
Helse viktig, men avgjør neppe valget

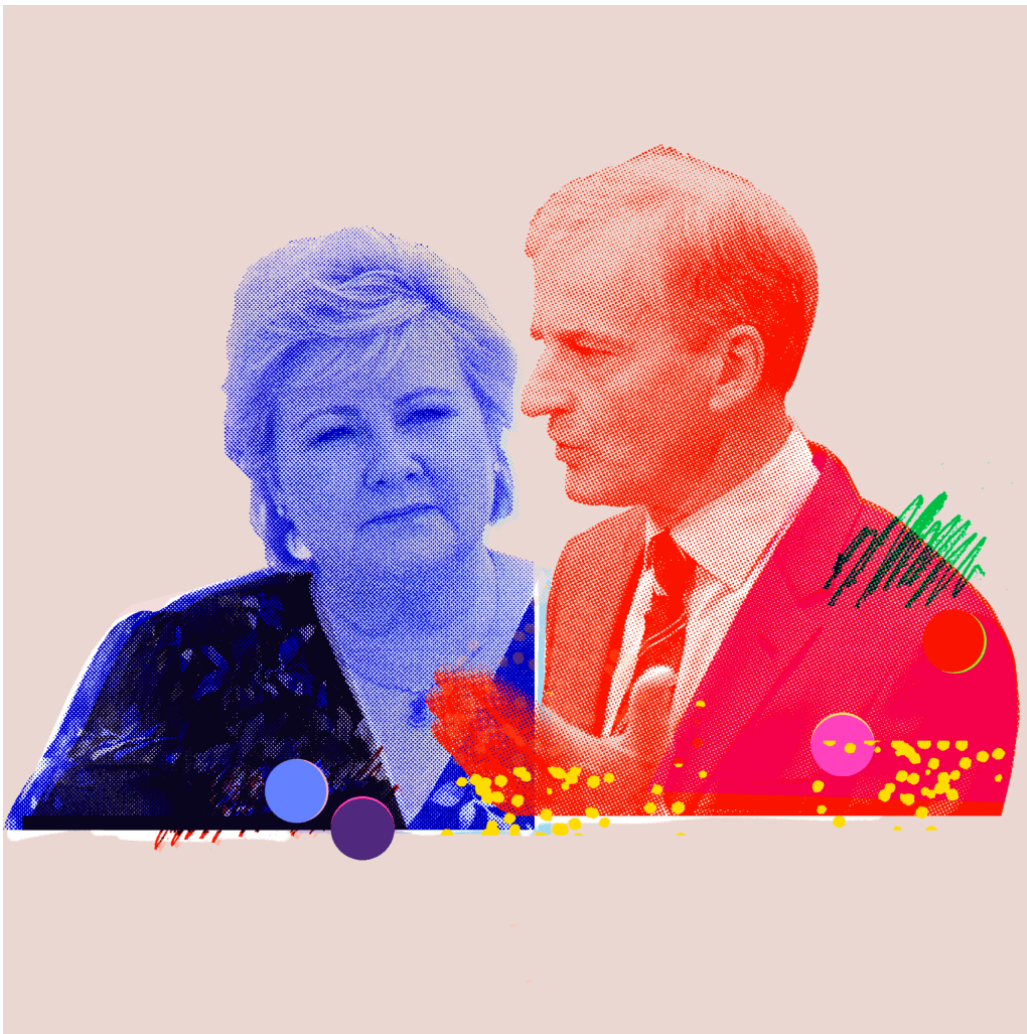
INVITERT KOMMENTAR

MAGNUS TAKVAM

magnus.takvam@gmail.com

Magnus Takvam er journalist, forfatter og politisk kommentator. Forfatteren har fått ICMJE-skjemaet oversendt og oppgir ingen interessekonflikter.

Helse blir en av de viktigste sakene for velgerne ved høstens valg. Slik det har vært i de fleste valg de siste tiårene. Det er likevel usikkert om dette saksområdet vil prege valgkampen, og enda mer usikkert om det kan avgjøre utfallet. Men to stridstemaer kunne hatt potensial til å bli nasjonale temaer: helsekøer i spesialisthelsetjenesten og den omstridte helseforetaksmodellen.



Illustrasjon: Tidsskriftet / Foto: Høyre og Arbeiderpartiet (CC BY-ND 2.0)

Helseforetaksmodellen har vært et felles angrepsmål for kritikk både innad i sektoren og fra brukere og samfunnsaktører utenfra etter at den ble innført for snart 25 år siden. Reformen ble vedtatt under Jens Stoltenbergs «moderniseringsregjering» fra mars 2000 til oktober 2001. Den kom ikke ut av det blå, både tidsånden og utfordringene med fylkeskommunene som sykehuseier var viktige drivere. Daværende helseminister Gudmund Hernes innførte innsatsstyrt finansiering som virkemiddel for å øke produktiviteten ved sykehusene i 1997. En viktig begrunnelse var at økte rammer til sykehusene konkurrerte med andre oppgaver i fylkeskommunene og at pengene ikke gikk til sykehusdrift i stor nok grad. Ved å knytte bevilgningene direkte til aktivitet i sykehusene skulle dette korrigeres (1). Det er mye å si om den politiske prosessen som senere førte til at staten overtok eierskapet, men at den gikk fort, er uomstridt.

Stoltenberg I-regjeringen hadde som sitt viktigste prosjekt å modernisere offentlig sektor, med en sosialdemokratisk overbygning og begrunnelse: «Hvis ikke vil den forvitte, og kommersielle løsninger vil tvinge seg fram», skriver Stoltenberg i sin bok fra 2016 (2, s. 181–2). Stoltenberg valgte Tore Tønne (1948–2002), med erfaring først og fremst fra arbeid i næringsliv og forvaltning, som helseminister. Sammen satte de seg fore å gjennomføre en stor reform (2):

«Så store reformer blir vanligvis utredet i mange runder av offentlige utvalg (...) Alle grupper av ansatte, pasienter og lokalpolitikere tas med på råd. Det tar mange år. Tore var gammel byråkrat. Han visste alt dette. Og han visste at om vi gjorde det på den vanlige måten, ville det sannsynligvis aldri bli gjennomført. Motkreftene ville organisere seg og bli for sterke.»

I denne ærlige oppsummeringen fra Stoltenberg ligger nok også noe av årsaken til at foretaksmodellen fremdeles er omstridt og mangler nødvendig legitimitet. At den ble gjennomført så raskt, var kanskje realpolitisk nødvendig, men den manglende forankringen gjorde samtidig at kritikerne hadde et sted å rette sin kritikk mot.

Min vurdering er at motivet og begrunnelsen bak reformen den gang, nemlig faren for kommersialisering og todeling av helsevesenet dersom det offentlige tilbudet av helse og omsorgstjenester forvitrer, er minst like relevant i dag. Veksten i private helseforsikringer og striden om en godkjenningsordning for etablering av private sykehus er bare to eksempler. Kjernen i konflikten er kampen om det alle offentlige utredninger peker på som den kritiske faktoren: mangel på kompetent arbeidskraft (3).

Valg med mørkt bakteppe

Årets stortingsvalg skjer mot et mørkt internasjonalt bakteppe som gjør det usikkert om såkalte hverdagssaker overhodet når opp i den politiske kampen om velgerne. Helse *kunne* vært blant de viktigste sakene dersom resultatet ble oppfattet som avgjørende for retningen i helsepolitikken. Det er ikke tilfellet i 2025. Både Høyre og Arbeiderpartiet vil beholde hovedmodellen i helsetjenestene, riktignok med ulike prioriteringer og virkemidler. Fremskrittspartiet står alene med sin rendyrkede stykkprisfinansierte markedsløsning for spesialisthelsetjenesten og demonstrerer egentlig bare at det ikke eksisterer et samlende forslag som alternativ til dagens modell.

Helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre har likevel markert at Arbeiderpartiet ikke har et fastlåst syn på dagens styringssystem for spesialisthelsetjenesten. Hensikten er nok å unngå posisjonen som en ensidig systemforsvarer, men før regjeringen kommer med mer håndfaste forslag, blir det ingen skarp debatt.

«Den viktigste grunnen til at helseforetaksmodellen ikke blir en hovedsak, er at den er omstridt innad både i høyre- og venstreblokken og at den er et innfløkt byggverk av jus, helsepolitiske målsettinger og politikk»

Den viktigste grunnen til at helseforetaksmodellen ikke blir en hovedsak, er at den er omstridt innad både i høyre- og venstreblokken og at den er et innfløkt byggverk av jus, helsepolitiske målsettinger og politikk. Dermed egner den seg ikke som tema i en hektisk og tabloid valgkamp. Den faglige diskusjonen om helseforetaksmodellen har dermed flyttet seg til faglige seminarer, til

tidsskrifter og til styrerom. Det er nemlig bred konsensus i Norge om et skattefinansiert helsevesen, riktignok med ulik vektning av styringsmodell og ulik vekt på privatisering.

Skyteskive

Nytt fellessykehus i Innlandet, fødetilbud i Kristiansund i påvente av nytt sykehus, striden om plassering av døgntilbud for hjerteinfarktpasienter mellom Bodø og Tromsø, konflikten om sykehusstruktur i Helse Nord og ikke minst den årelange kampen om nedlegging av Ullevål sykehus i Oslo viser at konfliktnivået i helsepolitikken spisses til når større avgjørende beslutninger skal tas. Løsningene blir sjelden optimale, så konfliktene fortsetter ofte også etter at avgjørelsen er tatt. Den underliggende striden skjer innad i regionen, og konfliktlinjene følger gjerne regionale skiller og ikke partipolitiske. Foretaksmodellen kommer da inn som den «skyldige», den teknokratiske motparten, og blir en nyttig skyteskive for frustrasjon og kritikk.

Høstens valg

Ved inngangen til årets valgkamp hadde Høyre tapt momentum på to viktige saksområder i sin opposisjonsstrategi: økonomisk dyrtid og sykehuskøer. Først kuttet Norges Bank overraskende styringsrenten i juni. Ventetider i spesialisthelsetjenesten kunne vært et egnet, målbart angrepspunkt for Høyre, som ville vært vanskelig å forsvare for regjeringen. Som statsråd har Vestre lagt inn hele sin tyngde for å presse helseforetakene til å få tallene ned, og han kunne presentere positive tall rett før sommerferien. Strategisk har det vært avgjørende for Støre-regjeringen å gjøre seg mindre sårbare for kritikk som styringsparti på begge disse kjerneområdene: økonomisk trygghet for familiene og tilgang på viktige helsetjenester.

«Arbeiderpartiet har langt på vei greid å nøytralisere opposisjonen i helsepolitikken gjennom ventelistedugnaden og ved å lansere en reformskisse som viser at 'regjeringen har noe viktig på gang'»

Da Høyre rett før sommerferien hasteinnkalte til tre pressemøter handlet disse om skatt, skole og trygghet/kriminalitet. Helse var ikke lenger blant de høyest prioriterte sakene. Slik jeg leser bildet, har Arbeiderpartiet langt på vei greid å nøytralisere opposisjonen i helsepolitikken gjennom ventelistedugnaden og ved å lansere en reformskisse for helsevesenet framover som viser at «regjeringen har noe viktig på gang».

Hva mener partiene?

Det er fremdeles stor uenighet om modell for helsetjenesten blant de politiske partiene. En samfunnssektor som legger beslag på nesten 20 % av offentlige utgifter (4), som har i underkant av 400 000 arbeidstakere (5) og som følger oss fra fødsel til død, vil uansett alltid stå øverst på dagsordenen uavhengig av styringsrammer.

Min observasjon er at foretaksmodellen utløser de fleste viktige konfliktlinjene i sektoren: bedriftsøkonomisk tenkning og målstyring mobiliserer venstresiden og profesjonene, målsettingen om ressurser og tjenester nær folk utløser kampen mot sentralisering og ulikhet, og foretaksmodellen oppleves som dominert av byråkrati, ansvarspulverisering og fravær av politisk styring, noe som mobiliserer både politiske partier og ansattes organisasjoner.

Rødt, Sosialistisk Venstreparti (SV), Senterpartiet, Miljøpartiet De Grønne (MDG) og Fremskrittspartiet (FrP) vil utvikle foretaksmodellen, men har prinsipielt helt ulike løsninger. Kritikerne på rødgrønn side vil ha en forvaltningsmodell, mens FrP vil erstatte de regionale helseforetakene med en nasjonal styringsenhet, la pengene følge pasienten og likebehandle offentlige og private sykehus samt finansiere sykehusinvesteringer direkte over statsbudsjettet.

Med litt ulik tilnærming vil Arbeiderpartiet, Høyre og Venstre reformere spesialisthelsetjenesten innenfor dagens system. Kristelig Folkeparti (Krf) vil utrede alternativer, uten å konkludere på forhånd (6). Høyre, som foran valget i 2013 hadde avviking av helseforetaksmodellen som valgkampsak, snudde og aksepterte modellen i 2017. I deres ferske partiprogram for neste periode er ikke helseforetaksmodellen nevnt overhodet (7).

Reform nedenfra

Min konklusjon i starten av denne artikkelen om at foretaksmodellen ikke blir valgkamptema, er riktig nok, men krever likevel utdyping. Etter at Arbeiderpartiet skilte lag med Senterpartiet i regjering i februar, har helseminister Jan Christian Vestre kommunisert at han for sin del er pragmatisk i synet på styringsmodell. Denne mykere tilnærmingen er politisk interessant. Den er for det første et signal om at Arbeiderpartiet ikke vil gå i skyttergravene for å forsvare foretaksmodellen. For det andre er tanken denne gang at reformen skal vokse nedenfra.

Som alternativ til en toppstyrt reformprosess er planen, dersom Arbeiderpartiet fortsetter i regjering, å sette i verk ti ulike lokale pilotprosjekter for helhetlige pasientforløp på et bredt spekter av områder i helsetjenesten. Forsøksprosjektene lanseres lokalt over hele landet gjennom sommerukene som en integrert del av Arbeiderpartiets valgkamp (8). Det vil bli satt ned ekspertutvalg der ulike modeller, også en helsetjeneste med bare ett forvaltningsnivå, skal vurderes. Et så bredt mandat ville neppe vært aktuelt

med Senterpartiet i regjering. Politisk vil Arbeiderpartiet, slik jeg ser det, på denne måten også kommunisere at partiet nå har en bred reformagenda og ser framover etter at Senterpartiet forlot regjeringen. De vil kvitte seg med det mange velgere oppfattet som samarbeidsregjeringens tilbakeskuende reverseringspolitikk.

Psykiatri og eldreomsorg

Blant aktører jeg har snakket med, er det en avventende holdning til om reformarbeidet vil føre fram til en gjennomgående helsereform som fungerer. To områder trekkes fram som spesielt krevende: psykisk helse og eldre med komplekse helseutfordringer. Bakteppet er demografi, skrikende mangel på fagfolk, store regionale ulikheter i tilbudet og knappe budsjettmidler de neste tiårene.

«To områder trekkes fram som spesielt krevende: psykisk helse og eldre med komplekse helseutfordringer»

Slik jeg oppfatter regjeringen, er en mulig nyordning at staten overtar mer av ansvaret for psykisk helse, mens eldreomsorg fremdeles blir et kommunalt ansvar. Uansett vil utfordringene innen disse to delene av helse- og omsorgstjenestene være så store at bedre samhandling i seg selv ikke er tilstrekkelig. Finansieringen av kommunene er skrudd sammen på en måte som betyr at det tross en viss omfordeling er betydelige forskjeller mellom rike og fattigere kommuner. En omlegging til statlig eierskap ville innebære en betydelig overføring av ressurser fra de mest skattesterke til de svakeste kommunene, noe som vil møte sterk politisk motstand.

Det er flere grunner til at regjeringen kan ønske at staten overtar mer av ansvaret innen psykisk helse: Oppfølging av pasienter med alvorlige psykiske lidelser utgjør store utgifter og et stort ansvar, især for små kommuner. I tillegg fyller pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern til tider størstedelen av det tilgjengelige døgntilbudet. Et større statlig ansvar for psykisk helsevern kan være veien å gå. Så langt er dette høyttenkning, men kan være en pekepinn om retningen bak Arbeiderpartiets planlagte reformprosess.

Investeringer

En konsekvens av Stoltenbergs sykehusreform og foretaksmodellen var at sykehusene skulle styres etter regnskapsloven. Med det fikk helseforetakene ansvar for å balansere drift og investeringer i samme budsjett. Dette har vært et av de aller viktigste ankepunktene mot modellen.

Det kan vise seg at kritikerne i hvert fall delvis får rett. En av landets fremste helseøkonomer, professor Terje P. Hagen, sier han har analysert alle sykehusinvesteringer siden 2003: *«Min hovedkonklusjon er at den*

effektiviseringsgevinsten som skulle være et av målene med omleggingen, ikke er nådd» (personlig meddelelse 22.5.2025). Han refererer da til foreløpig upubliserte data presentert på et seminar tidligere i år. Ifølge Hagen viser tallene at sykehusene i de første årene etter investeringene faktisk opplevde en motsatt effekt (9). Noe av forklaringen kan være at nye teknologiske løsninger fører til at det blir ansatt flere fagfolk, og at driftsutgiftene også økte. Først etter noen år kunne man observere effektiviseringsgevinster.

«En presset sykehusøkonomi har de siste årene blitt løst med ekstrabevilgninger, og det er også tatt opp lån internt i foretaksstrukturen for ikke å svekke likviditeten. Problemene er med andre ord blitt skjøvet fram i tid»

En presset sykehusøkonomi har de siste årene blitt løst med ekstrabevilgninger, og det er også tatt opp lån internt i foretaksstrukturen for ikke å svekke likviditeten. Problemene er med andre ord blitt skjøvet fram i tid. Det har underveis blitt gjennomført ulike korrigeringer for å avlaste sykehusenes økonomi, blant annet ved å følge byggesaksindeksen for å kompensere kostnadsøkninger som skjer i løpet av byggeperioden, endring av rentemodell osv.

I praksis er det et brudd med modellen at styret i Helse Sør-Øst i april 2025 anbefalte at en del av finansieringen av Mjøssykehuset skulle skje som direkte investeringstilskudd og ikke som lån. De argumenterer med at regionen står foran så store investeringsprosjekter framover at risikoen for sykehusøkonomien vil være høy. Styret bruker også stortingsflertallets merknad da den fulgte opp sykehusutvalget i fjor som argument for å gi deler av finansieringen som tilskudd og ikke lån (10): «Stortinget ber regjeringen utrede ulike ordninger for å håndtere avskrivningskostnader i sykehus og alternative modeller for rentekompensasjon for sykehusbygg.»

De signalene jeg har oppfattet om dette tyder ikke på at Finansdepartementet uten videre støtter Svein Gjedrem og styrets krav. Konsekvensen kan jo bli at andre krever samme behandling ved senere investeringer. Svaret kommer i høstens forslag til statsbudsjett. Godt valg.

Artikkelen er skrevet etter oppdrag fra Tidsskriftet.

REFERENCES

1. NOU 2023:8. Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering og ledelse (vedlegg). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/> Lest 21.7.2025.
2. Stoltenberg J. Min historie. Oslo: Gyldendal, 2016.
3. NOU 2023: 4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. s. 24–51. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=3> Lest 21.7.2025.

4. Statistisk sentralbyrå. Slik brukes skattepengene.
<https://www.ssb.no/offentlig-sektor/faktaside/slik-brukes-skattepengene>
Lest 21.7.2025.
5. Statistisk sentralbyrå. Statistikk om Helse- og sosialpersonell.
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell> Lest 21.7.2025.
6. Stortinget. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om å greie ut alternativ til helseforetaksmodellen. Innst. 311 S (2024–2025). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2024-2025/inns-202425-311s/> Lest 21.7.2025.
7. Høyre. Partiprogram 2025–2029.
<https://hoyre.no/politikk/partiprogram/> Lest 21.7.2025.
8. Arbeiderpartiet. Arbeiderpartiets partiprogram.
<https://www.arbeiderpartiet.no/om/program/> Lest 21.7.2025.
9. Hagen TP. Sykehustalen 2024 – hva skjer med sykehusfinansieringen? Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0051. [PubMed] [CrossRef]
10. Saksfremlegg. Styret Helse Sør-Øst. Sak 049-2025. Godkjenning av protokoll fra styremøte 10. april 2025. <https://www.helse-sorost.no/4998a2/siteassets/documents/styret/styremoter/2025/05/049-2025-godkjenning-av-protokoll-fra-styremote-10.-april-2025.pdf> Lest 21.7.2025.

Publisert: 11. august 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0435
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.