



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2025/1452

Vår ref
25/1642-

Dato
28. april 2025

Representantforslag 200 S (2024–2025) om bruk av ledig kapasitet hos private helseaktører, personellressurser, utdanningskapasitet, teknologi og anbudssystemene

Jeg viser til brev fra helse- og omsorgskomiteén datert 10. april 2025 vedlagt Dokument 8: 200 S (2024–2025) med representantforslag om bruk av ledig kapasitet hos private helseaktører, personellressurser, utdanningskapasitet, teknologi og anbudssystemene fra Stortingsrepresentantene Sylvi Listhaug, Himanshu Gulati og Bård Hoksrud. De fremmer følgende forslag:

- 1. Stortinget ber regjeringen ta i bruk all ledig kapasitet hos private helseaktører for å redusere belastningen på det offentlige helsevesenet.*
- 2. Stortinget ber regjeringen iverksette en gjennomgang av ansvarsfordelingen i helsesektoren med sikte på å utnytte personellressursene bedre.*
- 3. Stortinget ber regjeringen iverksette tiltak for å øke utdanningskapasiteten for helsepersonell.*
- 4. Stortinget ber regjeringen sikre at teknologi som kan gi bedre arbeidsmiljø og mer effektive helsetjenester, tas raskere i bruk.*
- 5. Stortinget ber regjeringen iverksette en gjennomgang av ressurs- og teknologibruken i helse- og omsorgstjenestene, med mål om en bedre ressursfordeling.*

6. *Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til endringer i anbudssystemene i helsevesenet, med mål om mer langsiktige avtaler, incentiver til innovasjon og nyskaping og mer effektiv bruk av tilgjengelig privat og ideell kapasitet.*

Svar:

1. *Stortinget ber regjeringen ta i bruk all ledig kapasitet hos private helseaktører for å redusere belastningen på det offentlige helsevesenet.*

Jeg vil understreke at det viktigste vi gjør for å sikre en sterk og bærekraftig helsetjeneste på lang sikt, er å sørge for at det offentlige helsevesenet har gode og forutsigbare økonomiske rammer, og at vi sikrer nok helsepersonell i den offentlige tjenesten. Regjeringen er positiv til samarbeid med private aktører, så lenge samarbeidet skjer på fellesskapets premisser, som hovedregel regulert gjennom avtaler og basert på konkrete behovsvurderinger.

I forbindelse med partnerskapet i Ventetidsløftet er det flere aktuelle tiltak regjeringen, de regionale helseforetakene, ansattes organisasjoner og arbeidsgiverorganisasjoner i offentlig og privat sektor er enige om for å redusere ventetidene. De tre hovedsporene for tiltak er helsepersonell, innovasjon og samarbeid. Samarbeid med private aktører, blant annet gjennom kjøp av ledig kapasitet etter avtale med og prioritering av det offentlige, er blant tiltakene.

I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene 19. februar, stilte jeg krav om at de regionale helseforetakene umiddelbart skulle øke aktiviteten for å nå ventetidsmålene. Foretaksmøtet vedtok at dette skal skje gjennom utstrakt bruk av kvelds- og helge-poliklinikker der personell som ønsker å jobbe mer får muligheten til det innen områder med ventetidsutfordringer, økt bruk av avtalespesialister og økt kjøp fra private – ved at eksisterende avtaler med private utnyttes ytterligere eller utvides, og ved at det raskt inngås nye avtaler der det vil ha størst effekt for å redusere ventetidene. Jeg vil også understreke at det er et godt og utstrakt samarbeid mellom de regionale helseforetakene og private aktører allerede. Jeg viser til svar på skriftlig spørsmål nr. 1747 (2024-2025) fra representant Tone Trøen hvor de regionale helseforetakene oppgir å ha inngått avtaler for om lag 325 mill. kroner bare i forbindelse med Ventetidsløftet, utover eksisterende avtaler. Forslaget anses fulgt opp gjennom dette.

2. *Stortinget ber regjeringen iverksette en gjennomgang av ansvarsfordelingen i helsesektoren med sikte på å utnytte personellressursene bedre.*

De største utfordringene for vår felles helsetjeneste er tilgang på nok personell, for dårlig sammenheng mellom tjenestene og likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester. Personell og kompetanse er ett av seks hovedgrep i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027* (Meld. St. 9 (2023-2024)). Regjeringen vil fortsette arbeidet for å sikre nok fagfolk til den offentlige helse- og omsorgstjenesten gjennom innsatsområdene: i) arbeidsmiljø og

arbeidsvilkår; ii) oppgavedeling og effektiv organisering; og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling. Riktig bruk av de ansattes tid og kompetanse er sentralt for utvikling av helseprofesjonene. Videre kan tillitsbasert styring og ledelse i helse- og omsorgstjenestene bidra til å redusere tidkrevende rapportering, unødige krav til kontroll og detaljstyring i arbeidsutførelsen. Muligheter for kompetanseutvikling og hensiktsmessig oppgavedeling mellom profesjonene er viktig. Dette jobber regjeringen med, blant annet gjennom Tørn-programmet. For 2025 har programmet fått en bevilgning på 71, 4 millioner kroner. Formålet er å utforske nye arbeids- og organisasjonsformer, med mål om å skape en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste hvor organisering av arbeid og kompetanse i større grad samsvarer med behovene i tjenesten.

Som en del av Ventetidsløftet er det oppnådd enighet om flere oppgaver som i større grad kan deles til andre helsefagsgrupper, og det er utviklet egne premisser for hensiktsmessig oppgavedeling som partene har sluttet seg til. I tillegg utreder Oslo Economist gevinstene av å fjerne en rekke tidstyver i sykehus, innenfor flere områder som blant annet oppgavedeling og teknologi. De leverer sin rapport slutten av april. I oppdragsdokumentet for 2025 har jeg bedt de regionale helseforetakene om å «forsere arbeidet med en effektiv arbeids- og oppgavedeling». Det skal ses hen til rapport utarbeidet av Ventetidsløftet og arbeidet i Tørn-programmet.

3. Stortinget ber regjeringen iverksette tiltak for å øke utdanningskapasiteten for helsepersonell.

Det er forsknings- og høyere utdanningsministeren som har ansvaret for høyere utdanning, også av helsepersonell. Jeg har derfor hentet inn informasjon fra Kunnskapsdepartementet for å kunne gi en presis uttalelse om forslaget.

Regjeringen har over tid jobbet systematisk med å øke utdanningskapasiteten for helsepersonell, både gjennom føringer i stortingsmeldinger og tildelingsbrev, samt konkret gjennom prioritering av midler til økt kapasitet i helsefaglige utdanninger i de ordinære budsjettprosessene.

Tydelige føringer om å prioritere helsefaglige utdanninger

Universitetene og høyskolene er rammefinansierte. Institusjonene må selv vurdere hvordan rammebevilgningen kan benyttes på best mulig måte for å nå målene og føringene som er satt for sektoren, inkludert føringene for dimensjonering av utdanningene. I lys av det økonomiske handlingsrommet i statsbudsjettene nå og i årene fremover, har regjeringen lagt til grunn at det er nødvendig å omprioritere innenfor gjeldende budsjettammer for å skape rom for nye satsinger og finne inndekning for økte utgifter. I tildelingsbrevene vises det til at regjeringen legger vekt på at universiteter og høyskoler i større grad må ta ansvar for å prioritere satsinger og håndtere utgiftsendringer med omdisponeringer innenfor institusjonenes samlede rammer. I tildelingsbrevene for 2025 kommer det samtidig fram at helsefagene skal prioriteres:

«Regjeringen forventer at universiteter og høyskoler følger opp langtidsplanen for forskning og høyere utdanning i sin dimensjonering. Regjeringen forventer videre at institusjonene prioriterer helsefag, IT og områder som er særlig viktige for det grønne skiftet og lærerutdanningene, jf. utsynsmeldingen og profesjonsmeldingen. Dette er særlig viktig i en situasjon fremover med store demografiendringer og hvor Norge vil mangle arbeidskraft, jf. perspektivmeldingen. Prioritering av kapasiteten til disse fagområdene innebærer samtidig at institusjonene må prioritere ned kapasitet på andre fagområder, under forutsetning av at samfunnsbehovene ivaretas.»

Forventningen om at helsefaglige utdanninger skal prioriteres, bygger på flere meldinger til Stortinget:

- I *Utsynsmeldingen* (Meld. St. 14 (2022–2023)) varslet regjeringen at den forventer at universiteter og høyskoler prioriterer ressursene innenfor blant annet helsefag.
- Dette ble også presisert i *Profesjonsmeldingen* (Meld. St. 19 (2023-2024)).
- Helse er en av seks tematiske prioriteringer i *Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning 2023-2032* (Meld. St. 5 (2022-2023)).

Flere studieplasser og LIS1-stillinger

Helse- og omsorgsdepartementet henter årlig inn innspill fra Helsedirektoratet om dimensjonering av helsefaglige utdanninger. Direktoratets innspill bygger på et bredt kunnskapsgrunnlag, inkludert innsikt fra de regionale helseforetakene, framskrivninger og omfattende statistikk. Dette gir et godt kunnskapsgrunnlag for arbeidet med å dimensjonere helsefaglige utdanninger i tråd med behovet.

I perioden 2022 til 2025 har regjeringen prioritert økt kapasitet i medisin (235 studieplasser, inkludert videreføring av 80 plasser fra Utdanningsløftet 2020), sykepleie (500 studieplasser, inkludert pålegg om å øke opptaket med 200 plasser innen gjeldende bevilgning), vernepleie (20 studieplasser) og fysioterapi (20 studieplasser). Forslagsstillerne viser til at Norge har et ansvar for å utdanne det helsepersonellet som vi selv har behov for, og jeg er glad for at vi har klart å øke utdanningskapasiteten i særlig medisin betraktelig på kort tid. Det er også tildelt midler til 2 000 nye studieplasser til fagskolene i perioden 2023-2025, og helse- og velferdsmateriale er et av de prioriterte fagområdene. Fremtidige prioriteringer av ytterligere kapasitet innenfor helsefaglige utdanninger avhenger av budsjettprosessene, men regjeringen har vist at helsefag er høyt prioritert.

Kapasitetsøkning må gjøres på en måte som sikrer at det ikke går på bekostning av kvaliteten i utdanningene. Tilstrekkelig infrastruktur, undervisere og praksisplasser er en forutsetning for å kunne øke kapasiteten på en god måte. Derfor må økning gjøres gradvis. Det er også viktig at det er tilstrekkelig antall søkere. Ulike måter å innrette utdanningene på, som desentraliserte og fleksible utdanninger, har vært en viktig måte å gi flere tilgang til utdanning.

Fram til 2020 var det 950 stillinger for leger i spesialisering del 1, såkalte LIS1-stillinger. I dag har antallet økt til 1219 stillinger, etter at det ble opprettet ytterligere 34 nye stillinger i 2025. Regjeringen har også endret spesialistforskriften, slik at det fra 1. januar 2025 er mulig for kommuner og helseforetak å inngå avtaler om å opprette egne LIS1-stillinger. Disse stillingene kommer i tillegg til stillingene som fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet.

På bakgrunn av eksisterende føringer, det løpende arbeidet med å dimensjonere helsefaglige utdanninger i tråd med behovet og regjeringens satsing på helsefaglige utdanninger, mener jeg at det ikke er nødvendig at Stortinget ber regjeringen iverksette ytterligere tiltak for å øke utdanningskapasiteten for helsepersonell.

4. Stortinget ber regjeringen sikre at teknologi som kan gi bedre arbeidsmiljø og mer effektive helsetjenester, tas raskere i bruk

Jeg er enig med forslagsstillerne i at tjenesten bør ta i bruk teknologi som kan gi bedre arbeidshverdag for personell og mer effektive helsetjenester. Regjeringen la nylig frem en ny prioriteringsmelding, Meld. St. 21 (2024-2025) *Helse for alle – rettfærdig prioritering i vår felles helsetjeneste*. I meldingen pekes det på at konsekvenser for personellet skal utredes særskilt når man vurderer å innføre nye tiltak i helse- og omsorgstjenesten. Hensynet til bruk av personell vil også veie tungt når man skal ta stilling til ny teknologi som kan være personellbesparende. I meldingen foreslår vi flere tiltak for at nye metoder, inkludert helseteknologi, tas raskere i bruk på en trygg og effektiv måte.

Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027* vektlegger at det er et lokalt ansvar å innføre medisinsk utstyr og andre helseteknologier. I oppdragsdokumentet for 2025 har jeg bedt de regionale helseforetakene om å intensivere arbeidet med å gå fra kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk, og ta i bruk digital hjemmeoppfølging. I tillegg viser jeg til foretaksmøtet med de regionale helseforetakene 19. februar der jeg i forbindelse med Ventetidsløftet påpekte at *«det er viktig at det fremdeles jobbes aktivt med tiltak som vil øke kapasiteten og effektiviteten også på lengre sikt, som for eksempel bedre ansvars- og oppgavedeling, fjerning av tidstyver, økt bruk av ny teknologi og digitale løsninger, behovsstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging, reduksjon av unødvendige kontroller, samt styrket langsiktig samarbeid med private aktører.»*

Helseteknologiordningen er en pakke med virkemidler som skal gi kommunene drahjelp til økt bruk av helseteknologi. Tilskuddet kommunene kan søke på for innføring av teknologi utgjør ett av virkemidlene sammen utvikling av en veiledning- og godkjenningsordning, standardiseringsarbeid og annet koordinerings- og myndighetsarbeid. Ordningen skal bidra til å utvikle markedet for helseteknologi ved å gi stabile rammebetingelser for leverandører og øke investeringene. I prioriteringsmeldingen fremmer vi forslag om at prinsippene for prioritering skal innarbeides i relevante deler i helseteknologiordningen.

I oppdragsdokumentet for 2025 omtales verdien av utprøving, implementering og spredning av innovative arbeidsprosesser og løsninger i samarbeid med helsenæringen. Sykehusene er en viktig arena for testing og utprøving, en utviklingspartner og en markedsaktør. Vi skriver i oppdragsdokumentet at sykehusene bør kjenne til og ta i bruk gode og kvalitetssikrede løsninger som finnes i markedet, der dette er mer effektivt enn å utvikle løsninger selv.

5. Stortinget ber regjeringen iverksette en gjennomgang av ressurs- og teknologibruken i helse- og omsorgstjenestene, med mål om en bedre ressursfordeling.

Regjeringen er enig i at det er viktig å jobbe for at helsetjenesten tar i bruk teknologi som kan bidra til god ressursbruk, bedre pasientbehandling og mer effektiv drift.

I Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*, legger regjeringen frem en strategi for digitalisering i helsetjenesten. Planen er retningsgivende for regjeringens mål og prioriteringer i hele helse- og omsorgssektoren. De regionale helseforetakene arbeider allerede etter mange av de samme prioriteringene.

Regjeringen la nylig frem en ny prioriteringsmelding, Meld. St. 21 (2024-2025) *Helse for alle – rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*. Meldingen omtaler viktige premisser for beslutninger om innføring av innovasjoner i den offentlig finansierte helsetjenesten, inkludert helseteknologier. Det er behov for en tettere kopling mellom metodevurdering, anskaffelse, innkjøp og forvaltning av medisinsk utstyr og andre helseteknologier slik at ny teknologi raskt kan tas i bruk i hele tjenesten og sikre likeverdig tilgang. Jeg vil derfor gi de regionale helseforetakene og Direktoratet for medisinske produkter i oppdrag å arbeide for tettere kopling mellom metodevurdering, anskaffelse, innkjøp og forvaltning av medisinsk utstyr og andre helseteknologier i spesialisthelsetjenesten.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2025 har jeg gitt i oppdrag å forsere arbeidet med å iverksette effektive løsninger innenfor KI og IKT, særlig personellbesparende teknologier og tiltak som bedrer logistikk. De regionale helseforetakene skal også legge til rette for erfaringsutveksling innad i og mellom regionene slik at pågående tiltak spres raskere. Jeg mener at ressursene i tjenestene er bedre brukt på å innføre teknologiske løsninger og på pasientrettet arbeid, enn på kartlegging av bruk av teknologi og ressurser.

6. Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til endringer i anbudssystemene i helsevesenet, med mål om mer langsiktige avtaler, incentiver til innovasjon og nyskaping og mer effektiv bruk av tilgjengelig privat og ideell kapasitet.

I oppdragsdokumentet for 2025 har de regionale helseforetakene fått et nytt hovedmål om kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og

næringslivssamarbeid. Jeg forutsetter at helseforetakene vurderer handlingsrommet i anskaffelsesregelverket for å ha dialog med markedet slik at innkjøpene deres kan bidra til å nå målene om rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet, bærekraft i tjenestene og god beredskap.

I omtalen av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i oppdragsdokumentet pekes det på at handlingsrommet i anskaffelsesregelverket skal utnyttes for å prioritere ideelle tjenesteytere og langsiktige avtaler basert på kvalitet. Jeg mener derfor at mål om mer langsiktige avtaler, insentiver til innovasjon og nyskapning, samt mer effektiv bruk av tilgjengelig privat og ideell kapasitet er tilstrekkelig ivaretatt gjennom dagens anbudssystemer og de styringskrav som er gitt de regionale helseforetakene.

Med hilsen



Jan Christian Vestre