

Møte mandag den 22. mars kl. 12

President: H a n s J . R ø s j o r d e

D a g s o r d e n (nr. 67):

- Innstilling fra familie-, kultur- og administrasjonskomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Øystein Hedstrøm og Terje Knudsen om et bredt sammensatt regjeringsoppnevnt utvalg som skal utrede hele verdikjeden i matvaremarkedet for å få en oversikt over prisforholdene og mulighetene for rimeligere matvarer (Innst. S. nr. 97 (1998-99), jf. Dokument nr. 8:11 (1998-99))
- Interpellasjon fra representanten Olav Gunnar Ballo til helseministeren:
«Legefordelingen i Norge har vist en foruroligende utvikling gjennom hele 90-tallet, og særlig opplever nå primærhelsetjenesten en stor mangel på nyrekruttering av leger. Mange distriktskommuner må basere legetjenestene på kostbare vikarordninger, mens en rekke stillingshjemler står ubesatte. Blant nyutdannede leger viser det seg også at få ønsker å arbeide innenfor primærhelsetjenesten, mens et flertall ønsker å etablere seg i det sentrale Østlandsområdet. Dermed forsterkes forskjellene i legefordeling, både mellom distriktskommunene og de største byene samt mellom kommunehelsetjenesten og det spesialiserte sykehusvesenet. Konsekvensen blir at mye av den behandlingen som hadde kunnet finne sted nær befolkningen, i stedet finner sted på spesialistnivå, med uhensiktsmessig ressursbruk som konsekvens.
Hva vil statsråden gjøre som ledd i å oppnå en bedret geografisk legefordeling?»
- Referat

Presidenten: Representantene Hill-Marta *Solberg* og Lars Gunnar *Lie*, som har vært permittert, har igjen tatt sete. Det foreligger tre permisjonssøknader:

- fra Arbeiderpartiets stortingsgruppe om velferdspemisjon for representanten Anneliese *Dørum* fra og med mandag 22. mars og inntil videre
- fra Fremskrittspartiets stortingsgruppe om permisjon for representanten Fridtjof Frank *Gundersen* fra og med 22. mars til og med 24. mars for å delta i Den vest-europeiske unions parlamentariske forsamlings møte i København
- fra Sosialistisk Venstrepartis stortingsgruppe om velferdspemisjon for representanten Ågot *Valle* i dagene 22. og 23. mars

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

- Søknadene behandles straks og innvilges.
- Følgende vararepresentanter innkalles for å møte i permisjonstiden:
For Akershus fylke: Rikke *Lind* og André *Kvakkestad*
For Hordaland fylke: Eirik *Langeland Fjeld*

Presidenten: Rikke *Lind*, André *Kvakkestad* og Eirik *Langeland Fjeld* er til stede og vil ta sete.

Statsråd Kåre *Gjønnnes* overbrakte 5 kgl. proposisjoner (se under Referat).

S a k n r . 1

Innstilling fra familie-, kultur- og administrasjonskomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Øystein Hedstrøm og Terje Knudsen om et bredt sammensatt regjeringsoppnevnt utvalg som skal utrede hele verdikjeden i matvaremarkedet for å få en oversikt over prisforholdene og mulighetene for rimeligere matvarer (Innst. S. nr. 97 (1998-99), jf. Dokument nr. 8:11 (1998-99))

Presidenten: Etter ønske fra familie-, kultur- og administrasjonskomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 45 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene: Arbeiderpartiet 10 minutter, de øvrige grupper 5 minutter hver.

Videre vil presidenten foreslå at det ikke blir gitt anledning til replikker etter de enkelte innlegg, og at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Dette anses vedtatt.

Unn Aarrestad (Sp) (ordfører for saka): Det har vore fokusert sterkt på prisar og prisutvikling den siste tida. Det har òg vore undersøkingar som berre har fokusert på ein del av verdikjeda. Derfor er det behov for å kartleggja og overvaka matvaremarknaden framover. Det er òg brei semje om behovet for slike undersøkingar som ein i dokumentforslaget spør etter.

Når det gjeld dei landbrukspolitiske spørsmåla som er reiste, m.a. i høve til marknadsreguleringa, vil det vera rett å venta på den varsla stortingsmeldinga om landbrukspolitikken. Her vil det verta høve til å ta opp både mål og verkemiddel i ein breiare samanheng.

Med bakgrunn i dette har landbruksminister Kåre *Gjønnnes* nyleg starta eit forprosjekt med å kartleggja prisnivå og prisdanning for norske matvarer, saman med representantar frå fleire departement, forbrukarorganisasjonar, daglegvarehandel, næringsmiddelindustri og primærnæringer.

Med bakgrunn i dette arbeidet som nå er sett i gang, meiner fleirtalet i komiteen at det på ein god måte vil ta i vare forslaget i dokumentet. Det vil derfor ikkje vera rett nå å setja i gang eit arbeid parallelt med dette.

Det syner seg at matvarebudsjettet i norske familiar nå utgjer 12-13 pst. av samla forbruksutgifter, mot ca. 40 pst. i 1958. Til samanlikning brukar me over 20 pst. på reiser og transport. Av dei 16 landa me samanliknar oss med når det gjeld matvareprisar, er det berre eitt land med høgare matmoms enn Noreg, nemleg Danmark. Dei fleste landa har frå 0 til 12 pst. matvareoms. Med vår tidlegare moms på matvarer inntok me ein sjetteplass og utan moms ein fjerdeplass av desse 16 landa på lista. Dette er igjen kanskje mykje betre enn dei fleste hadde tenkt seg på førehand.

Til nå har me hatt ei oversiktleg omsetning her i landet av matvarer. Me er likevel klar over at dette kan en-

dra seg raskt dersom nokre av dei store matvarekjedene går over til å kjøpa ferske matvarer frå utlandet. Me kan få ei sterk endring av innkjøpsmønsteret for dei matvarene me kjøper i butikk. Liberalisering av regelverket, som veterinæravtalen og endra tollsatsar, kan gjera at importen raskt vil auka. Det er derfor viktig å leggja til rette for ein politikk som skjermar oss for det smittenivået som finst i næringskjeda i ulike EU-land. Dette er vårt ansvar. Forbrukarane i Noreg er nemleg ikkje berre opptekne av å få kjøpt billeg mat. Dei vil òg ha rein mat, fri for smitte og tilsetjingsstoff av ulike slag. Derfor bryr òg forbrukarane seg om kven dei store aktørane i daglegvaremarknaden tek varene sine frå.

Det er viktig at den norske forbrukaren får kunnskap om kva som verkeleg skjer på matvareområdet, og at alle følgjer av omleggingane vert synleggjorde. Då tenkjer eg på alt frå kva som vert betalt til grossist og produsent, til kor matvarene vert kjøpte.

Elles kan det sjå ut som det er dei store matvarekjedene som er vinnarane i dagens mediedebatt. I tillegg vil dei som regel ha seg fråbedt statlege barnejenter. Dei har tru på valfridom, marknadsmakt og fri konkurranse. Men det er ikkje alltid dét forbrukarane er best tente med.

Daglegvarehandelen i dag vert dominert av fire kjeder. Det aller meste av produkta frå dei 80 000 bøndene i landet vert omsett her. 40 000 tilsette i næringsmiddelindustri og varetransport er òg med i denne verdikjeda, og bortimot 15 000 tilsette i butikkane. Alle nordmenn er kundar hjå desse fire kjedene, og det seier seg sjølv at dei er ein viktig maktfaktor i samfunnet.

I Fafo-rapporten «Kjedemakt mot industrimakt» frå 1996 vert det slått fast:

«Det er liten tvil om at det har skjedd markante endringer i maktforholdene til fordel for kjedene. Om forbrukerne har vunnet eller tapt makt, er mer diskutabelt.»

Dette er av dei tinga eg reknar med vert diskuterte i det arbeidet som nå er sett i gang. Dette har òg tidlegare vore etterlyst her i Stortinget – i 1996. Den gongen vart forslaget nedstemt, då det vart synt til at Konkurransetilsynet gjer ein god jobb.

Både handelen sine organisasjonar og Bondelaget har lenge etterlyst ei slik prisoppfølging.

Det synest derfor klart at ingen er tilfreds med det som finst av faktagrunnlag om prisutviklinga på matvarer i heile kjeda frå jord til bord. Nå trengst det eit skikkeleg opplegg av ein breitt samansett instans som ikkje har trekt konklusjonane sine på førehand. Og det ser me fram til.

Liv Marit Moland (A): Det er viktig at de utredninger som skal foretas omkring matvarekjedene, i størst mulig grad er kvalitetssikret av uavhengige interesser. Det finnes allerede flere utredninger som belyser fastsettning av priser på norske matvarer uten at deres uavhengighet av produsentleddet er tilstrekkelig belyst. Aktører i matvarebransjen er i stor grad både bestillere av og premissleverandører for disse utredningene. Mange stiller spørsmål ved samrøre og en objektiv vurdering av pro-

blemet Den nye stortingsmeldingen om landbrukspolitikk må derfor vise stor grad av nøytralitet når det gjelder prispolitikken for landbruksvarer, nettopp for å inngi tillit overfor forbrukerne i forhold til forbruker- og prispolitikk og konkurranse.

Landbruksministeren har signalisert en stortingsmelding om landbrukspolitikken i 1999. Det er derfor lite aktuelt å fremme et forslag om å sette ned et offentlig utvalg til å utrede priser i matvarebransjen nå. Regjeringen har allerede fokusert på dette området.

Per Roar Bredvold (Frp): Matvareprisene er noe vi alle har interesse av da dette tar en forholdsvis stor del av en persons eller families samlede budsjett. I tillegg er også matvareprisene med på å forme bosettingen, spesielt langs vår grense. Jeg tenker da spesielt på den grensehandelen vi får på grunn av høye matvarepriser her i Norge sammenlignet med f.eks. i Sverige. I 1998 la nordmenn igjen ca. 7 milliarder kr i Sverige. I tillegg handler vi mye på våre turer til Danmark og Finland, til sammen for ca. 1 milliard kr.

Dette bidrar til at mange av våre dagligvarebutikker langs grensen nedlegges på grunn av svært lav handel, og dette igjen kan føre til økt fraflytting da servicetilbudet avtar og, ikke minst, arbeidsplassene blir borte. Når man vet at 1 mill. kr i matvareomsetning i snitt tilsvarer ca. én arbeidsplass, er dette svært urovekkende. I tillegg kommer andre ringvirkninger.

På grunn av Norges forholdsvis høye matvarepriser ser vi også en økende tendens til matsmugling inn til Norge, da fortjenesten øker også på dette området. Dette fører også til at det blir mindre behov for norske matvarer, som igjen fører til færre landbruksarbeidsplasser, mer fraflytting samt at Norges matvareproduksjon i en krisesituasjon vil være nede på et lavmål. Dette vil til sammen føre Norge mange år tilbake når det gjelder selvforsyningsgraden.

Andre ringvirkninger av nordmenns matvarehandel i utlandet er selvfølgelig at man også handler andre varer og tjenester når man likevel er der. Dette vil på sikt kunne redusere det totale servicetilbudet Norge kan tilby sine innbyggere.

Ellers må man få lov å se det tragikomiske i at nordmenn reiser til f.eks. Danmark og Sverige og kjøper billig ribbe, for kr 19,90 pr. kg mot ca. dobbel pris i Norge, når vi vet at over 6 000 tonn norsk svinekjøtt ble dumpet til utlandet for ca. 10 kr pr. kg for å opprettholde en høy pris i Norge. Dette blir ekstra ille når vi finner produktbeskrivelse og produksjonssted for varene skrevet på norsk.

Intensjonen i dette Dokument nr. 8-forslaget fra Fremskrittspartiets representanter Øystein Hedstrøm og Terje Knudsen er å få utredet hele verdikjeden i matvaremarkedet for å få en oversikt over prisforholdene og muligheter for rimeligere matvarer. Dette må være noe vi alle kan være enige i, og hele komiteen ser også behovet for en slik type undersøkning som forslaget går ut på.

Fremskrittspartiet registrerer at landbruksministeren nå har satt i gang et forprosjekt for å kartlegge prisnivået og prisdannelsen for norske matvarer. Dette er positivt,

og la oss håpe at det får frem alle sider av saken. Det har også før vært enkelte slike undersøkelser, men etter Fremskrittspartiets syn har disse ikke tatt for seg hele verdikjeden i matvaremarkedet.

Utredningen må komme frem til bl.a. hvorfor norske landbruksvarer stort sett er dyrere i Norge enn f. eks. i Sverige, hvilke deler av verdikjeden som eventuelt er mer kostbar hos oss enn i andre land, hvor konkurranse-dyktige de ulike produkter er, etc.

Fremskrittspartiet ser med stor interesse og spenning frem til hva som vil komme ut av disse nye undersøkelsene. Vi bør ikke overlate til Rimi alene å gjøre Norge billigere. Til det er saken for viktig.

Inger Stolt-Nielsen (H): Det relativt høye prisnivået på norske matvarer er et problem både for handelsnæringen i grenseområdene og for norske husholdninger. For de fleste er det vanskelig å forstå at matproduksjonen i Norge skal være så meget dyrere enn tilsvarende produksjon i f.eks. Sverige.

Konkurranseregulerende prispåslag på importerte landbruksvarer er ikke bare et irritasjonsmoment for norske forbrukere – det er medvirkende til at norske familier bruker for lite frukt og grønt i den daglige husholdningen, med de uheldige konsekvenser dette har for folkehelsen.

Det er prisverdig at det nå er tatt et initiativ fra departementet for å utrede prisdannelsen i matvarekjeden. Og det er bra at en også legger opp til å få et sammenligningsgrunnlag fra andre land. Høyre forutsetter at denne sammenligningen med andre land er tilstrekkelig grundig til at det klart kommer frem i hvilke ledd fra jord til bord konkurransen svikter eller muligens mangler i Norge sammenlignet med andre land. Dette er vesentlig for at vi skal få et fullstendig bilde av hvordan prisnivået her i Norge blir så høyt.

Høyre er imidlertid noe skeptisk til at det er Landbruksdepartementet som står for denne utredningen. Det er noe med bondens hest og bondens havre som tilsier at en mer nøytral instans burde stått som ansvarlig for utredningens sluttprodukt. Høyre mener derfor at ansvaret for prosjektet burde overføres fra Landbruksdepartementet til Konkurransetilsynet. Det ville gitt utredningsprosjektet større troverdighet.

For øvrig ser vi frem til den varslede landbruksmeldingen fra Regjeringen, og forutsetter at resultatet av den pågående utredningen er innbakt i landbruksmeldingen.

Hallgeir H. Langeland (SV): Det er nok bønder i byen, var eit av slagorda i EU-kampen i 1994. Sidan då har talet på bønder i byen auka, matprodusentane blitt færre og færre og nedlagde bruk fleire og fleire. Slik eg forstår forslagsstillarane, er denne utviklinga positiv, fordi den gjev forbrukaren billigare varer. Er lågare prisar det einaste målet for politikken på dette området, er eg redd for at produksjonen av mat kan bli liten i dette landet – og då vil talet på bønder i byen auka dramatisk.

Det ville vore ei overdriving å leggja skylda på denne utviklinga på Hedstrøm og hans parti åleine. Det er sjølv-

sagt eit ansvar fleirtalet her må bera – ikkje minst dei som står for ein EU-tilpassingspolitikk og som vil at pengemakta skal ha større innverknad enn folkemakta. I samband med dette er banankrigen mellom EU og WTO interessant og klårgjerande for dei som meiner at det berre er Adam Smith si usynlege hand som skal råda grunnen. Nå skal altså EU og etter kvart sikkert også Noreg få skikkeleg billig og industriprodusert kjøt frå onkel Sam. Problemet er at for at det skal bli verkeleg billig, er det blitt sprøyta med hormon, slik at det kan veksa fortare og kosta mindre å produsera. Dette eksempelet illustrerer i kva retning me går om låg pris er den einaste verdinormen for dei politiske måla me har.

Det er matprodusenten, altså bonden, som ser ut til å vera hovudproblemet for forslagsstillarane, sjølv om dei i tillegg reiser nokre viktige problemstillingar. Det er eit stort problem for mange i heile landet – ikkje berre på grensa – at krava til lønsemd til fire einerådande kjeder har fjerna nærbutikken. Men er det berre krav til *lønsemd*? Når Dagbladet sist fredag kunne fortella at ein kjedeeigar tente 20 405 kr i timen kvar einaste dag i 1998 på matvaresal, snakkar me vel heller om eit grådighetsproblem. Og her har forslagsstillarane eit problem. Det er nemleg heilt uaktuelt for dei å støtta SV i å få eit skattesystem som kan føra meir tilbake til fellesskapet, pengar som fellesskapet kunne bruka til f.eks. å redusera matmomsen og derved få ned prisen. Men for Framstegspartiet er rikfolk heilage.

Forslagsstillarane ønskte i utgangspunktet å bruka nokre millionar på å utreda noko som er utreda før, og som landbruksministeren har starta eit arbeid med. Forslaget er derfor heilt overflødig om det ikkje hadde vore andre motiv som var drivkrafta.

SV er derfor nøgd med konklusjonen frå fleirtalet i komiteen, og ser fram til ei stortingsmelding som har visjonar om ein landbrukspolitikk som har fleire mål enn låg pris. Du kan som kjent kjenna prisen på alt, men ikkje verdien på noko.

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

Øystein Hedstrøm (Frp): Jeg er glad for at et flertall i den behandlende komite ser viktigheten av å få gransket alle ledd i matvarekjeden for om mulig å få rimeligere matvarer. Men Langeland trekker sammenligninger som er langt utenfor det som er fornuftig. Det er klart at man må sammenligne med matvarer i andre land, basert på samme kvalitet og samme renhet. Det er der sammenligningen må gå, man må ikke trekke inn ekstreme og outrerte forhold.

Fremskrittspartiet registrerer at norske matvarer er for dyre og risikerer å bli utkonkurrert. Derfor mener vi at det er helt nødvendig med «priskuttisme» gjennom å gjøre produksjonen mer rasjonell og effektiv. Dokumentforslaget vi behandler, er ment som et ledd i et helt nødvendig arbeid for å gi forståelse og kunnskap om prisdannelsen for landbruksvarer, utviklingen fra jord til bord, og

hvilke ledd og omstendigheter som gjør at vi skiller oss ut fra andre land.

Når Landbruksministeren har startet et prosjekt som går i den samme gate som Fremskrittspartiets forslag, så er det vel og bra. Men det er på sin plass å understreke at det aller viktigste ikke må utelukkes, nemlig at arbeidet blir bredt nok anlagt, og at resultatet man kommer fram til, har stor troverdighet. Da kan det fungere som grunnlag for opinionsdanning og beslutninger i denne sal.

Mange er bekymret fordi norsk landbruks konkurranseevne er i ferd med å svekkes. I den forbindelse vil jeg minne om at EU i disse dager får på plass sin landbruksreform. Det betyr at prisene på kjøtt, smør, ost og andre landbruksvarer vil reduseres, f.eks. i Sverige, med 10-15 pst. de nærmeste år. Og mange norske forbrukere protesterer alt i dag mot den norske høyprispolitikken ved å valfarte til Sverige, hvor de handler svinebillig. I fjor opplevde vi et nytt toppår for grensehandelslekkasjen til Sverige med nærmere 7 milliarder kr, hvorav 40 pst. gjaldt matvarer. Nå vil matvare- og polpriser bli ytterligere redusert hos «søta bror». Vi vil ganske sikkert oppleve en akselererende grensehandelslekkasje med tilsvarende tap av arbeidsplasser og inntekter på norsk side, med nye problemer for bøndene ved å måtte kvitte seg med norsk overproduksjon.

I den forestående WTO-runden vil Norge bli møtt med sterke krav om lavere toll på landbruksprodukter, og i de mest ekstreme tilfeller kan tollsatsene bli halvert. Rimi-Hagen & co. vil ikke unnlate å ta inn de matvarer utenfra som er billigere, og i denne situasjonen vil landbruket helt klart ha behov for omstilling. Derfor håper jeg den utredningen Regjeringen har iverksatt, vil gi den nødvendige oversikt over prisutviklingen for matvarer og muligheten for lavere priser. Stortinget må ha det nødvendige beslutningsgrunnlag for å kunne gi de riktige rammebetingelsene til landbruket, slik at næringen kan rasjonalisere, effektivisere og senke prisene for å kunne overleve lenger framover.

Presidenten: Presidenten er noe i tvil, men forstår det dithen at det kanskje ville være mer hensiktsmessig å bruke ordene «Sverige» og «svenske borgere» istedenfor det begrepet som representanten nettopp brukte.

Terje Knudsen (Frp): Bakgrunnen for dette Dokument 8-forslaget er å få fram og få satt lys på alle påstandene som har vært fremsatt fra media i lang tid, om at det er noen i verdikjeden for mat som tar seg for godt betalt. Til tross for dette foreligger det et par rapporter fra ECON og Fafo som viser at dagligvarebransjen har vært igjennom en rasjonaliserings- og omstillingsprosess som har vært positiv for forbrukerne, fordi det har vært en utvikling med sterk konkurranse mellom aktørene i dagligvarehandelen. Imidlertid er det verdt å merke seg at begge rapportene påpeker at denne konkurransen ikke har vært til stede i den landbruksbaserte produksjonen og på leverandørsiden. De undersøkelsene som har vært hittil, har bare fokusert på en del av verdikjeden, på oppdrag fra enkelte deler av bransjen. Dette synes forslagsstiller-

ne har bidratt til en uryddig debatt om norske matvarepriser. Derfor vil et bredt sammensatt, regjeringsoppnevnt utvalg som grundig undersøker hele verdikjeden, ha betydlig troverdighet.

De spørsmål som er sentrale i denne sammenheng, er: Hvorfor er norske landbruksvarer så dyre? Og: Hvordan fordeler prisen seg i de ulike deler av verdikjeden? Det er heller ikke uinteressant hvor konkurransedyktige de forskjellige produkter er sammenlignet med f.eks. i andre europeiske land. Et opplegg som tar sikte på å følge et større antall norskproduserte varer fra bonde til forbruker, vil gi en del udiskuterbare fakta.

Forslagsstillerne vil ikke legge skjul på at ønsket om å få belyst nevnte forhold skjøt fart da det ble kjent, som representanten Bredvold var inne på, at 6000 tonn svinekjøtt ble dumpet i utlandet for 10 kr pr. kilo i fjor for å opprettholde nettopp en høy pris i Norge. Vi mener at denne typen overskuddseksport av norske råvarer til dumpingpriser ikke er egnet til å gi den norske landbruksindustrien tillit i markedet.

Forslagsstillerne fra Fremskrittspartiet er klar over at landbruksminister Gjønnnes nylig har startet et forprosjekt med å kartlegge prisnivå og prisdanning sammen med forbrukerorganisasjoner, dagligvarehandel, næringsmiddelindustri, primærnæringer og flere departement. Dette er greit nok, selv om forslagsstillerne ifølge sitt Dokument nr. 8-forslag helst hadde ønsket et bredt regjeringsoppnevnt utvalg.

Statsråd Kåre Gjønnnes: Bare noen korte kommentarer fra min side. Det er brukt uttrykk som dyre matvarer og billige matvarer. Det er kanskje riktig her å påpeke at det vi er ute etter, er riktig pris ut fra de forutsetningene som er lagt til grunn. Det er påpekt at det er viktig at det er en tillit til den jobben som gjøres av dem som nå er i gang med å utføre dette arbeidet. Det er Norsk institutt for landbruksøkonomisk forskning, Statistisk sentralbyrå og ECON som utfører prosjektet, og med en referansegruppe fra dem som er aktuelle fra jord til bord-kjeden. Ut fra dette har jeg den tiltro til det arbeidet som nå gjøres, at det skal skape den tilliten som Stortinget etter spør.

Det vil også i prosjektet bli foretatt en datainnsamling blant butikker i Sverige og i grensestrøkene til Danmark og Norge – det er vel typiske grensesteder – bl.a. for å se om grensehandelen er et marked for dumpingvarer eller at prisene er differensierte. Det er jo kjent at også i disse grensestrøkene, den handelen som foregår der, kan det være den typen dumping som det snakkes om, og være et attraktivt marked.

Når det gjelder spørsmålet om dumping av norsk produksjon til et marked utenfor landets grenser, så er ikke det noe som er særnorsk. Dette foregår i alle land hvor det er overskuddsproduksjon, som da tilpasses verdensmarkedets priser. Det er altså uriktig å skape et bilde av at dette er særnorsk. Dette er noe som skjer fra alle land.

Jeg håper at det arbeidet som er satt i gang og som jeg har til hensikt å komme tilbake til resultatet av i forbindelse med proposisjonen om jordbruksoppgjøret, skal

være med og gi nyttige opplysninger i forhold til de spørsmålene som er tatt opp i Dokument nr. 8-forslaget.

Øystein Hedstrøm (Frp): Det politiske flertall i denne sal har gitt uttrykk for at de ønsker en mer rasjonell og effektiv norsk landbruksproduksjon, og jeg antar, i hvert fall er det meningen fra Fremskrittspartiets side, at det skjer ting internasjonalt: EU holder på å få på plass sin landbruksreform, vi får lavere tollsatser etter hvert – enten vi liker det eller ikke – i forhold til WTO, noe som gjør at vi får en progressivitet mot større konkurranseeksponering internt i Norge, og det vil styrke bøndenes situasjon, slik at overgangen ikke blir altfor stor når man eksponeres for internasjonal konkurranse på sikt.

I forbindelse med Gunhild Øyangens St.prp. nr. 8 for 1992-93, Landbruk i utvikling, var det et flertall som ønsket en utvikling mot en mer effektiv og rasjonell landbruksproduksjon med færre reguleringer, og sterkere bruk av markedssignaler skulle tillegges vekt.

Stortinget har også behandlet Ot.prp. nr. 5 for 1996-97 om en ny markedsordning for melk, hvor det politiske flertall åpnet for like konkurransevilkår i meierisektoren. Ett element i dette er jo nettopp å få rimeligere matvarepriser. Prisene i melkesektoren har også gått nedover etter at vi fikk noen grad av konkurranse. Om dette er det statsråden kaller for «riktig pris», vites ikke, men for meg er det i hvert fall en positiv utvikling.

Men ikke alt går i riktig retning slik stortingsflertallet ønsker. Vi fikk et vedtak i Omsetningsrådet på fredag som jeg vil kalle for direkte urovekkende og forbrukerfiendtlig. Et forslag fra Bondelagets leder Kirsten Indgjerd Værdal, som ble støttet opp av samvirkerrepresentanten i Omsetningsrådet, vil begrense Tines leveringsplikt til private meierier. Dette begrenser sterkt konkurransen på foredlingsleddet i meierisektoren, og det betyr kroken på døren for nye meierier av noen størrelse utenfor Meierisamvirket. Omsetningsrådets vedtak medfører sterke konkurransebegrensninger og vil være enestående i Europa. Det som nå skjer, er at man gjør melkebøndene en bjørnetjeneste, fordi bøndene vil tjene på økt intern konkurranse for å kunne overleve lenger framover, som jeg har sagt.

Jeg har et spørsmål til statsråden: Synnøve Finden har nå bestemt seg for å anke vedtaket i Omsetningsrådet til departementet. Hvis et flertall i denne sal gir signaler om at de ønsker å videreføre markedsordningen for melk med det systemet at Tine har leveringsplikt, slik som i dag, vil da dette synspunktet bli respektert av departementet?

Statsråd Kåre Gjønnnes: Jeg var litt i tvil om jeg skulle svare, men jeg regner med at spørsmålet ble stilt til landbruksministeren. Jeg vil bare kort si at statsråden naturligvis ikke her kan gå inn på behandlingen av det vedtaket som er fattet av Omsetningsrådet, hvis det skulle bli en ankesak som havner i departementet. Vi vil forholde oss til det spørsmålet når en slik anke eventuelt foreligger i departementet.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1. (Votering se side 2425)

S a k n r . 2

Interpellasjon fra representanten Olav Gunnar Ballo til helseministeren:

«*Legefordelingen i Norge har vist en foruroligende utvikling gjennom hele 90-tallet, og særlig opplever nå primærhelsetjenesten en stor mangel på nyrekruttering av leger. Mange distriktskommuner må basere legetjenestene på kostbare vikarordninger, mens en rekke stillingshjemler står ubesatte. Blant nyutdannede leger viser det seg også at få ønsker å arbeide innenfor primærhelsetjenesten, mens et flertall ønsker å etablere seg i det sentrale Østlandsområdet. Dermed forsterkes forskjellene i legefording, både mellom distriktskommunene og de største byene samt mellom kommunehelsetjenesten og det spesialiserte sykehusvesenet. Konsekvensen blir at mye av den behandlingen som hadde kunnet finne sted nær befolkningen, i stedet finner sted på spesialistnivå, med uhensiktsmessig ressursbruk som konsekvens.*

Hva vil statsråden gjøre som ledd i å oppnå en bedret geografisk legefording?»

Olav Gunnar Ballo (SV): Denne interpellasjonen berører legefordingen i Norge og utviklingstrekk knyttet til den gjennom 1990-tallet. Jeg vil legge særlig vekt på de rekrutteringsvanskene man nå ser innenfor primærhelsetjenesten, men i noen grad vil også forskjellene i rekruttering på spesialistnivå bli berørt.

Når det gjelder strukturen på det norske helsevesenet, er det på mange felter grunn til å trekke fram kvalitetene. Fra lov om kommunehelsetjenesten kom i 1984 og framover mot 1990 var det god rekruttering til legestillinger innenfor primærhelsetjenesten. Også mange små kommuner opplevde da en stabil legedekning, med god rekruttering til ledige stillinger.

Selv om det bildet er blitt til dels dramatisk endret gjennom 1990-tallet, er det etter mitt syn viktig å se kvalitetene i den strukturen som ble skapt gjennom lov om kommunehelsetjenesten. Det er også viktig å understreke at man gjennom ulike undersøkelser har kunnet påvise at lokalsykehusene har en betydelig avlastningsfunksjon for de større sykehusene, og i mange tilfeller er effektiviteten ved småsykehusene vel så høy som ved de store sykehusene.

Det vil være så vel en urealistisk som uhensiktsmessig målsetting å søke å endre helsevesenet tilbake til en tidligere struktur. Likevel må målsettingen om å ivareta primærhelsetjenesten som basis for helsevesenet ivaretas og videreføres. I forlengelsen av det vil det også være viktig å ivareta og videreutvikle en spesialiststruktur som ikke blir stadig mer sentralisert, men der man fortsatt lykkes i å spre spesialistene til de ulike helseregionene og fylkene ut fra de behov for spesialisttjenester som er i befolkningen.

Jeg har i det følgende lyst til å peke på en del utviklingstrekk gjennom det siste tiåret.

Fra 1995 til 1998 tilkom det, ut fra tall fra Universitetet i Tromsø, 720 nye leger i Norge. I samme periode ble det 30 færre leger i Nord-Norge. I Finnmark hadde bare

11 av 19 kommuner fast tilsatte kommuneleger siste halvår i 1997, og 38 pst. av stillingene innen kommunehelsetjenesten var uten fast stillingsinnehaver.

Nord-Norges andel av legene var i 1981 10,3 pst., og tallet steg til 11,3 pst. i 1995. Siden har andelen gått dramatisk ned på kort tid, slik at den i 1998 var på bare 9,7 pst.

Fra 1995 til 1998 økte antall yrkesaktive leger i helse-regionene 1 og 2 med 12,4 pst. Økningen i helseregionene 3 og 4 var hver på ca. 9 pst., mens den i helse-region 5 i samme tidsrom gikk *tilbake* med 0,4 pst. Men det fenomenet som her beskrives, er ikke noe rent Nord-Norge-fenomen. Ved ett av sykehusene i Sogn og Fjordane var seks av 21 stillinger ubesatt i oktober 1998. I en av kommunene i samme fylke var alle de fem kommunelegestillingene besatt av utenlandske korttidsvikarer, etter at man noen år før hadde hatt en stabil tilsetting i alle stillingene.

Ved sosialkomiteens besøk i de ulike fylkene hørte vi om rekrutteringsvansker også til fylker som Hedmark og Oppland, og til og med ved Sentralsykehuset i Akershus ble det uttrykt at det kan være vanskelig å klare å trekke spesialistene til seg fra Oslo-sykehusene eller fra private spesialistlegesentre.

Når det gjelder primærhelsetjenesten, ser man også store vansker med å få til en hensiktsmessig og koordinert organisering i det sentrale østlandsområdet, ikke minst betinget av skapte forventninger i befolkningen til at diagnostikk og behandling bør skje på et mer spesialisert nivå enn hos allmennpraktiker.

Et fenomen som har gjort seg sterkt gjeldende de siste årene, er at andelen utenlandske leger har vært økende. Av totalt 14 394 leger i Norge pr. 1. september 1998 hadde 1 538, eller 10,7 pst., utenlandsk statsborgerskap. Andelen i 1990 anslås ut fra tall fra Den norske lægeforening til 2 pst., og i 1993 til 3 pst.

Med bakgrunn i det som har vært oppfattet som en legemangel, kan det umiddelbart synes positivt at man har klart å rekruttere utenlandske leger. Den største andelen er fra nordiske land, med 59 pst., mens Tyskland er representert med ca. 14 pst. av de utenlandske legene.

Språkproblemer og forskjellig kultur- og utdannelsesbakgrunn kan imidlertid gjøre at der andelen av utenlandske leger – spesielt fra land utenom Norden – blir svært høy, endres også det medisinske tilbudet til befolkningen fordi legen ikke har røtter eller relasjoner knyttet til den befolkningen som skal betjenes. Legen kan også mangle basiskunnskaper om norske rettsforhold innen sentrale områder som trygdemedisin og sosialmedisin, og pasienter kan ha vansker med å bli forstått, eller å forstå legen, dersom legen mangler de nødvendige språkkunnskaper.

Det er derfor av interesse å se på hvilken geografisk fordeling det har vært av de utenlandske legene som har kommet til Norge. Den laveste relative andelen finner vi i Aust-Agder og Vest-Agder, Vestfold, Oslo og Akershus med ca. 7 pst. Til sammenligning er nå andelen av utenlandske leger i Finnmark 25 pst., i Sogn og Fjordane 24 pst., mens den i Nord-Trøndelag, Hedmark og Nordland ligger mellom 16 og 17 pst.

Det kan synes som om andelen av utenlandske leger er en markør for problemene med rekruttering av leger, med høyest andel av utenlandske leger der rekrutteringsvanskene er størst. Den innsatsen disse legene gjør, skal man vite å verdsette, men når enkelte kommuner ikke lenger greier å rekruttere leger med norsk bakgrunn, er det samtidig et kraftig alarmsignal knyttet til strukturen på helsetjenestetilbudet, siden noe av stabiliteten og kontinuiteten innenfor primærhelsetjenesten dermed forsvinner.

Det er grunn til å påpeke særlig to fenomener som gjør seg gjeldende knyttet til legefordelingen. Det ene er at det har funnet sted en generelt bedret rekruttering til sykehusene på bekostning av primærhelsetjenesten etter at det for noen år siden ble bedrede lønnsvilkår for sykehuslegene. Den manglende rekrutteringen til primærhelsetjenesten synes å ha virket selvforsterkende ved at presset på de gjenværende legene har økt. En del av dem har til dels valgt å gå inn i sykehussektoren i stedet, mens noen bevisst har søkt seg til større, sentrale steder med en stabil primærhelsetjeneste, der arbeidsforholdene har vært mer velordnet.

I tillegg kommer at den geografiske fordelingen av legene viser en stadig større grad av sentralisering, bort fra typiske distriktskommuner og inn mot større befolkningssentre, og da særlig i det sentrale østlandsområdet.

Konsekvensen av manglene som oppstår innenfor primærhelsetjenesten, kan være at en stadig større andel av den medisinske diagnostikken og behandlingen skjer på et unødvendig høyt behandlingsnivå, lenger borte fra brukernes hjemsted og med økt ressursbruk som konsekvens.

Et eksempel på dette kan være andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelse ved de ulike sykehusavdelingene. Ut fra en rapport til Sosial- og helsedepartementet skrevet av Eva Holmsen i 1996, utgjorde andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelse ved norske sykehus 48 pst. i 1988, mens tilsvarende andel i 1995 var 62 pst. Ved indremedisinske avdelinger er nå denne andelen mellom 70 og 90 pst. av alle innleggelse. Økningen i antall innleggelse ved sykehusene fra 1991 til 1996 var på 8 pst., men siden øyeblikkelig hjelp-andelen økte med 16 pst. i samme tidsrom, var det i realiteten en nedgang i planlagte innleggelse fra 1991 til 1996.

Det er grunn til å anta at en velfungerende primærhelsetjeneste vil virke avlastende for antall øyeblikkelig hjelp-innleggelse ved at en større andel av behandlingen da skjer i hjemkommunene. Det er dermed ikke noe motsetningsforhold mellom tiltak som vil virke rekrutterende og stabiliserende for primærhelsetjenesten, og en bedret og mer effektiv ressursbruk ved sykehusene. Det er tvert imot grunn til å tro at sykehusene vil kunne utnytte sin virksomhet langt bedre dersom man sikrer stabile forhold innenfor primærhelsetjenesten.

Å påpeke virkemidler som på kort sikt vil medføre en bedret legefordeling, og da særlig med bedret rekruttering til primærhelsetjenesten, er ikke lett. Det synes viktig å kartlegge årsakene til den etter hvert skjeve fordelingen, slik at tiltak som kan igangsettes, er målrettede.

SV vil derfor tro at det vil være i alle parters interesse dersom Regjeringen igangsetter en slik kartlegging, som også inkluderer en vurdering av virkemidler for en bedret legefórdeling.

Et virkemiddel som på kort sikt vil kunne tenkes å bedre legerekutteringen, er en utvidelse av turnustjenesten for leger i distriktene fra et halvt til ett år. Dersom man mener at primærhelsetjenesten skal danne basis for legetjenestene, er det et åpenbart misforhold mellom det hele året som turnuslegene er på sykehus, og det halve året som de er i distrikt. Så vel selve legestudiet, som i all hovedsak er sykehustilknyttet, som pliktjenesten etter endt studium bidrar til å vektlegge den spesialiserte sykehusmedisinen på bekostning av basisfaget allmennmedisin.

Det forslaget som fremmes her i dag, søker å bidra til å kompensere for denne forskjellen. Ved å vektlegge distriktpsikiatrien spesielt som en andel av den utvidede distriktturnustjenesten kommer man også opptrapingsplanen for psykiatri i møte, der jo distriktpsikiatrien vektlegges særskilt.

Med bakgrunn i det som her er sagt, vil jeg hermed ta opp de to forslagene som SV har fremmet i forbindelse med interpellasjonen i dag.

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

Statsråd Dagfinn Høybråten: Norge er blant de fem land i verden som har høyest legetetthet i forhold til befolkningen. Til tross for økt tilgang på leger de siste årene har vi et høyt antall ledige legestillinger både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, som interpellanten var inne på. Pr. 31. desember 1998 var det ca. 900 ledige legestillinger, fordelt på 200 i kommunehelsetjenesten og 700 i spesialisthelsetjenesten. Problemet i kommunehelsetjenesten er spesielt merkbart i distriktskommunene. En undersøkelse viser at kommuner i Nordland med under 4 000 innbyggere hadde over 1/3 av de faste legestillingene ubesatt. Bruk av 10-20 korttidsvikarer i løpet av året er ikke uvanlig. I de små kommunene var under halvparten av legene norske.

Årsakene til mangelsituasjonen er sammensatte. Jeg synes for øvrig interpellanten hadde en god analyse i sitt innlegg. En av årsakene er at vi i en 10-12-årsperiode fra 1981 reduserte antall studieplasser i medisin i Norge. Hvis ikke dette hadde blitt gjort, ville vi i dag hatt tilgang på ca. 1 000 flere norske leger på markedet.

En annen årsak er den store veksten i legestillinger i sykehussektoren de siste fem årene. I perioden 1994 til 1998 godkjente det partssammensatte Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur ca. 1 250 nye legestillinger i sykehus. Men i samme periode opprettet sykehusene ca. 1 030 stillinger uten godkjenning. Til kommunehelsetjenesten ble det i denne perioden tildelt 163 hjemler. Så godt som samtlige søknader fra kommunene ble innvilget. Ny avtalepolitikk fra 1. juli 1998 innebar også at 375 nye avtalehjemler ble inngått mellom fylkeskommuner og legespesialister.

Vi har med andre ord hatt en meget stor vekst i antall legestillinger og avtalehjemler i spesialisthelsetjenesten. I kombinasjon med endringer i lønns- og arbeidsvilkår for sykehusleger har dette bidratt til at distriktene har fått store problemer med å rekruttere leger til allmennlegetjenesten og til samfunnsmedisinsk arbeid. Mangel på leger og stor ustabilitet fører også til at mange av de legene som har jobbet lenge i kommunehelsetjenesten, vurderer å slutte fordi belastningen blir for stor.

Dette har også slått spesielt uheldig ut geografisk. I perioden 1995-98 var andelen ledige legestillinger 4,3 ganger høyere i helseregion 5 enn i helseregion 1 og 2.

I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen har Sosial- og helsedepartementet foretatt en kartlegging av legebehovet i kommunene. Departementet vil anslå at det er behov for ca. 400 nye legestillinger/hjemler i forbindelse med innføringen av reformen. Dette kommer i tillegg til de 200 ledige legestillingene i kommunene.

Vi står med andre ord overfor en stor utfordring, som krever felles innsats fra både staten og arbeidsgiversiden i kommunesektoren.

For å takle denne utfordringen og for å oppnå en bedret geografisk legefórdeling er det tre viktige grep som er sentrale, og som må ses i sammenheng. Det første grepet er å øke tilgangen på leger generelt. Det må følges opp ved grep nr. 2: en stram nasjonal regulering og fordeling av legestillinger og -hjemler. Det tredje grepet er iverksetting av stimuleringsiltak rettet mot primærlegetjenesten. Jeg vil nå utdype disse tre elementene.

Når det gjelder tilgangen av leger generelt, kan jeg opplyse at det i løpet av de ti siste årene har vært en jevn økning av medisinerstudenter. I perioden fra 1990 til 1998 har antall utdanningsplasser for legestudiet økt fra 310 til 590. I de siste årene har flere nordmenn valgt å studere i utlandet. Tall fra Statens lånekasse viser at det i 1994-95 var 579 nordmenn som studerte i utlandet, mens tallet i 1998-99 hadde økt til 1 398. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet er bl.a. enige om å øke kapasiteten ved Universitetet i Tromsø med 30 plasser. Samtidig er det aktuelt at Sentralsykehuset i Akershus igjen starter studentundervisning. Dette vil vi komme tilbake til i statsbudsjettet for 2000. Helsemyndighetene har også i samarbeid med arbeidsmarkedsmyndighetene igangsatt et legerekutteringsprosjekt i regi av Arbeidsdirektoratet. I 1998 ble ca. 100 leger fra Tyskland, Østerrike og Frankrike rekruttert gjennom prosjektet. Målet i 1999 er 200 leger. I tillegg ble 63 leger fra land utenfor EØS autorisert i Norge i 1998. Samlet sett vil dette bidra til at den årlige tilgangen på leger vil være mer enn fordoblet i løpet av en tiårsperiode.

Samtidig med en økt tilgang av leger er det nødvendig med en stram nasjonal regulering og fordeling av legestillinger og -hjemler. Dette fører meg over til grep nr. 2, som er innføringen av en ny nasjonal legefórdeling fra 1. januar i år. Den nye ordningen, som ble vedtatt av Stortinget i desember i fjor, er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og i sykehusloven. Den avløser det tidligere avtalebaserte forsøket på regulering; de såkalte ULS-

avtalene mellom staten, KS, Oslo kommune og Den norske lægeforening.

Ordningen innebærer at departementet skal fastsette årlige rammer for hvor mange nye legestillinger og -hjemler som kan opprettes innen henholdsvis kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, inklusiv statens egne sykehus. Det regjeringsoppnevnte Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger skal gi departementet råd om denne fordelingsrammen. Den detaljorienterte behandlingen av enkeltstillinger bortfaller.

Når det gjelder fordelingsrammen til henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, har jeg ved flere anledninger presisert at prioriterte satsingsområder skal være kreft, psykiatri og primærhelsetjenesten. Prioritering av primærhelsetjenesten er særlig viktig av hensyn til innføringen av fastlegeordningen fra 1. januar 2001. For å oppnå denne prioriteringen og for å redusere omfanget av ledige stillinger vil utfordringen bli å opprette færre stillinger enn nettotilgangen på leger. På den måten vil flere leger kunne søke til primærhelsetjenesten. Dette har også Nasjonalt råd fulgt opp ved å anbefale departementet å ikke godkjenne mer enn høyst 80 nye stillinger i spesialisthelsetjenesten for 1999. Den totale fordelingsrammen vil bli avklart i april-mai i år. Før denne fordelingsrammen er fastsatt, er det ikke adgang til å opprette nye stillinger. Det er imidlertid viktig at legerregulering ikke skal hindre legerekuttering. Som jeg redegjorde for i spørretimen den 17. februar, har jeg for primærhelsetjenesten derfor sett det som helt nødvendig å etablere en overgangsordning inntil endelig fordelingsramme foreligger. Det innebærer at Nasjonalt råd har fått delegert myndighet fra departementet til å fordele inntil 24 hjemler til primærhelsetjenesten fram til 1. mai 1999.

Det tredje grepet som må gjøres for å oppnå en bedre geografisk fordeling av legeårsverk, er å iverksette tiltak for å bedre rekrutteringen og stabiliteten i allmennlegetjenesten fram til etter innføringen av fastlegeordningen. I 1999 er det avsatt 20 mill. kr til stimuleringstiltak for å bedre rekrutteringen til og stabiliteten i primærlegestillingene.

En veiledningsordning for turnusleger og nyansatte leger er allerede i gang i de fire nordligste fylkene. Målet er å ta vare på turnuslegene og de nyansatte som en ressurs for videre rekruttering til allmennlegetjenesten. Evalueringen så langt tyder på at dette er et meget bra tiltak. Leger i de samme fylkene, med unntak av Tromsø kommune, vil også få bedre vilkår gjennom en foreslått ordning med tilskudd til etter- og videreutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin.

Videre kan mye tyde på at høy vaktbelastning er en viktig årsak til at både nyutdannede og mer erfarne leger ikke søker seg til kommunehelsetjenesten. Derfor er jeg opptatt av å stimulere kommunene til å utvikle alternative modeller for legevaktsamarbeid. Kommuner som har ideer om legevaktsamarbeid, kan innen 1. mai i år søke om midler til utredning og oppstart av interkommunalt legevaktsamarbeid. Departementet annonserer denne muligheten i disse dager. Videre arbeides det med utforming av retningslinjer for en statlig organisert vikarord-

ning for spesielt utsatte kommuner. Det er aktuelt at Arbeidsdirektoratet er sekretariat for, i første omgang, en prøveordning med vikarformidling til kommuner med spesielle problemer. Mangel på faglig nettverk og manglende muligheter for fagutvikling er også trukket fram som et problem i utkantkommuner. Derfor arbeider departementet med tiltak som kan styrke primærhelsetjenesten i utvalgte ressurskommuner. Samarbeid med universitetsmiljøene når det gjelder forskning og opplæringsvirksomhet, er her aktuelle tiltak. Departementet har også igangsatt kurs i såkalte nasjonale fag for leger fra EØS-området i alle landets helseregioner.

På sikt forventer jeg at økt tilgang på leger i kombinasjon med en stram statlig styring og fordeling av legestillinger og de nevnte stimuleringsstiltak, vil gi bedre stabilitet i legestillingene i de deler av landet som i dag opplever legemangelen sterkest. Men det forutsetter også lojalitet til den nye legefordelingsordningen og en aktiv innsats fra arbeidsgiverne. Jeg har etablert et samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet for å bistå utkantkommunene med hjelp til å løse legesituasjonen.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg vil takke statsråden for svaret.

Jeg klarer ikke å se at det er noen motsetning mellom de betraktningene jeg har, og de som statsråden her tilkjenne gav. Jeg synes at mange av de grepene som skisseres og de tankene som statsråden presenterer, er ting som på en konstruktiv måte kan bidra til å gjøre noe med problemet.

Det er likevel en del ting jeg kunne tenke meg å påpeke når det gjelder legefordeling. SV har vært veldig opptatt av at man skal få realisert fastlegereformen. Når den nå er utsatt, håper vi at tiden med utsettelsen på en konstruktiv måte kan brukes til å gjøre noe, særlig i de kommunene der rekrutteringsvanskene har vært særlig store.

Det jeg registrerer når man snakker både med kommuneleger og med befolkningen rundt omkring i landet, og særlig der hvor man har legemangel, er frykten for at fastlegereformen skal virke enda mer sentraliserende, og at man nå har leger som posisjonerer seg med tanke på innføringen. Det hadde derfor vært besnærende, eller man kan i alle fall tenke seg det som et virkemiddel, at kommuner med særlig store rekrutteringsvansker hadde kommet i forkant og ikke i etterkant av de kommunene som da lett vil kunne rekruttere leger. SV har foreslått det før, men ikke fått gjennomslag for det. Jeg hadde ønsket statsrådets syn på det og noen betraktninger omkring fastlegereformen og på hvilken måte man kan sikre særlig de vanskeligst stilte kommunene.

En ting til som jeg kunne ønske statsrådets betraktning omkring, er turnusordningen i distrikt. Det er etter mitt syn et ganske åpenbart misforhold når tiden på sykehus blir lang – den blir kortere i distrikt – og en så stor del av studiene uansett vektlegger sykehusmedisin. De utviklingstrekkene vi ser innenfor medisinen, går også veldig sterkt i retning av økt spesialisering, samtidig som vi etter mitt syn har hatt en veldig heldig struktur i Norge ved at allmennlegetjenesten har vært vektlagt så sterkt.

Det er derfor viktig å finne grep som kan motvirke utslagene som medfører flukten fra primærhelsetjenesten.

I tillegg ser vi at tilbudet av spesialisttjenester er veldig ulikt i de ulike helseregionene. Det måtte ha vært ønskelig å få til en form for kartlegging i de ulike helseregionene av det faktiske spesialistbehovet og den dekningen man skulle hatt av spesialister, slik at man målrettet kunne sette inn virkemidler for å stimulere spesialister til å komme ut i de regionene der man mangler spesialister, og at man reduserte antall spesialisthjemler og tilskuddet til dem der man har en type overetablering. I tillegg er det vel slik at en del av de tiltakene som er iverksatt, bl.a. det frie sykehusvalget, i sin konsekvens kan tenkes å virke sentraliserende, fordi man mangler midler ved de mindre sykehusene til å ha en drift som sikrer inntekten til sykehuset. Jeg kunne for så vidt tenke meg å få høre statsrådens betraktninger omkring det.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Jeg er enig med representanten Ballo i at den tiden som man har vunnet i forhold til forberedelse av fastlegereformen, bør brukes konstruktivt. Jeg kan forsikre representanten om at det gjør vi. Det at både enkeltkommuner, statlige myndigheter og øvrige parter får bedre tid på å forberede gjennomføringen av reformen, er i seg selv positivt. Det er en stor reform som berører alle landets innbyggere. Nettopp på denne bakgrunn foreslo de samme partier som foreslo utsettelse av reformen, også å styrke bevilgningene til stimuleringstiltak for primærlegetjenesten. Det betyr at i denne utsetningsperioden blir disse tiltakene forsterket. Det er i hovedsak den type tiltak jeg redegjorde for i mitt første svar.

Når det gjelder faren for posisjonering fra legenes side, har departementet hele tiden vært opptatt av det. Derfor overvåkes dette markedet meget nøye. Jeg har gitt beskjed om at det skal være meget lav terskel for å si fra og eventuelt vurdere å gripe inn dersom vi ser at det skjer en posisjonering som kan bidra til å svekke forutsetningene for å gjennomføre reformen.

Partiell innføring av reformen i enkeltkommuner har vært diskutert. Mitt syn på det er at dette er en så omfattende og gjennomgripende reform, som berører så mange deler av helsetjenesten, og som berører alle innbyggere, at det organisatorisk og ikke minst kommunikasjonsmessig er vanskelig å gjennomføre den gradvis. Derfor har vi for vår del kommet til at alle praktiske hensyn tilsier at den gjennomføres samtidig over hele landet, men at forutsetningene for at det kan skje, må styrkes.

Jeg er enig med representanten Ballo i at turnusordningen er en veldig viktig del av dette bildet. Derfor er et av tiltakene jeg redegjorde for, nettopp å understøtte turnusordningen og turnustiden gjennom veiledning, som vi har gode erfaringer med fra de nordnorske fylkene. De forslag som representanten Ballo har lagt fram i den forbindelse, synes jeg det er grunn til å vurdere nærmere. Å styrke psykiatrien som en del av turnustjenesten er vi allerede i gang med å utrede.

Asmund Kristoffersen (A): Mange områder i Norge har i dag mangel på leger. Det gjelder både i primærhelset-

tjenesten og i sykehus. Interpellasjonen er derfor viktig, og Arbeiderpartiet støtter intensjonen i forslagene. Kanskje kunne de tjene på å bli oversendt til Regjeringen etter det som statsråden her sa.

Det system vi har hatt med styrt fordeling av leger, har vært undergravd ved at mange sykehus, spesielt i sentrale strøk, ulovlig har opprettet stillinger og trukket til seg leger på bekostning av mange distrikt. Krevende vaktbelastning i primærhelsetjenesten og andre forhold har også ført til at mange leger har trukket mot sykehus-tjeneste.

For nokså nøyaktig to år siden la regjeringen Jagland fram forslag om en fastlegeordning som også stortingsflertallet sluttet seg til. Dette var et grunnleggende grep for å sikre befolkningen et mer stabilt legetilbud og legene oversiktlige og forutsigbare arbeids- og lønnsforhold. I forbindelse med behandlingen fikk Arbeiderpartiet vedtatt to forslag med følgende ordlyd:

«I.

Stortinget ber Regjeringen ha spesiell oppmerksomhet omkring kommuner med ustabil legedekning og komme tilbake til Stortinget med tiltak som kan bedre en slik situasjon.

II.

Stortinget ber Regjeringen utarbeide kriterier for hvilke kommuner som skal kunne motta spesielle stimuleringsordninger med sikte på bedre og mer stabil legedekning.»

Jeg regner med at Regjeringen i sitt arbeid følger opp disse vedtakene. Utsettingen av fastlegereformen var etter min mening et dårlig svar på utfordringene vi drøfter i dag.

Jeg vil også vise til at Arbeiderpartiet under årets budsjettbehandling fremmet forlag om 10 mill. kr ekstra til rekrutteringstiltak.

Arbeiderpartiet har også tatt til orde for og støttet ordningen, som statsråden redegjorde for, med fordeling av legestillinger til regionene med tanke på å få til en mer rettferdig legedekning i hele Norge.

Vi vil trolig også i lang tid være avhengig av å knytte til oss utenlandske leger, spesielt til distriktkommuner og en rekke sykehus. Selv om vi gjennom lisens- og autorisasjonsordningen skal sikre oss at utenlandske leger holder de nødvendige faglige krav, synes det som om unntaksreglene av og til kan bli håndhevet for strengt. Dette kan føre til at velkvalifiserte leger av rent formelle grunner ikke får praktisere i Norge. Jeg vil be helseministeren vurdere dette.

Som et eksempel kan jeg nevne Odda sykehus, hvor en lege har spesialistutdanning i ortopedi fra sitt hjemland Tyskland og grunnutdanning fra Ungarn. Det at legen har grunnutdanning fra Ungarn, ser ut til å diskvalifisere legen fra fast arbeid i Norge. Dette kan ikke være riktig.

John I. Alvheim (Frp): Tidvis mangel på sykehusleger og allmennleger i ulike landsdeler og distrikter er ikke noe nytt fenomen. Med ca. 15 000 leger totalt i landet burde det egentlig ikke være mangel på verken syke-

husleger eller allmennleger, og det er det vel egentlig heller ikke.

Opp gjennom tidene har det fra myndighetenes side vært gjort flere ulike forsøk på å dirigere legene dit man ønsket, med lite hell. Også legeyrket er et fritt yrke, og beordringstanken er heldigvis forlatt i de fleste politiske miljøer.

Ser vi på situasjonen i dag når det gjelder innbyggere pr. yrkesaktiv lege under 70 år, er fordelingen slik: i helse-region 1 og 2: 303 innbyggere, i helse-region 3: 360, i helse-region 4: 353 og i helse-region 5: 318. Det er altså færrest innbyggere pr. lege i helse-region 1 og 2 og i helse-region 5.

Antall utførte legeårverk i kommunehelsetjenesten, altså allmennlegetjenesten, i 1997 viser følgende tall: for Vestfold fylke 1 381 personer pr. lege, for Finnmark 883 personer pr. lege. De nevnte to tall viser at allmennlegedekningen i 1997 faktisk var langt bedre i Finnmark enn i Vestfold fylke. Situasjonen i dag er tilnærmedesvis lik.

Det er riktig som interpellanten påpeker, at rekrutteringen til allmennlegetjenesten de siste årene har vært langt lavere enn tidligere. Noe av forklaringen på dette kan være planene om å innføre en fastlegeordning i landet, noe svært mange allmennleger egentlig frykter med tanke på det ansvar og de plikter de pålegges som fastleger. Min påstand i så måte er at fastlegeordningen er en medvirkende årsak til lav rekruttering til allmennlegetjenesten.

Frem til inneværende år var det et legefördelingsutvalg, det såkalte ULS, som skulle regulere tilgangen på spesialister til fylkeskommuner og regioner. Ordningen virket ikke etter hensikten. Fra 1999 er legefördelingsfunksjonen overtatt av departementet, som nå skal fordele spesialister til regionene. Jeg har personlig ingen tro på at dette vil løse problemene, og jeg er motstander av enhver form for regulering og dirigering av leger.

Fylkeskommunene og primærkommunene må gå inn i den eksisterende konkurransen om legestillingene som er i markedet. Ved å tilrettelegge gode lønnsforhold, gode arbeidsforhold og god infrastruktur vil en kunne rekruttere leger på en bedre måte enn ved offentlig regulering.

Jeg tror også det har stor betydning, selv når det gjelder spesialistdekningen, at man nå får ro rundt sykehusstrukturen, og at spesialistlegestillingene blir forutsigbare over lengre tid.

Når det gjelder forslagene, vil jeg henstille til interpellanten å oversende disse.

Are Næss (KrF): Til tross for det økende antall leger i Norge har vi et uforholdsmessig høyt antall ledige legestillinger. Det gjelder ikke bare enkelte grupper eller enkelte deler av landet, men det er rett som interpellanten påpeker, at det foreligger en klar geografisk skjev fordeling.

Ifølge WHO's statistikk har Norge 3,17 leger pr. tusen innbyggere. Bare Spania og Belgia har flere. Vi må derfor stille spørsmålet om de legene vi har, er hensiktsmessig plassert i forhold til behov og arbeidsoppgaver.

I de nærmeste år vil vi merke virkningen av økt opptak til medisinerstudiet i Norge, fra 345 i 1992 til 415 i 1993 og 490 i 1996. I 1998 økte opptaket i Tromsø fra 70 til 76, og det er besluttet videre økning til 100 når lokalitetene tillater det. På samme måte er det planlagt økning fra 90 til 120 studenter i Trondheim. Samtidig er antall norske medisinstudenter i utlandet mer enn doblet fra under 600 i 1994 til nærmere 1300 i 1998. Som statsråden har påpekt, vil dette føre til en betydelig økning i antall ferdige leger i løpet av noen få år.

Det er mange årsaker til at Norge bør ha en forholdsvis høy legedekning. Store geografiske avstander med til dels vanskelige kommunikasjonsforhold er ett moment. Det økte antall ferdige leger representerer heller ikke en helt tilsvarende økning i antall legeårverk, bl.a. fordi en større del av de nye legene er kvinner, som i større grad enn menn tar hensyn til at de har en familie, bl.a. ved å ta ut permisjoner samt gjøre mer bruk av deltidsstilling. Men det er et problem når en undersøkelse viser at underordnede leger på sykehus bruker 20 pst. av sin arbeidstid på annet enn legevirkosomhet. Jeg er glad for at helseministeren her har signalisert flere kontorstillinger. Mange års erfaring har lært meg at kontorpersonalet er dyktigere til å utføre kontorarbeid enn leger. Og det er uakseptabelt når vi kan lese at leger ved Ullevål sykehus må avvise pasientarbeid for å skrive journaler for hånd. Uansett er legene i samme situasjon som de fleste av oss: Vi drukner i papirarbeid. Jeg er glad for at departementet har satt i gang et arbeid for å redusere skjemaveldet, slik at legene skal få frigjort mer tid for pasientene.

Når det gjelder den geografiske fordelingen, er det viktig som helseministeren har påpekt, å gjennomføre en stram nasjonal regulering og fordeling av stillinger og hjemler. Positive virkemidler er her bedre enn tvang. Ett viktig virkemiddel har vært fordelingen av studieplasser, idet det er en klar sammenheng mellom studiested og senere valg av arbeidssted. Det er derfor viktig at utdanningen har en distriktsprofil, og det er riktig at økningen i studieplasser fortsatt skal komme utenfor Oslo-gryten. Men legefördelingen er ujevn også innen regionene. Også derfor er det et godt tiltak å inkludere andre sykehus enn universitetssykehusene i legeutdannelsen, slik det nå gjøres f.eks. på Vestlandet. På den måten kan det være svært positivt å inkludere f.eks. Sentralsykehuset i Akershus som utdanningssted for noen av studentene ved Oslo-fakultetet.

Når det gjelder interpellantens forslag, vil jeg vise til det som statsråden har redegjort for om arbeidet som er i gang, og anmode interpellanten om å omgjøre forslagene til oversendelsesforslag.

Sonja Irene Sjøli (H): Legefördelingen i Norge er et stadig tilbakevendende problem. I budsjettforliket før jul bidrog Høyre til flere tiltak for å avhjelpe legemangel i distriktene. Vi bidrog til ytterligere 5 mill. kr til stimuleringstiltak for å bedre legedekningen i utkantstrøk, for økt satsing på utdanning, med økt opptak av medisinerstudenter i Bergen, Trondheim og Tromsø, og for å se på mulighetene for reetablering av medisinerutdanning ved

Sentralsykehuset i Akershus. Dette er viktige tiltak, fordi erfaringene viser, slik flere har vært inne på her, at flertallet av helsepersonell utdannet nær hjemstedet også bosetter seg der.

I tillegg fikk Høyre gjennomslag for å oppheve forbudet mot trygderefusjon til leger over 70 år. I en situasjon med stor legemangel var dette et meningsløst forbud. Det er også grunn til å tro at fastlegeordningen er medvirkende årsak til legemangelen.

Ser vi på statistikken over utførte legeårsværk i kommunehelsetjenesten for 1997, viser denne at det pr. legeårsværk var 883 innbyggere i Finnmark, 1 110 i Troms og 1 068 i Nordland. I Oslo var det 1 322 innbyggere pr. legeårsværk og i Akershus var for øvrig det fylket som hadde høyest antall innbyggere pr. utført legeårsværk i kommunehelsetjenesten i 1997, altså hadde den dårligste primærlegedekningen.

Distrikter som sliter med legemangel, kan også gjøre mye selv. Høyre har pekt på at fylkeskommunene kan styrke rekrutteringen og beholde flere leger gjennom fleksible arbeidsordninger som gir legene muligheter til å kombinere privat og offentlig ansettelse.

Når det gjelder sykehusene, er det viktig at de organiseres slik at mest mulig av legenes arbeidstid blir brukt på pasientbehandling og mindre på administrasjon. I tillegg må en være opptatt av å gjøre stillingene faglig attraktive. Jeg har merket meg hva helse- og sosialsjef Bjørn Atle Hansen i Nordkapp kommune har sagt: Her er legemangel et fremmedord. De har vært opptatt av å skape en god sirkel og gjøre det attraktivt å jobbe i kommunen. Det handler om mye mer enn lønn. De er offensive på faglig utvikling, oppdatering og videreutdanning – og de lykkes. Svartmaling og elendighetsbeskrivelse frister ingen. Høyre håper at et nytt legefórdelings-system i tillegg til, som helseministeren var inne på, økt tilgang på leger og stimuleringstiltak rettet mot primærhelsetjenesten kan bidra til en bedring av forholdene.

Jeg vil, i likhet med flere andre, be representanten Ballo gjøre forslagene fra Sosialistisk Venstreparti om til oversendelsesforslag, ut fra den redegjørelsen som helseministeren har hatt her i dag.

Bendiks H. Arnesen (A): Jeg synes det er bra at dette spørsmålet igjen blir tatt opp, men temaet har vært debattert mange ganger før, uten at situasjonen er blitt vesentlig bedre.

Som tidligere ordfører i en liten nordnorsk kommune har jeg god kunnskap om hva legemangelen betyr i Distrikts-Norge. Jeg synes det ser ut som representantene Alvheim og Sjøli ser helt bort fra avstandsproblematikken når de lister opp statistikken over legetetthet. I områder med store avstander er det ikke så enkelt at en bare kan påkalle hjelp fra en annen kommune som i øyeblikket har en bra legedekning. I en slik situasjon tvinges kommunene til å drive en slags overbudspolitik for å gjøre seg mest mulig attraktive for mulige søkere til de ledige legestillingene.

I min tid som ordfører måtte vi ty til slike rekrutteringstiltak. Dette kunne gi resultater for én kommune,

men det ble jo ikke flere leger av den grunn. Resultatet blir jo bare at problemet blir flyttet over fra én kommune til en annen.

Legesituasjonen har for store deler av Distrikts-Norge lenge vært helt uholdbar, og slik tror jeg det vil bli til utdanningskapasiteten for leger blir betydelig økt og spesielle virkemidler blir satt inn for rekruttering i kommunehelsetjenesten. For den nordlige landsdel vil det være avgjørende at det kan uteksamineres flere leger årlig ved Universitetet i Tromsø. Vi vet av erfaring at et stort antall av de legene som tar sin utdanning i Tromsø, velger å bli i landsdelen.

Jeg har registrert at det finnes mye godt kvalifisert helsepersonell blant våre nye landsmenn og -kvinner, herunder også leger. Jeg har møtt flyktninger med spesialistkompetanse, men som har gått uvirksomme i årevis på grunn av tregheten i systemet. I en situasjon med stor legemangel og mangel på øvrig helsepersonell må det være galt at godt kvalifisert personell skal måtte kjempe for å få formalitetene i orden, slik at de kan gå inn i en jobb i helsevesenet. Vi har ikke råd til å miste slike resurspersoner, og vi har heller ikke råd til å la dem gå uvirksomme mot sin vilje. Etter mitt syn må regelverket gjennomgås på dette området.

Britt Hildeng (A): Verbalt er vi alle enige om at alle skal sikres en tilfredsstillende helsetjeneste, uavhengig av hvor i landet en bor. Men den verbale enighet er tydeligvis ikke tilstrekkelig. Legedekningen i Norge er skjev. Ved utgangen av 1997 var det over 190 ubesatte stillinger og avtalehjemler i den kommunale legetjenesten, og i sykehussektoren var det 650 ubesatte stillinger. Høyest var ledigheten i Nord-Trøndelag, de nordnorske fylkeskommunene samt Sogn og Fjordane.

Gjennomføringen av fastlegeordningen vil være et vesentlig bidrag til å sikre befolkningen et likeverdig tilbud av helsetjenester. En fastlegeordning innebærer at enhver innbygger vil få tilbud om å bli tilknyttet en allmennlege med offentlig avtale. Ut fra dagens legedekningssituasjon kan en beklage at et flertall i Stortinget har valgt å utsette gjennomføringen av reformen, men på den annen side er jeg glad for at det er bred enighet om prinsippene og innholdet i reformen, og om at reformen skal gjennomføres.

Et fritt legemarked vil mest sannsynlig forsterke den skjevhet som er i dag. Jeg synes det er grunn til å peke på at også Oslo kommune – ut fra et solidaritets- og rettferdighetssyn – understreker nødvendigheten av regulering og en nasjonal fordeling av leger.

Jeg har også lyst til å peke på det fenomen at mange privatpraktiserende etablerer seg i Oslo-området uten avtale med kommune eller fylke. Dette forholdet kan bidra til utviklingen av et todelt helsetilbud i Oslo-regionen, der den kjøpesterke får helt andre muligheter enn den kjøpesvake. Flere private helseklinikker og privatpraktiserende spesialister tilbyr i dag tjenester basert på egenandeler som kan være opp til tre ganger så høye som det de avtalebaserte legene tar. Således vil både pasientens

egenbetaling og helsepersonellens avlønning kunne være vesentlig forskjellig i de to helsesystemene. Disse forholdene kan også være elementer som gjør det vanskeligere å få til en rettferdig helsetjeneste og en mer rettferdig legedekning, som vi alle ønsker.

Jeg vil oppfordre helseministeren til å se nærmere på disse forholdene, og om de kan få konsekvenser for den legerutdanningen som vi er avhengig av å få til, både utover landet og til den offentlige helsetjenesten generelt.

Ola D. Gløtvold (Sp): Selv om Norge har noe av den høyeste legetettheten i verden, har vi en legemangel som gjør at mange stillingshjemler står uten bemanning, både i primærhelsetjenesten og innen spesialisthelsetjenesten. Ved årsskiftet var det ca. 900 ledige legestillinger, og dette er svært bekymringsfullt.

Det er grunn til å slå fast at man var lite forutseende da man først på 1980-tallet reduserte antall medisinske studieplasser i Norge. Dette varte i en drøy ti-årsperiode. Selv om utdanningen innen medisin igjen er økt i løpet av 1990-årene, er behovet for og veksten i legestillinger økt sterkt i de siste år, bl.a. gjelder dette spesielt i sykehussektoren. Det er grunn til å påpeke at selv om sykehusene i perioden 1994-98 fikk tildelt ca. 1 250 nye legestillinger, ble det også opprettet over 1 000 legestillinger uten godkjenning innen sykehussektoren. Det er derfor svært viktig og gledelig at helseministeren nå – og også i februar i år i svar til meg i spørretimen vedrørende mitt spørsmål om samme saksområde – klart slår fast at legefórdelingen må styres og reguleres bedre.

Det er viktig at primærhelsetjenesten nå bevisst blir prioritert sammen med områder som kreft og psykiatri.

Den geografiske fordeling må vektlegges bevisst når det gjelder primærhelsetjenesten og også i forhold til de mindre sykehusene når det gjelder spesialisthelsetjenesten/2.-linjetjenesten. Da er det ikke nok bare å legge antall pasienter pr. lege til grunn. Også geografiske forhold, som avstander innen kommunehelsetjenesten og avstander til 2.-linjetjenestens spesialisttilbud, må vektlegges.

Det er gledelig at vi nå har fått til en skikkelig økning av medisinutdanningen i Norge, bl.a. med et utdannings-tilbud også i Nord-Norge, ved Universitetet i Tromsø, og at dette tilbudet økes allerede til neste år.

Viktig er det også at allmennlegeutdannelsen kan styrkes og tilrettelegges slik at allmennmedisin kan få høynet sin status, og at det gis større rom for forskning og videreutdanning innenfor dette feltet.

Sterkere samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan gi større fleksibilitet, flere utfordringer faglig sett og bedre ressursutnyttelse.

En styrking av primærhelsetjenesten, med bedre både kvalitativ og kvantitativ legedekning, vil være den mest effektive legeutnyttelsen vi kan ha, og vil tjene både pasientene og de offentlige budsjetter og tjenestetilbud.

Jeg er også glad for at Regjeringen i budsjettet i år signaliserte at den vil prøve å se på primærlegenes situasjon,

bl.a. i forhold til det byråkrati og de saker som opptar deres tid mer enn selve pasientbehandlingen.

Olav Gunnar Ballo (SV): En interpellasjon i seg selv vil naturligvis ikke kunne løse disse problemene. Jeg er likevel glad for de signalene som er kommet fra stort sett alle partiene i denne salen. Jeg synes at tilnærmingen både fra statsråden og fra mange av de andre som har hatt ordet, er konstruktiv.

Jeg merket meg også Britt Hildengs beskrivelse i forhold til Oslo. Jeg tror det vil være altfor enkelt å snakke om at det er en krise i distriktene, og at man dermed i sin helhet skal måtte ofre noen helsetjenestetilbud i Oslo. Men jeg er enig med Hildeng i – i betraktning av at man på en del områder har såpass betydelig med ressurser, ikke minst innenfor spesialisthelsetjenesten i Oslo – at man er nødt til å se på fordelingsmekanismer for å skape et bedre helsetjenestetilbud ute i helseregionene.

Parallelt med dette har f.eks. også Oslo sine problemer å slite med innenfor primærhelsetjenesten. Det handler derfor om en bedre organisering, en bedre fordeling og en vilje til å skape tilbud til befolkningen som har et solidaritetsperspektiv i seg, og hvor man ikke skuler til hverandre og mistenkeliggjør motivene.

Jeg synes det går en klar skillelinje i denne salen, ikke mellom de sosialistiske og de borgerlige partiene, men mellom alle partiene og Fremskrittspartiet. Jeg slutter ikke å forundre meg over lederen i sosialkomiteen når hans svar på de utfordringene vi her står overfor, er å snakke om og se på enhver form for fordeling og regulering av legene som en uting.

Jeg har meget god kontakt med leger rundt omkring i landet, ikke minst fra Allmennpraktiserende legers forening, og også med spesialister. Det er få leger her i landet som har en så unyansert betraktning knyttet til hvordan vi kan skape et bedre helsevesen. De fleste er faktisk opptatt av at politikerne har et ansvar for å gjøre noe med dette. Det Fremskrittspartiet her gjør, er å melde seg totalt ut av debatten, i tillegg til å ha en vilje til å bruke ressurser uten å styre ressursene. Det betyr at vi vil få et langt dyrere og et langt dårligere helsevesen. Jeg håper, når man etter hvert skal diskutere disse spørsmålene på nytt, at Fremskrittspartiet på en langt mer konstruktiv måte kan være en bidragsyter til å finne løsninger. Jeg registrerer gang på gang at Høyre er det, selv om tilnærmingen kan være annerledes enn det SV kunne tenke seg. Ideologiske skillelinjer må man akseptere. Men å melde seg ut av den debatten ved å si at ingenting skal man være med på å styre, ingenting skal man være med på å fordele, og legene er en fri yrkesgruppe, er det samme som å si at man ikke har en helsepolitikk.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Det har vært en interessant debatt om viljen til å styre, men også om hvilke virkemidler som er tilstrekkelige og gode når det gjelder å styre. Jeg er, som representanten Alvheim, motstander av dirigering av leger til bestemte stillinger, men jeg er ikke motstander av styring av fordeling av nye legeresurser, for all erfaring hittil viser at hvis vi ikke styrer,

blir det en skjev fordeling av kaka. De resultater vi står overfor i dag, er etter mitt syn heller et utslag av mangel på styring og mangelfulle styringsmekanismer enn et utslag av feilaktig styring. Derfor mener jeg at vi fortsatt trenger en ryddig fordeling av tilveksten av nye legeresurser gjennom stillingsrammene.

Jeg tror også det er viktig ut fra det hensyn som representanten Hildeng var inne på. Jeg hører til dem som ikke ønsker en utvikling i retning av et mer todelt helsevesen, og jeg tror et fritt marked iverkelig ville føre til det. Derfor trenger vi også en stram styring med godkjenning av nye sykehus. Hvis ikke, vil denne sentraliseringstendensten kunne fortsette. Jeg vil advare mot en oppsplitting av tariffområder, som også kan bidra til noe av det samme. Det kommer etter mitt syn til å bli et viktig punkt i den helsepolitiske debatten i tiden framover.

La meg så komme inn på et område som representanten Kristoffersen tok opp, nemlig godkjenning av leger utenfor EØS-området. Jeg har tidligere gitt uttrykk for i en spontanspørretime – det er mulig det var som svar på spørsmål fra representanten Kristoffersen – at vi vil se på hvordan vi kan forenkle prosedyrene og bidra til en enklere godkjenning av leger som er utdannet ved enkelte utdanningsinstitusjoner utenfor EØS-området. Det er vi nå i gang med, bl.a. gjelder det utdanningsinstitusjoner i Polen og Ungarn. Det er satt av 1 mill. kr til et utredningsarbeid i 1999, og det arbeidet forventer jeg skal sette fortgang i godkjenningen.

La meg til slutt si med representanten Sjøli: Det er ikke bare viktig hvordan vi fordeler ressursene, men også hvordan ressursene brukes, hvordan arbeidskraften til legene blir brukt i helsevesenet. Vi må kontinuerlig ha i fokus at leger blir brukt til det leger er utdannet for, og ikke til en masse andre oppgaver som andre kunne gjort like godt eller bedre. Det har vi ikke råd til i Norge.

Presidenten: Hr. Ballo har bedt om ordet til stemmeforklaring, går jeg ut fra, eller svar på diverse oppmodinger.

Olav Gunnar Ballo (SV): Det har vel ikke vært så mange oppmodinger, men det var en ren forglemmelse fra min side. Jeg vil bare si at når det gjelder de to forslagene som SV her har fremmet, er det så stor støtte til intensjonen i begge forslagene fra så mange partier i denne salen at jeg finner det helt rimelig at begge forslagene omgjøres til oversendelsesforslag.

Presidenten: Det ante også presidenten. Debatten under sak nr. 2 er dermed avsluttet. (Votering over forslag, se neste spalte)

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte **presidenten:** Vi går da til votering over sakene nr. 1 og 2 på dagens kart.

Votering i sak nr. 1

Komiteen hadde innstillet:

Dokument nr. 8:11 (1998-99) – forslag fra stortingsrepresentantene Øystein Hedstrøm og Terje Knudsen om å oppnevne et bredt sammensatt regjeringsoppnevnt utvalg som skal utrede hele verdikjeden i matvaremarkedet for å få en oversikt over prisforholdene og mulighetene for rimeligere matvarer – vert lagt ved protokollen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Votering i sak nr. 2

Under interpellasjonsdebatten har Olav Gunnar Ballo satt fram to forslag på vegne av Sosialistisk Venstreparti.

Forslagene er av forslagsstilleren omgjort til oversendelsesforslag.

Forslag nr. 1 lyder i endret form:

«Det henstilles til Regjeringen å utrede årsaksforhold til ulikheter så vel geografisk som mellom fagnivåene knyttet til legerekrutteringen, og vurdere statlige virkemiddeltiltak som ledd i å oppnå en bedret legefording.»

Forslag nr. 2 lyder i endret form:

«Det henstilles til Regjeringen å utrede en utvidelse av distriktsturnustjeneste til ett år, med spesiell vekt på distriktpsykiatri, som en del av innholdet i den utvidede tjenesten.»

Presidenten foreslår at disse forslagene oversendes Regjeringen uten realitetsvotering. – Det anses vedtatt.

S a k n r . 3

Referat

1. (143) Energipolitikken (St.meld. nr. 29 (1998-99))
Enst.: Sendes energi- og miljøkomiteen.
2. (144) Erstatningsutbetalinger under Garanti-Instituttet for Eksportkredits (GIEKs) særskilte garantiordning for investeringer i og eksport til SUS og Baltikum (SUS/Baltikumordningen) (St.prp. nr. 47 (1998-99))
3. (145) Forslag fra stortingsrepresentanene Per-Kristian Foss og Børge Brende om innføring av bindende forhåndstilsagn i skattesaker (Dokument nr. 8:39 (1998-99))
Enst.: Nr. 2 og 3 sendes finanskomiteen.
4. (146) Ombudsmannsnemnda for Forsvarets innberetning om virksomheten i tiden 1. januar-31. desember 1998 (Dokument nr. 5 (1998-99))
Enst.: Sendes forsvarskomiteen.
5. (147) Forslag fra stortingsrepresentanene Jan Simonsen og Kristin Krohn Devold om tilleggsbevilgning til politibudsjettet for 1999 for å opprettholde uendret driftsbudsjett i politidistriktene (Dokument nr. 8:38 (1998-99))
Enst.: Sendes justiskomiteen.
6. (148) Mot rikare mål. Om einskapsskolen, det likeverdige opplæringstilbudet og ein nasjonal strategi for

vurdering og kvalitetsutvikling i grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (St.meld. nr. 28 (1998-99))

Enst.: Sendes kirke-, utdannings- og forskningskomiteen.

7. (149) Regulering av grensen mellom Østre Toten og Vestre Toten kommuner i Oppland fylke (St.prp. nr. 43 (1998-99))
8. (150) Regulering av grensa mellom Sande og Vanylven kommunar i Møre og Romsdal fylke (St.prp. nr. 44 (1998-99))

Enst.: Nr. 7 og 8 sendes kommunalkomiteen.

9. (151) Endring av løyvingar m.v. for 1999 på Samferdselsdepartementets område (St.prp. nr. 45 (1998-99))

10. (152) Ferdigstillelse av Romeriksporten og driftsforholdene på Gardermoen (St.meld. nr. 31 (1998-99))

Enst.: Nr. 9 og 10 sendes samferdselskomiteen.

11. (153) Salg av aksjer i Norsk Medisinaldepot AS (St.prp. nr. 46 (1998-99))

Enst.: Sendes sosialkomiteen.

Møtet hevet kl. 13.45.
