Notat

Dokumentnr.: Saksbehandler: Madli Indseth Dato: 20.11.2026

Helsereformutvalgets rapport – KS-administrasjonens foreløpige vurderinger og aktuelle momenter til kommunenes høringsarbeid

Innholdsfortegnelse

Om notatet - bakgrunn 2

KS-administrasjonens foreløpige vurderinger av Helsereformutvalgets anbefalinger 3

Om utvalgets problembeskrivelse 3

KS-administrasjonens foreløpige vurderinger av Helsereformutvalgets ulike anbefalinger 4

Om overordnet modell - anbefaling om fortsatt delt sørge-for-ansvar mellom kommunene og staten 4

Om psykisk helse og psykiatri 5

Om allmennlegetjenester, der fastlegeordningen forblir i kommunene 8

Om den akuttmedisinske kjede, der legevakt foreslås overført til spesialisthelsetjenesten 10

Om større kommuner og interkommunale samarbeid 13

Om en nærhelsereform basert på avtaler eller opprettelse av selskaper 14

Om strategisk samarbeid mellom kommuner og sykehus 17

Om styringsinformasjon 18

Om rehabiliteringsfeltet 19

Om endringer i styringen og organiseringen av spesialisthelsetjenesten - helseforetaksmodellen 19

Om omlegging av lovverket med en felles lov og om lovendringer for bedre samarbeid og harmonisering 20

Omlegging av system for stortingsmeldinger med en felles årlig stortingsmelding 23

Om finansieringsordninger som skal bidra til samhandling og riktig ressursbruk ... 23

Om innføring av teknologi og digitale løsninger 29

Særskilt om forebygging og folkehelse 34

Øvrige bemerkninger 36
Vedlegg 36
Innspill fra KS Advokatene 17.11.2026 36

Om notatet - bakgrunn

Dette notatet er utarbeidet for å støtte kommunenes arbeid med høringssvar på Helsereformutvalgets rapport NOU 2026: 12 Én helsetjeneste[1], som har høringsfrist 2. februar 2027[2].

KS arbeider aktivt for at kommuner og fylkeskommuner skal være tydelige premissleverandører, både overfor utvalget før det leverte sin innstilling, overfor andre aktører som gir innspill, og overfor regjeringen og Stortinget i den videre behandlingen av reformen. KS' administrasjon har arbeidet med å innhente et godt kunnskapsgrunnlag med FoU-rapporter og innspill fra kommunesektoren for hva som bør være innholdet i en reform, sett fra kommunesiden. Etter vedtak i KS' hovedstyre i juni, sendte KS innspill[3] til helsereformarbeidet til Helsereformutvalget.

Helsereformutvalgets rapport er ikke det eneste elementet i kunnskapsgrunnlaget til helsereformen. Regjeringen fremholder at også andre kilder til kunnskap, herunder erfaringer fra utprøvingene i Prosjekt X[4] og NOU 2026: 6 *Den nye velferdskommunen*[5], skal være kunnskapsgrunnlag for regjeringens arbeid med helsereform som del av Regjeringens plan for Norge[6]. Det er tidligere kommunisert at Helse- og omsorgsdepartementet jobber parallelt med lovutredninger og forberedelser opp mot reform. I forbindelse med helsereformen gjennomfører helse- og omsorgsministeren regionale innspillsmøter[7] for å få frem konkrete forslag til hva regjeringen bør gjøre i helsereformen. Gitt Stortingets sammensetning er det grunn til å anta at de viktigste beslutningene vil tas i stortingsbehandlingen. Det er dermed viktig for kommunesektoren at kommunale perspektiver løftes frem politisk.

Etter vår vurdering har kommunesektoren fått godt gjennomslag for mange av innspillene som ble sendt inn i juni. Ettersom også andre kunnskapskilder vil bli lagt til grunn i det videre helsereformarbeidet, anbefaler vi at kommunene spiller inn til reformarbeidet bredt, og ikke begrenset til Helsereformutvalgets rapport. Et annet viktig poeng er at det er viktig å spille tydelig inn på det man støtter i Helsereformutvalgets forslag, for å bidra til at det blir med videre i regjeringens arbeid med helsereformen.

Notatet er utarbeidet i forbindelse med et digitalt møte 20. november i regi av KS, der kommunedirektører og kommunalsjefer helse og velferd fra alle landets kommuner er invitert. Her vil

[1] NOU 2026: 12 - regjeringen.no
[2] Høring - NOU 2026:12 Én helsetjeneste - regjeringen.no
[3] KS-innspill-til-arbeidet-med-helsereformen-22.06.2026.pdf
[4] Prosjekt X: Erfaringer, læringspunkter og barrier - Hjem
[5] NOU 2026: 6 - regjeringen.no
[6] Regjeringens plan for Norge (2025–29) - regjeringen.no
[7] Innspillsmøter over hele landet om helsereformen - regjeringen.no

viktige områder i rapporten løftes og momenter som kan brukes i høringssvar bli lagt frem. KS-regionene vil i forlengelsen av dette følge opp regionalt.

I notatet presenterer KS-administrasjonen vurderinger av hovedretning i rapporten og de enkelte forslagene, med fokus på forslagenes konsekvenser, fordeler og ulemper. Vurderingene knytter seg tett opp til KS' høringsinnspill til helsereformarbeidet fra juni og øvrige etablerte KS-posisjoner. Dialog med kommunene etter at utvalgets rapport ble lagt frem bidrar også til vurderingene.

Det understrekes at notatet er utarbeidet kort tid etter at rapporten ble fremlagt og det tas forbehold om at dette representerer foreløpige vurderinger fra KS-administrasjonen. Et endelig forslag til høringssvar fra KS-administrasjonen fra vil etter planen bli lagt frem for beslutning i KS' hovedstyremøte 21. desember. Kort tid etter dette vil KS' innspill til høringssvar blir tilgjengelig for kommunene.

KS-administrasjonens foreløpige vurderinger av Helsereformutvalgets anbefalinger

Om utvalgets problembeskrivelse

Utvalgets problembeskrivelse er i all hovedsak gjenkjennbar. Det er likevel noen aspekter vi ønsker å belyse der vi mener utvalgets utfordringsbilde bør nyanseres.

For det første, når det gjelder veksten i helse- og omsorgtjenestene, peker utvalget på at 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. Riksrevisjonen[8,9] påpeker at dersom kommunene ikke har kapasitet til denne veksten, vil presset på sykehusene øke og føre til overbelastning. Riksrevisjonen fremholder 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.

Vi er enige i at veksten i hovedsak kommer i kommunene, dette har KS pekt på det lenge. Samtidig er det grunn til å påpeke at noe av veksten i sykehus hos eldre vil handle om at sykdomsbyrden for kreft og andre sykdommer treffer senere som følge av at innbyggerne holder seg friskere lenger, slik at noe av veksten kan forklares av vekst i poliklinisk aktivitet. Disse behovene for spesialisthelsetjenester skal ikke håndteres av kommunene, så her er det viktig å differensiere hva slags aktivitet som har vekst.

For det andre, når det gjelder utskrivningsklare pasienter, er det viktig med et godt kunnskapsgrunnlag. Vista Analyses rapport[10] opplyser at over 85 prosent av pasientene som meldes

[8] Riksrevisor: Sjukehusa blir overbelasta om dagens bruk held fram
[9] Kommunar er ikkje førebudde på eldrebølgja
[10] Evaluering av modell for utskrivningsklare pasienter

utskrivningsklare tas imot i kommunen samme dag og over 95 prosent innen tre døgn. Her kommer det altså tydelig frem at kommunene gjør en stor jobb med å ta imot de utskrivningsklare pasientene. Rapporten viser til at tidligere utskrivning øker presset på kommunene, og i tråd med dette har KS tidligere uttalt at det ikke er realistisk at kommunesektoren skal kunne kompensere for en ytterligere reduksjon i liggetid samtidig som tjenestene skal møte økte behov som følge av demografiske endringer.

Rapporten viser at to prosent av de utskrivningsklare oppholdene står for omtrent halvparten av overliggerdøgnene. Bak gjennomsnittstallene er det altså en liten gruppe pasienter med svært omfattende og sammensatte behov. Og det er her samarbeidet mellom tjenestenivåene virkelig settes på prøve og kommunenes kapasitet og ressurser i størst grad utfordres. Rapporten slår fast at når noen få pasienter blir liggende svært lenge, er ikke nødvendigvis problemet at kommunen trenger et enda sterkere økonomisk insentiv for å ta imot pasientene raskere. Problemet kan være at pasienten trenger et tilbud som en kommune vanskelig kan etablere alene, eller at ansvaret mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ikke er godt nok avklart.

For det tredje, når det gjelder pasientgruppen som har omfattende og sammensatte helse- og omsorgsbehov og mottar en stor andel av helse- og omsorgstjenestene, er det viktig å definere denne gruppen tydeligere. Til dels viser utvalget til de om lag 6 prosent av pasientene knyttet til rundt halvparten av kostnadene til pasientbehandling i somatiske sykehus[11] og til dels viser de til en liten andel av pasientene i kommunene som bruker en stor andel av kostnadene. Disse gruppene er imidlertid ikke overlappende i svært stor grad. I tillegg er det uklart hvor stor grad av overlapp det er mellom disse pasientgruppene og pasientgruppene med store og sammensatte behov som lett blir «kasteballer». Ettersom det særlig er disse pasientgruppene som reformen skal bidra til bedre tjenester til, er det behov for mer kunnskapsbasert tilnærming til hvem disse gruppene er. Det er helt vesentlig å avklare omfanget eller volumet av disse pasientene slik at det blir mulig å finne gode løsninger for finansiering og klargjøre hvor det gir mening å bygge opp samhandlingstilbud, eller avklare hvor kommuner og sykehus best selv kan løse utfordringene.

For det fjerde, når det gjelder utfordringene innen digital samhandling og statlig styring av digitalisering, er det fra KS-administrasjonen en rekke prinsipielle vurderinger og betraktninger som forutsetter større grad av likeverdig samarbeid for økt gjennomføringstakt, i tråd med virksomhetens behov, se under overskrift *Om digitalisering innen helse og omsorg – en forutsetning for bærekraft*.

KS-administrasjonens foreløpige vurderinger av Helsereformutvalgets ulike anbefalinger

Om overordnet modell - anbefaling om fortsatt delt sørge-for-ansvar mellom kommunene og staten

Helsereformutvalgets kapittel 32.1: «Fortsatt delt sørge-for-ansvar mellom kommuner og den statlige spesialisthelsetjenesten»

[11] Seks prosent av pasientene står for halvparten av kostnadene til pasientbehandling – SSB

- Anbefalingen fra Helsereformutvalget kort gjengitt

Utvalget anbefaler ikke å samle sørge-for-ansvaret for alle helse- og omsorgstjenester på ett nivå nå. De vurderer at en samling kan gi mer integrerte og helhetlige tjenester, men kan samtidig svekke sammenhengen med kommunale sosial- og velferdstjenester og innebære betydelige omstillingskostnader. Deler av utvalget peker på folkevalgte regioner som en mulig langsiktig modell.

- Nærmere om anbefalingen fra utvalget

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. Omstillingskostnadene ved å samle sørge-foransvaret 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.

- Foreløpige vurderinger og aktuelle momenter til høringssvar

I KS' innspill i juni fremholdt vi at primærhelsetjenesten i kommunene må utgjøre grunnmuren i helse- og omsorgstjenestene og at fastlegene og øvrige allmennlegetjenester må være en del av kommunale helse- og omsorgstjenester for å sikre en helhetlig tjeneste, god samhandling og en sterk portnerrolle. Det har vært bred oppslutning fra kommunene på dette.

Det er derfor bra at utvalget foreslår at det fortsatt skal være delt sørge-for-ansvar mellom stat og kommune og at kommunene får beholde mesteparten av helse- og omsorgstjenestene de har ansvar for i dag. Her opplever vi at utvalget har lyttet til kommunesektoren. Dette gir helhetlig styring for de grunnleggende velferdstjenestene lokalt.

Det vil være viktig å støtte Helsereformutvalgets vurderinger på dette punktet i høringssvar, for å bidra til at denne linjen følges i det videre helsereformarbeidet.

Om psykisk helse og psykiatri

Helsereformutvalgets kapittel 32.7: «Økt kapasitet i tjenestene innen psykisk helse»

- Anbefalingene fra Helsereformutvalget kort gjengitt

Utvalget anbefaler at døgnkapasiteten i spesialisthelsetjenesten må styrkes, særlig for personer med alvorlige psykiske lidelser. Utvalget anbefaler også at spesialisthelsetjenesten overtar ansvaret for pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, blant annet gjennom overgangs- og sikkerhetsboliger, og at nødvendige tvangshjemler utredes nærmere. De anbefaler at kommunene og spesialisthelsetjenesten i fellesskap vurderer henvisninger og henvendelser om psykisk helsehjelp.

Utvalget anbefaler videre at kommunene bør ha hovedansvar for å koordinere tjenester til personer med psykiske helse- og rusutfordringer, og videreutvikle lavterskeltilbud, særlig for barn og unge.
De støtter videreutvikling av ACT-, FACT- og FACT-ung-team og at DPS i større grad bør utvikles til tverrfaglige samarbeidsarenaer.

- Momenter til høringssvar

I KS' innspill til helsereformarbeidet i juni, og i tidligere innspill gjennom flere år, har KS holdt frem at spesialisthelsetjenesten må ha tilstrekkelig døgnkapasitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til å ivareta sitt ansvar for pasienter, og særlig de som utfordrer samfunnsvernet. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten har kapasitet til tilstrekkelig lengde på opphold i spesialisthelsetjenesten for pasientene.

Det er bra at utvalget anbefaler at døgnkapasiteten i spesialisthelsetjenesten må styrkes og at utvalget anbefaler at spesialisthelsetjenesten overtar ansvaret som i dag er tildelt kommunene for pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Det er viktig at sykehusene får et større ansvar for pasienter som trenger psykiatrisk behandling der det er utfordringer når det gjelder samfunnsvern. Vi trenger at staten øker antall døgnplasser, både innen psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling.

Når det gjelder felles vurdering av henvisninger, er det viktig at modellene rettes inn mot en tydelig avgrenset målgruppe, nemlig de pasientene der det faktisk er tvil om hvor oppfølgingen bør skje og hvilket tjenestenivå som er det mest hensiktsmessige. Det er også viktig å erkjenne at løsninger som fungerer i ett begrenset geografisk område ikke nødvendigvis er overførbare til andre deler av landet som har andre forutsetninger.

- Nærmere om anbefalingen fra utvalget og vurderinger fra KS-administrasjonen

- Felles vurdering av henvisninger

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

Vi mener at dette forslaget i større grad må ses opp mot ressursbruken som følger av nye avklarings- og vurderingsprosesser, særlig for pasienter som i utgangspunktet ikke har behov for en slik ekstra ressursinnsats. Det er derfor viktig at modellene rettes inn mot en tydelig avgrenset målgruppe, nemlig de pasientene der det faktisk er tvil om hvor oppfølgingen bør skje og hvilket tjenestenivå som er det mest hensiktsmessige. Erfaringene fra et av de områdene i Norge med kortest avstander og svært tett bosettingsmønster og tilbud fra både kommuner og sykehus vil ikke være overførbare til andre deler av landet som har helt andre utfordringer, blant annet når det gjelder avstand til sykehus og antall kommuner som et sykehus samhandler med. Det er heller ikke tatt hensyn til hva en volumøkning vil bety for helheten. Dette må dermed utredes for både med tanke på pasientvolum, personellvirkninger og ressursbruk generelt.

- DPS som tverrfaglig samarbeidsarenaer

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 lokale tilbud som i Valdres.

Vi mener at så lenge dette er frivillig for kommunene, er det positivt med denne styrkingen. KS og kommunene har etterlyst en større aktivitet ved DPS-ene. Det kan likevel stilles spørsmål ved om det er mulig å realisere dette for sykehusene innenfor dagens ramme.

- Utvalget anbefaler at døgnkapasiteten i spesialisthelsetjenesten 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 (TUD). 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 gjøres en gjennomgang av finansiering av særreaksjonene, herunder om ordningen med statlig tilskudd til tvungen omsorg bør avvikles og overføres til helseforetakene. Formålet med gjennomgangen bør være å beskrive løsninger som gjør særreaksjonene mer målrettede uten å svekke bærekraften i tjenestene, samtidig som samfunnsvernet ivaretas på en forsvarlig måte.

Kommunene og KS har lenge pekt på at døgnkapasiteten i sykehus må styrkes. Finansielt berører dette ressurskrevende tjenester-ordningen. En forutsetning er at det blir utredet tydeligere hvem som behøver en overgangsbolig i regi av sykehus, og en gjennomgang av kostnadene.

- Utvalget foreslår at kommunene må videreføre og intensivere arbeidet med å utvikle lavterskeltilbud, særlig rettet mot barn og unge, men også innenfor rehabilitering og oppfølging for voksne.

Vi vurderer at hvis sykehusene tar større del av ansvaret for personer med alvorlig psykisk sykdom, åpner det for at kommunene kan bruke mer ressurser på lavterskeltilbud. KS pekte i innspill til folkehelsemeldingen på at kommunenes samfunnsoppdrag er å skape lokalsamfunn der folk trives og å tilrettelegge for gode barnehager, gode skoler og sosiale møteplasser for å bidra til at barn og unge mestrer livets utfordringer. Kommunenes fortrinn er at de er nær dagliglivet gjennom universelle arenaer og kan bygge god folkehelse og gi barn et godt grunnlag i livet. Dette er vesentlig knyttet til helsefremming og forebygging, også relatert til psykisk helse.

Om allmennlegetjenester, der fastlegeordningen forblir i kommunene

Helsereformutvalgets kapittel 32.4: «En tverrfaglig teambasert allmennmedisinsk tjeneste»

- Anbefalingen fra Helsereformutvalget kort gjengitt

Utvalget foreslår at fastlegeordningen forblir i kommunene. Utvalget foreslår 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. Utvalget anbefaler at teamene organiseres med kommunalt ansatt fastlege, sykepleier og annet personell etter behov. Teamet skal bl.a. jobbe oppsøkende, med mål om å forebygge behovet for mer omfattende tjenester. Utvalget anbefaler at det åpnes for forsøk med profesjonsnøytrale takster. Utvalget mener det må vurderes om det skal innføres en lovfestet rett til å motta denne tjenesten. Forslaget innebærer at den tradisjonelle fastlegeordningen skal bestå og at innbyggerne kan velge hvilken type fastlege de skal ha.

- Nærmere om anbefalingen fra utvalget

Det er to poeng i Helsereformutvalgets forslag det er verdt å merke seg, selv om dette ikke gis fyldig omtale: På side 386 i rapporten står det: «Utvalget anbefaler at denne kombinerte fastlegemodellen fortsatt skal være et kommunalt sørge-for-ansvar. Siden den tradisjonelle delen av fastlegeordningen i en kombinert modell i mindre grad vil ha behov for koordinering med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil noen av ulempene reduseres dersom bare denne delen av fastlegeordningen flyttes til tjenestenivået med ansvar for spesialisthelsetjenesten (kapittel 22).» Dette alternativet drøftes i kapittel 22.5, side 309. Her åpner man altså døren på gløtt for *likevel* å overføre sørge-for-ansvaret for brorparten av fastlegene til staten.

Merk også når det gjelder fastleger og legevakt i rapportens kapittel 32.5 at utvalget anbefaler at fastleger fortsatt bør ha vaktplikt for å sikre at legevakt består som en allmennmedisinsk tjeneste, samt sikre godt fungerende legevakter der det er spredt bosetning. Dette innebærer altså at selv om staten skulle overta sørge-for-ansvaret for legevakten, vil det fortsatt være kommunene som har ansvaret for å rekruttere fastlegene som skal jobbe i legevakten.

- Momenter til høringssvar

I KS' innspill til helsereformarbeidet i juni holdt vi frem at primærhelsetjenesten i kommunene må utgjøre grunnmuren i helse- og omsorgstjenestene og at fastlegene og øvrige allmennlegetjenester må være en del av kommunale helse- og omsorgstjenester for å sikre en helhetlig tjeneste, god samhandling og en sterk portnerrolle. En fragmentering, der deler av primærhelsetjenesten skilles ut fra kommunene, vil svekke innbyggernes sammenhengende tilbud og redusere koblingen mellom forebygging, behandling og oppfølging i hverdagen.

Vi er i utgangspunktet positive til å utvikle fastlegeordningen slik at fastlegen i større grad kan jobbe sammen med andre faggrupper rundt pasienten. Bedre teamarbeid og en god fordeling av oppgaver kan gi pasientene et mer sammenhengende tilbud. KS har ønsket en mer integrert allmennlegetjeneste, større handlingsrom for kommunene til å organisere allmennlegetjenesten og mer samhandling og oppgavedeling, gjennom blant annet profesjonsnøytrale takster. Forslaget om

innføring av nye lovplikter eller nye pasient- og brukerrettigheter knyttet til denne foreslåtte ordningen, er vi imidlertid skeptiske til. Man bør kunne utvikle lokale løsninger, og økonomiske virkemidler kan være mer hensiktsmessig enn en lovplikt.

En todeling av fastlegeordningen vil kunne være krevende, både administrativt, når det gjelder rekruttering og når det gjelder kontinuitet i pasient-lege-forholdet. Et viktig poeng som ikke ser ut til å være vektlagt i utvalgets overlegninger er at alle fastleger må samarbeide tett med øvrige kommunale tjenester og sykehus, uavhengig av om de inngår i et tverrfaglig team.

- Begrunnelser, vurderinger og ytterligere kommentarer

KS-administrasjonens foreløpige vurderinger

Vi støtter de faglige målene som ligger til grunn for forslaget om tverrfaglige allmennmedisinske team. Som utgangspunkt bør denne tjenesten utvikles innenfor den kommunale fastlegeordningen. Det krever i så fall at kommunene får nye styringsvirkemidler og det krever en finansieringsordning som gir insentiv til så god oppgavedeling som mulig.

Vi støtter ikke at det innføres en ny lovpålagt tjeneste. Nye lovplikter følges gjerne opp med kontroll og statlig styring, og kan skape uønsket byråkrati. Mange kommuner jobber allerede på måter som likner, og mange kommuner ønsker å styrke de tverrfaglige helsetjenestene. En ny lovplikt virker unødvendig, og kan i verste fall virke mot sin hensikt. Det bør være sterkere oppmerksomhet om hvilke virkemidler kommunen trenger for å utvikle tjenesten, enn om den skal lovfestes eller ikke.

Vi er skeptiske til forslaget om å innføre en ny pasient- og brukerrettighet knyttet til denne foreslåtte ordningen. For det første er det vanskelig å se for seg hvordan en slik rettighet skal utformes, blant annet hvilke innbyggere som skal være omfattet. For det andre vil en ny rettighet for en enkeltgruppe nødvendigvis føre til at kommunenes helhetlige ansvar for alle innbyggere blir vanskeligere å ivareta. En ny plikt og en eventuell ny individuell rettighet kan føre til parallelle strukturer, uklare ansvarsforhold og ytterligere konkurranse om leger og sykepleiere.

Kommunene bør i stedet få større handlingsrom og bedre finansielle virkemidler til å utvikle tverrfaglige og oppsøkende tjenester innenfor den samlede allmennlegetjenesten. Det bør være opp til kommunen å avgjøre om oppgaven skal organiseres ved legekontorene, som kommunale team, gjennom delte stillinger eller i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det må også være opp til kommunen å avgjøre hvilke yrkesgrupper som skal inngå i teamene. Ulike alternative modeller kan være aktuelle, inkludert at ordinære fastleger har deler av sin stilling inn i det kommunale, tverrfaglige teamet eller at noen fastleger har listeplasser reservert for den aktuelle pasientgruppen. Dette vil da gjøre det mulig at alle pasientene på en omsorgsbolig eller en gruppe har samme fastlege. Dette virker å være i tråd med utvalgets intensjon. Dette vil da trolig kreve en lovendring.

Videre vurderer vi at det kan være hensiktsmessig å prøve ut profesjonsnøytrale takster for pasientbehandling i teamene, i tråd med utvalgets forslag. Dersom tverrfaglige allmennlegetjenester organiseres innenfor fastlegeordningen, må kommunene få bedre virkemidler enn i dag til å avtale oppgaver, tidsbruk og godtgjøring med næringsdrivende fastleger.

Om den akuttmedisinske kjede, der legevakt foreslås overført til spesialisthelsetjenesten

Helsereformutvalgets kapittel 32.5: «En sammenhengende akuttmedisinsk kjede»

- Anbefalingen fra Helsereformutvalget kort gjengitt

Utvalget anbefaler færre og mer robuste AMK-sentraler og legevaktsentraler. Ansvaret for legevakt og legevaktsentraler foreslås overført til spesialisthelsetjenesten. Legevakt og ambulansetjeneste kan også inngå i nærhelsetjenestene.

- Nærmere om anbefalingen fra utvalget

Utvalget anbefaler at ansvaret for legevakt og legevaktsentraler blir overført til spesialisthelsetjenesten. Utvalget begrunner forslaget med at det vil gi en mer sammenhengende akuttmedisinsk tjeneste, stabil bemanning i hele landet og bedre rekruttering til legevakt, og at ambulansen i større grad skal fungere som en forlenget arm av legevakten, og i mindre grad som en forlenget arm av sykehuset. Det er også beskrevet en utfordring med at legevakten er for stasjonær, noe som fører til økt bruk av ambulanser.

Utvalget mener det vil være fordeler med å inkludere legevakt og ambulansetjeneste i nærhelsetjenestene, sammen med for eksempel kommunal akutt døgnenhet. Forslaget legger også opp til færre AMK-sentraler, med én AMK-sentral per helseregion og muligens to i Helse Sør-Øst. Utvalget anbefaler videre at antall legevaktssentraler bør reduseres for å oppnå færre og mer robuste legevaktsentraler. Utvalget presiserer at fordelingen av legevaktssentraler i større grad følge lokale forhold. Som geografi, befolking osv. Utvalget anbefaler en styrking av digitale løsninger, der hensikten er at pasientene i noen grad vil foretrekke å benytte disse løsningene fremfor å oppsøke legevakten.

Utvalget anbefaler at fastleger fortsatt skal ha plikt til legevakt for å sikre at legevakt består som en allmennmedisinsk tjeneste, samt sikre godt fungerende legevakter der det er spredt bosetning. Dette innebærer at det fortsatt vil være kommunene som har ansvaret for å rekruttere fastlegene som skal jobbe i legevakten.

- Momenter til høringssvar

Legevakten må være en sentral del av allmennlegetjenesten og helseberedskapen i kommunene, og kommunene bør fortsatt ha sørge-for-ansvaret for legevakten.

I KS' innspill til helsereformarbeidet i juni holdt vi frem at fastlegene, legevakten og øvrige allmennlegetjenester må være en del av kommunens ansvar, for å sikre helhetlige tjenester og en sterk portnerrolle. Legevakten er ikke en isolert tjeneste, men en integrert del av den samlede helsetjenesten kommunen gir. Lokal organisering gir nærhet og kunnskap om innbyggerne. Det muliggjør rask omstilling og en unik evne til å se hele pasientforløpet i samspill med andre tjenester. En kommunal legevakt er derfor en forsikring for hele samfunnet. Den styrker vår totale beredskap ved kriser og krig.

Flere personer med store og sammensatte behov skal fremover bo hjemme, noe som trolig vil øke behovet for allmennmedisinsk hjelp også utenom ordinær arbeidstid. Legevakten ivaretar samtidig

behovet for allmennmedisinske avklaringer i øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester når fastlegetjenesten ikke er tilgjengelig. Dette taler for at legevakten fortsatt bør inngå i kommunens sørge-for-ansvar.

Utvalget legger i sin anbefaling opp til at legevakten fortsatt skal bemannes av fastleger og kommunale allmennleger. Dermed minker ikke rekrutteringsutfordringene for kommunene til fastlegetjenester, legevakt og øvrige allmennlegetjenester.

Mange kommuner har store utfordringer med å bemanne legevakten. På denne bakgrunn er det behov for tiltak som kan bedre situasjonen. Det bør være en fleksibilitet som muliggjør ulike løsninger og tilpasninger i ulike deler av landet og relatert til ulike utfordringer knyttet til rekruttering, avstander og med hensyn til helseberedskap. Økt grad av samarbeid mellom kommuner, ulike løsninger gjennom døgnet og legevakten som en del av en nærhelsemodell, men med sørge-for-ansvaret fortsatt i kommunene, vil kunne være mulige løsninger.

- Begrunnelser, vurderinger og ytterligere kommentarer

De kommunale allmennlegetjenestene bidrar med nærhet til innbyggerne, lokalkunnskap og evne til å håndtere både hverdagsmedisin, akutte situasjoner og større beredskapshendelser. Dette understøttes også av FoU-rapporten fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)[12] som viser at kommunalt organiserte legevakttjenester har en nøkkelrolle i lokal beredskap og håndtering av ekstraordinære situasjoner.

Erfaringene fra pandemien synliggjorde betydningen av sterke kommunale tjenester med god lokal forankring og evne til rask omstilling. Legevakten, fastlegene og kommuneoverlegen utgjør samlet en sentral del av kommunens medisinske beredskap og håndteringsevne i krevende situasjoner.

Legevakten spiller også en viktig rolle i totalberedskapen i kriser og krig. Desentraliserte tjenester gir økt robusthet og bedre evne til å opprettholde helsetjenester i situasjoner der transport, kommunikasjon eller sykehuskapasitet er under press. Det er derfor avgjørende at legevaktens rolle i den desentraliserte beredskapen tydeliggjøres og ivaretas i nasjonale planer og prioriteringer.

Vi støtter målet om en mer sammenhengende akuttmedisinsk kjede, men støtter ikke at ansvaret for legevakt og legevaktsentraler overføres til spesialisthelsetjenesten. Dagens utfordringer med legevakt og akuttkjeden bør løses gjennom differensierte og lokalt tilpassede ordninger.

Det bør stimuleres til nye samarbeidsløsninger og forsøk mellom kommuner og helseforetak. Slike løsninger må bygge på lokale forhold og frivillige avtaler, ikke på en generell statlig overtakelse.

Hvilke samhandlingsløsninger det vil være aktuelt å prøve ut, avhenger av utfordringer og muligheter lokalt. Fordeler og ulemper ved ulike løsninger vil måtte veies opp mot hverandre, som for eksempel hensynet til robusthet når det gjelder rekruttering og bemanning, kontra reiseavstand og portnerfunksjon inn mot sykehuset. Det er viktig at man både erkjenner hva som er god faglighet og hva som er ressursmessig mulig.

Eksempler på aktuelle samarbeidsløsninger som kan prøves ut:

[12] Legevakten er en grunnpilar i norsk allmennmedisin og beredskap - Hjem

- Legevakt på natt kan, etter avtale med kommunen, ivaretas av helseforetak, hvis det ligger til rette for det, selv om dette kan kreve kompetanseøkning hos sykehuset. Kommunen kan likevel fortsatt ha sørge-for-ansvaret.
- Forsterket samarbeid mellom den kommunale legevakten og ambulansetjenesten, særlig i distrikter med høy andel passiv arbeidstid. Praktisk kan det bety at ambulansepersonell bidrar i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette kan være ressursbesparende, men kan føre til samtidskonflikter og man må kunne sikre at personell i beredskap er tilgjengelige umiddelbart ved behov.
- Spesialisthelsetjenesten kan gi mer konfereringsstøtte til personell på legevakten, eller til annet helsepersonell i kommunen, for eksempel tilknyttet sykehjem, KAD-plasser mv.
- Felles sykebesøksteam bemannet fra sykehus og kommune.
- Flere felles legevaktbiler bemannet fra sykehus og kommune. Det vil her i hovedsak dreie seg om lege fra kommunen og annet helsepersonell fra sykehuset. Det er allerede flere slike samarbeid, selv om de fleste legevaktbiler er ensidig bemannet fra kommunene. Målet med en slik løsning er at flere pasienter skal kunne behandles på stedet, uten sykehusinnleggelse. Dette er mest aktuelt for de kommunene som har sykehuset relativt nært.
- Når legevakt og akuttmottak er samlokalisert, kan det avtales at helsepersonell brukes på tvers av organisatoriske grenser. Dette kan være ressursbesparende, men kan føre til samtidskonflikter og til økt andel innleggelser.

Når det gjelder finansiering knyttet til legevakt, er det utfordringer med dagens ordning, noe utvalget er inne på. Kostnader til legevakt dekkes i hovedsak av kommunerammen, mens legenes inntekt som hovedregel kommer fra et sett takster fra folketrygden og fra egenandeler. I dag kan samarbeid hindres av ulike finansieringsprinsipper av kommunal og statlig aktivitet. I kommunene er det enkelte legen som utløser folketrygdfinansiering. All pasientbehandling skal altså «passe inn» i takstsystemet. Det betyr at samarbeid ikke alltid er økonomisk lønnsomt for kommunen/legen, selv når dette er effektivt og det beste for pasienten. På den andre siden kan mindre aktivitetsbasert inntjening for legen påvirke produktiviteten negativt.

Utvalget anbefaler en rammefinansiering av den akuttmedisinske kjeden. Et alternativ kan være at dagens sørge-for-ansvar opprettholdes og at samarbeid mellom legevakter, ambulanse, akuttmottak, mv. finansieres over felles samhandlingsbudsjetter. Det er da aktuelt at legevakt i sin helhet skal rammefinansieres, altså at legene får en ordinært fastsatt lønn.

Hvis stykkprisfinansiering av behandling på legevakt videreføres, bør det omfatte flere yrkesgrupper enn leger, altså profesjonsnøytrale takster. Alle legevakter av en viss størrelse har en eller flere sykepleiere, som i dag utfører selvstendige oppgaver, men hvor kommunen/legevakten ikke kan kreve refusjon for pasientbehandlingen. Resultatet er en lite hensiktsmessig oppgavedeling.

En viktig problemstilling som utvalget ikke berører, er hvordan situasjonen med rekruttering av allmennleger i kommunene vil kunne bli på sikt hvis kommunene skal ha ansvaret for rekruttering av leger som skal bemanne legevakten samtidig som sykehuset skal styre over fastlegenes jobbing på legevakt. Et relevant scenario kan være at kommunenes rekruttering av allmennleger på disse betingelsene blir så vanskelig at sykehuset overtar ansvaret for disse legene og at det dermed på sikt

blir slik at alle kommunens allmennleger blir lagt under spesialisthelsetjenestene, i strid med ønsket om en sterk primærhelsetjeneste i kommunene.

Om større kommuner og interkommunale samarbeid

Helsereformutvalgets kapittel 32.11: «Små kommuner er for sårbare»

- Anbefalingen fra Helsereformutvalget kort gjengitt

Utvalget mener små kommuner vil få særlige utfordringer med kapasitet, personell og små fagmiljøer, og at interkommunalt samarbeid alene ikke løser de strukturelle utfordringene. Det settes ikke et bestemt minstetall for anbefalt kommunestørrelse. Muligheten for statlig pålagt samarbeid ved alvorlig eller vedvarende svikt bør utredes, mener utvalget, men de anbefaler ikke dette som generell løsning.

- Nærmere om anbefalingen fra utvalget

Utvalget mener at små kommuner må slå seg sammen og bli vesentlig større dersom kommunene fortsatt skal ha ansvaret for helse- og omsorgstjenestene. De fremholder at sammenslåing er en forutsetning for at dagens ansvarsdeling skal fungere: «Utvalget vurderer imidlertid at dagens todelte sørge-for-ansvar ikke er egnet til å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester i hele landet i tiårene framover uten en betydelig styrking av de kommunale tjenestene. Dette vil først og fremst kreve at de minste kommunene blir større.»

Utvalget sier videre at samarbeid ikke er et fullgodt alternativ: «For mange små kommuner er det derfor utvalgets oppfatning at interkommunalt samarbeid ikke er tilstrekkelig forpliktende til å kunne erstatte kommunesammenslåinger.» (…) «Etablering av nærhelsetjenester sammen med nabokommuner og spesialisthelsetjenesten bidrar til mer omfattende tilbud enn aktørene kunne gitt alene, men fjerner ikke behovet for sammenslåinger.»

- Momenter til høringssvar

I KS' innspill til helsereformarbeidet i juni fremholdt vi at kommunene anerkjenner behovet for mer samarbeid kommunene imellom. Det bør utvikles og tas i bruk flere ordninger for å understøtte dette.

Utvalget påpeker at enkelte kommuner i dag er for små til å sikre gode nok helsetjenester. Kommunene står allerede i en krevende økonomisk situasjon og mangler helsepersonell. KS ser denne utfordringen og har derfor denne høsten invitert lokalpolitikere i hele landet til å diskutere sterkere samarbeid og større kommuner. KS har ikke tatt stilling til hva som er riktig løsning, men mener kommunene selv må ta denne diskusjonen.

- Begrunnelser, vurderinger og ytterligere kommentarer

Når det gjelder interkommunale samarbeid, har Lund og co i samarbeid med Menon Economics på oppdrag fra KS, levert to FoU-rapporter: *Forsterkede interkommunale samarbeid og*

kommunedelsutvalg[13] fra 2025 og *Forsterket interkommunalt samarbeid innen helse- og omsorgssektoren*[14] fra 2026. Utredningene viser at forpliktende og langsiktige samarbeid om flere oppgaver kan bidra positivt. Mange slike samarbeid fungerer godt, og kan gi bedre kvalitet, sterkere fagmiljøer og lettere rekruttering, selv om gevinster kan ta tid og kostnader kan øke på kort sikt. Utfordringer knytter seg særlig til geografiske avstander, ulikheter mellom kommuner, valg av samarbeidsmodell, juridiske rammer og behov for støtte i etableringsfasen. De peker videre på behovet for veiledning og støtte både i oppstart og gjennomføring av interkommunalt samarbeid.

I en uttalelse sier KS Landsting 2024 følgende relatert til *Kommunesektorens politiske prioriteringer 2023-2027*:

- «Kommuner og fylkeskommuner vil:
    - samarbeide mer aktivt og langsiktig med andre kommuner/fylkeskommuner og staten for å ivareta sitt oppgaveansvar, og på selvstendig grunnlag vurdere om det er mer hensiktsmessig å slå seg sammen med andre kommuner/fylkeskommuner
- jobbe for mer interkommunalt samarbeid om planarbeid og tjenesteproduksjon
- Kommuner og fylkeskommuner forventer at nasjonale myndigheter:
    - støtter opp om de selvstendige valg kommunene gjør om å bli større eller samarbeider mer omfattende og langsiktig i faste konstellasjoner»

Kommunekommisjonen[15] har poengtert hvorfor man har kommuner: «Kommunene er bærebjelken i det norske velferdssamfunnet. De leverer tjenester til innbyggerne fra vugge til grav, og gjennom lokaldemokratiet får innbyggerne mulighet til å påvirke sitt eget lokalsamfunn. Det at oppgavene løses lokalt, gir også rom for å tilpasse tjenestene til lokale behov og forhold, noe som bidrar til effektiv oppgaveløsning. (…) For at dette systemet skal fungere etter hensikten, er det viktig at kommunene har en bred oppgaveportefølje som gjør det mulig å prioritere mellom ulike tjenester ut fra lokale behov. Videre må kommunene ha tilstrekkelig frihet til å bestemme hvordan oppgavene skal løses innenfor overordnede nasjonale rammer og mål. Blir statens styring av kommunene for detaljert, kan ikke kommunene gjøre lokale prioriteringer og finne gode løsninger for hvordan tjenestene organiseres. Sterk statlig styring kan derfor undergrave lokaldemokratiet og redusere gevinstene rammestyring gir i form av effektiv oppgaveløsning og god nasjonaløkonomisk styring.»

Om en nærhelsereform basert på avtaler eller opprettelse av selskaper

Helsereformutvalgets kapittel 32.2: «En nærhelsereform»

- Anbefalingen fra Helsereformutvalget kort gjengitt

Utvalget anbefaler nærhelsetjenester der kommuner og helseforetak forplikter seg til å yte bestemte tjenester i fellesskap, nær der folk bor. Sørge-for-ansvaret endres ikke. Nærhelsetjenestene skal tilpasses lokale behov og kan organiseres gjennom avtaler eller felleseide selskaper. Utvalget

[13] FoU-rapport Menon m.fl. (2025) Forsterkede interkommunale samarbeid og kommunedelsutvalg
[14] FoU-rapport Menon m.fl. (2026) Forsterket interkommunalt samarbeid innen helse- og omsorgssektoren
[15] NOU 2026: 1 - regjeringen.no

anbefaler økonomiske virkemidler som stimulerer til samhandling, men er delt i synet på organisasjonsform, grad av forpliktelse og statlig medfinansiering.

- Nærmere om anbefalingen fra utvalget

Utformingen av nærhelsetjenester bygger på erfaringene fra lokalmedisinske sentre, distriktsmedisinske sentre, ambulante team og utprøvingene i Prosjekt X. Utvalget mener at disse erfaringene tilsier at det bør legges bedre til rette, både finansielt og organisatorisk, for forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak om tjenester som kan ytes i fellesskap nær der pasienten bor.

Utvalget mener at nærhelsetjenester bør være aktuelle for alle pasienter, men at tjenestene særlig bør innrettes mot pasienter med store og sammensatte behov. Dette gjelder blant annet eldre med skrøpelighet, personer med kroniske lidelser, personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet samt barn og unge med store og sammensatte behov.

Det kan etableres flere nærhelsetjenester innenfor opptaksområdet til ett helseforetak, ettersom nærhelsetjenestene kan bygges på samarbeid mellom flere kommuner og sykehus i samme opptaksområde. Organiseringen av nærhelsetjenestene skal drøftes i helsefellesskapene / «strategiske helseutvalg».

Eksempler på tjenester som kan omfattes av nærhelsetjenester er døgnplasser for behandling før, etter eller i stedet for sykehus, samt legevakt, ambulanse, spesialistpoliklinikk, allmennsykepleie, fysioterapi, psykologtjenester, digital hjemmeoppfølging, felles vurdering om psykisk helsehjelp, tverrfaglige allmennmedisinske tjenester, teambaserte tjenester, rehabilitering, habilitering og jordmortjeneste. For å sikre sømløshet i nærhelsetjenestene mener utvalget at pasienter ikke skal trenge henvisning til tjenester innenfor nærhelsestrukturen.

Nærhelsetjenester i et felleseid selskap kontra avtalebaserte nærhelsetjenester

Deler av utvalget foreslår en selskapsmodell, der nærhelsetjenestene organiseres som et felleseid selskap mellom kommuner og helseforetak. Gjennom det felleseide selskapet ytes det som et minimum døgnbaserte tjenester og polikliniske tjenester i et nærhelsesenter. Det må avtales i en selskapsavtale med vedtekter hvilke oppgaver innenfor hver av partenes sørge-for-ansvar selskapet skal yte, hvordan selskapet skal finansieres, hvordan det skal organiseres og styres, representasjon og stemmer i generalforsamling, tvisteløsninger, uttreden og oppløsning, muligheter for styring og kontroll, mv. Virksomheten vil yte både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. For å gi partene sterke økonomiske insentiver til å opprette nærhelsetjenesteselskap anbefaler en del av utvalget at staten yter varig driftstilskudd til selskapet på anslagsvis 20 prosent av kostnadene.

Andre deler av utvalget foreslår nærhelsetjenester i avtalebaserte samarbeidsløsninger. Denne delen av utvalget legger vekt på kommunenes muligheter til å tilpasse sin deltakelse i nærhelsetjenestene ved endrede behov, og anbefaler en variant der det avtales å samarbeide om å levere bestemte tjenester sammen. Arbeidsgivertilknytningen forblir da til henholdsvis kommunen eller helseforetaket, og disponering av personell på tvers av hverandres ansvarsområder avtales mellom foretak, kommuner og den ansatte. Det gis økonomiske insentiver fra de aktivitetsbaserte

finansieringsordningene som er nevnt over, men ikke statlig driftstilskudd basert på kostnader. Se nærmere omtale under kapittelet *Om finansieringsordninger som skal bidra til samhandling og riktig ressursbruk*.

- Momenter til høringssvar

Ulike modeller for nærhelsetjenester innebærer muligheter for tett samarbeid mellom sykehus og kommuner om viktige pasientgrupper.

En nærhelsereform bør være basert på frivillighet og gi rom for lokale løsninger.

Det er viktig at løsningene utvikles av partene lokalt og at de bidrar til bedre samhandling og ressursutnyttelse, samtidig som det fortsatt er en sterk primærhelsetjeneste og lokalpolitisk styring av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det blir viktig at dette innrettes slik at det blir bedre samhandling uten å etablere et nytt nivå med nye samhandlingsflater.

En selskapsstruktur kan ha fordeler når det gjelder gjennomføringskraft og langsiktighet, men kan samtidig innebære utfordringer knyttet til finansiering, lokalpolitisk handlingsrom, utfordringer på arbeidsgiversiden og når det gjelder samarbeid med andre kommunale tjenester.

Hvis mange tjenester og store pasientgrupper inngår i nærhelsemodellen, vil man kunne risikere i praksis å etablere et nytt nivå med nye samhandlingsflater, omfattende administrasjon og nye uklarheter knyttet til ansvarsfordeling, finansiering og hvilke pasientgrupper som skal inngå. En nærhelsemodell av noe mindre omfang, à la dagens sykestuer og distriktsmedisinske sentre, kan bidra til bedre samlet ressursbruk i helsetjenesten.

I KS' innspill til helsereformarbeidet i juni spilte vi inn at sykestuer, distriktsmedisinske sentre og lokalmedisinske sentre er hensiktsmessige modeller for praktisk samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner særlig i områder langt fra lokalsykehuset. Videreutvikling av kommunalt akutt døgntilbud (KAD) og lokalisering av lokalsykehus må sees i sammenheng med disse tjenestene. Det bør etableres virkemidler som stimulerer til etablering og videreføring av lokalmedisinske sentre, sykestuer og distriktsmedisinske sentre.

Når det gjelder finansiering, viser erfaringer, dokumentert gjennom FoU-arbeid[16] og dialog med kommunene, at finansieringsmodellen *per i dag* i liten grad er økonomisk bærekraftig, både for vertskommunene og fordi sykehusenes innsats reduseres over tid. Det er derfor behov for å stimulere til etablering og videreutvikling av samarbeid mellom sykehus og kommuner om viktige pasientgrupper særlig i områder langt fra sykehus, for å bidra til bærekraftige helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester nærmere der folk bor. En nærhelsemodell vil kunne være et svar på dette, gitt en hensiktsmessig innramming. Under kapittelet *Om finansieringsordninger som skal bidra til samhandling og riktig ressursbruk*, står mer om økonomiske aspekter og finansiering knyttet til ulike løsninger for nærhelsetjenester.

Nærhelsetjenester i selskap eller basert på avtaler
En nærhelsereform innebærer muligheter for tett samarbeid mellom sykehus og kommuner om viktige pasientgrupper. Utvalget foreslår å organisere en rekke tjenester i et samarbeid mellom

[16] Sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre – ulike modeller der det er samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester

sykehus og kommuner med felles finansiering, enten organisert som et selskap med felles arbeidsgiveransvar eller basert på avtaler mellom helseforetak og kommunene.

Det blir viktig at nærhelsetjenestene innrettes slik at vi får til bedre samhandling uten å etablere et nytt nivå med nye samhandlingsflater. Vi må sikre en fortsatt sterk primærhelsetjeneste og lokalpolitisk styring av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. De økonomiske insentivene må tilrettelegge for hensiktsmessige løsninger ift. hensyn til pasienter, samhandling, prioritering og ressurser.

En selskapsstruktur kan innebære ulike utfordringer knyttet til finansiering, lokalpolitisk handlingsrom og utfordringer på arbeidsgiversiden. Ansatte vil mest sannsynlig måtte overføres til nytt selskap med eget arbeidsgiveransvar, arbeidsavtaler og tariffavtaler. Det vil ikke nødvendigvis fremme samhandlingen og mulig fleksibel utnyttelse av personell mellom helseforetakene og kommunene, som er en av beveggrunnene for nærhelsemodellen.

Ved en selskapsform der mange tjenester inngår, etableres i praksis et nytt nivå med begrenset lokalpolitisk styring og begrenset samhandling med øvrig kommunale tjenester.
KS-administrasjonen ønsker derfor ikke å anbefale en løsning med egne selskaper.

Vi antar at en avtalebasert samarbeidsløsning vil være bedre egnet som samarbeidsform for helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester nærmere der folk bor. Gjennom kjente avtalestrukturer som om nødvendig kan endres, bør det stimuleres til etablering og videreutvikling av lokalmedisinske sentre, sykestuer og distriktsmedisinske sentre og andre samarbeidsløsninger der det er hensiktsmessig. Arbeidsgivertilknytningen forblir som nå, og disponering av personell på tvers av kommunene og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder kan enklere avtales. Det bemerkes likevel at tett og mer formalisert samarbeid vil kunne ha betydning for arbeidsgivers styringslinjer gitt at arbeidstakerne vil ha to forskjellige arbeidsgivere og ulike tariffavtaler.

KS Advokatene har på bestilling fra KS-administrasjonen vurdert bruk av avtaler og selskap som virkemiddel i nærhelsemodellen. De oppsummerer med at begge løsningene vil kunne være aktuelle ut fra et juridisk perspektiv, men at særlig bruk av selskapskonstruksjonen vil kreve en god del tilpasninger i lovverket, se vedlegg for utdypning.

Om strategisk samarbeid mellom kommuner og sykehus

Helsereformutvalgets kapittel 32.3: «Helsefellesskapene endres til strategiske helseutvalg»

- Anbefalingen fra Helsereformutvalget kort gjengitt

Forslaget innebærer å videreutvikle dagens helsefellesskap til strategiske helseutvalg, med en tydeligere strategisk rolle. Kommuner og helseforetak skal få en lovfestet plikt til å delta, og utvalgene skal legge til rette for felles planlegging, prioritering og koordinering av tjenester. Dagens geografiske inndeling videreføres.

Utvalget anbefaler videre at de strategiske helseutvalgene skal få større ansvar og flere virkemidler. De skal blant annet drøfte saker av vesentlig betydning før beslutninger fattes og planlegge utvikling, lokalisering og organisering av nærhelsetjenester. Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet skal kunne overføres til finansiering av nærhelsetjenestene.

Forslaget legger også opp til sterkere forankring og gjennomføring, med deltakelse fra øverste politiske og administrative ledelse og mulighet for å opprette underutvalg. Utvalgene skal kunne foreslå kandidater til helseforetakenes styrer. Det foreslås et felles, statlig finansiert sekretariat, som også skal bidra til koordinering mellom kommunene.

Utvalget anbefaler ikke at de strategiske helseutvalgene skal være juridiske enheter.

- Aktuelle momenter til høringssvar

I KS' innspill til helsereformarbeidet i juni holdt vi frem at det er nødvendig at helsefellesskapene videreutvikles med tydeligere roller, sterkere virkemidler og bedre kobling til beslutningslinjene.

Utvalgets forslag vil kunne bidra til dette. Det bør likevel vurderes nærmere i hvor stor grad ytterligere lovfesting av plikter relatert til helsefellesskapene er nødvendig og hensiktsmessig.

- Begrunnelser, vurderinger og ytterligere kommentarer

FoU-rapporten om helsefellesskapene, utarbeidet av Menon Economics på oppdrag fra KS[17] viser at helsefellesskapene i hovedsak fungerer godt som arenaer for dialog, relasjonsbygging og utvikling av felles forståelse mellom kommuner og helseforetak. Samtidig gir dagens rammer og virkemidlerbegrenset grad støtte til faktisk gjennomføring og varig endring. Samlet sett understreker rapporten behovet for å styrke koblingen mellom samarbeidsarenaene og partenes ordinære styringslinjer, samt å videreutvikle virkemidler som gir økt beslutningskraft og bedre grunnlag for felles prioriteringer.

Vi støtter utvalgets vurdering om å ikke gjøre helsefellesskapet til en juridisk enhet eller et nytt nivå. I KS' innspill til helsereformarbeidet i juni pekte vi på en videreutvikling av avtalen mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefellesskapene for å sikre en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste som en mulighet for å gi helsefellesskapene mer tyngde uten å etablere en juridisk enhet:
«Avtalen mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefellesskapene for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste må revideres på følgende områder:

- fordeling og bruk av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet.
- ansvar i samarbeidsstrukturen mellom stat og kommune som ivaretar helhet og likeverdighet, samtidig som kommuner og sykehus fortsatt har selvstendig ansvar.
- opprettelse av en samhandlingsarena på regionalt nivå mellom kommunene og regionalt helseforetak/ den statlige strukturen som styrer sykehusene bør vurderes, for å sikre kommunens medvirkning i overordnede strategiske prosesser i den statlige oppgaveløsningen.»

Om styringsinformasjon

Helsereformutvalgets kapittel 32.17: «Bedre styringsinformasjon»

- Anbefalingen fra Helsereformutvalget kort gjengitt

[17] Ny rapport gir retning for helsefellesskapene - Hjem

Utvalget anbefaler bedre og mer tilgjengelig informasjon om blant annet ventetider, kvalitet og pasient- og brukeropplevelser. Utvalget påpeker at det er behov for statistikk som følger pasienter på tvers av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, rapportering fra privatfinansierte tjenester og nasjonalt sammenlignbare undersøkelser av medarbeidertilfredshet.

Vi går ikke nærmere inn på dette i notatet, ut over å støtte utvalgets vurdering av at det er behov for bedre og mer tilgjengelig styringsinformasjon på tvers av nivåene. Dette er i tråd med KS' innspill til helsereformarbeidet i juni og i tråd med vurderingene i FoU-rapporten om helsefellesskapene, utarbeidet av Menon Economics[18] på oppdrag fra KS, som peker på behovet for bedre tilgang på og mer systematisk bruk av felles styringsdata.

Om rehabiliteringsfeltet

Helsereformutvalgets kapittel 32.6: «Kunnskapsgjennomgang av rehabiliteringsfeltet»

- Anbefalingen fra Helsereformutvalget kort gjengitt

Utvalget mener at mer rehabilitering bør skje nær der pasientene bor, og rehabilitering anbefales som en sentral del av nærhelsetjenestene. Utvalget anbefaler at det gjennomføres en bred kunnskapsgjennomgang som kan danne grunnlag for senere reformforslag. Gjennomgangen bør blant annet belyse ansvarsdelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten og hvordan organiseringen påvirker kvalitet, kontinuitet og tilgjengelighet.

- Momenter til høringssvar

Kommunene og KS har lenge bedt om en bedre oppgave- og ansvarsdeling enn i dag på rehabiliteringsfeltet. Det har vært store diskusjoner om kapasitet og hva slags tilbud som gis i sykehus og gjennom sykehus, som kjøp av private plasser. Før en slik bred gjennomgang gjennomføres, er det vanskelig å se for seg at rehabilitering kan inngå som del av et nærhelsesenter. Dette er et av de områdene hvor kommunene siden samhandlingsreformen har pekt på at oppgaver har sklidd over fra sykehusene, men uten at det har fulgt ressurser med.

Om endringer i styringen og organiseringen av spesialisthelsetjenesten - helseforetaksmodellen

Helsereformutvalgets kapittel 32.12: «Endringer i styringen av spesialisthelsetjenesten»

- Anbefalingen fra Helsereformutvalget kort gjengitt

Utvalget anbefaler sterkere politisk styring, tydeligere ansvar og bedre samarbeid mellom nivåene. Flertallet i utvalget vil avvikle de regionale helseforetakene, legge sørge-for-ansvaret til staten og redusere antall helseforetak til 10–15. Mindretallet i utvalget vil videreføre regionale helseforetak med sørge-for-ansvar, men avvikle helseforetakene som egne rettssubjekter.

[18] Legevakten er en grunnpilar i norsk allmennmedisin og beredskap - Hjem

Vi går ikke nærmere inn på dette i notatet, ut over å understreke at uavhengig av hvordan fremtidig organisering og styring av spesialisthelsetjenesten innrettes, må det legges til rette for god samhandling og gode helsetjenester over hele landet. Dette innebærer også at det må stilles tydelige krav til at spesialistutdanningen av leger sikrer breddekompetanse og vaktkompetanse, slik at man sikrer en bærekraftig lokalsykehusfunksjon i hele landet.

Om omlegging av lovverket med en felles lov og om lovendringer for bedre samarbeid og harmonisering

Helsereformutvalgets kapittel 32.8: «Én felles helse- og omsorgstjenestelov» og «Lovendringer for bedre samarbeid og harmonisering» og 32.9 «Om lovendringer for bedre samarbeid og «harmonisering

- Anbefalingen fra Helsereformutvalget kort gjengitt

Utvalget anbefaler én felles lov som erstatter dagens kommunale helse- og omsorgstjenestelov og spesialisthelsetjenesteloven. Utvalget foreslår videre at det som i dag defineres som sykehusenes fire hovedoppgaver, pasientbehandling, utdanning, forskning samt opplæring av pasienter og pårørende, også bør gjelde for kommunene, og at kommunene også bør få krav om å opprette eller ta del i kliniske etikk-komiteer. Utvalget anbefaler at dette bør reflekteres enhetlig og samlet i regelverket.

- Momenter til høringssvar

Forslaget til lovtekst på ny helse- og omsorgstjenestelov, bør høres i en egen prosess, eventuelt som en del av en lovmedvirkningsprosess. Etter innspill fra flere kommuner virker det ikke å være mulig for kommunene å få oversikt over virkningen både av utvalgets forslag om samarbeid, endrede oppgaver og samtidig ta stilling til nytt lovverk. Tilpasningen til ny lov vil ha omstillingskostnader for tjenestene og forvaltningen, som i så fall må vurderes nærmere.

Fordeler og ulemper ved harmonisering av lovverk kontra å samle alt i en lov, må vurderes. Også arbeidet i Pasient- og brukerrettighetslovutvalget[19] er relevant i denne sammenheng. Lovene må sees i sammenheng. Ikke minst med tanke på helhetlige pasientforløp, individuell plan og koordinering. Helsereformutvalget bemerker at harmonisering av lovverk kan gjøres uten å slå dem sammen.

KS-advokatene uttaler, jf. vedlegg, at en felles lov prinsipielt er et godt forslag. De anbefaler at det gjennomføres en nærmere utredning og høring knyttet til selve lovforslaget.

Dersom kravene til kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten harmoniseres når det gjelder ansvar for forskning, utdanning og plikt til å opprette klinisk etiske komitéer, vil det ha vesentlige konsekvenser for kommunenes ressursbruk, både når det gjelder personell og økonomi, noe som eventuelt må utredes nærmere. Forslaget må også ses i sammenheng med utvalgets forutsetning om større kommuner. Både infrastruktur og virkemidler til forskning og kunnskapsutvikling er et ressursspørsmål. For å løse kommunenes samfunnsoppdrag fremover trengs mer tverrsektoriell satsning både i stat og kommuner.

[19] Mandat – Pasient- og brukerrettighetslovutvalget

KS har fra tidligere tatt standpunkt mot en lovpålagt forskningsplikt for kommunene. Kommunene har allerede en rekke lov- og forskriftskrav som det ikke alltid følger tilstrekkelig ressurser med til å oppfylle. Dette taler mot en ny lovpålagt plikt på forskningsområdet. Det er viktig at helsepersonellutvalgets utredning henger sammen med kommunekommisjonens arbeid[20] og NOU 2026:06 *Den nye velferdskommunen*.[21] Kommunekommisjonen argumenterer mot en lovplikt for kommunene til å utøve forskning.

Nærmere om kommunens oppgaver knyttet til forskning relatert til Helsereformutvalgets forslag

I KS' innspill til helsereformutvalget i juni, løftet vi frem følgende:

Det er i dag stor skjevhet i ressursbruken til forskning og innovasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og satsningen på forskning for, i og med kommunene må forsterkes. Det er behov for en kraftfull og tverrsektoriell forsknings- og innovasjonspolitikk for kommunesektoren

Kommunens samarbeidsarena for forskning (KSF) som samarbeidsstruktur er under etablering i hele landet. For å sikre realisering i tråd med målsettingen med KSF er det nødvendig med en langsiktig og bærekraftig finansiering ikke minst av det lokale nivået

Dagens forsknings- og innovasjonsvirkemidler er for svake og understøtter i for liten grad innovasjon i kommunene, ikke minst de mindre og mellomstore distriktskommunene

KS har fra tidligere tatt standpunkt mot en lovpålagt forskningsplikt for kommunene. Kommunene har allerede en rekke lov- og forskriftskrav som det ikke alltid følger tilstrekkelig ressurser med til å oppfylle. Dette taler mot en ny lovpålagt plikt på forskningsområdet.

Utvalget påpeker at det per i dag er ulike lovkrav mellom tjenestenivåene. Spesialisthelsetjenesten har forskning og utdanning som uttrykkelige hovedoppgaver, mens kommunene i hovedsak har plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning og utdanning. Regulering av aktivitetsplikten til forskning kan bidra til å styrke forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det kan fremstå som et nødvendig virkemiddel for å få mer kunnskap om kvaliteten og effekten av tjenesten som ytes, bedre organisering av tjenestene og bedre samhandling i fremtidens helse- og omsorgstjenester. Utvalget henviser til at plikt til forskning vil være avhengig av prioritering. De henviser til Nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning 2026-2036[22] som fremholder at mer forskning, særlig innovasjon og implementering av veldokumenterte metoder, vil kunne bidra til bedre og riktigere dekning av behovene, bedre og mer hensiktsmessig organisering av tjenesten og bedre samhandling i framtidens helse- og omsorgstjenester.

Utvalget trekker frem Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF)[23]. De viser til at det er oppnevnt et HelseOmsorg 21-råd[24], og at KSF er under utvikling og skal bidra til å samordne

[20] NOU 2026: 1 - regjeringen.no
[21] NOU 2026: 6 - regjeringen.no
[22] Nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning 2026–2036 - regjeringen.no
[23] Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) - Hjem
[24] HelseOmsorg21-rådet

kommunenes forskningsbehov og evne til å bidra i forskningsaktiviteter. Finansieringen til aktiviteten er imidlertid begrenset, påpeker utvalget.

Utvalget påpeker imidlertid at det potensielt er betydelige kostnader knyttet til sitt forslag. I spesialisthelsetjenesten går opptil 3 prosent av driftskostnadene til forskning. Dersom kommunale helse- og omsorgstjenester skulle bruke en tilsvarende andel, anslås den årlige kostnaden til rundt 5 milliarder kroner. Det løftes frem et mulig behov for finansiering som insentiv til praksisplasser i kommunene. Dette med henvisning til lærerutdanningene.

Det må sees hen til regjeringens arbeid med påbegynt ny langtidsplan for forskning og forskningsdrevet innovasjon. Hovedinnretningen er at forskning i større grad skal omsettes til innovasjon og samfunnsnytte, herunder ift. velferd og sikkerhet/beredskap samtidig som grunnleggende forskning ivaretas. Planens endelige prioriteringer er ennå ikke fastsatt.

Nærmere om kommunens oppgaver knyttet til utdanning relatert til Helsereformutvalgets forslag

Utvalget foreslår videre en sterkere samling av etterutdanninger på tvers av forvaltningsnivåer. De viser til ulike ekspertutvalg ift. spesialistutdanning i allmennmedisin, og at det er grunn til å tro at en sterkere samling av etterutdanningene på tvers av nivåene bidrar til felles spesialiserings- og forskningskultur mellom kommuner og sykehus.

Selv om flest praksisplasser er nært studiestedene (og dermed i større kommuner) er antall plasser målt etter innbyggertall størst i små og mellomstore kommuner. Kompensasjon til for eksempel veiledning har kun vært symbolske summer, gjennom samarbeidsmidler via utdanningsinstitusjonene. Å ta imot studenter til praksisplasser er imidlertid også viktig for rekruttering til deltidsstillinger og evt. senere faste stillinger, og bidrar til at kapasiteten av praksisplasser kan synes tilstrekkelig.

Nærmere om kommunens oppgaver knyttet til klinisk-etiske komitéer relatert til Helsereformutvalgets forslag

Utvalget mener at kommunale klinisk-etiske komitéer kan være hensiktsmessig i det helsepersonell blir stående alene i krevende avgjørelser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Utvalget vurderer at en eventuell ny plikt til å opprette og delta i klinisk etikk-komité vil kreve både administrative og økonomiske ressurser i kommunene. Utvalget viser videre til mulig samarbeid mellom kommuner og at det kan drøftes i helsefellesskapene. Utvalget vurderer at eksisterende tilskudd og faglig støtte ikke har vært tilstrekkelig til at kommunene har opprettet kliniske etikk-komitéer.

Våre foreløpige vurderinger er at det er viktig at etikk løftes frem som noe som må vektlegges systematisk i kommunene, selv om det foregår etiske refleksjoner og avveininger i det daglige og i mange kommuner også mer systematisk på ulike nivåer. Senter for medisinsk etikk har i studier pekt på at etablering av KEK i kommunene er ressurskrevende, og at etiske refleksjonsgrupper bør prioriteres som det viktigste enkelttiltaket i kommunene[25]. Imidlertid er vi i tvil om et lovplikt til å etablere spesifikke komiteer spesifikt ift kliniske problemstillinger er hensiktsmessig, eller om løsninger tilpasset lokale forhold er mer hensiktsmessige. Rigide lovkrav vil kunne bli ressurskrevende

[25] Informasjon for etikkveiledere - Institutt for helse og samfunn

og kreve omfattende administrasjon.» Et alternativ er at etikkråd-funksjonen kobles til plikten kommunene allerede har på kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, og at dette samles i et kvalitetsutvalg.

Omlegging av system for stortingsmeldinger med en felles årlig stortingsmelding

Helsereformutvalgets kapittel 32.10: «En årlig helse- og omsorgs- tjenestemelding til Stortinget»

- Anbefalingen fra Helsereformutvalget kort gjengitt

Utvalget anbefaler en årlig melding som gir Stortinget et samlet grunnlag for å drøfte behov, kapasitet, personell, ressursbruk, investeringer og prioriteringer på tvers av nivåene. Utvalget presiserer at ordningen ikke skal gripe inn i det kommunale selvstyret.

- Momenter til høringssvar

En samlet stortingsmelding vil kunne være positivt for et mer helhetlig overblikk over den samlede helse- og omsorgstjenesten og vil kunne synliggjøre avhengigheter og samhandlingsbehov. Det er imidlertid en utfordring at data fra kommunal sektor på feltet ikke gjenspeiler faktisk ressursinnsats på samme måte som sykehusdata. Dette kan påvirke stortingsbehandlingen i negativ retning for kommunal sektor. Ressursbruk knyttet til årlige meldinger må også vurderes.

Om finansieringsordninger som skal bidra til samhandling og riktig ressursbruk

Helsereformutvalgets kapittel 32.13: «Finansieringsordninger som bidrar til samhandling og riktig ressursbruk»

- Anbefalingen fra Helsereformutvalget kort gjengitt

Utvalget anbefaler at rammefinansiering fortsatt skal være bærebjelken, men at rammefinansiering suppleres med virkemidler som styrker samhandling. Utvalget anbefaler blant annet å fjerne aktivitetsfinansiering av øyeblikkelig hjelp i sykehus, innføre aktivitetsbasert finansiering av døgnopphold i nærhelsetjenestene og prøve ut resultat- eller tilskuddsbaserte modeller for samhandling. Utvalget foreslår å gi statlig driftsstøtte foreslått til 20% av driftskostnadene til nærhelseselskap. Tilsvarende støtte foreslås ikke til avtalebaserte nærhelsetjenester.

- Foreløpige vurderinger og momenter til høringssvar

- Rammefinansiering må fortsatt være hovedprinsippet for finansiering av kommunesektoren også innen helse og omsorg. Dette legger utvalget til grunn.
- Vi støtter en insentivordning for drift og investering i nærhelsetjenestene, men denne må ikke favorisere en organisatorisk modell fremfor en annen. Det er behov for å utrede nivå av insentiv, innretning og konsekvenser.

- Vi er skeptiske til aktivitetsbasert finansiering for de kommunale tjenestene i nærhelsetjenestene
- Målgruppen for forpliktende samarbeid må avgrenses tydeligere. Bedre kunnskap om hvilke pasienter som faktisk har behov for samordnede tjenester er avgjørende for treffsikre løsninger og riktig ressursbruk.
- Vi støtter finansiering av veiledning og vi støtter fjerning av innsatsstyrt finansiering for øyeblikkelig hjelp.

I KS' innspill til helsereformarbeidet i juni, holdt vi frem følgende:

Rammefinansiering må fortsatt være hovedprinsippet for finansiering av kommunesektoren også innen helse og omsorg. Dette legger utvalget til grunn.

Det bør utvikles bedre felles prinsipper for samhandlingsbudsjetter til støtte for kommuner og sykehus, men finansieringsmodeller som «penger følger pasient» mellom kommuner og sykehus støttes ikke.

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet må økes og videreføres som langvarige forpliktende økonomiske midler og innretningen på tilskuddet må endres.

Staten bør etablere en bredere ramme for tilskuddsmidler samlet i en ordning for å styrke samhandling mellom kommuner.

Innretningen på finansielle virkemidler er avgjørende for et felles digitaliseringsløft for bedre samhandling og for å realisere gevinster av digitalisering. Helseteknologiordningen må videreutvikles slik at den støtter kommuner og fylkeskommuner i å anskaffe og å ta i bruk helseteknologi, og til å håndtere økninger i drifts- og forvaltningskostnader før gevinstene fra investeringer i helseteknologi kan hentes ut, såkalte pukkelkostnader.

Overordnet når det gjelder finansiering som påvirker kommunene, vurderer vi at det fremstår som de økonomiske konsekvensene for kommunesektoren av utvalgets forslag ikke er tilstrekkelig utredet. Det foreligger ikke et samlet anslag for kommunenes investeringsbehov, driftskostnader, omstillingskostnader eller personellbehov. Det er også i begrenset grad analysert hvordan forslagene vil slå ut for ulike kommunetyper, og hvordan kostnader, risiko og gevinster skal fordeles mellom kommuner, helseforetak og staten.

Erfaringene fra Prosjekt X[26] understøtter at den største utfordringen ikke nødvendigvis er å utvikle nye samhandlingsmodeller, men å etablere finansiering, styringsmekanismer, digitale løsninger og organisatorisk kapasitet som gjør det mulig å gå fra prosjekt og utprøving til ordinær drift. Erfaringene fra Prosjekt X peker også på at gevinster og kostnader ofte oppstår hos ulike aktører, noe som kan svekke gjennomføringskraften dersom ikke finansieringsmodellene understøtter felles mål. Et sentralt spørsmål for kommunesektoren vil være om reformen utvikles videre fra å være en reform av arbeidsformer og samhandling til også å omfatte de styrings- og finansieringsmekanismene som er nødvendige for varig gjennomføring.

- **Nærmere om anbefalingene fra utvalget og vurderinger fra KS-administrasjonen**

[26] Prosjekt X: Erfaringer, læringspunkter og barrier - Hjem

Utvalget peker på flere økonomiske tiltak som kan stimulere kommuner og regionale helseforetak til å samarbeide i en nærhelsetjeneste.

- Rammefinansiert finansiering av øyeblikkelig hjelp og innsatsstyrt finansiering av nærhelsetjenesten-

Utvalget anbefaler å overføre innsatsstyrt finansiering av øyeblikkelig hjelp til spesialisthelsetjenestens basisramme. De mener at dette kan stimulere sykehusene til samarbeid med kommunene om å forebygge sykehusinnleggelser gjennom å utvikle tilbud utenfor sykehus.

De foreslår også aktivitetsbasert statlig finansiering av døgnopphold i nærhelsetjenestene. De mener at dette dempe insentivene til sykehusinnleggelser og gi kommunene sterkere insentiver til å gi lokale tilbud til pasienter som kan få et minst like godt tilbud utenfor sykehus. Etter utvalgets vurdering kan slike virkemidler bidra til at pasienter i større grad mottar tjenester på riktig nivå.

Eksempel er øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene (KAD). Her blir det argumentert med at det vil gi kommunene økonomiske insentiver til å utvikle tilbud i nærhelsetjenesten som kan erstatte sykehusinnleggelser. Utvalget foreslår også at staten kan tilby ordninger med tilskudd til etablering eller drift for kommuner og helseforetak som inngår forpliktende samarbeid om nærhelsetjenester. Deres argumentasjon er at det er grunn til å tro at mange tjenester i en nærhelsetjeneste har lavere kostnader enn i sykehus, de mener at også dette vil stimulere til samarbeid mellom helseforetak og kommuner.

- Vurderinger av utvalgets forslag for bedre samhandling når det gjelder finansiering

Det er ikke mulig å vurdere konsekvensene for kommunene ut ifra enkeltforslagene i utvalgets forslag. KS pekte i det skriftlige innspillet til helsereformarbeidet i juni på behov for finansielle virkemidler for å fremme samhandling på tvers av kommuner og sykehus når det ikke er samsvar mellom hvilket forvaltningsnivå som mest effektivt kan gjennomføre tiltak for å redusere behov for personellkrevende tjenester, og hvem som får gevinstene. Et av tiltakene KS skisserte var at kommunene og helseforetakene kunne inngå forpliktende samarbeidsavtaler gjennom bruk av samhandlingsbudsjett. Et samhandlingsbudsjett innebærer at en avgrenset del av bevilgningene til kommunesektoren og helseforetakene avsettes til felles bruk, og disponeres etter omforente prioriteringer i helsefellesskapene. Midlene skal benyttes til tiltak som bidrar til bedre sammenheng i pasientforløpene, særlig for pasientgrupper med sammensatte og langvarige behov. Nærhelsemodellen ligner på en slik avtale, men utvalget anbefaler endringer i finanseringen for i større grad å stimulere til slikt samarbeid og ny organisering som avviker fra KS forslag.

Et viktig og uavklart spørsmål er hvor stort omfang et slik samarbeid vil ha. Utvalget peker på at særlig pasientgrupper med langvarige og sammensatte behov har behov for mer sammenhengende tjenester og bedre samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det pekes da særlig på innbyggere over 80 år, pasienter med kroniske lidelser, psykiske lidelser og ruslidelser og unge med sammensatte behov. Disse gruppene utgjorde i 2025 14 prosent av befolkningen. Alle over 80 år vil ikke ha behov for slike sammenhengende tjenester, men mer enn én av tre over 80 år mottok både allmennlegetjenester, øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester i 2025. Hvis dette legges til grunn, vil det være behov for svært omfattende samarbeid om tjenester, noe som ikke er i tråd med KS' innspill om hvem det er behov for samarbeid om. Årsaken er at ikke

alle vil ha nytte av samordnede tjenester. Samtidig pekes det på de om lag 6 prosent av pasientene som utvalget knytter til rundt halvparten av kostnadene til pasientbehandling i somatiske sykehusene[27] og til dels viser de til en liten andel av pasientene i kommunene som bruker en stor andel av kostnadene. Det er viktig å understreke at disse gruppene ikke er overlappende i svært stor grad. I tillegg er det uklart hvor stor grad av overlapp det er mellom disse pasientgruppene og pasientgruppene med store og sammensatte behov som lett blir «kasteballer». Ettersom det særlig er disse pasientgruppene som reformen skal bidra til bedre tjenester til, er det behov for mer kunnskapsbasert tilnærming til hvem disse gruppene er. Det er helt vesentlig å avklare omfanget eller volumet av disse pasientene slik at det blir mulig å finne gode løsninger for finansiering og klargjøre hvor det gir mening å bygge opp samhandlingstilbud, eller avklare hvor kommuner og sykehus best selv kan løse utfordringene. Uten denne avklaringen risikerer man å bygge opp tilbud som ikke gir effekt på samhandlingen til det bedre, eller overlappende tilbud uten effekt.

Vår vurdering er at de økonomiske og administrative effektene av forslaget i liten grad er klargjort. Det pekes på at innføring av en nærhelsemodell vil forutsette omprioritering av ressurser for både kommunene og spesialisthelsetjenesten. Utvalget fremholder at det vil kunne bli behov for å flytte bevilgninger mellom kommunenes og (de regionale) helseforetakenes bevilgninger på statsbudsjettet, men uten å gå mer inn på omfanget. Utvalget belyser også i liten grad hvordan forslagene vil slå ut for ulike kommunetyper, og hvordan kostnader, risiko og gevinster skal fordeles mellom kommuner, helseforetak og staten. De legges imidlertid opp til at det kan gjøres lokale tilpasninger. Det siste er positivt og i tråd med det KS har bedt om.

- Nærmere om finansiering relatert til nærhelsemodellen

Utvalget peker på at staten kan 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. Dette gjelder for selskapsformen i nærhelsetjenestene.

Utvalget anbefaler 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. Utvalget skriver at det allerede er åpning i regelverket for at innsatsstyrt finansiering kan inkludere kommunalt utførte spesialisthelsetjenester, som kan avtales å inngå i nærhelsetjenestene, og at regelverket bør tydeliggjøres på dette punktet.

Vi vurderer at hvis resultatet av dette blir slik utvalget peker på at det kan vurderes om regelverket og praksis kan utformes på en måte som gjør det enklere å registrere og utløse innsatsstyrt finansiering for spesialisthelsetjenester utført i nærhelsetjenesten av helsepersonell som ikke er ansatt i spesialisthelsetjenesten, så er konsekvensene for kommunene trolig ikke så store. Men hvis helsepersonell (flere enn i dag) skal ha rett til å utløse innsatsstyrt finansiering, vil det sannsynligvis kunne øke de samlede kostnadene. Det vil da måtte utredes hva slags kontroll kommunene har, hvordan risiko fordeles og hva som blir konsekvensene hvis forbruket av tjenester øker. Det vil også bli et spørsmål hvordan kombinasjonen av innsatsstyrt finansiering og tilskudd vil virke sammen, og om

[27] Seks prosent av pasientene står for halvparten av kostnadene til pasientbehandling – SSB

dette i praksis vil premiere smale, diagnosespesifikke pasientforløp fordi det er vanskelig å beregne kostnadene for de med kompliserte og sammensatte lidelser.

KS' forslag til finansieringsmodell er et stående tilskudd som kan forsterke samhandling mellom kommuner og sykehus, sammen med bedre prinsipper for samhandlingsbudsjetter, men basert på rammefinansiering.

Vår vurdering er dermed at en avtalebasert modell vil være et bedre egnet virkemiddel enn en selskapsmodell, og at slik vi tolker utvalgets forslag, en 20 % aktivitetsbasert finansiering forsterket i modellen med nærhelseselskap vil kunne påvirke en betydelig del av kommunens aktivitet. Dette er uheldig når det uklart hvor stort volum av pasienter det skal samhandles om. På bakgrunn av dette kan vi ikke anbefale en modell med nærhelseselskap.

Utvalget mener at det bør prøves ut resultats- 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.

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.

Utvalget skriver at innføring av en nærhelsemodell vil forutsette omprioritering av ressurser for både kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det vil kunne bli behov for å flytte bevilgninger mellom kommunenes og (de regionale) helseforetakenes bevilgninger på statsbudsjettet. Utvalget peker på at forslaget om å innføre aktivitetsbasert statlig finansiering i nærhelsetjenestene (kapittel 32.2), vil føre til at de samlede insentivene til sykehusinnleggelser for pasienter som kan få et minst like godt tilbud utenfor sykehus, dempes. Utvalget peker på at finansieringen av utvalgte helse- og omsorgstjenester i kommunene, som for eksempel øyeblikkelig hjelp døgnopphold og korttids døgntilbud, bør baseres på aktivitet. Dette vil gi kommunene sterkere insentiver til å utvikle lokale tilbud og overta oppgaver når dette er faglig forsvarlig, gjerne sammen med spesialisthelsetjenesten i nærhelsetjenestene. Etter utvalgets vurdering kan slike virkemidler bidra til at pasienter i større grad mottar tjenester på riktig omsorgsnivå og at knapp kapasitet i spesialisthelsetjenesten i større grad forbeholdes pasienter med behov for spesialisthelsetjenester.

Vår vurdering er at dette er særlig uheldig. Konsekvensene av at volumene av pasienter det skal samhandles om er uklare, og en stykkpris- /aktivitetsbasert finansiering som favoriserer nærhelseselskap kan potensielt ha store og uklare effekter på resten av tjenestene for kommunal sektor. Det er allerede kommet reaksjoner på dette både fra kommuner selv og fra

helseøkonomifeltet, og det pekes på at et stykkprissystem for kommunale helse- og omsorgstjenester i så fall må utvikles først, noe som kan bli en svært vanskelig prosess, og det er verdt å merke seg at det tok sykehusene flere tiår.

Vi vurderer at når det gjelder finansiering relatert til nærhelsemodellen, er det mange uklarheter. Finanseringen blir dermed svært uklart fremstilt med gjensidige avhengigheter. Dette gjør det vanskelig å fastslå hva forslagene kan innebære av finansieringsansvar for kommunene. Det er også viktig å ta med seg erfaringene fra Prosjekt X.[28] Erfaringene herfra understøtter behovet for mer sammenhengende tjenester, men viser at gode samarbeidsmodeller ikke uten videre lar seg overføre til varig drift.

- Nærmere om økonomiske konsekvenser av utvalgets øvrige forslag

Det foreligger en rekke forslag fra utvalget hvor kostnadene ikke er utredet. Dette gjelder for eksempel angående strategiske helseutvalg der lovutkastet åpner for å hindre uttreden av avtaler i inntil tre år.

Vi vurderer at forhold knyttet til kostnader, ansvaret for underskudd og mekanismer som ivaretar kommunestyrets selvstendige budsjettansvar må utredes relatert til dette forslag, særlig når kommunen ikke kan tre ut av samarbeidet.

- Nærmere om delegering av tildelingsmyndighet

Utvalget foreslår at det skal være mulig å delegere enkeltvedtak til helseforetak eller felleseid selskap, men at kommunen beholder instruksjonsmyndighet og kan trekke delegasjonen tilbake. Vi vurderer at selv om dette er en valgfri ordning, kan konsekvensen være at andre få myndighet til å bestemme tjenesteomfanget mens kommunen fortsatt betaler. Fullmakter, økonomirapportering og ansvar ved budsjettoverskridelser må derfor utredes.

Utvalget peker selv på at selv om reduserte insentiver til sykehusbehandling skulle være tilstrekkelig for at det bygges ut nærhelsetjenester nærmere der folk bor, kan forsterkede insentiver til behandling i nærhelsetjenesten også trekke for mange pasienter dit framfor til kommunale tjenester som er enda nærmere. Utvalget peker på at en mulig konsekvens kan være at man lager finansielle insentiver som medfører at pasientene sendes unødig fra sykehjem til nærhelsesentrene i stedet for til sykehus. Det må utredes nærmere, og det må legges opp til justeringer i en opptrappingsfase slik at eventuelle finansielle insentiver virker på en måte som er hensiktsmessig. Det må også vurderes hvordan nærhelsetjenester skal avgrenses mot øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, samt mot tjenester i lokalsykehus. Dette må ses i sammenheng med at det fremover bør tydeliggjøres hvilke funksjoner mindre sykehus skal ha. Til det siste er det grunn til å peke på at innholdet i lokalsykehus har vært diskutert de siste 20 årene, men uten at dette er avklart. Uten denne avgrensningen er det ikke gitt at denne løsningen dermed kan realiseres slik utvalget forutsetter.

[28] Prosjekt X: Erfaringer, læringspunkter og barrier - Hjem

Om innføring av teknologi og digitale løsninger

Helsereformutvalgets kapittel 32.16: «Digitalisering»

Helsereformutvalgets anbefaling

Utvalget vil styrke digital samhandling og gjøre det enklere å dele helseinformasjon mellom tjenestene. Det foreslår blant annet:

- deling av helseopplysninger i tilnærmet sanntid
- tydeligere nasjonal styring og standardisering
- en nasjonal plattform for deling av helseopplysninger
- en tydeligere rolle for Helsedirektoratet og Norsk helsenett SF
- samlet oversikt over helseopplysninger og avtaler på Helsenorge
- digital førstelinje og bruk av kunstig intelligens
- regionale IKT-virksomheter som kan levere tjenester til kommuner og helseforetak

KS-administrasjonens samlede vurdering

Selv om KS støtter behovet for sterkere nasjonal samordning og større gjennomføringskraft i helse- og omsorgstjenesten, mener vi at mer statlig styring ikke kan etableres uten at konsekvensene for det kommunale sørge-for-ansvaret, lokaldemokratiet og den likeverdige samstyringen mellom stat og kommune vurderes eksplisitt.

Dersom staten gis sterkere styring over strategisk tjenesteutvikling, digital infrastruktur, IKT og helsefellesskapenes innretning, må kommunesektoren samtidig gis reell innflytelse på beslutningene som legger premissene for kommunenes oppgaveløsning. Ellers risikerer vi at kommunene beholder ansvaret, mens staten i økende grad bestemmer forutsetningene for hvordan ansvaret skal ivaretas.

En helsereform må derfor ikke bare avklare hvem som skal styre mer. Den må avklare balansen mellom ansvar, myndighet, finansiering og demokratisk legitimitet på tvers av forvaltningsnivåene.

KS-administrasjonen støtter målet om digitalisering, i tråd med kommunal sektors ambisjoner på eHelseområdet og tidligere stortingsmeldinger om digitalisering av helse og omsorg. *Bedre informasjonsdeling, felles standarder og en sterkere nasjonal infrastruktur er nødvendig for å gi innbyggerne mer sammenhengende tjenester. KS-administrasjonen støtter behovet for sterkere gjennomføringskraft, bedre digital samhandling og mer samordnet utvikling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, basert på virksomhetenes og innbyggers behov.*

Det avgjørende er likevel hvordan digitaliseringen styres, finansieres og gjennomføres. En ensidig vurdering av teknologisk tilgjengeliggjøring, vil ikke utløse nødvendige gevinster for virksomhetene. Digitalisering er virksomhetsutvikling. Ansvaret må derfor følge sørge-for-ansvaret og være forankret hos virksomhetene som har ansvar for tjenestene, økonomien og forsvarl*ig drift.*

Kommunene har ansvar for egne tjenester og arbeidsverktøy. Helseforetakene har tilsvarende ansvar for sine tjenester. Staten må ha ansvar for nasjonal grunninfrastruktur, regelverk,

standarder og felles samhandlingsløsninger, i samråd med sektoren. Styringsmodellene innen digitalisering må hensynta også det lovmessige ansvaret for virksomhetene om å yte forsvarlige helsetjenester. Dette er en grunnleggende forutsetning for fordeling av roller og ansvar, og som må sikres ivaretatt også der staten t*ar en sterkere grad av styring.*

Mer nasjonal samordning må ikke bli det samme som sentralisering av virksomhetsansvar eller etablering av fire regionale digitale økosystemer. KS' foreløpige vurdering er eksplisitt at regionale IKT-virksomheter ikke kan erstatte virksomhetsansvar, likeverdig samstyring, eksisterende kommunale strukturer og finansiering av hele omstillingsløpet

KS-administrasjonens hovedposisjoner

KS-administrasjonen mener at gjennomføringen av reformen må bygge på følgende prinsipper:

- **Innbyggernes behov skal være utgangspunktet.** Digitale tjenester må henge sammen rundt innbyggernes livssituasjon og støtte egenmestring, forebygging og pårørende. Helsenorge og kommunale innganger må utvikles i samspill.
- **Digitaliseringen må støtte hele bredden i kommunale tjenester.** Digitalisering i helse- og omsorgstjenestene må inngå i helhetlig kommunal tjenesteutvikling. Standarder og samhandlingsløsninger må støtte det tverrfaglige laget rundt innbyggere med sammensatte behov, på tvers av profesjoner, sektorer og forvaltningsnivåer – ikke bare behandling og samhandling mellom lege og sykehus.
- **Fastlegene må være en del av helheten.** Fastlegene må inngå i kommunenes arbeid med digitalisering, innføring og gevinstrealisering og sikres samhandling med øvrige tjenester.
- **Digitalisering må støtte forebygging og tidlig innsats.** Digital førstelinje, helseteknologi og KI må styrke mestring og pårørendestøtte og redusere behovet for personellintensive tjenester.
- **Informasjonsdeling må være trygg og forståelig.** Rettslige rammer, ansvar, felles begreper og tilgangsstyring for tverrfaglig samarbeid må avklares, slik at delingen ivaretar personvern og tillit.
- **Gevinster må vurderes i hele forløpet.** Effektene må vurderes på tvers av tjenester og nivåer. Kostnader og gevinster må fordeles slik at omstillingen gir samlet nytte, ikke bare flytter oppgaver til kommunene.
- **Ansvaret følger sørge-for-ansvaret.** Tjenesteeieren beholder ansvaret for arbeidsprosesser, kompetanse, personvern, informasjonssikkerhet, innføring og gevinster.
- **Kommunal sektor må ha tidlig og reell innflytelse.** Kommunene må delta tidlig i arbeidet med nasjonale mål, standarder, prioriteringer, finansiering og innføring. Helsefellesskapene må kobles til kommunenes bredere samarbeidsstrukturer og kan ikke alene representere hele tjenestebredden.
- **Staten må ta ansvar for nasjonale fellesløsninger.** Dette omfatter grunninfrastruktur, standarder, datadeling, sikkerhet og i hovedsak finansiering av nasjonale kapabiliteter.
- **Eksisterende kommunale strukturer må styrkes.** Det må bygges videre på KS Digital, digitaliseringsnettverk, kommunale IKT-samarbeid, felles journalløft og kommunalt styrte innføringsløp.

- **Hele omstillingen må finansieres.** Finansieringen må dekke investeringer, innføring, kompetanse- og organisasjonsutvikling, pukkelkostnader, drift, forvaltning, sikkerhet og gevinstrealisering.
- **Digital robusthet må inngå i totalberedskapen.** Kommuner og fylkeskommuner må kunne forebygge og håndtere digitale hendelser og opprettholde kritiske tjenester når teknologien svikter.

Vurdering av utvalgets viktigste forslag

Deling av helseopplysninger og nasjonal infrastruktur

Utvalget foreslår deling av helseopplysninger i tilnærmet sanntid, en nasjonal delingsplattform og et tydeligere nasjonalt dataansvar.

Dette er i tråd med KS' mål om at nødvendige opplysninger skal følge innbyggeren og være tilgjengelige i helsepersonellets arbeidsflate. Nasjonale løsninger skal støtte, ikke erstatte, lokale journal- og arbeidsverktøy.

Ansvar for data, tilgangsstyring, personvern og informasjonssikkerhet må avklares tydelig.

Standarder og samhandling

Utvalget foreslår obligatoriske nasjonale standarder, åpne grensesnitt og felles komponenter.

KS-administrasjonen støtter sterkere standardisering og bedre samhandling mellom løsningene. Felles krav må samtidig gi rom for ulike systemer og leverandører, så lenge løsningene kan utveksle og forstå informasjon.

Kravene må følges av finansiering og praktisk støtte til innføring.

Helsenorge og digital førstelinje

Utvalget foreslår at innbyggerne skal få samlet oversikt over helseopplysninger og avtaler. Dette er i tråd med EU-regelverk og kommunal sektors ambisjoner på eHelseområdet, ikke minst en helhetlig digital inngang, økt egenmestring og mindre personellintensive tjenester. Helsenorge og kommunale innganger må utvikles i samspill med kommunal sektor og se det inn mot innbyggernes livssituasjon og integreres i tjenestenes arbeidsprosesser.

Digital førstelinje, KI og helseteknologi må støtte forebygging, tidlig innsats, mestring og pårørendestøtte og bidra til å forebygge eller utsette behovet for tjenester. Virkningene for etterspørsel, personellbruk, kvalitet og pasientsikkerhet må dokumenteres før løsningene innføres nasjonalt. Effektene må vurderes i hele forløpet, på tvers av tjenester og nivåer. Kostnader og gevinster må fordeles slik at løsningene gir samlet nytte, ikke bare flytter oppgaver til kommunene.

Innbyggernes behov går på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Helsenorge og digital førstelinje må derfor inngå i helhetlig kommunal tjenesteutvikling og støtte det tverrfaglige laget rundt innbyggere med sammensatte behov. Standarder og samhandlingsløsninger må støtte flere profesjoner og kommunale tjenesteområder, ikke bare behandling og samhandling mellom lege og sykehus.

Fastlegene må inngå i kommunenes arbeid med digitalisering, innføring og gevinstrealisering, med god samhandling med øvrige tjenester. Rettslige rammer, ansvar, felles begreper og tilgangsstyring må avklares slik at informasjonsdelingen i det tverrfaglige samarbeidet er trygg, forståelig og ivaretar personvern og tillit.

Kommunal sektor må ha tidlig og reell innflytelse på nasjonale mål, standarder, prioriteringer, finansiering og innføring. Helsefellesskapene må kobles til kommunenes bredere samarbeidsstrukturer og kan ikke alene representere hele tjenestebredden i dette arbeidet.

Nasjonal styring og samstyring

Utvalget foreslår å styrke Helsedirektoratets myndighet og ansvar, tydeliggjøre rollen til Norsk helsenett SF, utrede Digital Helse og avvikle det nasjonale strategirådet.

KS-administrasjonen støtter behovet for bedre nasjonal samordning og tydeligere ansvar. Sterkere statlig styring kan likevel ikke erstatte likeverdig samstyring med kommunal sektor. Dette må følge prinsippene om felles og likeverdig styring, mellom stat og kommune.

Det nasjonale strategirådet bør opprettholdes, med deltakelse fra toppledere i sektoren – på nivå med kommunedirektører og områdedirektør i KS. Dette er en viktig arena for å enes om felles retning, premisser og strategier innen digitalisering av helse og omsorg. I tillegg bør rådsmodellen som helhet forenkles og gjøres til en modell som sikrer kommunal sektor representativ og reell innflytelse på prioriteringer, finansiering og innføringsplaner.

Regionale IKT-virksomheter

KS støtter ikke Helsereformutvalgets forslag. Regionale IKT-selskaper gjenspeiler ikke hvordan kommunal sektor er organisert, og kan utfordre nasjonal samstyring og kommunenes virksomhetsansvar. Forslaget om regionale IKT-virksomheter er ikke tilstrekkelig begrunnet og treffer ikke hovedutfordringene.

Forslaget kan:

- etablere et nytt organisatorisk nivå
- gi flere grensesnitt og mer uklare styringslinjer
- svekke kommunenes innflytelse og lokale valgfrihet
- flytte ressurser fra nasjonal infrastruktur, standardisering og innføring til etablering av nye organisasjoner
- svekke konkurranse og innovasjon i leverandørmarkedet
- binde kommunale samarbeid til helseregionenes grenser

Kommunene har ulike behov, ulik størrelse og geografi og forskjellige etablerte samarbeid. Samarbeid om digitalisering må derfor kunne organiseres uavhengig av fylkes- og helseregiongrenser.

KS-administrasjonen anbefaler ikke å utrede regionale IKT-selskaper videre. Gjennomføringskraften bør i stedet styrkes gjennom:

- nasjonal infrastruktur og felles standarder
- forpliktende stat–kommune-samstyring
- langsiktig finansiering av innføring og omstilling
- videreutvikling av KS Digital og kommunalt styrte samarbeid

- bedre samspill mellom Norsk helsenett SF, kommunale IKT-samarbeid, helsefellesskapene og leverandørmarkedet

Det bør bygges videre på etablerte strukturer framfor å opprette et nytt regionalt IKT-nivå.

Finansiering og fordeling av gevinster

Utvalget presenterer et ambisiøst digitalt målbilde, men beskriver ikke hvordan kommunenes omstilling skal finansieres. Helseteknologiordningen har bidratt til raskere anskaffelse av helseteknologi og raskere utprøving og innføring av digitale samhandlingsløsninger. Dette må det bygges videre på.

Det er viktig at en finansieringsmodell dekker hele omstillingsløpet:

- investeringer og anskaffelser
- innføring og endring av arbeidsprosesser
- kompetanse- og organisasjonsutvikling
- midlertidige pukkelkostnader
- drift og forvaltning
- informasjonssikkerhet og beredskap
- gevinstrealisering

Kostnader og gevinster oppstår ofte hos ulike aktører. Reformen må derfor ha mekanismer som fordeler kostnader, risiko og gevinster mellom staten, kommunene og helseforetakene.

Beredskap og digital robusthet

Digital robusthet må inngå i totalberedskapen. Kommunene er en viktig del av den samlede behandlings- og beredskapskapasiteten. Når pasienter flyttes mellom sykehus og kommunale tjenester, må behandlingsansvar og nødvendig informasjon følge pasienten.

Kommuner og fylkeskommuner må kunne:

- forebygge og håndtere digitale hendelser
- opprettholde kritiske tjenester ved teknologisk svikt
- ha oversikt over digitale avhengigheter
- etablere og øve på reserveløsninger
- ivareta personvern og informasjonssikkerhet

Staten må i samarbeid med kommunal sektor sikre nasjonal infrastruktur for trygg dataforvaltning, datadeling, tilgangsstyring og bruk av KI. Kommuner og fylkeskommuner må få tilgang til nødvendige graderte plattformer, kompetanse og finansiering.

Kommune- og HelseCERT og felles kapasiteter gjennom KS og KS Digital bør styrkes. Dette bør prioriteres framfor å etablere et nytt veiledningsledd hos statsforvalterne.

Forhold som må avklares videre

Følgende spørsmål må avklares i det videre reformarbeidet:

- **Ansvar:** Hvordan skal myndighet, roller og ansvar ivaretas i en samstyring mellom kommune og stat, og som hensyntar lovpålagte plikter og oppgaver?

- **Samstyring:** Hvordan skal kommunal sektor sikres tidlig, representativ og reell innflytelse på nasjonale mål, standarder, prioriteringer, finansiering og innføring? Hvordan skal helsefellesskapene kobles til kommunenes bredere samarbeidsstrukturer, slik at hele tjenestebredden blir representert?
- **Infrastruktur og data:** Hvem skal ha nasjonalt dataansvar, og hvordan skal semantisk samhandling, åpne grensesnitt og tilgangsstyring løses? Hvilke rettslige rammer, ansvarsavklaringer og felles begreper trengs for trygg og forståelig deling i tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, med vern om personvern og tillit?
- **Helhetlige tjenester og fastlegenes rolle:** Hvordan skal Helsenorge og kommunale innganger utvikles i samspill rundt innbyggernes livssituasjon og støtte hele det tverrfaglige laget? Hvordan skal fastlegene inngå i kommunenes digitalisering, innføring og gevinstrealisering og samhandle med øvrige tjenester?
- **Effekter:** Hvordan påvirker Helsenorge, digital førstelinje, KI og helseteknologi etterspørsel, personellbruk, kvalitet og pasientsikkerhet i hele forløpet, på tvers av tjenester og nivåer? Hvordan skal effekter på forebygging, tidlig innsats, egenmestring og pårørendestøtte dokumenteres?
- **Finansiering:** Hvordan skal hele omstillingsløpet finansieres, og hvordan skal kostnader og gevinster fordeles mellom tjenester og nivåer, slik at reformen gir samlet nytte og ikke bare flytter oppgaver til kommunene?
- **Beredskap:** Hvem skal ha ansvar for å finansiere nasjonale og felles kommunale kapasiteter for informasjonssikkerhet og hendelseshåndtering?

Særskilt om forebygging og folkehelse

Forebygging er en sentral strategi for å møte framtidens utfordringer i helse- og omsorgstjenestene. Tidlig innsats og mestring kan redusere behovet for tjenester senere i livet. Forebyggende og helsefremmende arbeid skjer i stor grad allerede i kommunene, ofte i samspill mellom helsetjenester, skole, bolig, sosialtjenester, barnevern og folkehelsearbeid. Denne helheten gir grunnlag for tidlig innsats og sammenhengende oppfølging. For å styrke dette arbeidet er det behov for økt satsing på utdanning, forskning og fagutvikling i kommunene.

Utvalget peker på forebygging gjennom hele NOU-en. Det refereres blant annet til at 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 ifølge utvalget. KS' vurdering er at gevinster ved forebygging forstått som gevinstrealisering koblet til finansiering av pasientbehandling gir en rekke dilemmaer Det er svært vanskelig å finne gode objektive kriterier innenfor dette feltet for kommunenes del, fordi ressursinnsatsen for de pasientgruppene som har mest behov for samhandling er omfattende, fra mange deler av kommunenes virksomhet (hvis vedkommende bor i eget hjem, som disse pasientene som regel gjør), og innsatsen endrer seg kjapt over tid også på bakgrunn av nye medisinske og teknologiske muligheter. Det kan føre til stort behov for justeringer av betalingsløsningene som er lite effektivt og

byråkratiserende. KS har pekt på at modeller som penger følger pasient ikke kan anbefales for kommunal sektor for samhandlingspasienter.29

Forebygging omtales ofte som bedre enn reparasjon, men det er også diskutert om den alltid er økonomisk lønnsom. I en artikkel publisert i Dagens Næringsliv 26. april 2025 peker forskere ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo på at forebygging, særlig rettet mot eldre, ikke nødvendigvis reduserer presset på helse- og omsorgstjenestene. Det skal bemerkes at det da særlig er innsatser mot høyt blodtrykk, usunt kosthold, høyt blodtrykk, blodsukker og kolesterol som er vurdert. Gevinstene kan i større grad ligge i flere gode leveår enn i reduserte kostnader. Samtidig kan kostnadsbesparelser oppstå på ett forvaltningsnivå, mens utgiftene øker på et annet.

Verdien av forebygging kan derfor ikke vurderes utelukkende ut fra økonomi. Ikke alle tiltak er kostnadseffektive, men kunnskapsbasert og målrettet forebygging kan gi betydelige helsegevinster gjennom bedre livskvalitet, redusert sykdomsbyrde og økt funksjonsevne. Dette understreker behovet for å vektlegge både helsegevinster og samfunnsnytte, slik også NOU 2025:8 *Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering*[30] fremhever. Denne NOU-en har forslag om operativ støtte til kommunene i form av å utvikle og prøve ut mer operativ kunnskaps og beslutningstøtte til kommunene. Noe KS i høringen pekte på som positivt. Her er også fylkeskommunenes rolle som regional utviklingsaktør viktig og bør sees i sammenheng. Det har vært gjennomført en rekke tiltak og forsøk gjennom program for folkehelse gjennom de snart 10 årene programmet har vart. Det har vært et godt samarbeid mellom aktørene både i departement, direktorat og med FHI sammen med KS og kommunal sektor. Det er fortsatt kunnskap å hente fra de prosjektene som har vært gjennomført, og ikke minst fra gode prosesser regionalt. Det bør i større grad vurderes spredningspotensiale fra programmet, fremfor nye satsinger.

Kommunenes samfunnsoppdrag er å utvikle gode og bærekraftige lokalsamfunn der innbyggerne kan leve trygge, aktive og meningsfulle liv. Gjennom ansvar for blant annet barnehager, skoler, nærmiljøutvikling, kultur- og fritidstilbud, boligpolitikk og sosiale møteplasser påvirker kommunene viktige forhold som former helse, trivsel og livskvalitet. Nettopp fordi kommunene er tett på innbyggernes hverdagsliv, har de unike muligheter til å fremme folkehelse, forebygge utenforskap og fange opp utfordringer tidlig. Erfaring og forskning viser at tiltak på universelle arenaer ofte har størst effekt fordi de når hele befolkningen, styrker fellesskapet og unngår stigmatisering. Arbeidet med å redusere sosial ulikhet er derfor en sentral del av kommunenes samfunnsoppdrag.

Folkehelsearbeidet innebærer samtidig krevende målkonflikter. Det finnes ingen entydige svar på hvordan ressurser bør fordeles mellom ulike utfordringer som barnefattigdom, ensomhet, psykiske helseutfordringer eller levevaner, eller mellom grupper med moderate og store behov. Vurderingene handler både om effekt og om hva som oppleves som rettferdig og legitimt. I Norge gjøres disse avveiningene av folkevalgte politikere som står til ansvar overfor innbyggerne.

[29] https://www.ks.no/contentassets/9a48cfef18c047bca91f8491db055954/fagnotat-okonomiske-virkemidler-samhandling-juni26.pdf

[30] NOU 2025: 8 - regjeringen.no

WHOs satsing på «primary health care» understreker betydningen av helsefremmende lokalmiljøer, integrerte helsetjenester og myndiggjorte lokalsamfunn som grunnlag for en bærekraftig samfunnsutvikling.

Øvrige bemerkninger

Vi går ikke nærmere inn på anbefalingene i Helsereformutvalgets kapittel 32.14: «Sammenhengen mellom drift og investeringer» eller kapittel 32.15: «Avtaler med private som understøtter pasientens valgfrihet». Når det gjelder tannhelse, har utvalget ikke gått inn i dette området. Utvalget henviser til det pågående arbeidet i Helse- og omsorgsdepartementet om organisering av tannhelsetjenesten. Utvalget kommer ikke med anbefalinger relatert til tannhelse, ut over å slutte seg til Tannhelseutvalgets vurderinger av at det er nødvendig å utvikle en bærekraftig tannhelsetjeneste, blant annet ved å harmonisere organiseringen av tannhelsetjenesten slik at den i større grad blir lik de øvrige helse- og omsorgstjenestene samt å utvikle et godt kunnskapsgrunnlag.

Vedlegg

Innspill fra KS Advokatene 17.11.2026

«Nærhelsereformen – bruk av avtaler og selskap som virkemiddel

Innledning og oppsummering

Utvalgets forslag om at kommunene fortsatt skal beholde de kommunale helsetjenestene (minus legevakt) i sin forvaltning samsvarer godt med Grunnloven § 49 andre ledd og kommuneloven § 2-1, § 2-2, hvor begge regelverk bygger på en forutsetning om at oppgaver knyttet til offentlige tjenester bør legges til det forvaltningsorgan som er nærmest innbyggerne[31]. Vi forstår at utvalget videre foreslår at sykehustjenestene skal komme nærmere der folk bor gjennom et samarbeid mellom kommuner og foretak. Et slikt samarbeid skal også bidra til bedre sammenhengende tjenester. Vi oppfatter at det er dette som til sammen utgjør utvalgets forslag til nærhelsereform, jf. utredningens punkt 1.2.2. Utvalget vurderer at det til sammen vil gi de beste tjenester og mest effektiv utnyttelse av begrensede offentlige ressurser.

Kommuner er, slik vi ser det, derfor en sentral aktør for å få til en vellykket gjennomføring av nærhelsereformen.

Utvalget er delt i hvorvidt det er bruk av avtaler eller en selskapskonstruksjon som i så måte er det mest egnede virkemiddelet for å oppnå en slik nærhelsereform, se blant annet s. 21.

[31] Se her KS FoU rapport ved blant annet Eivind Smith og Sigrid Stokstad «Det rettslige innholdet i det kommunale selvstyre i lys av nyere lovgivning», hvor det på s. 58 uttales: «Grl. *§ 49 andre ledd … er en grunnlovfestet understrekning av subsidiaritet som viktig retningslinje ved organiseringen av den samlede offentlig sektor*. Se videre kommuneloven § 2-2, andre ledd om at offentlige oppgaver fortrinnsvis bør legges til det forvaltningsnivå som er nærmest innbyggerne.

Vi vurderer at både bruk av avtaler (i kombinasjon med lovlige samarbeidsformer på kommunesiden), og en selskapskonstruksjon, i prinsippet er egnede rettslige virkemidler for å nå ovennevnte mål.

Vi foreslår at KS støtter begge alternativene. Det bør også være alternative ordninger som kommuner og foretak kan velge mellom.

Vi foreslår at KS støtter at både bruk av avtaler og selskapskonstruksjon er frivillig fra kommunens side, slik vi forstår flertallet i utvalget legger til grunn. Det vises her også forslag til lovbestemmelse i ny felles lov § 5-6 andre ledd hvor det gis forskriftshjemmel til at departementet kan pålegge kommuner og foretak å «*vurdere*» hvilke tiltak som skal igangsettes knyttet til samhandlingstiltak, og ikke pålegge tiltak. Men se her også dagens helse- og omsorgstjenestelov § 6-6, som i dag gir hjemmel for å pålegge kommuner et samarbeid. Den brukes imidlertid i praksis ikke.

Vi mener det er behov for nærmere utredning av forslag til lovendringer knyttet til bruk av begge virkemidler, og egen høring med forslag til lovendringer før eventuell iverksettelse. Utredningene i NOU`en er i så måte ikke tilstrekkelig, jf. også nedenfor. Forslagene til lovendringer bør videre vurderes i sammenheng med øvrige virkemidler som finansering.

Det er videre i tilknytning til en slik utredning behov for å hente erfaringer fra samhandlingsreformen, hvor mange kommuner opplevde å ikke være likeverdige partnere med foretak ved inngåelse av avtaler. En slik opplevd ubalanse gir verken et godt grunnlag for å bli enige om bruk av en avtalemodell eller bruk av selskapskonstruksjon eller en effektiv og god drift i samsvar med nærhelsereformens formål.

Det skal nedenfor først knyttes noen kommentarer til bruk av avtaler som virkemiddel. Dette også som bakgrunn for fremstilling av argumenter for og mot å bruke en selskapskonstruksjon som virkemiddel.

Bruk av avtaler

Når utvalget foreslår bruk av avtaler for å få til et bedre samarbeid, forstår vi at det også legges til grunn at kommuner selv skal samarbeide om å løse felles oppgaver, og disse samarbeidene kommuner igjen inngår avtaler med foretak.

Det understrekes i den forbindelse at bruk av avtaler mellom kommuner som et virkemiddel for å samarbeide om felles oppgaver, i praksis vil kreve at kommunene selv organiserer seg etter en av de samarbeidsmodeller som lovverket angir, for eksempel vertskommunemodellen etter kommuneloven kap. 20. Utvalget omtaler dette i liten grad. Dette fordi et effektivt samarbeid om utførelse av felles oppgaver normalt vil kreve en formell organisatorisk overbygging, hvor det overføres formell beslutningsmyndighet til et organ. Dette gjelder både for å treffe beslutninger om utførelse av helsetjenester, men også privatrettslige beslutninger om kjøp av tjenester fra private som en del av tjenestene. Det uttales således i forarbeidene til kommuneloven i Prop. 46 L (2017-2018) (s. 397) med henvisning til kommuneloven § 17-1 andre ledd om bruk av de organisasjonsformer som kommuneloven tilbyr:

> *«Andre ledd inneholder en opplisting av de vanligste organisasjonsformene kommunene og fylkeskommunene kan velge mellom dersom de skal etablere et samarbeid med en formell*

organisatorisk overbygning… Av bestemmelsen følger også et krav om at en av de nevnte organisasjonsformene, eller eventuelt andre organisasjonsformer kommunene og fylkeskommunene har adgang til å bruke, skal benyttes. Kravet gjelder kun i tilfeller hvor kommunene eller fylkeskommunene sammen skal stå for utførelsen av en felles oppgave. En forutsetning for at det skal være snakk om et samarbeid om å utføre felles oppgaver, jf. første ledd, er at deltakerne har tildelt samarbeidet vedtaksmyndighet. Hvis for eksempel saksbehandlere i ulike kommuner eller fylkeskommuner møtes for på generelt grunnlag å diskutere faglige temaer de er opptatt av i sitt arbeid, men vedtakene blir truffet i den enkelte kommunen eller fylkeskommunen, trenger ikke samarbeidet å organiseres etter en av de formelle organisasjonsmodellene i denne bestemmelsen. Slike samarbeid kan organiseres uten noen formell organisatorisk overbygning.»

En naturlig samarbeidsform vil ofte være vertskommunesamarbeid. Ved for eksempel et vertskommunesamarbeid vil oppgaveutførelse bli lagt til vertskommunen. Vertskommunen vil kunne treffe beslutninger om levering av tjenester og kjøp av varer. Vertskommunen vil da typisk også ha arbeidsgiveransvaret for kommunalt ansatte, og det vil da skje en virksomhetsoverdragelse av ansatte fra deltakerkommunene til vertskommunen.

Vertskommunen kan da forhandle avtaler med foretaket basert på den fullmakt som vertskommunen har fått fra deltakerkommunene gjennom vertskommuneavtalen. Det følger likevel av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 at selve avtalen med foretaket må godkjennes av det enkelte kommunestyre.

Samarbeidet og dialogen mellom kommuner og foretaket skjer da for øvrig gjennom dialog mellom vertskommunen og foretaket. For foretaket vil det utvilsomt være en fordel å ha en part, for eksempel vertskommunen, å forholde seg til for å få et effektivt samarbeid.

Vi oppfatter for eksempel at «Hallinghelse» er et interkommunalt samarbeid mellom Flå, Nesbyen, Gol, Hemsedal, Ål og Hol med en vertskommune, og at det slik er denne vertskommunen som er avtalepart og opptrer på vegne av kommunene mot foretaket. Vi forstår at det her skjer et samarbeid mellom kommuner og foretak knyttet til de respektive oppgaver i samme bygning, og hvor de ansatte som da henholdsvis utfører «spesialisthelsetjenestens oppgaver» og kommunehelsetjenestens oppgaver da er ansatt i henholdsvis foretaket og i vertskommunen. Dersom dette samarbeidet skal fungere godt, kreves gode avtaler og god dialog mellom vertskommunen og foretaket.

Det vil ved et slikt samarbeid mellom foretaket og en vertskommune normalt være to arbeidsgivere inn i samarbeidet, henholdsvis vertskommunen og foretaket.

Det er i dag i utgangspunktet frivillig om kommuner ønsker å inngå denne type samarbeid. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 kan likevel departementet pålegge samarbeid. Regelen lyder:

«Departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter»

Etter det vi forstår har regelen ikke blitt brukt i praksis, men den gir altså en hjemmel for å pålegge samarbeid.

Det er verdt å merke seg at også bruk av vertskommuneavtaler innebærer at den enkelte kommune gir fra seg vesentlig makt og myndighet til vertskommunen, men lovverket og avtaler sikrer likevel deltakerkommunene visse rettigheter. Bruk av en vertskommune for å løse felles helseoppgaver, sammen med en avtale med et foretak, innebærer således også et inngrep i det enkelte lokaldemokrati, men det er vurdert som nødvendig for å kunne løse felles oppgaver på en effektiv måte, selv om det også har lokaldemokratiske ulemper.

Hvor de ansatte gjennom virksomhetsoverdragelser overføres til vertskommunen eller et kommunalt oppgavefellesskap, vil det også kunne fremme motforestillinger.

Selskapskonstruksjonen

Når det gjelder selskapskonstruksjonen så innebærer den at det etableres en felles organisatorisk overbygging med styre og ledelse mellom foretaket og kommuner. Her dannes et nytt rettssubjekt, hvor kommuner og foretak sammen blir eiere. Det er da styre og ledelsen som slik kan treffe beslutninger på vegne av deltakerne. Utvalget foreslår at det er selskapet som da også blir arbeidsgiver for ansatte. Hvilke beslutninger som ligger til selskapet, hvilke oppgaver som ligger til selskapet, finansering beror da igjen på vedtakene for selskapet.

Vedtakene er igjen basert på avtaler mellom deltakerne, henholdsvis foretak og kommuner, og eventuelt mellom kommuner. Mens deltakerkommunene ved et vertskommunesamarbeid avgir makt og myndighet til vertskommunen, vil kommuner her avgi makt og myndighet til selskapets styre og ledelse som sådan. Det sier seg da selv at hvem som bestemmer i selskapet, vil være viktig. Dersom foretaket har flertallet i styret, vil det gi foretaket større makt og myndighet enn gjennom en avtalemodell, hvor foretakets makt vil bero på avtalen med vertskommunen, og den nærmere fortløpende dialogen og fortløpende avtaler med vertskommunen om tjenestenes utførelse.

Hvilken makt og myndighet som den enkelte kommune selv avgir beror igjen i utgangspunktet tilsvarende på vedtektene. En selskapsmodell vil dels på samme måte som en vertskommunemodell, svekke den enkelte kommunes lokaldemokratiske makt og innflytelse. Hvor mye det svekkes beror blant annet på vedtektene.

Det er dissens i utvalget ift. hvor sørge-for-ansvaret skal ligge, enten ved at staten har sørge-for-ansvaret og eier helseforetak som egne rettssubjekter (34.3) eller regionalt helseforetak har sørge-for-ansvar og helseforetakene ikke er egne rettssubjekter (34.4 - mindretallet). Avtalepartene vil enten være helseforetak (flertallet) eller regionalt helseforetak (mindretallet).

På samme måte som et vertskommunesamarbeid med en avtale med et foretak, vil som nevnt også en selskapskonstruksjon ha lokaldemokratiske ulemper. Det vil tilsvarende her skje virksomhetsoverdragelse av de ansatte, og det kan oppstå spørsmål om nedbemanning etter arbeidsmiljølovens regler, som kan medvirke til motforestillinger.

Helsereformutvalget har i NOU`en på s. 298 (punkt 21.7.2) treffende oppsummert fordelen og utfordringene ved bruk av selskapskonstruksjonen: sitat:

> «*Dersom lovgivningen endres slik at kommuner og (regionale) helseforetak sammen kan eie selskap som yter helse- og omsorgstjenester, vil det være nødvendig å regulere rammene for styring og tjenesteleveranser nærmere, enten ved selskapsavtaler, vedtekter eller lovgivning.»*

Etablering av et felleseid selskap mellom kommuner og helseforetak for å levere helse- og omsorgstjenester kan være egnet til å nå felles mål om samhandling, men bare dersom ansvar, myndighet, finansiering og rettslige rammer er tydelig avklarte. Kostnadsfordelingen mellom partene vil være et vanskelig og varig spørsmål fordi behov, prioriteringer og medisinsk utvikling kan endre hva som oppleves som rimelig over tid. Selskapsorganisering fjerner ikke grunnleggende konflikter om prioriteringer, ansvar og gråsoner mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Selskapsformen er primært en måte å strukturere en avtale på og et verktøy for å treffe beslutninger i saker som gjelder samarbeidet. Selskapsdannelsen vil ikke i seg selv gjøre det vanskeligere eller enklere å bli enige».

Det uttales blant annet videre, hvor det gjøres en sammenligning av bruk av selskap og andre kommunale samarbeidsløsninger, her kommunalt oppgavefellesskap etter kommuneloven kap. 19:

«*Det delte eierskapet mellom kommuner og (regionale) helseforetak kan forutsette andre og mer begrensede rammer for virksomheten enn det som gjelder for rene kommunale oppgavefellesskap. Det er imidlertid nødvendig å ta stilling til mange av de samme spørsmålene som oppstår ved bruk av kommunale oppgavefellesskap, blant annet:*

- *eierandeler og fordeling av ansvar for selskapets forpliktelser*
- *delegasjon av myndighet til å fatte enkeltvedtak og forskrift*
- *omgjørings- og instruksjonsadgang*
- *deltakerkommunenes og de deltakende (regionale) helseforetakenes mulighet for styring og kontroll*
- *uttreden og oppløsning*
- *anledningen til å opprette datterselskaper*
- *møteoffentlighet for styremøter*

Det bør som et minimum inngås en selskapsavtale mellom de deltakende kommunene og helseforetaket som regulerer disse forholdene, dersom det er behov for andre løsninger enn det som allerede følger av selskapsloven. Det kan også være aktuelt å lovregulere krav til innretningen av samarbeidet som supplement til selskapslovens regler.

Når selskapet er etablert, må den enkelte kommune og det enkelte helseforetak inngå avtaler med selskapet om ytelse av tjenester til befolkningen og eventuelle fullmakter til å fatte vedtak innenfor rammen av den enigheten som ligger til grunn for etableringen av selskapet».

Det uttales videre blant annet om forhold til de ansatte ved slik selskapskonstruksjon, herunder om forholdet til tariffavtaler:

«Overføring av arbeidstakere fra kommunene og helseforetaket til det nyopprettede selskapet vil måtte vurderes etter reglene om virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljøloven kapittel 16. Dersom reglene kommer til anvendelse, vil ny arbeidsgiver (selskapet) kunne reservere seg mot tariffavtalene til de gamle arbeidsgiverne, som er fra ulike tariffområder. Hvilke(n)

tariffavtale(r) som i så fall skal gjelde mellom tariffpartene i det nyopprettede selskapet, må avklares, eventuelt forhandles om. Det krever forhandlinger om nye tariffavtaler».

Utvalget drøfter videre forholdet mellom bruk av samarbeidsavtaler/organisasjonsmodeller/selskapsstrukturer og kommunesammenslåing, hvor det på s. 375 første kolonne uttales:

> *«Kommunenes ansvar blir mer komplekst å håndtere gjennom ulike samarbeidsavtaler og samarbeidsformer. Kommunestyret, som er kommunenes øverste organ, vil måtte tilpasse seg en stadig mer kompleks styring av kommunen grunnet ulike samarbeidsformer og styringslinjer enn gjennom det ordinære arbeidet i kommunestyret. Dersom kommunene slår seg sammen til større kommuner, blir dette mindre komplekst».*

Oppsummering

Som det fremgår ovenfor, vil særlig bruk av selskapskonstruksjonen kreve en god del tilpasninger i lovverket.

Vi legger til grunn at disse tilpasningene i lovverket må utredes nærmere, og vi vil som nevnt anbefale en prosess hvor de sendes på høring før de iverksettes. Vi tror at en slik «modning» av disse virkemiddelene, og en høring i så måte også er positivt fordi begge disse virkemidlene innebærer således krevende prosesser med sine utfordringer, som ikke bør underkommuniseres.

Vi tror som nevnt at disse to virkemidlene – avtale og selskap – bør iverksettes som alternative virkemidler.

Vi vil igjen understreke behovet for at kommuner oppfatter seg som likeverdige partnere ved inngåelse av slike avtaler om bruk av selskap, og det bør utredes hvilke grep som er nødvendige for at partene skal oppfatte seg som likeverdige. Utvalgets forslag om en nærhelsereform, bakgrunnen for forslaget, og utvalgets redegjørelse for både Grunnloven § 49 andre ledd og kommuneloven kap. 2 er i seg selv i så måte positivt for å få det til, men betydningen av dette for at reformen skal bli vellykket burde etter vår oppfatning ha vært fremhevet enda sterkere av utvalget.

Det er videre etter vår oppfatning nødvendig å se de økonomiske virkemidlene i sammenheng med en avtale og selskapskonstruksjon. Det bør herunder også vurderes hvorvidt det er hensiktsmessig å likebehandle et avtalesamarbeid og selskapskonstruksjonen. Vi forstår at utvalget foreslår å favorisere en selskapskonstruksjon, men tar forbehold om at vi har forstått forslaget riktig.

Helsereformen – bruk av felles lov som virkemiddel

Helsereformutvalget foreslår en sammenslåing av helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelseloven til en helse- og omsorgstjenestelov.

Prinsipielt synes vi dette er et godt forslag. Vi viser til at lovgivning også har en symbolfunksjon, og en slik felles lov vil slik kunne bidra til å understreke og understøtte målet om en sammenhengende tjeneste. Dette selv om en felles lov selvsagt alene ikke løser det.

Vi tror også at en positiv effekt av en felles lov vil kunne bidra til å bygge opp kunnskap hos spesialisthelsetjenesten om de kommunale tjenester. Det er i seg selv også viktig, og kan også bidra som en del av arbeidet for at partene skal oppleve hverandre som likeverdige parter.

Vi anbefaler at det gjennomføres en nærmere utredning og høring knyttet til selve lovforslaget. Vi ser nå for eksempel at det er foreslått endringer i ordlyden i formålsbestemmelsen knyttet til utnyttelse av ressurser som et hensyn ved loven, som også kan få materiell betydning ved tolkning av loven, uten at det fremgår hva som er bakgrunnen for endret formulering og om det er tilsiktet. Dagens formålsbestemmelse i helse- og omsorgsloven, hvor dagens bestemmelse nr. 7 nå lyder:

> «*Lovens formål er særlig å:*
>
> *7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.»*

Forslag til ny tekst, hvor hensynet til ressursutnyttelse er omformulert noe, lyder:

> *«§ 1-1 Lovens formål*
>
> *Lovens formål er særlig å:*
>
> *2. sikre tjenestetilbudets kvalitet med best mulig utnyttelse av ressursene*,»

Vi merker oss at ordlyden er ulik uten at det fremgår om det er tilsiktet en materiell endring. Vi ser at det også er enkelte andre forslag i formuleringer uten at det er drøftet om det er tilsiktet. Dette illustrerer behovet for en egen prosess knyttet til selve lovutformingen, og en egen høring om det før det fremmes en proposisjon til Stortinget. Dette både for å sikre kvalitet, og en god demokratisk prosess.»