, for det man ellers gikk til andre for. Så jeg frykter at vi vil øke behovet for allmennlegetjenester med den ordningen som vedtas i dag. Etterspørselen etter legetjenester vil øke, kanskje først og fremst fra dem som minst trenger det. Det synes jeg faktisk flertallet burde legge seg på sinne når de nå gjennomfører det de gjør.

Det er også riktig, som representanten Alvheim påpekte, at vi på en måte går den motsatte veien i allmennlegetjenesten av det vi har gjort og endelig har fått til i spesialisthelsetjenesten. Vi innfører omtrent samtidig fritt sykehusvalg og begrensning på å søke allmennlegetjeneste. Det rimer ikke så godt.

Likevel må jeg nok si at hvis man først skal gå inn og vurdere forslaget, om ikke så mye lovforslaget, for det er bare noen få ord, men de retningslinjer som kommer til å ligge i forskriftene, går vi et skritt i riktig retning i forhold til det som var Gudmund Hernes' forslag for noen år siden, for det var først og fremst et forslag som ville kontrollere legen og derigjennom pasientene. Likevel mener altså Høyre at det forslaget som nå er fremmet, eller konsekvensene av det gjennom forskriftene og forhandlingene mellom partene, i for stor grad vil gjøre allmennlegene til portvakt og i for liten grad til døråpner for pasientene. Det er, som også Alvheim var inne på, en utstrakt fullmaktslov. Det er nærmest bare ordet «fastlege» som settes inn i kommunehelsetjenesteloven, og så er det noen få, om enn velvalgte, ord om pasientenes rettigheter. Dette betyr at Stortinget vedtar et prinsipp uten å kunne garantere gjennomføringen av det. Det tror jeg er uheldig for befolkningens tillit til legetjenesten, allmennlegetjenesten spesielt og det offentlige helsevesenet generelt.

Jeg tar derfor opp det forslag som Høyre sammen med Fremskrittspartiet har fremmet, om å skrinlegge fastlegeordningen inntil videre, og med en meget sterk oppfordring til flertallet og helseministeren spesielt om å konkretisere arbeidet, og konsentrere seg om arbeidet med å forbedre og stabilisere allmennlegedekningen i hele landet, men spesielt i Distrikts-Norge.

Presidenten: Annelise Høegh har tatt opp det forslag hun refererte til.

Det blir replikkordskifte.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg noterte meg at representanten Annelise Høegh beskrev en ny virkelighet som vil komme inn over oss, der man vil få et forbruksmønster i befolkningen som blir totalt endret fordi de da er klar over hvilken lege de har å kontakte. Det synes jeg for så vidt er en oppsiktsvekkende betraktning, for det skulle bety at manglende klarhet omkring organiseringen til nå har gjort at mange ikke har kontaktet lege. I så fall må det være en ønsket effekt. Men fastlegeordningen eksisterer jo, den har f.eks. eksistert i Danmark i en årrekke, og man har også kjørt en forsøksordning i en rekke norske kommuner: Tromsø, Trondheim og Lillehammer, for å nevne noen. Erfaringen fra Tromsø har vært at man har fått en mye mer stabil legedekning blant allmennpraktikere, og at ventelistene til lege er forsvunnet. Det må jo være de erfaringene man har, både fra andre land og fra Norge, som må danne grunnlag for hva man kan tro når det gjelder fremtiden.

Jeg vil spørre Annelise Høegh: Når hun da gir en beskrivelse av en mulig fremtid som totalt avviker fra dette, hva slags grunnlag er det representanten har for å komme med den typen fremtidsutsikter? Er det eventuelt erfaringer fra andre land eller fra noen av de kommunene som har inngått i forsøksordningen, som gjør at man kan komme med den typen beskrivelser?

Annelise Høegh (H): Det står enhver representant fritt å gi uttrykk for den forvirring som hersker i hans indre, sa stortingspresident Hambro en gang, og kanskje også for den forundring som hersker i hans indre.

Jeg har vondt for å forstå at representanten Ballo skulle være så forundret over det jeg nå sa. Jeg tror kanskje han misforstod noen av mine betraktninger om endringer i forbruksmønsteret. Jeg sa nemlig ikke noe om at grunnen til det er at mange mennesker i dag ikke er klar over organiseringen av allmennlegetjenesten. Men jeg tror mange har funnet at de ikke vil belaste det offentlige helsevesenet med sine plager, mangler og mer eller mindre store behov, og har valgt å gå til andre leger, også fordi det er vanskelig å komme til. Men når man får seg tildelt en fast lege, tror jeg man må være relativt naiv hvis man ikke ser at det kan føre til et langt større legebehov, og at man faktisk søker å dekke sine behov innenfor den offentlige fastlegeordningen, i motsetning til før man ble tildelt en fast lege. En ting er at man ikke aktivt søker til et fast legeforshold, noe annet er å si nei takk til å få et tilbud om en fast lege. Jeg tror altså at mange av dem som i dag greier seg med enten å la være å gå til lege, eller å søke lege utenfor det offentlige, ikke vil gjøre det når de får tilbud om fastlegeordning.

Så finner jeg det heller ikke så helt riktig å henvise til situasjonen i Danmark, hverken i Danmark eller England, men der har de altså praktisert det på en helt annen og langt mer liberal måte enn det det legges opp til her i landet. Der har man faktisk langt større tillit til legene,

har vist tillit til legene, ved at de selv uten kommunens detaljerte inngripen får lov til å regulere legetjenestene på den måten de finner mest praktisk for seg og sine pasienter, og det har det også vist seg at de klarer. Det er nettopp den kontrollerende og styrende måte man tenker å gjøre det på her, som gjør oss skeptiske.

Are Næss (KrF): Jeg har tvilt meg frem til en positiv holdning til fastlegeordningen, og da har det hatt betydning for meg at den fastlegeordningen som foreslås i dag, har bred tilslutning også fra legene. Det er klart at denne loven i seg selv ikke øker tilbudet av leger til allmennpraksis, men jeg vil tro at når det kommer en lov på plass som regulerer dette, så vil tryggheten i dette virke mer rekrutterende enn den utrygghet vi har hatt inntil nå. Og så har vi også et nasjonalt råd som har tatt tak i dette og begrenset stillingsopprettningen på sykehusene til fordel for allmennlegestillinger.

Det var interessante refleksjoner om bruk og ikke bruk av legetjenester i replikkvekslingen mellom Annelise Høegh og Olav Gunnar Ballo. Jeg skal ikke ta tak i spørsmålet om Annelise Høegh, og for den saks skyld undertegnede, som ikke har fastlege, vil bli bruker eller misbruker av legetjenester i fremtiden. Men Fremskrittspartiet har jo et forslag om rett til å velge ny fastlege når det er ønskelig og nødvendig, som det sies. Og representanten Alvheim gav uttrykk for at det ikke er nok å kunne skifte fastlege to ganger pr. år.

Høyre er ikke med på dette forslaget fra Fremskrittspartiet, men har i en merknad uttrykt bekymring for at denne loven betegner en utvikling bort fra det frie legevalg. Så da spør jeg representanten Høegh om Høyre har noen mening om hvor ofte man bør kunne skifte lege pr. år – to ganger pr. år, tre ganger pr. år eller oftere?

Annelise Høegh (H): Det var interessant å høre at representanten Næss har tvilt seg frem. Det har jeg stor respekt for, for – som man også vil se av den tidligere behandlingen, altså da Gudmund Hernes' forslag var oppe til behandling, og Kristelig Folkeparti gjennom samtaler med Arbeiderpartiet eller omvendt bidrog til å endre vesentlige deler av det som den gangen var forslaget – vi i Høyre har også tenkt og tvilt i forhold til fastlegeordningen. Det har vel i og for seg alle som er opptatt av at befolkningen vår skal ha det best mulige allmennlegetilbudet.

Men vi har altså tvilt oss frem til en annen konklusjon, ikke fordi vi er uenig i prinsippet, men, som jeg sa, fordi vi frykter at det å vedta et prinsipp faktisk kan ha en negativ effekt. For det første, og det er det viktigste, fordi vi mangler så mange leger som vi gjør, og for det andre fordi det er sider ved dette forslaget – som vi er skeptiske til, som jeg har vært inne på – som er av regulerende karakter. Vi får håpe at representanten Næss får rett i at å vedta dette prinsippet vil virke rekrutterende. Jeg håper det, siden prinsippet blir vedtatt. Men jeg er altså i tvil.

Så til Fremskrittspartiets mange forslag. Grunnen til at Høyre ikke er med på dem, er at vi i merknadene ikke har gått inn på – i alle fall i svært liten grad – den konkrete

te utformingen i proposisjonen og i loven. Men akkurat det forslaget som representanten Næss her nevnte, nemlig at man må kunne skifte lege når man selv føler behov for det – det er jo det som står der – det tror jeg vi kommer til å støtte når vi nå kommer til voteringen, ikke fordi jeg eller Høyre har det synet at pasienter bør skifte lege så ofte som mulig, selvsagt ikke. Det beste er å ha et godt, stabilt og vedvarende legeforshold. Det får det være opp til den enkelte pasient selv å finne ut av. Hvis man er så uheldig at man kommer til en lite hyggelig eller lite flink lege gang etter gang, må man ha rett til å skifte så ofte som man selv finner det nødvendig.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Den reglementsmessage tiden for formiddagens møte er nå over. Presidenten vil foreslå at møtet fortsetter inntil dagens kart er ferdigbehandlet. – Det anses vedtatt.

Anne Enger Lahnstein (Sp): Som nevnt tidligere her, vedtok Stortinget i 1997 opprettelsen av en fastlegeordning. Og den odelstingsproposisjonen vi behandler i dag, er altså sentrumsregjeringens forslag til endringer i kommunehelsetjenesteloven og andre lover om hvordan denne fastlegeordningen skal gjennomføres og følges opp.

Hovedpoenget med fastlegeordningen er at hver kommune plikter å tilby tilknytning til fastlege for dem som måtte ønske det. Ordningen vil bidra til at hver enkelt lege kan og vil bli, etter min mening, en bedre lege, for – byråkratisk uttrykt – man får en mer effektiv forvaltning av sin pasientportefølje. Og pasientene oppnår selvfølgelig fordelene ved at legen kjenner sykehistorien, og dermed kan man ha og utvikle et tillitsforhold.

Forslaget viderefører prinsippet om fritt legevalg, men med visse mindre begrensninger. Pasienten kan velge fastlege også på tvers av kommunegrenser. Pasientene får rett til å skifte fastlege inntil to ganger pr. år, og i tillegg har pasienten rett til «second opinion». Dette skulle sikre at pasienten finner fram til en lege som han har tillit til, og som er faglig på høyde.

Senterpartiet tilhørte ikke det flertallet som i forrige stortingsperiode stod bak vedtaket om opprettelse av fastlegeordningen. Grunnen til dette var ikke først og fremst at partiet var prinsipiell motstander av en fastlegeordning, men vi var sterkt i tvil om forutsetningene for at en slik ordning skulle bli bra, var til stede.

Våre bekymringer gjaldt særlig fastlegeordningen i distriktene og de mulighetene og utfordringene som gikk på å sikre tilstrekkelig antall leger. Sentrumsregjeringen foreslo en rekke tiltak for å sikre fastlegeordningen og tilbudet også i distriktene. Dette forutsetter vi følges opp, nemlig at tilgangen på leger skal økes, det skal etableres et nytt system for legefording, det skal opprettes færre nye legestillinger, en netto tilgang på leger både norske og utenlandske, og videre skal kommunehelsetjenesten prioriteres ved tildelingen av nye legestillinger, og det skal sikres økonomisk støtte til spesialistutdanning i enkelte tiltakskommuner – for å nevne noen av tiltakene.

En annen bekymring er de utfordringer innføringen av fastlegeordningen møter i storbyene. Det at det kan knyttes som vilkår til fastlegeavtale at vedkommende lege deltar i det offentlige legearbeid, er ment å styrke ordningen. Fastlegen får da flere ressurser å trekke på. Videre blir adgangen til å velge fastlønn som tilknytningsform for å løse kurative oppgaver et viktig utjamningsbidrag overfor leger som har særlig tidkrevende pasienter, på grunn av f.eks. språkproblemer og kulturforskjeller.

Senterpartiet ser det slik at de fleste av våre ankepunkter er imøtekommet i en slik utstrekning at vi kan anbefale at fastlegeordningen blir opprettet slik som beskrevet i proposisjonen og i innstillingen, og altså blir gjort gjeldende fra nyttår i 2001. Vi forutsetter selvsagt at de uavklarte forhold som er nevnt i debatten tidligere, avklares, og vi vil selvfølgelig også følge denne saken med stor årvåkenhet for å sikre at tilbudet blir etter intensjonen, bedre enn det er i dag.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

John I. Alvheim (Frp): Senterpartiet har også i denne saken, som det gjorde i tvangslovssaken overfor psykisk utviklingshemmede, snudd helt om fra opposisjon til posisjon, som Senterpartiet var i helt til nylig. Senterpartiet avviste fastlegeordningen i Innst. S. nr. 215 for 1996-1997, og representanten Inga Kvalbukt uttalte i debatten følgende:

«Vi må ha respekt for at både pasienter og leger er ulike, og at det for å få til et godt legetilbud må herske tillitsforhold mellom lege og pasient.»

Fastleger legger ikke opp til fritt legevalg fullt ut, og mange pasienter får tildelt en lege de i utgangspunktet ikke ønsket. Vil ikke da problemet med tillitsforholdet mellom lege og pasient være det samme i dag som det var da fastlegeordningen ble vedtatt i 1997, eller mener representanten Lahnstein at tillitsforholdet mellom lege og pasient ikke lenger er så viktig?

Anne Enger Lahnstein (Sp): Jeg mener at tillitsforholdet mellom lege og pasient er avgjørende viktig for å få en god behandlingssituasjon, og et godt tillitsforhold er helt grunnleggende.

Så er det spørsmålet om Senterpartiet har skiftet syn fra opposisjon til posisjon. Det skjer; slik er systemet. Og hvis Alvheim hadde hørt til et parti som hadde sittet med regjeringsansvar, ville også han vært i situasjoner hvor man må justere tidligere synspunkter for å komme fram til en samlende løsning og legge fram en samlet politikk fra en samarbeidsregjering. Når det gjelder denne saken, redegjorde jeg i mitt innlegg for hvilke motforestillinger vi hadde. Da er det også slik i et samarbeid i regjering at man må forsøke å moderere eller korrigere forslaget, slik at de hensyn man er bekymret for – i dette tilfellet bl.a. distriktslegedekningen – blir ivaretatt på en god måte.

Etter min mening er altså de forslag som vi nå følger opp vedtaket fra 1997 med, slik at jeg kan anbefale at Senterpartiets gruppe støtter opp om denne ordningen. Jeg vil også gjerne gjenta at dette selvfølgelig må følges

med årvåkenhet, slik at vi ser om de målene som vi har lagt på ordningen, blir ivaretatt på en god måte.

Ellers vil jeg si at fastlegeordningen har i seg mye av tenkningen fra den gamle huslegeordningen, og det var en meget god ordning. Men vi lever i en annen tid, og jeg tror nok at det stilles store utfordringer til oppfølgingen av ordningen for å se at den kan fungere nettopp ved å bygge opp om tillitsforholdet mellom lege og pasient, som jeg oppfatter som grunnleggende i denne saken.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Olav Gunnar Ballo (SV): Det er en viktig dag i dag, siden vi sluttbehandler fastlegeordningen her i Odelstinget. Og det er kanskje en dag som burde ha fått større oppmerksomhet i forhold til den konsekvensen det vil kunne ha ute i norske kommuner.

Hvis man ser på større reformer som har vært i det norske helsevesenet, vil man se at lov om kommunehelsetjenesten, som ble innført i 1982, var en særdeles viktig reform for kommunene. I veldig mange år har loven om kommunehelsetjenesten både fungert etter intensjonen og vært vellykket også når det gjelder ansatte kommunelger i norske kommuner. Men dessverre har det vært en utvikling de senere årene i kommunene der det har vært vanskelig å rekruttere leger til kommunene, og det har vært vanskelig å få til stabile forhold. Derfor synes jeg det er ganske forunderlig når særlig Høyre og Fremskrittspartiet argumenterer som om man skulle vente til man hadde fått en bedret situasjon ute i norske kommuner før man satte i verk tiltak som fastlegereformen representerer. Det ville være omtrent som å si at man skulle vente med å lage middag til den var ferdig. Det er klart at det ikke fører til noen som helst resultater hvis man ikke nå på en eller annen måte griper fatt i den situasjonen man har ute i kommunene, og gjør noe med den. Hvis Fremskrittspartiet og Høyre stadig hadde vært på talerstolen eller i ulike sammenhenger hadde fremmet forslag for å gjøre noe med den situasjonen man hadde i kommunene, hadde de i hvert fall hatt et snev av troverdighet når de nå argumenterer såpass sterkt imot fastlegeordningen, men det har de to partiene i sannhet ikke. Tvert imot, den sentraliseringen som har funnet sted når det gjelder helsepersonell, og i særdeleshet leger i Norge, er mye betinget av det frislepp man har hatt i markedet, sånn at man på den måten ikke har hatt noen kontroll med utviklingen. Og det er da heller ikke uten grunn at både Høyre og Fremskrittspartiet er såpass opptatt av å tone ned markedskreftene som en vesentlig årsak til at man har fått den situasjonen man har fått. Men la nå det ligge.

Det er i hvert fall veldig positivt at signalene fra stortingsflertallet er så klare, og at man kommer i gang med fastlegeordningen fra nyttår.

SV er på de vesentlige punktene med i flertallsinnstillingen, men har valgt enkelte steder å lage egne merknader.

Erfaringene i mange kommuner i dag når det gjelder rekruttering og stabilisering av leger, er at enkelte leger føler at den friheten man har til å organisere egen virk-

(Ballo)

somhet, blir for liten. Og da tror jeg at man skal være veldig forsiktig med å legge inn en type føringer som blir detaljføringer på hvordan praksis skal være, om man skal ha liste på kveldstid eller om man så og så mange ganger i uken skal ha den listen, forutsatt at hovedintensjonen i loven ivaretas, nemlig at pasientene får sin faste lege og at legen er tilgjengelig på en hensiktsmessig måte og på en måte som pasientene er fornøyd med. Så den typen merknader der man snakker om et minimum antall lister og kveldsliste, vil SV og jeg advare mot.

Det litt forunderlige, i parentes bemerket, er at Fremskrittspartiet, som går imot hele ordningen, slutter seg til den typen merknader som er en detaljregulering av en ordning man er imot. En av grunnene til at man går imot ordningen, er jo nettopp at man skal unngå detaljregulering, så her har Fremskrittspartiet et problem.

Jeg håper når ordningen settes i verk, at man fra departementets side følger uhyre nøye med på hva som skjer med hensyn til rekruttering ute i kommunene, for det er åpenbart at skal ordningen bli vellykket, må den følges opp med differensierte virkemidler. Man må sette et spesielt søkelys både på kommuner hvor man har slitt med rekrutteringsproblem, og der man må forvente at det vil bli problemer i kjølvannet av ordningen. Det vil være i alles interesse at dette blir en vellykket reform, og det betyr at man ikke kan se på lovforslaget alene for å regne med at det blir vellykket. Det er helt avhengig av at det følger differensierte virkemidler over tid ut fra de erfaringer man gjør når ordningen nå settes i verk.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

John Alvheim (Frp): Under stortingsbehandlingen av Innst. S. nr. 215 for 1996-97 i juni 1997 uttalte daværende representant Magnar Sortåsløkken fra SV følgende:

«Det har skjedd en del forbedringer av ordningen gjennom behandlingen i komiteen, men på ett punkt skiller SV lag med Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti.

Regjeringa har foreslått en finansieringsordning med 50/50-fordeling mellom basistilskudd og refusjon/egenandel, såkalt stykkpris. Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti har gått inn for en modell med 30/70-fordeling, altså 70 pst. stykkpris, for øvrig en modell som langt på vei vil være den samme som Høyre og Fremskrittspartiet går inn for.»

Jeg har under komiteehandlingen ikke merket at representanten Olav Gunnar Ballo fra SV har tatt opp forslag om å endre brøkfordelingen når det gjelder fastlegens inntekter. Betyr det nå at Sosialistisk Venstreparti aksepterer den fordelingen som ligger i proposisjonen, og er dette fordi det nå er en allmennlege som representerer Sosialistisk Venstreparti i komiteen?

Olav Gunnar Ballo (SV): Det har vært viktig for SV at flertallet er størst mulig og mest mulig samlet. Det vil bli en fortløpende evaluering i departementet av hva

slags utslag denne ordningen vil gi, og når SV ser at det er ivaretatt, har ikke vi sett det som formålstjenlig å lage noen særmerknad på det punktet som Alvheim her spør om.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Statsråd Tore Tønne: Det lovforslag Stortinget skal ta stilling til i dag, utgjør en av de største reformer i norsk helsetjeneste i løpet av de siste 20 år. Fastlege-reformen angår alle innbyggere i Norge, alle landets kommuner, samtlige allmennleger og deres medarbeidere samt trygdeetaten. For innbyggerne er det en rettighetsreform som skal bidra til trygghet og tilgjengelighet til allmennlegehjelp, og den skal sikre kontinuitet i lege-pasientforhold. I tillegg innebærer reformen en omlegging av organisering og finansiering av allmennlegetjenesten. Samlet sett vil dette bidra til en bedre utnyttelse av legenes kunnskap og kapasitet i Norge.

Det har de siste årene vært en del frustrasjon innen primærlegetjenesten. Mange av de stabile legene i distriktskommunene har sluttet. Det har vært svikt i nyrekruttering og usikkerhet om hva en landsdekkende fastlegeordning vil innebære.

Gjennom fastlegereformen vil primærlegetjenesten få et faglig og organisatorisk løft. Kommunene skal tilrettelegge for en primærlegetjeneste som skal videreutvikles i en fastlegeordning. Departementet vil nøye følge opp kommunenes forberedelse til gjennomføring av reformen.

Den sterkeste motforestilling mot innføring av reformen har vært knyttet til problemene med mangel på leger. La meg derfor slå fast at fastlegereformen i seg selv verken vil gi flere eller færre leger i Norge. Forberedelse til innføring av reformen har imidlertid synliggjort legebehovet i primærhelsetjenesten. Vi står overfor to viktige utfordringer: Den ene er de folkerike kommunene med for få legehjemler. Disse er blitt spesielt oppfordret til å invitere de avtaleløse legene til samarbeid om planlegging av reformen. I flere kommuner har samarbeidet vist at legebehovet vil bli dekket uten at det må skaffes nye leger. Andre kommuner har søkt om nye legehjemler.

Den andre viktige utfordringen er legesituasjonen i småkommuner med ledighet og ustabilitet. Odelstingsproposisjonen beskriver de stimuleringsiltak som er igangsatt for å øke rekrutteringen og sikre stabiliteten. Jeg vil understreke at departementets innsats framover i større grad vil rettes mot å sikre stabilitet gjennom utvikling av faglige ressursmiljøer og generell fagutvikling i primærlegetjenesten. Dette krever et samarbeid mellom primærlegetjenesten og forskningsmiljøer, spesielt de medisinske fakultet. Departementet har bidratt til å starte et slikt utviklingsarbeid i de nordligste fylker.

Stimuleringsiltakene vil ha et langsiktig perspektiv. Det vil være den samlede effekt av tiltak for fagutvikling, en god fastlegeordning, økt tilgang på leger og regulering av legemarkedet som sammen vil bidra til at primærlegetjenesten vil kunne utvikle seg i en retning hele befolkningen vil være tjent med.

Det er viktig at samtlige kommuner forbereder for innføring av reformen, uansett om kommunen har legemangel eller ikke. Jeg har tro på at kommunene i samarbeid med legene vil strekke seg langt for å få til tidsbegrensede løsninger i områder med legemangel. Departementet vil nøye følge legemarkedet og være i dialog med kommunesektoren om spørsmål som dukker opp i forbindelse med innføringen av reformen.

Vi har et stramt tidsløp for at reformen kan settes i verk fra 1. januar 2001. Departementet har i planleggingen lagt stor vekt på et forpliktende samarbeid med kommunesektoren og med Lægeföreningen. Resultatet av samarbeidet er bl.a. at alle parter i hovedsak står bak det forslag som nå er forelagt Stortinget. Dette skaper et godt grunnlag for de kommende forhandlinger.

Reformen har tidligere vært utsatt. Vi er ikke tjent med flere utsettelse. Jeg ser derfor fram til at Stortinget i dag vil vedta de nødvendige lovendringer, slik at forhandlinger kan komme i gang, og planlegging for innføring fra 1. januar 2001 kan fullføres.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

John I. Alvheim (Frp): Selv om vår nye helseminister ikke har stått fadder til den lovproposisjonen vi i dag behandler, har jeg lyst til å utdype et par problemstillinger.

Det foreløpige listetak i henhold til innstillingen settes til 1 500 pasienter pr. fastlege. Nå er det slik at svært mange allmennleger i dag har et antall pasienter som er bortimot en dobling av dette. Det er altså allmennleger som har opptil mellom 2 500 og 3 000 pasienter i sin portefølje.

Mitt første spørsmål til helseministeren blir da: Hvordan skal man foreta kuttene til de listeleger som i begynnelsen av ordningen har overtallige pasienter? I hvor stor grad vil pasientene selv bli tatt med på råd i den sammenheng?

Det legges i innstillingen opp til at fastlegen skal ha ansvar for pasientene 52 uker i året, inklusiv ferie, sykefravær osv. Mitt andre spørsmål til helseministeren blir da som følger: Hvordan har man tenkt seg at denne ordningen skal fungere i mindre kommuner hvor man bare har en eller to leger? Og hvordan kan man virkelig tro på at den nye fastlegeordningen skal kunne rekruttere allmennleger til kommunene med dette ansvaret og denne arbeidsbyrden?

Statsråd Tore Tønne: Jeg må medgi at min evne til å svare konkret og direkte på de spørsmål representanten Alvheim stiller, er noe begrenset.

For det første vil jeg si at mye skal avklares gjennom de forhandlinger som nå forutsettes å finne sted umiddelbart etter at loven er vedtatt.

Når det gjelder det siste spørsmålet som Alvheim tok opp, er det lagt opp til at det skal kunne være et samarbeid over kommunegrensene i de tilfeller dette viser seg å være et stort problem.

Annelise Høegh (H): Jeg synes det var interessant og viktig at helseministeren også gikk litt inn på de motforestillinger man har til denne loven, og muligheten til å sette den i verk på en god måte. Men han sa ganske bombastisk at siden reformen har vært utsatt tidligere, er vi ikke tjent med ytterligere utsettelse. Da stiller jeg meg spørsmålet: Hvem er *vi*? Er det alle de pasientene som tror de får en rett som de blir skuffet over at de ikke får, eller er det vi politikere, vi helsebyråkrater, som ikke er tjent med det? La meg si det slik: Jeg tror det aller viktigste er at vi sikrer et godt og stabilt allmennlegetilbud til barn, til funksjonshemmede, til andre kronikergrupper og til eldre. Det er de som har det største forbruket av helse-tjenester, allmennlegetjenester, og de bør ha sikkerhet for å få det. Men det jeg frykter vi gjør, er at vi gjør det motsatte. Vi gir en rettighet til alle, som faktisk kan gjøre det vanskeligere å gi den til dem som trenger det mest. Så jeg stiller spørsmålet til helseministeren: Vil han vurdere om det ikke er galt å sette seg i den situasjonen at man kanskje suspenderer hele befolkningen i mange små kommuner fra å få denne rettigheten, istedenfor å suspendere deler av befolkningen som ikke har det store hjelpebehov – altså: Vil han være villig til å vurdere om det ikke er barn, funksjonshemmede, kronikergrupper og eldre som først og fremst trenger denne fastlegeordningen? Så får vi ta med alle oss andre når den tiden kommer at vi har tilstrekkelig tilgang på allmennlegetjenester.

Statsråd Tore Tønne: Med «vi» mente jeg nok hele samfunnet, og selvfølgelig først og fremst de som bruker legetjenester. Jeg tror oppriktig at det nå er viktigst for disse gruppene at denne reformen settes ut i livet så raskt som mulig. Vi har et trangt tidsløp fremover for å få dette til, og vi skal arbeide meget hardt for å oppnå det, men vi har fortsatt håp om at det skal la seg gjøre innenfor den forutsatte tidsfrist. Jeg tror at en ny utsettelse nå bare vil skape en usikkerhet som vil være til skade for alle, og først og fremst for pasientene selvfølgelig.

I det arbeid som nå settes i gang, først gjennom forhandlinger og ved øvrig oppfølging av kommunene, har vi adgang til å vurdere mange sider ved selve gjennomføringen, men jeg vil ikke gå nærmere inn på de konkrete spørsmålene som tas opp her.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk. Flere har heller ikke bedt om ordet i sak nr. 3. (Votering, se side 405)

S a k n r . 4

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om strålevern og bruk av stråling (Innst. O. nr. 55 (1999-2000), jf. Ot.prp. nr. 88 (1998-1999))

Presidenten: Ingen har bedt om ordet. (Votering, se side 406)

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte **presidenten:** Odelstinget skal votere i sakene nr. 1-4.

Votering i sak nr. 1

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

- forslagene nr. 1-3, fra Per Sandberg på vegne av Fremskrittspartiet
 - forslag nr. 4, fra Trond Helleland på vegne av Høyre
- Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en bredere dokumentasjon vedrørende forslag om endring av ordlyden i § 3-1 annet og fjerde ledd i en større revisjon av konkurranseloven på et senere tidspunkt.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med lovendringsforslag som vil medføre at Konkurransetilsynets avgjørelser ikke skal kunne ankes til departementet og Kongen.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om å endre klageordningen etter konkurranseloven ved at det opprettes en uavhengig klageinstans.»

Forslagene nr. 2-4 blir i samsvar med forretningsordenens § 30 fjerde ledd å sende til Stortinget.

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget å gjøre slikt vedtak til

L o v

om endringer i lov 11. juni 1993 nr. 65 om konkurranse i ervervsvirksomhet (konkurranse-loven)

I

I lov 11. juni 1993 nr. 65 om konkurranse i ervervsvirksomhet (konkurranse-loven) gjøres følgende endringer:

§ 1-2 bokstav a første punktum skal lyde:

Med ervervsvirksomhet menes i denne lov all slags økonomisk virksomhet, varig eller *leilighetsvis*.

Ny § 1-7 skal lyde:

§ 1-7 *Forholdet mellom konkurranse-lovens forbud i §§ 3-1 til 3-4 og samarbeid unntatt etter EØS-avtalen artikkel 53 nr 3.*

Forbudene i §§ 3-1 til 3-4 omfatter ikke avtaler mellom foretak, beslutninger truffet av sammenslutninger av foretak eller samordnet opptreden som er innvilget individuelt unntak etter EØS-avtalen artikkel 53 nr 3, eller som omfattes av regelverk om unntak for grupper av avtaler etter EØS-avtalen artikkel 53 nr 3.

Ny § 1-8 skal lyde:

§ 1-8 *Overlevering til fremmede konkurransemyndigheter av opplysninger underlagt taushetsplikt.*

For å oppfylle Norges avtaleforpliktelser overfor fremmed stat eller internasjonal organisasjon kan Konkurransetilsynet uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi konkurransemyndigheter i fremmede stater opplysninger

ger som er nødvendige for å fremme norske eller vedkommende stats eller organisasjons konkurranseregler.

Ved utlevering av opplysninger etter første ledd skal Konkurransetilsynet stille som vilkår at opplysningene bare kan formidles videre med samtykke fra Konkurransetilsynet, og bare for det formål som samtykket omfatter.

Kongen kan gi forskrift om overlevering av opplysninger etter første og annet ledd.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 3-1 annet ledd skal lyde:

Tilsvarende må én eller flere *leverandører ikke* fastsette eller søke å påvirke priser, rabatter eller avanser for avtakernes salg av varer eller tjenester.

§ 3-1 fjerde ledd første punktum skal lyde:

Forbudene i annet og tredje ledd er ikke til hinder for at en enkelt *leverandør oppgir* veiledende priser for avtakernes salg av varer eller tjenester.

Presidenten: Fremskrittspartiet har varslet at de her vil stemme imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 59 mot 14 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 15.33.06)

Videre var innstillet:

§ 3-4 første ledd skal lyde:

Sammenslutninger av ervervsdrivende må ikke selv fastsette eller oppfordre til reguleringer som er nevnt i §§ 3-1 til 3-3 eller til reguleringer i strid med vedtak etter §§ 3-9 til 3-11.

§ 3-10 første ledd skal lyde:

Konkurransetilsynet kan ved *enkeltvedtak eller forskrift* gripe inn mot vilkår, avtaler og handlinger dersom tilsynet finner at disse har til formål, virkning eller er egnet til å begrense konkurransen i strid med formålet i lovens § 1-1.

§ 3-10 fjerde ledd annet og tredje punktum skal lyde:

Vedtaket kan *dessuten* gå ut på å regulere ervervsdrivendes priser. *Det gjelder også når det foreligger markedssvikt som følge av naturlig monopol, offentlige reguleringer eller andre forhold.*

§ 3-11 nytt fjerde ledd skal lyde:

Konkurransetilsynet kan vedta midlertidig forbud mot å gjennomføre et bedriftserverv eller vedta andre tiltak dersom det er rimelig grunn til å anta at ervervet vil kun-

ne lede til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen og Konkurransetilsynet anser det nødvendig for å kunne gjennomføre et eventuelt senere vedtak om inngrep i medhold av bestemmelsen her.

Nåværende fjerde til sjuende ledd blir femte til åttende ledd.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Presidenten: Presidenten vil her la votere over forslag nr. 1, fra Fremskrittspartiet:

«§ 3-11 fjerde ledd nytt siste punktum skal lyde:

Midlertidig vedtak etter dette ledd, skal Konkurransetilsynet behandle innen 3 måneder.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 60 mot 15 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.33.41)

Videre var innstillet:

§ 3-11 femte ledd skal lyde:

Før det foretas inngrep etter første ledd, skal Konkurransetilsynet ha forsøkt å komme fram til en minnelig løsning med den eller de ervervsdrivende.

§ 3-11 sjuende ledd tredje punktum skal lyde:

Dersom tilsynet varsler inngrep, gjelder fristene i sjettede ledd på vanlig måte for tilsynets videre behandling.

§ 3-11 åttende ledd annet punktum skal lyde:

Konkurransetilsynet kan gi nærmere bestemmelser om innmeldingsordningen i sjuende ledd.

§ 6-1 første ledd første punktum skal lyde:

Enhver plikter å gi konkurransemyndighetene de opplysninger disse myndigheter krever for å kunne utføre sine gjøremål etter loven, blant annet for å undersøke en mulig overtredelse av denne lov eller vedtak i medhold av denne lov, eller for å undersøke pris- og konkurranseforhold ellers, og for å kunne oppfylle Norges avtaleforpliktelse overfor fremmed stat eller internasjonal organisasjon.

§ 6-1 annet ledd skal lyde:

På samme betingelser som nevnt i første ledd, kan konkurransemyndighetene for gransking kreve utlevert alle typer forretningspapirer, møtereferater og andre nedtegnelser, samt informasjon som er lagret ved hjelp av datamaskin eller annet teknisk hjelpemiddel.

§ 6-1 tredje ledd oppheves.

Nåværende fjerde til sjettede ledd blir tredje til femte ledd.

§ 6-4 første ledd skal lyde:

For å sikre at et enkeltvedtak i medhold av denne lov overholdes, kan Konkurransetilsynet bestemme at den vedtaket retter seg mot, skal betale en løpende mulkt til staten til forholdet er rettet.

§ 6-4 tredje ledd nytt annet punktum skal lyde:

Konkurransetilsynet kan frafalle påløpt tvangsmulkt.

§ 6-6 første ledd bokstav b skal lyde:

b) overtrer vedtak etter §§ 3-10, 3-11 eller § 4-1 annet eller tredje ledd,

II

Loven trer i kraft straks.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Presidenten: Det blir votert over lovens overskrift og loven i sin helhet.

V o t e r i n g :

Lovens overskrift og loven i sin helhet bifaltes enstemmig.

Presidenten: Lovvedtaket vil bli sendt Lagtinget.

Votering i sak nr. 2

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

- forslag nr. 1, fra Harald T. Nesvik på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti
 - forslagene nr. 2-4, fra Harald T. Nesvik på vegne av Fremskrittspartiet og Høyre
 - forslag nr. 5, fra Harald T. Nesvik på vegne av Fremskrittspartiet
 - forslag nr. 6, fra Annelise Høegh på vegne av Høyre
- Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen ikke iverksette utredning av et terapeutisk referanseprissystem for legemidler.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide forskrifter som åpner for at salg av reseptfrie legemidler kan skje utenfor apotek.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide forskrifter som unntar grossister som spesialiserer seg på veterinære legemidler, fra kravet om fullsortiment.»

Disse forslagene blir i samsvar med forretningsordningens § 30 fjerde ledd å sende til Stortinget.

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget å gjøre slike vedtak:

A
L o v
om apotek (apotekloven)

Kap. 1. Almennelige bestemmelser

§ 1-1. Formål

Denne lov har til formål å sikre forsvarlig utlevering av legemidler til sluttbruker. Den skal medvirke til riktig legemiddelbruk i befolkningen og til god tilgjengelighet i alle deler av landet til legemidler og farmasøytiske tjenester som har god kvalitet og rimelig pris.

§ 1-2. Virkeområde

Loven gjelder apotek.

Forsvarets apotek kommer ikke inn under denne loven, med mindre noe annet fastsettes av Kongen. Kongen kan gi forskrift om deres virksomhet.

Kongen kan bestemme at visse apotek eid og drevet av staten skal unntas fra enkelte bestemmelser i denne loven.

Kongen gir forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 1-3. Definisjoner

I denne lov menes med:

- a) apotek: salgs- og tilvirkningssted for legemidler til sluttbruker, som er fysisk tilgjengelig for publikum;
- b) hovedapotek: det apotek hvor driftskonsesjonæren har den stedlige ledelsen når driftskonsesjonen også omfatter filialapotek;
- c) filialapotek: apotek under stedlig ledelse av en apotekbestyrer, men under samme apotek-konsesjon og driftskonsesjon som et hovedapotek;
- d) sykehusapotek: apotek i samlokalisering med offentlig sykehus eller privat sykehus som inngår i offentlige helseplaner, som har legemiddelforsyning til sykehuset som sin primær oppgave;
- e) medisinsalgs: separat utleveringssted for legemidler som er underlagt et bestemt apotek;
- f) apoteker: person med driftskonsesjon til apotek etter § 3-2;
- g) apotekbestyrer: person med godkjenning som apotekbestyrer etter § 4-2;
- h) legemiddel: stoffer, droger eller preparater som nevnt i legemiddeloven § 2 første ledd jf. forskrift gitt i medhold av legemiddeloven § 2 annet ledd;
- i) tilvirkning: fremstilling, pakking, ompakking, etikettering, ometikettering og frigivelse av legemidler samt de nødvendige kontroller i forbindelse med disse aktivitetene;

- j) resept: rekvirering av legemidler til bruk for bestemte personer eller dyr fra person med rekvireringsrett;
- k) rekvisisjon: rekvirering av legemidler fra person med rekvireringsrett på annen måte enn ved resept;
- l) ekspedisjon: farmasøytisk kontroll og istandgjøring av legemiddel i henhold til resept eller rekvisisjon.

Presidenten: Her foreligger det to avvikende forslag. Det er forslag nr. 5, fra Fremskrittspartiet, til ny bokstav f:

«§ 1-3 bokstav f:

Postordreapotek: salgs- og tilvirkningssted for legemidler til sluttbruker som ikke er fysisk tilgjengelig for publikum, og som kan sende legemidler, etter skriftlig eller muntlig bestilling i henhold til innlevert resept, i postoppkrav til sluttbruker;

Punktene f), g), h), i), j), k) og l) i proposisjonens lovforslag blir henholdsvis g), h), i), j), k), l) og m).»

Og det er forslag nr. 6, fra Høyre, til bokstavene b, c og f:

«§ 1-3 bokstav b, c og f:

b) hovedapotek: det apotek hvor den faglig ansvarlige har den stedlige ledelsen når vedkommende også er faglig ansvarlig for filialapotek.

c) filialapotek: apotek under stedlig ledelse av en apotekbestyrer, men under samme apotek-konsesjon som et hovedapotek.

f) apoteker: faglig ansvarlig for drift av apotek etter § 3-1.»

Det blir først votert over forslaget fra Fremskrittspartiet, deretter alternativt mellom komiteens innstilling til bokstavene b, c og f og forslaget fra Høyre, og til sist over paragrafens øvrige bokstaver.

V o t e r i n g :

1. Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 61 mot 14 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 15.35.55)
2. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til bokstavene b, c og f og forslaget fra Høyre bifaltes innstillingen med 65 mot 9 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 15.36.27)
3. Komiteens innstilling til paragrafens øvrige bokstaver bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 1-4. Krav om konsesjon

For å eie og drive apotek kreves offentlig godkjenning i form av konsesjon til eierskap til apoteket etter kap. 2 (apotek-konsesjon) og konsesjon til drift av apoteket etter kap. 3 (driftskonsesjon).

Presidenten: Her foreligger det et avvikende forslag, nr. 6, fra Høyre:

«§ 1-4 Krav om konsesjon

For å eie apotek kreves offentlig godkjenning i form av konsesjon til eierskap til apoteket etter kap. 2.»

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Høyre bifaltes innstillingen med 65 mot 10 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 15.37.07)

Videre var innstillet:

§ 1-5. *Bruk av kjennetegn*

Apotek skal betegne seg utad med ordet apotek. Sykehusapotek kan betegne seg utad som sykehusapotek. Apotekets egennavn skal være godkjent av departementet, som kan nekte spesielle navn brukt.

Ordet apotek og sammensetninger som inneholder dette ordet, må ikke brukes som betegnelse for noen virksomhet som ikke er offentlig godkjent apotek etter loven. Slike ord må heller ikke brukes som betegnelse på og reklame for produkter som ikke omfattes av apotekenes forhandlingsplikt.

Tittelen apoteker må ikke brukes av noen som ikke er apoteker etter denne loven. Det samme gjelder tittelen apotekbestyrer. Kommersiell bruk av ordsammensetninger som inneholder disse titlene er ikke tillatt.

Presidenten: Til første ledd foreligger det et avvikende forslag, nr. 2, fra Fremskrittspartiet og Høyre:

«§ 1-5 første ledd:

Apotek skal betegne seg utad med ordet apotek. Sykehusapotek kan betegne seg utad som sykehusapotek.»

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til første ledd og forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre bifaltes innstillingen med 52 mot 23 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 15.37.41)
2. Komiteens innstilling til andre og tredje ledd bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 1-6. *Erstatningsansvar*

Apotekets eier er ansvarlig for person- og tingskade som følge av at legemidlet ved utleveringen til kunden er:

- a) påført feil eller mangler i apoteket
- b) merket i strid med gjeldende bestemmelser for merking i apotek
- c) utlevert i strid med resept. Utlevering i samsvar med § 6-6 annet ledd anses ikke som utlevering i strid med resept.

For øvrig gjelder alminnelige erstatningsregler.

Til sikkerhet for erstatningsansvar etter denne paragraf skal apoteket være ansvarsforsikret. Departementet kan gi nærmere bestemmelser om ansvarsforsikring av apotek.

Kap. 2. Konesjon til eierskap til apotek

§ 2-1. *Konesjonsmyndighet*

Konesjon til eierskap til apotek (apotekkonesjon) gis av departementet.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 2-2. *Apotekkonesjon til privat søker*

Med de begrensninger som følger av § 2-3, har en privat søker rett til apotekkonesjon hvis følgende krav er oppfylt:

- a) Søker må ved politiattest dokumentere hederlig vandel. Er søkeren en juridisk person, gjelder vandelskravet foretakets daglige leder og medlemmene av styret. For ansvarlige selskaper uten styre gjelder kravet alle selskapsdeltakerne.
- b) Søker må ha handelsrett i samsvar med lov 6. juni 1980 nr. 21 om handelsvirksomhet §§ 2-1 til 2-4.
- c) Søker må dokumentere økonomisk evne til å drive faglig forsvarlig, i samsvar med krav til apotekvirksomhet fastsatt i lov og forskrift, herunder økonomisk evne til å tilby nødvendige ikkelønnsomme farmasøytiske tjenester.
- d) Søker må dokumentere evne til hurtig og sikker levering av legemidler som må fremstilles i det enkelte tilfellet etter resept.
- e) Søker må dokumentere sannsynlighet for at apotekets faglige virksomhet får et omfang som er stort nok til at apotekets kompetanse som faghandel og tilvirker av legemidler sikres og holdes ved like. Kravet kan dokumenteres i fellesskap med annet eller andre nærliggende apotek med samme eier, eller i forpliktende samarbeid. Departementet kan i forskrift fastsette regler som begrenser retten til konesjon etter denne paragraf dersom konkurransepolitiske hensyn tilsier det.

Departementet kan i forskrift fastsette regler som begrenser retten til konesjon etter denne paragraf dersom hensynet til en geografisk forsvarlig fordeling av farmasøytisk personell tilsier det. Slike regler kan ikke begrense erververens rett til apotekkonesjon ved erverv av et eksisterende apotek og eierens rett til ny konesjon for eksisterende apotek ved omdannelse av eierform.

Presidenten: Til første ledd bokstav a foreligger det et avvikende forslag, nr. 2, fra Fremskrittspartiet og Høyre:

«§ 2-2 første ledd bokstav a):

Søker må ved politiattest dokumentere hederlig vandel. Er søkeren en juridisk person, gjelder vandelskravet foretakets daglige leder. For ansvarlige selskaper uten styre gjelder kravet alle selskapsdeltakerne.»

Fremskrittspartiet og Høyre har dessuten varslet at de går imot tredje ledd.

Presidenten vil først la votere alternativt mellom innstillingens første ledd bokstav a og forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til § 2-2 første ledd bokstav a) og forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre bifaltes innstillingen med 52 mot 23 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 15.38.35)

Presidenten: Det voteses så over de øvrige bokstaver i første ledd samt andre ledd.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Presidenten: Det voteses så over § 2-2 tredje ledd.

Her har altså Fremskrittspartiet og Høyre varslet at de går imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 52 mot 23 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 15.39.10)

Videre var innstillet:

§ 2-3. Private søkere som ikke kan gis apotekkonsesjon

Apotekkonsesjon etter § 2-2 kan ikke gis dersom:

- Søkeren har rekvireringsrett for legemidler, er industriell tilvirker av legemidler eller er tilknyttet slik tilvirker eller foretak som tar syke i behandling. Det samme gjelder dersom søkeren har slike nærstående, med mindre departementet gjør unntak i det enkelte tilfellet.
- Søker er et foretak som tar syke i behandling eller et industriforetak som tilvirker legemidler. Det samme gjelder dersom søkeren er et foretak som ledes av person med rekvireringsrett for legemidler. Med mindre departementet gjør unntak i det enkelte tilfellet, gjelder kravet foretakets daglige leder, medlemmene av styret og deres nærstående, samt alle selskapsdeltakerne og deres nærstående hvis foretaket er et ansvarlig selskap.
- Søker er et foretak som eies med 10 prosent eller mer av person med rekvireringsrett for legemidler eller av person som tilvirker legemidler eller er tilknyttet slik virksomhet eller er nærstående til noen av disse. Grensen gjelder tilsvarende for samarbeidende grupper av slike personer.
- Søker er datterselskap i konsern med morselskap som er tilvirker av legemidler eller tar syke i behandling, eller datterselskap i konsern med morselskap som eies med 33 prosent eller mer av tilvirker eller tilvirkere av legemidler eller av foretak som tar syke i behandling.

Hvis søkerne tidligere har hatt apotekkonsesjon som er kalt tilbake etter § 2-13, kan ny konsesjon gis bare hvis departementet finner det ubetenkelig. Tilsvarende gjelder hvis søkeren eller hans representanter eller eiere med bestemmende innflytelse, har hatt bestemmende innflytelse over apotekkonsesjonær som har mistet konsesjonen på grunn av tilbakekall eller bortfall.

Presidenten: Til første ledd bokstav a foreligger det et avvikende forslag, nr. 6, fra Høyre:

«§ 2-3 første ledd bokstav a:

Søkeren har rekvireringsrett for legemidler, er industriell tilvirker av legemidler eller er tilknyttet slik tilvirker eller foretak som tar syke i behandling.»

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til § 2-3 første ledd bokstav a) og forslaget fra Høyre bifaltes innstillingen med 66 mot 9 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 15.39.46)

2. Komiteens innstilling til de øvrige bokstaver i § 2-3 første ledd samt andre ledd bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 2-4. Apotekkonsesjon til kommuner og fylkeskommuner

I særlige tilfeller kan apotekkonsesjon gis til kommuner og fylkeskommuner, og til foretak som eies helt av en kommune eller fylkeskommune.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 2-5. Apotekkonsesjon til sykehusapotek

Apotekkonsesjon til sykehusapotek kan gis til staten og fylkeskommuner og til foretak som eies helt av stat eller fylkeskommune.

I særlige tilfeller kan konsesjon til sykehusapotek også gis til privat søker som oppfyller kravene i § 2-2 jf. § 2-3.

Presidenten: Til andre ledd foreligger det et avvikende forslag, nr. 2, fra Fremskrittspartiet og Høyre.

«§ 2-5 annet ledd:

Konsesjon til sykehusapotek kan også gis til privat søker som oppfyller kravene i § 2-2 jf. § 2-3.»

Det voteses først over innstillingens første ledd, deretter alternativt mellom innstillingens andre ledd og forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre.

V o t e r i n g :

1. Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

2. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre bifaltes innstillingen med 50 mot 23 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 15.40.42)

Videre var innstillet:

§ 2-6. Kommunal høring m.v.

Før konsesjon gis skal kommunen der apoteket skal ligge gis anledning til å uttale seg.

Kommunen skal ta opp spørsmålet om opprettelse av apotek med departementet hvis kommunens behov for apotek tjenester ikke er dekket.

§ 2-7. Apotekkonsesjonens omfang

En apotekkonsesjon omfatter et bestemt apotek i et bestemt geografisk område.

Apotekkonsesjonen kan ellers inneholde:

- a) Tillatelse til etablering av medisinsalg på et bestemt sted kan gis hvis departementet anser det nødvendig for å sikre en forsvarlig legemiddelforsyning. Tillatelse til å ha medisinsalg kan kalles tilbake med 6 måneders varsel, og skal kalles tilbake hvis det etableres et apotek på stedet.
- b) Tilvirkertillatelse etter § 7-1 og tillatelse etter § 7-3 tredje ledd til salg til apotek og grossist av legemidler som er tilvirket til lager.

Presidenten: Til § 2-6 samt § 2-7 andre ledd bokstav a andre punktum foreligger det et avvikende forslag, nr. 2, fra Fremskrittspartiet og Høyre:

«§ 2-6 Kommunal høring m.v.

Kommunen kan ta opp spørsmålet om opprettelse av apotek med departementet hvis kommunens behov for apotek tjenester ikke er dekket.

§ 2-7 bokstav a) annet punktum:

Tillatelse til å ha medisinsalg kan kalles tilbake med 6 måneders varsel.»

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til § 2-6 samt § 2-7 andre ledd bokstav a andre punktum og forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre bifaltes innstillingen med 51 mot 23 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 15.41.18)
2. Komiteens innstilling til de øvrige ledd og bokstaver i § 2-7 bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 2-8. Vilkår for apotekkonsesjon

Det kan settes vilkår for apotekkonsesjonen når det finnes påkrevd av hensyn til de mål loven skal fremme, herunder vilkår om:

- a) samarbeid med den lokale helsetjenesten
- b) utføring av farmasøytisk tilsyn i den lokale helsetjenesten
- c) utføring av helsetjenester som står i nær sammenheng med utlevering og bruk av legemidler
- d) sikring av tilgjengeligheten til legemidler gjennom særlige åpningstider eller funksjon som vaktapotek
- e) sikring av legemiddelforsyningen gjennom opprettelse og drift av apotek eller medisinsalg i område uten apotektilbud, eller gjennom overtakelse av apotek eller medisinsalg i område som står i fare for å miste apotektilbudet.

I stedet for naturaloppfyllelse av vilkår som er pålagt etter første ledd, kan departementet godkjenne at vilkåret blir oppfylt gjennom tilbud om økonomisk kompensasjon til andre apotek i området som er pålagt det samme vilkåret.

Vilkår som nevnt i første ledd kan settes også etter at konsesjonen er gitt.

Presidenten: Fremskrittspartiet har varslet at de går imot første ledd bokstav e. Det blir derfor først stemt over bokstav e.

V o t e r i n g :

1. Komiteens innstilling til første ledd bokstav e bifaltes med 61 mot 14 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 15.41.52)
2. Komiteens innstilling til de øvrige ledd og bokstaver bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 2-9. Rettsvirkninger av apotekkonsesjon

Apotekkonsesjon innebærer rett og plikt til å etablere og drive apotek, medisinsalg og tilvirkning av legemidler som angitt i konsesjonen, jf. § 2-7 og § 2-8.

Rettsvirkningene faller bort hvis driften av apoteket ikke er i gang 12 måneder etter at konsesjonen er gitt og ny frist ikke er satt.

§ 2-10. Opplysningsplikt og særlige meldeplikter

Apotekkonsesjonæren skal gi departementet melding om vesentlige endringer av de opplysninger som ligger til grunn for konsesjonsvedtaket, herunder i disse tilfellene:

- a) Det skal gis melding straks hvis 10 prosent eller mer av juridisk person som har apotekkonsesjon, har skiftet eier de siste 12 månedene.
- b) Ved avvikling og avhending av apoteket til ny eier skal det gis melding straks beslutningen om avvikling eller avhending er tatt.
- c) Ved slik flytting av apoteket som ikke utløser plikt til å søke om konsesjon på nytt, skal det gis melding senest 3 måneder før flyttingen.

§ 2-11. Overtakelse av apotekkonsesjon m.v.

Apotekkonsesjon kan ikke overdras.

Ved konsesjonærens død og konkurs og ved overdragelse av apoteket faller konsesjonen bort. Døds- eller konkursboet kan ved melding til departementet likevel overta rettighetene og pliktene etter apotekkonsesjonen for en periode på inntil 6 måneder. Perioden kan forlenges etter søknad.

§ 2-12. Avkall på apotekkonsesjon

Apotekkonsesjonæren kan gi avkall på konsesjonen og på tillatelser gitt i tilknytning til konsesjonen. Ved avkall faller konsesjonen eller tillatelsen bort 3 uker etter at avkallet er gitt, bortsett fra ved vedtak etter annet ledd,

hvor bortfallet inntreer først ved utløpet av avviklingsperioden.

Departementet kan forlenge rettsvirkningene etter konsesjonen eller tillatelsene i inntil 12 måneder etter at konsesjonæren har gitt avkall på den. Slikt vedtak må treffes senest 3 uker etter at avkallet er gitt. Departementet svarer for økonomisk tap som driften har påført konsesjonæren i avviklingsperioden.

§ 2-13. Tilbakekall og endring av apotekkonsesjon

Departementet kan kalle tilbake apotekkonsesjonen hvis vilkårene etter § 2-2 jf. § 2-3 ikke lenger foreligger.

Apotekkonsesjonen kan også kalles tilbake:

- ved mislighold av vilkår som er satt etter § 2-8
- ved mislighold av innrapporteringsplikter som tilligger apotekkonsesjonæren ifølge lov, forskrift eller vedtak
- ved mangelfull medvirkning under tilsyn, jf. § 8-2
- ved stenging av apoteket etter § 8-5 eller ved annet driftsopphør som eieren svarer for
- ved avkall på driftskonsesjonen, hvis avkallet er begrundet i uforsvarlige rammevilkår for driften
- ved mangelfull oppfyllelse i apoteket av krav til kvalitet og sikkerhet som følger av lov, forskrift eller vedtak eller av god apotek- eller tilvirkningspraksis.

Hvis tilbakekallsgrunnen i første og annet ledd bare gjelder medisinsalg eller apotekets tilvirkning av legemidler, kan tilbakekallet begrenses til å gjelde denne delen av apotekkonsesjonen.

Apotekkonsesjon kan også kalles tilbake hvis det gjør seg gjeldende forhold ved apotekkonsesjonæren som må antas å gjøre vedkommende uskikket til å eie eller utøve eierådighet i apotek. Ved rettskraftig dom om bortfall av rett til å eie apotek skal konsesjonen tilbakekalles.

§ 2-14. Forskrifter

Departementet kan gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av reglene i dette kapittel.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

Kap. 3. Konsesjon til drift av apotek

§ 3-1. Konsesjonsmyndighet

Konsesjon til drift av apotek (driftskonsesjon) gis av departementet.

§ 3-2. Rett til driftskonsesjon

Søker har rett til driftskonsesjon til et bestemt apotek hvis følgende krav er oppfylt:

- Søker har norsk eksamen cand. pharm eller tilsvarende universitetsutdanning fra EØS-området eller som er godkjent av departementet.
- Søker har minst 2 års farmasøytisk praksis etter eksamen.
- Søker har offentlig autorisasjon som farmasøyt.

d) Søker har hederlig vandel i henhold til politiattest.

e) Søker skal være daglig leder for apoteket.

f) Søker ikke er uskikket til å drive apotek.

Samme person kan ikke ha mer enn én driftskonsesjon på samme tid.

§ 3-3. Krav til apotekvirksomheten

Før driftskonsesjonen gis må apotekkonsesjonæren godtgjøre at apoteket fyller de krav som gjelder for apotekvirksomheten.

§ 3-4. Driftskonsesjonens omfang

I tillegg til hovedapoteket kan det gis tillatelse til drift av inntil tre filialapotek, som hver skal være under stedlig ledelse av en apotekbestyrer godkjent etter § 4-2, hvis apotekkonsesjonæren godtgjør at:

- Person med kvalifikasjoner som nevnt i § 3-2 første ledd ikke lar seg ansette som apoteker av årsaker som ikke kan lastes apotekkonsesjonæren.
- Apoteket tilbyr apotektenester som stedets befolkning ikke kan skaffe seg på annen måte uten urimelig kostnad eller ulempe. I særlige tilfeller kan dette kravet fravikes.

Kravene i første ledd bokstav a og b gjelder ikke hvis apoteket på søknadstidspunktet er i drift som filialapotek med en godkjent apotekbestyrer. I dette tilfellet bør tillatelsen tidsbegrenses til varigheten av apotekbestyrerens arbeidsforhold.

Driftskonsesjonen kan ellers inneholde tillatelse til drift av medisinsalg, hvis slikt utsalg følger apotekkonsesjonen, og tilvirkertillatelse etter § 7-1.

§ 3-5. Vilkår for driftskonsesjon

Det kan settes slike vilkår for driftskonsesjon som anses nødvendig for at apotekeren skal kunne utøve sin daglige ledelse av apotekets virksomhet forsvarlig. Slike vilkår kan settes også etter at konsesjonen er gitt.

§ 3-6. Forholdet mellom konsesjonærene

Apotekeren skal sørge for at virksomheten til enhver tid oppfyller faglige krav til apotekvirksomhet som følger av lov, forskrift, vedtak og god apotek- og tilvirkningspraksis.

Apotekeren skal følge apotekkonsesjonærens retningslinjer og pålegg i sin daglige ledelse av apoteket så langt de faglige krav som gjelder for virksomheten ikke er til hinder for det. Om et pålegg eller en retningslinje er i strid med faglige krav for apoteket, avgjøres i tvilstilfellet av departementet.

Saker som etter virksomhetens forhold er av uvanlig art eller av stor betydning, skal apotekeren forelegge apotekkonsesjonæren for avgjørelse, med mindre saken ikke kan utsettes uten betydelig ulempe for apoteket eller kunden.

Saker om ansettelse, oppsigelse, suspensjon, avskjed og forflytting av apotekets personale avgjøres alltid av apotekkonsesjonæren etter innstilling fra apotekeren, med mindre beslutningsmyndigheten i slike saker fullt ut er lagt til apotekeren.

§ 3-7. Driftskonsesjonsansvaret ved lengre fravær

Ved sykdom, permisjon og annet midlertidig fravær over 3 måneder skal apotek-konsesjonæren sørge for at virksomhetens daglige ledelse overlates til en apotekbestyrer som er godkjent etter § 4-2.

§ 3-8. Overtakelse av driftskonsesjon m.v.

Driftskonsesjon kan ikke overdras.

Ved konsesjonærens fylte 70 år, død, oppsigelse og avskjed faller konsesjonen bort. Rettighetene og pliktene etter konsesjonen kan ved melding til departementet likevel overføres for en periode på inntil 3 måneder til annen person som fyller vilkårene i § 3-2 eller til en person som fyller kravene i § 4-2 og som har vært ansatt i apoteket i minst ett år.

§ 3-9. Tilbakekall og endring av driftskonsesjon

Departementet kan endelig eller midlertidig kalle tilbake driftskonsesjonen hvis kravene for å ha den etter § 3-2 første ledd ikke lenger foreligger.

Det samme gjelder:

- ved mislighold av vilkår som er satt etter § 3-5
- ved mislighold av innrapporteringsplikter som tilligger apotekeren ifølge lov, forskrift eller vedtak
- ved mangelfull medvirkning under tilsyn, jf. § 8-2
- ved uforsvarlig personlig utøvelse av rettigheter og plikter som apoteker.

Hvis tilbakekallsgrunnen bare gjelder filialapotek, medisinutsalg eller tilvirkertillatelse, kan tilbakekallet begrenses til å gjelde denne delen av driftskonsesjonen.

§ 3-10. Samtidig bortfall av apotek- og driftskonsesjon

Ved avkall, tilbakekall og bortfall av apotek-konsesjonen faller driftskonsesjonen bort samtidig som apotek-konsesjonen.

§ 3-11. Forskrifter

Departementet kan gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av reglene i dette kapittel.

Presidenten: Her foreligger det et avvikende forslag, nr. 6, fra Høyre, der §§ 3-1 til 3-7 skal erstatte innstillingens §§ 3-1 til 3-11. Forslaget lyder:

«§ 3-1 Krav til faglig ansvarlig for drift av apotek (apoteker)

Ved apotek skal en person som oppfyller følgende krav, være faglig ansvarlig for drift:

- Vedkommende har norsk eksamen cand. pharm eller tilsvarende universitetsutdanning fra EØS-området eller som er godkjent av departementet.
- Vedkommende har minst to års farmasøytisk praksis etter eksamen.
- Vedkommende har offentlig autorisasjon som farmasøyt.
- Vedkommende har hederlig vandel i henhold til politiattest.
- Vedkommende skal være daglig leder for apoteket.
- Vedkommende skal ikke være uskikket til å drive apotek.

Samme person kan ikke være ansvarlig for drift av mer enn ett apotek på samme tid.

§ 3-2 Faglig ansvar for filialapotek

I tillegg til drift av hovedapoteket kan det gis tillatelse til drift av inntil tre filialapotek, som hver skal være under stedlig ledelse av en apotekbestyrer godkjent etter § 4-2, hvis den faglig ansvarlige etter § 3-1 godtgjør at:

- Personer med kvalifikasjoner som nevnt i § 3-1 første ledd ikke lar seg ansette som apoteker av årsaker som ikke kan lastes den faglig ansvarlige for drift av apotek.
- Apoteket tilbyr apotek-tjenester som stedets befolkning ikke kan skaffe seg på annen måte uten urimelig kostnad eller ulempe. I særlige tilfeller kan dette kravet fravikes.

Kravene i første ledd bokstav a og b gjelder ikke hvis apoteket på søknadstidspunktet er i drift som filialapotek med en godkjent apotekbestyrer. I dette tilfellet bør tillatelsen tidsbegrenses til varigheten av apotekbestyrerens arbeidsforhold.

Den faglig ansvarlige for drift av apotek kan også gis tillatelse til drift av medisinutsalg, hvis slikt utsalg følger apotek-konsesjonen, og tilvirkertillatelse etter § 7-1.

§ 3-3 Forholdet mellom apotek-konsesjonær og faglig ansvarlig for drift av apotek (apoteker)

Apotekeren skal sørge for at virksomheten til enhver tid oppfyller faglige krav til apotekvirksomhet som følger av lov, forskrift, vedtak og god apotek- og tilvirkningspraksis.

Apotekeren skal følge apotek-konsesjonærens retningslinjer og pålegg i sin daglige ledelse av apoteket så langt de faglige krav som gjelder for virksomheten ikke er til hinder for det.

Saker som etter virksomhetens forhold er av uvanlig art eller av stor betydning, skal apotekeren forelegge apotek-konsesjonæren for avgjørelse, med mindre saken ikke kan utsettes uten betydelig ulempe for apoteket eller kunden.

Saker om ansettelse, oppsigelse, suspensjon, avskjed og forflytting av apotekets personale avgjøres alltid av apotek-konsesjonæren etter innstilling fra den faglig ansvarlige for drift av apoteket, med mindre beslutningsmyndigheten i slike saker fullt ut er lagt til den faglig ansvarlige.

§ 3-4 Faglig ansvar for drift ved lengre fravær

Ved sykdom, permisjon og annet midlertidig fravær over 3 måneder skal apotek-konsesjonæren sørge for at virksomhetens daglige ledelse overlates til en apotekbestyrer som er godkjent etter § 4-2.

§ 3-5 Overtagelse av faglig ansvar for drift av apotek

Ved apotekers fylte 70 år, død, oppsigelse og avskjed kan dennes rettigheter og plikter overføres for en periode på inntil 6 måneder til en annen person som fyller kravene i § 4-2, og som har vært ansatt i apoteket minst ett år.

§ 3-6 Pålegg om innsettelse av ny faglig ansvarlig

Tilsynsmyndigheten kan gi apotek-konsesjonæren pålegg om å innsette en ny faglig ansvarlig ved apotekers:

- a) mislighold av innrapporteringsplikter som tilligger apotekeren ifølge lov, forskrift eller vedtak
- b) mangelfulle medvirkning under tilsyn, jf. § 8-2
- c) uforsvarlige personlig utøvelse av rettigheter og plikter som apoteker.

Hvis forholdet bare gjelder filialapotek, medisinsalg eller tilvirkertillatelse, kan det gis pålegg om at apoteker ikke lenger kan være faglig ansvarlig for denne delen av virksomheten.

§ 3-7 Forskrifter

Departementet kan gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av reglene i dette kapittel.»

Dessuten foreligger det et avvikende forslag, nr. 5, fra Fremskrittspartiet til § 3-4 første ledd første punktum og til fjerde ledd:

«§ 3-4 første ledd første punktum:

I tillegg til hovedapotek kan det gis tillatelse til drift av flere filialapotek og postordreapotek, som hver skal være under stedlig ledelse av en apotekbestyrer godkjent etter § 4-2, hvis apotekkonsesjonæren godtgjør at:

§ 3-4 fjerde ledd:

Departementet kan gi forskrifter om innhold og omfang når det gjelder postordreapotek.»

Det blir først votert over forslaget fra Fremskrittspartiet.

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble 60 mot 15 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.42.53)

Presidenten: Det blir så votert alternativt mellom innstillingens §§ 3-1 til 3-11 og forslaget fra Høyre, §§ 3-1 til 3-7.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Høyre bifaltes innstillingen med 64 mot 9 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 15.43.23)

Videre var innstillet:

Kap. 4. Apotekets personale

§ 4-1. Apotekets faglige personale

Apotekets farmasøytiske personale er de ansatte med eksamen som nevnt i § 3-2 første ledd, norsk reseptarutdanning eller annen farmasøytisk utdanning som er godkjent av departementet.

Apotekets tekniske personale er de som er ansatt som teknikere.

Presidenten: Til første ledd foreligger et avvikende forslag, nr. 6, fra Høyre:

«§ 4-1 første ledd:

Apotekets farmasøytiske personale er de ansatte med eksamen som nevnt i § 3-1 første ledd, norsk reseptarutdanning eller annen farmasøytisk utdanning som er godkjent av departementet.»

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til § 4-1 første ledd og forslaget fra Høyre bifaltes innstillingen med 64 mot 9 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 15.43.55)
2. Komiteens innstilling til § 4-1 andre ledd bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 4-2. Godkjenning av apotekbestyrer

Departementet kan godkjenne en søker som apotekbestyrer til et bestemt apotek hvis følgende krav er oppfylt:

- a) Søker har utdanning som nevnt i § 4-1 første ledd.
- b) Søker har farmasøytisk praksis.
- c) Søker har offentlig autorisasjon som farmasøyt.
- d) Søker har hederligandel i henhold til politiattest.

Det kan settes vilkår for godkjenningen hvis det anses nødvendig for at apotekbestyreren skal kunne utøve sin oppgave forsvarlig. Slike vilkår kan settes også etter at godkjenning er gitt.

Hvis søkeren skal vikariere for apotekeren, kan det gis midlertidig godkjenning for inntil 12 måneder. I særlige tilfeller kan perioden forlenges.

§ 4-3. Personalkrav

Apoteket skal ha et faglig personale som i antall og kompetanse er tilstrekkelig til å sikre god kvalitet på og sikkerhet ved apotekets oppbevaring, tilvirkning, ekspedisjon og utlevering av legemidler. Apotekkonsesjonæren skal medvirke til nødvendig videre- og etterutdanning.

Minst en person tilhørende apotekets farmasøytiske personale skal være til stede i hele åpningstiden.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om personalkrav i apotek og om apotekkonsesjonærens medvirkning til videre- og etterutdanning.

§ 4-4. Ekspedisjon og håndtering av legemidler

Bare apotekets farmasøytiske personale har rett til selvstendig å ekspedere legemidler etter resept og rekvisisjon som etter gjeldende utleveringsbestemmelser skal være undergitt farmasøytisk kontroll.

All håndtering av legemidler skal foregå under tilsyn av apotekets farmasøytiske personale. Det skal påses at gjeldende bestemmelser blir fulgt og at arbeidet for øvrig blir utført faglig forsvarlig.

§ 4-5. Samarbeid med helsepersonell

Dersom kundens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen i apotek skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell.

§ 4-6. Praktisk opplæring i praksisapotek

Elever ved teknikerutdanningen i videregående skole, reseptar- og farmasiststudenter samt farmasøyter med utenlandsk utdanning som skal ta norsk tilleggsprøve, har rett til praktisk opplæring i apotek som departementet har godkjent som praksisapotek.

Departementet fastsetter hvilke apotek som er praksisapotek og som plikter å motta elever og studenter til praktisk opplæring. Departementet kan gi nærmere bestemmelser om opplæringens lengde og innhold.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

Kap. 5. Grunnkrav til apotekvirksomhet

§ 5-1. Lokaler, innredning og utstyr

Apotekets lokaler skal være utformet, innredet og utstyrt godt nok til å ivareta god kvalitet og høy sikkerhet i apotekets oppbevaring, tilvirkning, ekspedisjon og utlevering av legemidler. Lokalenes utforming, innredning og utstyr skal være tilpasset den faglige og tekniske utviklingen.

Apotekets publikumssone skal være entydig avgrenset og egnet til å ivareta publikums behov for diskresjon. Apotekkonsesjonæren har adgang til de deler av apoteket som ikke er publikumssone etter tillatelse fra apotekeren eller apotekbestyreren.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om apotekets lokaler, innredning og utstyr og om sikring av lokalene m.v. samt regler om varsling og godkjenning ved ombygging av lokalene.

Presidenten: Fremskrittspartiet og Høyre har varslet at de går imot andre ledd andre punktum.

V o t e r i n g :

1. Komiteens innstilling til § 5-1 andre ledd andre punktum bifaltes med 52 mot 23 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 15.44.37)
2. Komiteens innstilling til de øvrige ledd og punktum bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 5-2. Åpnings- og lukningstider

Apoteket skal være åpent for ekspedisjon og utlevering av legemidler til publikum innenfor sine åpningstider. Apotekets åpningstider skal meldes til tilsynsmyndigheten.

Departementet kan ved forskrift bestemme minste åpningstider for apotek, og kan også fastsette lukningstider. I forskriften kan det ikke bestemmes at apotek skal holdes lukket mellom kl. 06.00 og kl. 24.00 på hverdager.

§ 5-3. Forhandlingsplikt

Apoteket har plikt til å forhandle:

- a) alle legemidler som er tillatt solgt her i landet
 - b) vanlig medisinsk utstyr som benyttes av forbrukere.
- Departementet kan gi forskrift som fastsetter nærmere hvilke artikler eller varegrupper som omfattes av første ledd. Departementet kan også gi bestemmelser som innskrenker og utvider forhandlingsplikten.

§ 5-4. Vareleveranser, varelager og leveringsgrad

Apoteket skal ha rutiner for tilførsel av varer som sikrer rask levering til lager av varer som omfattes av forhandlingsplikten. Apotekets legemidler kan bare leveres fra godkjent grossist eller fra annen virksomhet som har departementets tillatelse til å selge legemidler til apotek. Apotek med samme apotekkonsesjonær kan levere legemidler til hverandre, med mindre departementet bestemmer noe annet i forskrift.

Den alminnelige lagerbeholdningen skal stå i forhold til arten og omfanget av apotekets omsetning. Apoteket skal alltid ha beholdning av forhandlingspliktige varer som jevnlig rekvireres eller etterspørres av leger, tannleger, veterinærer og annet helsepersonell på stedet.

Apoteket skal registrere etterspørsel og utlevering av legemidler ved apoteket, slik at leveringsgraden går fram.

Departementet kan gi forskrift om hvilke varer et apotek alltid skal ha på lager og stille minstekrav til leveringsgrad for legemidler. Det kan også gis bestemmelser om apotekenes plikter ved mottak av legemidler fra leverandør og om adgangen for apotek til å levere legemidler til hverandre.

§ 5-5. Regnskap og annen virksomhetsregistrering

Apoteket skal ha eget budsjett og regnskap. Regnskapet skal føres ordentlig og fullstendig i henhold til den regnskapsplikt som gjelder for virksomheten.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om regnskapsplikten og kan fastsette de tillegg til regnskapsplikten som finnes påkrevd. Apoteket kan også pålegges å føre andre oppgaver over sin virksomhet enn de som følger av regnskapsplikten.

Regnskapet og andre opplysninger som apoteket plikter å registrere, skal gjøres tilgjengelig for departementet. Departementet kan gi nærmere bestemmelser om hvordan apoteket skal oppbevare opplysningene og gjøre dem tilgjengelige.

§ 5-6. Internkontroll

Apoteket skal etablere internkontroll for virksomheten og må kunne dokumentere at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om internkontroll i apotek.

§ 5-7. Formidling av offentlig informasjon

Apoteket plikter å bistå i formidlingen av offentlig informasjon om legemidler, medisinsk utstyr og lignende.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

Kap. 6. Salg og markedsføring fra apotek

§ 6-1. *Leveringsrett for apotekets varer m.v.*

Apoteket har med de begrensninger som følger av lov og forskrift rett til å levere forhandlingspliktige varer og yte de tjenester som følger av forhandlingsplikten. Apotek kan også levere og yte andre varer og tjenester hvis det naturlig og hensiktsmessig lar seg forene med apotekets salg av forhandlingspliktige varer. Departementet kan likevel gi forskrift som innskrenker adgangen til å selge varer og varegrupper som ikke omfattes av forhandlingsplikten, og kan gi bestemmelser som innskrenker adgangen til å yte andre tjenester enn farmasøytiske tjenester.

Levering av legemidler ved forsendelser kan bare skje hvis det er tillatt i forskrift. Departementet kan gi forskrift om hvilke legemidler som kan leveres ved forsendelser og kan begrense personkretsen for slike forsendelseskjøp.

Departementet kan ved forskrift og i det enkelte tilfellet helt eller delvis unnta sykehusapotek fra leveringsrett for forhandlingspliktige varer til andre kunder enn sykehuset og sykehusets ansatte og brukere.

Presidenten: Til første ledd foreligger et avvikende forslag, nr. 2, fra Fremskrittspartiet og Høyre. Forslaget lyder:

«§ 6-1 første ledd:

Apoteket har med de begrensninger som følger av lov og forskrift rett til å levere forhandlingspliktige varer og yte de tjenester som følger av forhandlingsplikten. Apoteket kan også levere og yte andre varer og tjenester hvis det naturlig og hensiktsmessig lar seg forene med apotekets salg av forhandlingspliktige varer.»

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til §6-1 første ledd og forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre bifaltes innstillingen med 52 mot 23 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 15.45.25)
2. Komiteens innstilling til annet og tredje ledd bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 6-2. *Leveringsplikt for forhandlingspliktige varer m.v.*

Apotek skal så snart som mulig levere varer og yte tjenester som etterspørres og som omfattes eller følger av forhandlingsplikten.

Apotek har ikke adgang til å levere når utlevering innebærer brudd på gjeldende utleveringsbestemmelser og det ikke er adgang til å gjøre unntak. Det samme gjelder når:

- a) reseptpliktig legemiddel kreves utlevert på grunnlag av mangelfull resept og vilkårene for nødekspedisjon etter gjeldende utleveringsbestemmelser ikke foreligger
- b) legemidlet etterspørres av person som i henhold til melding fra myndighetene ikke skal utleveres bestemte legemidler eller
- c) apoteket har grunn til å tro at legemidlet kan misbrukes eller utgjøre en fare hvis det utleveres.

Leveringsplikten gjelder selv om betaling ikke medfølger og sikkerhet ikke stilles, hvis apoteket på resepten eller på annen måte er underrettet av behandlende lege eller tannlege om at legemidlet behøves straks.

§ 6-3. *Levering av legemidler fra medisinsalg*

Legemidler kan leveres fra medisinsalg i den utstrekning det er bestemt i forskrift. Departementet gir forskrift om hvilke legemidler dette gjelder, og kan gi nærmere regler for medisinsalg med krav til lokaler, personale, bestyrelse, utlevering m.v.

§ 6-4. *Prisopplysningsplikt*

Hvis flere forhandlingspliktige legemidler er likeverdige, skal apoteket informere kunden om billigste alternativ, med mindre prisforskjellen er ubetydelig. Likeverdige reseptpliktige legemidler er legemidler som er byttbare etter § 6-6 annet ledd.

§ 6-5. *Legemiddelinformasjon*

All legemiddelinformasjon gitt i, fra og på vegne av apotek til kunder, helsepersonell og publikum ellers skal ivareta hensynet til forsvarlig og medisinsk riktig legemiddelbruk. Det er forbudt å utforme, gi og på annen måte formidle informasjon om legemidler som kan bidra til misbruk, feilbruk eller overforbruk.

§ 6-6. *Utlevering av legemidler etter resept og rekvisisjon*

Legemidler skal utleveres nøyaktig etter resept og rekvisisjon.

Apoteket kan uten hinder av første ledd bytte rekvirert legemiddel med generisk likeverdig legemiddel og med parallellimportert legemiddel hvis departementet har godkjent legemidlene som byttbare. Slikt bytte kan ikke skje i strid med rekvirentens eller kundens uttrykkelige ønske. Apoteket skal meddele rekvirenten om at slikt bytte er foretatt.

Ved utlevering mot resept skal apoteket bidra til at kunden får tilstrekkelig informasjon om legemidlet til at det kan brukes riktig.

§ 6-7. *Utlevering av legemidler uten resept*

Ved salg til publikum av legemidler som kan utleveres uten resept, skal apoteket bidra til at kunden får nødvendig informasjon om legemidlet, herunder kontrollere at:

- a) legemidlet er forsynt med tilstrekkelige opplysninger om bruk, oppbevaring og holdbarhet
- b) kunden har tilstrekkelige opplysninger om legemidlet til at det kan brukes riktig og
- c) kunden er opplyst om mulige skadelige effekter.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Presidenten: Presidenten vil her la votere over forslag nr. 2, fra Fremskrittspartiet og Høyre, til § 6-7 annet ledd. Forslaget lyder:

«§ 6-7 annet ledd:

Departementet kan gi nærmere retningslinjer for salg av legemidler som kan utleveres uten resept utenom apotek. Ved utlevering av slike legemidler utenom apotek gjelder de samme vilkår som nevnt for apotek i første ledd.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre ble med 51 mot 24 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.46.01)

Videre var innstillet:

§ 6-8. Utleveringsbestemmelser

Departementet gir forskrift med nærmere bestemmelser om utlevering av legemidler fra apotek.

§ 6-9. Reklamasjoner og varslingsplikt ved feil og kvalitetsmangler

Apoteket skal føre oversikt over alle reklamasjoner på legemidler som apoteket har utlevert. Reklamasjonen skal straks undersøkes, og nødvendige skritt skal foretas:

- Ved feil og kvalitetsmangler på videresolgte preparater skal melding gis til legemidlets tilvirker eller importør.
- Hvis det kan antas at bruken av et apotektilvirket legemiddel kan føre eller har ført til helseskade, skal tilsynsmyndigheten straks varsles, og nødvendige skritt for å avverge eller begrense skaden skal tas.

§ 6-10. Returmedisin

Apotek plikter i forbrukerkjøp å ta i retur legemidler for kassasjon uten kostnad for kunden.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om mottak, oppbevaring og kassasjon av returmedisin.

§ 6-11. Passiv og indirekte markedsføring i apotek

Apotekets eksponering av varer overfor publikum skal domineres av varer som hører inn under apotekets forhandlingsplikt. Tilsvarende gjelder ved annen markedsføring av apotekets varer og tjenester hvor passive eller indirekte virkemidler brukes.

Passive eller indirekte markedsføringstiltak som tar sikte på å fremme tilfeldige kjøp av legemidler, er forbudt.

§ 6-12. Aktiv markedsføring av apotek

Apoteket kan med de begrensninger som er gitt i lov og forskrifter, markedsføre sine varer, tjenester, rabatter og leveringsbetingelser.

Bare varer som omfattes av forhandlingsplikten, kan markedsføres generelt som varer som fås på apotek. Andre varer kan bare knyttes til apotek sammen med angivelse av hvilket eller hvilke apotek som forhandler varen.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om markedsføring av apoteks varer og tjenester, herunder bestemmelser som innskrenker adgangen til markedsføring etter denne paragraf.

Kap. 7. Tilvirkning av legemidler i apotek

§ 7-1. Rett til tilvirkning

Departementet kan gi tilvirkertillatelse til apotekkonsejonær og apoteker som fyller vilkårene for slik tillatelse. Departementet gir forskrift med nærmere bestemmelser om hvilke krav som må være oppfylt for å få tilvirkertillatelse.

Et apotek med tilvirkertillatelse har rett til å tilvirke legemidler og andre varer som naturlig og hensiktsmessig lar seg forene med apotekets legemiddeltilvirkning, så langt dette følger av tilvirkertillatelsen.

Departementet kan uten hinder av annet ledd forby tilvirkning eller lagring av visse legemidler og varer i apotek.

§ 7-2. Tilvirkningsstandard

Tilvirkning av legemidler i apotek skal være forsvarlig og i samsvar med god tilvirkningspraksis.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kvalitets- og sikkerhetskrav ved tilvirkning av legemidler i apotek.

§ 7-3. Salg av apotektilvirkede legemidler

Apotek har rett til å selge egentilvirkede legemidler til sluttbruker i eget apotek.

Legemidler som er tilvirket etter den enkelte resept kan selges til eller gjennom andre apotek av apotek som har tilvirkertillatelse som leieprodusent for resepturproduksjon. Mottagende apotek plikter å påse at leieprodusenten oppfylder gjeldende tilvirkningsstandarder. Hvis annet ikke følger av avtalen mellom apotekene, svarer leieprodusenten for legemidlets sammensetning, holdbarhet, emballasje og for leveringen til mottagende apotek.

Legemidler som er tilvirket til lager kan bare selges til andre apotek og til grossist på grunnlag av særskilt tillatelse fra departementet. Tillatelsen kan gis for et begrenset tidsrom og på nærmere vilkår, som kan endres etter at tillatelsen er gitt. Apotek med tillatelse til salg av lagerproduksjon etter dette ledd har leveringsplikt til apotek og grossist for de legemidler som omfattes av tillatelsen.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om salg, herunder om bestilling, mottak og levering, av apotektilvirkede legemidler.

Kap. 8. Tilsyn med apotek

§ 8-1. Tilsynsmyndighet

Statens helsetilsyn er tilsynsmyndighet og fører tilsyn med at krav til apotekvirksomhet i lov og forskrifter er oppfylt.

§ 8-2. *Plikt til medvirkning*

Den som er gjenstand for tilsyn, plikter å sørge for at tilsynsmyndigheten har uhindret tilgang til virksomheten.

Tilsynsmyndigheten kan pålegge apotekkonsesjonæren, apotekeren og apotekbestyrer, eller representanter for disse, å være til stede under tilsynet.

Tilsynsmyndigheten skal ha tilgang til nødvendig dokumentasjon og kan vederlagsfritt ta ut legemidler og andre varer til nærmere undersøkelse og kontroll.

§ 8-3. *Pålegg om retting*

Hvis apoteket ikke oppfyller krav til virksomheten fastsatt i lov og forskrifter, kan tilsynsmyndigheten gi pålegg om retting innen en fastsatt frist.

§ 8-4. *Advarsel*

Ved mangelfull eller uforsvarlig drift kan tilsynsmyndigheten gi advarsel, selv om forholdet er rettet på eller har vært av forbigående karakter.

Beslutning om advarsel regnes som enkeltvedtak og rettes både til apotekkonsesjonæren og til apotekeren.

§ 8-5. *Stenging*

Tilsynsmyndigheten kan stenge apotek og medisinsalg hvis det ikke foreligger slik konsesjon eller tillatelse som loven påbyr, eller hvis virksomheten kan medføre vesentlig fare for helse og sikkerhet. Ved stenging kan det kreves at lokalene forsegles.

Tilsynsmyndigheten kan om nødvendig kreve bistand fra politiet for å gjennomføre stenging og forsegling.

Kap. 9. Administrative bestemmelser og straff

§ 9-1. *Klageinstans i visse saker*

Kongen kan fastsette at Statens helsepersonellnemnd skal være klageinstans for vedtak etter kap. 3, 4, 7, 8 og 9 som er fattet av underordnet organ i kraft av loven eller etter delegasjon fra departementet.

I slike saker kaller nemnda seg Apotekklagenemnda. For øvrig gjelder §§ 69 og 70 i lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) om nemndas organisering og virksomhet.

§ 9-2. *Gebyrer*

Departementet kan gi forskrifter om gebyr for behandling av søknad om apotekkonsesjon etter kap. 2 og driftskonsesjon etter kap. 3.

§ 9-3. *Apotekavgift*

Apotek skal hvert år betale en apotekavgift. Avgiften fastsettes årlig av Stortinget og brukes etter Stortingets bestemmelse. Departementet kan etter nærmere regler helt eller delvis ettergi apotekavgift til apotek som søker om det.

Ved inndrivelse av apotekavgiften får de regler som gjelder for formues- og inntektsskatten til staten, tilsvarende anvendelse. Apotekavgift er tvangsgrunnlag for utlegg.

Departementet gir nærmere bestemmelser om beregning, oppkreving og ettergivelse av apotekavgift.

§ 9-4. *Tvangsmulkt*

For å sikre at plikter etter § 5-5 samt pålegg gitt etter § 8-3 oppfylles, kan tilsynsmyndigheten bestemme at apoteket skal betale en løpende tvangsmulkt for hver dag som går etter utløpet av den frist som er satt for oppfyl-ling av forholdet, inntil de er oppfylt. Vedtak om tvangsmulkt er tvangsgrunnlag for utlegg.

§ 9-5. *Straff*

Den som forsettlig eller uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av §§ 1-4, 1-5, 2-10, 3-7, 5-5, 6-5 annet punktum, 6-9, 6-11, 6-12, 7-2 første ledd og 8-2, straffes med bøter eller fengsel inntil 6 måneder. Overtredelse regnes som forseelse.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

Kap. 10. Ikrafttredelse. Overgangsregler

§ 10-1. *Ikrafttredelse*

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

Fra samme tid oppheves lov 21. juni 1963 nr. 17 om drift av apotek m.v.

Presidenten: Til første ledd foreligger et avvikende forslag, nr. 2, fra Fremskrittspartiet og Høyre. Forslaget lyder:

«§ 10-1 første ledd:

Lovens kap. 2 og 3 trer i kraft 1. juli 2000. Øvrige kapitler i loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelser i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.»

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til § 10-1 første ledd og forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre bifaltes innstillingen med 52 mot 22 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 15.46.51)

2. Komiteens innstilling til annet ledd bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 10-2. *Eldre forskrifter*

Forskrifter gitt i medhold av lov 21. juni 1963 nr. 17 om drift av apotek m.v. gjelder også etter at loven her har trådt i kraft.

§ 10-3. Eldre bevillinger

Bevillingshavere til apotek som var lovlig etablert som selvstendig apotek ved denne lovens ikrafttredelse, gis uten ny søknadsbehandling apotekkonsesjon og driftskonsesjon på de vilkår som er knyttet til bevillingen. Tilsvarende gjelder for medisinsalg og for tilvirkertillatelse gitt i tilknytning til bevillingen. For bevilling gitt til kommune, fylkeskommune og stat skal driftskonsesjonen anses å ligge hos den tilsatte apotekeren.

Bevillingshavere til apotek som var lovlig etablert som filialapotek ved denne lovens ikrafttredelse, gis uten ny søknadsbehandling apotekkonsesjon på de vilkår som er knyttet til bevillingen. Den tilsatte bestyrer skal anses som driftskonsesjonær for filialapoteket og ha tittelen apoteker dersom vilkårene i § 3-2 første ledd er oppfylt. Hvis filialapotekets bestyrer ikke oppfylder vilkårene for egen driftskonsesjon, skal filialapoteket anses å ligge under driftskonsesjonen til den apoteker som ved lovens ikrafttredelse var bevillingshaver til filialapoteket, og bestyreren skal ha tittelen apotekbestyrer og anses godkjent etter § 4-2.

§ 10-4. Eldre apotek og medisinsalg

Apotek og medisinsalg som var lovlig etablert ved lovens ikrafttredelse, må innen 6 måneder etter at loven har trådt i kraft oppfylle alle krav til virksomheten som er fastsatt i eller i medhold av loven.

§ 10-5. Endringer i andre lover

Med virkning fra lovens ikrafttredelse gjøres følgende endringer i andre lover:

1. Lov 6. juni 1980 nr. 21 om handelsvirksomhet:

§ 1-2 første ledd skal lyde:

Loven gjelder ikke apotekenes virksomhet etter lov av nr. om apotek og lov av 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler og offentlig godkjente laboratoriers eller institutters virksomhet i samsvar med *legemiddeloven* §§ 14 og 15.

2. Lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v. og om endringer i visse andre lover som følge av EØS-avtalen:

Lovens tittel skal lyde:

Lov om legemidler m.v. (*legemiddeloven*).

§ 12 tredje ledd skal lyde:

For apotek følger godkjenningen av *særskilt tilvirkertillatelse gitt i medhold av apotekloven*.

§ 15 tredje ledd skal lyde:

Grossister kan likevel utlevere legemidler til *profesjonelle sluttbrukere* som sykehus, lege- og tannlegkontorer, offentlige og offentlig godkjente helseinstitusjoner, laboratorier, vitenskapelige institusjoner og andre lignende institusjoner eller bedrifter, etter nærmere bestemmelser av departementet.

§ 15 fjerde ledd skal lyde:

Grossister kan også utlevere legemidler som skal anvendes til dyr, til profesjonelle sluttbrukere etter nærmere bestemmelser som gis av departementet.

§ 16 annet ledd skal lyde:

Detaljomsättning av legemidler må, med de unntak som er fastsatt i eller i medhold av denne lov, bare forestås av apotek og *medisinsalg underlagt et apotek*.

§ 17 skal lyde:

Leger, tannleger og veterinærer kan av departementet gis tillatelse til å levere legemidler, forbindelsessaker og andre sykepleieartikler mot betaling når adgangen til apotek er tungvint. Legemidlene skal være anskaffet fra apoteket i ferdig tilberedt stand.

Selv om tillatelse som nevnt i første ledd ikke er gitt, kan lege, tannlege og veterinær kreve dekket utlegg til legemidler som er brukt under behandlingen av en pasient eller et dyr, eller som er utlevert til bruk inntil midlene kan skaffes fra apotek.

På steder hvor det er vanskelig adgang til apotek eller lege, kan fylkeslegen gi tillatelse til at en offentlig godkjent sykepleier har et mindre forråd av legemidler m.v. til bruk i påkommende tilfelle. I særlige tilfeller kan fylkeslegen gi slik tillatelse til andre enn offentlig godkjent sykepleier. Det er ikke adgang til å beregne noen fortjeneste ved utlevering fra slikt forråd. Varene skal leveres fra et bestemt apotek, som påtar seg å føre nødvendig tilsyn.

Departementet kan gi nærmere regler om levering av legemidler m.v. i henhold til denne paragraf, derunder om hvilken pris eller fortjeneste som kan beregnes for levering etter første ledd.

Ny § 25b i kap. IX skal lyde:

Rett for helsepersonell og dyrehelsepersonell til å rekvirere reseptpliktige legemidler følger av særskilt lov. Departementet kan i forskrift bestemme at andre grupper kan få begrenset rett til å rekvirere reseptpliktige legemidler.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om rekvirering av legemidler, herunder om utforming og utfylling av resept og rekvisisjonsblankett. Det kan også bestemmes at bestemte legemidler helt eller delvis skal unntas fra rekvireringsretten.

§ 26 annet ledd skal lyde:

I forskriftene kan fastsettes alminnelige innskrenkninger i legers, tannlegers og veterinærers adgang til å rekvirere sprit, brennevin og vin til medisinsk bruk.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Presidenten: Det voteres over lovens overskrift og loven i sin helhet.

V o t e r i n g :

Lovens overskrift og loven i sin helhet bifaltes enstemmig.

Presidenten: Lovvedtaket vil bli sendt Lagtinget.

Videre var innstillet:

B

Stortinget ber Regjeringen på egnet måte forelegge Stortinget et opplegg der kriterier for fastsetting av apotekenes avanse utredes og klargjøres.

Presidenten: Komiteens innstilling til B blir i samsvar med forretningsordenens § 30 fjerde ledd å sende Stortinget.

Votering i sak nr. 3

Presidenten: Under debatten er det satt fram 8 forslag. Det er:

- forslag nr. 1, fra John I. Alvheim på vegne av Fremskrittspartiet og Høyre
- forslagene nr. 2–9, unntatt forslag nr. 5, fra John I. Alvheim på vegne av Fremskrittspartiet

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fortsette arbeidet med å bedre allmennlegedekningen – spesielt i utkantstrøk. Forslaget om en fastlegelov skrinlegges inntil videre.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at pasienter som ikke får henvisning til spesialist fra sin fastlege, skal kunne benytte egenhenvisning til spesialist med vanlig refusjon.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen, før fastlegeordningen trer i kraft, forelegge forskriftene til ordningen for Stortinget.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen regulere pasientrettighetene i fastlegeordningen i pasientrettighetsloven.»

Forslag nr. 6 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at pasienter på liste hos fastlege skal stå fritt til å velge ny fastlege når dette av ulike grunner er ønskelig og nødvendig.»

Forslag nr. 7 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at valg av fastlege for barn under omsorg av barnevernet gjøres i samråd med foreldrene hvis ikke disse er fratatt foreldreretten.»

Forslag nr. 8 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at leger med avtaleløs praksis kan opprette praksis uavhengig av fylkes- eller kommunegrenser.»

Forslag nr. 9 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at pasienter som velger å stå utenfor fastlegeordningen, skal betale

den samme egenandel som om vedkommende hadde stått på fastlegeliste, og kunne føre egenandelene på egenandelskortet.»

Presidenten: Forslagene blir i samsvar med forretningsordenens § 30 fjerde ledd å sende Stortinget.

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget å gjøre slikt vedtak til

I o v

om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)

I

I lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene gjøres følgende endringer:

§ 1-3 skal lyde:

§ 1-3 (*Oppgaver under helsetjenesten*)

Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

1. Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som
 - a) miljørettet helsevern
 - b) helsestasjonsvirksomhet
 - c) helsetjenester i skoler
 - d) opplysningsvirksomhet
 - e) helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under fengselsvesenet.
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
3. Medisinsk habilitering og rehabilitering
4. Pleie og omsorg.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran, skal kommunen sørge for disse deltiltjene:

 1. *allmennelegetjeneste, herunder en fastlegeordning*
 2. *legevaktordning*
 3. *fysioterapitjeneste*
 4. *sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*
 5. *jordmortjeneste*
 6. *sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie*
 7. *medisinsk nødmeldetjeneste.*

Kommunen kan organisere disse tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet som nevnt i § 4-1. Kommunen kan inngå avtale med andre kommuner, fylkeskommunen eller private om drift av sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie.

Der forholdene ligger til rette og det finnes hensiktsmessig, kan kommunen også organisere ergoterapi og bedriftshelsetjeneste.

Departementet kan ved forskrift treffe nærmere bestemmelse om den virksomhet som hører under kommunens helsetjeneste, herunder forskrift om planlegging, oppføring, innredning og drift av og tilsyn med sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.

Fylkeslegen kan for en bestemt periode suspendere plikten til å ha fastlegeordning, jf. annet ledd nr. 1, dersom tungtveiende grunner tilsier det.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om fastlegeordningen, herunder om adgangen til suspensjon.

Ny § 2-1a skal lyde:

§ 2-1a (Pasientrettigheter i fastlegeordningen)

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale etter § 1-3 annet ledd nr. 1. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden.

Personer som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale.

Rettigheter i første og annet ledd gjelder ikke i de kommuner der plikten til å ha fastlegeordning er suspendert etter § 1-3 sjette ledd.

Departementet kan gi forskrift til gjennomføring og utfylling av pasientrettighetene i fastlegeordningen, herunder om barns plassering på liste og om rett til å bytte fastlege.

§ 2-4 skal lyde:

§ 2-4 (Klage)

Den som søker helsehjelp, kan påklage avgjørelsen etter § 2-1 til det organ kommunestyret bestemmer. Det samme gjelder avgjørelser etter § 2-1a. Under behandling av klagen skal klageorganet ha 5 medlemmer.

Går avgjørelsen klager imot eller avvises klagen, kan det klages til fylkeslegen.

Fristen for klage er i alle tilfelle fire uker fra vedkommende fikk høve til å klage. En klage som kommer etter fristen, kan likevel tas under behandling når det finnes rimelig at den blir prøvd. For øvrig gjelder forvaltningslovens regler om klage.

II

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd gjøres følgende endringer:

§ 5-4 annet ledd skal lyde:

Stønad til legehjelp gis bare dersom legen har fastlegeavtale med kommunen eller avtale om driftstilskott med fylkeskommunen, se kommunehelsetjenesteloven § 5-1 og sykehusloven § 12.

Det kreves ikke fastlegeavtale eller avtale om driftstilskott når legehjelpen gis av kommunal legevakt eller gjelder øyeblikkelig hjelp.

§ 5-21 skal lyde:

§ 5-21 Fastlønnstilskott

Trygden yter fastlønnstilskott som delvis skal dekke kommunens utgifter til fast ansatte fysioterapeuter.

Fastlønnstilskott ytes i stedet for stønad etter § 5-8, og utbetales til kommunen.

Departementet gir forskrifter om fastlønnstilskott.

III

Lovendringene trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene skal tre i kraft til forskjellig tid.

Presidenten: Fremskrittspartiet og Høyre har varslet at de går imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 53 mot 23 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 15.48.32)

Videre var innstillet:

IV

Fra 1. januar 2001 oppheves lov 4. juli 1991 nr. 53 om forsøk med listepasientsystem i kommunehelsetjenesten.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Presidenten: Det voteres over lovens overskrift og loven i sin helhet.

Presidenten regner med at Fremskrittspartiet og Høyre vil stemme imot.

V o t e r i n g :

Lovens overskrift og loven i sin helhet bifaltes med 52 mot 23 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 15.49.33)

Presidenten: Lovvedtaket vil bli sendt Lagtinget.

Votering i sak nr. 4

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget å gjøre slike vedtak:

A

L o v

om strålevern og bruk av stråling

Kapittel I. Formål, virkeområde og definisjoner

§ 1 Lovens formål

Formålet med denne loven er å forebygge skadelige virkninger av stråling på menneskers helse og bidra til vern av miljøet.

§ 2 Lovens saklige virkeområde

Loven kommer til anvendelse på enhver tilvirkning, import, eksport, transport, overdragelse, besittelse, installasjon, bruk, håndtering og avfallsdisponering av strålekilder.

Loven kommer videre til anvendelse på menneskelig aktivitet som medfører forhøyet naturlig ioniserende stråling fra omgivelsene.

Loven gjelder også planlegging og beredskap mot uhell og ulykker.

§ 3 Definisjoner

I denne loven betyr

- a) stråling: Ioniserende og ikke-ioniserende stråling.
- b) ioniserende stråling: Stråling fra radioaktivt stoff, røntgenstråling og partikkelstråling.
- c) ikke-ioniserende stråling: Optisk stråling, radiofrekvent stråling, elektriske og magnetiske felt eller annen stråling med tilsvarende biologiske effekter samt ultralyd.
- d) strålekilder: Radioaktive stoffer, varer eller utstyr inneholdende slike stoffer, samt anlegg, apparater eller utstyr som kan avgi stråling.
- e) medisinsk strålebruk: Anvendelse av stråling på mennesker ved medisinsk undersøkelse og behandling, i forskning og ved undersøkelser i rettslig sammenheng.
- f) avfallsdisponering: Enhver disponering av strålekilder etter endt bruk, herunder lagring, utslipp, deponering, returordning eller behandling som ordinært avfall.

§ 4 Lovens stedlige virkeområde

Kongen kan i forskrift bestemme at loven skal gjelde på Svalbard, Jan Mayen og norske biland, og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold.

Loven gjelder på innretning og ethvert anlegg plassert på den norske delen av kontinentalsokkelen og på norske skip og luftfartøy i områder som ikke er undergitt noen annen stats høyhetsrett.

Kapittel II. Generelle bestemmelser

§ 5 Forsvarlighetskrav og grunnprinsipper for bruk av stråling

Enhver tilvirkning, import, eksport, transport, overdragelse, besittelse, installasjon, bruk, håndtering og avfallsdisponering av strålekilder skal være forsvarlig, slik at det ikke oppstår risiko for dem som utøver virksomheten, andre personer eller miljøet. Også menneskelig aktivitet som medfører forhøyet naturlig ioniserende stråling fra omgivelsene, skal være forsvarlig. Ved vurdering av forsvarligheten skal det blant annet legges vekt på om fordelene ved virksomheten overstiger de risiki som strålingen kan medføre, og om virksomheten er innrettet slik at akutt helseskade unngås og risikoen for senskade holdes så lav som med rimelighet kan oppnås. Stråledoser skal ikke overstige fastsatte grenser.

Apparat eller innretning som kan avgi stråling, skal ha en forsvarlig utforming og funksjon.

§ 6 Godkjenning og melding

Departementet kan i forskrift fastsette krav om godkjenning eller melding for tilvirkning, import, eksport, transport, overdragelse, besittelse, installasjon, bruk, håndtering og avfallsdisponering av strålekilder. Godkjennings- eller meldingskrav kan også omfatte mennes-

kelig aktivitet som medfører forhøyet naturlig ioniserende stråling. I forskriftene kan det fastsettes krav til innholdet i søknader og meldinger.

Dersom godkjennings- eller meldingskrav er fastsatt, kan virksomhet underlagt slikt krav ikke igangsettes før godkjenning foreligger, eller melding er behandlet. En virksomhet kan ikke utvides eller endres vesentlig i forhold til bestående godkjenning eller melding.

§ 7 Opplæring og utdanning

I virksomhet som omfattes av loven, skal de ansatte og andre tilknyttede personer i nødvendig utstrekning ha utdanning eller opplæring, som sikrer at de har tilstrekkelige kvalifikasjoner eller kunnskap innen strålevern og sikker bruk av stråling.

Besøkende og andre med tilgang til virksomheten skal, dersom det er nødvendig av hensyn til strålevern, gis opplysning om hvilke forholdsregler som må overholdes.

Departementet kan fastsette utfyllende forskrifter om utdanning, kvalifikasjonskrav og opplæring for personer som anvender eller kommer i kontakt med stråling.

§ 8 Vernetiltak

Virksomhet som omfattes av loven, skal treffe nødvendige tiltak for å verne de ansatte, andre tilknyttede personer, og miljøet mot stråling. Personer som pga. lav alder, graviditet eller av andre årsaker er særlig følsomme for stråling, skal enten gis arbeidsoppgaver som ikke medfører eksponering for stråling, eller vernes gjennom andre egnede beskyttelsestiltak.

Departementet kan fastsette utfyllende forskrifter om forhold omtalt i første ledd, herunder om aldersgrenser for arbeid med stråling, samt om legeundersøkelse for personer som utsettes for stråling.

§ 9 Særskilt om radioaktivt avfall og stråleavgivende apparater som tas ut av bruk

For å sikre en strålevernmessig trygg disponering av radioaktivt avfall, kan departementet fastsette utfyllende forskrifter om lagring, deponering, utslipp, returordninger og behandling som alminnelig avfall. I forskriftene kan det fastsettes plikt for leverandører av radioaktive stoffer til å etablere returordninger for radioaktivt avfall, og likeledes plikt for virksomheter til å etablere og benytte slike returordninger. Bestemmelsene i dette ledd gjelder også avfall, utstyr eller emballasje som inneholder eller er forurenset av radioaktive stoffer.

Når apparater eller utstyr som kan avgi stråling, kasseres eller settes endelig ut av drift, skal eieren eller den ansvarlige hindre senere skadelig bruk ved å sørge for at apparater eller utstyr ikke lenger kan avgi stråling.

§ 10 Naturlig ioniserende stråling

Departementet kan ved forskrift fastsette begrensninger, herunder dosegrenser, for arbeid eller opphold på steder hvor strålenivåer fra naturlig forekommende ioniserende stråling er forhøyet som følge av menneskelig aktivitet.

§ 11 Internkontroll

Kongen kan gi nærmere forskrifter om internkontroll og internkontrollsystemer for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av denne loven overholdes.

§ 12 Forskrifter om forsvarlig strålevern og bruk av stråling m.v.

For å fremme lovens formål og sikre forsvarlig strålevern og bruk av stråling kan departementet fastsette forskrifter til utfylling av bestemmelsene i denne loven. I forskriftene kan det blant annet stilles krav til

- a) organisering av strålevernet, herunder utpeking av strålevernansvarlig, samt krav til registrering av nødvendige opplysninger for internkontroll eller tilsynsformål.
- b) skjermingstiltak i form av konstruksjon og innretning av lokaler og arbeidsplass, arbeidsprosedyrer og bruk av persontilpasset verneutstyr. Det kan også stilles krav til stråleavgivende utstyrs utforming og funksjon.
- c) merking av strålekilder og opplysning om anvendelse, håndtering og lagring av strålekilder. Det kan videre stilles krav om advarselsskiltning i lokaler eller områder der det befinner seg strålekilder eller radioaktivt avfall som kan medføre en risiko for helsen. Likeledes kan det stilles krav til å opplyse berørte personer og allmennheten om strålebruk og strålevern.
- d) måling av strålenivåer, herunder persondosimetri.
- e) dosegrenser for relevante typer stråling.
- f) transport av strålekilder, herunder radioaktivt avfall og utstyr inneholdende slike kilder.
- g) oppfølging av vernetiltak i forbindelse med gjennomføring av reparasjon, vedlikehold eller endring av strålekilde eller anlegg.

Kapittel III. Særskilte bestemmelser om medisinsk strålebruk

§ 13 Berettigelse og optimalisering

Medisinsk strålebruk skal utføres i samsvar med medisinsk anerkjente og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, herunder ivaretagelse av strålevern.

Ved medisinsk strålebruk skal den faglig ansvarlige vurdere om bruken av stråling er berettiget. Ved vurderingen skal det blant annet tas hensyn til om nytteverdien overstiger den skadelige virkning strålingen kan ha. Det skal tas hensyn til den enkeltes nytte, samfunnets nytte og muligheten for å anvende alternative teknikker. Stråling skal unngås dersom man uten vesentlig ulempe kan oppnå samme resultat på annen måte, f.eks. ved bruk av andre metoder eller ved å fremskaffe resultater fra tidligere undersøkelser.

Når stråling anvendes, skal den faglig ansvarlige for undersøkelsen eller behandlingen sikre at de stråledoser som gis, er så lave som med rimelighet kan oppnås, sett på bakgrunn av formålet med bestrålingen, tilgjengelig utstyr og ressurser, og lignende forhold.

Virksomheten skal jevnlig kontrollere at den beregnede stråledose er i samsvar med den som faktisk avgis. Dette gjelder ikke ved undersøkelse eller behandling som består i at radioaktive stoffer tilføres pasienten.

Departementet kan gi utfyllende forskrifter om krav til medisinsk strålebruk.

§ 14 Plikt til å opplyse om strålevernsmessige forholdsregler

Dersom det ved medisinsk strålebruk treffes stråleverniltak som forutsetter en bestemt opptreden fra den person som blir undersøkt eller behandlet, skal den faglig ansvarlige eller den som er bemyndiget, opplyse hvordan vedkommende skal forholde seg for å ha full nytte av tiltakene. Det samme gjelder overfor ledsagere som bistår personen ved behandlingen eller undersøkelsen. Opplysninger som nevnt kan unnlates, dersom det ikke er grunn til å regne med at personen kan nyttiggjøre seg dem.

Tilføres pasienter radioaktive stoffer, skal den faglig ansvarlige opplyse om forholdsregler som bør iakttas for å verne andre personer mot stråling.

Departementet kan gi utfyllende forskrifter om plikten til å opplyse om strålevernsmessige forholdsregler.

Kapittel IV. Planlegging av uhells- og ulykkeshåndtering. Beredskap

§ 15 Planleggingsplikt

Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak pålegge virksomheter som omfattes av loven, en planleggingsplikt for håndtering av uhell og ulykker, samt krav til avholdelse av øvelser. Vedtak kan omfatte plikt til å gi melding til etater i redningstjenesten og tilsynsmyndigheten om særskilte risiki som redningstjenesten og tilsynsmyndigheten bør være kjent med, for å håndtere uhell eller ulykker.

Virksomhetene kan pålegges å gi melding til fysiske og juridiske personer i virksomhetens nære omgivelser om særskilte risiki som kan oppstå. Fysiske og juridiske personer som ikke selv utøver en virksomhet som omfattes av denne loven, men som kan bli rammet av inntrådte uhell eller ulykker, kan pålegges en selvstendig plikt til å planlegge hvordan mulige skadevirkninger kan begrenses.

§ 16 Beredskap mot atomulykker

Kongen organiserer en beredskap mot atomulykker.

I akutfasen av en atomulykke kan Kongen, uten hinder av myndighetstildeling i andre lover, pålegge statlige og kommunale organer å gjennomføre evakuering, adgangsbegrensning til områder, samt tiltak knyttet til sikring av næringsmidler, herunder drikke vann og beskyttelse av dyr. Kongen kan videre pålegge private og offentlige virksomheter å gjennomføre analyser og innhente opplysninger for vurdering av situasjonen.

Kongen kan videre, uten hinder av myndighetstildeling i annen lovgivning, delegere sin myndighet etter annet ledd til særskilt statlig organ for atomulykkeberedskap.

Etater med oppgaver i atomulykkeberedskapen plikter å følge samordnet planverk.

Kongen kan pålegge personer med sentrale beredskapsoppgaver å være tilgjengelige i tilfelle en beredskapssituasjon inntreffer.

§ 17 Særskilte unntak ved rednings- og sivile beredskapssituasjoner og av forsvarshensyn

Kongen kan i forskrift fastsette unntak fra dosegrenser og andre krav fastsatt i eller i medhold av denne loven for situasjoner der gjennomføringen av rednings- eller sivil beredskapsoperasjon gjør dette nødvendig. Personell skal ikke beordres til oppgaver som medfører fare for akutt stråleskade.

Kongen kan likeledes gjøre unntak fra bestemmelser fastsatt i eller i medhold av denne loven i tilfeller der det er nødvendig av hensyn til forsvarsberedskapen.

Kapittel V. Administrative bestemmelser, straff og ikrafttredelse

§ 18 Tilsyn og vedtak. Tilsynsmyndighetens rett til adgang, opplysninger og gjennomføring av målinger

Statens strålevern fører tilsyn med at bestemmelser fastsatt i eller i medhold av denne loven overholdes, og kan for dette formål fatte de nødvendige enkeltvedtak.

Kongen kan for nærmere avgrensede områder i forskrift fastsette at andre statlige tilsynsorganer eller kommuner skal føre tilsyn og treffe de nødvendige enkeltvedtak i medhold av denne loven. Offentlige organer som er tildelt myndighet i medhold av første punktum, kan anvende lovens håndhevingsbestemmelser på de vilkår som fremgår i den enkelte bestemmelse.

Tilsynsmyndigheten skal gis fri adgang til å foreta tilsyn, og skal gis de opplysninger som er nødvendige for at tilsynsmyndigheten skal kunne ivareta sine gjøremål etter denne loven.

Tilsynsmyndigheten skal gis adgang til å foreta målinger og undersøkelser. Virksomheten skal avstå prøver til tilsynsformål vederlagsfritt. Dersom det påvises overtredelse av bestemmelser fastsatt i eller i medhold av denne loven, kan virksomheten pålegges å dekke utgifter til tilsynsoppgaver som følger av overtredelsen.

Departementet kan i forskrift fastsette avgifter til dekning av bestemte tilsynsoppgaver.

§ 19 Retting og stansing

Statens strålevern kan kreve retting av virksomhet som strider mot bestemmelser fastsatt i eller i medhold av denne loven.

Foreligger det vesentlig helsefare, kan Statens strålevern stanse virksomheten, beslaglegge stoffer eller utstyr helt eller delvis, eller på annen måte sikre at fortsatt bruk ikke er mulig. Statens strålevern kan kreve en virksomhet stengt dersom ikke nødvendig godkjenning eller melding foreligger.

Politiet plikter etter anmodning å bistå ved stansing og beslag.

§ 20 Import- og omsetningsforbud

Statens strålevern kan nekte import eller omsetning av ethvert produkt eller stoff og enhver vare som kan medføre en helse- eller miljørisiko på grunn av stråling, for-

utsatt at dette ikke strider mot internasjonale avtaler som Norge er tilsluttet.

§ 21 Tvangsmulkt

Tilsynsmyndigheten kan ilegge en virksomhet tvangsmulkt i form av engangsmulkt eller løpende dagmulkt, dersom den oversitter en frist for å etterkomme et pålegg. Tvangsmulkten skal fastsettes enten samtidig med pålegget eller i forbindelse med fastsettelse av ny tidsfrist for oppfyllelse.

Kongen kan frafalle ilagt tvangsmulkt når det finnes rimelig.

Departementet kan gi utfyllende forskrifter om ileggelse og beregning av tvangsmulkt.

§ 22 Klage

Sosial- og helsedepartementet er klageinstans for enkeltvedtak truffet av Statens strålevern med hjemmel i eller i medhold av denne loven.

Klage over enkeltvedtak som et annet statlig tilsynsorgan enn Statens strålevern har truffet med hjemmel i eller i medhold av denne loven, avgjøres av det forvaltningsorgan som er nærmest overordnet vedkommende tilsynsorgan.

Fylkesmannen avgjør klager over enkeltvedtak truffet av kommunen med hjemmel i eller i medhold av denne loven. Før det treffes vedtak i klagesak etter dette leddet, skal fylkesmannen innhente uttalelse fra fylkeslegen.

§ 23 Straff

Den som forsettlig eller uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser eller pålegg gitt i eller i medhold av denne loven, straffes med bøter eller fengsel i inntil 3 måneder.

Dersom overtredelsen har eller kunne ha medført alvorlig fare for helse eller miljø, kan fengsel i inntil 2 år anvendes.

Har overtredelsen bare ført til ubetydelig skade eller ulempe, skjer offentlig påtale bare etter begjæring av tilsynsmyndigheten.

§ 24 Ikrafttredelse m.v.

Denne loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer.

Fra samme tidspunkt oppheves lov 18. juni 1938 nr. 1 om bruk av røntgenstråler og radium m.v.

Forskrifter samt andre bestemmelser og vedtak som er gitt med hjemmel i lov 18. juni 1938 nr. 1 om bruk av røntgenstråler og radium m.v., gjelder også etter at loven her er trådt i kraft, så langt de ikke strider mot bestemmelser gitt i eller i medhold av denne loven.

§ 25 Endringer i andre lover

I lov 12. mai 1972 nr. 28 om atomenergivirksomhet skal § 6 nytt annet ledd lyde:

Kongen kan ved forskrift eller enkeltvedtak gi nærmerer regler om internkontroll og internkontrollsystemer for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av denne loven overholdes.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Presidenten: Det voteres over lovens overskrift og loven i sin helhet.

V o t e r i n g :

Lovens overskrift og loven i sin helhet bifaltes enstemmig.

Presidenten: Lovvedtaket vil bli sendt Lagtinget.

Videre var innstillet:

B

Stortinget ber Regjeringen nedsette en arbeidsgruppe for å utrede nærmere hvordan man skal la loven gjelde for Svalbard, Jan Mayen og norske biland.

Presidenten: Komiteens innstilling til B blir i samsvar med forretningsordenens § 30 fjerde ledd å sende Stortinget.

S a k n r . 5

Referat

Presidenten: Det foreligger ikke noe referat.

Møtet hevet kl. 15.50.
