

Det regionale nivået i spesialisthelsetjenesten

Helseregionene har betydelige forskjeller i befolknings sammensetning, sykdomsbyrde, geografi, avstandsutfordringer og rekrutteringssituasjon. Et regionalt nivå har bedre forutsetninger for å tilpasse struktur, kapasitet og funksjonsfordeling til lokale og regionale behov enn et nasjonalt nivå med mer overordnet perspektiv.

Legeforeningen mener derfor det er behov for en organisasjonsmodell for spesialisthelsetjenesten som inkluderer et regionalt nivå for å sikre nødvendig samarbeid og koordinering mellom sykehusene.

Vi mener at det regionale nivået er viktig for å koordinere kapasitet, pasientflyt og funksjonsfordeling, slik at pasienter får sammenhengende forløp og at tilgjengelige ressurser utnyttes bedre. Dette er særlig viktig for behandlinger som krever høyspesialisert kompetanse, avansert utstyr og tilstrekkelig pasientvolum for å opprettholde kvalitet. Flere helsetjenester må planlegges og organiseres regionalt for å fungere godt, blant annet for å sikre robuste fagmiljøer gjennom regionale faglige nettverk og tydelige koblinger til universitetssykehus.

Videre gir et regionalt nivå nødvendig grunnlag for helhetlig planlegging av struktur og beredskap, og for koordinert håndtering av større hendelser som pandemier eller andre situasjoner med økt press på helsetjenesten. Samtidig kan det bidra til samordning av forskning, fagutvikling og utdanning, samt motvirke fragmentering, duplisering av tjenester og ineffektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.

Utfordringer med dagens modell

Etter Legeforeningens syn har det regionale nivået over tid fått en uheldig maktkonsentrasjon, preget av lange styringslinjer og sterk ovenfra-og-ned-styring, der sentrale beslutninger ofte fattes langt fra sykehusene og de fagmiljøene som berøres. Dette fører til ansvarspulverisering, særlig i større struktur- og investeringsbeslutninger, og gjøre det uklart hvor beslutninger faktisk blir tatt.

Legeforeningen mener videre at helseforetakenes autonomi i mange tilfeller er for begrenset, ettersom RHF-ene gjennom eierstyring, økonomiske rammer og detaljerte styringskrav har stor innflytelse over prioriteringer, struktur og investeringer. Dette oppleves av flere som overstyring fra det regionale nivået.

Etter Legeforeningens oppfatning er det også utfordringer knyttet til demokratisk forankring og åpenhet, ved at beslutninger av stor samfunnsmessig betydning behandles i RHF-styret uten politisk behandling, og at viktige avklaringer kan skje i administrative prosesser og uformelle dialoger før formell styrebehandling og foretaksmøter.

Videre mener Legeforeningen at den sterke vekten på økonomisk styring, måltall og rapportering i RHF-strukturen i for stor grad kan gå på bekostning av faglig utvikling, klinisk virksomhet og langsiktig satsing på kvalitet, utdanning og kompetanse. Faglig medvirkning i beslutningsprosesser som påvirker organiseringen av tjenestene er ofte for svak, og manglende forankring i kliniske miljøer svekker både legitimiteten til beslutningene og tilliten til styringssystemet.

Vedlegg 1. Legeforeningens innspill til Helsereformutvalget, april 2026

Legeforeningen mener helsereformutvalget bør komme frem til en organisasjonsmodell for spesialisthelsetjenesten som reduserer utfordringene ved dagens styringssystem, samtidig som fordelene ved regional koordinering og samordning forsterkes.

Legeforeningen vil trekke frem fem sentrale problemstillinger som vi mener utvalget bør utrede og ta stilling til:

1. Finansieringssystemet

Over tid har sykehusene kommet inn i en negativ økonomisk spiral. Krav om budsjettbalanse har gitt sterke effektiviseringskrav og ført til systematisk utsettelse av nødvendige investeringer. Dette skjer samtidig som forventningene fra befolkningen øker, og den medisinske og teknologiske utviklingen går raskt fremover. Legeforeningen mener det er helt nødvendig å gjøre endringer i finansieringssystemet, uavhengig av hvilken struktur- og organisasjonsmodell som velges.

Et viktig tiltak er etter Legeforeningens syn, å skille tydeligere mellom drift og investeringer. Når sykehusene må betjene statlige investeringslån med renter og avdrag uten tilsvarende muligheter til å øke inntektene, legges hele den finansielle risikoen på virksomhetene selv. Dette har blitt særlig tydelig de senere årene, der kraftig vekst i både byggekostnader og renter har gjort mange prosjekter betydelig dyrere enn planlagt. Sykehusene må selv dekke merutgiftene, noe som over tid skaper vedvarende økonomisk press og omfattende omstillingskrav – med betydelig belastning for organisasjonen.

Å skille drift og investeringer forutsetter ikke nødvendigvis en omfattende omlegging av helseforetaksmodellen, men kan også gjennomføres innenfor dagens modell, der sykehusene fortsatt er underlagt regnskapslovens bestemmelser. Ett mulig grep er å skille mellom investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og større byggeprosjekter. Førstnevnte kan fortsatt være sykehusenes ansvar, mens større bygginvesteringer i større grad kan finansieres av Stortinget gjennom en nasjonal investeringsplan eller en statlig tilskuddsordning.

Innsatsstyrt finansiering definerer hvilke fagområder og pasientgrupper som fremstår som kostnadseffektive og «lønnsomme». I et slikt system vil enkelte pasientgrupper og aktivitet komme relativt dårligere ut med tanke på lønnsomhet. Innsatsstyrt finansiering kan likevel ha en funksjon dersom den brukes målrettet. Dette gjelder særlig på fagområder der aktiviteten kan planlegges, pasientforløpene er tydelig avgrenset, og der produksjon er et relevant mål. Legeforeningen mener imidlertid at bruken av innsatsstyrt finansiering bør reduseres der den gir uheldige utslag. I slike tilfeller bør den erstattes av økt rammefinansiering. Dette gjelder særlig innen øyeblikkelig hjelp, føde- og barselomsorg, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).

2. Ansvars- og oppgavedeling mellom styringsnivåene

Legeforeningen mener at erfaringene med dagens modell peker i retning av at det regionale nivået har fått en for stor rolle i både strategiske og operative beslutninger. RHF-ene kontrollerer økonomiske rammer, større investeringsbeslutninger, funksjonsfordeling og rapporteringskrav. Sykehusutvalget pekte også på at flere av utfordringene i dagens styringsmodell kan knyttes til uklar rolle- og ansvarsfordeling mellom nivåene i spesialisthelsetjenesten. Utvalget mente at det

kan bidra til lange beslutningslinjer, overlappende styring og uklarhet om hvor ansvar og myndighet ligger. Utvalget mente derfor at styringen kan forbedres gjennom en tydeligere rollefordeling.

Styret i et regionalt helseforetak fatter mange beslutninger som har stor betydning og direkte økonomiske konsekvenser for helseforetak. Dette skaper en situasjon der HF-ene har ansvar for resultater, men ikke full myndighet til å påvirke de viktigste strukturelle og økonomiske forutsetningene. Flere utredninger peker på at RHF-ene ofte styrer mer detaljert enn helseforetaksmodellen forutsatte, noe som reduserer HF-enes reelle handlingsrom. Dermed oppstår et styringsmessig paradoks: HF-ene har formell autonomi, men er i praksis sterkt bundet av regionale beslutninger.

Legeforeningen mener at helsereformutvalget må se på hvordan ansvars- og oppgavedelingen mellom nivåene kan justeres for å sikre en bedre balanse mellom nasjonal styring, regional koordinering og autonomi for sykehusene.

3. Regionenes geografiske inndeling og størrelse

Det har skjedd omfattende strukturelle endringer i spesialisthelsetjenesten etter helseforetaksreformen ble innført. Antall helseforetak som driver pasientbehandling er redusert fra 43 til 20. Helseregionene Sør og Øst ble i 2007 slått sammen til Helseregion Sør-Øst, i hovedsak begrunnet med behovet for å samordne sykehus tilbudet i hovedstadsområdet. Helse Sør-Øst dekker i dag nær 60 prosent av Norges befolkning.

Sammenslåing av sykehus til større helseforetak er ofte begrunnet med både stordriftsfordeler og at det vil lette arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling, koordinering og planlegging. Sykehusutvalget pekte imidlertid på at det ikke er noen entydig sammenheng mellom sykehusenes størrelse og kostnadseffektivitet. Utvalget viste til at mer sentralisering gir større avstand mellom nivåene i helsetjenesten, økt kompleksitet i beslutningsprosesser og større fare for at lokale organer kan oppleve seg mindre hørt. Legeforeningen er enig i dette.

Legeforeningen viser til Sykehusutvalgets anbefaling om at det gjennomføres en utredning som ser på antallet helseforetak og regionale helseforetak i en framtidig struktur. Dette har ikke blitt fulgt opp i ettertid.

4. Styreoppnevning og kompetanse

Legeforeningen mener at dersom modellen med styrer på HF- og/eller RHF-nivå videreføres, må det gjøres endringer i hvordan styrene oppnevnes og settes sammen.

Etter helseforetaksloven § 21 er det en forutsetning at styret samlet skal ha den kompetansen som er nødvendig for å ivareta foretakets oppdrag og ansvar, slik det følger av loven og av eierstyringen etter § 1. Forarbeidene understreker at foretaksmøtet har et særlig ansvar for å sikre en styresammensetning med bred kompetanse og tilstrekkelig ledelsesevne.

Legeforeningen mener imidlertid at det har utviklet seg en uheldig praksis, der enkeltpersoner innehar styreverv i flere helseforetak, og hvor styremedlemmer samtidig har direktørstillinger i andre sykehus. Slike dobbeltroller kan føre til uheldig maktkonsentrasjon og svekket tillit til styringsmodellen. Dette understøttes også av Sykehusutvalget, som peker på at kryssroller og flere styreverv kan svekke styrenes uavhengighet og evne til å fungere som selvstendige kontrollorganer.

Vedlegg 1. Legeforeningens innspill til Helsereformutvalget, april 2026

Legeforeningen mener at behovet for relevant kompetanse kan dekkes uten å konsentrere styreverv hos et begrenset antall personer. Rekrutteringen til foretaksstyrene bør i større grad skje lokalt, for å sikre bedre lokalkunnskap, bredere medvirkning og økt forståelse for regionale behov og utfordringer.

Sykehusutvalget foreslår i denne sammenheng at det i foretaksmøtene fastsettes begrensninger på slike kryssroller. Blant annet anbefales det at personer i lederroller i regionale helseforetak, samt administrerende direktører i helseforetak, ikke samtidig bør inneha styreverv i helseforetak i andre regioner. Videre foreslås det at ansatte i regionale helseforetak ikke skal sitte i styrene i underliggende helseforetak.

Sykehusvalget understreker også betydningen av at styrene har tilstrekkelig helsefaglig kompetanse utover den som følger av ansattrepresentasjonen, samt bred samfunnskompetanse. I tillegg fremheves behovet for styremedlemmer med erfaring fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Ansattes representasjon i styrene på RHF- og HF-nivå er et sentralt virkemiddel for reell medvirkning i styringen av spesialisthelsetjenesten. Styredeltakelse sikrer at erfaringer fra den kliniske hverdagen inngår i beslutningsgrunnlaget og bidrar til god forankring i virksomhetenes faktiske drift. Bestemmelsene om ansattes representasjon bør derfor videreføres.

5. Felleseide helseforetak

Det er opprettet en rekke felleseide helseforetak med formål om å bidra til bedre ressursutnyttelse, utvikling av spisskompetanse, samordning mellom helseregionene, likere oppgaveløsning og styrket nasjonalt samarbeid på sentrale områder. Slike felleseide foretak kan i utgangspunktet være en hensiktsmessig organisering når oppgaver krever nasjonal koordinering, standardisering eller særlig spesialisert kompetanse. De kan bidra til stordriftsfordeler, redusert dobbeltarbeid og mer ensartede løsninger på tvers av regionene.

Samtidig reiser denne organiseringen en rekke prinsipielle og praktiske problemstillinger. Felleseide helseforetak er virksomheter som ofte ligger på armlengdes avstand fra den daglige kliniske driften, og som ikke selv yter spesialisthelsetjenester direkte til pasientene. Likevel har de betydelig innflytelse over rammebetingelsene for tjenesten – enten det gjelder bygg, IKT, innkjøp, logistikk eller andre støttefunksjoner som i praksis former både arbeidshverdagen for ansatte og kvaliteten på pasienttilbudet.

Legeforeningen mener det i mange tilfeller kan være hensiktsmessig å samle slike oppgaver i felles enheter, men erfaringene viser at modellen også har klare svakheter. Særlig erfaringene med Sykehusbygg HF illustrerer utfordringer knyttet til åpenhet og medvirkning. Etter vårt syn fremstår flere av de felleseide foretakene som relativt lukkede organisasjoner, hvor beslutningsprosessene i liten grad involverer ansatte, fagmiljøer og tillitsvalgte fra sykehusene som berøres av beslutningene. Dette svekker både legitimiteten og kvaliteten i beslutningsgrunnlaget. Videre kan ansvarsforholdene bli uklare. Når oppgaver flyttes ut i felleseide foretak, kan det oppstå uklarhet om hvem som faktisk har beslutningsmyndighet, hvem som kan holdes ansvarlig, og hvordan helseforetakenes egne styrer og ledelser skal utøve reell kontroll. Dette kan gjøre styringslinjene mindre transparente og vanskeliggjøre demokratisk og administrativ etterprøvnbarhet. Legeforeningen ber på denne bakgrunn utvalget om å utrede og evaluere de felleseide foretakenes rolle og funksjon.