



Helsereformutvalget

Deres ref.:

Vår ref.:

25/7027-1 HMS
Hans Martin Aase / 92419540

Dato:

16.10.2025

Innspill til Helsereformutvalget

Vi takker for muligheten til å gi innspill til Helsereformutvalget.

Oppsummering

Nedenfor er det begrunnet nærmere fire prioriterte områder som vi mener blir sentrale i arbeidet med mandatet til utvalget. Disse er:

- Vårt offentlig eide og finansierte helsevesen er en av de mest verdsette delene i den norske velferdsstaten som vi mener det er svært viktig å videreføre.
- Det er nødvendig med økt folkevalgt styring og demokratisk legitimitet i styringen av sykehusene.
- Det er nødvendig å endre finansieringssystemet for sykehusene mer tilpasset formålet.
- Vi tror at framtidens helsetjeneste i større grad må bygges nedenfra og tettere på innbyggerne.

Innledning

Det norske helsevesenet er en sentral del av velferdsstaten og bygger på prinsippet om universell tilgang til helsetjenester, uavhengig av økonomisk situasjon, sosial status eller geografisk tilhørighet. Det er i hovedsak offentlig eid og finansiert gjennom skatter og trygdeavgifter, noe som sikrer at alle borgere har lik rett til nødvendig helsehjelp. Helsevesenet er en av de mest verdsette delene i den norske velferdsstaten og et uttrykk for solidaritet og fellesskap som vi mener det er svært viktig å videreføre.

Vi ønsker å peke på at foretaksmodellen er et avvik fra hovedregelen i norsk forvaltning og at modellen medfører større avstand mellom politikere og de som utformer og leverer tjenester enn i en normal forvaltningsmodell. Både statsministeren og statsråden har imidlertid ved flere anledninger pekt på at det er et betydelig handlingsrom innenfor denne organiseringen.

Fagforbundet mener at erfaringer etter 20 år med helseforetaksmodellen, helsepersonellkommisjonens budskap om at personellet vil bli den begrensende faktoren i helse- og omsorgstjenesten i framtida og en uønsket tjuedobling av personer med privat

helseforsikring fra 2003 til 2021, underbygger at det er nødvendig med endringer i styringen og finansieringen av sykehusene. Vi har derfor forventninger om at handlingsrommet innen foretaksmodellen utnyttes til å gjennomføre nødvendige endringer for å sikre fellesskapets sykehus som en universell og sentral velferdstjeneste eiet og drevet av staten også i framtida.

Vi har i ulike sammenhenger pekt på to viktige områder med behov for endring innen spesialisthelsetjenesten. Disse er økt folkevalgt styring med demokratisk legitimitet og en endring i finansieringssystemet. Vi tror også at framtidens helsetjeneste i større grad må bygges nedenfra og tettere på innbyggerne.

Økt demokratisk legitimitet

Eierskap og styring av en så viktig tjeneste som spesialisthelsetjenesten må være tilpasset virksomhetens formål og baseres på folkevalgt legitimitet på tre nivåer.

Samhandlingsreformen forutsetter et tettere samarbeid og overføring av funksjoner mellom forvaltningsnivåene og et integrert offentlig helsevesen. Fagforbundet mener at økt folkevalgt styring av sykehusene vil gi økt demokratisk legitimitet, bidra til bedre samhandling med kommunene og bidra til en mer helhetlig helsetjeneste for pasienten. En utvikling som styrker den regionale og lokalpolitiske innflytelsen vil, etter Fagforbundets syn, være det viktigste bidraget for å øke forvaltnings- og samfunnskompetansen i styrene.

I «NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus – styring, finansiering, samhandling og ledelse» anbefaler flertallet at de regionale helseforetakene, i forkant av styrevalg til helseforetakene, bør innhente forslag fra kommunene i helseforetakets opptaksområde til kandidater med forvaltnings- og samfunnskompetanse, men at de ikke bør være bundet til å oppnevne noen av kandidatene. Tilsvarende kan gjelde for departementet med forslag fra fylkeskommunene til de regionale styrene.

Dette innebærer etter vår mening en utilstrekkelig endring fra tidligere praksis. Lite har endret seg etter at Kvinnslandutvalget i sin «NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten» pekte på at det var behov for å styrke forvaltnings- og samfunnskompetansen i styrene. Vi mener derfor at tiden er moden for å vurdere større endringer og at mindretallets forslag nedenfor bør utredes nærmere:

Departementet formaliserer at et representantskap bestående av folkevalgte fra kommunene i helseforetakets opptaksområde skal få anledning til å foreslå et antall kandidater med forvaltnings- og samfunnskompetanse. Tilsvarende kan et representantskap bestående av folkevalgte fra fylker i det regionale helseforetakets ansvarsområde foreslå styremedlemmer i det regionale helseforetakets styre for departementet. Det regionale helseforetaket må være bundet til å oppnevne blant kandidatene. Dette vil kreve en grundigere utredning blant annet med tanke på eiers rett til å avsette eieroppnevnte styrerepresentanter.

Begrunnelsen er at de regionale helseforetakene og helseforetakene forvalter sentrale velferdsgoder for befolkningen. De er med dette viktige samfunnsaktører, og beslutninger som fattes i styrene vil ofte ha stor betydning både for befolkningen, de ansatte i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kritikken av helseforetaksmodellen vedrører nettopp manglende politisk styring. Fagforbundet mener det er nødvendig at utvalgets arbeid har som konsekvens at det gjøres reelle endringer i graden av demokratisk styring.

Finansiering

Fra innsatsstyrt finansiering til rammefinansiering

Mange har, som oss, over tid pekt på uheldige utslag av et system med et relativt stort innslag av innsatsstyrt finansiering som har vært praktisert langt ned i helseforetakenes organisasjoner. «NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus – styring, finansiering, samhandling og ledelse» foreslår en endring basert på en rammefinansiering som hovedmodell. Fagforbundet støttet forslaget og mener at den aktivitetsbaserte toppfinansieringen for aktivitet utover aktivitetsnivået som er forutsatt finansiert av rammen, må innrettes slik at aktiviteten styres mot prioriterte områder med uakseptabel ventetid eller kapasitet. NOU'en viser i kunnskapsgrunnlaget om hvordan ISF har fungert, at eksisterende finansieringsmodell har hatt usikre og endog mulige negative konsekvenser med hensyn på kvalitet og ressursbruk. Vi mener dette er bekymringsfullt og bør motivere til en større gjennomgang av finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten.

Finansiering av sykehusbygg

Dagens finansieringsmodell for nye sykehusbygg er uhensiktsmessig, og den bidrar til at det bygges for små sykehus. Nye sykehusbygg blir planlagt og dimensjonert ut fra hva man på kort sikt tror lar seg realisere innenfor eksisterende økonomiske rammer og planforutsetninger. Resultatet blir at nye bygg ikke blir dimensjonert ut fra hva som reelt sett er behovet eller ønskelig i et langsiktig perspektiv. Egenkapitalkravet er redusert fra 30 til 10 prosent. «NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus – styring, finansiering, samhandling og ledelse» foreslår å endre rentemodellen tilbake til de prinsippene som ble brukt før 2018 og endring av kostnadskomponenten slik at helseforetakene får dekket 75 prosent av sine faktiske regnskapsførte avskrivningskostnader.

Vi vil peke på at det å redusere kravet til egenkapital bare gir en engangseffekt som innebærer at sykehusene for en gitt investering kan forskyve (enda) mer av regningen til fremtidige besparelser/effektivisering i driften i stedet for at de blir finansiert av historiske besparelser (opptjent egenkapital). En slik forskyving innebærer imidlertid at samlede lånekostnader (renter) øker, ganske enkelt fordi samlet lån øker.

Fagforbundet er enig i at forslagene om redusert egenkapitalkrav, bedre rentebetingelser og særskilt finansiering av kapitalkostnader, samlet sett vil stimulere til økt investeringstakt i spesialisthelsetjenesten slik at nye sykehus dimensjoneres mer i tråd med faktisk behov, men vi vil påpeke at for en gitt inntektsramme vil man ved dette grepet i realiteten bare skyve problemet foran seg.

Sykehusbygg er utpregede formålsbygg hvor utvikling og forvaltning av bygningsmassen er en vesentlig forutsetning for virksomheten. Eiendomsforvaltning er derfor en del av kjerneoppgavene i sykehusene. Fagforbundet støtter utvalgets konklusjon om at en modell hvor helseforetakene eier og forvalter eiendomsmassen er å foretrekke framfor en modell hvor helseforetakene er leietakere og andre eier og forvalter bygningsmassen.

Dagens finansieringssystem er etter vår mening ikke tilpasset formålet og det er nødvendig å utrede en endring av finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten. Dette bør inkludere en vurdering av å skille drift og investering.

Økt fokus på helsetjenester tettere på innbyggerne

Utfordringer i helsetjenesten har i stor grad vært løst ved sammenslåing i større organisatoriske enheter, som i mange tilfeller har resultert i en sentralisering av tjenestene. Dette har medført store komplekse organisasjoner med en økning i antall ledernivåer og utfordringer knyttet til stedlig ledelse, noe blant annet Fagforbundet har pekt på som et problem. Et sentralt spørsmål er om en videreføring av en slik utvikling er hensiktsmessig.

Vi vet at det kommer til å bli vesentlig flere eldre framover. Langt flere vil utvikle kroniske tilstander og/eller flere samtidige sykdommer. Sykdommer som KOLS og diabetes forventes å øke fortsatt. Det samme gjelder pasienter innen psykisk helsevern. Dette er pasienter som vil ha stor nytte av et helhetlig tilbud forankret i den nære helsetjenesten.

Et sentralt retningsvalg vil derfor være om helsetjenesten fortsatt skal preges av sentralisering eller om framtidens helsetjeneste i større grad må bygges nedenfra og tettere på innbyggerne. Dersom framtidens helsetjeneste i større grad skal bygges nedenfra og nærmere innbyggerne – hvilke organisatoriske konsekvenser kan man da tenke seg? Vil dagens helseforetak være riktig størrelse eller kan man tenke seg mindre sykehusorganisasjoner med ansvar og samarbeid med færre kommuner enn i dag?

Med hilsen

Politikk- og samfunnsavdelingen

Trond Jensrud
avdelingsleder

Hans Martin Aase
enhetsleder

Dette brevet er godkjent elektronisk i Fagforbundet og har derfor ingen signatur.