

Innspill til Helsereformutvalget 2026

Bakgrunn og formål

Helsereformutvalget ble oppnevnt av regjeringen 29. august 2025, og har som formål å utrede og foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i Norge.

Bakgrunnen for arbeidet er omfattende utviklingstrekk og omstillingsbehov i sektoren:

- En aldrende befolkning og økende behov for tjenester
- Endrede forventninger fra pasienter og brukere
- Stramt arbeidsmarked og knapphet på helsepersonell
- Mer komplekse og tverrgående pasientforløp
- Rask medisinsk og teknologisk utvikling
 - Økende økonomisk press på offentlige finanser

Utvalget skal blant annet:

- Utrede og foreslå ulike modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en integrert helse- og omsorgstjeneste
- Vurdere ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunal og fylkeskommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten
- Vurdere hensiktsmessig organisering av samarbeid med private aktører
- Utrede konsekvenser av forslagene, herunder økonomiske, juridiske, administrative og personellmessige forhold

Den endelige rapporten for arbeidet skal overleveres regjeringen innen 1. november 2026.

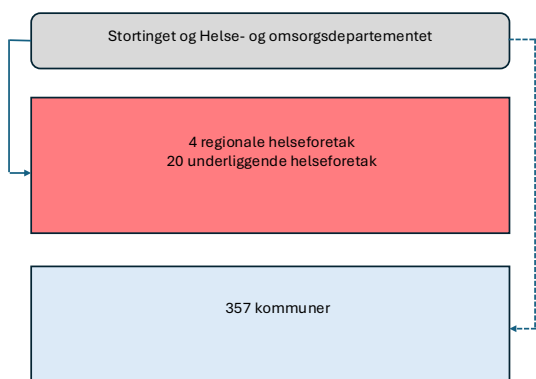
Problemstillinger

Under utvalgets innspillsmøte i Bodø 4. februar 2026 pekte Helsereformutvalget på flere grunnleggende strukturelle og systemiske utfordringer i helse- og omsorgstjenestene. Disse omfatter både organisatoriske svakheter og betydelige kapasitetsutfordringer som må håndteres for å sikre en bærekraftig utvikling av tjenestene over tid.

Utvalget presenterte samtidig ulike overordnede modeller som skal danne grunnlag for den videre vurderingen av hvordan helse- og omsorgstjenestene kan organiseres i fremtiden.

Dagens modell:

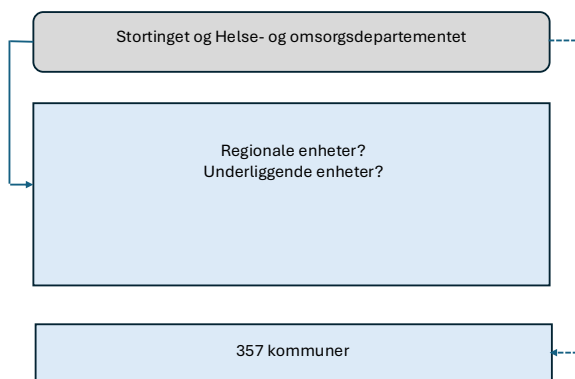
Nåværende styring og organisering



- Sørge for-ansvar**
 - Delt mellom regionale helseforetak og kommuner
- Demokratisk forankring**
 - Storting/regjering
 - Kommunestyre
- Organisering og styring**
 - Kommunene ganske frie innenfor bl.a. kommuneloven. Åpning for egenregi, interkommunalt samarbeid og private leverandører (ideelle, fastleger, kommersielle).
 - RHF bundet av bl.a. helseforetaksloven. Må ha et styre oppnevnt av helseminister. HF må ha et styre oppnevnt av RHF-styret. Åpning for egenregi (HF), og private leverandører (ideelle, avtalespesialister, kommersielle).
- Finansiering**
 - Kommunenes frie midler (inkl. skatter) og noe aktivitetsbasert som er styrt fra staten (Helfo)
 - RHFene rammefinansieres fra staten med noe aktivitetsbasert (DRG) og noe fra staten (Helfo)

Alternative modeller som vurderes:

Folkevalgte, nye regioner



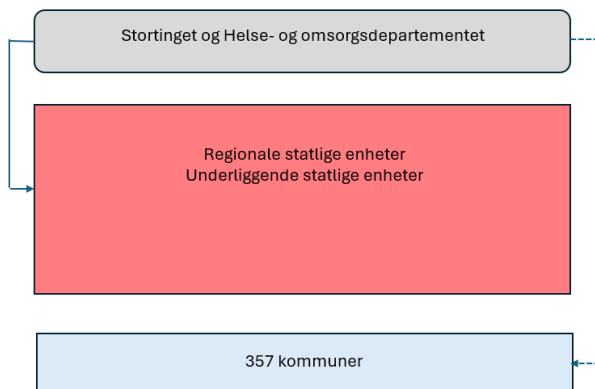
- **Demokratisk forankring**
- **Sørge for-ansvar**
- **Organisering**
- **Styring**
- **Finansiering**

Direkte eller indirekte valg?

Hva med fylkeskommunen?

Hva med kommunestruktur?

Statlig styring

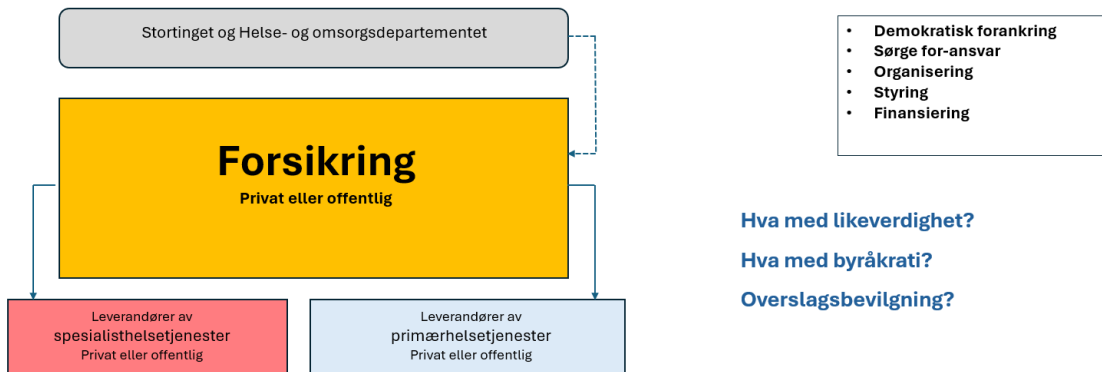


- **Demokratisk forankring**
- **Sørge for-ansvar**
- **Organisering**
- **Styring**
- **Finansiering**

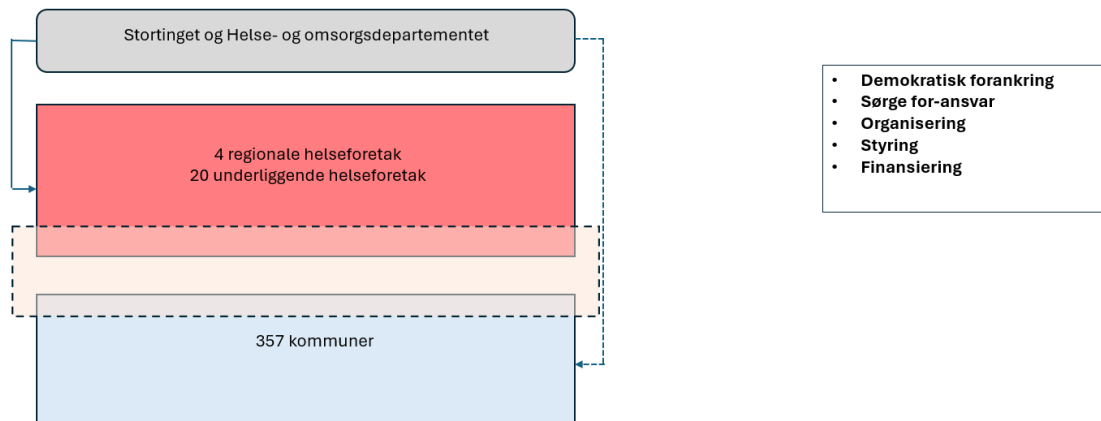
Hva med regional/lokal demokratisk innflytelse?

Hva med enkeltkommuners ansvar?

Forsikringsbaserte ordninger



Varianter av dagens ordning



Innspill til utvalgets arbeid

Helsereformutvalget skal legge fram anbefalinger som kan få langsiktige konsekvenser for styringsstruktur, organisering, finansiering og det demokratiske ansvaret i helse- og omsorgstjenestene. Det er åpnet for innspill før den endelige rapporten ferdigstilles.

Nordland fylkeskommune skal benytte denne muligheten og gi et tidlig og faglig solid innspill, av følgende grunner:

- Fylkeskommunen har allerede viktige, lovpålagte oppgaver – blant annet innen tannhelse, folkehelse og samfunnsutvikling – og forvalter virkemidler som er tett koblet til reformens mål om bærekraftige og sammenhengende tjenester. Vi sitter derfor med erfaringer og perspektiver som er direkte relevante for arbeidet.
- Nordland kjennetegnes av store avstander, spredt bosetting og mange små kommuner. Det gjør at rekruttering, transport, akuttberedskap og kontinuitet i

tjenestene har andre rammevilkår enn i mer sentrale områder. Reformforslag må derfor vurderes særskilt i et distrikts- og kystperspektiv.

- Endringer i ansvars- og oppgavefordeling vil påvirke samspeilet mellom kommuner, fylkeskommune, sykehus og private aktører. Det er viktig å få fram hvordan disse grenseflatene fungerer i praksis – og hva som skal til for å få dem til å fungere bedre.
- Dersom det foreslås et sterkere regionalt nivå eller nye samhandlingsstrukturer i helsetjenestene, må det også avklares hvordan innbyggernes medvirkning, politisk styring, åpenhet og legitimitet skal ivaretas.
- Et tidlig innspill gir oss mulighet til å løfte konkrete forbedringsforslag – ikke bare om struktur, men om innhold: styrking av primærhelsetjenesten, mer helhetlige pasientforløp, bedre samhandling på tvers av nivåer og en tydeligere integrering av folkehelse og tannhelse i det samlede helsetilbudet.

Tema og områder som bør belyses i innspillet

Innspillet bør tydeliggjøre hvordan reformforslagene vil slå ut i et fylke med Nordlands særtrekk, og hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for å sikre reelt likeverdige og robuste tjenester – også i krise og beredskap.

Distrikts- og kystperspektivet

I Nordland er store avstander, spredt bosetting og værutsatt infrastruktur grunnleggende rammevilkår for helse- og omsorgstjenestene. Dette påvirker reisebelastning, akuttberedskap, transportløsninger og tilgang til kompetanse og spesialiserte tjenester.

En ensartet dimensjonering basert kun på befolkningsgrunnlag vil derfor ikke sikre et likeverdig tilbud. Tjenestene må planlegges og finansieres med utgangspunkt i fylkets geografiske og strukturelle særtrekk – både i normal drift og i krise.

Helseberedskap og robusthet

God helseberedskap er avgjørende i et fylke med lange avstander, krevende klima og sårbar infrastruktur. Reformen må belyse hvordan kapasitet, lagerhold, transportløsninger, personelltilgang og samordning mellom nivåene kan styrkes for å håndtere både pandemier, større ulykker og andre alvorlige hendelser. Det må sikres at effektivisering ikke går på bekostning av beredskap og redundans.

Personell og kompetanse

Rekruttering og stabilisering av helsepersonell er en nøkkelfaktor for både kvalitet og beredskap. Det bør ses på utdanningskapasitet, desentraliserte studieløp, kompetanseløp for både generalister og spesialister, oppgavedeling og nye arbeidsformer – herunder tverrfaglige team og digital oppfølging.

Sammenhengende pasientforløp – med pasienten i fokus

Overganger mellom nivåene er særlig krevende i distriktene. Ansvarsdeling, forpliktende samarbeidsavtaler, felles prioritering av kapasitet og tydelig ansvar for utskrivningsklare pasienter må avklares for å unngå brudd i tjenestene – også i situasjoner med økt belastning.

Tannhelse som integrert del av helsetjenesten

Tannhelse bør ses som en del av den samlede helsetjenesten, særlig for utsatte grupper som barn og unge, eldre, personer med rus- og psykiske helseutfordringer og pasienter med kroniske sykdommer. Ansvarsplassering og finansiering må støtte opp under helhetlige forløp.

Forebygging og folkehelse

Forebygging og folkehelse må integreres som en grunnleggende del av organisering, styring og finansiering av den samlede helse- og omsorgstjenesten – ikke behandles som et sideområde. Ansvar må forankres tydelig i oppgavefordelingen mellom nivåene og inngå som en naturlig del av tjenesteutviklingen på tvers av sektorer. Systematisk forebyggende arbeid er også god samfunnsøkonomi: Tidlig innsats kan redusere behovet for kostbar behandling, dempe presset på tjenestene og bidra til bedre ressursutnyttelse over tid

Digitalisering og helsedata

Det er behov for en tydelig og helhetlig styring av digital utvikling i helse- og omsorgstjenesten. Digitale løsninger må legge til rette for sømløs og sikker deling av kritisk pasientinformasjon mellom nivåene, slik at tjenestene fremstår sammenhengende for innbyggerne og helsepersonell har tilgang til nødvendig informasjon når det trengs. Samtidig må personvern og informasjonssikkerhet ivaretas.

Robuste og interoperable systemer er også en forutsetning for god helseberedskap. I kriser og krig må informasjon kunne deles raskt og pålitelig på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer. Digital infrastruktur må derfor planlegges og dimensjoneres med både normaldrift og ekstraordinære situasjoner som utgangspunkt, slik at den understøtter helhetlig krisehåndtering og kontinuitet i tjenestene.

Demokratisk styring og legitimitet

Dersom ansvar samles eller flyttes mellom nivåer, må det tydeliggjøres hvordan politisk styring, åpenhet, innsyn og klage- og ombudsordninger skal ivaretas.

Finansiering og insentiver

Finansieringsmodellene må utformes slik at de sikrer likeverdige helsetjenester i hele landet – også i områder med lavt befolkningsgrunnlag, store avstander og spredt bosetting. En ren dimensjonering etter innbyggertall vil ikke gi et likeverdig tilbud i nord. Det bør derfor vurderes ordninger som i større grad tar hensyn til geografiske og strukturelle forhold. Videre bør det ses på alternative modeller for finansiering av sykehusbygg og annen helseinfrastruktur, slik at investeringer i bygg og anlegg ikke går på bekostning av midler til tjenestetilbud og pasientbehandling.

Samarbeid med private og ideelle aktører

Roller og ansvar må være tydelige. Samarbeidet bør bidra til kvalitet, beredskap og god kapasitetsutnyttelse, samtidig som det sikres at private og ideelle aktører inngår i integrerte forløp og ikke øker fragmenteringen.

Innstilling og invitasjon til bidrag

Med bakgrunn i ovennevnte, samt fylkestingets vedtak 094/2025.18 om at Regjeringen må utrede alternative styringsmodeller for helseforetakene – der pasienter og fagfolk settes i sentrum fremfor kostnadsdrivende administrasjon – anbefales det at det utarbeides en egen fylkestingssak med samlede vurderinger til Helsereformutvalget.

I denne forbindelse inviteres relevante aktører til å komme med bidrag til arbeidet med saken som skal oversendes utvalget.

Et tidlig og samlet grunnlag gir økt mulighet til å påvirke retningen på reformarbeidet før endelige anbefalinger fastsettes, og bidrar til å synliggjøre Nordlands særskilte utfordringer og forutsetninger i den videre utviklingen av fremtidens helse- og omsorgstjenester.