

### Møte torsdag den 22. november kl. 10

President: J ø r g e n K o s m o

D a g s o r d e n (nr. 18):

1. Innstilling fra sosialkomiteen om endring av bevilgningene på statsbudsjettet for 2001 for å styrke den helsemessige beredskap mot atom-, biologiske og kjemiske våpen  
(Innst. S. nr. 23 (2001-2002), jf. St.prp. nr. 3 (2001-2002))
2. Interpellasjon fra representanten John I. Alvheim til helseministeren:  
«Fra 1. juni i år har Norge en fastlegeordning som skulle garantere alle borgere en fast lege med ansvar for hver enkelt. Også legevaktjenester skulle være fastlegens ansvar og reguleres av forskrift. Siden 1. juni har vi allerede sett mange svært alvorlige tilfeller av brudd på disse løftene. Det hevdes at flere personer er avgått ved døden etter at de ikke har fått hjelp hverken hos fastlege eller legevakt. Med fastlegeordningen er det innført en henvisningsplikt som gjør at kronikere og andre pasienter med behov for regelmessig eller hyppig besøk hos spesialist før hvert besøk må hente henvisning hos sin fastlege. Dette fører til misbruk av fastlegens tid og mye ekstra byråkrati.  
Vil statsråden sørge for at kommuner og fastleger forholder seg til det som var Stortingets intensjon med fastlegeordningen, og følger opp avtalene som er inngått, samt at henvisning kun skal være nødvendig ved første gangs besøk hos spesialist?»
3. Innstilling fra samferdselskomiteen om forlengelse av midlertidig statlig forsikringsansvar for norske luftfartøy og lufthavner ved skader på tredjepart som følge av krigs- og terrorhandlinger  
(Innst. S. nr. 25 (2001-2002), jf. St.prp. nr. 27 (2001-2002))
4. Referat

#### Minnetale over tidligere stortingsrepresentant Engly Lie

**Presidenten:** Det var med sorg og vemod vi mottok budskapet om at tidligere stortingsrepresentant Engly Lie fra Vennesla er død, 82 år gammel.

Lie representerte Arbeiderpartiet for Vest-Agder i tolv år, i perioden fra 1973 til 1985.

Lie ble født i Vennesla, hvor han vokste opp. Som 18-åring begynte han i tømmerlære, et yrke som førte ham over til å bli oppmåler tidlig på 1950-tallet.

Han markerte seg tidlig som en dyktig talsmann for Arbeiderpartiet, og fikk etter hvert en rekke tillitsverv både i fylkespartiet, i fagbevegelsen og etter hvert også i rikspolitikk.

Allerede i 1945 fikk han sitt første kommunalpolitiske komiteverv, og i 1952 ble han valgt inn i kommunestyret i Vennesla, der han var medlem fram til 1973, de siste 14 årene som Venneslas ordfører.

Han var også medlem av fylkestinget i 14 år fra 1960, og alt lokalpolitisk arbeid ble kombinert med det å være yrkesaktiv.

I sine tre perioder som representant her på Stortinget var Lie etter eget ønske medlem av samferdselskomiteen, og det var spesielt luftfartsspørsmål han arbeidet med. Han var sentral under planleggingen av den nye hovedflyplassen. Men også samferdselsspørsmål i de to Agderfylkene hadde hans oppmerksomhet, og han var bl.a. en varm talsmann for at mer av godstrafikken måtte flyttes fra vei til jernbane og båt. Lie fulgte også personlig opp de vedtak som ble fattet, med stadige bilturer omkring i de to Agder-fylkene for å følge byggingen av nye veipar-seller.

Også i pensjonisttilværelsen engasjerte Lie seg, både i Arbeiderpartiet og i pensjonistforeningen i Vennesla. «Det er viktig å være aktiv og ha en skikkelig hobby», var mottoet hans.

Engly Lie var ikke en person som var kjent for å skape stor oppmerksomhet rundt sin egen person. De som lærte Lie å kjenne, karakteriserte ham som det gode mennesket fra Vennesla som alltid var langt mer opptatt av andre enn av seg selv.

Han var kunnskapsrik og arbeidet grundig med saker innenfor sitt område, både nasjonalt og lokalt. Han var kjent for sitt svært gode humør og sine gode samarbeidsevner. Han var raus med seg selv, åpen og omgjengelig og svært gjestfri.

Det er i dyp respekt vi lyser fred over Engly Lies minne.

Representantene påhørte stående presidentens minnetale.

**Presidenten:** Det kan fra tid til annen være vanskelig å huske å slå av mobiltelefonen \* før man går inn i salen. Presidenten vil bare understreke at det kan være lurt å gjøre det til rutine at vi legger den fra oss før vi går inn, så slipper vi å risikere at den ringer i salen.

Fra representanten May-Helen Molvær *Grimstad* foreligger søknad om sykepermisjon fra og med 22. november og inntil videre.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknaden behandles straks og innvilges.
2. Vararepresentanten, Rigmor Andersen *Eide*, innkalles for å møte i permisjonstiden.

**Presidenten:** Rigmor Andersen Eide er til stede og vil ta sete.

Representanten Magnhild Meltveit Kleppa vil framsette et privat forslag.

**Magnhild Meltveit Kleppa (Sp):** Eg vil på vegner av representantane Jorunn Ringstad, Inger S. Enger og meg sjølv fremja forslag om ein gjennomgang av lovgivinga om konsesjonskraft.

\* En mobiltelefon hadde ringt under minnetalen.

**Presidenten:** Representanten Asmund Kristoffersen vil framsette et privat forslag.

**Asmund Kristoffersen (A):** Jeg skal på vegne av representantene Bjarne Håkon Hanssen, Olav Gunnar Ballo, Ola D. Gløtvold og meg selv få fremme forslag om sluttoppgjør mellom staten og fylkeskommunene som følge av statens overtakelse av sykehusene m.m.

**Presidenten:** Forslagene vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

#### S a k n r . 1

*Innstilling fra sosialkomiteen om endring av bevilgningene på statsbudsjettet for 2001 for å styrke den helsemessige beredskap mot atom-, biologiske og kjemiske våpen (Innst. S. nr. 23 (2001-2002), jf. St.prp. nr. 3 (2001-2002))*

**Magne Aarøen (KrF)** (ordfører for saka): Hendinga i USA den 11. september og den etterfølgjande spreinga av miltbrannbakteriar har vekt heile verda med omsyn til kva terroristar, same kva bakgrunn dei har og kvar dei kjem ifrå, kan utføre mot uskuldige, sivile mål.

Sjølv om helseberedskapen i Noreg må seiast å ha vore god, såg likevel regjeringa Stoltenberg det på bakgrunn av desse hendingane og trussel om mogleg attack mot Noreg på dette området nødvendig å skunde på styrkinga av beredskapen mot ABC-våpen. Strakstiltaka som regjeringa såg nødvendige, har teke utgangspunkt i utgreiingar og vurderingar som har vore gjorde dei seinare åra. Tiltaka gjeld både kjøp og fordeling av utstyr og medisinar og kompetansefremjande tiltak.

Det rår full semje i sosialkomiteen om at det var rett å handtere dette som ei hastesak. Framlegget om å auke post 01 i kap. 797 med 62 mill. kr er difor samrøystes tilrådt frå komiteen.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1. (Votering, se side 379)

#### S a k n r . 2

*Interpellasjon fra representanten John I. Alvheim til helseministeren:*

«Fra 1. juni i år har Norge en fastlegeordning som skulle garantere alle borgere en fast lege med ansvar for hver enkelt. Også legevaktjenester skulle være fastlegens ansvar og reguleres av forskrift. Siden 1. juni har vi allerede sett mange svært alvorlige tilfeller av brudd på disse løftene. Det hevdes at flere personer er avgått ved døden etter at de ikke har fått hjelp hverken hos fastlege eller legevakt. Med fastlegeordningen er det innført en henvisningsplikt som gjør at kronikere og andre pasienter med behov for regelmessig eller hyppig besøk hos spesialist før hvert besøk må hente henvisning hos sin fastlege. Dette fører til misbruk av fastlegens tid og mye ekstra byråkrati.

*Vil statsråden sørge for at kommuner og fastleger forholder seg til det som var Stortingets intensjon med fastlegeordningen, og følger opp avtalene som er inngått, samt at henvisning kun skal være nødvendig ved første gangs besøk hos spesialist?»*

**John I. Alvheim (FrP):** Den foreliggende interpellasjon er ikke et forsøk fra meg på en omkamp om fastlegeordningen, selv om det kunne ha vært fristende da Høyre, som også var imot ordningen, nå sitter i posisjon. Men det er vel slik at de politiske standpunktene i henholdsvis opposisjon og posisjon for de fleste partiene her i huset er relativt svært forskjellige.

Et politisk parti kan leve med et nederlag i Stortinget. Langt verre er det for våre pasienter rundt omkring i kommunene som er påført en unødvendig fastlegeordning. Den er kostbar og byråkratisk for brukerne. Pasientene har mistet sin tidligere rett til valg av lege, og de har også mistet sin rett til refusjon fra folketrygden for legekonsultasjoner. Mange pasienter har også mistet den faste legen de kanskje har hatt i årtier. Men jeg mener også at tilgjengeligheten ikke har blitt bedre. Det vil si at ventetiden for konsultasjoner ikke har blitt kortere, og at akutt-hjelpen på dagtid overhodet ikke har blitt bedre.

Den foreliggende interpellasjon er et forsøk fra Fremskrittspartiet på om mulig å rette opp de største ulempene ved fastlegeordningen som nå er avdekket etter noen måneders praktisering. Det er fire forhold ved fastlegeordningen som jeg mener bør endres for å ivareta brukernes og pasientenes interesser bedre i denne ordningen. For det første er det henvisningsplikten, hvor fastlegeordningens regelverk pålegger pasientene å innhente henvisning til spesialist fra sin fastlege. Det fremgår også av regelverket at det kun er tillatt å gi henvisning én gang i året for samme lidelse – dette på tross av at mange pasienter gjennom lang tid har vært hos spesialist for kontroll, kanskje opp til flere ganger i året, da dette har vært nødvendig av medisinske grunner.

Fra et faglig medisinsk ståsted mener jeg at dette er svært uheldig, og ordningen er svært byråkratisk og også kostbar for den enkelte pasient. Man må altså bestille time hos sin fastlege utelukkende for å få henvisning til spesialist til en kostnad hver gang på ca. 160 kr for pasienten. Etter å ha fått henvisningen skal man så måtte vente kanskje i uker og måneder på time hos den spesialist man er henvist til. En annen ulempe ved denne henvisningspraksisen er at det her skilles mellom offentlige poliklinikker og private spesialister. Dette er en diskriminering og et misbruk av avtalespesialistenes kompetanse og arbeidskapasitet, og jeg kan ikke se bort fra at her har departementet og Stortingets flertall rett og slett spekulert i å spare penger, fordi man vet at pasienter i dag er rimelig oppegående i forhold til sine lidelser og uansett vil besøke sin spesialist uten å gå veien om henvisning. Spesialister som på sin side behandler og kontrollerer pasienter uten henvisning, vil også få redusert sin refusjon fra Rikstrygdeverket, og vil da etter hvert vise mindre og mindre interesse for å ta imot pasienter til utredning uten henvisning, noe som igjen kan føre til dårlig utnyttelse av

de private spesialistenes arbeidskapasitet og muligheter. Den restriktive henvisningsmuligheten som ligger i fastlegeordningen, understreker det Fremskrittspartiet tidligere har hevdet, at portvaktfunksjonen for fastlegene kanskje var et av de viktigste motivene for å innføre ordningen, nemlig å redusere pasientenes mulighet til fortsatt forsvarlig spesialistkontroll og spesialistundersøkelse – altså en ren sosialisering av primærhelsetjenesten. Fremskrittspartiet vil helst fjerne hele henvisningsplikten, men i det minste vil jeg henstille til helseministeren å sørge for en betydelig oppmyking av det regelverk som i dag gjelder for henvisning til spesialist, og at henvisningsplikten, om den opprettholdes, også må gjelde private spesialister så vel som offentlige poliklinikker.

En av intensjonene med fastlegeordningen var at fastlegen skulle ha et totalansvar for pasientene på sin liste, også når det gjelder akutthjelp på dagtid. Dette fungerer overhodet ikke, og akutthjelp på dagtid er i dag like vanskelig om ikke vanskeligere enn før fastlegeordningen ble innført. Det har vært dokumentert flere alvorlige tilfeller der fastlegene ved akutt sykdom blir kontaktet på dagtid, tilfeller hvor pasienten enten har møtt en stengt telefon eller fått beskjed om at fastlegen er borte, eller at fastlegen ikke kan reise ut fra kontoret i sykebesøk til sin listepasient. I mange tilfeller har da pasienten blitt en kasteball mellom fastlegekontoret og den stedlige legevakt som ikke vil rykke ut eller ta imot pasienter som ikke er henvist av lege, fortrinnsvis av fastlege. Det har, som helseministeren også er godt kjent med, vært flere dødsfall i denne sammenheng, noe vi må sterkt beklage og som burde vært unødvendig.

Beklagelig er det også at enkelte kommuner har redusert sin legevaktstjeneste etter at fastlegeordningen trådte i kraft, og dette har også medført problemer som nylig har vært omtalt, når pasientene i en fortvilet situasjon verken får hjelp hos sin fastlege, legevakt eller AMK-sentral. Jeg mener også det er grunn for helseministeren til å se nærmere på rutinene ved våre legevaktsentraler og AMK-sentraler, og sørge for at det personalet som betjener disse akutttasjonene, er kompetent helsepersonell som er i stand til å hjelpe pasientene på en forsvarlig måte, slik at hjelp blir gitt så raskt som mulig. Av personlig erfaring vet jeg at også lokale legevaktsentraler i større og større grad nekter å rykke ut i sykebesøk til akutt syke pasienter, men krever at disse skal bringes til legevakten. Dette er også en sak som helseministeren bør gå inn i og eventuelt forbedre, slik at alvorlig syke mennesker til alle døgnets tider slipper å bli tvunget til å møte opp på legevaktsentralene, men må få tilsendt lege eller ambulans når situasjonen krever det. Den reelle avgjørelse i slike situasjoner mener jeg personlig må tillegges pasienten og pasientens pårørende, og ikke tilfeldig helsepersonell som betjener legevaktsentralene.

Fastlegeordningen er også blitt langt dyrere med flere og større egenandeler for pasienter i ulike situasjoner – utgifter som pasientene ikke hadde ved den gamle allmennlegeordningen. Dette gjelder tilleggskoster hvis man besøker en annen lege enn den man står på liste hos; da får man et tillegg til sin egenandel på 50 kr. Hvis man

skal bytte lege, må man selv bekoste journaloverføringen, som koster 70 kr. Dette er utgifter som tidligere gikk inn i driftstilskuddet fra kommunene til allmennlegene. Det samme gjelder også telefonkonsultasjoner hvor man også har blitt påført en egenandel, noe som tidligere ikke ble praktisert.

I andre land hvor man har innført fastlegeordningen, eksempelvis i Danmark og England, har ordningen også ført til kortere konsultasjonstid for den enkelte pasient. Den har gått ned med ca. 30 pst., og det er rimelig å anta at vi får den samme utviklingen i Norge. Konsultasjonstiden reduseres for å få kjørt gjennom flest mulig pasienter hver time. Med den gamle allmennlegeordningen var praksis stort sett slik at man tok fire-fem pasienter i timen hos en allmennlege. Situasjonen eksempelvis i Danmark i dag er at man er nede på bruk av tid for hver pasient på ca. 7 minutter. En trenger ikke være lege eller helsepersonell for å kunne gi uttrykk for at dette i de fleste tilfellene ikke er forsvarlig, og at det er for liten bruk av tid på pasienter i en konsultasjonssituasjon. Jeg ber helseministeren også være oppmerksom på dette og nøye følge utviklingen når det gjelder tidsbruk i forhold til den enkelte pasient hos fremtidige fastleger.

Til slutt vil jeg fremsette den påstand at fastlegeordningen er en sosialisering og monopolisering av primærhelsetjenesten som var helt unødvendig. Den er byråkratisk og kostbar for pasientene, og tilgjengeligheten for den enkelte pasient er redusert. Slik jeg ser det, er det først og fremst fastlegene som profitterer på ordningen, mens brukerne blir de skadelidende. Jeg håper imidlertid at helseministeren vil gå nærmere inn i de forhold jeg her har tatt opp, for å bedre ordningen for pasientene når først ordningen nå er gjennomført.

K a r i L i s e H o l m b e r g hadde her overtatt presidentplassen.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** I interpellasjonen tas det opp to spørsmål. Det første gjelder ansvarsforholdene i fastlegeordningen når det gjelder øyeblikkelig hjelp på dagtid, og det andre gjelder utformingen av henvisningsordningen mellom allmennlege og spesialist. Jeg velger å konsentrere meg om å besvare disse to spørsmålene i dette svaret, og ikke gå inn i den mer prinsipielle motstand mot fastlegeordningen som representanten Alvheim benytter anledningen til å gjenta.

Under behandlingen av Ot.prp. nr. 99 for 1998-99 om lov om endringer i kommunehelsetjenesteloven la et flertall i Stortinget til grunn at innenfor fastlegeordningen skal fastlegen ha ansvar for å ivareta øyeblikkelig hjelp for sine listepasienter på dagtid. Flertallet så det som meget viktig at fastlegen normalt skal ha nødvendig kapasitet til å yte øyeblikkelig hjelp til personer på sin liste, og at det gjennom kollegiale ordninger alltid er en lege som ivaretar henvendelser om øyeblikkelig hjelp. Flertallet understreket videre at det er kommunene som har ansvaret for at det etableres samarbeid legene imellom når det gjelder øyeblikkelig hjelp på dagtid, og at det er viktig at dette kommer fram i de individuelle fastlegeavtalene.

Flertallet viste bl.a. til at legene gjennom legeloven, nå helsepersonelloven, har en generell plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.

Fastlegens plikter overfor personer på legens liste framgår av fastlegeforskriften og av sentralt avtaleverk som er inngått mellom Lægeforeningen på den ene siden og Kommunenes Sentralforbund og Oslo kommune på den annen. I henhold til fastlegeforskriftens § 7 skal fastlegen ha ansvaret for allmennelegetilbudet på dagtid for personer på sin liste innen de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentral avtale. Utfyllende bestemmelser, bl.a. om fastlegens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp til innbyggere på sin liste, og om samarbeid fastlegene imellom for å dekke behovet for øyeblikkelig hjelp, er gitt i sentralt avtaleverk.

Videre følger det av fastlegeforskriftens § 12 bokstav c at kommunen kan stille som vilkår for å inngå fastlegeavtale at fastlegen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunenes organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortiden, herunder tilgjengelighet i helseradionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.

Sosial- og helsedepartementet har bedt tilsynsmyndighetene om å overvåke innføringen av reformen. Statens helsetilsyn har i brev av 16. oktober 2001 til departementet oversendt en vurdering av situasjonen. Av oppsummeringen går det fram at legevaktordningen på dagtid har vært et problem i Oslo. Det meldes også om enkelte problemer i andre fylker.

Departement har inntrykk av at fastlegene og enkelte kommuner ikke i tilstrekkelig grad har fått avklart en felles forståelse av avtaleverket og rekkevidden av den enkelte fastleges ansvar. Departementet vil derfor om kort tid ta opp disse forhold med partene i avtaleverket, slik at sammen kan bidra til at eventuelle uoverensstemmelser blir løst snarest råd. Jeg forutsetter i tillegg at fylkeslegene følger opp de konkrete forhold de har avdekket som anses kritikkverdige.

Når det gjelder de konkrete tilfellene i Oslo som har vakt stor oppmerksomhet, vil jeg opplyse om at Fylkeslegen i Oslo har gjort en samlet gjennomgang av sakene for å skaffe seg en oversikt over eventuelle fellestrekk, i tillegg til at hver av enkeltsakene følges opp separat. På denne bakgrunn skriver Fylkeslegen i brev 9. november 2001 til Oslo kommune:

«Fylkeslegen i Oslo vil understreke at de foreliggende observasjoner neppe uten videre gir en representativ og fyllestgjørende karakteristikk av akuttberedskapen i Oslo som helhet. Fylkeslegen finner allikevel at de forhold som er avdekket og redegjort for, ikke er betryggende og representerer svikt i tjenestetilbudet overfor akutte syke mennesker i byen.»

Videre finner jeg grunn til å nevne at Fylkeslegen i sin vurdering skriver følgende:

«... utfra det fylkeslegen har kjennskap til, er ikke problemene rundt akuttberedskapen i Oslo knyttet til fastlegeordningen som ordning. Fokus bør derfor etter fylkeslegens oppfatning først og fremst rettes mot tilrettelegging og organisering av den akuttmedisinske

beredskapen, slik at den fungerer optimalt, ikke minst knyttet til kommunikasjon, telefontilgjengelighet og smidige samarbeidsordninger mellom aktørene.»

På denne bakgrunn ber Fylkeslegen om en redegjørelse fra Oslo kommune innen 1. desember om hvordan det akuttmedisinske tjenestetilbudet vil bli bedret. Jeg vil selvsagt følge opp dette nøye.

Så til henvisningsordningen. Med en landsomfattende fastlegeordning er grunnlaget lagt for et godt samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten basert på at fastlegen har et helhetlig ansvar for pasienten, herunder vurderer pasientens behov for mer spesialiserte tjenester, og at spesialisten gir tilbakemeldinger om resultatet av undersøkelser og behandling til fastlegen. Spørsmålet om å styrke henvisningsordningen til privatpraktiserende legespesialist ble tatt opp i St. meld. nr 23 for 1996-97 og i Ot. prp. nr. 99 for 1998-99 om fastlegeordningen. I proposisjonen ble det uttalt at departement tok sikte på å utforme en fleksibel henvisningsordning.

Ved årets takstforhandlinger mellom Lægeforeningen, Kommunenes Sentralforbund og staten kom partene fram til justeringer i takstsystemet som innebærer at det for pasientene blir dyrere å oppsøke spesialist uten henvisning, og at det for spesialisten fortsatt blir økonomisk attraktivt å motta henviste framfor ikke henviste pasienter. Ordningen er altså basert på takstsystemet, ikke på et lovbestemt vilkår om henvisning som grunnlag for refusjon, slik som for fysioterapeuter og psykologer.

I den nye henvisningsordningen gjelder henvisningen inntil behandlingen av den aktuelle tilstanden er avsluttet, men maksimalt i ett år regnet fra første konsultasjon. For kronisk syke som har behov for jevnlig kontroll hos spesialist, innebærer det at henvisningen må fornyes årlig. Det ble imidlertid etablert en overgangsordning som innebærer at pasienter som var under behandling av spesialist pr. 1. juni 2001, ikke trenger ny henvisning for den aktuelle tilstanden før 1. juli 2002. Dette omfatter også kronisk syke som går til jevnlig kontroll hos spesialist, og kvinner som regelmessig går til undersøkelse hos gynekolog.

Bakgrunnen for at det ble avtalt en tidsbegrensning for henvisningen, var at partene mente dette ville gi en ordning som var enkel å praktisere og kontrollere for pasienter, leger, trygdeetat osv., uten de tvilstilfeller og det behovet for mer detaljerte regler som kunne foreligge uten en slik tidsbegrensning. Siktemålet med den avtalte overgangsordningen har dessuten vært at kronikere og pasienter som er under langvarig behandling fram til 1. juli neste år, skal kunne fortsette sin behandling eller få foretatt sine kontrollundersøkelser uten ny henvisning, på samme økonomiske vilkår både for pasient og lege som om det forelå henvisning. Man har lagt til grunn at i god tid før 1. juli neste år ville de fleste av disse pasientene relativt enkelt kunne skaffe seg en henvisning, siden det normalt ikke ville være behov for at fastlegen foretar noen ny undersøkelse i den forbindelse. Henvisningen vil kunne fås når man likevel har time hos fastlegen, gjennom telefonisk kontakt med fastlegen, eller ved at spesialisten kontakter fastlegen og ber om å få tilsendt henvis-

ningen. Slik skulle den årlige fornyelsen av henvisningen kunne skje relativt rutinemessig, og i tillegg bidra til å sikre god kommunikasjon mellom fastlege og spesialist, til beste for pasienten. Så langt avtalepartenes intensjoner.

Til tross for overgangsordningen er mange kronikere dessverre blitt stilt overfor krav om henvisning allerede i høst, når de har kontaktet sin spesialist for ny kontroll. I noen tilfeller krever også fastlegen at pasienten kommer til konsultasjon i denne forbindelse. Det innebærer at den nye henvisningsordningen har blitt praktisert langt mer stivbeint enn det var lagt opp til fra partenes side. Dette er lite pasientvennlig og bidrar til det jeg vil kalle misbruk av legenes tid. Dette er ikke holdbart og det må endres på. Det tok jeg initiativ til straks etter regjeringsskiftet i høst.

Jeg har derfor tatt opp praktiseringen av henvisningsordningen med Lægeforeningen. Foreningen vil før jul legge fram sine vurderinger og forslag for departementet, herunder eventuelt også foreslå nærmere retningslinjer for å sikre at vi får en mer fleksibel og ubyråkratisk praksis, slik intensjonen har vært. Jeg vil avvente denne tilbakemeldingen. Om nødvendig vil jeg ta opp spørsmålet om endringer i ordningen ved takstforhandlingene med Lægeforeningen til våren.

**John I. Alvheim (FrP):** Jeg takker helseministeren for svaret på min interpellasjon, og det er jeg rimelig godt fornøyd med. Helseministeren bekreftet i store trekk de anslagene jeg hadde mot praktiseringen av fastlegeordningen, både når det gjaldt legevakt- og akuttjeneste, og når det gjaldt dette med henvisning til spesialist.

Jeg kan meddele helseministeren her og nå at det går nesten ikke én dag, og har ikke gjort det på måneder, uten at det er pasienter som henvender seg til meg med problemene de møter, særlig i forbindelse med dette med å få besøke spesialist og henvisning. Jeg er glad for at helseministeren vil prøve å gjøre dette systemet noe mer fleksibelt, og at kronikere som i årevis har hatt to–tre–fire kontroller hos en spesialist, kan få gjort dette uten det byråkratiet det er å gå veien om fastlegen, som også for pasientene vil koste mer penger og bli dyrere.

Helseministeren har også bekreftet fullt ut at det er fastlegene i ordningen som på dagtid er ansvarlig for akutt sykdom hos sine listepasienter. Dette er i dag nesten umulig å gjennomføre i praksis. Man kan jo ikke forvente at en fastlege med et fullt venteværelse skal rykke ut fra sin praksis og hjem til pasientene i et akutttilfelle. Jeg tror man må se litt nærmere på hvordan det er mulig å få til en legevaktordning som dekker pasientenes behov 24 timer i døgnet. Det er ikke tilstrekkelig å ha legevakt ettermiddag og natt og forutsette at fastlegen skal makte å hjelpe sine akuttpasienter på dagtid. Det er i praksis ikke mulig, slik jeg ser det. Og det må være en sak for helseministeren å gå nærmere inn i, nemlig å få til en legevaktordning 24 timer i døgnet, slik at man er sikker på at når akutt sykdom oppstår, så får man hjelp. Og det er også grunn til å gå nærmere inn på den praksisen som legges opp ved de lokale legevaktkontorsentralene, at

man ikke lenger skal besøke pasientene ved akutt oppstått sykdom.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Representanten Alvheim og jeg er enige om at det er behov for en gjennomgang av erfaringene rundt henvisningsordningen med sikte på at den blir enklere og mer pasientvennlig i sin praktisering. Samtidig har jeg et behov for å understreke at det er viktig med en henvisningsordning, fordi noe av hensikten med fastlegeordningen er jo at vi skal få til en god og smidig utnyttelse av de samlede legeressurser i Norge, at mennesker skal få hjelp, men at de skal få hjelp på det lavest mulige effektive nivå, slik at vi ikke får en misbruk av de spesialiserte tjenestene. Derfor er det nødvendig med en portvaktfunksjon, men den skal ikke ramme mennesker som er i et behandlingsløp på grunn av sine kroniske sykdommer, slik en har sett eksempler på.

La meg også minne om at vi har bare hatt fastlegeordningen siden 1. juni. Det er en ganske gjennomgående omorganisering. Jeg kan ikke være enig i at det er noen sosialisering, men det er en gjennomgående omorganisering av forholdet mellom lege, kommune og pasient, og man må regne med at det går noe tid før alle disse nye relasjonene går seg til på en god måte. Det er beklagelig at mange pasienter opplever at denne forandringen ikke nødvendigvis er til det bedre, men jeg har også et bestemt inntrykk av at mange har gode erfaringer. Det må vi ikke i for stor grad synse om, det må vi ha systematisk kunnskap om, og derfor vil jeg legge vekt på en systematisk innhenting av erfaring med ordningen når den har virket en tid. I tillegg vil jeg at tilsynsmyndighetene fortsatt skal overvåke gjennomføringen av reformen, slik de har hatt i oppdrag å gjøre, og derigjennom også slå ned på tilfeller som de avdekker som krever en tilsynsmessig oppfølging.

Legevakttilbudet er også en viktig del av det totale allmennlegetilbudet. Det må organiseres på en fornuftig måte, det må bygge på prinsipper om medisinsk forsvarlighet, på prinsipper om en god utnyttelse av ressursene, men også prinsippet om et klart og tydelig ansvar for øyeblikkelig hjelp i de situasjoner hvor øyeblikkelig hjelp kreves. Det er jo hele grunnlaget for helsetjenestens tilbud til pasientene, og det må fungere.

**Asmund Kristoffersen (A):** Gode helsetjenester er en av velferdsstatens hovedpilarer. Derfor må to grunnleggende krav fylles. Befolkningen må ha sikker tilgang på gode helsetjenester når det er nødvendig. Det offentlige må ha ansvar for at befolkningen får den helsehjelp den trenger. Slik har det ikke alltid vært i helsetjenesten, heller ikke i den dekning av helsetjenester som hører til primærhelsetjenesten, dvs. helsetjenesten i kommunene.

Manglende tilgang på helsetjenester, ulik tilgang, dårlig oversikt, uklare ansvarsforhold gjorde at vi i Norge satte i gang et forsøk i fire kommuner tidlig på 1990-tallet, der befolkningen fikk sin faste lege. Erfaringene fra disse forsøkene og erfaringene med fastlegeordningen fra andre land, f.eks. Danmark, tilsa klare fordeler for befolkningen. Én effekt var at legene hadde ansvar for

navngitte innbyggere på sin liste, med totaldekning av hele kommunen. Dette skapte større trygghet for pasientene og etter hvert håp om bedre tilgjengelighet.

De meget uheldige tilfeller av svikt i beredskap og akuttberedskap som vi dessverre hele tiden har opplevd, har ingenting med selve fastlegeordningen å gjøre.

Enhver kommune har ut fra lovverket plikt på seg til å ha en forsvarlig og god beredskap enten legene har arbeidet i privat praksis, som avtaleleger, eller har vært offentlig tilsatte leger. Dette gjelder så vel dag som natt. Slik har det vært og slik skal det selvsagt være i en fastlegeordning. Dette er da også grunnlaget for alt organisert vaktarbeid og vakt samarbeid som vi ser mellom mange kommuner.

Når det så gjelder krav om henvisning fra primærlege for å komme til spesialist, tilsier regelverket bl.a., som helseministeren var inne på, at en henvisning skal gjelde for hele behandlingen av den aktuelle tilstanden, men maksimalt ett år fra første konsultasjon.

Jeg er enig med helseministeren i at vi har et system der vi ikke uten videre bruker spesialisthelsetjenester, det vil ofte si sykehustjenester, når vi kan få like god behandling hos primærlegen. Ellers vil presset på spesialisthelsetjenesten kunne bli unødige stort. Men jeg mener at det innenfor lovverket – eventuelt med korrigeringer – må være armslag for såpass fornuftige skjønn at det ikke kreves nytt besøk hos eller kontakt med primærlegen når det er åpenbart riktig med et nytt besøk hos spesialisthelsetjenesten for en sykdom en allerede har fått henvisning på grunnlag av.

**Bent Høie (H):** Det er to viktige problemstillinger representanten John I. Alvheim tar opp i sin interpellasjon. Høyre var, som Fremskrittspartiet, i utgangspunktet imot fastlegeordningen, fordi vi mente at problemene i primærhelsetjenesten i stor grad er et spørsmål om mangel på allmennleger og i mindre grad et behov for grunnleggende reformer i primærhelsetjenesten. Men ordningen er nå innført, og vi må sørge for at ordningen framover fungerer best mulig for landets innbyggere.

Derfor var vi veldig fornøyd da helseministeren, nesten som en av de første sakene, grep fatt i nettopp problemene knyttet til henvisningsordningen og det som det har ført til. Disse problemene har kanskje klart blitt illustrert for de kvinnene som jevnlig går til gynekolog, der de nå må ha en henvisning fra sin fastlege, hvis de har fått noen, eller betale dobbelt så høy pris hos gynekologen. Fastlegene kan på den måten få mange unødvendige timebestillinger fra pasienter som kun kommer til legen for å få en henvisning. For mange kvinner som går til gynekolog en eller to ganger årlig for etterkontroll etter underlivskreft, betyr dette at de først må innom fastlegen for å få henvisning. Dette handler for svært mange kvinner om trygghet og tillit til den lege som har behandlet henne ved sykehus. Vi kan risikere at det blir et klasse-skille mellom de kvinner som har råd til å betale det det koster å gå til gynekolog, og de som må gå gjennom primærlegen.

Men som helseministeren er inne på i sitt svar, kan det også virke som både fastlege og de private spesialistene har håndtert ordningen på en strengere måte enn det som var intensjonen. Vi håper at helseministerens initiativ vil føre til at innbyggerne får en ordning som er smidig, men som samtidig ivaretar behovet for kommunikasjon mellom fastlege og spesialist.

Når det gjelder akuttberedskapen, er det viktig å understreke at fastlegen får en fast godtgjørelse fra staten for å ivareta de pliktene som fremgår av avtalen mellom staten og Lægeforeningen. Det er derfor helt grunnleggende at fastlegen har den nødvendige kapasitet til å yte øyeblikkelig hjelp til personer på sin liste, og at det gjennom kollegiale ordninger alltid er en lege som kan ivareta øyeblikkelig hjelp-funksjonen på dagtid.

Jeg vil avslutningsvis si at Høyre er fornøyd med at helseministeren i sitt svar viser at dette er et spørsmål som han på en offensiv måte har tatt tak i.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** I januar, før innføringen av fastlegeordningen, var 350 stillinger for allmennpraktiserende leger ubesatt i norske kommuner. I september, bare tre måneder etter at fastlegeordningen ble innført, var det tallet redusert til 192. Og ut fra de siste tallene som jeg fikk fra helseministeren nå i dag, er det pr. november 170 ubesatte stillinger i allmennpraksis.

Jeg registrerer at man fra Høyre og Bent Høie sier at det som er det egentlige problemet i allmennpraksis, er at man har så mange ubesatte stillinger. Ja, i så fall har man det beste eksemplet på hvordan man skal gjøre noe med den ordningen, nettopp innføring av fastlegeordningen. Det vi ser, er at omtrent halvparten av de stillingene som stod ubesatt, nå er besatt, bare fra man innførte ordningen i juni. Det man selvfølgelig må være opptatt av, er jo at de stillingene som fortsatt står ubesatt, også besettes.

I forhold til den problemstillingen som Alvheim reiser, nemlig at det er et stort problem knyttet til tilbudet til befolkningen, ikke minst når det gjelder øyeblikkelig hjelp, er jo ingenting verre enn å være i en kommune der man ingen lege har. Det er klart at i stedet for på en så lite fruktbar måte som Alvheim her gjør det når han hele tiden fremstiller det som om det er en ulykke at man har innført fastlegeordningen, så burde Alvheim være mye mer målrettet opptatt av at ordningen får best mulig effekt. Det betyr at man bør se på statlige virkemiddelordninger knyttet opp mot de kommunene som nå sliter med å rekruttere fastleger. Det kan ikke være riktig at mange av de kommunene som fra før av har de vanskeligste økonomiske problemene, selv skal måtte rekruttere de legene i tillegg. Et flertall i Stortinget burde ha gått sammen og sett på en slik statlig virkemiddelordning. Det betyr at man kanskje om ett år, kanskje om halvannet eller to år, kunne stå i en situasjon der alle norske kommuner har besatt de fastlegestillingene som man har opprettet.

Men – og det er et viktig men – likevel ser vi at Aftenposten Aften presenterte det helt presist i går, den 21. november, på lederplass, at det er et uakseptabelt legevakttilbud i en rekke norske kommuner. Jeg og SV tror at man i forbindelse med fastlegeordningen skal ta innover

seg at man har hatt for stor tiltro til at man skal kunne løse alle legevaktproblemer ved at den enkelte fastlege skal kunne ta hånd om det. Det kan ikke være rett. Det må fortsatt være et kommunalt ansvar å sørge for at man har en gjennomgående legevaktordning der problemstillingene er slik at man ikke skal måtte vente på å komme inn til fastlegen. Derfor bør man ta et ansvar utover det ulike regjeringer har tatt til nå, for å organisere legevakten på en annen måte og med en annen type forpliktelse opp mot norske kommuner.

Når det gjelder henvisningsplikten, synes jeg det er forbløffende hvor lite opptatt både Alvheim, og for så vidt også Høie i sitt innlegg, er av de problemene man sliter med, nemlig at en rekke mennesker ikke kommer til legen nettopp fordi vi har et overforbruk, f.eks. når det gjelder gynekologer. Mange av de kvinnene skulle aldri vært hos gynekolog, de skulle vært hos fastlege, og så skulle man prioritert slik at de dårligste pasientene kom til gynekolog. Men det er jo nettopp en henvisningsplikt med på å skape rom for.

**Åse Gunhild Woie Duesund (KrF):** Den store oppslutningen om fastlegeordningen i befolkningen og tall som bekrefter at stadig flere ledige allmennlegehjemler fylles opp, viser at reformen stort sett fungerer etter hensikten. Jevnt over er det blitt lettere å få nødvendig legehjelp. Det gir trygghet for befolkningen.

Interpellanten peker på at henvisningsordningen til spesialist og uklarhet om øyeblikkelig hjelp på dagtid har brakt fastlegeordningen i miskreditt. For meg virker det som om dette er et Oslo-fenomen, som ikke gjelder for resten av landet. Ifølge avisene kunne det virke som om Oslo kommune unnlot å ha en daglegevakt under henvisning til fastlegeordningen.

Som saksordfører for reformen vil jeg presisere at vi samtidig behandlet et utkast til forskrift om fastlegeordningen. Der ble det presisert at kommunen kan stille som vilkår at fastlegene deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelige hjelp i kontortiden.

Ifølge kommunehelsetjenesteloven skal kommunen ivareta befolkningens behov for nødvendig helsehjelp. Det står også helt klart at kommunen skal organisere legevaktordning.

Jeg er glad for at helseministeren i sitt svar siterte Fylkeslegen i Oslo, som klart presiserer at problemene rundt akuttberedskapen i Oslo ikke er knyttet til selve fastlegeordningen som ordning.

Kristelig Folkeparti er tilfreds med at statsråden vil følge nøye med i det akuttmedisinske tilbudet i hovedstaden og i andre kommuner som har problemer.

Selve organiseringen og tilretteleggingen av akutttilbudet må ikke gå ut over kvaliteten på helsetjenesten slik at pasienten ikke får øyeblikkelig hjelp.

I spørretimen for en tid tilbake lovet den tidligere helseministeren at henvisningsordningen skulle bli enklere og mer fleksibel for kronisk syke som jevnlig må til kontroll hos spesialist.

Jeg la merke til at dagens helseminister sa at «den nye henvisningsordningen har blitt praktisert langt mer stivbeint enn det var lagt opp til fra partenes side».

Kristelig Folkeparti støtter intensjonen om forenkling, men vi er samtidig opptatt av at det foregår en god kommunikasjon mellom første- og andrelinjetjenesten. Det er viktig at fastlegen får full oversikt over den enkelte pasients sykdommer og medikamentbruk for å kunne gi pasienten en helhetlig og god helsetjeneste.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** Det er ingen hemmelighet at Senterpartiet var skeptisk til fastlegeordningen ved første gangs behandling av dette i Stortinget. Men det ble til slutt et flertall for å gjennomføre fastlegeordningen. Avtaleverket er nå på plass, og da må en prøve å få denne ordningen til å fungere på best mulig måte.

Vår skepsis bunnet bl.a. i en generelt dårlig legedekning, ikke minst ute i distriktene, og også i at deler av det som var skissert – i hvert fall ved første gangs behandling her i Stortinget – virket som om det kunne bli en relativt stivbeint ordning. Og det tyder på at det er vanskeligheter både med fleksibilitet, ansvarsfordeling og klar ansvars plassering når det gjelder fastlegeordningen og en del av det som nå skjer i forhold til akuttbehov og legevaktjeneste, ikke minst på dagtid.

Som helseministeren var inne på, rommer fastlegeordningen at legene skal ha ansvar for sine pasienter på dagtid, også ved akutttilfeller, og at de skal kunne delta i organisert samarbeid på kvelds- og nattid når det gjelder utrykning og legevakt.

I likhet med representanten Alvheim tror jeg at på dagtid må dette løses på en litt annen måte. Det må være en legevaktordning som jobber ved siden av fastlegene som da har ansvar for kontorkonsultasjoner og for sine pasienter på det plan. Fastlegene må i fellesskap – der det er flere fastleger i samme kommune – legge opp til en legevaktordning som en tar sammen, men kanskje etter en turnusordning. Uryddige arbeidsforhold når det gjelder organisering av arbeidet og fordeling, tror jeg har ført til en del av det vi nå ser som problem.

En annen ting jeg har lyst til å peke på, er noe som kom fram i Aftenposten denne uken når det gjelder hjemmebesøk, nemlig at legevaktordningen i dag først og fremst sier at folk må oppsøke legevakten og ikke har rett til hjemmebesøk. Blant annet er det nå signalisert at man ikke vil praktisere hjemmebesøk til barn i Oslo. Det synes jeg er feil. Jeg tror kanskje også at det nettopp er viktig å ha hjemmebesøk når det gjelder syke barn, for også å kunne se de miljømessige sidene rundt et barn, i hvert fall et barn som ofte er sykt.

Kostnadene ved en legevaktordning ble tatt opp i sosialkomiteen i forbindelse med akuttmeldingen i vår, og bl.a. ble det der signalisert at man ønsket å få nærmere vurdert en statlig medfinansiering for kostbare legevaktordninger og for legevaktsamarbeid på interkommunal basis.

Legevaktordningen burde være en grei ordning der det fins flere leger. Noe annet er det der det kun er én le-

ge, og der det fortsatt kanskje ikke er noen lege, er problemet størst.

Når det gjelder justering av takster og henvisningsreglement, synes jeg det bør kunne gå seg til. Jeg ser utsagnet fra helseministeren her som positivt, slik at vi får ryddet opp i det.

**John I. Alvheim (Frp):** Jeg synes debatten så langt har vært klargjørende, og jeg har den tillit til helseministeren at de to forhold jeg har påpekt, blir det ryddet opp i. Det gjelder både legevaktjeneste/akutthjelp og henvisningspraksisen.

Når representanten Asmund Kristoffersen viste til at ordningen i Danmark har vart over mange år og er veldig vellykket, kan jo jeg vise til Sverige, som hadde ordningen på skinnene i to år og gikk bort fra den fordi den var for problematisk og svarte ikke til forventningene. Så her har vi begge deler å bygge på.

Så sier Kristoffersen videre at akutthjelp på dagtid ikke har noe med fastlegeordningen å gjøre. Jo, den har virkelig det! Og det var jo her vi skulle prøve å gjøre situasjonen bedre for pasientene ved at fastlegene skulle pålegges dette ansvaret og ta vare på sine pasienter på dagtid. Det fungerer altså ikke overhodet! Dermed må man gjøre noe med dette, og der er jeg helt enig med representanten Olav Gunnar Ballo; jeg tror ikke vi kan løse akutthjelp på dagtid ved å bruke fastlegen og tillegge fastlegen dette ansvaret. Jeg tror rett og slett ikke det lar seg gjennomføre i praksis slik som tilstrømmingen av pasienter er på legenes kontorer hver eneste dag.

Derimot er jeg helt uenig med representanten Olav Gunnar Ballo når han prøver å innbille oss at tilgangen på allmennleger har økt så betydelig på grunn av fastlegeordningen. Ja, takk for det, når man kan beregne seg en inntekt på over 800 000 kr før man i det hele tatt har sett en pasient! Dette har med markedet å gjøre, det har med penger å gjøre, når tilgangen på allmennleger har blitt så bra som den har blitt – selv om den ikke er god nok. I tillegg til det har departementet ført en meget restriktiv linje når det gjelder å godkjenne nyopprettede stillinger ved sykehusene våre, slik at sykehusene på samme tid har fått en manko på spesialister.

Så til representanten Åse Gunhild Woie Duesund: Nei, det er ikke bare noe Oslo-fenomen dette, verken når det gjelder akutthjelp eller henvisningsproblematikk. Dette gjelder hele landet, og jeg vil tro at også representanten Woie Duesund har fått lignende henvendelser som jeg har fått, fra hele landet. Vi må få en ordning der pasientene ikke skal være nødt til å bruke timer på å sitte i telefonen med den ene instansen etter den andre og til slutt ikke få hjelp og kanskje sågar også miste livet under den trafikken!

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** La meg takke interpellanten for det sterke engasjementet han på pasientenes vegne har generelt og spesielt også i forhold til denne ordningen.

Det må aldri bli slik at vi som politikere blir mer opptatt av å forsvare et system vi har vedtatt, enn å ivareta de menneskene som skal betjenes av systemet.

I så måte har jeg for min del ingen prestisje knyttet til enkeltheter i denne ordningen. Jeg er opptatt av at den skal fungere etter hensikten. Vi har et stort forskningsmessig evalueringsarbeid på gang, hvor vi vil få de første vurderingene allerede til våren av hvordan dette fungerer. Vi har en overvåking gjennom tilsynsmyndighetene. Og der det måtte være grunn til det, er det klart at det må foretas justeringer.

Men jeg må samtidig advare litt mot tendensene til omkamp så tidlig i en ny ordning, for det er helt nødvendig å la ordningen gå seg til. Jeg mener at det ligger en tydelig ansvars plassering i de lover, forskrifter og avtaler som er på plass. Det som er viktig, er at alle ansvarlige sørger for at de tar sin del av ansvaret, og at de overordnede tilsynsmyndigheter ser til at det skjer. Det vil bli fulgt opp.

Så må jeg få lov til å minne om, siden jeg har vært med i denne type debatter i en tidligere runde, at det var en sterk frykt for at denne ordningen ikke ville la seg gjennomføre fordi vi manglet så mange hundre legeårverk. Vi har nå gjennom den strategien som da ble valgt, nemlig en regulering av legemarkedet, stimulerings tiltak på veldig mange fronter og tilretteleggingen av en fastlegeordning, oppnådd en bedre legedekning i distriktene enn det vi har hatt på mange, mange år. Og det burde ikke være uinteressant for noen i denne sal, og kanskje i særdeleshet heller ikke for representanten fra Senterpartiet, som gjentok noe av den tidlige skepsis som Senterpartiet hadde til ordningen. Jeg tror at man faktisk har fått en ordning som virker bedre for distriktene enn den gamle ordningen. – Men la nå det ligge.

Vi vil fra departementets side følge opp de initiativ som er tatt og som jeg redegjorde for i mitt første svar, og vi vil følge utviklingen nøye.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2. Stortinget er nå kommet til behandlingen av sak nr. 3.

Saken som her ligger til behandling, har ikke ligget ute i den reglementsbestemte tid, dvs. 48 timer. Med hjemmel i forretningsordenens § 32 vil presidenten foreslå at Stortinget likevel behandler denne saken nå.

**Carl I. Hagen (Frp)** (fra salen): President!

**Presidenten:** Carl I: Hagen – vær så god!

**Carl I. Hagen (Frp):** Jeg vil ikke stemme imot presidentens forslag om å fravike forretningsordenens bestemmelse, men jeg vil allerede nå påpeke at dette bør være en sjeldenhet.

Både Stortinget og Regjeringen bør sørge for at der man er vel vitende om saker, bør sakene komme tidsnok til Stortinget, og Stortingets komiteer bør ha den vanlige anledningen til å bruke den nødvendige tid. Denne situasjonen kan ikke aksepteres i denne typen saker én gang til!



**Presidenten:** Det er ikke kommet flere påpekninger til presidentens forslag.\*

S a k n r . 3

*Innstilling fra samferdselskomiteen om forlengelse av midlertidig statlig forsikringsansvar for norske luftfartøy og lufthavner ved skader på tredjepart som følge av krigs- og terrorhandlinger* (Innst. S. nr. 25 (2001-2002), jf. St.prp. nr. 27 (2001-2002))

**Petter Løvik (H)** (leiar i komiteen og ordførar for saka): Denne saka er ei oppfølging av eit vedtak som Stortinget gjorde for om lag fire veker sidan. Det gjeld eit mellombels statleg forsikringsansvar for norske luftfartøy og lufthavner ved skadar på tredjepart som følgje av krigs- eller terrorhandlinger. Det har skjedd ein del sidan sist Stortinget behandla denne saka. Mellom anna er, som Stortinget ønskte sist, forsikringsansvaret redusert. Arbeidet med dette pågår løpande i departementet. Staten har no eit forsikringsansvar på om lag 1 400 milliardar kr, mot sist om lag 2 000 milliardar kr. Det ligg i saka sin natur at dette er ei mellombels ordning.

Eg vil kommentere kort to merknader frå Framstegspartiet i denne saka. Den eine kommentaren gjeld at ein snarast muleg må prøve å få reetablert ein privat marknad for denne typen forsikringar. Det er eit arbeid som skjer fortløpande i departementet, og ein samla komite står bak ønsket om å få dette gjennomført.

Den andre kommentaren gjeld det som representanten Hagen var innom: den korte tida Stortinget har til å behandle saka. Der er eg òg i prinsippet einig i det som representanten Hagen sa, og det som er lagt inn i merknadene frå Framstegspartiet. Bakgrunnen for at ein har venta i det lengste med å fremme denne saka, er at ein håpte å komme i ein såkalla normalsituasjon, altså med ein privat marknad, slik at ein slapp å leggje saka fram på ny. Men merkningen frå representanten Hagen og merknadene som ligg i innstillinga, er sjølvsagt vel verde å leggje

merke til, og eg håper at dette er siste gongen vi får denne saka til behandling. Her er gitt ein frist ut året med mulegheit for forlenging frå departementet si side på inn-til 30 dagar. Og no er det snakk om eit totalansvar som tilsvarer to oljefond, sist var det tre, så det går den rette vegen.

**Kenneth Svendsen (FrP):** Forsikringsordninger som dette tilhører det private marked. Det er ikke et offentlig ansvar. Men alternativet i denne saken ville vært å sette flyparken på bakken, og derfor er Fremskrittspartiet med på å gripe inn i dette.

Men jeg vil stresse dette med å reetablere et privat marked. Jeg ser at Regjeringen legger opp til å gjøre forsøk på det. Men, som sagt, jeg vil stresse at dette gjøres, og at man legger all sin kraft i å få etablert et slikt marked.

Det ser jo sånn ut, når man får det fra Regjeringen, at man beregner at Stortingets behandlingstid skal være proporsjonalt kortere jo høyere summer som ligger inne i det vi skal behandle. Her er det altså snakk om å stille en garanti på nærmere 1 500 milliarder kr, og det er ikke akseptabelt at vi har en behandlingstid som er så kort som denne. Det er ikke første gangen, det er faktisk andre gangen vi får denne saken til behandling med så kort frist. Og det er som sagt ikke akseptabelt, og det vil ikke bli akseptert flere ganger.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 3. (Votering, se nedenfor)

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte **presidenten:** Da er vi klare til votering.

*Votering i sak nr. 1*

Komiteen hadde innstillet:

I statsbudsjettet for 2001 vert gjort følgjande endring:

Kap.	Post	Føremål	Kroner
U t g i f t e r :			
797	1	Helse- og sosialberedskap Driftsutgifter, kan overføres, aukast med ..... frå kr 12 000 000 til kr 74 000 000	62 000 000

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

**Presidenten:** Til sak nr. 2 foreligger det ikke noe voteringstema.

Før vi går til votering i sak nr. 3, vil presidenten gjøre oppmerksom på at det formelt ikke ble votert over forslaget om å fravike forretningsordenen. Presidenten finner det da riktig å be om Stortingets tilslutning til at saken nå tas opp til votering. – Det anses vedtatt.

*Votering i sak nr. 3*

Komiteen hadde innstillet:

Stortinget samtykker i at Samferdselsdepartementet i 2001 kan forlenge avtaler om statlig forsikringsansvar for luftfartøy operert av norsklicenserte fly- og helikopterselskaper samt for norskregistrerte SAS-fly. Forsikringsansvaret omfatter kun skader på tredjepart, eksklusive selskapets passasjerer og ansatte, som følge av krig og terrorhandlinger. Slike avtaler kan også inngås med

\* Se presidentens merknad før voteringen i sak nr. 3, denne side.

norske lufthavner som ikke er dekket av statens selvassurans. Avtalene skal forlenges på følgende vilkår:

1. Tilsagn om statlig forsikringsansvar kan gis på inntil 1 000 mill. USD pr. skadetilfelle. Forsikringsansvaret overfor det enkelte selskap skal, med unntak for lufthavner, fortsatt begrenses til å erstatte bortfall av tidligere krigsansvarsforsikring.
2. Selskap som får forlenget avtale om statlig forsikringsansvar skal betale premie.
3. Det statlige forsikringsansvaret kan gjelde til og med 31. desember 2001, regnet fra og med 24. november 2001.

Samferdselsdepartementet gis fullmakt til å forlenge forsikringsansvaret ytterligere inntil 30 dager.

#### V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

#### S a k n r . 4

##### *Referat*

1. (106) Forslag fra stortingsrepresentantene Trond Giske og Vidar Bjørnstad om opprettelsen av en nasjonal kunnskapsbase (Dokument nr. 8:23 (2001-2002))  
Enst.: Sendes kirke-, utdannings- og forskningskomiteen
2. (107) Forslag fra stortingsrepresentantene Ola D. Gløtvold og Olav Gunnar Ballo om at vedtatte endringer på statsbudsjettet for 2000 under kap. 2790, post 72 Sykebehandling i utlandet på gitte vilkår kan disponeres til sykebehandling i Norge (Dokument nr. 8:22 (2001-2002))  
Enst.: Sendes sosialkomiteen

Møtet hevet kl. 11.15.

---