

Til  
Helsereformutvalet  
Helsereformutvalget@hod.dep.no

Rauland 9. april 2026

## Innspel til Helsereformutvalet

Rehabiliteringssenteret AiR takkar for høvet til å gje innspel til Helsereformutvalet. Me peikar på tre sentrale utfordringar og nødvendige tiltak.

### 1: Den store pasientgruppa sine behov

Noreg har ca. 680 000 personar på helserelaterte ytingar. Muskel- og skjelett lidingar står for 32,7 % av alle legemeldte sjukefråværsdagar i 2024. Psykiske lidingar utgjør 26 % av sjukefråværsdagane.

Dei fleste med langtidsfråvær har diagnosar med låg alvorsgrad, men likevel stor komorbiditet og mange samtidige utfordringar som fører til betydeleg funksjonstap og redusert arbeidsevne. Mange står i fare for varig utanforskap – ei av dei største samfunnsutfordringane i vår tid. Den demografiske utviklinga gjev fleire eldre, fleire pensjonistar og ei mindre arbeidsfør befolkning.

RHF-a prioriterer «tidlegfase-rehabilitering», ikkje «seinfase-tilbod» som denne store pasientgruppa er avhengig av. For størstedelen av dei med sjukefråvær startar pasientforløp i primærhelsetenesta, og dersom ein ikkje har tilstrekkeleg betring, blir ein henvist til spesialisthelsetenesta, ikkje omvendt. Pasientar vitnar om langtekelege og fragmenterte forløp, der kommunane ikkje kan tilby nødvendig tverrfagleg og intensiv oppfølging.

Prioriteringsmeldinga (Meld. St. 21, 2024-2025) kan tolkast slik at tilbod i spesialisthelsetenesta til pasientgruppa kan bli ytterlegare innskrenka. Dette vil gje kortsiktig innsparing i helsebudsjett, men auke kostnadane vesentleg og over tid i andre samfunnssektorar.

Elementa omtala over syner at behovet for effektiv rehabilitering er enno viktigare framover, for å få fleire til å stå i arbeid eller koma tilbake til arbeid.

Denne store og kostbare pasientgruppa treng effektive helsetilbod tilpassa deira samansette og komplekse helsesituasjon. Sjølv om helsesituasjonen til den sjukemeldte har låg alvorsgrad, pregar den kvardagen og moglegheita for å kome varig attende til jobb.

Tverrfagleg tilnærming og intervensjonar med ein viss intensitet og varigheit kan gje gode resultat. Ein kan ikkje bygge ned "seinfase-rehabilitering" før målgruppa har eit reelt alternativ tilgjengeleg i primærhelsetenesta. Riksrevisjonen sin rapport om rehabilitering i helse- og omsorgstenestene viser at kommunane ikkje kan tilby dette i dag. Rehabilitering i spesialisthelsetenesta blir difor avgjerande for likeverdige tenester i heile landet.

Rehabilitering generelt og arbeidsretta rehabilitering (ARR) spesielt, er ein sentral del av tiltaka som står til disposisjon i dag.

Å styrkje rehabilitering og arbeidsretta rehabilitering er ei samfunnsøkonomisk lønsam investering i deltaking, helse og livskvalitet. Kvar person tilbake i arbeid gjev svært store gevinstar både for individ, arbeidsliv og velferdsstat.

### Våre tilrådingar

1. I eit samfunn med høgt sjukefråvær bør tilbod til diagnosegruppene som står for mesteparten av fråværet prioriterast.
2. Styrk tilgangen til arbeidsretta rehabilitering, særleg for unge og personar i risiko for utanforskap.
3. Gjer arbeidsretta rehabilitering (ARR) i spesialisthelsetenesta til ein systematisk del av innsatsen mot sjukefråvær og utanforskap.

### 2: Anerkjenne fagmiljø innan rehabilitering som er bygd opp over tid

Private/ideelle leverer i dag ca 60% av rehabiliteringstilbodet i spesialisthelsetenesta. Dei private/ideelle fagmiljøa har over fleire tiår utvikla kompetanse, metodikk, forskning, utviklingskompetanse og infrastruktur som helsevesenet elles ikkje har.

Priskonkurransar demonterer desse fagmiljøa, med si «vinn eller forsvinn» mekanisme. Konkurransane undergrev økonomisk berekraft, svekker rekrutteringsevna og reduserer moglegheita for langsiktig kvalitetsutvikling.

Kortvarige kontraktar og lågaste-pris-logikk fører til at leverandørane må kutte i kvalitet, forskning, utvikling og kapasitet til innovasjon for å vinne i konkurransane. Priskonkurransane fører i tillegg til tap av etablerte fagmiljø, stort tal juridiske konflikhtar, store forvaltingskostnadar og auka uvisse for tilsette og pasientar. Kortvarige kontraktar gjev dårlege vilkår for langsiktig kvalitetsarbeid og hindrar institusjonane frå å vera den stabile samfunnsressursen dei er meint å vera.

Det tek tid å bygge opp robuste fagmiljø. Det tek eitt anbod å legge dei ned.

Difor må desse fagmiljøa inviterast inn i planlegging og systemutvikling, ikkje stengast ute. Institusjonar med unik kompetanse er avgjerande for nyskaping, framtidig kapasitet og heilskaplege rehabiliteringstilbod – og dei bør sjåast som partnarar, ikkje berre leverandørar av det billigaste alternativ som finnast.

### Våre tilrådingar

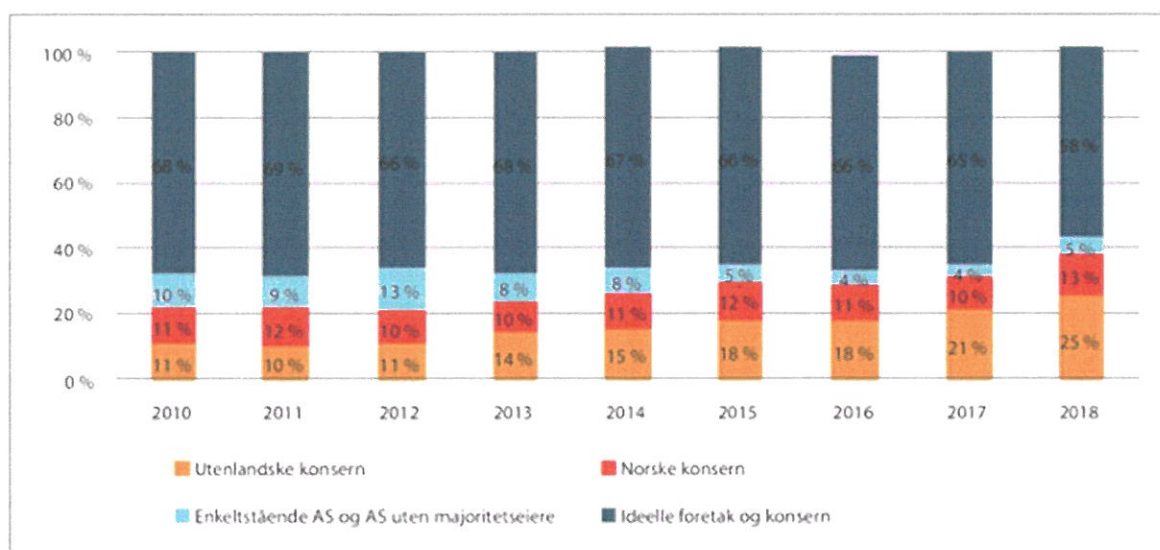
1. Anerkjenn etablerte fagmiljø som ein del av den nasjonale helseinfrastrukturen, og involver dei systematisk i vidareutvikling av fagfelt.
2. Erstatt priskonkurransar med langsiktige, partnerskapsorienterte avtalar som gjev føreseieleg finansiering og rom for fagutvikling.
3. Private/ideelle aktørar som leverer offentlege helsetenester på oppdrag frå RHF må ha rammer som støttar stabil rekruttering, FoUI og vedlikehald.
4. Unngå kortsiktige kontraktar som fører til utryggleik, fagleg stagnasjon og tap av kompetanse – rehabilitering krev kontinuitet, det same gjeld fagmiljøa.

### 3: Ideelle versus kommersielle - politiske mål, realiteter og konsekvensar

Trass politiske mål veks kommersielle aktørar, medan ideelle blir fortregnde av opne anbud. Dette trugar kvalitet, samfunnsnytte og reinvestering i tenestene.

Ideelle aktørar driv velferdstenester utan profittmotiv, og brukar alle midlar på drift og utvikling for pasientane. Kommersielle aktørar har økonomisk gevinst som hovudmotiv. Kommersielle aktørar er del av eit marknadssystem der overskot først ut av tenestene og vidare til eksterne eigarar.

Politikarane har over lang tid gjeve føringar for styrking av ideelle aktørar. Likevel viser Velferdsteneutvalet sin rapport (NOU 2020:13) at det i praksis er dei kommersielle aktørane som veks, medan ideelle vert fortregnd. Utvalet dokumenterer at ideelle aktørar sin del av private leverandørar i spesialisthelsetenesta fall med 10 prosentpoeng mellom 2010 og 2018. I same tidsperioden auka kommersielle aktørar tilsvarande, og utanlandske konsern dobla sin andel frå 11 til 25% (s. 318).



Figur 1. Andel av driftsinntekter for private leverandørar av spesialisthelsetjenester levert etter konkurranse. Fordelt på ideelle foretak, utenlandske konsern, norske konsern og andre norske foretak. 2010–2018. Frå *Private aktørar i velferdsstaten*. (NOU 2020:13, s. 318).

Utvalet åttvarar tydeleg: vidareføring av opne anskaffingar favoriserer kommersielle aktørar, og kan føre til at ideelle forsvinn heilt frå offentleg finansierte tenester (NOU 2020:13, s. 99).

Utvalgets kartlegging kan tyde på at bruk av åpne anskaffelser i realiteten innebærer en favorisering av kommersielle framfor ideelle virksomheter, alt annet likt. Ideelles særtrekk med et samfunnsnyttig formål og uten adgang til å ta ut overskudd, påvirker og gjenspeiles i deres organisasjonskultur. Mangel på «kommersiell» og markedsorientert kultur gjør at ideelle er dårlig rustet for den konkurransen som ligger i et anskaffelsesregime. Over tid kan det medføre at ideelle aktører forsvinner som leverandørar av offentlig finansierte velferdstjenester (s. 99).

Dette skjer samstundes som Stortinget har vedtatt at ideelle skal styrkast, og at helse- og sosialtenester kan reserverast for ideelle. Likevel har dei regionale helseføretaka ikkje følgt opp dei politiske styringssignala, trass i krav frå HOD og brei politisk semje.

Manglande styrking av ideelle får store konsekvensar:

- fagmiljø med unik kompetanse vert svekka eller avvikla
- kommersielle profittaktørar tek større plass
- samfunnsverdiane i ideell sektor går tapt

Ideelle institusjonar er fundament for kvalitet, stabilitet og innovasjon i helsetenesta. Difor er det avgjerande at Helsereformutvalet foreslår tiltak som faktisk får politiske mål til å slå ut i praksis.

#### Våre tilrådingar

1. Følg opp politiske vedtak om styrking av ideelle, inkludert bruk av reservasjon for ideelle i tråd med lovverket og Høgsterett si avklaring.
2. Legg om finansierings- og avtalesystemet frå anbod til langsiktige avtalar, slik at ideelle kan vera ein stabil del av helsetenestene.
3. Hindre at ideelle aktørar utkonkurrert av kommersielle aktørar med andre føremål.
4. Utarbeid ein nasjonal strategi for ideell sektor i spesialisthelsetenesta.
5. Prioriter kvalitet, fagleg kompetanse, utviklingsevne og samfunnsnytte framfor pris.

Rehabiliteringssenteret AiR deltek gjerne i dialog med utvalet for å dele erfaringar, presentere datagrunnlag og drøfte konkrete modellar for framtidig organisering og finansiering av rehabilitering.

Med beste helsing



Tarjei Urup Helle

direktør

Rehabiliteringssenteret AiR

[tarjei.urup.helle@air.no](mailto:tarjei.urup.helle@air.no)

tlf. 988 08 986

## Referansar:

Nav-notat, 1-2026. Ca. 680 000 mottar helserelaterte ytingar.

<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/notatserie/flere-mottar-helserelaterte-ytelser-etter-pandemien>

Muskel- og skjelett lidingar, 32,7% av alle legemeldte sjukefråværsdagar. Psykiske lidingar utgjør 26 % av sjukefråværsdagane, tal frå 2024: [https://www.nav.no/ /attachment/inline/fe2c6c59-2e28-4294-bd3b-](https://www.nav.no/ /attachment/inline/fe2c6c59-2e28-4294-bd3b-5ea481cab516:695af7ea6e23091635e6041ecda590b7da2dcdf9/Utvikling%20i%20sykefrav%C3%A6r%20med%20muskel%20og%20skjelettlidelser.pdf)

[5ea481cab516:695af7ea6e23091635e6041ecda590b7da2dcdf9/Utvikling%20i%20sykefrav%C3%A6r%20med%20muskel%20og%20skjelettlidelser.pdf](https://www.nav.no/ /attachment/inline/fe2c6c59-2e28-4294-bd3b-5ea481cab516:695af7ea6e23091635e6041ecda590b7da2dcdf9/Utvikling%20i%20sykefrav%C3%A6r%20med%20muskel%20og%20skjelettlidelser.pdf)

Riksrevisjonsrapporten viser at kommunane i dag ikkje kan tilby tverrfagleg tilnærming og intervensjonar med ein viss intensitet og varigheit.

<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2023-2024/rehabilitering-i-helse-og-omsorgstjenestene/>

NOU 2020:13 (2020). *Private aktører i velferdsstaten*. Nærings- og fiskeridepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-13/id2788017/>