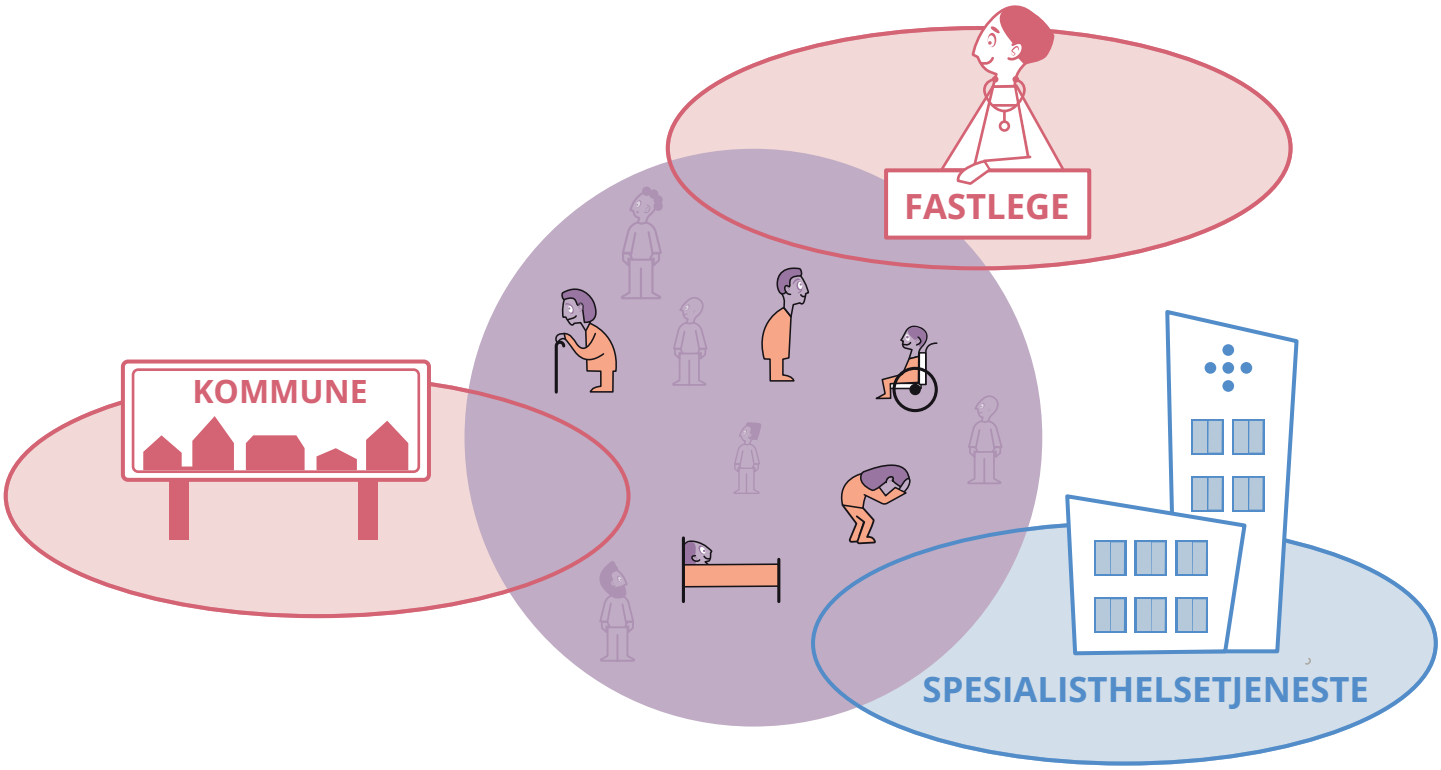
NOU Norges offentlige utredninger 2026: 12

Én helsetjeneste



Norges offentlige utredninger 2026

Seriens redaksjon:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Teknisk redaksjon

---

1. En bærekraftig kommunesektor – Kommunekommisjonens første delutredning
   Kommunal- og distriktsdepartementet

2. Politikk for nye generasjoner – Årsaker, konsekvenser og tiltak knyttet til lave fødselstall
   Barne- og familiedepartementet

3. Straffeforfølgelsen av Viggo Kristiansen
   Justis- og beredskapsdepartementet

4. Kjernekraft i Norge? – Fordeler, ulemper og forutsetninger
   Energidepartementet

5. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2026
   Arbeids- og inkluderingsdepartementet

6. Den nye velferdskommunen
   Helse- og omsorgsdepartementet

7. Forsvarlighet, risiko og tillit – Gransking av utenlandsadopsjon til Norge
   Barne- og familiedepartementet

8. Samarbeid og informasjonsdeling for å forebygge kriminalitet – Kriminalitet som begås av barn og unge, vold og overgrep i nære relasjoner og voldelig ekstremisme
   Justis- og beredskapsdepartementet

9. Veien mot et bedre og mer forutsigbart skattesystem
   Finansdepartementet

10. Fellesskolen – Bærebjelken i framtidens samfunn
    Kunnskapsdepartementet

11. En ansvarlig, finansiell forvaltning – Det etiske rammeverket for Statens pensjonsfond utland
    Finansdepartementet

12. Én helsetjeneste
    Helse- og omsorgsdepartementet

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Helsereformutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 29. august 2025 for å vurdere hvordan helse- og omsorgstjenestene kan utvikles for å møte framtidige behov og utfordringer. Utvalget avgir med dette sin utredning.

Oslo 2. november 2026

Gunnar Bovim
Leder

Somayeh Sadat Bach	Edith Roth Gjevjon	Silje Naustvik
Øyvind Bakke	Marit Hermansen	Kari Sønderland
Jonny Finstad	Kjetil Andreas Hognestad Karlsen	Tone Poulsson Torgersen
Lars Erik Flatø	Oddvar Martin Kaarbøe	

Kjetil Telle
Sekretariatsleder

Helga Aanderaa

Ann Kristin Andresen

Mette Bakkeli

Wenche Dehli

Åshild Flatebakken

Solfrid Vaage Haukaas

Stein Johnsen

Siv Lunde

Linda Midttømme

Vegard Pettersen

Hilde Marie Skarvang

Kari Steig

Innhold

1 Sammendrag 15
1.1 God folkehelse og gode helse- og omsorgstjenester 15
1.1.1 Flere eldre øker behovet for tjenester 15
1.1.2 Kostnadene øker i kommunene ... 16
1.1.3 Tiltakende knapphet på helsefag-arbeidere og sykepleiere 17
1.1.4 Framtidige behov møtes best med tiltak nå 17
1.2 Anbefalinger 19
1.2.1 Fortsatt delt sørge-for-ansvar mellom kommunene og staten 19
1.2.2 En nærhelsereform 19
1.2.3 Helsefellesskapene endres til strategiske helseutvalg 22
1.2.4 En tverrfaglig teambasert allmennmedisinsk tjeneste 23
1.2.5 En sammenhengende akuttmedisinsk kjede 24
1.2.6 Kunnskapsgjennomgang av rehabiliteringsfeltet 24
1.2.7 Økt kapasitet i de psykiske helsetjenestene 25
1.2.8 Én felles helse- og omsorgs-tjenestelov 26
1.2.9 En årlig helse- og omsorgs-tjenestemelding til Stortinget 26
1.2.10 Små kommuner er for sårbare 27
1.2.11 Endringer i styringen av spesialisthelsetjenesten 29
1.2.12 Finansieringsordninger som understøtter samhandling og riktig ressursbruk 30
1.2.13 Sammenhengen mellom drift og investering 31
1.2.14 Digitalisering 31
1.2.15 Avtaler med private som understøtter pasientens valgfrihet 34
1.2.16 Bedre styringsinformasjon 35

2 Utvalgets mandat og arbeidsform 36
2.1 Helsereformutvalgets mandat 36
2.2 Utvalgets tolkning og avgrensing av mandatet 37
2.3 Helsereformutvalgets sammensetning 38
2.4 Utvalgets arbeid 38
2.4.1 Utvalgsmøter 38
2.4.2 Referansegruppen 40
2.4.3 Dialog med eksterne og offentligheten 41
2.4.4 Utredninger fra eksterne 41

Del I Dagens helse- og omsorgs-tjenester 43

3 Helse- og omsorgstjenesten i Norge 45
3.1 Innledning 45
3.2 Innbygger, pasient og bruker 45
3.3 Prinsipper for norsk forvaltning ... 45
3.3.1 Kommunene – lokalt selvstyre 45
3.3.2 Statens rolle 48
3.3.3 Forebygging og folkehelse 48
3.4 Verdier og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten 49
3.5 Sørge-for-ansvaret 50
3.6 Organisering og styring av helse- og omsorgstjenesten 52
3.6.1 Organisering av kommunale helse- og omsorgstjenester 52
3.6.2 Organisering av spesialist-helsetjenesten 53
3.7 Sentrale reformer 55
3.7.1 Fastlegereformen 55
3.7.2 Helseforetaksreformen 55
3.7.3 Samhandlingsreformen 56
3.8 Tjenesteleverandører 56
3.8.1 Den med sørge-for-ansvaret trenger ikke å selv være tjeneste-leverandør 56
3.8.2 Private tjenesteleverandører med avtale med det offentlige 59
3.8.3 Private tilbydere uten avtale med det offentlige 60
3.8.4 Frivilligheten og pårørende 60
3.9 Rettslige rammer og muligheter for samhandling og samarbeid 60
3.9.1 Plikt til å samarbeide og samhandle 60
3.9.2 Rettslig handlingsrom 61
3.9.3 Avtaler om å yte tjenester på vegne av hverandre 61
3.9.4 Adgangen til å opprette selskap eid av kommuner og (regionale) helseforetak som yter helse- og omsorgstjenester 62
3.9.5 Adgang til å delegere vedtak om tildeling av helse- og omsorgs-tjenester 63
3.9.6 Arbeidsrettslige rammer 64

3.10 Finansiering 65
3.10.1 Finansiering av kommuner og regionale helseforetak 65
3.10.2 Drift og investeringer 66
3.11 Styringsinformasjon 66
3.12 Digitalisering i helse- og omsorgssektoren 68

4 Helsetjenestesystemene i andre land 71
4.1 Sverige 71
4.2 Danmark 74
4.3 Finland 76
4.4 Storbritannia 79
4.4.1 England 79
4.4.2 Skottland 80
4.5 Nederland 82
4.6 Nuka System of Care 83
4.7 Forskjeller og likheter mellom landene 84
4.8 Utvalgets vurdering 85

Del II Utfordringsbildet 87

5 Utviklingstrekk som utfordrer framtidens helse- og omsorgstjenester 89
5.1 Innledning 89
5.2 Befolkningen blir eldre 89
5.3 Endringer i velferdsstatens økonomiske rammer 91
5.4 Økende ulikhet 92
5.5 En mer usikker verden 92
5.6 Medisinsk og teknologisk utvikling 93
5.7 Oppsummering 94

6 Overordnet om utfordringer for framtidens helse- og omsorgstjenester 95
6.1 Innledning 95
6.2 Det vil bli utfordrende å dekke behovet for helse- og omsorgstjenester 96
6.2.1 Økende behov for helse- og omsorgstjenester 96
6.2.2 Økende forventninger 98
6.2.3 Knappe helsepersonellressurser ... 99
6.2.4 Hvordan dekke behovet når det uforutsette skjer? 100
6.2.5 Barrierer mot at behovene skal kunne dekkes i tiårene framover 102
6.3 Det vil bli utfordrende å oppnå sammenhengende helse- og omsorgstjenester 106
6.3.1 Sammenheng og koordinering i helse- og omsorgstjenestene? 106
6.3.2 Barrierer mot sammenhengende tjenester 109
6.4 Det vil bli utfordrende å sørge for likeverdige helse- og omsorgstjenester 111
6.4.1 Hva er akseptable forskjeller? 112
6.4.2 Sosioøkonomiske forskjeller i helse og bruk av helse- og omsorgstjenester 112
6.4.3 Geografiske forskjeller 113
6.4.4 Barrierer mot likeverdige tjenester i tiårene framover 115
6.5 Sammendrag 116

7 Sørge-for-ansvaret og organisering 117
7.1 Innledning 117
7.2 Det todelte sørge-for-ansvaret 117
7.3 Virkemidler for å kunne ivareta sørge-for-ansvaret 119
7.4 Utøvelse av sørge-for-ansvaret krever koordinering og en viss størrelse 122

8 Tjenesteleverandører, inkludert private 123
8.1 God kvalitet krever et visst volum 123
8.1.1 Kommunale helse- og omsorgstjenester krever et visst volum 123
8.1.2 Sykehus krever et visst volum 124
8.1.3 Hensiktsmessig størrelse på tjenestene 125
8.2 Utfordringer ved flyten av pasienter mellom tjenestene og henvisninger 126
8.3 Utfordringer for tjenester som er offentlig finansiert og privat drevet 127
8.3.1 Anskaffelsesordningene 128
8.3.2 Fastlegeordningen 129
8.3.3 Avtalespesialistordningen 132
8.4 Utfordringer med tjenester som er privat finansiert og privat drevet 134
8.4.1 Begrenset kunnskap om omfanget av helprivate tjenester 134
8.4.2 Helprivate kan trekke på offentlige ressurser 135

8.5 Utfordringer knyttet til valgfrihet for pasientene ... 136
8.6 Utfordring knyttet til samhandling med pårørende og frivilligheten ... 138
8.6.1 Pårørende ... 138
8.6.2 Frivilligheten ... 138

9 Organisering og styring i kommunene ... 140
9.1 Innledning ... 140
9.2 Kommunestruktur og generalist-kommuneprinsippet ... 140
9.2.1 Dagens kommuner ... 140
9.2.2 Utfordringer med dagens kommunestruktur ... 141
9.2.3 Tidligere arbeid med kommune-struktur og vurdering av kommunestørrelse ... 142
9.3 Interkommunalt samarbeid ... 143
9.3.1 Omfang av interkommunale samarbeid ... 143
9.3.2 Ulike former for interkommunalt samarbeid ... 144
9.3.3 Utfordringer ved kommune-samarbeid ... 145
9.4 Statlig styring ... 146
9.4.1 Omfattende detaljstyring ... 146
9.5 Andre sentrale utfordringer for kommunene ... 147
9.5.1 Krevende prioriteringer for å dekke behovene for befolkningen ... 147
9.5.2 Økning i antallet eldre ... 148
9.5.3 Økning i antallet yngre brukere ... 148
9.5.4 Personellbehov ... 149
9.5.5 Beslutninger i spesialisthelse-tjenesten får konsekvenser for kommunene ... 150
9.5.6 Samhandling ... 150
9.5.7 Samhandlingsutfordringer innad i kommunen ... 151
9.6 Utvalgets vurderinger av utfordringene ... 152

10 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten ... 153
10.1 Innledning ... 153
10.2 Debatten om helseforetaks-modellen ... 153
10.2.1 Politisk styring ... 154
10.2.2 Sammensetning og oppnevning av styrer ... 156
10.2.3 Beslutningsprosesser og åpenhet ... 157
10.2.4 Byråkrati og ressurser til administrasjon ... 158
10.2.5 Fag, ledelse og styring ... 160
10.2.6 Utvalgets oppsummering av utfordringene ... 161

11 Helsefellesskapene ... 164
11.1 Innledning ... 164
11.2 Om helsefellesskapene ... 164
11.3 Svake virkemidler i helsefelles-skapene ... 164
11.4 For lite strategisk retning og styringskraft ... 165
11.5 Helsefellesskapene mangler beslutningsmyndighet ... 166

12 Tjenester til pasientgrupper med stort behov for samhandling ... 167
12.1 Samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgs-tjenesten og spesialisthelse-tjenesten ... 167
12.2 Befolkningens bruk av helse- og omsorgstjenester ... 168
12.2.1 Eldre ... 168
12.2.2 Personer med kroniske lidelser og behovet for samhandling i tjenestene ... 169
12.2.3 Personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og deres behov for tjenester ... 170
12.2.4 Barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for tjenester ... 170
12.2.5 Svangerskap, fødsel og barsel ... 171
12.3 Utfordringer ved samhandlings-arenaer ... 172
12.3.1 Lokalmedisinske sentre, distriktsmedisinske sentre og sykestuer ... 172
12.3.2 Organisering, drift og finansiering av LMS, DMS og sykestuer ... 175
12.3.3 Ambulante tjenester, team og hjemmesykehus ... 175
12.3.4 Utfordringer ved LMS, DMS, sykestuer og team ... 175
12.3.5 Prosjekt X – tiltak ... 177
12.3.6 Prosjekt X – barrierer ... 178
12.4 De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus ... 179
12.4.1 Organisering av legevakt, legevaktsentraler og heldøgns medisinsk akuttberedskap ... 179

12.4.2 Ambulansetjenester og AMK sentraler 180
12.4.3 Utfordringene 181
12.5 Habilitering og rehabilitering 181
12.5.1 Ansvars- og oppgavedeling 181
12.5.2 Utfordringer 183
12.6 Psykiske helsetjenester 184
12.6.1 Ansvars- og oppgavefordeling 184
12.6.2 Tjenestetilbudet 184
12.6.3 Tiltak for utvikling av tjeneste-tilbudet 185
12.6.4 Utfordringer 185

13 Finansieringsordningene 188
13.1 Innledning 188
13.2 Grunnleggende utfordringer ved dagens finansieringsordninger 188
13.2.1 Motstridende insentiver for kommuner og spesialisthelse-tjeneste 188
13.2.2 Mulige effekter av finansierings-ordningene for grupper med store og sammensatte behov 189
13.2.3 Forbedringer i pasientens helsetilstand og behov belønnes ikke 195
13.2.4 Interne finansieringsordninger i kommunene og spesialist-helsetjenesten 196
13.3 Utfordringer ved finansierings-ordninger for private 197
13.3.1 Private med avtale 197
13.3.2 Private aktører uten avtale 198
13.4 Utvalgets vurdering av utfordringene 198

14 Finansiering av drift og investeringer 200
14.1 Sammenligning av modellene for drift og investeringer i kommuner og regionale helseforetak 200
14.2 Investeringer og gjeld i spesialisthelsetjenesten 200
14.3 Utfordringer med dagens finansieringsmodell i spesialist-helsetjenesten 203
14.4 Utfordringer ved manglende koordinering av investeringer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten 207
14.5 Utvalgets vurdering av utfordringene 208

15 Digitalisering 209
15.1 Innledning 209
15.2 Manglende tilgang til informasjon og helseråd for innbyggerne 209
15.3 Helsepersonell mangler tilgang til nødvendige helseopplysninger 210
15.4 Manglende mulighet for datadrevet klinisk praksis og virksomhetsstyring 210
15.5 Svak nasjonal og lokal styringskraft 211
15.6 Fragmentert systemlandskap og teknologiske barrierer 211
15.6.1 Uklare mål og uavklarte teknologiske prinsipper 212
15.6.2 Flere og separate systemer internt og mellom virksomheter 212
15.6.3 Nasjonale e-helseløsninger er ikke tilstrekkelige 212
15.6.4 Manglende mulighet for å dele nødvendige data i sanntid 213
15.7 Ledelse, digitale løsninger og gevinstrealisering 214
15.8 Ulik tilgang til IKT-ressurser mellom kommuner og sykehus ... 215
15.9 Digital beredskap og informasjonssikkerhet 216
15.10 Næringslivets rolle, og barrierer for innovasjon 216
15.11 Det juridiske handlingsrommet ... 216
15.12 Utvalgets vurderinger av utfordringene ved digitalisering ... 217

16 Beredskap 220
16.1 Rammeverk for helse- og omsorgssektorens beredskap 220
16.1.1 Lovverk og fullmakter i krisetid ... 220
16.1.2 Strategisk retning og prioritering 220
16.1.3 Nasjonal helseberedskapsplan 221
16.2 Sivil-militært samarbeid og Totalforsvarsåret 2026 222

Del III Mulige modeller og tiltak med samlet sørge-for-ansvar 223

17 Mål og hensyn i utvalgets vurderinger av tiltak og modeller 225
17.1 Innledning 225
17.2 Målet for helse- og omsorgs-tjenestene 225
17.3 Hensyn ved vurdering av tiltak og modeller 225

17.4 Andre relevante rammer for vurderingene 227

18 Modeller for samlet organisering av helse- og omsorgstjenestene 229
18.1 Elementer som inngår i beskrivelsen av modellene 229
18.2 Modell 1: Kommunene overtar ansvaret for alle helse- og omsorgstjenestene 230
18.2.1 Elementene i modell 1 230
18.2.2 Fordeler og ulemper med modell 1 232
18.3 Modell 2: Nye folkevalgte regioner overtar ansvaret for alle helse- og omsorgstjenestene 233
18.3.1 Elementene i modell 2 233
18.3.2 Fordeler og ulemper med modell 2 235
18.4 Modell 3: Fylkeskommunene overtar ansvaret for alle helse- og omsorgstjenestene 236
18.4.1 Elementene i modell 3 236
18.4.2 Fordeler og ulemper med modell 3 237
18.5 Modell 4: Staten overtar ansvaret for alle helse- og omsorgstjenestene og organiserer disse i foretak på to nivåer 238
18.5.1 Elementene i modell 4 239
18.5.2 Fordeler og ulemper med modell 4 239
18.6 Modell 5: Staten overtar ansvaret for alle helse- og omsorgstjenestene og organiserer disse i foretak på det regionale nivået 243
18.6.1 Elementene i modell 5 244
18.6.2 Fordeler og ulemper med modell 5 245
18.7 Modell 6: Staten overtar ansvaret for alle helse- og omsorgstjenestene og organiserer disse i foretak på det utøvende nivået 245
18.7.1 Elementene i modell 6 246
18.7.2 Fordeler og ulemper med modell 6 247
18.8 Modell 7: Staten overtar ansvaret for alle helse- og omsorgstjenestene og organiserer disse som ordinære forvaltningsorganer 249
18.8.1 Elementene i modell 7 249
18.8.2 Fordeler og ulemper med modell 7 250
18.9 Modell 8: Rettighetsstyrt modell ... 251
18.9.1 Elementene i modell 8 251
18.9.2 Fordeler og ulemper med modell 8 253

Del IV Mulige modeller og tiltak med todelt sørge-for-ansvar 255

19 Styring og organisering av kommunene 257
19.1 Innledning 257
19.2 Kommunestørrelse og tjenestekvalitet 257
19.3 Interkommunalt samarbeid for bedre tjenesteytelse 259
19.4 Pålegg om å etablere interkommunalt samarbeid ved svikt 260
19.5 Ansvars- og oppgavedifferensiering 261
19.6 Krav til innbyggertall for å ha ansvar for helse- og omsorgstjenester 261
19.7 Særskilte oppfølgingsmekanismer for enkeltkommuner 262
19.8 Organisering av helse- og omsorgstjenestene i kommunen ... 263

20 Styring og organisering av spesialisthelsetjenesten 265
20.1 Endringer med utgangspunkt i dagens helseforetaksmodell med foretak på to nivåer 265
20.1.1 Innledning 265
20.1.2 Mulige tiltak og endringer innenfor helseforetaksmodellen ... 265
20.1.3 Fordeler og ulemper ved forslagene til tiltak 268
20.2 Regionalt folkevalgt nivå overtar ansvaret for spesialisthelsetjenesten 268
20.2.1 Nye folkevalgte regioner overtar ansvaret for spesialisthelsetjenesten 269
20.2.2 Fylkeskommunene overtar ansvaret for spesialisthelsetjenesten 271
20.3 Statlig eierskap med foretak som egne rettssubjekter på ett nivå 273
20.3.1 Foretak på regionalt nivå har sørge-for-ansvaret og yter tjenester – helseforetakene er ikke egne rettssubjekter 273

20.3.2 Staten har sørge-for-ansvaret – de regionale helseforetakene yter tjenester og er egne rettssubjekter 276
20.3.3 Staten har sørge-for-ansvaret – helseforetakene yter tjenester og er egne rettssubjekter 279
20.3.4 Ett nasjonalt foretak til erstatning for de regionale helseforetakene – helseforetakene videreføres som egne rettssubjekter 282
20.4 Statlig eierskap og organisering av spesialisthelsetjenesten som ordinære forvaltningsorganer 285
20.4.1 Styring, organisering og finansiering i en forvaltnings-modell 285

21 Organisatoriske og juridiske virkemidler for bedre samhandling mellom kommuner og helseforetak 288
21.1 Innledning 288
21.2 Årlig melding til Stortinget 288
21.3 Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 289
21.3.1 Videreutvikle dagens organisering av tjenestene 289
21.3.2 Legevakt på sykehus om natten ... 291
21.3.3 Modell der ansvaret for legevakt og legevaktsentraler flyttes til spesialisthelsetjenesten 291
21.4 Rehabilitering 293
21.5 Psykiske helsetjenester 293
21.5.1 Personer med vedtak om og dom på overføring til tvungent psykisk helsevern 294
21.5.2 Finansiering av særreaksjonene ... 295
21.6 Henvisninger til spesialisthelse-tjenesten 296
21.7 Juridiske muligheter for samhandling 297
21.7.1 Avtaler om samarbeid mellom kommuner og helseforetak 297
21.7.2 Avtaler om samarbeid i et felleseid selskap 298
21.7.3 Delegering av vedtakskompetanse fra kommunen til helseforetak eller felleseid selskap 299
21.7.4 Behov for justeringer av eksisterende rettigheter og plikter 299
21.8 Nye plikter for samarbeid og samhandling på tvers 300
21.8.1 Generelle plikter til samarbeid og samhandling 300
21.8.2 Plikt til å vurdere konkrete samhandlingstiltak 300
21.8.3 Lovfestet plikt til å etablere konkrete samhandlingstiltak 301
21.8.4 Pålegg om å opprettholde et etablert samarbeid mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialist-helsetjenesten 303
21.8.5 Pålegg om å etablere samarbeid mellom kommuner ved svikt 303
21.8.6 Pålegg om å etablere samhandling mellom helseforetak og kommuner ved svikt 304
21.8.7 Presisering av veiledningsplikt 305

22 Alternative organiserings-former for allmennmedisinske tjenester 306
22.1 Innledning 306
22.2 Alternativ 1: Ansvaret for fastlegeordningen overføres til nivået som har ansvar for spesialisthelsetjenesten 306
22.3 Alternativ 2: Mer integrerte og teambaserte allmennmedisinske tjenester 307
22.4 Alternativ 3: Dagens fastlege-ordning videreføres, men finansieringen flyttes til kommunene 308
22.5 Alternativ 4: Kombinert fastlegemodell med teambaserte allmennmedisinske tjenester 309
22.5.1 Organisering, regulering og finansiering 309
22.5.2 Plikt for alle kommuner til å tilby teambaserte allmennmedisinske tjenester 311
22.5.3 Fordeler og ulemper ved en kombinert modell 312

23 Helsefellesskap 314
23.1 Innledning 314
23.2 Avvikling av helsefellesskapene ... 314
23.3 Videreføring av dagens helsefellesskap 314
23.4 Omgjøring av helsefellesskapene til en strategisk arena 315
23.4.1 Plikt til å etablere og delta i helsefellesskapene 315
23.4.2 Helsefellesskapenes mandat og oppdrag 316

23.4.3 Helsefellesskapenes struktur og organisering 317
23.4.4 Drøfting av samhandlingstiltak i helsefellesskapet 317
23.4.5 Særlig om drøfting av nærhelsetjenester 317
23.5 Helsefellesskapene som egen juridisk enhet 318
23.6 Helsefellesskapene som nytt forvaltningsnivå 319

24 Sammenslåing av helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven til én helse- og omsorgstjenestelov 320
24.1 Innledning 320
24.2 Vurderinger av sammenslåing av tjenestelovene 320

25 Forskning, utdanning og klinisk etikk-komité 322
25.1 Innledning 322
25.2 Forskning 322
25.3 Utdanning 323
25.4 Klinisk etikk-komité (KEK) 324

26 Samspillet med private i den offentlige helse- og omsorgstjenesten 326
26.1 Innledning 326
26.2 Mulige tiltak og fordeler og ulemper med disse 327
26.2.1 Et eget budsjett sentralt i spesialisthelsetjenesten til kjøp fra private 327
26.2.2 Gi private myndighet til å tildele pasientrettigheter i spesialisthelsetjenesten 327
26.2.3 Gi private myndighet til å tildele kommunale helse- og omsorgstjenester 327
26.2.4 Reservere anbud for ideelle aktører 328
26.2.5 Mer langsiktige avtaler 328

27 Finansieringsordninger for bedre samhandling og arbeidsdeling 329
27.1 Innledning 329
27.2 Kommunal medfinansiering 329
27.3 Statlig aktivitetsbasert finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester 330
27.4 Statlig finansiering av samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten 330
27.5 Statlig finansiering av felles organiserte helsetjenester 331
27.6 Aktivitetsbasert finansiering av sykehusenes veiledningsplikt overfor kommunene 332
27.7 Økt kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter 332
27.8 Bare rammefinansiering av øyeblikkelig hjelp i sykehusene ... 333
27.9 Finansieringsordninger for å stimulere til tjenester nær der folk bor 333
27.10 Forløpsfinansiering 335

28 Drift og investeringer 336
28.1 Innledning 336
28.2 Koordinering av investeringer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten 336
28.3 Mulige alternative løsninger innenfor gjeldende finansieringsmodell for spesialisthelsetjenesten 336
28.3.1 Bedre og mer forutsigbare rentebetingelser 337
28.3.2 Investeringstilskudd 337
28.3.3 Regional håndtering av finansiell risiko 337
28.4 Endre gjeldende modell i spesialisthelsetjenesten – skille finansiering av drift og investeringer 338
28.4.1 Statsbygg-varianten 339
28.4.2 Nasjonal transportplan-varianten 340
28.4.3 Universitets- og høyskole-varianten 341
28.5 Drift og investeringer hvis de regionale helseforetakene legges ned 341
28.6 Felles byggorganisasjon for hele helse- og omsorgstjenesten 342

29 Digitalisering for bedre samhandling og økt produktivitet i helse- og omsorgstjenesten 343
29.1 Innledning 343
29.2 Digitale tilganger for innbyggerne 343

29.2.1 Tiltak som gir innbyggerne tilgang til tjenester og helseopplysninger i sanntid 343
29.2.2 Rettslige utdypinger 344
29.3 Digitale tilganger for helsepersonell 345
29.3.1 Plikt til å dele helseopplysninger for helsehjelp 345
29.3.2 Deling av helseopplysninger for sekundærformål 346
29.4 Hvordan dele data i praksis? 347
29.4.1 Tre alternativer for deling av helseopplysninger 347
29.4.2 En nasjonal virksomhet får dataansvaret for deling av helseopplysninger 349
29.5 Sterkere nasjonal styring 351
29.6 Regionale IKT-virksomheter 354
29.6.1 Etablering av regionale IKT-virksomheter 354
29.6.2 Alternativer for eierskap til regionale IKT-virksomheter 355
29.6.3 Juridiske vurderinger av felleseide regionale IKT-virksomheter 358

30 To modeller innenfor dagens todelte sørge-for-ansvar 361
30.1 Innledning 361
30.2 Større mulighet for kommunene til å forme helse- og omsorgstjenestene 361
30.2.1 Beskrivelse av modellen 361
30.2.2 Fordeler og ulemper 362
30.3 Sterkere statlig styring med helse- og omsorgstjenestene 362
30.3.1 Beskrivelse av modellen 362
30.3.2 Fordeler og ulemper 363

31 Nærhelsemodellen 364
31.1 Innledning 364
31.2 Nærhelsemodell 364
31.3 Organisering og styring av nærhelsetjenester 365
31.4 Pasientgrupper som kan ha særlig nytte av nærhelsetjenester 368
31.5 Henvisninger i nærhelsetjenestene 369
31.6 Behandling av helseopplysninger i nærhelsetjenestene 369
31.7 Finansiering av nærhelsetjenestene 370
31.8 To varianter av en nærhelsetjeneste 370
31.8.1 Nærhelsetjenester i et felleseid selskap 370
31.8.2 Nærhelsetjenester i avtalebaserte samarbeidsløsninger 373
31.9 Fordeler og ulemper 373

Del V Anbefalinger 377

32 Utvalgets anbefalinger 379
32.1 Fortsatt delt sørge-for-ansvar mellom kommuner og den statlige spesialisthelsetjenesten 379
32.2 En nærhelsereform 380
32.3 Helsefellesskapene endres til strategiske helseutvalg 384
32.4 En tverrfaglig teambasert allmennmedisinsk tjeneste 384
32.5 En sammenhengende akuttmedisinsk kjede 386
32.6 Kunnskapsgjennomgang av rehabiliteringsfeltet 388
32.7 Økt kapasitet i tjenestene innen psykisk helse 388
32.8 Én felles helse- og omsorgstjenestelov 390
32.9 Lovendringer for bedre samarbeid og harmonisering 390
32.10 En årlig helse- og omsorgstjenestemelding til Stortinget 392
32.11 Små kommuner er for sårbare 394
32.12 Endringer i styringen av spesialisthelsetjenesten 395
32.13 Finansieringsordninger som bidrar til samhandling og riktig ressursbruk 399
32.14 Sammenhengen mellom drift og investeringer 399
32.15 Avtaler med private som understøtter pasientens valgfrihet 402
32.16 Digitalisering 403
32.17 Bedre styringsinformasjon 405

33 Konsekvenser av utvalgets forslag 406
33.1 Innledning 406
33.2 Konsekvenser av utvalgets forslag 406
33.2.1 Nærhelsemodell 406
33.2.2 Større kommuner framfor interkommunale samarbeid 407
33.2.3 Styring, organisering og finansiering av spesialisthelsetjenesten 407
33.2.4 Strategiske helseutvalg 407
33.2.5 Lovendringer for bedre samarbeid og harmonisering 407

33.2.6 Én felles helse- og omsorgstjenestelov 408
33.2.7 Allmennmedisinske team for pasienter med store og sammensatte behov 408
33.2.8 Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 408
33.2.9 Psykiske helsetjenester 408
33.2.10 Digitalisering som grunnpilar 409

34 Behov for lovendringer 410
34.1 Oversikt over utvalgets forslag til lovendringer 410
34.2 Utkast til lov om helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) 411
34.3 Utkast til lovendringer i modell hvor staten har sørge-for-ansvaret og eier helseforetak som er egne rettssubjekter (flertallet) 436
34.4 Utkast til lovendringer i modell hvor regionalt helseforetak har sørge-for-ansvaret og helseforetak ikke er egne rettssubjekter (mindretallet) 444
34.5 Utkast til endringer i andre lover 450

Referanseliste 452

Kapittel 1
Sammendrag

1.1 God folkehelse og gode helse- og omsorgstjenester

Den norske befolkningen har gjennomgående god helse, levealderen øker og aldersjustert sykelighet er redusert over tid. Kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene er høy, både i historisk perspektiv og sammenlignet med andre land.

Samtidig øker behovet for helse- og omsorgstjenester. Flere lever lenge med sykdommer som tidligere var dødelige, og antallet personer som trenger behandling, oppfølging, pleie og omsorg over mange år, vokser. Forventningene til hva helse- og omsorgstjenesten skal tilby, øker både i befolkningen, blant helsepersonell og gjennom politisk vedtatte rettigheter.

Behovet for å gjennomgå organisering, styring og finansiering av helse- og omsorgstjenestene, skyldes ikke først og fremst utfordringene i dagens situasjon, men behovet for å ruste tjenestene for en framtid preget av at befolkningen blir eldre og velferdsstatens økonomiske rammer endres. Samtidig øker ulikhetene, den teknologiske, helsefaglige og medisinske utviklingen skjer raskt, og verden blir mer usikker.

Utviklingstrekkene vil gjøre det mer utfordrende å dekke befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Flere enn tidligere vil leve med kroniske sykdommer og flere sykdommer samtidig, og ha behov for langvarig behandling og oppfølging. Økt levealder og at man kan behandle flere tilstander enn tidligere, er positivt. Det stiller likevel krav til hvordan helse- og omsorgstjenestene organiseres og utvikles for å dekke behovene, i en situasjon med økende knapphet på arbeidskraft.

Uten endringer for å møte framtidens behov, kan det bli krevende å sikre sammenhengende tjenester og et likeverdig tilbud til befolkningen, samtidig som tjenestene skal være rustet til å håndtere uforutsette hendelser. Dette er bakgrunnen for utvalgets arbeid med å vurdere framtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste i Norge.

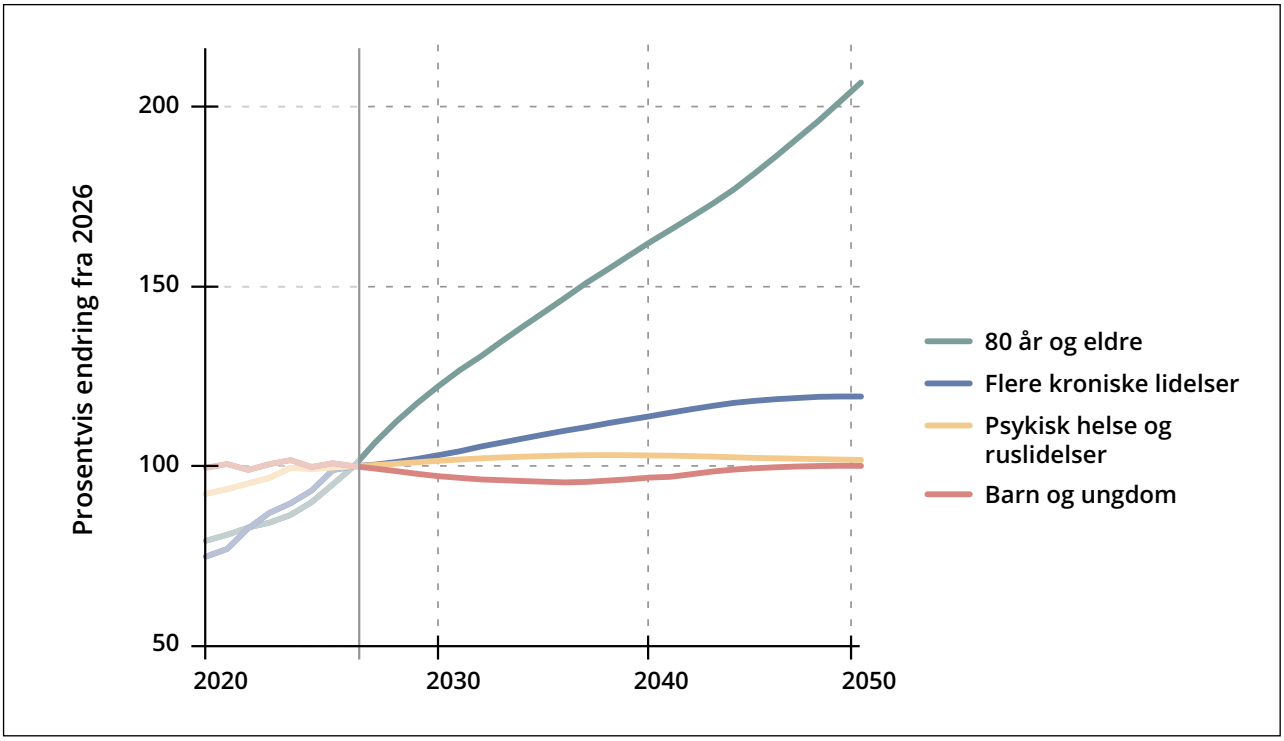
1.1.1 Flere eldre øker behovet for tjenester

Antall personer over 80 år forventes å bli mer enn doblet fra 2026 til 2050, og antall personer med demens øker i takt med den aldrende befolkningen (FHI, 2026d). Utgiftene til andre aldersrelaterte tilstander, som skader etter fall, hjerneslag og diabetes, forventes også å øke (Kinge mfl., 2025). Antall personer under 80 år med flere kroniske lidelser vil øke med om lag 20 prosent fra i dag til 2050 (figur 1.1). For andre grupper er veksten betydelig lavere, med kun små endringer i antall personer med rus- og psykiske lidelser og i antall barn og unge med varige eller sammensatte tjenestebehov.

Nesten alle i alderen 80 år og eldre (98 prosent) var i kontakt med helse- og omsorgstjenesten i 2025, og mer enn én av tre mottok både allmennlegetjenester, øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester (FHI, 2026i). Disse har ofte omfattende og sammensatte behov, og opplever mange og gjentatte overganger mellom ulike deler av tjenesten. Det gjelder særlig overganger mellom allmennlegetjenester og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, men også mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (FHI, 2026i).

Personer i alderen 80 år og eldre mottar nær halvparten av alle kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. Samlet mottar de fire pasientgruppene barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, personer med flere kroniske sykdommer og eldre over 80 år, om lag 70 prosent av alle kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester som gis i løpet av et år (FHI, 2026i).

Riksrevisjonen (2026c) peker på at personer over 80 år også har en sterk vekst i bruken av sykehustjenester.

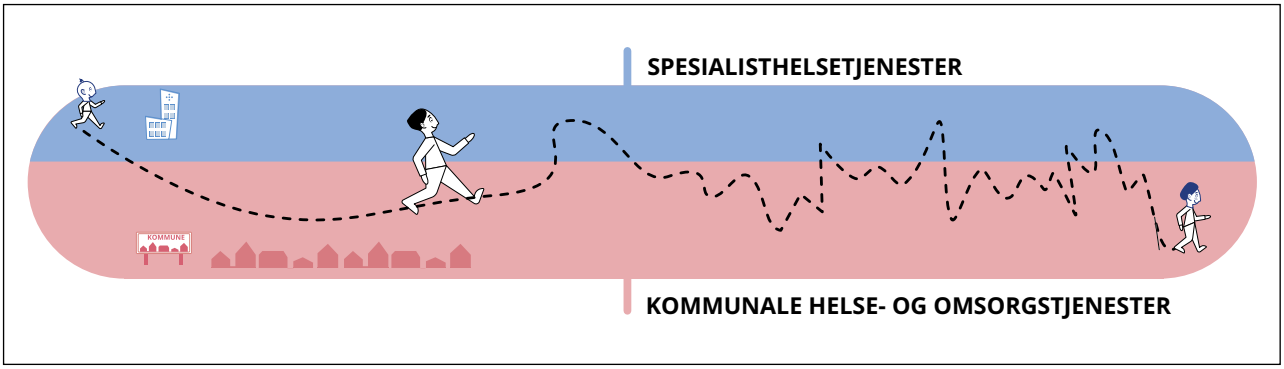


Figur 1.1 Utviklingen i prosent i fire grupper: Personer 80 år og eldre, personer i alderen 19–79 år med tre eller flere kroniske sykdommer, personer i alderen 19–79 år med minst én diagnose innen psykisk helse eller ruslidelser og barn 2–18 år med varige eller sammensatte behov. Historiske tall før 2026, deretter framskrivinger. Alle gruppene er indeksert til 100 i 2026.

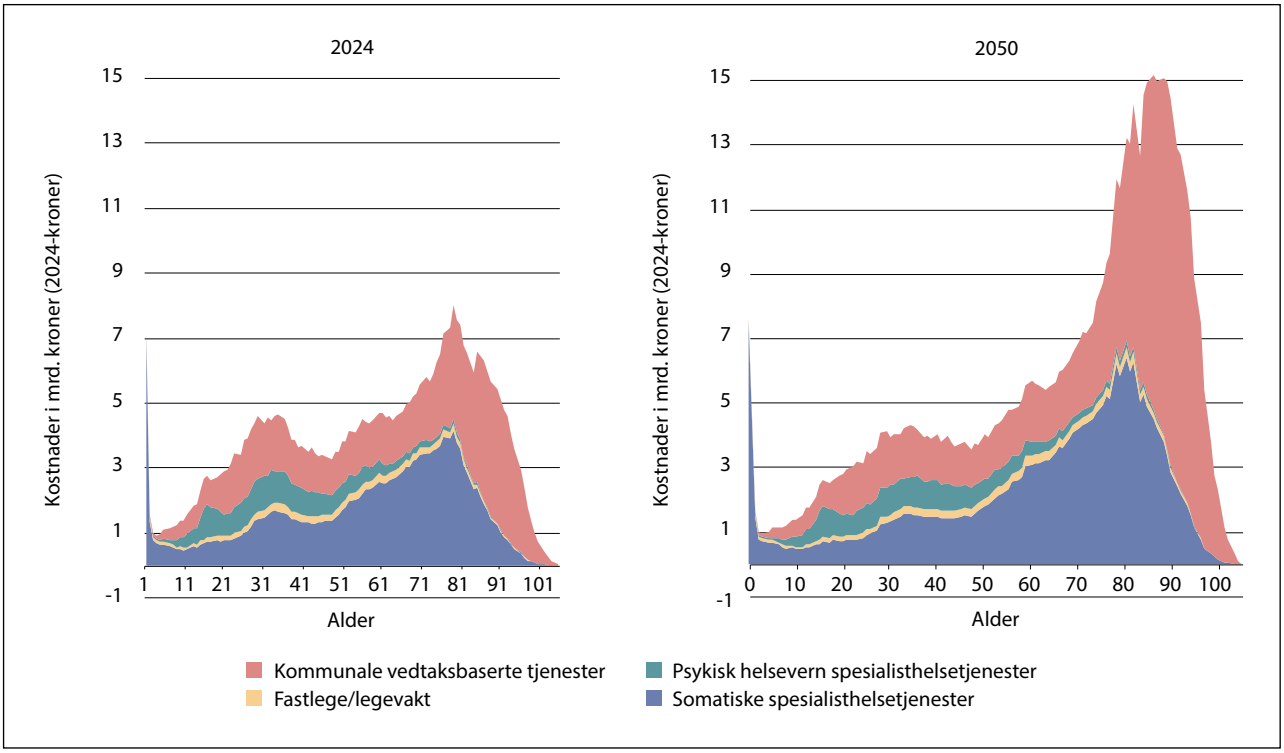
Kilde: Basert på SSBs befolkningsframskrivinger, mellomalternativet, har FHI (2026g) framskrevet antall personer i de fire gruppene.

1.1.2 Kostnadene øker i kommunene

Flere eldre i befolkningen vil gi betydelig større kostnadsvekst i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten (figur 1.3). De samlede utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester er forventet å overstige utgiftene til spesialisthelsetjenester innen 2040. Dette reflekterer at en stadig større del av veksten i tjenestebehovet er forventet å komme i kommunene. Dersom kommunene ikke har kapasitet til denne veksten, vil presset på sykehusene øke og føre til overbelastning (Riksrevisjonen, 2026c). Samtidig viser Riksrevisjonen (2026b) til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene i liten grad er dimensjonerte for å møte økningen i antall eldre, og at det er risiko for svikt i tjenestene. Utvalget mener derfor at en styrking av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenester nær der folk bor, er en forutsetning for å møte den demografiske utviklingen på en bærekraftig måte.



Figur 1.2 Noen pasientgrupper, særlig eldre, har behov for helse- og omsorgstjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten.



Figur 1.3 Kostnader i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten i 2024 og framskrevet til 2050 (2024-kroner)

Kilde: Helse Sør-Øst RHF (2026)

1.1.3 Tiltakende knapphet på helsefagarbeidere og sykepleiere

Statistisk sentralbyrås (2026b) framskriving viser at etterspørselen etter arbeidskraft i de offentlige helse- og omsorgstjenestene øker mer enn tilbudet av personell med relevant utdanning. Ubalansen mellom tilbud og etterspørsel vil vokse, og i 2040 vil sektoren mangle om lag 42 000 årsverk med helsefaglig utdanning. Underskuddet av helsefagarbeidere og sykepleiere alene er anslått til om lag 41 000 årsverk, altså det aller meste av det samlede gapet. Psykologer og leger er i en særstilling med overskudd mot slutten av perioden.

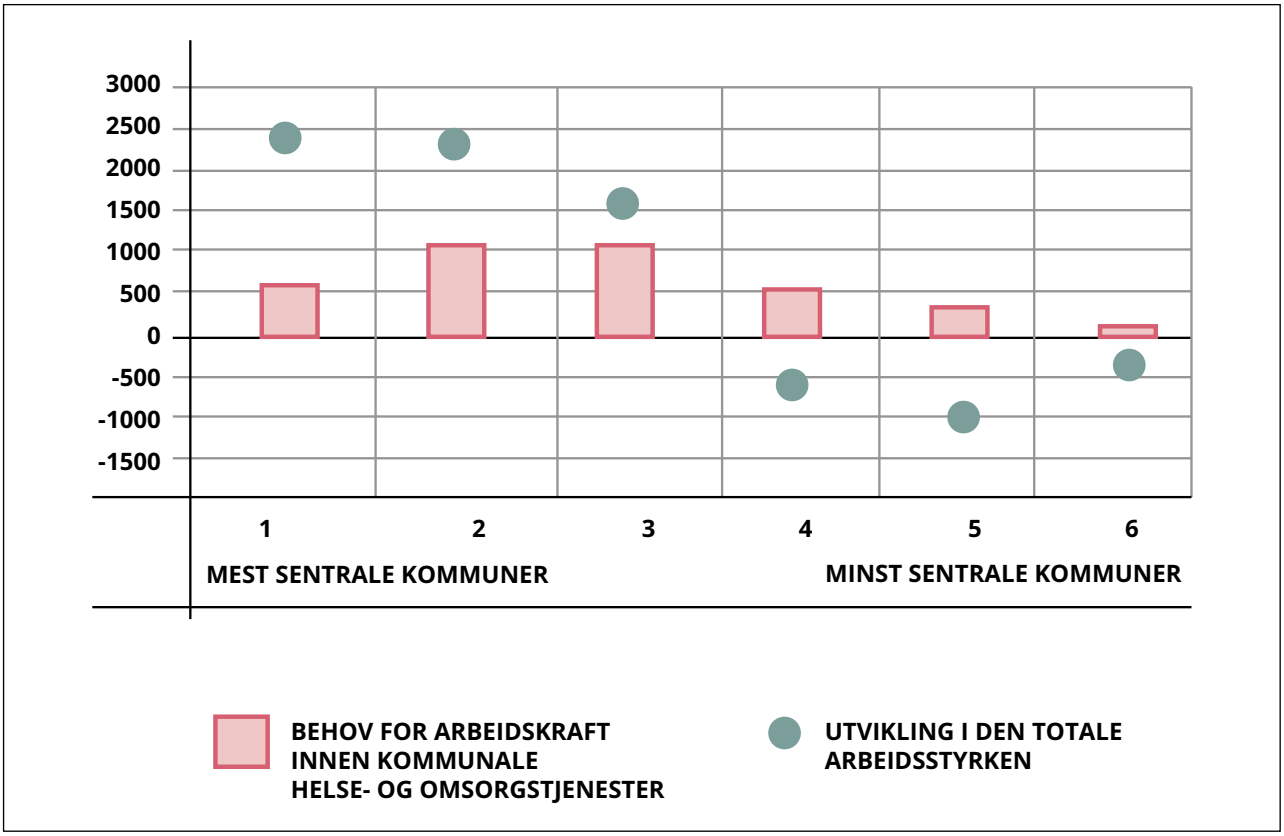
Det er kommuner med befolkningsnedgang, en høy andel eldre og en stor andel av befolkningen utenfor arbeidslivet som vil merke underskuddet på arbeidskraft mest og først (figur 1.4). Fram mot 2040 vil det bli utfordrende å dekke behovet for helsepersonell også i de sentrale kommunene (NOU 2026: 1). Regjeringen har lagt fram en plan med tiltak for å møte utfordringene med mangel på helsepersonell (Meld. St. 11 (2025–2026)).

1.1.4 Framtidige behov møtes best med tiltak nå

Utvalget mener at de identifiserte hovedutfordringene krever tiltak allerede nå for å sikre befolkningens behov i tiårene framover. Alternativt vil de geografiske og sosiale helseforskjellene kunne tilta, og det økende antallet pasienter med sammensatte behov vil ikke få det tilbudet de trenger. Når pasientforløpene blir mer komplekse, må tjenestene tilpasses de nye behovene.

Den sterke oppslutningen om felles offentlige, skattefinansierte helse- og omsorgstjenester skal bevares. Befolkningen skal ha tillit til tjenestene og ønske å bruke dem. Helsepersonellet skal oppleve tjenestene som attraktive arbeidsplasser. I en situasjon med knappere ressurser blir gode prioriteringer og effektiv kompetanse- og ressursutnyttelse derfor stadig viktigere.

Utvalget legger til grunn at det ikke er realistisk å møte framtidens behov gjennom økt bemanning alene, og anbefaler derfor endringer i organisering, styring og finansiering av tjenestene. En sentral barriere er at ansvaret er delt mellom flere tjenestenivåer og mange kommuner med ulike forutsetninger. Dette gjør det krevende å samordne prioriteringer, personell, investeringer og tjenesteutvikling. En annen utfordring er at tekno-

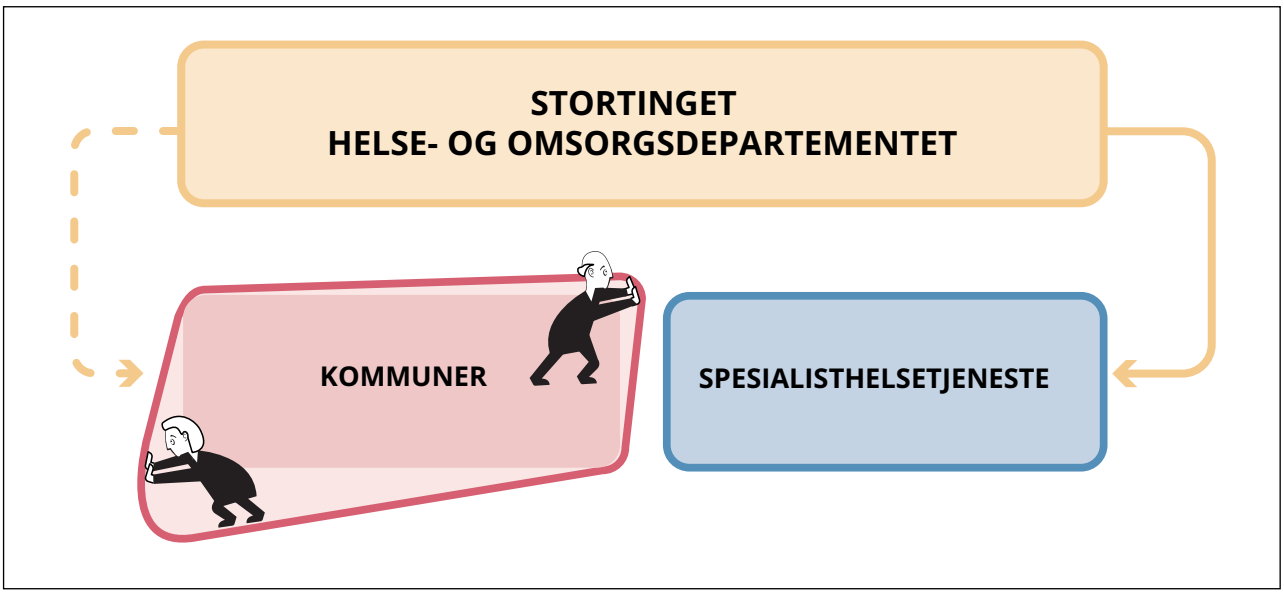


Figur 1.4 Behov for arbeidskraft innen kommunale helse- og omsorgstjenester og utvikling i den totale arbeidsstyrken. Årlig gjennomsnittlig endring i antall personer i perioden 2026–2040.

Kilde: NOU 2026: 1

logi, som kan forbedre kvalitet, tilgjengelighet og produktivitet, ikke tas i bruk raskt nok.

Utviklingstrekkene og utfordringene er i stor grad felles for hele den vestlige verden: flere eldre, flere personer med sammensatte og langvarige sykdommer, endringer i sykdomsbyrden, relativt færre i arbeid og økende forventninger til tjenestene. Flere land er derfor i ferd med å endre



Figur 1.5 Den demografiske utviklingen med flere eldre i befolkningen gir større press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene i årene framover.

organiseringen av helse- og omsorgstjenestene. Selv om løsningene varierer, er det to tydelige fellestrekk: mer bruk av digitale tjenester og en dreining av kapasitet, kompetanse og oppgaver nærmere der folk bor.

1.2 Anbefalinger

1.2.1 Fortsatt delt sørge-for-ansvar mellom kommunene og staten

Ansvaret for at befolkningen får helse- og omsorgstjenester er i dag delt mellom to tjenestenivåer. Staten har, gjennom de fire regionale helseforetakene, ansvar for spesialisthelsetjenesten, mens de 357 kommunene har ansvaret for primærhelsetjenestene. Fylkeskommunene har ansvar for tannhelsetjenester. Utvalget har vurdert tre alternativer for å samle sørge-for-ansvaret for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten på ett nivå: samlet ansvar i kommunene, i staten eller i folkevalgte regioner.

Utvalget vurderer at en samling av sørge-for-ansvaret kan ha fordeler i møte med framtidens utfordringer. Særlig vil en samling under staten eller et regionalt nivå fremme mandatets mål om integrerte og helhetlige helse- og omsorgstjenester. Med ett ansvarlig nivå vil det være enklere å lage helhetlige utrednings- og behandlingsforløp for pasienter som i dagens system kan bli sendt fram og tilbake mellom nivåene.

Samtidig vil det være mange tjenesteleverandører, behov for samordning og koordinering og et stort ansvarsområde. Særlig er det fare for svekket sammenheng med andre sosial- og velferdstjenester i kommunene.

Omstillingskostnadene ved å samle sørge-for-ansvaret i staten eller regioner vil også være omfattende. Kommunene må avgi myndighet, og med en regionmodell må det etableres nye folkevalgte og administrative enheter. Kommunenes ansvarsområde vil bli betydelig redusert, og det må gjennomføres virksomhetsoverdragelser.

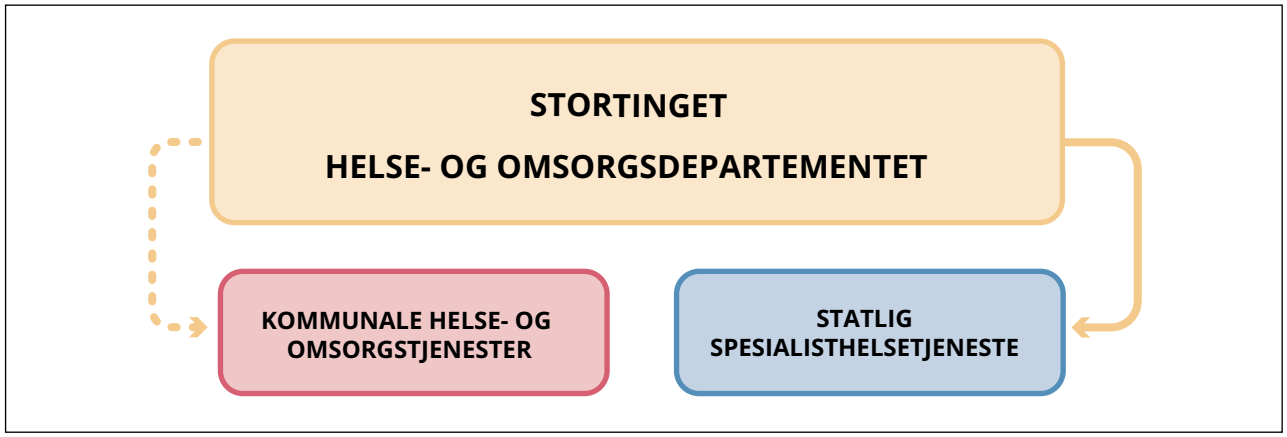
På denne bakgrunn anbefaler ikke utvalget at sørge-for-ansvaret for alle helse- og omsorgstjenester samles på ett nivå nå. Deler av utvalget peker på at en modell med folkevalgte regioner, som i Danmark, kan være en langsiktig mulighet. Andre deler av utvalget anser det ikke som et mål å samle ansvaret på ett nivå.

1.2.2 En nærhelsereform

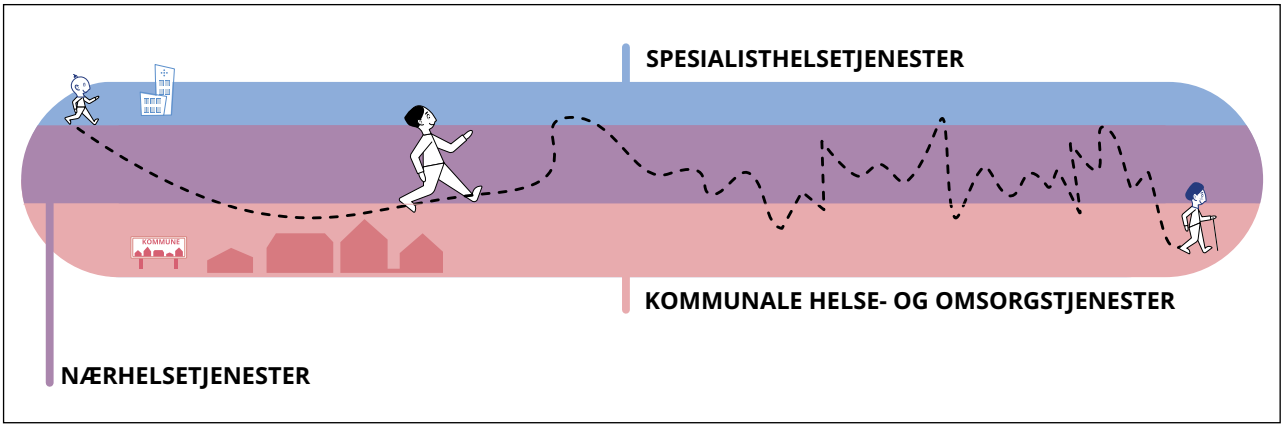
Pasienter med store og sammensatte behov trenger ofte tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten samtidig. For disse pasientgruppene må kvaliteten, tilgjengeligheten og sammenhengen i tjenestene styrkes gjennom mer forpliktende samarbeid mellom nivåene. Utvalget foreslår derfor å legge til rette for at kommuner og sykehus bedre kan planlegge, organisere og yte tjenester i fellesskap. Disse tjenestene omtales som nærhelsetjenester, fordi de blant annet innebærer at spesialisthelsetjenester flyttes ut av sykehusene og nærmere der folk bor.

Hensikten er at kompetanse og ressurser fra begge nivåer arbeider sammen, nærmere pasientens hjem, med gode og helhetlige tilbud. Forslaget bygger på erfaringer fra lokalmedisinske sentre, Prosjekt X og andre samhandlingstiltak mellom kommuner og sykehus.

Nærhelsetjenester forutsetter langsiktige avtaler mellom kommuner og helseforetak om å yte bestemte tjenester i fellesskap. Samarbeidet kan organiseres med ulik grad av forpliktelse. Kom-



Figur 1.6 Utvalget anbefaler fortsatt delt ansvar for helse- og omsorgstjenestene, der kommunene har ansvaret for primærhelsetjenester og staten for spesialisthelsetjenester.



Figur 1.7 Pasienter med store og sammensatte behov mottar mange tjenester i en nærhelsetjeneste (lilla), som er et samarbeid mellom kommuner (rød) og helseforetak (blå).

muner og helseforetak kan, dersom helseforetaksloven endres, etablere felleseid selskap. Et felleseid nærhelsetjenesteselskap vil være en virksomhet med egen ledelse med ansvar for den daglige driften. Det vil kunne yte både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester og ansette personell som kan yte begge typer tjenester. Nærhelsetjenester kan også organiseres gjennom andre former for avtaler. Uavhengig av avtaleform kan samlokalisering av alle eller deler av tjenestene i nærhelsesentre vurderes. Der det er etablert nærhelsetjenester, bør pasientene kunne motta forskjellige tjenester innenfor nærhelsetjenestestrukturen uten at det forutsetter egne henvisninger.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten vil fortsatt ha sitt lovpålagte sørge-for-ansvar. Nærhelsetjenestene innebærer altså ikke en overføring av ansvar mellom nivåene, men en mer integrert måte å planlegge, organisere og levere tjenester på. For pasientene skal tjenestene bli mer helhetlige og sammenhengende.

Nærhelsetjenester må kunne utformes ulikt, avhengig av lokale behov og forutsetninger. Hvilke tjenester som inngår, vil blant annet avhenge av befolkningssammensetning, geografi, reiseavstander, kapasitet og kompetanse. Det er derfor ikke ønskelig å definere én standardmodell for nærhelsetjenester. Samtidig er det enkelte tjenesteområder som gjennomgående forutsetter tett samhandling mellom kommuner og sykehus. Dette gjelder særlig tjenester der pasienter har behov for oppfølging fra begge nivåer, eller der felles organisering kan bidra til bedre ressursutnyttelse og mer sammenhengende pasientforløp. Figur 1.8 gir eksempler på slike tjenester nærmere der folk bor.

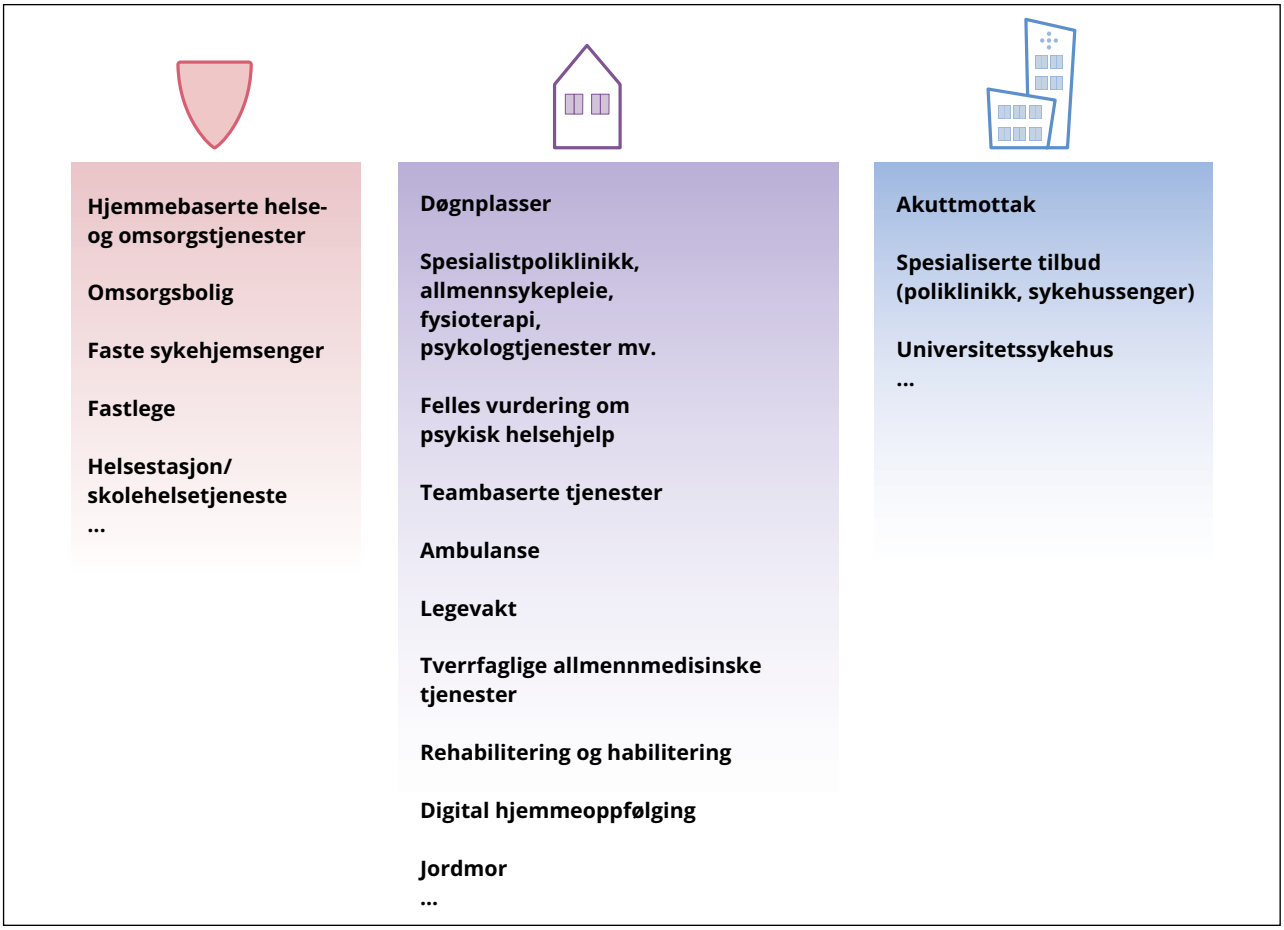
Utvalget legger til grunn at alle helseforetak skal inngå avtale om én eller flere nærhelsetjenester innenfor sitt opptaksområde.

Utvalget mener det er behov for å styrke de økonomiske insentivene til samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Selv om kommuner og helseforetak har et felles mål om gode og sammenhengende tjenester for pasientene, kan dagens finansieringsordninger gjøre det vanskelig å etablere og drifte felles tilbud.

Utvalget peker på flere økonomiske tiltak som kan stimulere kommuner og regionale helseforetak til å samarbeide i en nærhelsetjeneste. For det første kan utvalgets anbefaling om å overføre innsatsstyrt finansiering av øyeblikkelig hjelp til spesialisthelsetjenestens basisramme, stimulere sykehusene til samarbeid med kommunene om å forebygge sykehusinnleggelser gjennom å utvikle tilbud utenfor sykehus.

For det andre anbefaler utvalget at regelverket legger til rette for at helsepersonell i nærhelsetjenestene kan utløse innsatsstyrt finansiering når de utfører spesialisthelsetjenesteoppgaver. Utvalget anbefaler også at det innføres aktivitetsbasert statlig finansiering av døgnopphold i nærhelsetjenestene.

For det tredje kan staten etablere ordninger med tilskudd til etablering eller drift for kommuner og helseforetak som inngår forpliktende samarbeid om nærhelsetjenester. En mulig modell for driftstilskudd er at kommuner og helseforetak, innenfor vide rammer, selv beslutter hvilke tjenester som skal inngå i et felles budsjett for nærhelsetjenesten. Staten kan deretter dekke en fast andel av kostnadene, for eksempel 20 prosent.



Figur 1.8 Eksempler på mulige nærhelsetjenester (lilla) som ytes i fellesskap mellom kommuner (rød) og helseforetaket (blå). Nærhelsetjenestene skal særlig rettes inn mot pasienter med behov for oppfølging fra begge nivåer, eller der felles organisering kan bidra til bedre ressursutnyttelse og mer sammenhengende pasienttilbud.

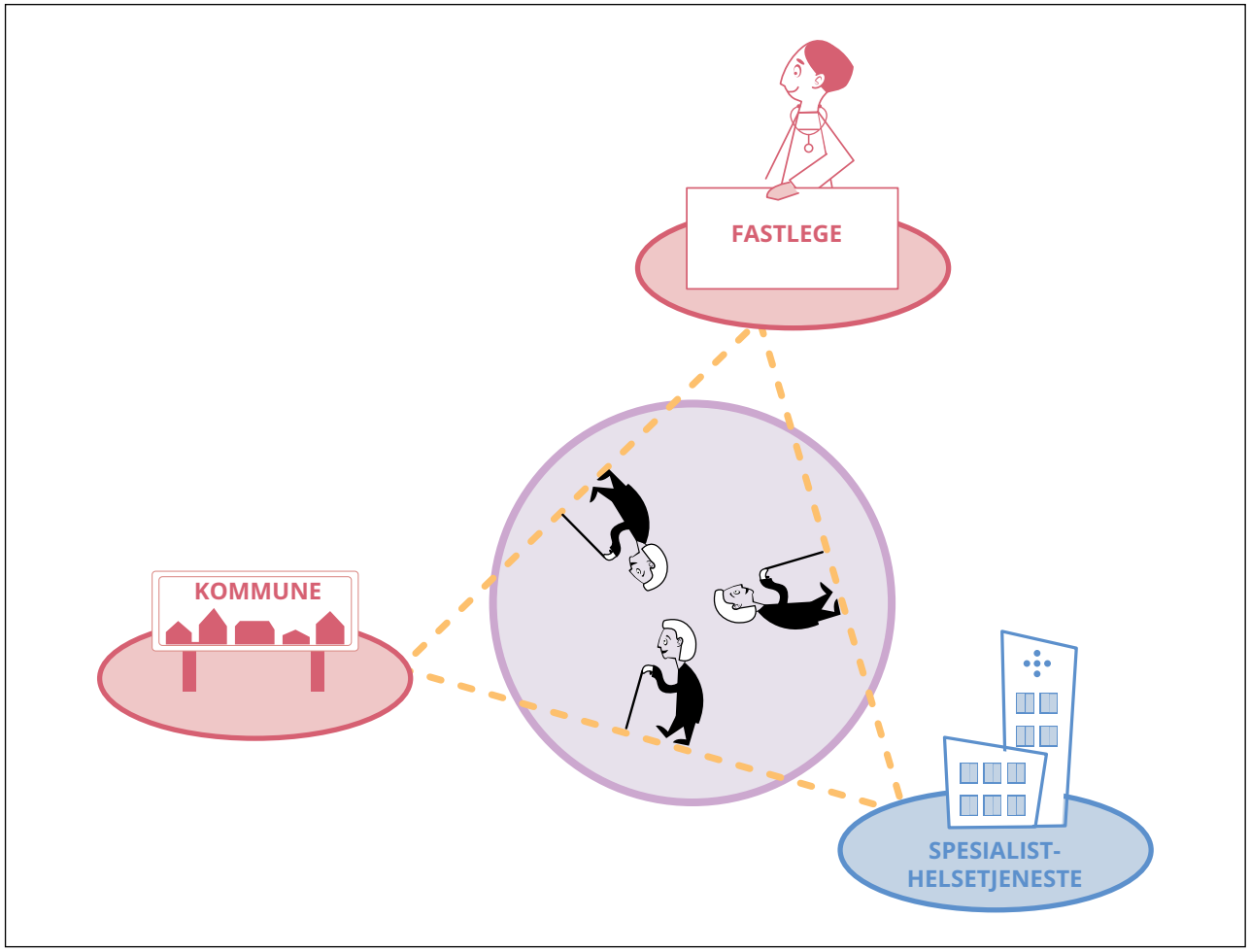
Formålet med slike endringer i finansieringen er å gi partene økonomiske insentiver til å organisere tjenester i fellesskap til pasientenes beste. Når en andel av kostnadene finansieres gjennom statlige tilskudd, vil samarbeid kunne framstå som mer attraktivt enn å levere de samme tjenestene hver for seg.

Utvalget er samlet om at det bør opprettes nærhelsetjenester, der kommuner og helseforetak forplikter seg til å yte bestemte tjenester i fellesskap gjennom konkrete samarbeidsløsninger.

Medlemmene i utvalget har ulike syn på organisasjonsform og hvordan statlig medfinansiering skal innrettes. Deler av utvalget mener at tilbudet til pasientene vil bli best dersom nærhelsetjenestene primært tilbys i nærhelsetjenesteselskap eid av kommuner og helseforetak i fellesskap. Kjerneoppgaver i et nærhelsesenter vil være døgnbasert drift og polikliniske tjenester. Dette vil gi forutsigbarhet over tid. En slik virksomhet kan ha egne ansatte som yter både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Det vil være felles ledelse og ansvar for driften. For å gi partene sterke økonomiske insentiver til å opprette og videreutvikle nærhelsetjenesteselskap, anbefaler denne delen av utvalget at staten yter varig driftstilskudd til selskapet på anslagsvis 20 prosent av kostnadene.

Andre deler av utvalget legger vekt på kommunenes muligheter til å tilpasse sin deltakelse i nærhelsetjenestene ved endrede behov, og anbefaler primært en avtalebasert nærhelsetjeneste. Det avtales å samarbeide om å levere bestemte tjenester. Arbeidsgivertilknytningen ligger fortsatt hos kommunen eller helseforetaket, og disponering av personell på tvers av hverandres ansvarsområder avtales mellom helseforetak, kommunen og den ansatte. Det gis økonomiske insentiver fra aktivitetsbaserte finansieringsordninger, men ikke et kostnadsbasert statlig driftstilskudd.

Hele utvalget mener at nærhelsetjenesten kan utvikle seg til å bli et sentralt helsepolitisk virkemiddel. Nærhelsetjenestene representerer en modell for hvordan kommuner og spesialisthelse-



Figur 1.9 Pasienter som trenger tjenester fra flere deler av helse- og omsorgstjenesten samtidig, skal få mye av hjelpen i nærhelsetjenesten (lilla), der det utføres både spesialisthelsetjenester, allmennmedisinske tjenester og andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

tjenesten kan møte framtidens hovedutfordringer i fellesskap, uten at det er nødvendig å samle sørge-for-ansvaret på ett nivå. Nærhelsetjenestene skal bringe tjenestene nærmere innbyggerne og gjøre dem lettere tilgjengelige.

1.2.3 Helsefellesskapene endres til strategiske helseutvalg

Helsefellesskapene er i dag en dialogarena med et vidt mandat som kan bidra til bedre forståelse mellom helseforetak og kommuner. Erfaringene så langt er likevel svært ulike. Utvalget mener at helsefellesskapene kan fungere bedre dersom de endres til tydelige strategiske arenaer for planlegging og koordinering på tvers av nivåene. Med slik spissing av helsefellesskapenes rolle foreslår utvalget at de endrer navn til strategiske helseutvalg.

Utvalget foreslår at det stilles krav om at spørsmål av strategisk og strukturell betydning for helse- og omsorgstjenestene samlet, må drøftes i de strategiske helseutvalgene før kommunen eller helseforetaket kan fatte vedtak. Etablering og fordeling av oppgaver i nærhelsetjenestene bør også drøftes her før beslutningene tas i kommunene og helseforetaket.

Kommuner og helseforetak har i dag ikke plikt til å delta i helsefellesskapene. Utvalget mener at både helseforetak og kommuner skal ha lovbestemt plikt til å etablere og delta i de strategiske helseutvalgene, og at den som eier helseforetaket også må ta del i det strategiske arbeidet. Utvalgets anbefaling om sammenslåing av små kommuner vil bidra til å styrke kommunene, slik at de blir mer likeverdige parter i samarbeidet med sykehusene.

1.2.4 En tverrfaglig teambasert allmennmedisinsk tjeneste

Utvalget har vurdert hvordan allmennlegetjenestene bør innrettes for at helse- og omsorgstjenesten skal møte det økende behovet for tjenester i befolkningen generelt, og særlig til eldre med skrøpelighet og personer med sammensatte behov. Spesielt mennesker med demens mister gradvis eget initiativ og oppsøker ikke helsehjelp.

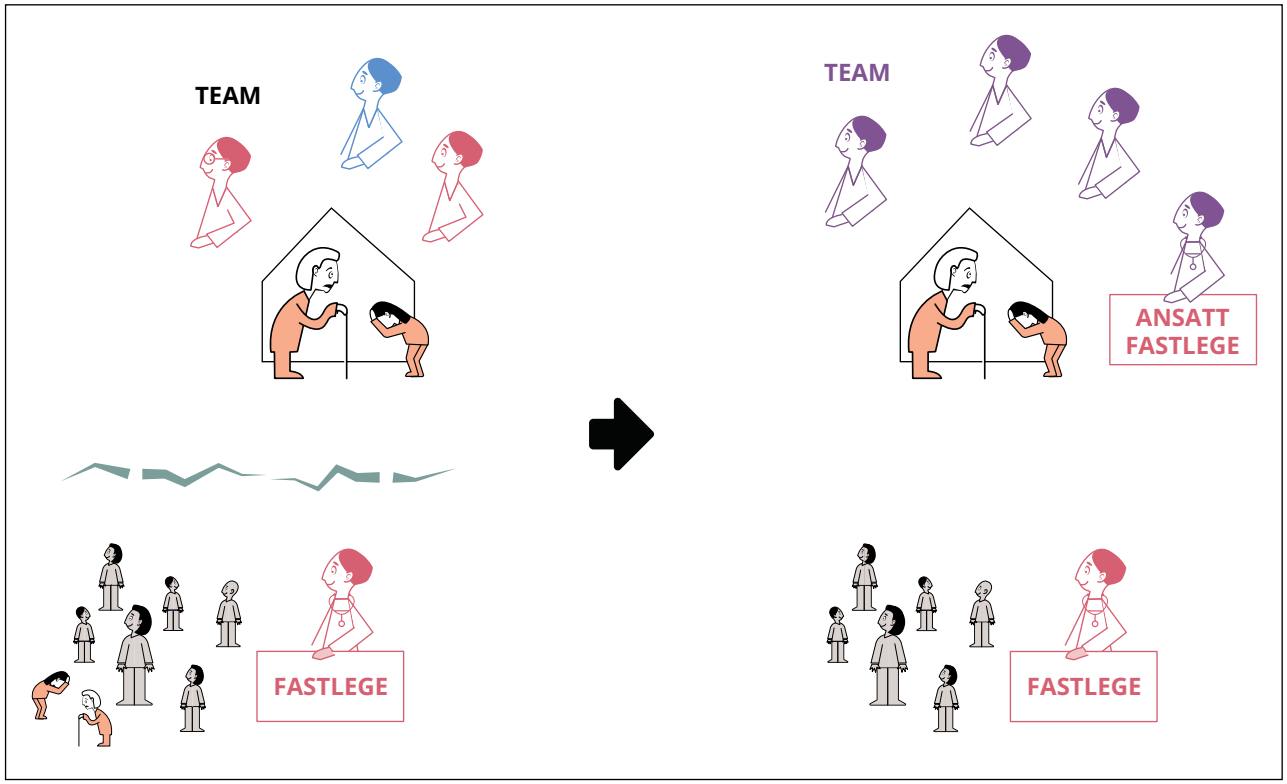
Utvalget mener det er viktig å bevare en fastlegetjeneste som utvikler seg i takt med samfunnet, for alle pasienter. Samtidig mener utvalget det er behov for allmennmedisinske tjenester som følger pasienter med store og sammensatte behov tettere enn det som er vanlig i dag. Det er blant annet behov for mer oppsøkende virksomhet og bedre koordinering og samhandling med andre kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Utvalget anbefaler derfor at kommunene skal få plikt til å etablere tverrfaglige teambaserte allmennmedisinske tjenester for pasienter med store og sammensatte behov, samtidig som dagens fastlegeordning videreføres for flertallet av innbyggerne.

Allmennmedisinske team bør organiseres med kommunalt ansatt fastlege, sykepleier og annet personell, avhengig av pasientenes behov. Et slikt oppsøkende team kan bidra til å forebygge behovet for mer personellintensive tjenester, som sykehusinnleggelse og sykehjemsplass. Den teambaserte allmennmedisinske tjenesten kan med fordel inngå i nærhelsetjenesten. Det må vurderes om det er behov for å innføre en lovfestet rett til å motta denne tjenesten for pasienter som oppfyller nærmere fastsatte kriterier.

Utvalget mener at retten til å velge fastlege må videreføres, enten fastlegen opererer som i dag eller inngår i en teambasert allmennmedisinsk ordning. Kommunen må kunne reservere hele eller deler av fastlegelister til pasienter som mottar teambaserte allmennmedisinske tjenester. Det må avklares om dette krever lovendring.

Utvalget legger til grunn at dagens finansieringsordning for fastlegetjenesten videreføres. For å legge til rette for teambaserte allmennmedisinske tjenester anbefaler utvalget at fastlegens mulighet for å kreve refusjon ved delegering av oppgaver til blant annet sykepleier, utvides.

For at kommunen i større grad skal kunne vurdere hvem som skal utføre en oppgave, uavhengig av profesjon, anbefaler utvalget at det åpnes for forsøk med profesjonsnøytrale takster rundt fastlegen i den teambaserte allmennmedisinske ord-



Figur 1.10 Illustrasjon av at fastlegen ikke alltid er tett nok integrert med øvrige helse- og omsorgstjenester i dag (t.v.). Utvalget foreslår at pasienter med store og sammensatte behov skal kunne få allmennmedisinske tjenester fra et tverrfaglig team med kommunalt ansatt fastlege, sykepleier og annet personell (t.h).

ningen. Utvalget er kjent med at Helsedirektoratet er i gang med å utrede profesjonsnøytrale takster, og mener at denne utredningen må ligge til grunn for forsøk.

Utvalget anbefaler at denne kombinerte fastlegemodellen fortsatt skal være et kommunalt sørge-for-ansvar. Siden behovet for koordinering med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene vil bli mindre for den tradisjonelle delen av fastlegeordningen, reduseres likevel noen av ulempene dersom man beslutter å flytte kun denne delen av fastlegeordningen til tjenestenivået med ansvar for spesialisthelsetjenesten.

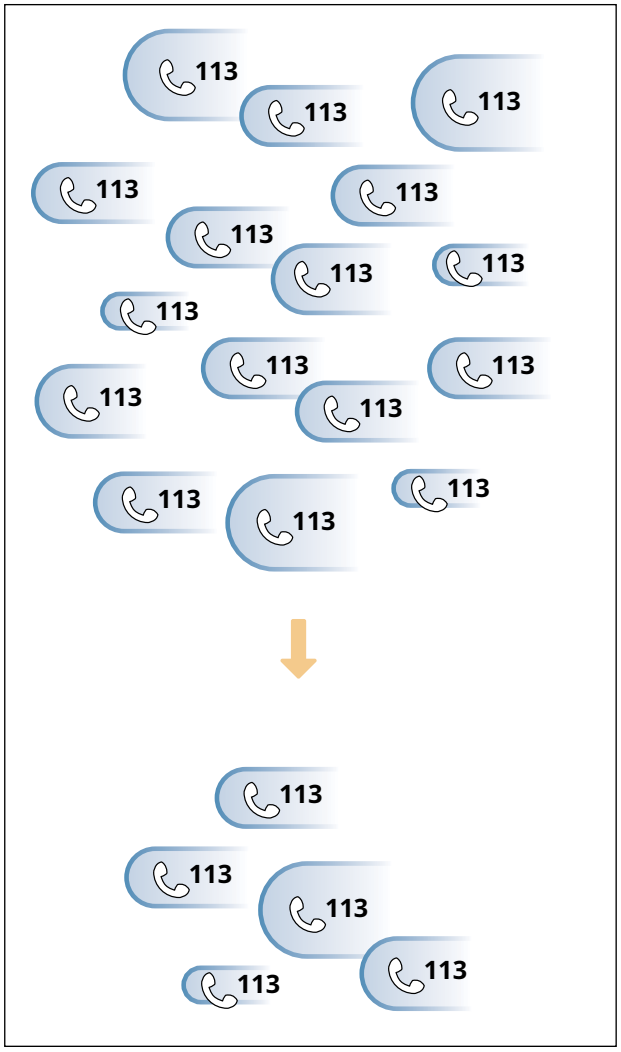
1.2.5 En sammenhengende akuttmedisinsk kjede

Utvalget anbefaler at det etableres en digital inngangsport der innbyggerne får kvalitetssikrede råd. En digital interaktiv funksjon skal vurdere om det er behov for kontakt med helsepersonell og eventuelt lede brukeren videre til fastlege, legevakt eller andre aktører. Gjennom den digitale inngangsporten bør legevaktaktiviteten dreies mot mer rådgivning, enten nettbasert, på telefon eller ved videokonsultasjon, og i mindre grad baseres på oppmøte. Dette kan frigjøre tid for helsepersonell og gjøre legevakten mer tilgjengelig for pasienter som har behov for fysisk konsultasjon. Pasienter som ikke er digitale, ikke kan benytte seg av den digitale inngangsporten eller som har behov for fysisk undersøkelse eller behandling, skal fortsatt ha tilgang til helsepersonell gjennom fysisk møte.

Utvalget anbefaler færre og mer robuste AMK- og legevaktsentraler. Det vil gi mer likeverdige helsetjenester og kan bidra til god bruk av arbeidskraft.

Utvalget anbefaler at ansvaret for legevakt og legevaktsentraler blir overført til spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener dette vil bidra til en mer sammenhengende akuttmedisinsk kjede, stabil bemanning i hele landet og bedre rekruttering til legevakt. En samlet organisering gjør det lettere å planlegge og styre tilbudet. Det kan bidra til en mer bærekraftig ressursbruk og til at helsepersonellet opplever å være del av en samlet struktur.

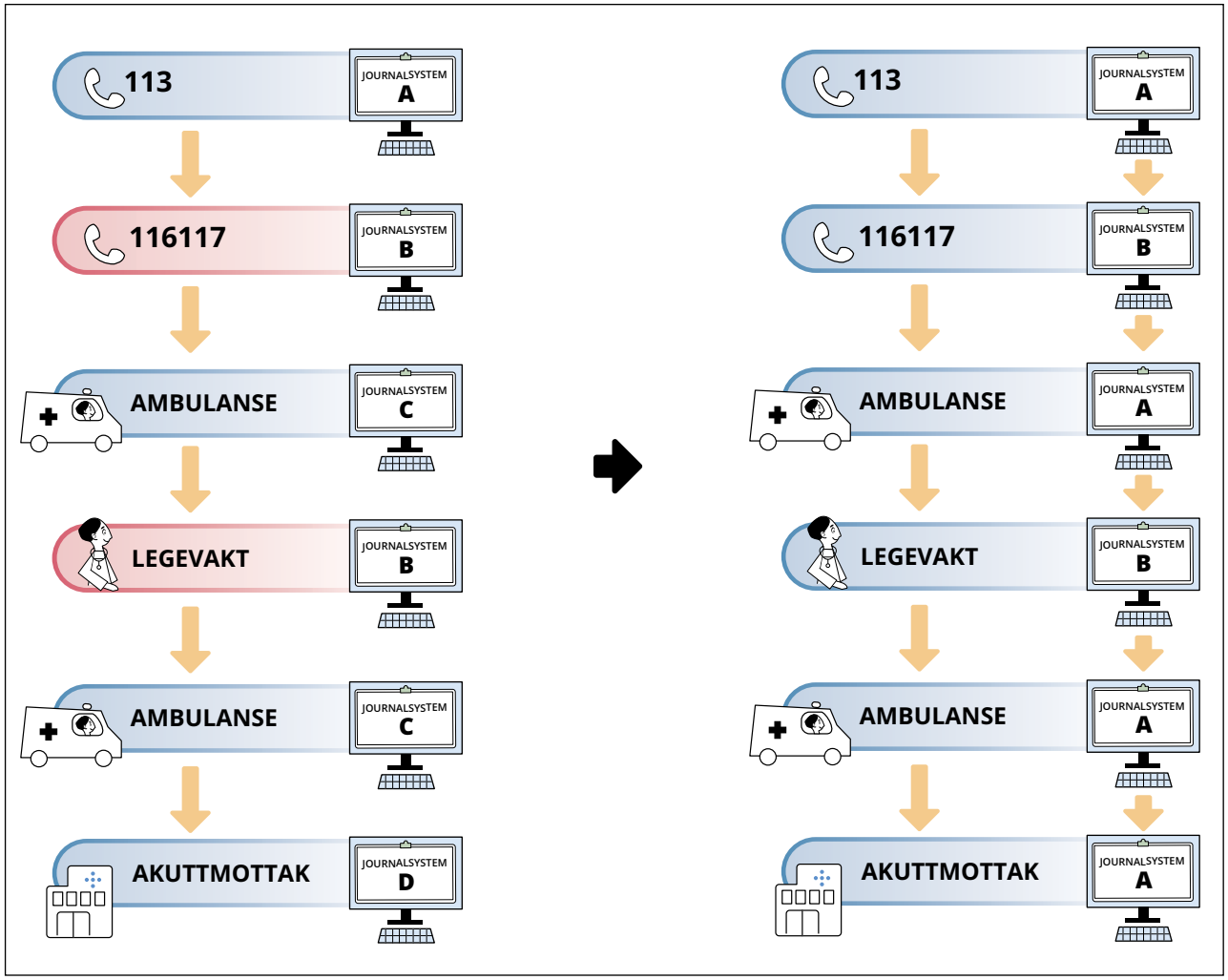
Utvalget mener også det vil være fordeler med å inkludere legevakt og ambulansetjeneste i nærhelsetjenestene, sammen med for eksempel kommunal akutt døgnenhet. Dette vil styrke en allerede god beredskap og kan bidra til at flere pasienter kan avklares og ferdigbehandles i nærhelsetjenestene, uten at de må sendes videre til sykehus.



Figur 1.11 Utvalget foreslår færre AMK-sentraler.

1.2.6 Kunnskapsgjennomgang av rehabiliteringsfeltet

Utvalget understreker at gode rehabiliteringstjenester bidrar til mestring, selvstendighet, livskvalitet og deltakelse, og at mange har behov for koordinert og langvarig oppfølging. Riktig rehabilitering er viktig, både for den enkeltes livskvalitet og for bedre bruk av helse- og omsorgsressursene. Det kan utsette behovet for pleie- og omsorgstjenester, redusere presset på hjemmetjenester, sykehjem og heldøgns omsorgstjenester, samt bidra til færre konsultasjoner på legevakt og poliklinikker og redusere innleggelser i sykehus. En stor andel av spesialisthelsetjenestens rehabiliteringstilbud skjer gjennom de regionale helseforetakenes avtaler om tjenester ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Utvalget mener at mer rehabilitering må skje nært der pasientene bor,



Figur 1.12 Utvalget foreslår at ansvaret for den akuttmedisinske kjede, med unntak av fastlegene, samles under spesialisthelsetjenesten (blå).

slik at de får et aktivt og deltakende hverdagsliv. Utvalget anbefaler at rehabiliteringstjenester inngår som en sentral del av nærhelsetjenestene.

Utvalget anbefaler videre at det gjennomføres en bred kunnskapsgjennomgang av rehabiliteringsfeltet, som kan danne grunnlag for senere reformforslag. Gjennomgangen bør sammenstille eksisterende forskning, evalueringer, tilsynserfaringer, registerdata og erfaringer fra brukere, pårørende, kommuner, helseforetak og fagmiljøer. Gjennomgangen bør særlig belyse ansvarsdelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og hvordan organisering påvirker kvalitet, kontinuitet og tilgjengelighet.

1.2.7 Økt kapasitet i de psykiske helsetjenestene

Barn, unge og voksne med psykiske helse- og rusutfordringer trenger ofte tjenester fra flere sektorer, blant annet sektorer med ansvar for helse, bolig, arbeid, utdanning og barnevern. Utvalget mener at kommunene bør ha hovedansvaret for å koordinere disse tjenestene, og de må videreføre og intensivere arbeidet med å utvikle lavterskeltilbud, særlig for barn og unge.

Utvalget støtter videreutvikling av oppsøkende tjenester som ACT-, FACT- og FACT-ung-team. Slike tilbud kan bidra til mer likeverdige tjenester, men forutsetter stabile og langsiktige finansieringsordninger.

Utvalget anbefaler at kommunene og spesialisthelsetjenesten i fellesskap vurderer henvisninger og henvendelser om psykisk helsehjelp. Når

fagpersoner fra kommunen og spesialisthelsetjenesten samarbeider om å vurdere henvisninger og henvendelser, kan kompetansen på begge nivåer brukes til å avklare hva slags hjelp pasienten trenger, og hvor hjelpen best kan gis. Dette kan redusere unødvendig ventetid og hindre at pasienter blir sendt mellom tjenester og blir kasteballer i systemet.

Utvalget mener at distriktspsykiatriske sentre (DPS) i større grad bør utvikles til tverrfaglige samarbeidsarenaer for spesialisthelsetjenesten og kommunene. Utvalget viser til at det i Valdres lokalmedisinske senter (VLMS) er etablert en ny modell for psykisk helsevern. Modellen innebærer tettere samarbeid mellom Sykehuset Innlandet, DPS Gjøvik og Valdres lokalmedisinske senter. Senteret har også en intermediæravdeling med sengeplasser hvorav to er kommunale akutte døgnplasser og to er DPS døgnstøttesenger. Utvalget mener at det enkelte steder kan være hensiktsmessig å samle døgnplassene i DPS i større enheter, men at det samtidig bør vurderes å etablere tilbud som i Valdres.

Utvalget anbefaler at døgnkapasiteten må styrkes, særlig for personer med alvorlige psykiske lidelser. Utvalget mener at kapasiteten bør styrkes for å kunne gi personer med alvorlige psykiske lidelser nødvendig hjelp tidligere og for å forebygge forverring av tilstanden. Styrket døgnkapasitet kan etter utvalgets vurdering redusere presset på sikkerhetspsykiatrien og begrense behovet for særreaksjoner.

Utvalget anbefaler at spesialisthelsetjenesten overtar ansvaret som i dag er tildelt kommunene for pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Kommunene er ikke satt i stand til å ivareta pasientene på en god måte, verken av hensyn til pasientene selv, de ansatte eller samfunnsvernet. Etablering av små eller mellomstore boliginstitusjoner i regi av spesialisthelsetjenesten (såkalte overgangsboliger og sikkerhetsboliger) vil være en viktig del av slik ansvarsoverføring. Utvalget anbefaler at det utredes nærmere hvilke tvangshjemler som er nødvendige i slike boliginstitusjoner for at spesialisthelsetjenesten skal kunne ivareta sitt utvidede ansvar på en forsvarlig måte.

1.2.8 Én felles helse- og omsorgstjenestelov

Utvalget anbefaler at én felles helse- og omsorgstjenestelov skal erstatte dagens lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. og lov om spesialisthelsetjenesten mm. En felles overordnet regulering av helse- og omsorgstjenestene vil understøtte målet om mer sammenhengende tjenester. Dette kan oppnås gjennom et felles formål og de samme grunnleggende kravene til tjenesteytelsen, uavhengig av om tjenestene gis av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten eller som nærhelsetjeneste. En felles lov legger til rette for en helhetlig regulering av tjenestenes felles ansvar for samarbeid og samhandling. Det vil også gjøre det enklere å få oversikt over den overordnede reguleringen av helse- og omsorgstjenesten.

Når krav skal innføres i en felles lov, vil det innebære strengere krav til begrunnelse for at noe bare skal gjelde ett nivå. Helsefagene utvikler seg over tid, og ansvarsfordelingen mellom tjenestene må kunne endres i takt med det. Slike endringer bør skje ut fra faglige vurderinger slik at tilbudet oppleves helhetlig for brukere, pasienter, pårørende og helsepersonell. Dette kan være enklere med én lov om helse- og omsorgstjenester som også stimulerer den sentrale helseforvaltningen til å arbeide mer enhetlig.

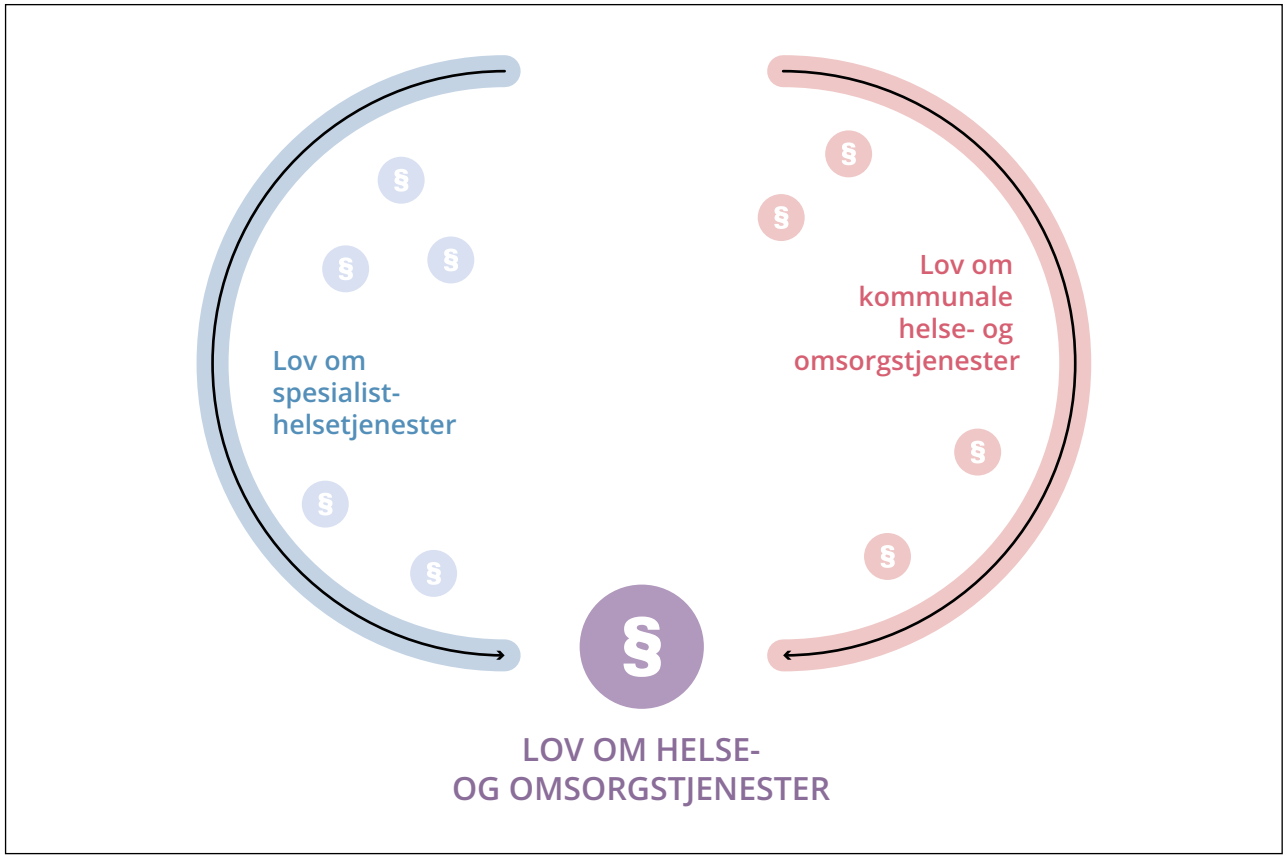
Gjennomgangen av kravene som stilles til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i dagens to lover, har vist at ansvaret for forskning og utdanning av helsepersonell er ulikt og at kravet om kliniske etikk-komiteer kun gjelder for spesialisthelsetjenesten. Utvalget anbefaler at kommunene, på samme måte som sykehusene, får ansvar for forskning og utdanning av helsepersonell, og at kommunene får krav om å ta del i, eventuelt opprette, kliniske etikk-komiteer.

1.2.9 En årlig helse- og omsorgstjenestemelding til Stortinget

Dagens styringssystem gir i begrenset grad Stortinget mulighet til å vurdere utviklingen i de samlede tjenestene. Staten har gjennom sitt eier- og styringsansvar tettere oppfølging av spesialisthelsetjenesten enn av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunenes selvstyre innebærer samtidig at de to delene av helse- og omsorgstjenesten har separate styrings-, finansierings- og beslutningsprosesser.

Denne todelingen kan gjøre det vanskelig å vurdere sammenhengene mellom behov, kapasitet, ressursbruk, investeringer og prioriteringer på tvers av tjenestenivåene. Beslutninger på ett nivå kan få betydelige konsekvenser for oppgaveløsning og ressursbehov på det andre, uten at konsekvensene nødvendigvis er vurdert samlet.

Etter utvalgets vurdering er det derfor behov for en fast, årlig prosess som gir Stortinget et sam-



Figur 1.13 Utvalget foreslår at lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. samles i én felles lov om helse- og omsorgstjenester. Sammenstillingen til én lov tydeliggjør at det i dag er forskjeller mellom nivåene som ikke alltid er godt begrunnet.

let grunnlag for å drøfte utviklingen i hele helse- og omsorgstjenesten. En årlig melding vil gi regjeringen og Stortinget en fast arena for å vurdere utviklingen i helse- og omsorgstjenestene samlet. Behandlingen bør bygge på felles analyse av behov, kapasitet, personell, ressursbruk og investeringer, og synliggjøre hvordan prioriteringer på det ene nivået påvirker det andre.

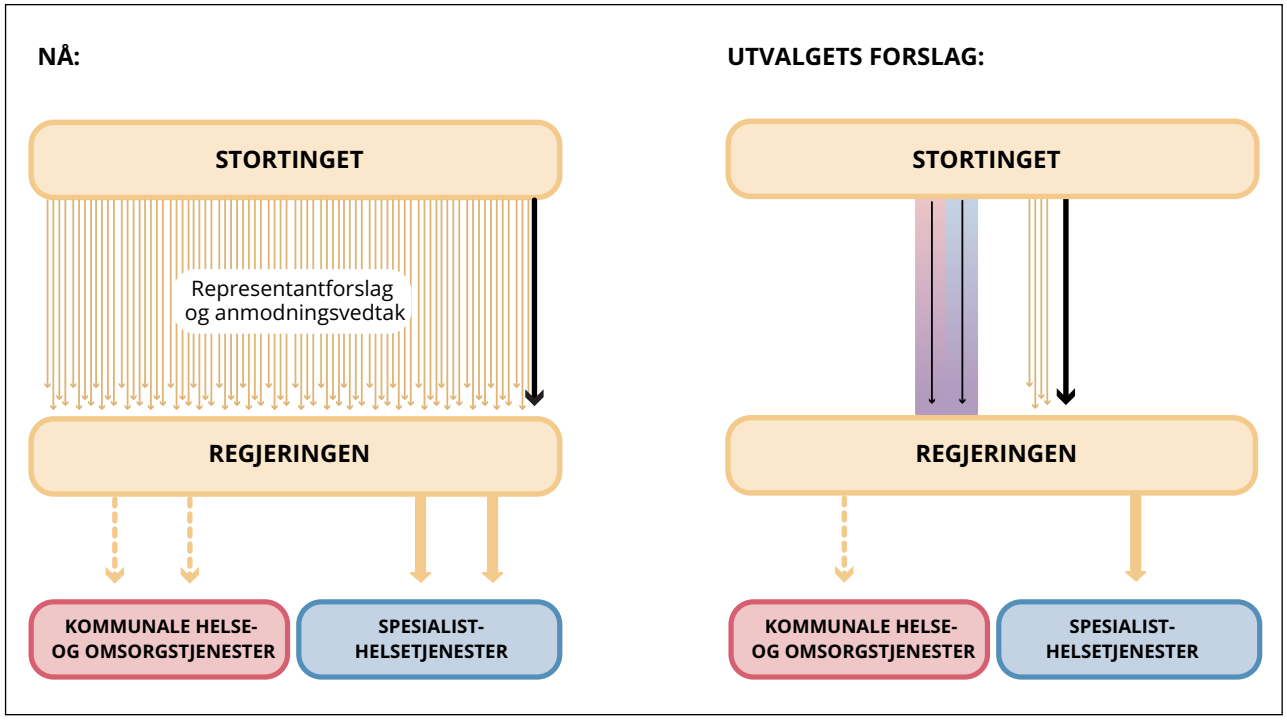
En slik ordning vil også styrke den nasjonale demokratiske legitimiteten og det politiske ansvaret for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. I dag kommer Stortinget ofte sent inn i beslutningsprosessene, særlig når det gjelder investeringer i spesialisthelsetjenesten, der Stortingets rolle i stor grad er begrenset til å vedta lånerammer. En årlig behandling kan gi Stortinget mulighet til å drøfte investeringer, kapasitetsutvikling, strukturendringer og prioriteringer på et tidligere tidspunkt og i en bredere helsepolitisk sammenheng. En mer helhetlig behandling vil også kunne bidra til at forslag fra Stortinget ses mer samlet. Det vil også gjøre det mulig for Stortinget å følge med på utviklingen av nærhelsetjenester, herunder vurdere og tilpasse investeringer i spesialisthelsetjenesten til behovene for nærhelsetjenester som drives i fellesskap mellom kommuner og helseforetak.

Den årlige behandlingen skal ikke gripe inn i det kommunale selvstyret. Formålet er å gi et samlet kunnskaps- og beslutningsgrunnlag og å synliggjøre gjensidige konsekvenser av prioriteringer og beslutninger på de to nivåene.

1.2.10 Små kommuner er for sårbare

Utvalget legger til grunn at den største veksten i behovet for helse- og omsorgstjenester fram mot 2050 vil komme blant pasientgrupper som i hovedsak skal motta tjenester nær der de bor. En større del av den framtidige ressursveksten bør derfor komme i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i desentraliserte helsetjenester som ytes i fellesskap av kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Samtidig vil det bli mer krevende for kommunene å ivareta sørge-for-ansvaret framover. Utfordringene vil være særlig store for små kommuner med begrenset tilgang på personell og med små fagmiljøer. Betydningen av kommunestørrelse varierer mellom tjenesteområder, og



Figur 1.14 Utvalget foreslår at regjeringen sender en melding til Stortinget hver vår, som kan bidra til en helhetlig behandling av helse- og omsorgstjenestene.

geografiske forhold og bosettingsmønster har også betydning. Små fagmiljøer kan være særlig sårbare for rekrutteringsproblemer, personell som har fravær, variasjoner i etterspørselen og situasjoner som krever forhøyet beredskap.

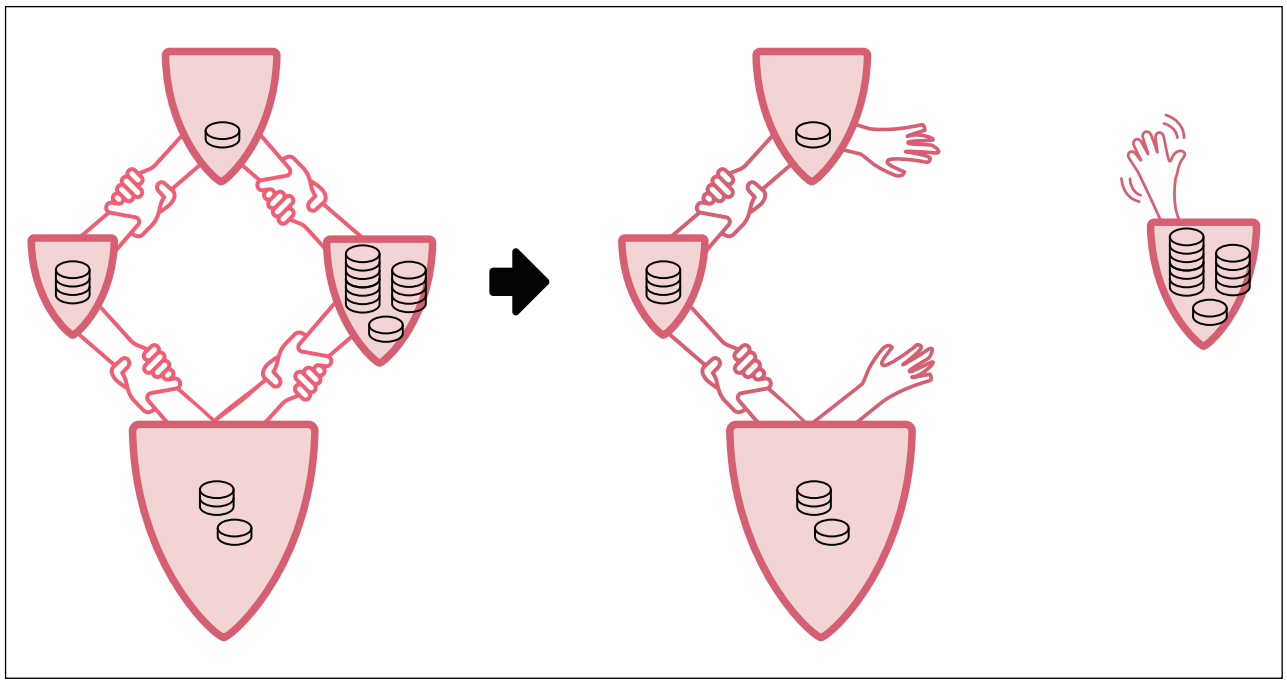
Interkommunalt samarbeid vil fortsatt være nødvendig og hensiktsmessig på en rekke områder. Slike samarbeid kan gi kommunene tilgang til bredere fagmiljøer, og gjøre det mulig å løse oppgaver som den enkelte kommune ikke har tilstrekkelig kapasitet eller kompetanse til å ivareta. Samarbeidene kan samtidig ha svakheter ved styring, finansiering, demokratisk ansvar og langsiktige forpliktelser. Kommunenes adgang til å endre prioriteringer eller tre ut av samarbeid kan gjøre det vanskelig å etablere stabile løsninger for tjenester som krever varige investeringer og langsiktig oppbygging av kompetanse.

Det er utvalgets vurdering at interkommunalt samarbeid ikke alene vil løse de strukturelle utfordringene mange små kommuner vil møte. Når en vesentlig del av kommunens lovpålagte oppgaver må ivaretas gjennom mange og omfattende samarbeid, kan ansvaret bli fragmentert og styringen lite oversiktlig. Utvalget mener derfor at små kommuner ikke vil ha tilstrekkelig kapasitet til å ivareta et helhetlig ansvar for helse- og omsorgstjenestene.

Tidligere vurderinger av hvor store kommunene trenger å være for å ivareta sine oppgaver, har antydet at det ofte er behov for minimum 15–20 000 innbyggere. Utvalget mener det ikke kan settes noe måltall for hvor mange innbyggere en kommune må ha for å kunne ivareta sitt ansvar for helse- og omsorgstjenester. Dette vil avhenge av en rekke forhold som geografi, sentralitet, økonomi, kompetanse, lokale forhold og behov.

Utvalget viser til anbefalingen om nærhelsetjenester og understreker at interkommunalt samarbeid og samarbeid med spesialisthelsetjenesten om nærhelsetjenester vil være nødvendig også for kommuner som er store i norsk sammenheng.

Utvalget har også vurdert om statlige myndigheter bør få hjemmel til å pålegge kommuner å inngå forpliktende samarbeid når tjenestene ikke er forsvarlige eller tilstrekkelig robuste. En slik ordning reiser prinsipielle og praktiske spørsmål, blant annet om forholdet til det kommunale selvstyret, vilkårene for statlig inngrep og ansvaret for å levere tjenester på vegne av en annen kommune. Utvalget mener at spørsmålet bør utredes nærmere, som en mulig sikkerhetsmekanisme ved alvorlig eller vedvarende svikt, men anbefaler ikke pålagt samarbeid som en generell og langsiktig løsning på kommunenes kapasitetsutfordringer.



Figur 1.15 Interkommunalt samarbeid kan kreve en viss størrelse for å fungere godt, og samarbeidet kan dermed bryte sammen dersom én kommune velger å trekke seg ut.

1.2.11 Endringer i styringen av spesialisthelsetjenesten

Selv om dagens helseforetaksmodell på mange måter har fungert godt, mener utvalget at styringen av spesialisthelsetjenestene kan forbedres. Det er uheldig at det kan stilles spørsmål ved legitimiteten til de regionale helseforetakene som er satt til å gjøre krevende avveininger på fellesskapets vegne.

Utvalget anbefaler endringer som styrker den politiske styringen, tydeliggjør ansvarsforholdene og legger bedre til rette for samarbeid mellom tjenestenivåene. Utvalgets forslag om en årlig helse- og omsorgstjenestemelding til Stortinget vil også kunne gi en bredere demokratisk involvering og forankring.

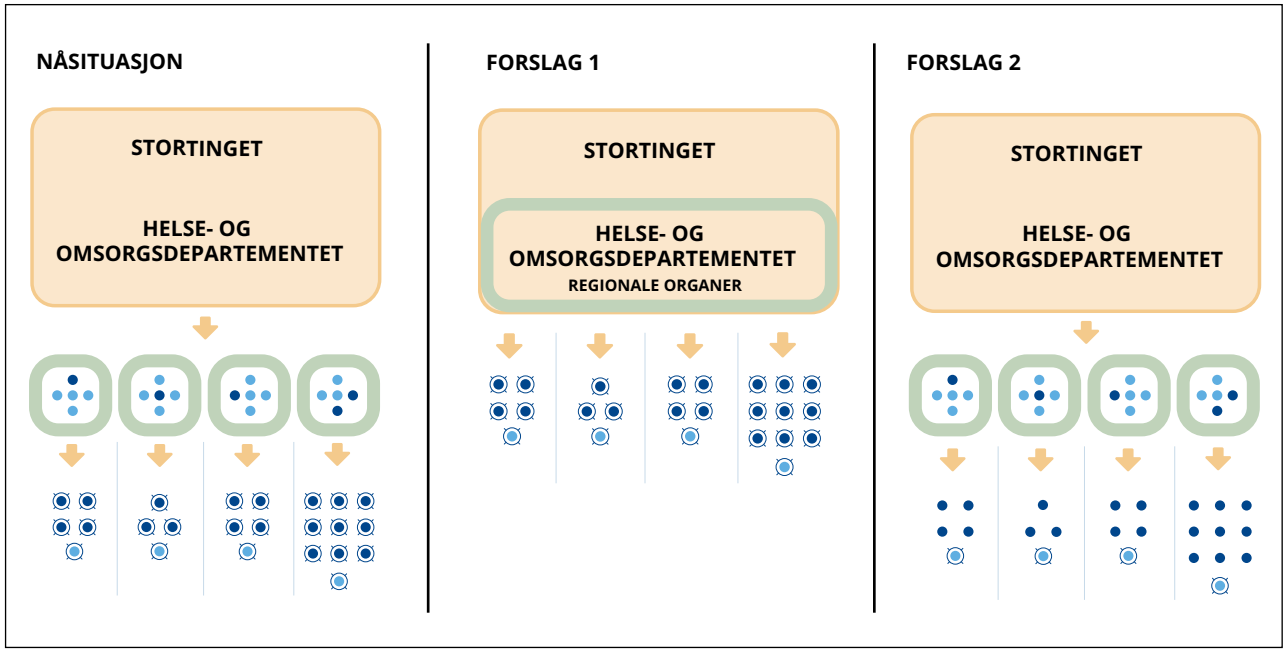
For å styrke samhandlingen mellom kommuner og helseforetak anbefaler utvalget at det innføres en lovpålagt plikt til drøfting i de strategiske helseutvalgene før helseforetak eller kommuner treffer beslutninger i saker som har vesentlig betydning for tjenestetilbudet eller samfunnsmessige konsekvenser.

For å styrke den lokale og regionale forankringen anbefaler utvalget at de strategiske helseutvalgene kan foreslå kandidater til styret i helseforetakene, og at det utredes om administrerende direktør i helseforetakene bør ansettes på åremål.

Når det gjelder organiseringen av sørge-for-ansvaret og sykehusene, ser utvalget at det finnes flere mulige modeller som kan understøtte målene om gode, bærekraftige og sammenhengende tjenester. Utvalget har drøftet modeller som innebærer ulike avveininger mellom demokratisk styring, administrativ effektivitet, ansvarslinjer og behovet for regional tilpasning.

Et flertall av utvalgets medlemmer anbefaler at staten har sørge-for-ansvaret, mens helseforetakene yter tjenester og er egne rettssubjekter (forslag 1 i figur 1.16). Dette innebærer at de regionale helseforetakene avvikles og at eierskapet til helseforetakene legges til departementet. Flertallet legger vekt på utfordringene med den politiske legitimiteten i dagens modell og mener det er behov for tydeligere politiske ansvarslinjer. Antall helseforetak bør reduseres til 10–15. Flertallet viser til at de regionale helseforetakene har verdifull kompetanse, og anbefaler derfor en regional statlig tilstedeværelse, for eksempel gjennom regionale forvaltningsorganer underlagt departementet. Dette kan ivaretas ved overdragelse av de regionale helseforetakenes virksomhet til staten.

Et mindretall av utvalgets medlemmer anbefaler en modell der de regionale helseforetakene videreføres som egne rettssubjekter med sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenesten (forslag 2 i figur 1.16). Helseforetakene avvikles som egne rettssubjekter og styringsnivåer, og styrene for



Figur 1.16 Nåsituasjonen med regionale helseforetak med sørge-for-ansvar og underliggende helseforetak. Flertallet foreslår (forslag 1) å legge ned de regionale helseforetakene og overføre ansvaret for spesialisthelsetjenesten til staten ved Helse- og omsorgsdepartementet. Helseforetakene videreføres med egne styrer. Mindretallet foreslår (forslag 2) å opprettholde de regionale helseforetakene, men ikke videreføre helseforetakene som egne rettssubjekter med styre.

dagens helseforetak bortfaller. Sykehusene organiseres som resultatenheter under det regionale helseforetaket med stedlig ledelse og tydelige og vide fullmakter. De regionale helseforetakene beholder et samlet ansvar for drift, investeringer og langsiktig utvikling av tjenestetilbudet i regionen. Modellen skal suppleres med tydeligere nasjonal samordning på utvalgte områder og tiltak som styrker den lokal- og regionalpolitiske medvirkningen.

1.2.12 Finansieringsordninger som understøtter samhandling og riktig ressursbruk

Utvalget mener at finansieringsordningene må samkjøres mellom nivåene, og gi sterkere insentiver til samhandling. Sørge-for-ansvaret er fordelt på to nivåer, og de ulike nivåene og tjenestene har ulike finansieringssystemer. Resultatet er at hver aktør prioriterer innenfor sitt eget budsjett og sitt eget ansvar, med svake insentiver til å samhandle og ta hensyn til konsekvenser på andre aktørers områder. Etter utvalgets vurdering understøtter dagens finansieringsordninger i for liten grad målene om sammenhengende tjenester, god utnyttelse av knapp arbeidskraft og likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Gevinster ved forebygging, samhandling og tjenesteutvikling kan tilfalle et annet nivå enn det som må bære kostnadene. Dette bidrar til at tiltak som er bra for pasienten og samfunnet, ikke blir gjennomført.

Utvalget legger til grunn at rammefinansiering fortsatt skal være bærebjelken i finansieringen av helse- og omsorgstjenesten. Samtidig mener utvalget at rammefinansiering bør suppleres med andre finansielle virkemidler.

I dag er det økonomiske insentiver til aktivitet i sykehusene, men få eller ingen økonomiske insentiver til aktivitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å dempe de økonomiske insentivene til sykehusinnleggelse anbefaler utvalget at øyeblikkelig hjelp i sykehusene ikke lenger aktivitetsfinansieres. Sammen med forslaget om aktivitetsbasert statlig finansiering av døgnopphold i nærhelsetjenestene vil dette dempe insentivene til sykehusinnleggelser for pasienter som kan få et minst like godt tilbud utenfor sykehus.

For å sikre høy aktivitet innenfor prioriterte områder i sykehusene anbefaler utvalget at andelen innsatsstyrt finansiering av planlagt aktivitet økes noe.

Utvalget mener at statlig aktivitetsbasert finansiering av utvalgte helse- og omsorgstjenester i kommunene kan vurderes for å gi kommunene sterkere insentiver til å utvikle lokale tilbud. Etter utvalgets vurdering kan slike virkemidler bidra til at pasienter i større grad mottar tjenester på riktig

omsorgsnivå, og at knapp kapasitet i spesialisthelsetjenesten forbeholdes de delene av pasientforløpet der spesialisthelsetjenester gir tilleggseffekt.

Utvalget mener at det bør prøves ut resultat- eller tilskuddsbaserte modeller basert på forbedring av ulike indikatorer for samhandling, for eksempel færre reinnleggelser, færre utskrivningsklare pasienter eller redusert behov for sykehusinnleggelser blant eldre pasienter.

Utvalget mener også at finansieringsordningene må stimulere til kompetansedeling mellom spesialisthelsetjenesten, allmennlegetjenesten og de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. Særskilt finansiering av veiledning, arbeidsdager i kommunene og nærhelsetjenestene for personell fra spesialisthelsetjenesten kan, sammen med kompetanseoverføring, bidra til å bygge lokal kapasitet og gjøre det mulig å følge opp flere pasienter nær der de bor.

1.2.13 Sammenhengen mellom drift og investering

Kommunene og spesialisthelsetjenesten er avhengige av investeringer for å kunne drifte gode helse- og omsorgstjenester i framtiden. Både i kommunene og helseforetakene konkurrerer investeringer med personal- og driftskostnader.

Etter utvalgets vurdering er det behov for bedre mekanismer for samordning av investeringer mellom nivåene. Dette innebærer at større investeringsplaner i helseforetak og kommuner drøftes i de strategiske helseutvalgene, at framskrivinger og investeringsplaner utarbeides med felles forutsetninger og gjensidig henvisning til hverandre, og at investeringsplaner i kommuner og spesialisthelsetjenesten synliggjøres og diskuteres samlet i den foreslåtte helse- og omsorgstjenestemeldingen.

Utvalget mener særlig at kapasiteten i lokalsykehus og nærhelsesentre og andre tilbud som retter seg mot de samme pasientgruppene, bør vurderes i sammenheng. Formålet må være å sikre at investeringer i bygninger, teknologi og medisinsk-teknisk utstyr understøtter hensiktsmessig oppgavedeling mellom nivåene, god samhandling og best mulig utnyttelse av knapp arbeidskraft på tvers av helse- og omsorgstjenestene.

Et flertall i utvalget anbefaler å legge ned de regionale helseforetakene og overføre sørge-for-ansvaret for spesialisthelsetjenesten til statsforvaltningen. Ved en slik organisering er utvalget samstemt om at ansvaret for større investeringer ikke bør ligge i helseforetakene. Det betyr at helseforetakene får ansvar for drift og investeringer opp til et visst nivå, mens større investeringer håndteres under Helse- og omsorgsdepartementet, i statsbudsjettet og i den årlige helse- og omsorgstjenestemeldingen.

Et mindretall i utvalget foreslår en modell med regionale helseforetak med sørge-for-ansvar som i dag, men der de underliggende helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter med styrer. Mindretallet anbefaler at dagens modell med helhetlig ansvar for drift og investeringer videreføres i en modell med regionalt sørge-for-ansvar. Økonomisk og finansiell risiko som ligger utenfor helseforetakenes kontroll, bør i større grad enn i dag legges til regionalt og statlig nivå som har bedre forutsetninger for å bære slik risiko. Utvalget mener det er behov for låneordninger som gir større forutsigbarhet og lavere finansiell risiko. Dette omfatter blant annet muligheten for rentebinding allerede når Stortinget vedtar lånerammen, og å erstatte deler av lånerammen med investeringstilskudd.

1.2.14 Digitalisering

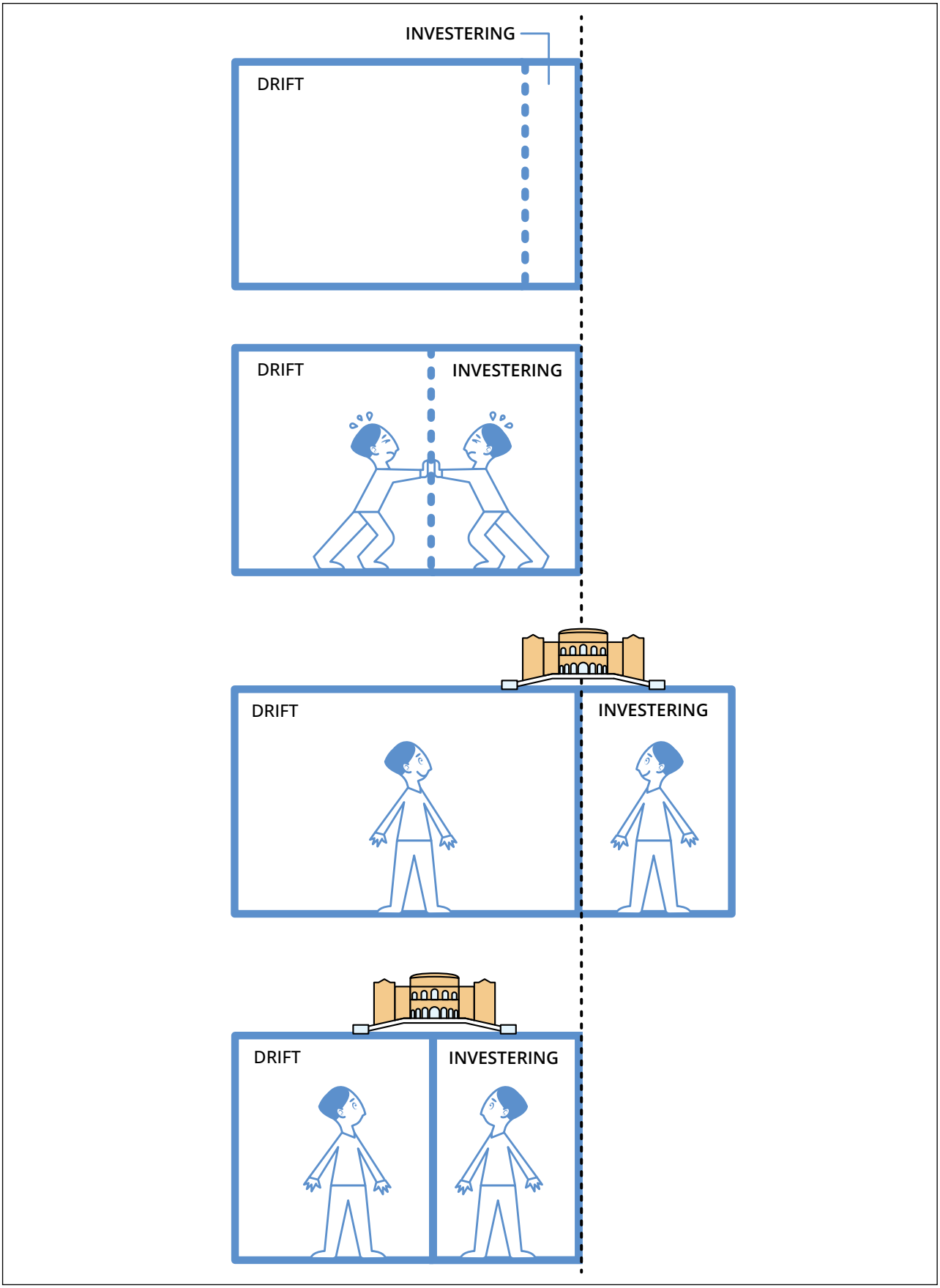
Utvalget anbefaler at innbyggerne skal finne samlet oversikt over egne helseopplysninger og avtaler i sanntid på Helsenorge. Utvalget mener at innbyggerne bør få tilgang til helsetjenester i form av digital førstelinje, og at det utvikles KI-løsninger for persontilpasset informasjon og rådgivning. Interaktive funksjoner kan gi mulighet for egenregistrering, dialog og oppfølging av egen helsetilstand over tid.

Utvalget støtter etablering av en nasjonal fullmakts- og reservasjonsordning der det skal være enkelt for pasienter og pårørende å regulere tilganger for seg selv og andre.

For å sikre likeverdighet må det være tilpassede tiltak og tjenester for innbyggere med redusert digital kompetanse og for pasienter og brukere som ikke er digitale.

Utvalget anbefaler at dagens plikt for helsevirksomhetene til å dele helseopplysninger mellom helsepersonell som ber om det for å yte helsehjelp, må spesifiseres til å gjelde digital deling i tilnærmet sanntid. Utvalget peker på at delingsplikten kan ivaretas gjennom en plikt til å bruke en nasjonal delingsplattform. Plattformen skal spesifiseres og driftes av en nasjonal virksomhet, som også får ansvaret for deling av data via plattformen.

I dag er det praktiske regler for sammenstilling av helseopplysninger for styringsformål



Figur 1.17 Samlet ansvar for drift og investering gir insentiver til helhetlig prioritering mellom god drift i dag og investeringer for god drift i framtiden. Behovet for prioritering mellom drift og investering blir ikke borte selv om ansvaret for prioriteringen skulle splittes opp.

innenfor én helsevirksomhet. For å legge bedre til rette for datadrevet styring av helse- og omsorgstjenester for pasienter som mottar tjenester fra flere virksomheter, for eksempel i nærhelsetjenestene, anbefaler utvalget en gjennomgang av hjemlene for å sammenstille helseopplysninger på tvers av virksomheter til styringsformål.

Utvalget mener at det er behov for sterkere nasjonal styring av digitaliseringsfeltet. Gjennomføringskraften kan styrkes ved at staten tar tydeligere styring og forplikter aktørene til et felles mål for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Utvalget anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør mål og ansvars- og rolledelingen mellom Helsedirektoratet og Norsk helsenett SF.

Utvalget anbefaler at Helsedirektoratets rolle for etablering og implementering av en nasjonal strategi for digitalisering i helse- og omsorgssektoren styrkes. Dette inkluderer helsefaglige mål, normer og helsefaglige (semantiske) standarder som digitaliseringen skal bidra til å realisere. For at digitale løsninger skal kunne samvirke gjennom felles komponenter, åpne standarder og grensesnitt, er det avgjørende med obligatoriske og nasjonale standarder og retningslinjer.

Norsk helsenett SF kan gis en tydelig oppgave for å opprette, spesifisere og drifte en nasjonal plattform for deling av helseopplysninger innenfor og mellom helsevirksomheter i Norge, samt for deling til sekundærformål. Utvalget anbefaler at det etableres hjemmel i lov eller forskrift som tydelig plasserer dataansvaret for behandling av helseopplysninger som deles gjennom en slik plattform.

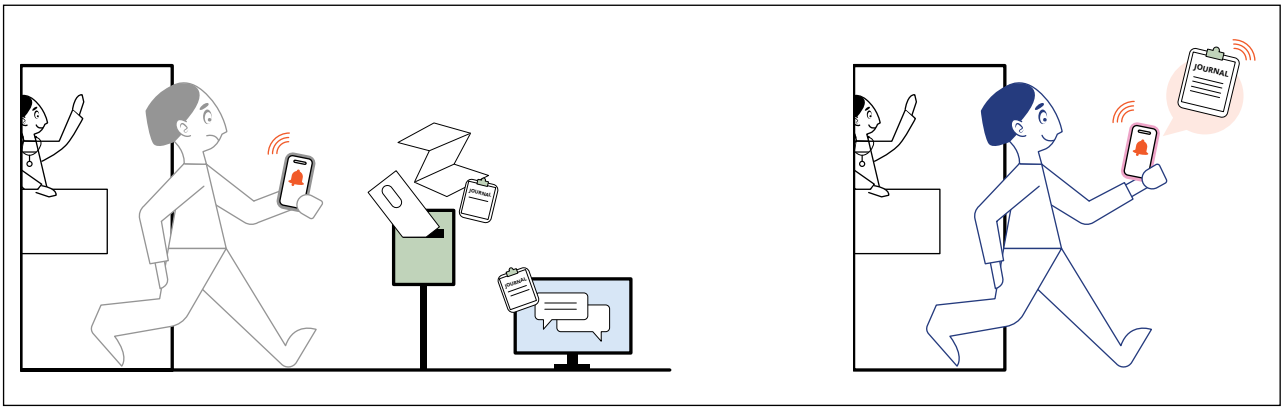
Utvalget anbefaler videre at det utredes om Norsk helsenett SF kan videreutvikles til et nasjonalt e-helseselskap – Digital Helse – der også andre relaterte funksjoner kan inngå.

Med sterkere nasjonal styring gjennom mer ansvar og sterkere virkemidler til Helsedirektoratet, anbefaler utvalget at det nasjonale strategirådet for digitalisering i helse- og omsorgssektoren avvikles. Helsedirektoratet må i stedet selv vurdere hvordan de etter vanlig forvaltningspraksis sikrer medvirkning og gode beslutninger.

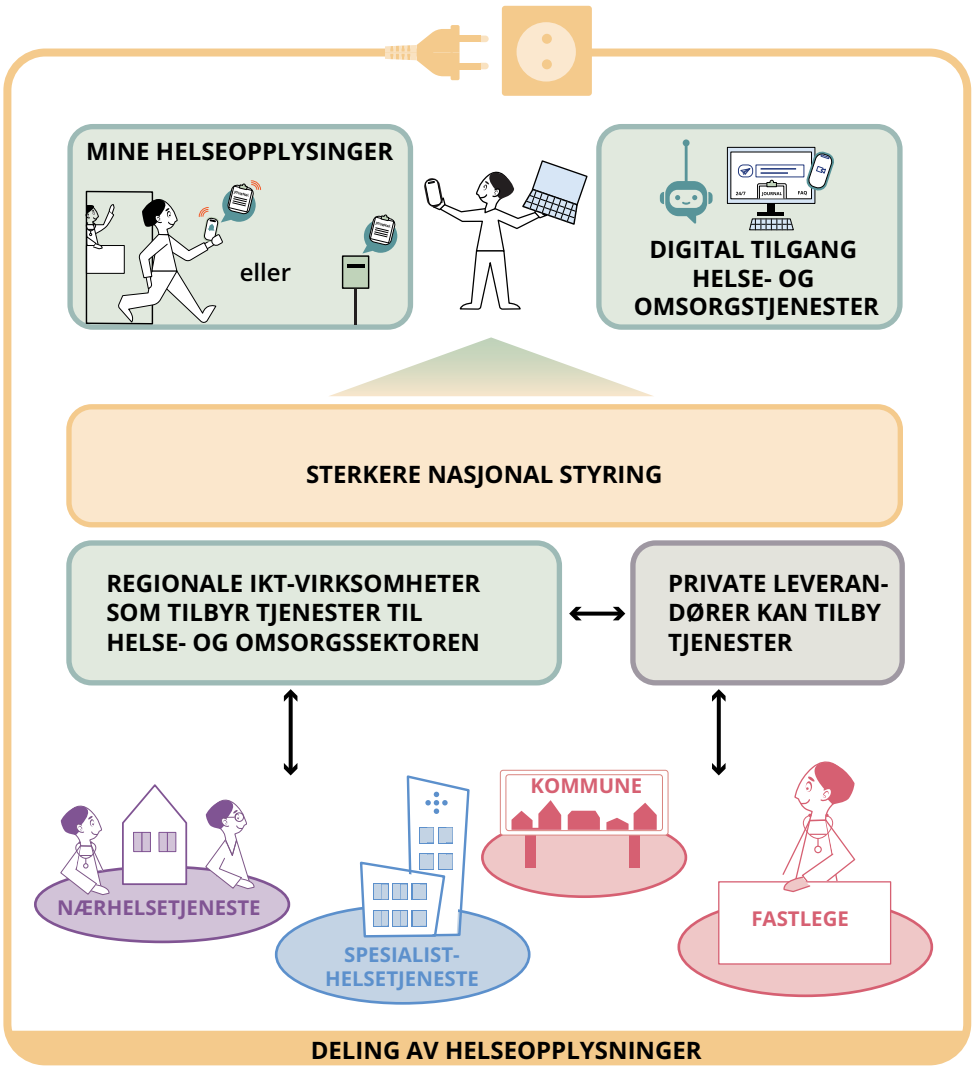
Utvalget anbefaler at det etableres regionale IKT-virksomheter som tilbyr digitale tjenester og løsninger til kommunene og helseforetakene i regionen. Oppgaver for de regionale IKT-virksomhetene innbefatter å anskaffe, drifte og forvalte avtalte løsninger på vegne av helsevirksomhetene i regionen. IKT-virksomhetene kan inngå regionale rammeavtaler med ulike leverandører slik at helsevirksomhetene har mulighet til å velge mellom flere løsninger.

Utvalget anbefaler at omfanget av kommunenes og helseforetakenes tjenestekjøp og bruk av de regionale IKT-virksomhetene skal være frivillig og avtalebasert. For å fremme innovasjon er det viktig at helse- og omsorgsvirksomhetene fritt kan velge hvor de vil kjøpe tjenester og løsninger, så lenge disse oppfyller nasjonale standarder og krav til interoperabilitet. Det innebærer at de regionale IKT-virksomhetene må konkurrere på like vilkår med private leverandører.

Opprettelse av regionale IKT-virksomheter endrer ikke på helsevirksomhetenes ansvar for innføring av digitale løsninger, forsvarlig bruk og gevinstrealisering. God ledelse nært der tjenestene utøves er avgjørende for innovasjon, tjenesteutvikling og endring av arbeidsprosessene. Finansieringen av IKT-virksomhetene skal i all hovedsak komme gjennom betaling for tjenester fra helsevirksomhetene.



Figur 1.18 Innbyggerne skal finne samlet oversikt over egne helseopplysninger og avtaler i sanntid på Helsenorge.



Figur 1.19 Bedre nasjonal styring og standardisering er nødvendig for å fremme digitaliseringen.

1.2.15 Avtaler med private som understøtter pasientens valgfrihet

Både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten bør beslutninger om samarbeid med private virksomheter fortsatt tas av virksomheten med sørge-for-ansvaret, basert på en samlet vurdering av behovet, kompetansen og kapasiteten til de private virksomhetene og hensynet til effektiv ressursutnyttelse. Også dersom helseforetaksmodellen endres, bør avtaler med private leverandører inngås og forvaltes av det nivået som har sørge-for-ansvaret.

Utvalget mener at åpen konkurranse, der både kommersielle og ideelle tilbydere kan delta, bør være hovedregelen ved kjøp av tjenester fra private ved anbud. Adgangen til å reservere anskaffelser for ideelle tilbydere bør likevel beholdes og anvendes der samfunnsmessige hensyn tilsier slik reservasjon.

For at private leverandører av helsetjenester skal kunne tilby gode tjenester over tid, er de avhengige av tilstrekkelig forutsigbarhet til å kunne drive økonomisk bærekraftig. Dette gjelder særlig private ideelle virksomheter. Private virksomheter med offentlig avtale kan i dag oppleve økonomisk usikkerhet når avtalt volum i rammeavtalen med regionalt helseforetak ikke oppnås, eller når mange kontrakter har kort varighet med lave volumer. Utvalget ser at avtaler med lang varighet kan gi redusert fleksibilitet for den virksomheten som har sørge-for-ansvaret, men mener likevel det bør vurderes om det i større grad enn i dag kan inngås mer langsiktige avtaler.

Utvalget vurderer at anskaffelsesreglene framstår komplekse og at det i seg selv kan favorisere egenregi.

For å velge behandling hos en privat tjenesteleverandør som har avtale med spesialisthelsetjenesten, må pasienten i dag først bli rettighetsvurdert i det offentlige. Når et helseforetak foretar rettighetsvurderingen og samtidig blir belastet med kostnadene dersom pasienten velger en privat tjenesteleverandør, kan foretaket ha insentiver til at pasienten velger behandling i foretaket. For å understøtte pasientens reelle valgfrihet, anbefaler utvalget at private tjenesteleverandører med offentlig avtale også blir bemyndiget til å rettighetsvurdere på linje med helseforetak. Det kan være et alternativ at alle rettighetsvurderingene bibeholdes i virksomheten med sørge-for-ansvaret. Regionale vurderingsenheter innen rehabilitering og rusbehandling videreføres.

1.2.16 Bedre styringsinformasjon

Pasienters valgfrihet er ikke reell dersom befolkningen ikke har tilgang til informasjon om hvordan de skal gå fram for å velge behandlingssted, om reelle ventetider, pasient- og brukeropplevelser og andre mål på kvalitet. Utvalget anbefaler at arbeidet med å tilgjengeliggjøre relevante indikatorer automatiseres og styrkes.

Utvalget har i sitt arbeid hatt tilgang på mye statistikk og analyse for spesialisthelsetjenestene, og en del for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er imidlertid svært begrenset med statistikk og analyser som følger pasientene mellom de to nivåene, eller som gjør det mulig å sammenligne utviklingen i tjenestene på tvers av de to nivåene. Uten slik kunnskap er det vanskelig å få til en samordnet utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

Det er innført plikt for virksomheter som tilbyr privatfinansierte helse- og omsorgstjenester til å rapportere data til Folkehelseinstituttet (Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)), men systemet er fremdeles ikke operativt. Uten et slikt system er det ikke mulig å fange opp en utvikling i retning av et todelt helsesystem.

Utvalget mener det også er behov for rutinemessige undersøkelser som kan gi nasjonale sammenlignbare tall for medarbeidertilfredshet mellom tjenestene og over tid. Slik informasjon er avgjørende for å kunne utvikle tjenestene på en måte som gjør at de offentlig finansierte tjenestene forblir helsepersonellets foretrukne arbeidssted.