

Helse- og omsorgsdepartementet
Helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Oslo, 02.12.24

Legeforeningens innspill til statsbudsjett 2026

Helsetjenesten har vært underfinansiert og på strekk i mange år. Legeforeningen har over tid påpekt at etterslepet er stort og behovene i tjenesten er betydelige. Det er flere negative trender i den offentlige helsetjenesten: Det er mangel på helsepersonell og vi sliter med å beholde og rekruttere fagfolk. Ventetidene er lange, sykehusøkonomien er svært trang og store digitaliseringsprosjekter har alvorlige feil og mangler.

Kommunene har ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Legeforeningen er bekymret for at svak kommuneøkonomi vil øke presset mot de lovfestede pasientrettighetene. Det er helt nødvendig å sikre økonomien til helsetjenesten i kommunene.

I de siste års statsbudsjett har «trygghet» og «beredskap» vært to nøkkelord, uten at helsetjenestenes beredskapsevne eller kapasitet har blitt nevneverdig bedret. Befolkningen har krav på en god og velfungerende helsetjeneste, uavhengig av hvor i landet de bor. Helsepersonellet trenger levelige arbeidsforhold med mulighet til faglig utvikling. Situasjonen i den offentlige helsetjenesten gjør at flere leger søker seg til helprivate stillinger eller ut av helsetjenesten. For å snu de negative trendene må regjeringen vise vilje til å sette den offentlige helsetjenesten øverst på prioriteringslisten for statsbudsjettet 2026.

Sykehusenes økonomiske handlingsrom må økes

De offentlige sykehusene er under press og helsepersonell rapporterer om krevende arbeidsforhold. Over tid har sykehusene havnet i en negativ spiral hvor sterke effektiviseringskrav siden 2008 har gitt begrenset økonomisk handlingsrom og systematisk utsettelse av nødvendige investeringer – kombinert med økende krav fra befolkningen og en rivende medisinsk og teknologisk utvikling. Det har bygget seg opp et betydelig økonomisk etterslep og samtlige helseforetak strever med å få budsjettene til å gå opp. Helseforetak som har investert i nye sykehusbygg sliter med å betale renter og avdrag. Driftskreditt brukes i økende grad, som også medfører økte rentekostnader. I sum utgjør dette en stor økonomisk belastning for sykehusene – som igjen går utover pasientbehandlingen og arbeidsmiljøet til de ansatte.

Regjeringen har de senere år vært nødt til å bevilge ekstra midler til sykehusene gjennom revidert nasjonalbudsjett og nysalderinger. På den ene siden er det positivt at regjeringen bevilger ekstra midler når det er nødvendig, samtidig er det behov for forutsigbare sykehusbudsjetter. Manglende midler fra årets start fører til at sykehusene må igangsette innsparingstiltak og prosjekter som koster penger, tid og krefter i organisasjonen. Det er derfor avgjørende med forutsigbare budsjetter fra årets start.



Størrelsen på bevilgningene til spesialisthelsetjenesten må både ta høyde for et kortsiktig behov for å øke aktivitetsveksten for å ta unna ventelister, og behovet for langsiktige omstillings- og investeringstiltak.

Legeforeningen ber regjeringen:

- *Øke basisbevilgningene til de regionale helseforetakene utover demografisk betinget vekst.*
- *Sørge for at sykehusene får dekket sine reelle kostnader fullt ut og skjermes for effektiviseringskutt.*
- *Avvikle rentekravet på driftskredittordningen.*
- *Sørge for forutsigbare sykehusbudsjett som er skjermet for konjunkturedringer.*
- *Utrede rammefinansiering for øyeblikkelig hjelp, føde- og barselomsorg, psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser).*
- *Opprette en tilskuddsordning med midler til sykehus som har et stort vedlikeholdsetterslep på bygg og utstyr.*
- *Innføre en kompensasjonsordning for kapitalkostnader ved investeringer i sykehusbygg, jf. Stortingets anmodningsvedtak (Vedtak nr. 692, 4. juni 2024).*
- *Styrke avtalespesialistordningen ved å legge til rette for at det opprettes flere hjemler der det er behov.*

Fastlegeordningen er fortsatt under press

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten hadde som mål å gjøre allmennpraksis til en attraktiv og trygg karrierevei gjennom en satsning på rekruttering til og stabilisering av fastlegeordningen. Rekrutteringen til fastlegeordningen har hatt en positiv utvikling etter at regjeringen styrket finansieringen fra 1. mai 2023 gjennom ALIS-ordningen. Legeforeningen anbefaler på det sterkeste at denne ordningen videreføres for å sikre rekruttering til allmennpraksis. Til tross for en netto tilvekst på 445 fastleger 1. januar 2023 til 1. november 2024, er fortsatt ca. 165 000 innbyggere uten fast lege per november 2024. Tiltak for å stabilisere fastlegeordningen for å sikre at erfarne allmennleger blir i klinisk tjeneste er nødvendig for å sikre kapasitet.

Videre ser vi en økning i antall eldre i befolkningen, og denne utviklingen vil forsterke seg i årene fremover. Ifølge Helsedirektoratets årsrapport for 2020 vil befolkningsøkningen fra 2020-2040 bli spesielt sterk blant de som er 80-89 år, med en økning på 107 prosent. Dette vil føre til at fastlegene vil få stadig flere eldre listepasienter, med stadig mer komplekse medisinske behov. I tillegg skrives stadig sykere pasienter ut av sykehus som skal ivaretas av fastleger og kommunale institusjoner. For å sikre kapasitet i fastlegeordningen til å gi likeverdige helsetjenester og at alle innbyggere får tilgang til en fast lege, er det derfor viktig å fortsatt prioritere målrettede tiltak for å rekruttere og beholde fastleger. Videre må finansieringsordningen fortsette å stimulere til at fastlegeordningen har tilstrekkelig høy kapasitet og tilgjengelighet, og til at prosedyrer og tjenester tilbys i primærhelsetjenesten. Eventuelle endringer i forholdet mellom basisfinansiering og aktivitetsbasert finansiering, må skje gjennom tilføring av friske midler. I Meld. St. 31 (2023-2024) *Perspektivmeldingen 2024* punkt 7.4 står det at de statlige bevilgningene til kommunene ikke automatisk øker i tråd med demografiske endringer. Vi mener det er viktig å innføre mekanismer



som sørger for at bevilgningene, herunder bevilgningene til fastlegeordningen, justeres i tråd med den demografiske utviklingen.

Legeforeningen ber regjeringen:

- *Fortsette arbeidet med å stimulere til å rekruttere og beholde fastleger, herunder foreta framskrivninger av behov for fastleger i lys av demografisk utvikling og redusert listelengde.*
- *Tilføre friske midler dersom det skal gjøres endringer i forholdet mellom basisfinansiering og aktivitetsbasert finansiering.*
- *Utrede og innføre mekanismer som hensyntar den demografiske utviklingen og oppgaveoverføringen fra helseforetak til fastleger og kommunale institusjoner.*

Legevakten trenger økt finansiering

Rekrutteringsutfordringen og arbeidsbelastningen i fastlegeordningen og på legevakt henger tett sammen: Arbeidsbelastningen i fastlegepraksisen gjør det krevende å delta i legevakt, og stor legevaktbelastning gjør det vanskelig å rekruttere og beholde fastleger. Tilstrekkelig antall fastleger med kapasitet til sine pasienter kan redusere behovet for å oppsøke legevakten, og flere fastleger gir også sjeldnere vakt for den enkelte lege. Det viktigste tiltaket for legevaktene er derfor å sikre flere fastleger i fastlegeordningen.

Legevakt er et kommunalt ansvar og det er derfor kommunene som må sikre en god, lokal beredskapstjeneste i hele landet. Nye tall fra SSB viser kostnadene ved legevakt. Bryter man disse ned til kostnader pr. innbygger utgjør dette i underkant av 2,50 kr pr. innbygger for en døgntkontinuerlig driftsfunksjon. Dette er langt mindre enn andre relevante kommunale funksjoner, og utgjør en sårbar organisering av en helt nødvendig del av helseberedskapen.

Bevilgningene til legevakt må økes betydelig for å sikre befolkningen trygge og gode legetjenester ved akutte hendelser utenom fastlegekontorenes åpningstid. Videreføring av tilskuddsordning vil uansett være et viktig premiss for å ivareta viktige hensyn i legevakt.

Legevakt bør først og fremst være en beredskapstjeneste for helsehjelp som ikke kan vente til vanlig arbeidstid. Stabilisering av fastlegeordningen vil være det viktigste tiltaket for å sikre en mer hensiktsmessig bruk av legevakt. Økt fokus på opplæring av befolkningen om når man bør oppsøke lege og legevakt kan redusere pasientenes bruk av legevakt. Legeforeningen får tilbakemeldinger fra leger og kommuner om at kostnader til organisering av interkommunale legevakter kan være et hinder for redusert arbeidsbelastning, fordi dette i en del tilfeller blir en dyrere driftsform for kommuner enn en-kommunale ordninger, samtidig som kommunene mister inntekter ved slik organisering. Det bør derfor utvikles kompensasjonsordninger som stimulerer til interkommunalt samarbeid der det er praktisk gjennomførbart.

Legeforeningen ber regjeringen:

- *Øke bevilgningene til legevakt for å sikre befolkningen trygge og gode tjenester ved akutte hendelser utenom fastlegekontorenes åpningstider.*
- *Videreføre og styrke tilskuddsordningen for kommunale legevakter med formål å redusere vaktbelastningen, og så langt som mulig legge til rette for at legevaktslege ikke er alene på vakt.*



- *Utvikle kompensasjonsordninger slik at det stimuleres til interkommunalt samarbeid for å få ned arbeidsbelastningen.*

Helsetjenesten er avgjørende for totalforsvaret

Nasjonal sikkerhet må inngå i planlegging, dimensjonering og finansiering av sivil helsetjeneste. Langtidsplanen for forsvaret slår fast at Sanitetstjenesten i Forsvaret skal styrkes gjennom samarbeid med den sivile helsetjenesten. Norge har en helsetjeneste som er i aktiv beredskap 24/7, som skal gi trygghet for liv og helse ved normale variasjoner i aktivitet, og ved beredskapshendelser av kortere eller lengre varighet. Helseberedskapen må ta høyde for det som måtte komme, fra lokale hendelser som skred, flom og ulykker, til pandemier og sikkerhetspolitiske kriser og krig. Ambisjonsnivået må tilpasses oppdraget.

De grunnleggende beredskapsprinsippene ansvar, nærhet, likhet og samvirke gjelder også i helsetjenesten. Beredskapsplanlegging må bygge på etablerte strukturer og samarbeidsrelasjoner. Kapasiteten må tilpasses den befolkning som skal betjenes, og oppfylle NATOs krav til medlemslandene hva gjelder mulighet til å yte helsetjenester til alle som befinner seg i landet, og håndtering av masseskade ved beredskapshendelser av kortere eller lengre varighet. Det må lages en nasjonal plan for styrking av intensivkapasiteten i sykehusene.

Det sivil-militære samarbeidet må videreutvikles og styrkes. Det må utarbeides planverk og gjennomføres øvelser på tvers av tjenestenivå og sektorer. Slike øvelser foregår enkelte steder, etter lokale initiativ. For helsetjenesten, som en operativ organisasjon har slike øvelser en stor kostnad som kan være vanskelig å forene med aktivitetskrav og lavere ventetider. Tverrsektorielle øvelser må inngå i oppdragene til helse- og omsorgstjenesten, og utgifter, inkludert "tapt inntekt" må kompenseres.

Unødvendige barrierer for kommunikasjonsdeling mellom helse og forsvar må fjernes.

Nordisk samarbeid må videreutvikles lokalt, regionalt og nasjonalt. Internasjonalt samarbeid, inkludert tilknytning til EU sin helseunion vil bli av vesentlig betydning for forsyningssikkerhet, inkludert legemiddeltilgang, og Norges motstandsdyktighet i krisesituasjoner.

Helsepersonellet må ha høy faglig kompetanse og trygge arbeidsmiljø for å sikre utholdenhet i kriser. Helsetjenesten må ha planverk for psykososial ivaretagelse av arbeidstakerne knyttet til ekstraordinære hendelser.

Legeforeningen ber regjeringen:

- *Legge fram en nasjonal opptappingsplan for å øke intensivkapasiteten.*
- *Utarbeide nasjonale beredskapsplaner som inkluderer delplaner om sivilt-militært samarbeid.*
- *Legge bedre til rette for tverrsektorielle øvelser på alle nivåer, fra taktisk til strategisk.*
- *Etablere faste samarbeidsfora hvor representanter fra Forsvaret og den sivile helsetjenesten møtes.*
- *Opprette flere delte stillinger mellom sivil og militær sektor.*
- *Integrere tjeneste i Forsvaret i utdanningssystemet og spesialiseringsløpet for leger.*



- *Implementere digitale plattformer for kommunikasjon og koordinering mellom den offentlige helsetjenesten og Forsvaret.*
- *Fjerne unødvendige barrierer for informasjonsdeling mellom helse og forsvar.*

Antall LIS1-plasser må økes i årene fremover

Det er svært positivt at regjeringspartiene og SV ble enige i årets budsjettforhandlinger om å bevilge 30 mill. kr til nye LIS1-stillinger. Selv med denne økningen har helsetjenesten fortsatt et stort behov for ytterligere stillinger. Høsten 2023 var det 913 søkere til 587 LIS-stillinger (oppstart mars 2024), mens det våren 2024 var 1181 søkere til 582 LIS stillinger (oppstart i september 2024)¹. Andelen som blir tilsatt i en LIS1-stilling har økt de senere årene, men gapet mellom nye leger inn i spesialistutdanningen og behovet for ferdige spesialister forblir stort. LIS1 er fortsatt en flaskehals i systemet og uten nok LIS1-stillinger vil spesialistmangelen bare øke i årene fremover.

Legeforeningen er likevel sterkt kritiske til regjeringens forslag om at helseforetak og kommuner selv kan opprette egne LIS1-stillinger innenfor deres budsjettrammer. Det er helsetjenestens behov for leger som må være førende for hvor mange LIS1-stillinger som opprettes, ikke den økonomiske situasjonen eller et behov for å bøte på manglende arbeidskraft. Det er et nasjonalt ansvar å sikre at utdanningskapasiteten i helsetjenesten samsvarer med det nasjonale behovet, og dette må finansieres over statsbudsjettet.

De økende rekrutteringsutfordringene i helsetjenesten har i tillegg ført til at "LIS1-ventere" og studenter ansettes midlertidig i stillinger som krever høyere kompetanse. Dette gir ikke en trygg start på arbeidslivet for en sårt trengt yrkesgruppe. Både studenter og leger, uavhengig av stillingstittel, har krav på trygge rammer for sin yrkesutøvelse.

Legeforeningen mener det er nødvendig å investere i LIS1-stillinger nå, for å sikre at vi har tilstrekkelig med tilgang på spesialister i fremtiden.

Legeforeningen ber regjeringen:

- *Utarbeide en oppdatert framskriving av behovet for LIS1-stillinger. Forrige oversikt ble utarbeidet i 2017, og behovet har siden endret seg på grunn av utvikling i både demografi og helsetjenestene.*
- *I første omgang opprette minimum 30 nye LIS1-stillinger i påvente av en oppdatert framskriving.*
- *Sørge for at LIS1-ordningen forblir en nasjonal ordning finansiert over statsbudsjettet.*

Digitalisering i helse- og omsorgstjenesten

Digitale verktøy må hjelpe og avlaste helsepersonell. Digital samhandling må frigjøre mer tid til pasientene. Gitt den betydelige økningen i behov og de store rekrutteringsutfordringene i helsetjenesten, bør tiltak være behovsdrivet og solid faglig fundert. Økt produktivitet i helsetjenesten er helt avhengig av et digitalt brukervennlighetsløft. All erfaring tilsier at løsningene

¹ Helsedirektoratet (2023 og 2024) [Leger i spesialisering, statusrapport søknadsrunde nr. 21 og 22](#) ; [Statusrapport søknadsrunde nr. 23](#)



blir best når helsepersonell, myndigheter og leverandørene samarbeider om utvikling. Det vil gi mer forutsigbarhet og mer effektiv innføring av digitale prosjekter. Velfungerende samarbeid krever insentivmekanismer.

Helsedata må utvikles gjennom reduserte krav til innrapportering. Datafangst til helseregistre kan og må forenkles. Når det gjelder bruk av KI, må det brukes på en måte som setter helsepersonells og pasientenes behov først. KI-modeller må valideres på norske pasienters data, for å sikre at den nødvendige kvaliteten er ivarettatt.

Legeforeningen ber regjeringen:

- *Sørge for åpne og uavhengige økonomiske, samfunnsmessige og juridiske analyser av å heve kontrakten og avvikle Helseplattformen, målt opp mot videreføring. Analysene må inneholde konkrete vurderinger av konsekvenser for pasienter og helsepersonell. Det må parallelt utredes alternativer til Helseplattformen.*
- *Innføre et brukervennlighetsløft i alle deler av helsetjenesten.*
- *Etablere en sterk økonomisk insentivmekanisme for samhandlingsprosjekter og brukervennlighetsforbedringer.*
- *Evaluerer konsekvenser av European Health Data Space (EHDS), inkl. kost-nytte, og både a) etablere en økonomisk investeringsmekanisme og b) utarbeide nødvendige nasjonale tilpasninger.*
- *Opprette bedre finansieringsordninger for å støtte implementering, innarbeiding og validering av KI i den kliniske arbeidsflyten.*

Sosial ulikhet i helse må reduseres

En god folkehelsepolitikk må redusere sosial ulikhet i helse. Lavere sosioøkonomisk status gir kortere forventet levetid, økt risiko for dårligere helse og større behov for helsetjenester. Samtidig er det de som trenger helsetjenester mest, som får minst. For mange mennesker er egenandelen en liten utgift, men for de økonomisk mest utsatte er dette en betydelig utgift. Ungdom i aldersgruppen 16-20 år benytter fastlegetjenesten i minst grad. Ved å utvide egenandelsfritaket for unge mennesker til og med 20 år gir vi en gruppe med begrensede ressurser mulighet til å oppsøke helsetjenesten for nødvendig helsehjelp, uten å belaste sin familie økonomisk.

Legeforeningen ber regjeringen:

- *Fryse egenandelstaket for helsetjenesten på dagens nivå.*
- *Fjerne egenandelene i allmennlegetjenesten (fastlege og legevakt) for unge mennesker til og med 20 år.*
- *Evaluerer egenandelssystemet, for å se på hvordan egenandelene forsterker sosiale helseforskjeller og foreslå målrettede endringer.*

Tilbudet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser må styrkes

Legeforeningen har i lengre tid jobbet for satsing på bedre somatisk helse og levekår for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddelavhengighet. Det er da viktig at det er både tilstrekkelig med døgnplasser, gode ambulante tjenester der pasientene bor og muligheter for



bedring av livsvilkår psykososialt og økonomisk. Legeforeningen anbefaler også å utrede rammefinansieringen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser. Det har de siste tiårene vært en markant økning av personer som blir dømt til psykiatrisk behandling. Disse plassene er kostnadskrevende, bidrar til at sengekapasiteten i lokal sikkerhetspsykiatri og langtidsplasser reduseres og pasientgruppen tar mye av personellet's tid.

Ressursene til psykisk helsevern må være tilstrekkelige til å følge opp de alvorlige syke utenfor sykehus. Oppsøkende tverrfaglige tilbud som ACT og FACT har gode resultater for denne gruppen, og bør styrkes ytterligere i alle helseforetak.

Legeforeningen ber regjeringen:

- *Sørge for at bevilgninger til dømte til psykiatrisk behandling følger pasienten.*
- *Øke bevilgningen til ACT- og FACT-team.*
- *Utrede rammefinansiering for psykisk helsevern og TSB.*
- *Sørge for tilstrekkelige bevilgninger og rammer for satsing på psykisk helsevern i kommunene.*

Tiltak mot medisinsk overaktivitet - Gjør kloke valg

Legeforeningen er opptatt av tiltak som reduserer uønsket variasjon i helsetjenestene. Vi vet at noe av denne variasjonen skyldes medisinsk overaktivitet (overdiagnostikk og overbehandling). Tiltakene mot uønsket variasjon må begrunnes faglig. Det er fagmiljøene selv som må definere hvilke helsetjenester man bør gjøre mindre av. Dette er satt i system gjennom «Gjør kloke valg»-prosjektet. Prosjektet har til nå i hovedsak vært finansiert gjennom Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet, Legeforeningens sentralstyre og betydelig frivillig innsats. I tillegg ga HOD to enkeltbevilgninger på 1 mill. kr. i 2019 og 2020. Disse midlene har Legeforeningen benyttet til å rekruttere andre profesjonsforeninger og etablere felles prosjekter, som for eksempel felles konferanse ("Mer er ikke alltid bedre") i 2021, -23 og -24. I dag er 13 andre helseprofesjoner aktivt med i Gjør kloke valg-prosjektet i tillegg til Legeforeningen. Alle foreningene er med på å formulere faglige anbefalinger innenfor eget fagområde om helsetjenester som bør reduseres eller fases ut. Dessuten jobber alle foreningene med holdningsendringer gjennom informasjonskampanjer, seminarer, podcasts, sosiale medier mv. For å bevare og bygge ut det tverrfaglige samarbeidet mot overdiagnostikk og overbehandling, slik at «Gjør kloke valg» blir kjent for enda flere helsepersonellgrupper og pasientforeninger og for å jobbe videre mot varige holdningsendringer, trengs flere midler. Legeforeningen oppfordrer regjeringen gjennom statsbudsjettet til å støtte dette omfattende, tverrfaglige og unike initiativet som kommer fra fagmiljøene og som fremmer faglig begrunnet reduksjon av medisinsk overaktivitet. At det kommer fra fagmiljøene, er fundamentalt viktig for å bevare tilliten til helsetjenesten hos pasientene.

Legeforeningen ber regjeringen:

- *Sikre fortsatt finansiering av kampanjen Gjør kloke valg, fortrinnsvis som en fast, årlig bevilgning i minimum 4 år. Behovet anslås til 2 mill. pr år.*