



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteén  
Stortinget  
0026 OSLO

Deres ref

Dato

3. april 2025

**Dokument 8:128 S (2024-2025) – representantforslag om å utrede alternativ til helseforetaksmodellen**

Jeg viser til brev fra helse- og omsorgskomiteén datert 18. mars 2025 vedlagt Dokument 8:128 S (2024–2025) med representantforslag fra Kjersti Toppe og Siv Mossleth om å utrede alternativ til helseforetaksmodellen. Stortingsrepresentantene fremmer følgende forslag:

*Stortinget ber regjeringa straks, og innan juni 2025, sette ned eit breitt samansett offentleg utval med klart mandat om å utarbeide forslag til alternativ til helseforetaksmodellen.*

**Svar:**

I representantforslaget legges det til grunn at helseforetaksmodellen er udemokratisk og styrt og finansiert etter prinsipper hentet fra næringslivet. Selv om helseforetakene styrer driften av sykehusene, så ligger det overordnet ansvaret for all virksomhet i sykehusene hos helse- og omsorgsministeren. Den demokratiske styringen av sykehusene er godt forankret både i Stortinget og i regjeringen. Det statlige eierskapet sikrer en helhetlig, nasjonal sykehuspolitikk. Bruk av regnskapslovens bestemmelser har vært et viktig bidrag til god og effektiv ressursbruk i helseforetakene og til at drift og investeringer (bygg og utstyr) sees i sammenheng. Videre gir det god oversikt over og styring med helseforetakenes økonomi.

Forslagsstillerne mener at endringene som kom med helseforetaksmodellen har gjort samordning og samarbeid om pasienttilbud mellom tjenestenivåene mer vanskelig. Utfordringen med samhandling mellom ulike forvaltningsnivåer er en kjent problemstilling og ulike tiltak er prøvd ut for å håndtere dette. Selv om fylkesvise planer forsvant, så er det nå omfattende krav til utviklingsplaner både på helseforetaksnivå og regionalt nivå som mer enn erstatter tidligere planverk, og som også stiller strenge krav til samordning og involvering. Utviklingsplanene skal bygge på nasjonale føringer i form av krav i foretaksmøter og oppdragsdokument, proposisjoner, meldinger og strategier mv. Planene rulleres hvert fjerde

år og viser hvordan foretaket vil utvikle virksomheten sin for å møte framtidige behov for spesialisthelsetjenester, innenfor blant annet de politiske rammene som fremgår av de nevnte dokumentene.

Kommunene skal alltid involveres i arbeidet med utviklingsplanene. Det er viktig med tillit og legitimitet til beslutninger om utvikling av spesialisthelsetjenesten. Dette fordrer regelmessig og strukturert dialog om utfordringer, strategier og saker på et tidlig stadium mellom ledelsen i helseforetakene og politisk ledelse i kommunene og fylkeskommunene. Innen dette området mener jeg det er mulig å forbedre seg, og har lagt til rette for det gjennom Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Det er også viktig at kommunene involverer spesialisthelsetjenesten ved planlegging og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å sikre sammenhengende og gode tjenester.

De regionale helseforetakene utarbeider hvert år en økonomisk langtidsplan for de neste fire årene der det gjøres prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, utstyr, IKT, bygg og andre innsatsfaktorer. Langtidsplanene tar hensyn til hvordan befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling i medisinsk diagnostikk, behandling og teknologi, samt befolkningens forventninger til helsetjenestene vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Det blir vurdert hvordan helseforetakene kan tilpasse virksomheten for å møte utfordringene innenfor de gjeldende økonomiske rammene som følger av Stortingets bevilgninger. De regionale helseforetakene gir også innspill til departementet til arbeidet med kommende års statsbudsjett, basert på utviklingsplanene og prioriteringene i økonomisk langtidsplan.

Helseforetaksloven § 41 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e slår fast at regionale helseforetak og helseforetak skal samarbeide med andre om utvikling av tjenestene. Dette gjelder både andre helseforetak og andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner og andre tjenesteytere. De regionale helseforetakene skal også sørge for at det inngås samarbeidsavtaler med kommunene som er tilpasset lokale forhold og behov. Kommunene har en tilsvarende plikt til å inngå slike samarbeidsavtaler etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Gjennom samarbeidet i helsefelleskapene skal kommunene og helseforetakene drive felles planlegging og gjensidig bidra til å styrke behandlingstilbudet til prioriterte grupper.

Ulike sider ved organiseringen av spesialisthelsetjenesten og helseforetaksmodellen er grundig vurdert i flere omganger, det er identifisert forbedringsområder som er innarbeidet i modellen og i styringen av de regionale helseforetakene og helseforetakene. Det ble gjort endringer i helseforetaksloven fra 2013 (jf. Prop. 120 L (2011–2012) og Innst. 62 L (2012–2013)). Kvinnsland-utvalget ble oppnevnt i 2015 (NOU 2016: 25) og flertallet i utvalget og høringen da viste stor tilslutning til å videreføre en regionalisert styringsmodell med utgangspunkt i de fire helseregionene.

Sykehusutvalget (NOU 2023: 8) ble oppnevnt med bakgrunn i Hurdalsplattformen og vurderte erfaringene med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen. Utvalget kom med flere forslag til endringer i styringen av

sykehusene som kan bidra til effektiv bruk av ressurser og til å gi spesialisthelsetjenester av god kvalitet, bedre samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene og mer demokratisk innflytelse i styringen av sykehusene.

Forslagene fra Sykehusutvalget ble fulgt opp av regjeringen og lagt fram for Stortinget i forbindelse med Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*. Regjeringen har fulgt opp Sykehusutvalgets vurderinger om å sikre sykehusene stabile og forutsigbare budsjetttrammer, endret ISF-andelen i finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten og gitt sykehusene bedre vilkår for å gjennomføre nødvendige investeringer, jf. omtale i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* og Prop.1 S for 2025.

Regjeringen har videre innført et rekrutterings- og samhandlingstilskudd for å understøtte forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak om tjenesteutvikling og gode pasientforløp. Tilskuddsmidlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuell(e) kommune(r). Helsefellesskapene blir derfor en viktig arena for å vurdere og prioritere aktuelle tiltak som gis støtte. Regjeringen har også finansiert digital samhandling for å legge til rette for nødvendig deling av informasjon på tvers av forvaltningsnivåer og mellom ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten. Dette understøttes av en helseteknologiordning for kommunene

Norge skal ha helse- og omsorgstjenester i verdensklasse og vår felles helse- og omsorgstjeneste skal være førstevalget for både innbyggere og ansatte. Meld. St. 31 (2023–2024) *Perspektivmeldingen 2024* viser at mangel på arbeidskraft er en av tre hovedutfordringer på lang sikt for norsk økonomi og at statens utgifter vil overstige statens inntekter tidlig på 2030-tallet. I helse- og omsorgstjenestene er utfordringen en realitet nå. Befolkningen blir eldre, forventningene til tjenestene er i endring og det er ikke ubegrenset tilgang til arbeidskraft. Pasient- og brukerforløpene blir mer kompliserte og går på tvers av fagområder og forvaltningsnivåer. Medisinsk og teknologisk utvikling gir nye muligheter. Alt dette peker på behov for å fornye, forsterke og forbedre helse- og omsorgstjenesten som er en sentral del av velferdsstaten. Vi må sikre at særlig helsepersonellens tid og kompetanse brukes riktig.

Som Helsepersonellkommisjonen påpekte i NOU 2023: 4, er det nødvendig å sette i verk flere tiltak samtidig innen en rekke områder for å møte utfordringen med økte oppgaver og samtidig begrensede helsepersonellressurser. Regjeringen vil prioritere å arbeide med en helsereform for en felles helsetjeneste med høy kvalitet og mer sammenhengende behandling og oppfølging av pasienter.

Med hilsen



Jan Christian Vestre