



Innhold

1. LEDERS BERETNING	3
2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL	6
2.1 OMTALE AV VIRKSOMHETEN OG SAMFUNNSOPPDRAG 2018.....	6
2.2 OMTALE AV ORGANISASJONEN.....	6
2.3 NØKKELTALL FRA ÅRSREGNSKAPET	8
3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER	9
FRA TILDELINGSBREV	9
3.1 FOLKEHELSE.....	9
3.2 KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	15
3.2.1 Omsorgstjenester	15
3.2.2 Primærhelsetjenester.....	18
3.2.3 Psykisk helse og rus	19
3.2.4 Tannhelsetjenester.....	22
3.3 SPESIALISTHELSETJENESTER	23
3.4 BEREDSKAP	24
3.5 INTERNASJONALT SAMARBEID	25
3.6 FINANSIERING, HELSEREFUSJONER OG HELSEREGISTRE	25
3.7 KVALITET, PASIENTSIKKERHET OG BRUKERINVOLVERING	28
3.8 FORSKNING OG INNOVASJON	29
3.9 PERSONELL OG KOMPETANSE	29
ANDRE AKTIVITETER	32
3.10 TILSKUDDSFORVALTNING.....	32
3.11 DIGITALISERING	33
3.12 SEKTOR- OG BRUKERRÅD	35
4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN.....	36
4.1 OVERORDNET VURDERING AV STYRING OG KONTROLL	36
4.2 INTERNREVISJON	36
4.3 RISIKOSTYRING	36
4.4 RIKSREVISJONEN.....	36
4.5 INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN	37
4.6 FELLESFØRINGER	37
5. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER.....	38
6. ÅRSREGNSKAP	39
6.1 SAMMENSTILT ÅRSREGNSKAP HELSEDIREKTORATET (INKL. HELFO)	39
7. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER.....	51
7.1 PASIENT OG BRUKEROMBUDET (POBO).....	51
7.2 HELSEØKONOMIFORVALTNINGEN (HELFO).....	53

Vedlegg

1. Rapportering oppgaver fra HOD
2. R-115 - Årsregnskap Helsedirektoratet
3. Årsrapport 2018 Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)
4. Årsrapport 2018 Pasient- og brukerombudene (POBO)

1. LEDERS BERETNING



Helseidretør Bjørn Guldvog

God helse er for samfunnet den viktigste forutsetningen for bærekraft, sosial og økonomisk utvikling. Dette er også noe av forklaringen på hvorfor vi er så stolt av samfunnsoppdraget som Helseidretoratet har. God helse og gode liv angår alle og er viktig for alle.

2018 var et spennende år for Helseidretoratet. Etter en større nedbemanning i 2017 ble ny organisasjonsmodell iverksatt 1. mars 2018. Begge disse forholdene har preget arbeidet dette året. Vi fikk også samlet alle våre ansatte i Oslo i helt nye lokaler på Storo høsten 2018. Vi har store forventninger til at ny organisasjon i nye lokaler skal hjelpe oss til videre fornyelse fremover. Vi har satt oss tydelige mål om å bli enklere, mer effektive og bedre samordnet. Og vi ønsker å forsikre oss om at vi prioriterer de aktivitetene som har størst verdi for oppdragsgiverne og med effekt helt ut til brukeren. Gjennom omstillingsprosessene har vi erfart at vi har godt samarbeid med de tillitsvalgte og Helseidretoratets engasjerte medarbeidere har levert godt på oppgaver og oppdrag i et til dels krevende omstillingsår.

Vi har gjennom 2018 hatt gleden av et aktivt brukerråd som har bistått oss med innspill i oppdrag knyttet til regulering av pasientforløp og ventetider i spesialisthelsetjenesten ("Ventetidsoppdraget"), til evaluering av fastlegeordningen og til programmet for enklere digitale tjenester. Vi har også etablert et nytt sektorråd. Formålet med det siste er å få veiledning og råd fra ulike aktører innen helse og omsorgstjenesten. Målet med begge rådene er at Helseidretoratets arbeid skal skape størst mulig verdi for sluttbrukeren.

Helseidretoratet har en stor portefølje av forvaltningsoppgaver, her skal nevnes både godkjenning av helsepersonell og utdanning, finansieringsordninger for helsetjenesten og rettighetsforvaltning gjennom behandling av enkeltsaker. På tross av et driftsår med nedbemanning, flytting og omorganisering, har antallet restanser ved årsskiftet gått ned. Vi arbeider fremdeles med mål om å redusere saksbehandlingstiden.

Autorisering og spesialistgodkjenning er en viktig oppgave for Helseidretoratet. Totalt ble det ferdigbehandlet 20 200 søknader om autorisasjons og lisens i 2018, og ca. 90 % av disse ble behandlet innen fastsatt frist. I de siste årene er det mottatt stadig flere søknader om spesialistgodkjenning, og i 2018 ble det innvilget vel 1700 spesialistgodkjenninger for leger. Det er en økning i andelen kompliserte søknader f.eks. fra land utenfor EØS, som er ressurskrevende å behandle..

Helsedirektoratet har i 2018 etablert flere digitale løsninger i samarbeid med aktører både i og utenfor helsesektoren, herunder;

1. Digital informasjonstjeneste til ungdom (Digi-Ung)
2. Digital løsning for å fremme folkehelse (BareDU)
3. Internasjonal fellesløsning til innvandrere og personer med minoritetsbakgrunn (Zanzu)
4. Videre ble det igangsatt et større utviklingsarbeid på enklere digitale tjenester for Helfos brukere (Edit)

På sikt forventer vi gevinster både for brukere og forvaltning av disse løsningene.

Vi har gjennomført flere konkrete samarbeidsprosjekter med andre direktorater, bl.a. Utdanningsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Husbanken. Tverretattlig samarbeid er spesielt viktig for å lykkes i arbeidet mot utenforskap blant barn og unge. I samarbeid med Utdanningsdirektoratet er det utviklet ny Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i barnehagen. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorg ble lansert i juni. Og nasjonale faglige retningslinjer for hørsel, veiing og måling samt syn er godt i gang. Arbeidet med en bemanningsnorm i veileder for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er startet opp.

Helsedirektoratet laget sin anbefaling "Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen" som skal være med i departementets grunnlag for ny strategi for de ikke-smittsomme sykdommene. Strukturelle virkemidler på levevaneområdene- alkohol, tobakk, kosthold og fysisk aktivitet er fremhevet. Men også tiltak på psykisk helse, helse i arbeid, behandling av overvekt, digitale verktøy for forebygging, screening mot tarmkreft og tiltak mot antibiotikaresistens var viktige forslag.

I 2018 igangsatte vi et viktig arbeid for å utvikle pakkeforløp psykisk helse og rus. Det arbeides ellers parallelt med pakkeforløp også for hjerneslag og pakkeforløp hjem for kreft.

En viktig satsing i Primærhelsemeldingen er tiltak rettet mot mer sammenhengende og koordinerte tjenester for brukere med store og sammensatte behov. Direktoratet har igangsatt utprøvinger av primærhelseteam og oppfølgingsteam. Gjennom 2018 fikk vi også opp dokumentasjon på en stadig mer presset fastlegeordning. Det er utarbeidet kartlegging av arbeidsoppgaver hos fastlegen, og det er igangsatt utredninger av tiltak i samarbeid med partene både på utdanningstiltak og finansieringsordninger. Tekstbaserte og videobaserte konsultasjoner ble utredet gjennom egen rapport.

Vi trenger mer kunnskap om kvaliteten i den akuttmedisinske kjeden. I et samarbeid mellom RHFene og Helsedirektoratet er det utviklet en elektronisk pasientjournal i ambulansetjenesten, som sammen med nytt IKT-system i akuttmedisinske kommunikasjons-sentralene gir bedre dokumentasjon av aktiviteten og et bedre informasjonsgrunnlag for kvalitetsutvikling og forskning. Helsedirektoratet har startet en kartlegging av status i den akuttmedisinske kjeden og utarbeidet forslag til kvalitetsindikatorer for legevaktjenesten.

Pasientsikkerhetsprogrammet har gått over fem år og ble avsluttet i 2018. Pasientsikkerhetsprogrammet har gjennom opplæringsprogrammer og læringsnettverk overført kunnskap og støttet tjenestenes systematiske arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Programmet har lyktes i å skape større oppmerksomhet om pasientsikkerhet, men en vesentlig nedgang i pasientskader kan ikke dokumenteres for landet sett under ett. Flere kommuner og sykehus kan dokumentere gode resultater på mange områder. Det var et delmål for programmet at 75% av landets kommuner skulle implementere en eller flere tiltakspakker fra pasientsikkerhetsprogrammet og dette målet er nådd (76 %). Pasientskader er i perioden redusert fra 16% til 14% og har ligget relativt stabilt de siste årene.

Kvalitetsindikatorerne er veiledende både for tjenesten i å drive forbedringsarbeid, samt at indikatorerne gir brukerne et noe bedre grunnlag for å ta sine valg i behandlingssituasjonen. I tråd med plan for 2018 ble det gjennomført 4 publiseringer på www.helsenorge.no av oppdaterte resultater på de nasjonale kvalitetsindikatorerne. I løpet av 2018 ble 9 nye indikatorer utviklet og publisert, 3 indikatorer ble utfaset, og 3 indikatorer ble revidert og publisert med nye tall. Totalt ble det publisert nye tall på 159 indikatorer.

God forståelse av utviklingen i helsetjenestebehov fordrer gode analyser og god statistikk. I 2018 har Helsedirektoratet blant annet bidratt med analyser til arbeidet med ny Nasjonal helse og sykehusplan. Blant annet ser vi at mange eldre legges inn på sykehus med akutte tilstander som dehydrering, infeksjoner og influensa. Kroniske sykdommer som astma, kols og hjertesvikt fører også til mange innleggelser. Våre analyser tyder på at mange slike innleggelser kan forebygges ved god og rettidig oppfølging i helse- og omsorgstjenesten. Både SAMDATA og helseregistrene utviklet nye og mer omfattende nettsider for interaktiv styringsinformasjon i 2018.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble lansert våren 2018. Det er gjennomført utvidelser og forbedring av statistikk som tilgjengeliggjøres på helsedirektoratet.no. Dette forenkler tilgangen til opplysningene i registeret. Det har vært en utstrakt bruk av Norsk pasientregister til både styrings- og forskningsformål gjennom 2018, og NPR er det desidert mest brukte registeret av alle helseregistre. Det ble gjennomført ca. 1400 utleveringer av data og statistikk i 2018. Befolkningen kan begjære innsyn og reservasjon på helsenorge.no.

I 2018 har vi videreutviklet helsesektorens kriseberedskap, blant annet gjennom Sentralt totalforsvarsforum og Helseberedskapsrådet. Totalforsvaret har stått sentralt, og arbeidet er testet ut gjennom Den nasjonale helseøvelsen i 2018 og NATO sin øvelse TRJ18. Det ble øvet på helsetjenestens evne til å understøtte Norges evne til å håndtere en nasjonal krise hvor krig truer.

Oslo, 1. april 2019



Bjørn Guldvog
helsedirektør

2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL

2.1 Omtale av virksomheten og samfunnsoppdrag 2018

Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan som ligger under, og blir etatsstyrt, av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har også oppgaver fra Kommunal- og regionaldepartementet.

Helsedirektoratet har ansvar for å:

- følge med på forhold som påvirker folkehelse, samt å følge med på utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. På dette grunnlag skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen
- stille sammen kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder
- være et kompetanseorgan som myndigheter, ulike sektorer, tjenesteapparat, interesseorganisasjoner, fag- og utviklingsmiljøer, samt media ser det som naturlig å henvende seg til

Helsedirektoratet skal bidra til:

- utvikle en helhetlig nasjonal helseberedskap
- bedre kvalitet i helse- og omsorgssektoren
- redusere forskjellene i helse og levekår
- fremme faktorer som gir god helse i befolkningen

Hvem direktoratet er til for

Helsedirektoratets målgrupper er mange og ulike. De viktigste er befolkningen (de som trenger informasjon om helse, rettigheter og helse- og omsorgstjenester) og de som jobber med helse og omsorg (f. eks: Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene, Fylkesmannen, kommuneledelse og ansatte i helse- og omsorgstjenesten).

Helsedirektoratet samarbeider med andre sektorer som påvirker helse, for eksempel samferdselssektoren, utdanningssektoren og miljøsektoren. Samarbeid med andre statlige myndigheter som Folkehelseinstituttet, Mattilsynet og Legemiddelverket er viktig, slik at råd og tiltak vi foreslår henger godt sammen med hva andre gjør.

Helsedirektoratet har som ambisjon å påvirke den globale helsen i riktig retning.

2.2 Omtale av organisasjonen

Helsedirektoratet ble i 2018 ledet av helsedirektør Bjørn Guldvog og assisterende direktør Olav Valen Slåttebrekk.

Helsedirektoratet hadde (uten Pasient- og brukerombudene) en fast bemanning på 578 årsverk ved utgangen av året. Avdeling arkiv og forvaltningsstøtte (15 årsverk/17 medarbeidere) ble 01.06.18 virksomhetsoverdratt til Norsk Helsenett. Det ble i 2018 etablert en internrevisjon med 1 årsverk.

Helsedirektoratet er organisert i fem fagdivisjoner og Stab Virksomhetsstyring.

- *Divisjon Digitalisering og helseregistre, som ledes av Jan Arild Lyngstad*
- *Divisjon Folkehelse og forebygging, som ledes av Linda Granlund*
- *Divisjon Helseøkonomi og kompetanse, som ledes av Sissel Husøy*
- *Divisjon Analyse og samfunn, som ledes av Marte Gerhardsen*
- *Divisjon Kvalitet og forløp, som ledes av Geir Stene-Larsen*
- *Stab Virksomhetsstyring, som ledes av Nina Viksæter Aulie*



Helsedirektoratet har ved utgangen av 2018 til sammen 578 årsverk og 597 ansatte. Pasient- og brukerombudene (POBO) har 63 årsverk og 70 ansatte. Sammen med Helsedirektoratet utgjør dette 641 årsverk og 667 ansatte.

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) har 525 ansatte med 503 forpliktete årsverk.

Pasient- og brukerombudene er selvstendige og uavhengige, men ordningen er administrativt knyttet til Helsedirektoratet og er en del av direktoratets juridiske organisasjon. Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) er en del av Helsedirektoratet og defineres som en ytre etat.

Helsedirektoratet er lokalisert med arbeidssted i Oslo (525 ansatte) og Trondheim (72 ansatte). Helsedirektoratet i Oslo flyttet inn i nye lokaler i Vitaminveien 4 på Storo 1.10.2018, og Helsedirektoratet i Trondheim flyttet 1.5.2018 inn i nye lokaler i Holtermannsveg 70.

Pasient- og brukerombudene har representasjon i alle fylker.

Helfo er lokalisert med hovedkontor i Tønsberg og lokasjoner på 22 steder i landet. Dette er i endring.

Likestilling i Helsedirektoratet

Helsedirektoratet inklusiv Pasient- og brukerombudene hadde pr. 31.12.2018 i alt 667 ansatte. Kjønnfordelingen var 68 % kvinner og 32 % menn, 1 prosentpoeng lavere kvinneandel enn i 2017.

Gjennomsnittlig årslønn ved utgangen av året var kr 695.960. Gjennomsnittlig årslønn for kvinner utgjorde kr 671.072 og for menn kr 749.789.

I de lokale forhandlingene 2.5.1. ble det gitt totalt kr 10.739.339 i tillegg. Av dette gikk 73 % til kvinner som ble fordelt på 359 kvinnelige ansatte. Dette gav et gjennomsnittlig tillegg på kr 21.857. Menn ble tildelt 27 % som ble fordelt på 143 mannlige ansatte. Dette gav et gjennomsnittlig tillegg på kr 20.226.

Det ble forhandlet frem 93 individuelle krav i 2.5.3-forhandlinger, med totalt kr 3.928.709 i endringer. Av disse var det 76 krav for kvinner der endringene utgjorde et snitt på kr 43.360 pr. person. 17 krav ble forhandlet for menn, der endringene utgjorde et snitt på kr 37.254 pr. person.

HMS/arbeidsmiljø

I 2018 ble Helsedirektoratets systematiske HMS-system gjennomført i praksis ved at alle avdelinger og POBO-kontor avholdt HMS-møter og utarbeidet HMS-handlingsplaner. Handlingsplanene er utarbeidet divisjonsvis, og resultatet presentert for AMU. Helsedirektoratet har en velfungerende vernetjeneste, og denne er meget aktivt involvert i det systematiske HMS-arbeidet.

I 2018 fikk Helsedirektoratet egen bedriftshelsetjeneste (BHT), og har inngått avtale med Stamina helse. Siste halvår av året kom det på plass et nytt HMS forbedring/avvikssystem.

Det ble gjennomført medarbeiderundersøkelse i desember der det vil bli oppfølging av resultatet på individ-, gruppe-, ledelses- og organisasjonsnivå i 2019.

Status IA-arbeid

IA-handlingsplan for Helsedirektoratet for perioden 2014-2018 ble vedtatt i januar 2015. IA-møte ble avholdt i desember. IA-møtets representanter er AMUs representanter med tillegg av representanter fra UNIO og Helsedirektoratets kontakt ved NAV Arbeidslivssenter.

I oktober ble det arrangert et HMS-arrangement i forbindelse med innflyttingssamling i direktoratets nye lokaler i Vitaminveien 4. Samlingen var også for medarbeidere i Trondheim. Pasient- og brukerombudene hadde eget HMS-arrangement i forbindelser med en samling for alle medarbeidere i november.

Sykefravær

Direktoratet har i all hovedsak et stabilt sykefravær, med en liten økning i 2018. Totalt sykefravær (egenmeldt og legemeldt) i 2018 var 5,46 % i 2018. I 2017 var det på 4,96 % og i 2016 på 5,22 %.

Helsedirektoratet har fokus på rekruttering av søkere med ikke-vestlig bakgrunn og personer med nedsatt funksjonsevne

Helsedirektoratet følger de sentrale retningslinjene om å oppfordre personer med innvandrer-bakgrunn til å søke ledige stillinger, og våre ledere blir oppfordret til å ha en offensiv holdning i rekrutteringen fra denne gruppen. Alle kunngjøringer blir utlyst på inkludi.no.

Helsedirektoratet har hatt 75 kunngjøringer i 2018 og totalt 2005 søkere til stillingene. 8,7 % av alle søkere til våre ledige stillinger har ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. 10,9 % ble innkalt til intervju, og av disse ble 10,5 % tilsatt. Kun 20 av søkerne hadde nedsatt funksjonsevne, noe som utgjør 0,99 % av søkermassen. 20 % av disse ble innkalt til intervju. Ingen med redusert funksjonsevne ble tilsatt i Helsedirektoratet i 2018.

2.3 Nøkkeltall fra årsregnskapet

Helsedirektoratet (inkl. POBO)	2018	2017*	2016	2015
Antall årsverk	641	655	735	903
Samlet tildeling post 01-99 (mill. kroner)	8 786	8 509	7 142	14 954
Sum driftsutgifter (mill. kroner)	1 324	1 328	1 239	1 683
Lønnsandel av driftsutgifter	44 %	46 %	47 %	42 %
Lønnsutgifter per årsverk (hele tusen)	908	931	789	791

*) Fra og med 2017 inngår Helsedirektoratets betaling av pensjonspremie til SPK i lønnsutgiftene.

3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER

Fra tildelingsbrev

Årsrapportens kapittel 3 er inndelt etter tildelingsbrevets struktur fordelt på virksomhetsområder

Forklaring til statuskode mht. måloppnåelse:

● Stor sannsynlighet for at målet ikke nås ● Fare for at målet ikke nås ● Sannsynlig at målet nås

3.1 Folkehelse

Langsiktige mål

- Et livsløpsperspektiv for sunn og aktiv aldring er integrert i folkehelsearbeidet

Kommentar Dette er et pågående arbeid, som bl.a. følges opp gjennom flere igangsatte FoU-prosjekter og samarbeid på tvers internt i Helsedirektoratet ved at aldringsperspektivet tas inn der det er relevant. Det samarbeides internt om blant annet fysisk aktivitet, arbeidsliv, nærmiljøarbeid og psykisk helse og levekår. Samarbeidsforum aldring er videreført med deltakere på tvers av avdelinger og divisjoner. Det har vært gjennomført internseminar med NOVA (OsloMET) om aldring og livskvalitet, med godt og bredt oppmøte. Det er satt i gang et prosjekt for å få mer kunnskap om hvordan fysisk aktivitet kan tilpasses dagens arbeidskrav sammen med relevante aktører. Arbeidet sees på som en start i et langsiktig arbeid for å styrke området arbeidsliv, fysisk aktivitet og helse og for å få flere til å stå lengre i arbeid. Det er fokus på fallforebygging gjennom utvikling av et e-læringsprogram for å styrke kompetansen knyttet til fallforebyggende trening. Frisklivsentralene gjør et viktig helsefremmende arbeid for å styrke og ivareta befolkningens helse og flere sentraler har egne satsinger mot eldre. Et innsiktsarbeid for å kartlegge og forstå Eldres levevaner er gjennomført, og sees i sammenheng med arbeidet som er gjort i forbindelse med kampanjen "Bare du". Kampanjen retter seg mot voksne menn og kvinner som begynner "å kjenne livet på kroppen", og tilbyr enkle tips og verktøy for å støtte folk i å holde seg friske. Sett i et livsløpsperspektiv er en aktiv og frisk befolkning en forutsetning for sunn og aktiv aldring. Verktøyet skal også kunne benyttes av helsetjenesten. Det satt i gang et prosjekt i samarbeid med FHI og aktuelle fagmiljøer for å finne ut mer om eldre lever flere år med god helse og funksjon. Det er også initiert et samarbeide med FHI for å samle og samordne aldersforskningen i Norge. I 2017 påbegynte BYLIV-senteret (NAL) et arbeid med å utvikle en håndbok for aldersvennlig stedsutvikling. Denne er tenkt å være et hjelpeverktøy for kommuner, arealplanleggere og andre. Prosjektet har pågått gjennom hele 2018, og skal ferdigstilles og lanseres i løpet av våren 2019. Helsedirektoratet har i perioden 2015-2018 gjennomført Nærmiljøprosjektet hvor formålet blant annet har vært å utvikle mer helsefremmende nærmiljø og lokalsamfunn. Dette har betydning for livskvalitet og helse gjennom hele livsløpet. Medvirkningsprosjektet "Lytt til seniorerne" (NIBR) ble i 2018 utvidet til å omfatte mer utsatte grupper som eldre innvandrere og eldre med redusert helse. "Folkeetråkk" er et samarbeid Helsedirektoratet har hatt med DogA over flere år. Folkeetråkk har tatt oppi seg seniorperspektivet og det er etablert et samarbeid med forskerne på NIBR. Folkehelsedivisjonen har vært og er aktiv bidragsyter inn i det interne arbeidet med å følge opp regjeringens eldrereform Leve hele livet.

● God forankring av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer

Kommentar Helsedirektoratet har videreført samarbeidsavtaler og konkrete samarbeidsprosjekter med mange direktorater, bl.a. Utdanningsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Husbanken. Helsedirektoratet deltar i styringsgruppen for 0-24 samarbeidet som har det overordnede målet om bedre samordnede tjenester og mer helhetlig innsats for utsatte barn og unge under 24 år og deres familier. For å lykkes i arbeidet videre er det nødvendig at departementene gir like styringssignaler til de involverte direktoratene, og at oppdrag ses i sammenheng.

● God kunnskap om og sunnere levevaner i befolkningen

Kommentar Kjennskapen til Helsedirektoratets kostråd har økt siden 2013. Kjennskapen til de enkelte kostrådene er god. Nær syv av ti synes Nøkkelhullet er en god merkeordning. Kostholdet i Norge har over tid hatt en positiv utvikling. Forbruket av frukt og grønt har økt betydelig over tid, sukkerforbruket har gått ned, og kornforbruket har økt. Kjøttforbruket har økt betydelig over tid, men fra 2016 til 2017 har det gått noe ned. Omsetning av matoljer har økt betydelig over tid. Kostens innhold av mettet fett har gått ned de senere årene, men er fortsatt vesentlig høyere enn anbefalt. Direktoratet har på alkoholområdet i 2018 blant annet jobbet med å implementere RusOff - råd om rusforebygging på arbeidsplassen, blant annet gjennom mediekampanjer. Arbeidet med ansvarlig alkoholhåndtering, tidlig intervensjon og rusmiddelforebygging blant studenter har vært fulgt opp i nært samarbeid med de regionale kompetansesentrene på rus (KoRus), og vi har i samarbeid med Folkehelseinstituttet jobbet for å bedre kunnskapsgrunnlaget om narkotika i utelivet. Alkoholovsarbeidet har vært fulgt opp gjennom tilsyn, pressesaker, seminarer og andre tiltak rettet mot kommuner og offentlighet. I 2018 har vi prioritert å planlegge og utvikle den nye kommunikasjonssatsingen som har fått navnet *Bare du*, også omtalt som *neste generasjon forebygging*. Fysisk aktivitet, psykisk helse, kosthold, tobakk og alkohol henger sammen i større grad enn tidligere, og nye digitale verktøy for å støtte folk i endringsprosesser er et sentralt grep. Verktøy og mer generelle råd er nå samlet på det digitale hjelpesenteret <https://helsenorge.no/baredu> som løpende vil bli oppdatert med nye funksjoner og verktøy. I 2018 ble det gjennomført et betydelig forarbeid med et kvantitativt og kvalitativt dypdykk i primærmålgruppene for å ha et best mulig grunnlag for å utvikle tiltak. Filmer og andre kampanjeelementer ble utviklet og ferdigstilt, sammen med appene Gå10 og Heia meg. Alt ble lansert samlet 8. januar i år. Røyke- og snusluttkampanjen Stopptober ble gjennomført i oktober. Kampanjen fikk stor oppmerksomhet da en av filmene gikk viralt på Facebook og fikk 4,7 millioner visninger. Det var en signifikant økning i antallet som er bekymret for hvordan røyking påvirker helsen og i antall som ønsker å slutte å røyke fra før til etter kampanjen. Det var 14.000 nedlastinger av Slutta-appen, 3.300 påmeldinger til Slutta-cahtboten og dobling av trafikken til slutta.no i løpet av kampanjeperioden.

● Psykisk helse og livskvalitet er integrert i folkehelsearbeidet

Kommentar Direktoratet har i 2018 prioritert oppfølgingen av rapporten "Gode liv i Norge", og i august lanserte vi sammen med Folkehelseinstituttet (FHI) anbefalinger for et bedre målesystem i rapporten "Livskvalitet". I tillegg til FHI, har Statistisk sentralbyrå og OsloMet (NOVA) bidratt i arbeidet med anbefalingene. I tillegg har det vært jobbet med å innarbeide hensyn til psykisk helse i kampanjearbeidet på levevaneområdene, blant annet gjennom kampanjen "Bare du", som ble lansert i januar 2019. Mange av utfordringene knyttet til psykisk helse og livskvalitet løses best i samarbeid med ikke-statlige aktører innenfor frivillig sektor, og direktoratet samarbeider derfor nært med og gir økonomisk støtte til en rekke organisasjoner som jobber med

inkludering blant barn og unge og i befolkningen for øvrig. Program for folkehelsearbeid i kommunene er nå godt i gang i mer enn halvparten av landets fylker, og en lang rekke kommuner er i gang med å utvikle tiltak for å styrke barn og unges psykiske helse.

● Reduserte sosiale forskjeller i helse

Kommentar Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (St.meld. nr. 20 2006-2007) ble avsluttet med en sluttkonferanse i november 2017, og vi har i 2018 ikke hatt konkrete oppdrag på dette målområdet. I direktoratets innspill til ny folkehelsemelding, "Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling", anbefalte vi at behovet for en tverrsektoriell handlingsplan for å redusere sosiale helseforskjeller, utredes. "Folkehelsepolitisk rapport", en mekanisme for oppfølging av den nasjonale ulikhetsstrategien, er videreført som virkemiddel med senere folkehelsemeldinger. Nyeste utgave av rapporten ble lansert 28. februar 2018. Rapporten viser at utfordringene på området fortsatt er store. HelseDirektoratets fagråd for sosial ulikhet i helse lanserte i 2018 rapporten "Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse". Fagrådet var i år inne i siste år av inneværende periode, og det er foreløpig ikke besluttet om det skal videreføres. Direktoratet har i 2018 jobbet videre for å styrke kommunenes kompetanse på og verktøy til å redusere sosiale helseforskjeller lokalt. I samarbeid med KS og Sunne kommuner har vi i 2018 arrangert tre kurs for kommunene om dette temaet, under overskriften "Bli en bedre brobygger!". En oppdatert veileder i kommunalt og regionalt systematisk folkehelsearbeid vil være klar til lansering tidlig i 2019.

Samlet vurdering

Det har vært jobbet bredt med folkehelsearbeidet i løpet av 2018 og det har vært stor aktivitet på flere områder. Arbeidet har vært preget av mye forarbeid til utvikling av ny Folkehelsemelding som vil komme i løpet av våren 2019. Direktoratet har bidratt med flere rapporter og kunnskapsoppsummeringer på området, i tillegg til et omfattende dokument som anbefaler nye og effektive tiltak for å redusere for tidlig død av ikke smittsomme sykdommer. Disse rapportene er innspill til henholdsvis Folkehelsemeldingen og ny NCD-strategi.

Direktoratet har vektlagt gjennomføring av Program for lokalt folkehelsearbeid, som er et 10-årig program som ser spesielt på barn og unges psykiske helse. Finansieringen for programfylkene har endret seg i løpet av programperioden, slik at utfordringene nå er å opprettholde motivasjonen hos programfylkene og å vurdere måloppnåelse i forhold til endrede rammer.

HelseDirektoratet har i perioden 2015-2018 gjennomført Nærmiljøprosjektet hvor formålet blant annet har vært å utvikle mer helsefremmende nærmiljø og lokalsamfunn. Dette prosjektet ble avsluttet med en avslutningskonferanse i 2018. Erfaringer, metoder og arbeidsformer fra prosjektet vil bli videreført i samarbeid med andre departementer, og som en del av Program for folkehelsearbeid. HelseDirektoratet, fylkeskommuner og universitets- og høyskolemiljøer arbeider også med å utvikle en Idebank med gode eksempler fra prosjektet.

HelseDirektoratet har samarbeidet med Utdanningsdirektoratet i utviklingen av ny Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i barnehagen. I oppfølgingen av strategi for seksuell helse har HelseDirektoratet blant annet gjennomført en kartlegging av undervisning om seksualitet i grunnskolen i samarbeid med Utdanningsdirektoratet. Lansering av Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorg ble gjennomført i juni og helsekort for gravide, veiledning for utfylling av helsekort og algoritme er revidert og publisert. Nasjonale faglige retningslinjer for hørsel, veiing og måling samt syn er godt i gang. Arbeidet med en bemanningsnorm i veileder for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er startet opp.

HelseDirektoratet har fått i oppdrag å følge opp regjeringens strategi for en moderne eldrepolitikk. Dette er et pågående arbeid som bl.a. følges opp gjennom flere igangsatte FoU-prosjekter og samarbeid på tvers i HelseDirektoratet ved at aldringsperspektivet tas inn der det er relevant. Folkehelsedivisjonen er en aktiv bidragsyter inn i det interne arbeidet med å følge opp regjeringens eldrereform Leve hele livet.

Helsedirektoratet har videreført samarbeidsavtaler og konkrete samarbeidsprosjekter med mange direktorater, bl.a. Utdanningsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Husbanken. Helsedirektoratet deltar i styringsgruppen for 0-24 samarbeidet som har et overordnet mål om bedre samordnede tjenester og mer helhetlig innsats for utsatte barn og unge under 24 år og deres familier.

For Digi-Ung har det vært arbeidet med videreføring av prosjektet og levert innspill til stort satsningsforslag for 2020 i samarbeid med Bufdir.

Helhetlig og koordinert innsats for å nå det langsiktige målet om god kunnskap om og sunnere levevaner i befolkningen har stått høyt på agendaen i 2018. 2018-tallene viser at 45 prosent har kjennskap til Helsedirektoratets kostråd og 67 prosent hadde ganske stor eller svært stor tillit til Helsedirektoratets kostråd. En positiv trend siden 2013 for både kjennskap og tillit.

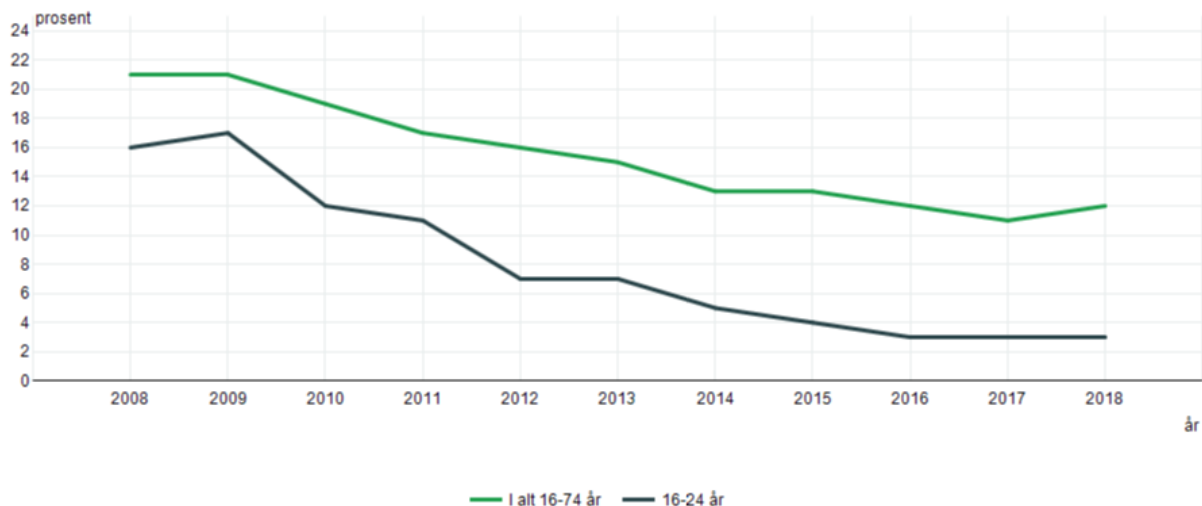
I 2018 har direktoratet prioritert å planlegge og utvikle den nye kommunikasjonssatsingen som har fått navnet Bare du, også omtalt som neste generasjons forebygging. Fysisk aktivitet, psykisk helse, kosthold, tobakk og alkohol sees mer i sammenheng, og nye digitale verktøy for å støtte folk i endringsprosesser er et sentralt grep. Verktøy og mer generelle råd er nå samlet på det digitale hjelpesenteret Helsenorge - Bare du (<https://helsenorge.no/baredu>) som løpende vil bli oppdatert med nye funksjoner og verktøy. Filmer og andre kampanjeelementer ble utviklet og ferdigstilt, sammen med appene Gå10 og Heia meg. Alt ble lansert samlet 8. januar i år. Røyke- og snussluttkampanjen Stopptober ble gjennomført i oktober. Kampanjen fikk stor oppmerksomhet da en av filmene gikk viralt på Facebook og fikk 4,7 millioner visninger. Det var en signifikant økning i antallet som er bekymret for hvordan røyking påvirker helsen og i antall som ønsker å slutte å røyke fra før til etter kampanjen. Det var 14.000 nedlastinger av Slutta-appen, 3.300 påmeldinger til Slutta-chatboten og dobling av trafikken til slutta.no i løpet av kampanjeperioden.

Høsten 2018 lanserte Helsedirektoratet et målesystem for måling av livskvalitet. Dette arbeidet vil danne grunnlag for måling av livskvalitet i befolkningen og vil også kunne inngå i mindre undersøkelser. Samarbeidspartnere i arbeidet har blant annet vært FHI og SSB. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (St.meld. nr. 20 2006-2007) ble avsluttet med en sluttkonferanse i november 2017, og vi har i 2018 ikke hatt konkrete oppdrag på dette målområdet. I direktoratets innspill til ny folkehelsemelding, "Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling", anbefalte vi at behovet for en tverrsektoriell handlingsplan for å redusere sosiale helseforskjeller utredes.

Styringsparameter

● Andel av befolkningen som har kjennskap og tillit til helsemyndighetenes råd om sunne levevaner

Kommentar I 2018 hadde 45 prosent kjennskap til Helsedirektoratets kostråd og 67 prosent hadde ganske stor eller svært stor tillit til Helsedirektoratets kostråd. En positiv trend siden 2013 for både kjennskap og tillit. 51 prosent av befolkningen mente i 2018 at vin bør selges i dagligvarebutikk. Dette er noe mer enn i 2017, men oppslutningen om norsk alkoholpolitikk må fortsatt sies å være forholdsvis stor. 66 prosent mener at dagens taxfree-ordning bør bestå. 59 prosent mener alkohol bør merkes med advarsler om farer ved bruk. Det var ingen store endringer i befolkningens holdninger til cannabis fra 2017, men i de yngste aldersgruppene er det en merkbar økning i andelen som mener cannabis bør bli tillatt (fra 29 til 34 prosent i aldersgruppen 18-29 år).



Andel som røyker daglig. Befolkningen 16-74 år og ungdom 16-24 år. 2008-2018. SSB

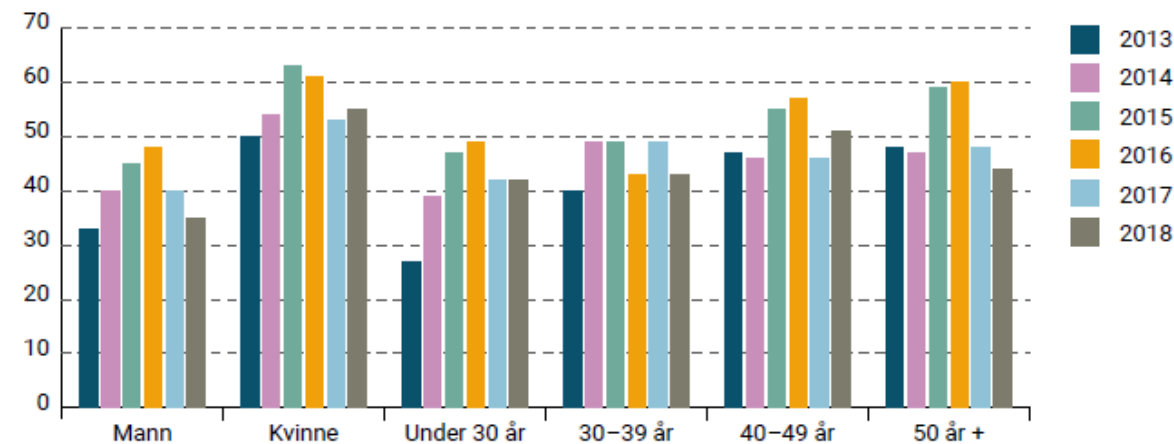
Kunnskap om virkningen av alkohol: 2018 vs. 2017 og 2015



Kjennskap til Helsedirektoratets kostråd

Andel som svarte kjenner litt/ ganske/svært godt

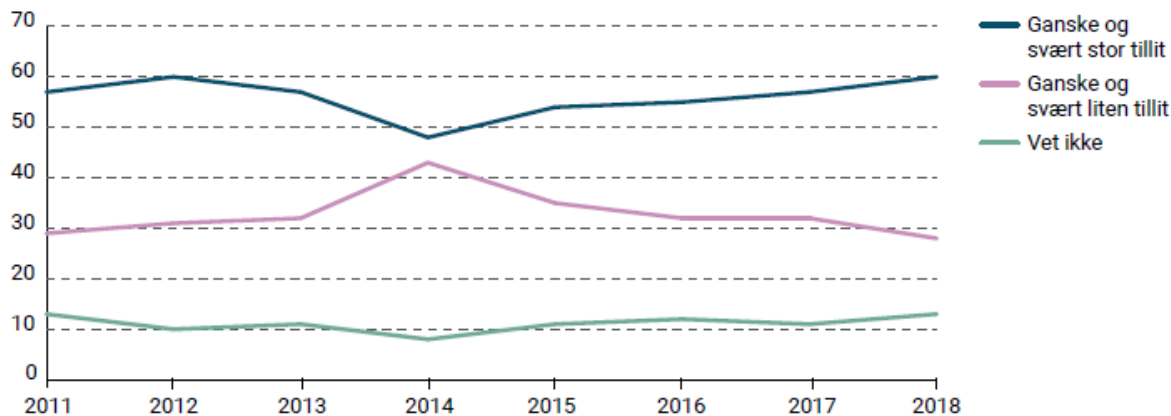
Prosent



Kilde: Norstat.

Tillit til Nøkkelhullsmerket

Prosent

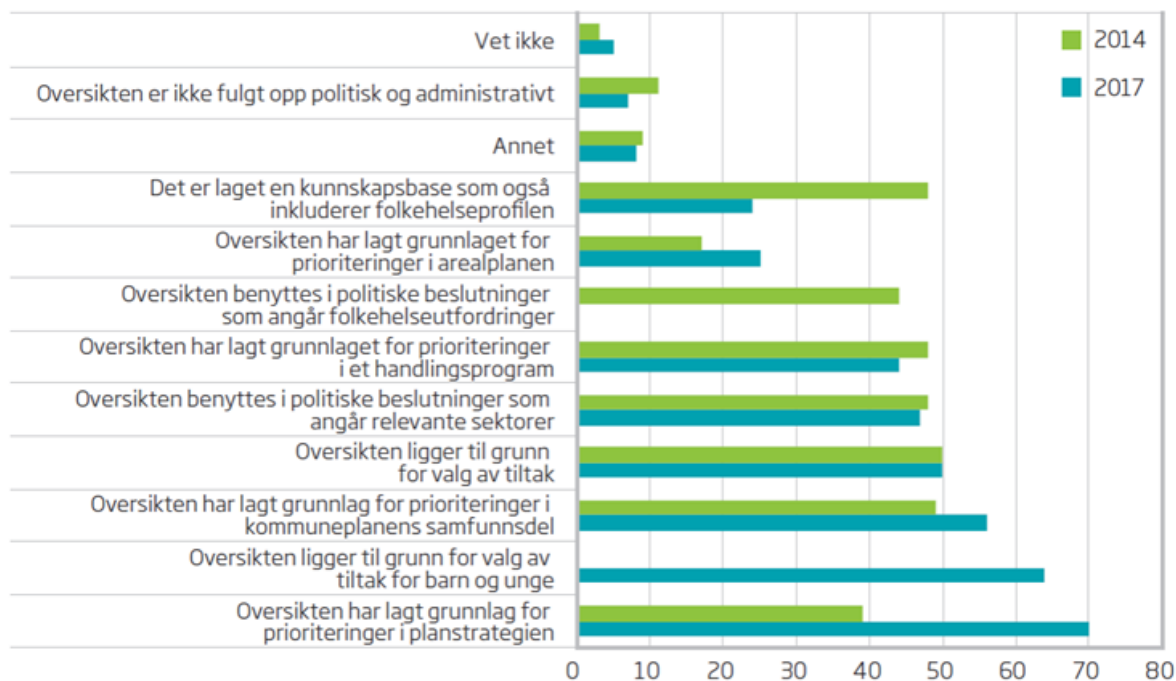


Kilde: Norstat.



Andel kommuner som har etablert et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid

Kommentar Nærmere 90 prosent av kommunene oppga i 2017 at de har løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for folkehelsen (en økning fra knapt 40 prosent i 2014). Rundt 70 prosent oppgir at folkehelseoversikten har ligget til grunn for prioriteringer i kommunens planstrategi (en økning fra knapt 40 prosent i 2014).



Figur 7-2 Andel kommuner som oppgir at prioriteringer i oversikten har blitt fulgt opp, 2014 og 2017. Prosent. Kilde: NIBR 2017

● Antall kommuner som har helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner

Kommentar Direktoratet har ikke lenger noen oversikt over antall kommuner med rusmiddelpolitiske handlingsplaner, men har startet en prosess for å utvikle en bedre indikator for lokalt rusmiddelforebyggende arbeid.

● Antall nøkkelhullsprodukter i butikkene

Kommentar I 2017 var det 2084 nøkkelhullsprodukter, som er en liten reduksjon siden 2016. Tall for 2018 foreligger 31.1.2019.

3.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester

3.2.1 Omsorgstjenester

Langsiktige mål

- Framtidens omsorgsutfordringer
- Kvalifisert og stabilt personell
- Kvalitet og kapasitet i omsorgstjenesten
- Redusert uønsket variasjon
- Tjenestetilbud til personer med demens
- Økt kompetanse, bedre ledelse og mer tverrfaglighet

Samlet vurdering

Kvalitet og kapasitet i omsorgstjenestene

Omsorg 2020 har vært en stor og høyt prioritert satsing for Helsedirektoratet i 2018, og arbeidet med denne planen er i rute. I omsorgssektoren er manglende kompetanse fortsatt et stort problem. Vi har derfor samarbeidet med Fylkesmennene, Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og Sentrene for omsorgsforskning for å videreutvikle og styrke kunnskapsbasert praksis. Samarbeidet mellom kommunenes hjemmebaserte tjenester og fastlegene er også en kritisk faktor. Direktoratets bidrag til å styrke denne samhandlingen har vært å videreutvikle primærhelseteam og oppfølgingsteam. For å sette de kommunale helsetjenestene bedre i stand til å ta imot pasienter med sammensatte og kompliserte medisinske tilstander fra helseforetakene, har vi lagt vekt på å styrke kompetansen hos lederne i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Demensplan 2020 har også vært høyt prioritert og har vært helt sentralt for å bedre tilbudet for personer med kognitiv svikt. Det viktigste tiltaket har vært å styrke kompetansen hos personell, ledere og beslutningstakere, men også pasienter og pårørende gjennom opplæringsprogrammene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC, pårørendeskoler og samtalegrupper. Arbeidet med demensplanen er i rute.

Helsedirektoratet har i 2018 gitt tilskudd til 583 nyopprettede plasser med dagaktivitetstilbud for personer med demens, og videreført 3390 plasser som ble opprettet i perioden 2012 - 2017. Tilskuddsordningen har nå 7871 brukere og omfatter 77 % av kommunene.

Statlig finansiering av omsorgstjenesten har vært et viktig prosjekt for å få testet ut nye måter å finansiere omsorgstjenester på. Det deltar nå 6 kommuner i to ulike modeller. Effekten av forsøksordningen i 2017 er evaluert og rapporten legges frem i januar 2019. Forsøket er utvidet og skal vare frem til 1. mai 2019.

Styringsparameter

Identifisere og analysere utviklingstrekk

Kommentar Oppsummering av årsrapport på omsorg 2020 hvor det rapporteres på styringsparameterne: Helsedirektoratet leverte årsrapport for 2017 1. mai 2018. Helsedirektoratet ønsker særlig å trekke fram fire utviklingstrekk.

1) Videreutvikle kunnskapsbasert praksis. Samarbeidet mellom Fylkesmannen, Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og Sentrene for omsorgsforskning, og deres arbeid ut mot kommunene, må videreutvikles og styrkes.

2) Rapporten «Framtidens eldre i by og bygd» viser at «omsorgsbyrden» vil være til dels svært ulike i kommunene fram mot år 2040. Behovet for planlegging, fornyelse og innovasjon vil derfor være ekstra stor i små kommuner i innlandet og Nord-Norge. Tilskuddsordninger som fremmer innovasjon og nye teknologiske løsninger, samt kompetanse i planlegging, benyttes i mindre grad benyttes av små kommuner i utkantstrøk. Det er derfor grunn til å følge ekstra nøye med på om det oppstår uønskete ulikheter i utviklingen av helsetjenestetilbudet.

3) Samarbeidet mellom kommunenes hjemmebaserte tjenester og fastlegene er helt avgjørende for at brukerne skal oppleve å være trygge i egne hjem. Svaret på denne utfordringen har vært styrking av samhandling gjennom primærhelseteam og oppfølgingsteam. Det er behov for å følge utviklingen i behov for fastleger og andre helsefaglige grupper nøye, for å se om de er dimensjonert for å ta på seg de nye oppgavene. Det er også helt sentralt at utvikling av IKT-verktøy, som bidrar til god informasjonsutveksling mellom aktørene, blir prioritert.

4) Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har gjennomgått store endringer som blant annet kjennetegnes av flere bruker med mer komplekse sykdomsbilder. Dette har medført økt grad av spesialisering og sterkere krav til samhandling og styring. I tillegg har økt vektlegging av kvalitetsforbedring, innovasjon og brukertilpassede tjenester medført endrede krav til

kompetanse hos ledere av tjenestene. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten er et viktig bidrag for å styrke ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid

Kommentar Helsedirektoratet har gjennomført rapporteringsmøter med alle 21 utviklingsentre (USHT). Vår- og høstsamlingene er gjennomført som planlagt med fokus på kvalitetsforbedringsarbeid i kommunene. Høstsamlingen var i sin helhet viet kvalitetsreformen Leve hele livet. HOD deltar på USHT-samlingene.

Nasjonale råd for lindrende behandling ble publisert i september. Det er utarbeidet presentasjoner som er gjort tilgjengelig slik at FM og andre kan benytte disse.

Helsedirektoratet er inngått avtale med BarnsBeste/Sørlandet sykehus som er godt i gang med å utvikle et digitalt opplæringsmateriell om barn som pårørende i kommunen.

Arbeidet med retningslinjer / veileder for tjenester til personer med utviklingshemming er godt i gang og det er forventet at dette arbeidet skal være ferdig våren 2020.

Det er i 2018 arbeidet med implementering av Nasjonal faglig retningslinjen om demens, som ble publisert i 2017.

Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens ble gjennomført i oktober 2018. Rapport vil foreligge sommeren 2019.

Utviklingsprosjektet om personer med demens som bor hjemme – i siste fase før heldøgns omsorgstjeneste gis systematisk, samt utviklingsprosjektet om oppfølging etter demensdiagnose, der også «brukerskoler» for personer med demens testes ut, er i rute og blir evaluert i løpet av 2019, da også arbeidet med å lage veiledningsmateriell vil starte.

Opplæringsprogrammene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC gjennomføres som planlagt. Ny perm 1 ble lansert høsten 2018, mens ny perm 2 blir klar i 2019.

Det er i 2018 arbeidet med opplysnings- og veiledningsmateriell om demens rettet mot den samiske befolkningen.

Datasamling for undersøkelsen av forekomsten av demens i Norge i regi av HUNT4, går som planlagt. Det suppleres også med storbydata fra Trondheim. Rapport vil foreligge i 2020.

Deltagelse i internasjonalt samarbeid om demens, er gjennomført som planlagt. Hdir leverte i august 2018 for første gang norske data til WHO's Global Dementia Observatory, som skal følge mål og tiltak i WHO's Global Action Plan on Dementia.

Piloten Trygghetsstandard i sykehjem ble avsluttet sommeren 2018. Rapport fra pilotering av trygghetsstandard i fire kommuner oversendt HOD juni 2018. Sluttrapport fra følgeevaluering levert juni 2018. Alt i henhold til plan. Piloten er vedtatt videreført i 2019.

3.2.2 Primærhelsetjenester

Langsiktige mål

- Avdekking og oppfølging av personer utsatt for vold, rus og overgrep
- Forebyggende og helsefremmende innsats
- Kompetanse, ledelse og arbeidsformer
- Mer likeverdig helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen
- Oppfølging av personer med kronisk sykdom
- Redusert uberettiget variasjon
- Unngåtte sykehusinnleggelse

Samlet vurdering

Arbeidet med primærhelsetjenester har hatt topp prioritet i Helsedirektoratet i 2018, og arbeidet er i rute. De to bærebjelkene i arbeidet har vært Pilotprosjekt med primærhelseteam i fastlegepraksiser og Pilot for oppfølgingsteam. I tillegg har det vært lagt ned et betydelig arbeid knyttet til fastlegeordningen.

Primærhelseteam skal bestå av fastlege, sykepleier og helsesekretær og skal teste ut en ny måte å samhandle på i primærhelsetjenesten. Prosjektet omfatter alle legens listeinnbyggere, men skal prioritere pasienter med rus, psykisk helse, kroniske sykdommer, utviklingshemmede og andre med nedsatt funksjonsevne. 85 fastleger i 9 kommuner og 3 bydeler i Oslo deltar i forsøket.

De foreløpige erfaringene er gode. Det er stort engasjement blant de som deltar, og det er store forventninger til resultatene som vil bli evaluert når det treårige prosjektet er ferdig.

Oppfølgingsteamene er en ny og mer målrettet måte å styrke primærhelsetjenestenes innsats. Pilot for oppfølgingsteam har også en varighet på tre år. Målgruppen for oppfølgingsteamene er personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose. Teamet settes sammen av de personene/tjenestene som en bruker til enhver tid har behov for. Oppfølgingsteam er en arbeidsform som legger vekt på tverrfaglig samarbeid og utnyttelse av kompetanse på tvers av enheter og nivåer. Blant annet ved hjelp av et nytt verktøy for risikokartlegging skal det bli mulig å fange opp personer med behov for hjelp så tidlig at det er mulig for disse å bo hjemme lengre og redusere behov for institusjonalisering. Seks kommuner deltar i pilot; Lenvik, Bø i Vesterålen, Steinkjer, Flora, Suldal og Asker.

Arbeidet med fastlegeordningen går også etter planen. Det har høy prioritet og tilstrekkelig med ressurser. Helsedirektoratet har bidratt i en rekke viktige prosjekter som har betydning for fastlegenes fremtid, rammebetingelser og arbeidsmåter, og har bistått departementet i trepartssamarbeidet. En av direktoratets medarbeidere har også arbeidet halv tid for HOD for å styrke HODs arbeid og bedre informasjonsutvekslingen mellom direktorat og departement.

Styringsparameter

● Antall sykepleiere med videreutdanning

Kommentar Vi har bare tall t.o.m. 2017, slik at analysen er basert på sammenligning av 2017 med tidligere år. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det 631 flere sykepleiere med videreutdanning enn året før. Dette tilsvarer en vekst på 5,8 prosent.

● Færre unødvendige innleggelse for personer med KOLS og astma, hjertesvikt og diabetes

Kommentar Det foreligger ikke oppdaterte data for dette styringsparametre i 2018. Indikatoren er basert på OECD-prosjekt som oppdateres hvert annet år. Det er derfor ikke noe nytt å melde i år

● Årsverk og kompetanseutvikling

Kommentar Vi har bare tall tom. 2017, slik at analysen er basert på sammenligning av 2017 med tidligere år.
- I helse- og omsorgstjenestene ble det utført ca. 272 511 årsverk i 2017.

- Fra 2016 til 2017 økte antall årsverk i spesialisthelsetjenesten med 1 prosent til totalt 114 007 årsverk.

- I 2017 var det en vekst på 5 950 årsverk eller 4 199 sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som helhet fra året før, totalt var det 158 504 årsverk. Dette representerer 3,8 prosent økning i årsverk og 2,0 prosent økning blant sysselsatte. Dette gir en sterkere vekst sammenlignet med årene tidligere. Antallet nye årsverk er betydelig høyere enn antall nye sysselsatte. Det kan tyde på at tidligere deltidssysselsatte nå har fått økt sine stillingsbrøker, og at nye sysselsatte i større grad har fått heltidsstillinger.

3.2.3 Psykisk helse og rus

Langsiktige mål

● Forekomst og omfang av psykiske plager/lidelser, rusmiddel- og voldsproblematikk

Helsedirektoratet jobber sammen relevante aktører kontinuerlig for å øke kunnskap og bedre datakvalitet om psykiske plager/lidelser, rusmiddel- og voldsproblematikk.

● Fremme selvstendighet og mestring av eget liv

● Tilgjengelige, sammenhengende og koordinerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet

Helsedirektoratet har kontinuerlig fokus på gode sammenhengende tjenester og særlig gjennom arbeidet med pakkeforløpene i psykisk helse og rus.

● Øke kunnskapen og kompetansen om psykiske problemer, rusmiddelproblemer og avhengighet

Samlet vurdering

Pakkeforløp psykisk helse og rus

Det er levert seks pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus. Tre generelle forløp – utredning og behandling av psykiske lidelser til voksne, utredning og behandling av psykiske lidelser til barn og ungdom samt TSB. Tre diagnosespesifikke forløp – spiseforstyrrelser, tvangslidelser (OCD) og psykose. Forløpene er integrert i tjenesten slik at første pasient fra begynnelsen av 2019. Pakkeforløpene skal bidra til pasientens helsetjeneste gjennom økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, helhetlige og sammenhengende tjenester, likeverdige tilbud uavhengig av hvor i landet man bor, reduksjon av unødvendig ventetid og tiltak for å ivareta somatisk helse og gode levevaner. Arbeidet har kjente risikoer knyttet til at brukere ikke merker bedring under og etter etablering av pakkeforløpene, kommuner er for dårlig forberedt til å ta imot pasienter/brukere etter behandling i spesialisthelsetjenesten og får ikke på plass forløpskoordinatorer, og at fastlegene er for dårlig forberedt til å kunne henvise på rett måte, samt at prosjektet er sårbart for sykdom hos sentrale fagressurser. Det er iverksatt tiltak for å redusere risikoene til et akseptabelt nivå. Viktige leveranser i 2019 vil være pakkeforløp gravide og rus, overdose og familie og rus, samt en utvidelse av pakkeforløp spiseforstyrrelser til å omfatte unge opp til 23 år.

Overdosestrategi

Nasjonal overdosestrategi 2014 – 2017 ble avsluttet ved årsskiftet. Strategibevilgningen og aktivitetene ble videreført i 2018. Helsedirektoratet fikk medio 2018 i oppdrag å utarbeide en ny fireårig overdosestrategi gjeldende fra 2019. Prosessevalueringen av strategien anser at de fleste aktivitetene i strategiperioden var vellykket, men med forbedringspunkter. Særlig ble strategiens arbeid gjennom pilotkommunenettverket trukket

fram og nettverket ble i 2018 utvidet fra 13 til 29 kommuner. Nalokson nesespray er i løpet av 2018 utplassert i alle kommunene. Dødsårsaksregisteret for 2017 viser en nedgang i antall overdosedødsfall i 2017 på 13 %, fra 282 – 247 dødsfall. Dermed er Stortingets målsetting om en årlig nedgang i antall overdosedødsfall, oppnådd for de to siste årene i strategiperioden. Hele nedgangen i 2017 fant sted i strategiens pilotkommuner, i resten av landet var det en liten oppgang. Helsedirektoratet ser dette som en indikasjon på at overdosestrategien har bidratt til nedgangen.

Vold og overgrep

Helsedirektoratet leverte forslag til hvordan temaet vold og overgrep som del av vårt samfunnsoppdrag kan ivaretas. Direktoratet har deltatt i det interdepartementale arbeidet med vurdering av Barnevoldsutvalgets anbefalinger i NOU 2017:12: Svikt og svik, og skal i 2019 følge opp arbeidet. Barneombudets funn i rapport "Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes" er vurdert, og arbeidet med umiddelbare forbedringstiltak er påbegynt. NKVTS "Veileder for helse og omsorgspersonells arbeid med vold i nære relasjoner" er publisert. Helsedirektoratet er i konseptfasen med et helhetlig behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, som inkluderer et lavterskeltilbud. Kompetanseutviklingsprosjektet unge med skadelig seksuell atferd (SSA i Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) startet. Hver helseregion organiserer tjenesten for at alle BUP, ved hjelp av veiledning, kan utrede og behandle barn og ungdom med SSA. Faglige råd for voldsrisikovurdering ble lansert. Det gjennomføres et tverretatlig behandlingsprosjekt av seksuallovbruddsdømte, inklusiv pedofile, hvor identifisering av høyrisikogruppen for tilbakefall er sentralt. Prosjektet ferdigstilles medio 2019. De er bevilget 19 mill. kroner for å gjøre behandlingstilbudet landsdekkende i 2019.

Barn og unge

Pakkeforløp for psykisk helse og rus gir anbefalinger for å sikre likeverdige tjenester, unngå unødig variasjon og styrke brukermedvirkning. Det er også en helsepolitisk målsetting å bidra til å sikre kunnskapsbaserte tjenester. RBUP Øst og Sør har utviklet en elektronisk håndbok om oppsummert kunnskap. Håndboken utfyller pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge ved å tilgjengeliggjøre oppsummert kunnskap om behandlingsmetoder. Barn i barnevernet er en sårbar gruppe. Siden 2014 er det iverksatt flere tiltak som samlet sett bidra til å styrke tidlig avdekking av behov for psykisk helsehjelp og tilrettelegge for lettere tilgang til psykiske helsetjenester for barn i barnevernet. I 2019 publiseres et Samhandlingsforløp for barnevern og psykisk helse og et nytt institusjonstilbud for barn med samtidig behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp startes opp.

Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid med å utvikle modeller for utredning, behandling og oppfølging av barn og ungdom med sammensatte hjelpebehov. Modellene bygger på komponenter fra ACT (Assertive Community Treatment team). Helsedirektoratet har levert en rapport på bruk av digital dialog hos fastlegen, e-konsultasjon med barn og unge omtalt som en mulig målgruppe.

Selv mord og selvskading

Helsedirektoratet har sammen med FHI og kompetansesentre på feltet nedsatt en gruppe som sammen drøfter relevante tiltak innen det selvmordsforebyggende arbeidet og hvordan dette skal prioriteres og understøttes av samtlige aktører. Bruker-, pårørende- og etterlatte organisasjoner har deltatt i dette arbeidet. Det finnes i dag mange gode tiltak i det selvmordsforebyggende arbeidet, som bør videreføres og videreutvikles. Arbeidet med evaluering av VIVAT, implementering av veiledende materiell for kommunene, veileder om ivaretagelse av etterlatte og e-læringsprogram i selvmordsrisikovurdering videreføres i 2019. "Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling" innføres tidlig i 2019.

Sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

På oppdrag fra Helsedirektoratet har SIFER kartlagt utskrivningsklare pasienter ved sikkerhetspsykiatriske avdelinger, for å identifisere årsaker til forsinket overføring til kommunene/andre deler av behandlingsapparatet. Direktoratet har revidert voldsrisikorundskrevet og de faglige rådene ble utgitt i mai 2018. Helsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer er rapport og anbefalinger om hvordan styrke helsetjenestene kan gjøres, oversendt HOD våren 2018 og nytt deloppdrag gitt til SIFER og direktoratet. Det gjennomføres et tverretatlig behandlingsprosjekt av seksuallovbruddsdømte, inklusiv pedofile, hvor identifisering av høyrisikogruppen for tilbakefall er sentralt i tillegg til utprøving av ny form for organisering av behandling og behandlingsmetodikk. Pilotprosjekt i rettspsykiatri utført med målsetning å bedre domstolens og politi/påtalemyndighetens tilgang til sakkyndige av høy kvalitet. Helsedirektoratet oversendt siste

delutredningsoppdrag med anbefalinger til HOD og JD våren 2018. Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet etablert ved St. Olavs hospital HF. r, og et normerende produkt knyttet til tvang i psykisk helsevern.

Tvang og kontrollkommisjonene

Aktivitetsdata fra 2016 til 2017 viser for første gang på mange år en liten nedgang i bruk av tvungen psykisk helsevern. Utviklingen antas å ha sammenheng med innskjerpede vilkår for muligheten til å etablere og opprettholde tvungent vern for samtykkekompetente pasienter (jfr. lovrevidering psykisk helsevernloven per sept. 2017). Vi ser likevel fortsatt store geografiske forskjeller i tvangsbruk. Tvangsmiddel brukes overfor flere pasienter i 2017 enn i 2016. Helsedirektoratet har startet arbeidet med å utvikle faglige anbefalinger om forebygging av bruk av tvangsinnleggelse, sterkere bruker- og pårørendeinvolvering, reduksjon av opplevde krenkelser og skånsom bruk av nødvendig tvang. I oppfølgingen av 54 kontrollkommisjoner, er det avholdt den årlige konferansen for alle medlemmene og egen opplæring for nye medlemmer. Det er utviklet et e-læringsprogram med et eget kurs om kravet om manglende samtykkekompetanse. Direktoratet har etablert en ressursgruppe for kontrollkommisjonene, for å sikre god og lik praksis på landsbasis.

Styringsparameter

● Antall bekymringsmeldinger fra helsepersonell etter helsepersonelloven til barnevern

Kommentar Siste tilgjengelig årsstatistikk fra SSB viser at det ble totalt sendt 10.054 bekymringsmeldinger fra helsepersonell til barnevernet. Det er en økning på 9,8 prosent (9.922 meldinger i 2016). Det ble i 2017 registrert 3.982 meldinger fra lege/sykehus/tannlege, 3.082 meldinger fra helsestasjon/skolehelsetjenesten, 1.452 meldinger fra psykisk helsevern for voksne, 1.328 meldinger fra psykisk helsevern for barn og unge og 210 meldinger fra pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

● Antall kommuner som har tatt i bruk BrukerPlan

Kommentar I 2017 brukte 19 nye kommuner BrukerPlan. 267 kommuner deltok i kartleggingen av brukere med rusmiddelproblemer (med eller uten psykisk tilleggsproblematikk) mot 264 i 2016. 23 206 tjenestemottakere ble kartlagt. Kommunene som deltok i 2017 dekker 84 prosent av landets befolkning i laderen 18 år og oppover. I 241 kommuner ble 30 964 brukere med psykisk helseproblematikk (uten antatt rusproblematikk) kartlagt. De 241 kommuner dekker 80 prosent av landets befolkning over 18 år. Dette er betydelig økning fra 2016, da 219 hadde tatt i bruk BrukerPlan for denne målgruppen. Totalt ble 54 170 brukere kartlagt med BrukerPlan i 2017, som er en økning på 7 500 brukere sammenlignet med 2016.

● Nasjonale brukerundersøkelser

Kommentar I forbindelse med innføring av pakkeforløp innen psykisk helse og rus har det vært gjennomført flere nasjonale brukerundersøkelser både innen psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og for TSB. Det har også vært gjennomført en nasjonal undersøkelse blant ansatte, samt en undersøkelse blant befolkningen. I forbindelse med Opptappingsplanen for rusfeltet har det vært gjennomført nasjonal brukerundersøkelse innen kommunale rustjenester.

● Nasjonale kartlegginger og analyser

Kommentar Det er gjennomført årlige kartlegginger av årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i alle kommuner/bydeler (SINTEF IS-24/8). I disse kartleggingene er det nå inkludert spørsmål relatert til bl.a. pakkeforløp, opptrappingsplan for rus, oppsøkende virksomhet, samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjenesten og oppfølging av barn/unge og eldre med psykiske helseplager. Det er utarbeidet en rekke analyser av spesialisthelsetjenesten innenfor prosjektet SAMDATA. Flere av analysene har fokusert på utviklingen de siste fem årene for alle tjenesteområdene. I tillegg har vi sett nærmere på omfang av tjenestetilbud for ruspasienter etter utskrivning. Det er også gjennomført analyser som viser at den sterke veksten i aktivitet og kostnader i rusbehandling (TSB) stoppet opp i 2017. Viser for øvrig til egen rapportering på BrukerPlan – kommunal kartlegging av brukere med rus- og eller psykiske helseproblemer.

3.2.4 Tannhelsetjenester

Langsiktige mål

● Fylkeskommunene samarbeider godt med pårørende, kommunene og spesialisthelsetjenesten om tilbudet til personer med lovfestede rettigheter etter tannhelsetjenesteloven

● Likeverdig tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester av god kvalitet

Samlet vurdering

De viktigste målene for arbeidet med tannhelsetjenester er å oppnå likeverdig tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester av god kvalitet, og oppnå at Fylkeskommunene samarbeider godt med pårørende, kommunene og spesialisthelsetjenesten om tilbudet til personer med lovfestede rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Dette arbeidet går etter planen. En av de viktigste leveransene er en ny nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge. Del 2 av denne retningslinjen vil komme i 2019.

Helsedirektoratet forvalter 11 tilskuddsordninger knyttet til tannhelse, blant annet tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO) som har høy politisk prioritet. Det har vært utfordringer knyttet til dette, og tilbudet har fått oppmerksomhet i media. Dette er en oppgave vi vil styrke.

Det er varierende grad av samarbeid mellom kompetansesentrene og de odontologiske fakultetene. Forskningsstrategien «Sammen om kunnskapsløft for oral helse» som ble lansert av regjeringen i september 2017, legger viktige føringer for forskningen på tannhelsefeltet. Den inneholder konkrete tiltak som skal følges opp, og gir råd til forskningsvirksomhetene, bla. om samarbeid og koordinering av forskningen. Vi har opprettet et forskningsnettverk mellom kompetansesentrene for å ivareta dette.

Styringsparameter

● Nødvendige spesialisttjenester til personer med rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp

Kommentar Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2017 Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre en kartlegging med hensikt å beskrive hvordan odontologiske spesialisttjenester er ivaretatt og organisert til innbyggere med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. I tillegg skulle det kartlegges hvordan disse tjenestene er finansiert, hvor store kostnader tjenestene medfører for henvisende enhet og i hvilken grad det er utarbeidet kriterier for henvisning til spesialisttjenestene.

Helsedirektoratet har gjennomført kartlegging blant de øverste lederne av Den offentlige tannhelsetjenesten og de odontologiske kompetansesentre. Endelig rapport basert på

kartleggingen ble oversendt HOD desember 2018. Helsedirektoratet vil deretter vurdere oppfølging av rapporten og eventuelt oppfølgingsoppdrag fra HOD.

Økt aktivitet - forskning og fagutvikling ved de regionale odontologiske kompetansesentrene og NIOM, og økt forskningsstøtte fra UiO og UiB til kompetansesentrene og til UiT

Kommentar Det er opprettet et forskningsnettverk mellom kompetansesentrene som skal være en samarbeidsarena, et sted for kompetanseutveksling og deling av informasjon. Forskningsaktiviteten har økt de siste årene og forventes å øke ytterligere framover. Det er varierende grad av samarbeid mellom kompetansesentrene og de odontologiske fakultetene. Forskningsstrategien «Sammen om kunnskapsløft for oral helse» som ble lansert av regjeringen i september 2017, legger viktige føringer for forskningen på tannhelsefeltet. Den inneholder konkrete tiltak som skal følges opp, og gir råd til forskningsvirksomhetene, bla. om samarbeid og koordinering av forskningen. Nordisk Institutt for odontologiske materialer (NIOM) har ansvar for å lede nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse. Helsedirektoratet er observatør i denne gruppen og første møte ble avholdt høsten 2018. Finansieringen av forskningsaktiviteten bla. ved kompetansesentrene og NIOM skal legges om f.o.m. 2020 og ressurser skal allokere Norsk Forskningsråd, som deretter tildeler midler etter søknad.

3.3 Spesialisthelsetjenester

Langsiktige mål

- Høy kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten
- Relevant og pålitelig styringsinformasjon
- Tilstrekkelig kapasitet og gode pasientforløp

Samlet vurdering

På spesialisthelsetjenestefeltet har vi en betydelig portefølje av oppgaver fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). De fleste av disse oppdragene er levert med ønsket kvalitet og innretning. En del av oppdragene har fått utsatt tidsfrist, men det har skjedd i samråd med HOD. Siden kompetansen på spesialisthelsetjenestefeltet trengs i en rekke arbeidsprosesser, har våre medarbeidere bidratt i mange prosesser som andre avdelinger og divisjoner i direktoratet har hatt hovedansvaret for.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus er et eksempel på slikt et arbeid som nå er forankret i avdeling for psykisk helse og rus i divisjon for folkehelse, men hvor vi fortsatt gir viktige bidrag. Dette er et viktig tiltak som vil bedre tilgangen til og kvaliteten på helsetjenestene for disse pasientgruppene. Arbeidet er i rute, og vi har fått gode tilbakemeldinger fra fagmiljøene til tross for at dette før lansering var et konfliktfylt område med mange sterke meninger. Den største utfordringen fremover er å implementere pakkeforløpene, og det er fortsatt skepsis som må overvinnes. Pakkeforløpene vil kreve nye arbeidsformer for både kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Persontilpasset medisin er et annet prosjekt som krever bidrag fra mange enheter i direktoratet. Vi prioriterer nå opp vår innsats på dette området.

Et av de viktigste målene for divisjonen er å oppnå bedre pasientforløp gjennom å få til bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er et bindeledd mellom disse behandlingsnivåene. Derfor har vi samarbeidet nært med KS, de fire regionale helseforetakene og flere kompetansesentre for å styrke kvaliteten på dette arbeidet. Vi har også samarbeidet med Gjensidigestiftelsen om den nasjonale førstehjelpsstrategien "Sammen redder vi liv" som skal sikre livslang opplæring av befolkningen slik at også legfolk kan bli en del av et effektivt og sammenhengende pasientforløp for pasienter med akutte tilstander.

Helsedirektoratet har etablert to piloter i to ulike legevaktsdistrikter i små og mellomstore kommuner med mål om å prøve ut ulike modeller for organisering av helseberedskap som ivaretar befolkningens behov for

øyeblikkelig helsetjenester, samtidig som fastlegeressursene brukes mest mulig hensiktsmessig. Ordningen skal følge-evalueres gjennom pilotperioden på tre år.

Arbeidet med rehabiliteringsfeltet har profitert på å ha blitt samlet i en avdeling etter OU-prosessen. Dette er et felt som også passer godt inn i tiltenkt logikk i forløpsdivisjonen, i og med at det er et felt der samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen er særlig sentralt. Flere aktiviteter på feltet støtter potensielt sett opp om de langsiktige målene på spesialisthelsetjenesteområdet.

Styringsparameter

- Maks. 12 måneders saksbehandlingstid på søknader fremmet gjennom Stortingets rettsferdsvederlagsordning og som reiser spørsmål av helsefaglig karakter

Kommentar Fra forrige rapportering i august 2018 er gjennomsnittlig saksbehandlingstid redusert fra 15 til 13 måneder. Det er en restanse på 2 saker fra 2017, begge disse er under arbeid. Restanse fra 2018 er 31 saker, totalt 33 saker.

3.4 Beredskap

Langsiktige mål

- God beredskap og krisehåndtering bygd på risikooversikt, erfaring fra hendelser og øvelser
- Styrke beredskapen for drikkevann, IKT, legemidler, materiell og øvrig kritisk infrastruktur
- Styrke beredskapen mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer – CBRNE-beredskap
- Styrke sivil-militært og internasjonalt helseberedskapssamarbeid
- Verne befolkningens liv og helse og sørge for nødvendig helsehjelp i kriser og krig

Samlet vurdering

Den nasjonale helseøvelsen i 2018 og NATO-øvelsen TRJ18 har dannet rammen for direktoratets arbeid med beredskap i 2018. Fokus har vært på helsetjenestens evne til å understøtte Norges kapasitet til å håndtere en nasjonal krise hvor krig truer. Norges rolle som vertslandsstøtte til NATO-styrker og helsetjenestens evne til å håndtere masseskadesituasjoner i en krigslignende situasjon, har - sammen med sektorens evne til ledelse og koordinering, stått sentralt i dette arbeidet. De to øvelsene blir fulgt opp gjennom et omfattende evalueringssopplegg som avsluttes våren 2019. Læringspunktene vil bli brukt til systematisk utvikling og implementering av konseptene inn mot ferdigstillingen av totalforsvarprogrammet i 2020. I etterkant av TRJ18 har NATO beskrevet øvelsen som svært vellykket og det sivil-militære samarbeidet som et godt eksempel for andre land.

Flytte til Vitaminveien 4

Direktoratets krisefunksjoner har flyttet til Vitaminveien 4 og alle funksjoner er etablert på en god måte. Noen tekniske utbedringer og mangler gjenstår.

Krisehåndtering

Direktoratets- og helsetjenestens krisehåndteringsevne er øvet og testet under NATO-øvelsen TRJ18. Evaluering og oppsummering ferdigstilles medio 2019.

3.5 Internasjonalt samarbeid

Langsiktige mål

- Gjennom deltakelse i internasjonale fora av relevans for direktoratets ansvar, bidra til å fremme norske synspunkter og posisjoner i tråd med regjeringens politikk
 - God nasjonal oppfølging av saker som fremmes internasjonalt.
-

Samlet vurdering

Avdeling global helse og dokumentasjon er Helse- og omsorgsdepartementets fagavdeling for global helse. Avdelingen er også Helse- og omsorgsdepartementets kontaktpunkt for internasjonale saker. Avdelingen bruker fagdirektoratollen i sin oppgaveutøvelse og spiller derfor på Helse- og omsorgsdepartementets øvrige fagavdelinger ved behov.

Gjennom 2018 har avdelingen støttet helsedirektørens og Helse- og omsorgsdepartementets deltakelse i verdens helseorganisasjon (WHO). Det har vært gjennomført en rekke internasjonale møter og samarbeid med sentral helseforvaltning. Antibiotikaresistens og universell helsedekning er eksempler på viktige temaer som har vært tatt opp. Avdelingen har, med innspill fra blant annet FHI, rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet og Utenriksdepartementet på nasjonal oppfølging av FNs bærekraftsmål. Avdelingen er nasjonalt kontaktpunkt for EUs helseprogram og koordinerte nomineringen av norske partnere i myndighetssamarbeidet Joint Actions. Helse- og omsorgsdepartementet er fra 2019 norsk partner i Joint Actions på beredskap og Internasjonalt helsereglement (IHR). I tillegg har avdelingen et ansvar for den administrative koordineringen av direktoratets deltakelse i Joint Actions. Avdelingen koordinerer Helse- og omsorgsdepartementets samlede engasjement med EØS-finansieringsordningene, og har også gjennomført arbeid som donorprogrampartner for Polen og Romania. Avdelingen har gjennom sitt følge-med-arbeid og kompetanse på global helse bidratt til utviklingen av saksgrunnlag for Helse- og omsorgsdepartementets og Norges deltakelse i internasjonal sammenheng (blant annet nordisk helse- og sosialdirektørmøte og EUs helsedirektørmøte). Som en del av sitt følge-med-arbeid i internasjonal sammenheng, innhenter avdelingen faglig kunnskap som tas med inn i direktoratets oppgaveløsning.

3.6 Finansiering, helserefusjoner og helseregistre

Langsiktige mål

- Finansieringsordninger som bidrar til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet
 - Legge til rette for deling og gjenbruk av data i Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt bruker- og pasientregister (KPR), jf. Helsedataprogrammet
 - Levere styringsinformasjon av god kvalitet til Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og kommunene
-

Samlet vurdering

Helse- og omsorgsdepartementet har et helhetlig ansvar for forvaltning og videreutvikling av finansieringssystemene i helsetjenesten. Arbeid med ISF-ordningen (innsatsstyrt finansiering) har særlig dreid seg om å understøtte hurtigere diagnostikk og avklaring av øyeblikkelig hjelp-pasienter og nye digitale tjenesteplattformer, samt å legge til rette for forløpsbasert finansiering. I omorganiseringen av Helse- og omsorgsdepartementet i 2018, ble alle finansieringsordninger samlet i en divisjon og det ble opprettet en egen tilskuddsavdeling. Formålet var å se finansieringsordningene i sammenheng. Helse- og omsorgsdepartementet videreutvikler de ulike finansieringsordningene for helsesektoren i tråd med målsetningen om at disse skal bidra til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet. For kommunale helse- og omsorgstjenester har utviklingsarbeidet særlig vært knyttet til utvikling av finansieringsmodeller for understøttelse av bl.a. primærhelseteam og innen kommunale fysioterapi- og rehabiliteringstjenester. Innen helserefusjonsområdet for øvrig har innsatsen særlig vært innrettet mot overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene, og endringer i skjermingsordningene for egenandeler.

Arbeidet med EDiT (Enklere digitale tjenester) skal full-digitalisere refusjons-ordningene som forvaltes av Helfo. Gevinstene ved dette er at behandlerne skal bruke mindre tid på administrasjon og mer tid på behandling, pasientene skal få oppfylt sine rettigheter på en enklere måte og forvaltningen av ordningene skal bli mer effektiv.

Helsedirektoratet leverer styringsinformasjon både gjennom utleveringer av data/statistikk og gjennom utvikling av nye publiseringsløsninger. Det ble i 2017 utført om lag 1428 utleveringer av data og statistikk, og nivået ligger på omtrent samme nivå i 2018. Dette er eksempler på leveranser av styringsinformasjon: nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten, aktivitet i somatiske sykehus, tid til tjenestestart for utvalgte pasientgrupper, konsesjonsdata til RHF, ventetider, fristbrudd, pasientrettigheter, aktivitets- og forløpsindikatorer for pakkeforløp kreft m.m.

NPR har en formell nøkkelregisterrolle overfor Hjerte- og karregisteret, Kreftregisteret, Mine pasientreiser og Kjernejournal, i tillegg legger Helsedirektoratet til rette for deling og gjenbruk av data fra norsk pasientregister (NPR) og kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) gjennom årlig 1200 utleveringer. KPR ble lansert våren 2018 med data fra KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner). Statistikk publiseres med løpende oppdatering i dashboards på Helsedirektoratets nettsider, mens befolkningen kan begjære innsyn og reservasjon på helsenorge.no. Det er planlagt gradvise utvidelser av innholdet i KPR framover og data fra kommunal omsorgstjeneste vil bli innrapportert til Helsedirektoratet fra januar 2019. Det er etablert tekniske løsninger med økt sikkerhet og økt fleksibilitet som gir grunnlag for hyppigere innsendinger. Det er videre utredet hvordan eksisterende meldinger i helsenettet kan utnyttes til registerformål og hvordan data fra skole- og helsestasjon skal integreres i registeret.

Det har vært en utstrakt bruk av Norsk pasientregister til både styrings- og forskningsformål gjennom 2018, og NPR er det desidert mest brukte registeret av alle helseregistre. Det ble gjennomført ca. 1400 utleveringer av data og statistikk i 2018. Det er gjennomført utvidelser og forbedring av statistikk som tilgjengeliggjøres på helsedirektoratet.no, dette forenkler tilgangen til opplysningene i registeret. Det er videre påbegynt arbeid for å utvide registeret med data om bla. nye pakkeforløp, stråleterapi og kostnadsdata. For opplysninger om h-resept er det implementert en løsning for gjenbruk av opplysninger som er innrapportert til Helfo, framfor at helseforetakene selv rapporterer dette til NPR, dette forbedrer kvalitet i data og reduserer rapporteringsbyrden for helsetjenesten.

Styringsparameter

Andel korrekt registrert informasjon om pasientenes behandlingssted på episode

Kommentar Helsedirektoratet har etablert månedlig tilbakemelding som gir helseforetakene oversikt over kvaliteten på rapportering av behandlingssted, det har også gjennom 2018 vært tett dialog med helseforetakene og systemleverandørene om kvaliteten. Helseforetakene har forbedret seg gjennom 2018, men målet om 100 % korrekthet er likevel ikke nådd. Oppfølgingen av helseforetakene vil fortsette i 2019.

Antall formidlede pasienter som følge av fristbrudd

Kommentar Dette styringsparameteret kan ikke rapporteres på ennå, da årsrapport fra Helfo ikke er ferdigstilt. Det forventes at Helfos årsrapport ferdigstilles i starten av februar, og vi vil da registrere resultatet for dette styringsparameteret.

Antall registrerte fristbrudd

Kommentar I 2018 ble det registrert 10 263 saker, dette er en økning på 12 % fra 2017.

Behandlingstid på søknader om utlevering, antall behandlede søknader og antall utleveringer av data fra NPR

Kommentar Gjennomsnittlig behandlingstid for alle søknader var 88 dager, for forskningsformål 213 dager. Sammenlignet med 2017 var det økt saksbehandlingstid for ferdigstilte forsknings saker, økningen forklares ved at mange søknader med lange ventetider er ekspedert, tidene vil bli svært mye lavere i 2019. Antall utleveringer til forskningsformål har økt med 40 % sammenlignet med 2017, antall anonyme leveranser er redusert. Arbeidet med utlevering av data til forskningsformål ble styrket høsten 2018.

Brukertilfredshet

Kommentar	Andel fornøyde brukere	Resultat	Prestasjonsmål
-	Nett-tjenester; Helfos områder på helsenorge.no	Ikke ferdigstilt	80 %
-	800HELSE kontaktskjema/epost	80 %	75 %
-	800HELSE telefon	87 %	85 %
-	Fristbruddpasienter (begrenset til Helfos tjenester)	91 %	90 %
-	Helfos administrasjon av fastlegeordn. (kommuner)	Gj.føres i 2019	75 %
-	Besvarelse epost til helseaktørene	67 %	80 %
-	Telefontjenestene helseaktørene	88 %	85 %
-	Besvarelse epost til private legemiddelområde	56 %	70 %
-	Telefonveiledning for private legemiddelområde	78 %	80 %

Gjennomsnittlig behandlingstid for frikort

Kommentar 2018: Tak 1: 9 dager. Tak 2: 10 dager.

Saksbehandlingstid innen de største stønadsområdene

Kommentar	Gjennomsnittlige saksbehandlingstider angitt per tertial 2018			
	1.tertial	2.tertial	3.tertial	
-	§ 5-24 ordinær refusjon behandling utland (utenom EØS)	25,4	23,6	16,9 dager
-	§ 5-24 utvidet refusjon behandling utland (utenom EØS)	17,2	26,4	18,0 dager
-	§ 5-24a forhåndstilsagn behandling utland (EØS)	27,7	31,6	34,4 dager
-	§ 5-24a refusjon behandling utland (EØS)	35,2	53,7	47,4 dager
-	§ 5-14 legemidler – prioriterte saker	5,0	5,1	5,1 dager
-	§ 5-14 legemidler – øvrige saker	19,3	26,3	23,1 dager
-	§ 5-22 bidrag forhåndstilsagn	26,0	25,0	20,0 dager
-	§ 5-22 bidrag refusjon	15,6	11,6	9,6 dager
-	§ 5-6 tannhelse	13,6	33,1	30,5 dager

Saksbehandlingstidene i Helfo på klagesaksområdet (1. instans) skal ligge på lavere nivå enn i 2017

Kommentar Saksbehandlingstid for klagesaker er ikke tidligere rapportert. Måling og rapportering av saksbehandlingstid for klagesaksområde vil skje fra og med 2019.

Servicenivå

Kommentar	Resultat	Prestasjonsmål	
-	Ventetid 800HELSE totalt	71 sek	80 sek
-	800HELSE skjema/epost besvart innen 2 virkedager	100 %	100 %
-	800HELSE svarprosent	94 %	90 %
-	Epost helseaktører besvart innen 2 virkedager	78 %	100 %
-	Svarprosent telefon helseaktører	89 %	90 %
-	Gjennomsnittlig ventetid telefon helseaktører	99 sek	60 sek
-	Manuell behandling europeisk helsetrygdkort	98 %	100 %
-	FBV godkjenning innen 6 uker	50 %	100 %
-	Fristbrudd saksbehandlingstid innen 10 virkedager	80-93 %*)	100 %

*) Usikkerhet

3.7 Kvalitet, pasientsikkerhet og brukerinvolvering

Langsiktige mål

- Bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser i hele helse- og omsorgstjenesten
 - Et mer brukerorientert og pasientsentrert helse- og omsorgstilbud
 - Ha kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten, samt oversikt over områder hvor det er behov for kvalitetsforbedring, mindre variasjon og økt kunnskap
 - Støtte tjenestens systematiske arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og bidra til å legge til rette for kommunenes deltakelse i pasientsikkerhetsprogrammet i "I trygge hender"
-

Samlet vurdering

Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet har levert de produktene som var forutsatt, og har laget en plan for hvordan det skal arbeides videre med kvalitet og pasientsikkerhet nå når programmet legges ned og aktiviteten skal inngå i linjen. Arbeidet vil dels bestå i å implementere kvalitetsforskriften og på den måten bevisstgjøre ledere og institusjoner om det ansvaret de har for å sørge for høy kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene, og dels i å gi kommuner og helseforetak et godt verktøy for å arbeide med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Siden vi ikke lenger har den nasjonale styringsgruppen, tenker vi dels å bruke sektorrådet som arena for å innhente informasjon og holde oppmerksomheten oppe, og dels benytte fagdirektørene i helseforetakene.

Målet om at 75 % av landets kommuner skal ha implementert en eller flere tiltakspakker fra pasientsikkerhetsprogrammet er nådd (76%). Målet om reduksjon av pasientskade med 25 % innen utgangen av 2018 er ikke nådd. Pasientskader er i perioden redusert fra 16 % til 14 % og har ligget relativt stabilt de senere årene. Pasientsikkerhetsprogrammet har gjennom opplæringsprogrammer og læringsnettverk på innsatsområder overført kunnskap og støttet tjenestenes systematiske arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

En vei inn

Prosjektet har som oppgave å etablere et felles meldesystem som skal gjøre det enklere for helsetjenesten å melde om uønskede hendelser. I dag oppleves det som for tungvint å melde, blant annet fordi meldeordningene har hvert sitt system for innrapportering, organisering og drift.

Første versjon av felles meldesystem gikk i produksjon 01.11.18. Den inkluderer meldeordningen for bivirkninger av legemidler, som eies av Statens legemiddelverk. Dette er en betydelig forbedring både kvalitetsmessig og ressursmessig. En vei inn-løsningen skal nå utvides til å inkludere flere meldeordninger, blant annet samtlige bivirkningsordninger (vaksiner, kosmetikk og kosttilskudd), medisinsk utstyr og varselordningene til Helsetilsynet og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten.

Styringsparameter

- **Andel kommuner som har tatt i bruk en eller flere tiltakspakker fra pasientsikkerhetsprogrammet (mål: 75 %)**
-

Kommentar Sannsynligheten for å nå målet er høy.

- **Antall læringsnotater fra Meldeordningen skal øke sammenliknet med i 2017 (bør være minst 10 i året)**
-

Kommentar Ressursene er prioritert brukt til utvikling av ny saksbehandlingsløsning og implementering av nytt nasjonalt kodeverk.

- Kvalitetsindikatorer for pasientskade (målt ved bruk av GTT-metoden), og pasientsikkerhetskultur er på egnet måte inkludert i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Kommentar Igangsatt arbeid med å utrede om det er mulig å utvikle kvalitetsindikatorer som kan måle omfanget av pasientskader (basert på GTT-undersøkelsen), og andel sykehus med moden pasientsikkerhetskultur (basert på undersøkelsen ForBedring). Arbeidet er forsinket, men vil fortsette i 2019.

3.8 Forskning og innovasjon

Langsiktige mål

- Helsedirektoratet skal støtte forskning, innovasjon og implementering av ny kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgstjenesten og innen forebygging.

Samlet vurdering

Velferdsteknologiprogrammet er et av de viktigste utviklingsprosjektene på omsorgsområdet. Det ble startet opp i 2013 og hadde som formål å øke omsorgskapasiteten for å imøtekomme fremtidens behov for pleie og omsorg med økende antall eldre, og mangel på nok helsepersonell. Dette er en av våre største samfunnsutfordringer som vil kreve nytenkning og innovasjon.

Velferdsteknologiprogrammet består av fem oppdrag gitt fra HOD til Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Oppdragene løses samlet, og målet er at velferdsteknologi skal være en del av tjenestetilbudet innen 2020, og at helse- og omsorgssektoren da integrerer velferdsteknologi i sitt tjenestetilbud og realiserer gevinster som følge av dette. Innføring av trygghets- og mestrings teknologi er i rute, og ved utløpet av 2018 er 329 kommuner i gang.

Vi vil spesielt fremheve prosjektet med medisinsk avstandsoppfølging. Det er etablert ny utprøving av dette med 6 prosjekter som skal dekke opp 600 pasienter der vi benytter RCT som forskningsdesign. Gjennomføringen er knyttet til pilot for primærhelseteam med tre overlappende kommuner.

Det er også gjennomført helsefaglige og juridiske vurderinger av hvilke data fra velferdsteknologiske løsninger som er journalverdig informasjon og hvordan dokumentasjonsplikten skal ivaretas. Dette er viktige avklaringer for at helsetjenesten skal kunne ta i bruk teknologien.

3.9 Personell og kompetanse

Langsiktige mål

- Bidra til godt kunnskapsgrunnlag, vurderinger og analyser av utfordringer, behov og løsninger på området
- God ivaretagelse av autorisasjons- og godkjenningsordninger for helsepersonell
- Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell med riktig kompetanse i helse- og omsorgssektoren

Samlet vurdering

Personell er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektoren er avhengig av kvalifisert og kompetent helsepersonell i tilstrekkelig omfang.

- I helse- og omsorgstjenestene ble det utført ca. 272 511 årsverk i 2017.

- Fra 2016 til 2017 økte antall årsverk i spesialisthelsetjenesten med 1 prosent til totalt 114 007 årsverk.

Kompetanseløft 2020 (K2020) er Regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fram mot år 2020. Formålet til Kompetanseløftet 2020 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å sikre at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Tiltak og tilskuddsordninger under K2020 ser foreløpig ut til å ha bidratt til økt kompetanse, styrket ledelseskunnskap og utvikling mot større faglig bredde. På bakgrunn personellstatistikken for 2017 og rapporteringen av de ulike tiltakene i planen, vurderer Helsedirektoratet at utviklingen er i tråd med formålet:

- en vekst på 5 950 årsverk eller 4 199 sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som helhet fra året før, totalt var det 158 504 årsverk. Dette representerer 3,8 prosent økning i årsverk og 2,0 prosent økning blant sysselsatte. Dette gir en sterkere vekst sammenlignet med årene tidligere. Antallet nye årsverk er betydelig høyere enn antall nye sysselsatte. Det kan tyde på at tidligere deltidssysselsatte har økt sine stillingsbrøker, og at nye sysselsatte i større grad har fått heltidsstillinger. Dette er positivt, særlig for kontinuitet i tjenesten og bruken av riktig kompetanse

-Antall sykepleierårsverk har økt mellom 2010 og 2017. I 2010 ble det utført 10 895 sykepleieårsverk i hjemmebaserte tjenestene mot 14 893 i 2017. For institusjon økte tallene fra 13 347 i 2010 til 16 698 i 2017. Økningen har vært særlig sterk i institusjonsbaserte tjenester, bl.a. grunnet etablering av øyeblikkelig-hjelp-døgnplasser i kommunene.

-I perioden 2015 til og med 2017 har det vært en økning i de fleste yrkesgrupper innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten, noe som fører til at det blir blant annet flere helsesøstre, sykepleiere og fysioterapeuter per innbygger mellom null og 20 år. Det har derimot vært liten endring i antall leger per innbygger mellom null og 20 år

- Andelen menn i yrker som sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester har hatt en liten økning siden 2015 med henholdsvis 0,2 prosentpoeng flere mannlige sykepleiere og 1,1 prosentpoeng flere mannlige helsefagarbeidere.

1. mars 2017 ble ny spesialistutdanning for leger iverksatt. Helsedirektoratet har hatt ansvar for å beslutte læringsmål og spesialitetsstruktur. I 2018 ble det vedtatt 4 898 læringsmål i 46 spesialiteter som iverksettes i ny ordning. I 2019 trer siste del av utdanningsløpet i kraft. Det er etablert en digital kompetanseportal for oppfølging og dokumentasjon av læringsmål for leger i spesialisering (LIS). Portalen gjør det mulig for alle LIS å følge progresjonen i hele sitt spesialistløp uansett hvilken spesialitet de har, og om arbeidsgiver er innen spesialisthelsetjenesten, en kommune eller hos private. Kompetanseportalen vil automatisere søknad om spesialistgodkjenning, og vil gi gode muligheter for å innhente styringsdata for å følge med på helhet og kvalitet i utdanningen. Tidligere godkjente utdanningsinstitusjoner i gammel ordning, må søke på nytt om godkjenning som utdanningsvirksomhet i ny ordning.

I 2018 utredet Helsedirektoratet dimensjonering av antall LIS1-stillinger for leger ut i fra tjenestenes kapasitet og behov. Dimensjoneringen av LIS1-stillinger må basere seg på det nasjonale behovet for leger og legespesialister. Det største hinderet for opprettelse av flere LIS1, er begrensede ressurser til supervisjon og veiledning, samt kapasitetsutfordringer knyttet til opprettelse av kommuneplasser.

Helsedirektoratet leverte i desember 2018 en rapport med forslag til nasjonal studieplan for ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie og utkast til hørings spørsmål til planen, samt økonomisk administrativ konsekvensanalyse for statlig forvaltning ved innføring av spesialistgodkjenning for sykepleiere med denne utdanningen. Det har vært stor grad av enighet hos involverte aktører og interessenter om det endelige forslaget.

Det skjer raske og store endringer i helsetjenesten, og kompetanse- og personellbehovene forandrer seg i takt med dem. Kunnskapsgrunnlag, vurderinger og analyser på dette området utarbeides av forskjellige fagmiljøer i direktoratet. Helsedirektoratet har flere registre og datakilder som bidrar til godt kunnskapsgrunnlag, blant annet Helsepersonellregisteret, Legestillingsregisteret, Fastlegeregisteret m.m. Årlig publiseres rapport om leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten og statusrapport for søknader og tilsetting i LIS1-stillinger (2 ganger årlig). I tillegg til de faste oppdragene har vi 2018 særlig bidratt med en rekke data og analyser til bruk i trepartssamarbeidet for fastlegeordningen, og bruk av utenlandsk utdannet helsepersonell til bruk i den nye helse- og sykehusplanen. Nye framskrivninger av helsepersonellbehov har vært under utarbeidelse i SSB i 2018, og vil bli framlagt i mars 2019.

Autorisasjoner i 2018

Autorisasjoner og lisenser

Det er behandlet ca. 20 200 søknader om autorisasjon og lisens i 2018. Det ble gitt 1065 avslag og 205 avslag med praksisløp, som utgjør 6,3 % av de behandlede søknadene. Det ble innvilget 16 416 autorisasjoner og 2 500 lisenser, fordelt på 29 profesjoner. Se tabell 1 for oversikt over antall innvilgede autorisasjoner og lisenser.

Yrkeskode	Norge		Norden		EU/EØS		Andre		Totalsum	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Ambulansearbeider (AA)	338	331	7	2	10	6	1	0	356	339
Apotektekniker (AT)	223	236	0	1	10	8	26	2	259	247
Audiograf (AU)	38	33	1	0	0	0	0	0	39	33
Bioingeniør (BI)	226	265	10	9	11	15	19	13	266	302
Ergoterapeut (ET)	220	253	14	10	1	1	1	0	236	264
Provisorfarmasøyt (FA1)	199	199	11	16	47	51	11	8	268	274
Reseptarfarmasøyt (FA2)	108	113	8	5	3	0	541	300	660	418
Fiskehelsebiolog (FB)	16	25	0	0	0	0	0	0	16	25
Fotterapeut (FO)	44	58	1	1	1	0	0	0	46	59
Fysioterapeut (FT)	641	576	85	67	90	95	18	9	834	747
Helsesekretær (HE)	555	533	0	0	2	2	8	0	565	535
Helsefagarbeider (HF)	3 818	3 862	221	241	33	25	564	12	4 836	4 140
Jordmor (JO)	109	131	94	64	34	7	0	0	237	202
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	17	49	7	7	0	1	0	0	24	57
Kiropraktor (KI)	0	0	5	5	75	62	19	15	99	82
Lege (LE)	1 607	1 266	481	471	1 567	1 204	748	301	4 403	3 242
Ortopediingeniør (OI)	0	10	5	9	0	8	1	4	6	31
Optiker (OP)	43	71	8	14	16	14	10	1	77	100
Ortoptist (OR)	0	0	1	0	4	4	2	1	7	5
Perfusjonist (PE)	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Psykolog (PS)	254	271	253	168	50	29	8	5	565	473
Radiograf (RA)	161	157	8	6	11	9	4	3	184	175
Sykepleier (SP)	4 004	4 074	789	828	488	327	98	42	5 379	5 271
Tannhelsesekretær (TH)	191	198	3	2	9	12	12	0	215	212
Tannlege (TL)	127	128	19	36	174	138	23	35	343	337
Tannpleier (TP)	74	61	3	3	6	4	0	0	83	68
Tanntekniker (TT)	10	7	4	1	17	16	3	0	34	24
Veterinær (VE)	181	198	19	15	184	170	1	6	385	389
Vernepleier (VP)	844	864	0	0	0	0	0	0	844	864
Totalsum	14 048	13 969	2 058	1 982	2 843	2 208	2 118	757	21 267	18 916

Tabell 1

Det var i 2018 en betydelig nedgang i antall autorisasjoner som ble gitt til leger, reseptarfarmasøyter og helsefagarbeidere. I tillegg til lavere søknadstall, kan denne nedgangen forklares med at disse gruppene må gjennomføre tilleggskrav etter at de er vurdert jevn gode eller å inneha nødvendig kyndighet før autorisasjon kan innvilges.

Som følge av praksisendring høsten 2016 har kandidater med master i psykologi fra ELTE-universitetet i Budapest fått avslag på søknad om autorisasjon og/eller lisens for å gjennomføre praksis. Helsedirektoratet leverte i 2018 et program som kunne kvalifisere disse kandidatene for autorisasjon, gjennom et nytt og mer komprimert kompletterende tiltak for en avgrenset gruppe ELTE-utdannende. Dette tiltaket var basert på innspill fra og samarbeid med representanter de regionale helseforetakene og de fire norske universitetene som tilbyr profesjonsutdanning i psykologi. I juni 2018 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å presisere og implementere en av modellene med oppstart senhøsten 2018. Tiltaket varer frem til 2022 og omfatter 3 kull kandidater, uteksaminert fra ELTE i 2016-2018. Tiltaket har for hvert kull en varighet på 14 måneder, og innebærer teoretiske samlinger i regi av fire universiteter, samt praksis med forsterket veiledning i spesialisthelsetjenesten.

Spesialistgodkjenning i 2018

Søknader og vedtak i 2018 - spesialistgodkjenning	2015	2016	2017	2018
Antall mottatte søknader i perioden	1733	1910	2057	1927
Antall behandlede søknader	1650	1679	2503	1777
Antall avslag	32	66	109	72
Antall innvilgede søknader	1325	1613	2394	1705
Antall forlengelse av tilleggskst (Resertifisering)	453	479	619	482
Antall spesialistgodkjenning allmenmedisin	167	167	294	212
Antall spesialistgodkjenninger sykehusspesialiteter	633	692	1059	731
Antall konverteringer fra annet EU/EØS-land eller Sveits	293	204	356	222

I de siste årene er det mottatt stadig flere søknader om spesialistgodkjenning. Antall søknader har hvert år vært høyere enn antall vedtak. Trenden er at antall søknader og antall vedtak øker. I tillegg er det en økning i andelen kompliserte søknader. Dette ses ved at antall jevngodhetsvurderinger har økt betydelig, fra 7 i 2016 og 2017 til 23 i 2018. Denne type søknader er kompliserte søknader fra land utenfor EU/EØS som er svært ressurskrevende. Innføring av ny spesialistutdanning vil effektivisere søknadsbehandlingen betydelig. Overgangsordningen varer imidlertid til 2022, og i disse årene skal ny og gammel ordning drives parallelt. Det vil derfor gå en tid før man ser effekten av digitaliseringen og automatiseringen.

Styringsparameter

Andel saker på autorisasjons- og godkjenningsområdet som er behandlet innenfor angitt saksbehandlingstid

Kommentar Minst 90 prosent av sakene blir behandlet innenfor normert saksbehandlingstid både for spesialistgodkjenning og autorisasjoner. Søknader fra utenfor EU/EØS kan ta noe lengre tid på grunn av anmodning om dokumentasjon og innhenting av faglige råd

Andre aktiviteter

3.10 Tilskuddsforvaltning

Tilskudd er et viktig virkemiddel for å nå politiske mål innen helseområdet.

Helsedirektoratet er blant de største tilskuddsforvaltere i staten med ansvar for 174 tilskuddsregelverk.

Tilskuddsordningene direktoratet forvalter er svært ulike med hensyn til hva man skal oppnå med ordningen, størrelsen på budsjettene, hvem som kan søke og hva det gis midler til.

De fleste ordninger forvalter direktoratet selv, men for noen ordninger er forvaltningen delegert til andre, for eksempel Fylkesmannen eller fylkeskommunene.

I 2018 utbetalte direktoratet 16,5 mrd. kr i tilskudd, hvorav den største ordningen «Særlig ressurskrevende helse- og sosialtjenester» utgjorde 9 mrd. kr.

Direktoratet rapporterer årlig tilbake til Helse- og omsorgsdepartementet på måloppnåelse for de ulike ordningene. I tillegg blir det etter vurdering av vesentlig og risiko gjennomført evalueringer av ordninger.

Helsedirektoratets tilskuddsordninger kunngjøres på www.helsedirektoratet.no. Ordningene er kunngjøringspliktige, med noen unntak.

Tilskuddsforvaltningen er i stor grad digitalisert, gjennom tilskuddsverktøyet TIFO fra 2014 og elektroniske søknads- og rapporteringsskjema i Alt inn.

I 2018 ble følgende evalueringer gjennomført:

Kap. post	Navn på tilskuddsordning	Navn på evaluering
0762.73	Forskrift om tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner	"Evaluering av tilskudd til arbeid innen feltet HIV og seksuelt overførbare infeksjoner"
0761.79	Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet	"Evaluering av tilskuddsordning for aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet"

Videre pågår det evalueringer av tilskuddsordningene Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og Bruker- og pårørendearbeid innen rus- og psykisk helsefeltet, og som skal slutføres i 2019.

Det ble gjennomført en følgeevaluering av det nasjonale prosjektet Menn i helse i perioden 2016 – 2018., hvor tilskuddsordningen med samme navn inngår, Østlandsforskning rapport 07/2018.

Det pågår også følgeevalueringer av programmer, piloter og kampanjer der tilskuddsordninger inngår, og som har ulikt omfang i innhold og tidsperiode:

- Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene – modell A
- Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene – modell B
- Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølging – Oppfølgingsteam
- Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd
- Tiltaksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene
- Frivillighet Norge - kampanje for fellesskap og sosial støtte
- Psykisk helse i skolen
- Kommunalt rusarbeid
- Etablering og drift av Rask psykisk helsehjelp

3.11 Digitalisering

I 2018 har Helsedirektoratet etablert en digitaliseringsstrategi som konkretiserer Helsedirektoratets retning for det digitale arbeidet. Det har vært lagt vekt på å forbedre eksisterende IKT-portefølje og automatisering av prosesser slik at vi kan tilby hyppigere leveranser som gjør at ny funksjonalitet leveres raskere til våre brukere. Det har blitt etablert en ny IKT-plattform som gjør det enkelt å gjøre informasjon og data tilgjengelig for eksterne interessenter samtidig som det gjør gjenbruk og utvikling av nye tjenester enklere fremover.

Den største digitaliseringsaktiviteten i Helsedirektoratet i 2018 er programmet EDiT. Programmet skal digitalisere HELFOs tjenester for å imøtekomme brukernes behov og forventninger om fremtidsrettede digitale tjenester samt en effektiv forvaltning. I henhold til teknisk virksomhetsarkitektur sørger EDiT for ytterligere forenklinger ved at mye av det som leveres av prosjektet er komponenter som kan gjenbrukes i andre digitaliseringstiltak.

Helsedirektoratet vil modernisere og forbedre det digitale førsteinntrykket som møter brukerne våre ved å fornye internettportalene Helsedir.no og Helfo.no. Dette sammen med et behov for å publisere innhold digitalt i forskjellige form krever en innholdsplattform som nå er etablert. Målet er at brukerne våre skal finne "informasjonen de trenger, når de trenger det, der de er."

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble lansert våren 2018 med data fra KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner). Statistikk publiseres i dashboard på Helsedirektoratets nettsider. Befolkningen har fått støtte for å begjære innsyn i egne data og be om reservasjon på helsenorge.no.

Vi har hatt flere initiativ som sørger for redusert behov for manuell oppfølging, rapportering og bidrar til økt grad av automatisering. Norsk pasientregister hvor h-resept gjenbraker data som er rapportert til HELFO, en hovedbok hvor økonomireglementet ivaretas på en enklere måte og sparer arbeid hos både NAV og HELFO er et annet av disse initiativene. Prosjektet "En vei inn" som forenkler registrering av avviksmeldinger fra Helsetjenesten er også et godt eksempel på samarbeid og forenkling innen sektoren. Digitalisering av omsetningsoppgaver forenkler innsending og registrering av omsetningsoppgaver som skal innrapporteres fra rundt 250 bryggerier og andre alkoholprodusenter, denne løsningen forenkler i tillegg gebyrinnkrevingen. Rapporteringene for rapportpliktige virksomheter er i tillegg forenklet og digitalisert.

Innen folkehelse har man jobbet med å lage enkle digitale flater for innbyggerne. I prosjektet DIGI-UNG ønsker man å tilby ungdom en digital informasjonstjeneste på tvers av flere sektorer. I Bare du har man lansert en felles digital løsning for å fremme folkehelse og tilbyr digitale lavterskelverktøy som skal gjøre det enklere for folk å endre sine levevaner. Dette er enkle og intuitive apper og nettsider som skal gjøre det enklere å spise sunt, oppmuntrer til bevegelse og trening eller hjelper til med å redusere bruk av alkohol, tobakk og rusmidler. For å bidra til bedre helse blant innvandrere og personer med minoritetsbakgrunn tar vi i bruk en internasjonal fellesløsning, Zanzu. Løsningen skal bidra til at personer med språkvansker og lite kjennskap til det norske helsevesen får enkel og tilgjengelig informasjon slik at utnyttelsen av helsetilbudet øker.

For spesialisthelsetjenesten har Helsedirektoratet startet arbeidet med en løsning som innebærer at en og samme kompetanseportal benyttes gjennom hele spesialistløpet for alle Leger i spesialisering (LIS), i samtlige spesialiteter, uansett tjenestenivå og arbeidsgiver.

Helsedirektoratet har et fokus på å benytte leverandørmarkedet hvor dette er hensiktsmessig. Det har i 2018 vært anskaffet flere ferdige løsninger som innholdsforvaltningssystem, arkivkjerne og, som nevnt, et internasjonalt fellessystem for innvandrere og personer med minoritetsbakgrunn.

For å få til gode digitale løsninger er det viktig for Helsedirektoratet å ha god brukerorientering både i arbeidsprosesser og leveranser. Helsedirektoratet har som mål å jobbe godt med brukerorientering, og ser dette som et strategisk satsningsområde framover. Hvem våre brukere er, avhenger av hvilken tjeneste, produkt eller prosess det er snakk om. Noen ganger er dette helsepersonell eller ansatte i sektorer vi samarbeider med. Det kan også være befolkningen, pasienter eller pårørende.

Brukerorientering kan foregå på ulikt nivå og valg av metodikk og type involvering må velges utfra hva som er egnet for de arbeidsprosesser eller det produktet vi skal utvikle. Det er alltid brukerens behov som skal være i sentrum. Vi må både ha gode prosesser, samt bruke tilbakemeldingene vi henter inn i arbeidet med å utvikle produkter og tiltak.

Brukermedvirkning er sentralt i forbindelse med utvikling av retningslinjer og forløp. Pakkeforløp psykisk helse og rus har hatt brukerrepresentanter inne i hvert enkelt forløp, samt engasjert en rådgiver i brukermedvirkning inn i selve prosjektet.

Noen prosjekter jobber tettere på sluttbruker gjennom systematisk brukerinnsikt og testing av konkrete løsninger. Dette gjelder særlig digitale tjenester som Digital innholds-plattform og DIGI-UNG. I Digital innholds-plattform har det blitt gjennomført både kvalitativt og kvantitativt innsiktsarbeid innenfor områdene normerende, tilskudd og autorisasjon. Det har blitt gjennomført brukerintervjuer og brukertester med reelle brukere av alle disse tjenestene, og funnene har dannet grunnlag for forbedring. Brukermedvirkning i Helsedirektoratet handler om hvordan vi innhenter og anvender brukerkunnskap når vi arbeider kunnskapsbasert, og skjer i stor grad på tjeneste- og systemnivå. Prosjekt brukermedvirkning (2016-2018) har gjennomført et systematiseringsarbeid. Eksempler på dette er Brukerrådet, strategi på "mål og tiltak for å sikre brukerstemmer", samt verktøykasse for brukermedvirkning. Dette arbeidet skal nå utvikles videre.

Brukerorientering vil være en del av det strategiske arbeidet videre for å utvikle nyttige og riktige tiltak og produkter som kan bli tatt i bruk av helsetjenesten og andre.

3.12 Sektor- og brukerråd

Sektorråd

Helsedirektoratets sektorråd ble etablert i 2018 og er et rådgivende organ og en drøftingsarena for strategisk viktige saker og prosesser knyttet til Helsedirektoratets roller og samfunnsoppdrag. Hensikten med rådet er å invitere hovedaktører til å få større innflytelse på helsemyndighetenes prioriteringer. Aktørene vil tilføre økt verdi ved å bidra med sin kompetanse. Drøftinger i sektorrådet omhandler Helsedirektoratets rolle knyttet til utvikling, implementering og prioritering i sektoren. Rådet skal være en arena for:

1. forankring av større prosjekter, strategier og programmer som involverer flere aktører i sektoren
2. drøfting av overordnede utviklingsutfordringer og behov i sektoren
3. drøfting av enkeltområder som fordrer god dialog omkring utvikling, implementering og prioritering

Alle representanter i rådet kan fremme saker til behandling i rådet. Rådet behandler ikke saker der myndighet tilligger Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet vedtok mandatet for sektorrådet i juni 2018. Det har vært 2 møter i sektorrådet i 2018.

Brukerråd

Brukermedvirkning er et prioritert satsningsområde i Helsedirektoratet. Et element i arbeidet med brukermedvirkning, er etableringen i 2015 av et overordnet brukerråd. Brukerrådet skal fremme brukerperspektivet i strategisk viktige saker og prosesser for Helsedirektoratet.

Et nytt brukerråd ble oppnevnt i 2018 for perioden 2018-2019. Målet er å få råd og innspill i strategisk viktige saker og bidra til utvikling og oppfølging av direktoratets systematiske brukermedvirkning. Brukerrådet består nå av 16 representanter, og rådets funksjonstid er 2 år. Det er gjennomført 4 møter i 2018.

4. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN

4.1 Overordnet vurdering av styring og kontroll

Tildelingsbrevet for 2018, med 54 tillegg gjennom året, har gitt føringer for Helsedirektoratet gjennom 2018. Den totale oppgaveporteføljen omfatter også pålagte faste oppgaver og direktoratets egeninitierte oppgaver. Oppgavene ivaretas av den enkelte divisjon med tilhørende avdelinger. Helsedirektøren har tydeliggjort sine føringer, ansvar og myndighet i mål- og disponeringsskriv til divisjonsdirektørene.

Virksomhetsstyringsverktøyet PULS er Helsedirektoratets sentrale verktøy for planlegging, budsjettering, styring og rapportering. PULS har gitt Helsedirektoratet et godt verktøy for styring og kontroll av alle direktoratets oppgaver og oppdrag gitt i Tildelingsbrev, herunder faste oppgaver, samt direktoratets egeninitierte utviklingstiltak. I 2018 har direktoratet rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i tråd med føringene i tildelingsbrevet. Direktoratet gjennomfører tertialvis rapportering med fokus på økonomi og oppgaveløsning hvorav to budsjett- og regnskapsrapporter til HOD.

Som en del av OU-prosessen med ny organisering f.o.m. 1.3.18, etablerte Helsedirektoratet stab for virksomhetsstyring ved at vi samlet ansvar for direktoratets styrings- og støttefunksjoner og fått løftet dette perspektivet gjennom at rollen divisjonsdirektør for virksomhetsstyring er etablert og en del av ledelsen i direktoratet.

4.2 Internrevisjon

Helsedirektoratet har etablert internrevisjonsleder f.o.m. 2018. Inntil fast ansatt internrevisor ble ansatt september 2018 ble rollen ivaretatt av innleid kompetanse. Internrevisor er godt i gang med å etablere funksjonen og etablert planer for utvikling og implementering av rollen i direktoratet.

4.3 Risikostyring

I etatsstyringsmøte i april ble nye oppdrag for 2018 lagt frem med hensyn til vesentlighet og risiko, samt forslag til nedprioriteringer. Status er fulgt opp i styringsdialogens kontaktmøter. I høstens etatsstyringsmøte ble det lagt frem en ny status på vesentlige oppdrag med gjennomføringsrisiko for 2018. Direktoratet vil styrke sitt arbeid med risikovurdering i 2019.

4.4 Riksrevisjonen

Resultater fra Riksrevisjonens finansielle kontroll for 2018 foreligger ikke på tidspunktet årsrapporten produseres. Revisjonsberetning for 2018 blir offentliggjort på www.helsedir.no når den er mottatt.

For revisjonene fra 2017 er det ikke funnet vesentlige feil i årsregnskapet eller at bevilgningene er brukt i strid med regelverk for økonomistyring (økonomiregelverket og bevilgningsreglementet), hverken for Helsedirektoratet eller underlagte etater, men vi har forbedringspunkter.

Helsedirektoratet har i løpet av 2018 vært gjenstand for revisjon av Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon som har resultert i fire rapporter:

- Undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets og Helsedirektoratets tilskuddsforvaltning
- Helseregistre som virkemiddel for å nå helsepolitiske mål
- Undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten
- Kommunale pleie - og omsorgstilbudet til eldre

Direktoratet jobber systematisk med å følge opp kvalitet i viktige prosesser innen både anskaffelsesfeltet, tilskuddsforvaltning og refusjonsområdet. Videre tilbakefører vi verdifull informasjon fra forvaltningsrevisjonens

rapporter til helsefagområder, slik at vi på den måten jobber med kontinuerlig forbedring på viktige deler av direktoratets ansvarsområde.

4.5 Informasjonssikkerhet og personvern

Helsedirektoratet har gjennom 2018 gjennomført og avsluttet sitt GDPR-prosjekt. Gjennom prosjektet er det jobbet målrettet for å være i samsvar med ny personvernforordning. Det er oppdatert Internkontroll for informasjonssikkerhet og personvern. Denne har erstattet det tidligere styringssystemet for informasjonssikkerhet. Internkontrollsystemet er bygget etter ny versjon av norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse og omsorgstjenesten.

Det ble i GDPR prosjektet gjennomført en heldags innsynsøvelse for hele Helsedirektoratet. Det ble også publisert en ny versjon av personvernerklæringen. Denne beskriver hvordan Helsedirektoratet behandler personopplysninger og hvilke rettigheter innbygger har. Etter erfaringen fra innsynsøvelsen og som er beskrevet i personvernerklæringen, har Helsedirektoratet laget et innsynskjema i Altinn for digitalt å kunne verifisere innbygger og gi innsyn i egne opplysninger.

Det er lansert et nytt avvikssystem for avviksmeldinger rundt informasjonssikkerhet og personvern. Prosess og rutine for håndtering er laget for å understøtte intern oppfølging og eventuell melding videre til Datatilsynet ved avvik på personvernsikkerheten.

Det er blitt jobbet kontinuerlig med informasjonssikkerhet i digitaliseringsprosjekter, utviklingsprosjekter og på eksisterende infrastruktur. Arbeidet består i å jobbe risikobasert med utgangspunkt i risiko- og sårbarhetsvurderinger. Det er også gjennomført revisjonen av infrastruktur og sonemodell. Revisjonen danner basis for arbeidet med sikkerhetsarkitektur og fremtidig forebyggende informasjonssikkerhetsarbeidet.

4.6 Fellesføringer

Arbeidslivskriminalitet – inngåtte kontrakter

I forbindelse med inngåelse av flytteavtale ble det stilt krav til dokumentasjon av arbeidskraft, dette ble fulgt opp av stedlig representasjon og kontroll under flytting. I forbindelse med inngåelse av ny renholdsavtale følger denne NS 8431 med særskilte bestemmelser om lønns- og arbeidsvilkår. Leverandør skal dokumentere, inkludert men ikke begrenset til, arbeidsavtaler og lønns slipper.

Inkluderingsdugnad og 5 %-målet

I Helsedirektoratets rekrutteringsprosesser har det gjennom flere år vært jobbet systematisk med å øke tilfanget av søkere med nedsatt funksjonsevne. I alle kunngjøringstekster opplyser vi at vi ønsker å tilrettelegge for ansatte med nedsatt funksjonsevne, og vi har som rutine å invitere kvalifiserte søkere med funksjonsnedsettelse til intervju. Per i dag er det 13 medarbeidere i Helsedirektoratet som har en kjent funksjonsnedsettelse der arbeidsgiver tilrettelegger i større eller mindre grad. I 2018 tilsatte Helsedirektoratet ytterligere én medarbeider fra denne målgruppen.

I forbindelse med inkluderingsdugnden har vi i tillegg vært særs oppmerksomme på søknader fra søkere med hull i CV, som er den andre målgruppen for dugnden. Denne søkergruppen er imidlertid vanskeligere å fange opp. Mange søkere oppgir varigheten av tilsettingsforhold i år og ikke i antall måneder, og på denne måten blir hull i CV tilslørt. Den generelle erfaringen så langt er at vi har få søkere med hull i CV, det er krevende å identifisere disse søkerne, og elektroniske rekrutteringssystemer henger etter med å tilrettelegge for å gjenkjenne søkere på en enkel måte. I 2018 tilsatte direktoratet én søker med hull i CV.

Totalt har direktoratet gjennomført 75 rekrutteringer i 2018, der to av de ansatte var i målgruppen. Dette utgjør totalt 2,7 % av tilsettingene. Vi får i dag i gjennomsnitt en søker i målgruppen pr. kunngjøring. Hovedutfordringen er å få kvalifiserte søkere i målgruppen til både å søke på aktuelle stillinger og til å tilkjenne at de er i målgruppen. For å nå 5 %-målet i 2019 er det nødvendig for Helsedirektoratet å øke innsatsen på dette området.

Inntak av lærling(er) i Helsedirektoratet

Oppgaven planlegges påbegynt i 2019. I løpet av første halvdel av 2019 startes dialog med Opplæringskontoret for lærlinger i staten.

5. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER

Helsetilstanden i den norske befolkningen er god. I følge FHI ligger vi omtrent på tiende plass i verden hva gjelder forventet levealder. Men sykdomsbyrdeprosjektet forteller at vi er på topp 3-listen for forventet levetid *med god helse*. At vi skårer bedre på leveår med god helse, enn leveår samlet kan vi tolke positivt både i forhold til forebyggende arbeid og helsetjenestens samlede innsats.

Det er noe i måten vi lever på, alle ressursene vi har, limet i velferdsstaten vår og de tjenestene vi mottar som bidrar til at vi har forholdsvis god helse i årene vi lever. Og vi har hatt en kraftfull reduksjon i dødelighet som følge av de ikke-smittsomme sykdommene hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes og KOLS. Spesielt har nedgangen vært stor på hjerte- og karområdet. Både reduksjon i røyking, bedre kosthold, fysisk aktivitet og bedre behandling har spilt en stor rolle.

Mens vi dør av hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes og KOLS, er det psykiske helseproblemer, rusproblemer og muskel og skjelettsmerter vi sliter med gjennom livet. Det reflekteres også i hva kommunene rapporterer når de blir spurt om hva som er helseutfordringene. Psykiske helseplager hos barn og unge, sosial ulikhet i helse og frafall i videregående skole oppleves som viktigere enn før, mens kommunene oppfatter at rusproblemer, boligutfordringer for utsatte grupper og fysisk inaktivitet spiller en litt mindre rolle enn tidligere.

Vi har en bekymringsfull bærekraftsutfordring hengende over oss. Fødselsratene har sunket samtidig som antall eldre øker, og vi vil ha behov for langt flere hender i helse- og omsorgstjenesten enn det vi har folk til. Det er en av flere grunner til at vi må lykkes med å få barn og unge til å komme gjennom skolen og mestre samfunnets krav. Og vi må ta i bruk nye teknologiske hjelpemidler og plattformer for å effektivisere tjenester og arbeid; men med klokskap slik at vi ivaretar menneskelige verdier og nærhet i helsearbeidet.

Helsetjenesten kan bli enda bedre til å levere tjenester tilpasset brukernes behov og forventninger om høy kvalitet, god informasjon, medvirkning og tilrettelegging.

Kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten er gjennomgående god, men varierer betydelig. Vi skal fortsette arbeidet med å kartlegge og analysere data for å måle kvalitet og identifisere sviktområder. Med den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten blir det slått tydelig fast at det er øverste leder som er ansvarlig for at virksomheten styres og forbedres systematisk. Helsedirektoratet skal understøtte helse- og omsorgstjenestene i dette arbeidet med styringsdata og analyser samt faglig kunnskapsgrunnlag.

Det er fortsatt store samhandlingsutfordringer mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og mangelen på felles ansvar får konsekvenser for pasientene. Mangel på samhandling og informasjonsflyt er en stor pasientsikkerhetsrisiko.

Utfordringer fremover er blant annet mindre uønsket variasjon i tjenestenes aktivitet og kvalitet, tilstrekkelig og kompetent helsepersonell, forebygging av ikke smittsomme sykdommer, sosial ulikhet, ungdomshelse og god kvalitet og pasientsikkerhet.

Helsedirektoratet jobber hver dag for å møte disse utfordringene ved å være et effektivt og samordnet direktorat som fokuserer på de viktigste tingene og jobber for at alt vi gjør skal ha effekt helt ut.

6. ÅRSREGNSKAP

6.1 Sammenstilt årsregnskap Helsedirektoratet (inkl. Helfo)

Ledelseskomentarer

Formål

Helsedirektoratet ble dannet i 2002 og er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet fører regnskap i henhold til kontantprinsippet, slik det fremgår av prinsippnoten til årsregnskapet. Årsregnskapet utgjør del VI av årsrapporten til Helsedirektoratet.

Direktoratet skal styrke helsen til hele befolkningen gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. Direktoratet skal gjøre dette med utgangspunkt i rollen som fagorgan, regelverksforvalter og iverksetter på helsepolitisk område.

Bekreftelse

Årsregnskapet er avlagt i henhold til bestemmelser om økonomistyring i staten, rundskriv R-115 fra Finansdepartementet og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet i instruks om økonomistyring. Regnskapet gir et dekkende bilde av direktoratets disponible bevilgninger, regnskapsførte utgifter, inntekter, eiendeler og gjeld.

Vurdering av vesentlige forhold

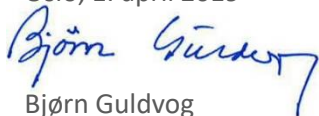
Som følge av innføring av konsernløsning for helseforvaltningen fra 2017, overførte Helsedirektoratet 1.6.2018 funksjonene og ansatte i avdeling arkiv og forvaltningsstøtte til Norsk Helsenett (NHN). Fra 2019 har NHN endret sin prismodell for de administrative tjenestene IKT, anskaffelser og arkiv. Dette vil totalt sett gi Helsedirektoratet en økning i utgiftene innen områdene på ca. 20 % og vil slå inn for fullt i regnskapet for 2019.

I 2018 ble merbelastningsfullmakt innvilget og benyttet for første gang. Merforbruk i 2018 er knyttet til denne fullmakten.

Revisjonsordning

Riksrevisjonen er ekstern revisor og bekrefter årsregnskapet for Helsedirektoratet. Årsregnskapet er ikke ferdig revidert per d.d. men revisjonsberetningen antas å foreligge i løpet av 2. kvartal 2019. Beretningen vil bli publisert på Helsedirektoratets nettside.

Oslo, 1. april 2019



Bjørn Guldvog
helsedirektør

Prinsippnote til årsregnskapet

Årsregnskapet for Helsedirektoratet er utarbeidet og avlagt etter retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten ("bestemmelsene"). Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, i Finansdepartementets rundskriv R-115 og eventuelle tilleggskrav fastsatt av eget departement.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen omfatter en øvre del med bevilgningsrapportering og en nedre del som viser beholdninger virksomheten står oppført med i kapitalregnskapet. Oppstillingen av artskontorrapporteringen har en øvre del som viser hva som er rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter og en nedre del som viser grupper av kontoer som inngår i mellomværende med statskassen.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen og artskontorrapporteringen er utarbeidet med utgangspunkt i bestemmelsene punkt 3.4.2 – de grunnleggende prinsippene for årsregnskapet:

- a) Regnskapet følger kalenderåret
- b) Regnskapet inneholder alle rapporterte utgifter og inntekter for regnskapsåret
- c) Utgifter og inntekter er ført i regnskapet med brutto beløp
- d) Regnskapet er utarbeidet i tråd med kontantprinsippet

Oppstillingene av bevilgnings- og artskontorrapportering er utarbeidet etter de samme prinsippene, men gruppert etter ulike kontoplaner. Prinsippene korresponderer med krav i bestemmelsene punkt 3.5 til hvordan virksomhetene skal rapportere til statsregnskapet. Sumlinjen "Netto rapportert til bevilgningsregnskapet" er lik i begge oppstillingene. Alle statlige virksomheter er tilknyttet statens konsernkontoordning i Norges Bank i henhold til krav i bestemmelsene pkt. 3.8.1. Ordinære forvaltningsorgan (bruttobudsjetterte virksomheter) tilføres ikke likviditet gjennom året. Ved årets slutt nullstilles saldoen på den enkelte oppgjørskonto ved overgang til nytt år.

Bevilgningsrapporteringen

Bevilgningsrapporteringen viser regnskapstall som Helsedirektoratet har rapportert til statsregnskapet. Det stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet som Helsedirektoratet har fullmakt til å disponere. Oppstillingen viser alle finansielle eiendeler og forpliktelser Helsedirektoratet står oppført med i statens kapitalregnskap. Kolonnen samlet tildeling viser hva virksomheten har fått stilt til disposisjon i tildelingsbrev for hver kombinasjon av kapittel/post.

Mottatte fullmakter til å belaste en annen virksomhets kombinasjon av kapittel/post (belastningsfullmakter) vises ikke i kolonnen for samlet tildeling, men er omtalt i note B til bevilgningsoppstillingen. Utgiftene knyttet til mottatte belastningsfullmakter er bokført og rapportert til statsregnskapet og vises i kolonnen for regnskap.

Avgitte belastningsfullmakter er inkludert i kolonnen for samlet tildeling, men bokføres og rapporteres ikke til statsregnskapet fra virksomheten selv. Avgitte belastningsfullmakter bokføres og rapporteres av virksomheten som har mottatt belastningsfullmakten og vises derfor ikke i kolonnen for regnskap. De avgitte fullmaktene framkommer i note B til bevilgningsrapporteringen.

Artskontorrapporteringen

Artskontorrapporteringen viser regnskapstall Helsedirektoratet har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Note 7 til artskontorrapporteringen viser forskjeller mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen. Helsedirektoratet har en trekkrettighet på konsernkonto i Norges Bank. Tildelingene er ikke inntektsført og derfor ikke vist som inntekt i oppstillingen.

Oppstilling av bevilgningsrapportering 31.12.2018

Utgiftskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2018	Merutgift (-) og mindretgift
0315	Til disposisjon	79	Tilskudd	A,B	0	5 000 000	
0575	Toppfinansieringordning	60	Diverse	B	9 655 582 000	9 325 616 512	329 965 488
0701	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	27 500 000	26 216 869	1 283 131
0702	Beredskap	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	11 710 000	11 977 907	-267 907
0702	Tilskudd, beredskap	70	Tilskudd	A,B	3 853 000	3 820 000	33 000
0709	Driftsutgifter POBO	01	Driftsutgifter	A,B	70 503 000	72 536 200	-2 033 200
0714	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	122 330 000	116 368 278	5 961 722
0714	Kommunale tiltak	60	Diverse	A,B	87 102 000	84 019 500	3 082 500
0714	Rusmiddeltiltak	70	Tilskudd	A,B	122 941 000	122 934 799	6 201
0714	Skolefrukt	74	Tilskudd	A,B	20 335 000	20 335 000	0
0714	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	33 200 000	32 295 896	904 104
0717	Legemiddeltiltak	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	1 813 000	1 553 012	259 988
0717	Tilskudd	70	Tilskudd	A,B	6 400 000	6 400 000	0
0732	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	15 000	4	14 996
0732	Regionale helseforetak	77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser	A,B	2 899 988 000	2 877 198 666	22 789 334
0733	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	16 578 000	20 605 538	-4 027 538
0733	Kjøp av oppretning	72	Tilskudd	A,B	2 498 000	2 497 558	442
0733	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	7 162 000	2 000 000	5 162 000
0734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rusti	01	Driftsutgifter	A,B	65 865 000	1 727 030	64 137 970
0734	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	17 132 000	13 736 587	3 395 413
0734	Tvunget psykisk helsevern	70	Tvunget psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i nikt	A,B	2 706 000		2 706 000
0734	Utviklingsområder	72	Tilskudd	A,B	15 686 000	15 676 920	9 080
0740	Helsedirektoratet	01	Driftsutgifter	B	1 185 999 000	1 162 321 306	23 677 694
0740	Helsedirektoratet	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	22 368 000	18 908 767	3 459 233
0740	Helsedirektoratet	60	Gjesteninnbyggeroppgjør, fastleger	A,B	80 000 000	82 808 950	-2 808 950
0740	Helsedirektoratet	70	Helsetjenester i annet EØS-land	A,B	48 887 000	61 298 242	-12 411 242
0740	Helsedirektoratet	71	Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	A,B	0	91 336 031	-91 336 031
0740	Helsedirektoratet	72	Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg	A,B	0	-1 256 400	1 256 400
0746	Driftsutgifter	01	Driftsutgifter	A,B	0	2 199 868	
0761	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	142 751 000	119 218 409	23 532 591
0761	Kommunale kompetansetilak	60	Diverse	A,B	17 034 000	16 650 692	383 308
0761	Vertskommuner	61	Diverse	A,B	928 286 000	928 286 000	0
0761	Dagaktivitetstilbud	62	Diverse	A,B	289 581 000	284 524 669	5 056 331
0761	Forsøk med statlig finansiering av omsorgs	65	Diverse	A,B	1 451 316 000	1 451 287 725	28 275
0761	Kompetansetilak i kommunene	67	Diverse	A,B	69 500 000	53 755 000	15 745 000
0761	Kompetanse og innovasjon	68	Kompetanse og innovasjon	A, B	388 387 000	0	388 387 000
0761	Frivillig arbeid	71	Tilskudd	A,B	17 007 000	17 006 046	954
0761	Landsbystiftelsen	72	Tilskudd	A,B	78 724 000	78 724 000	0
0761	Særlige omsorgsbehov	73	Tilskudd	A,B	23 704 000	21 281 632	2 422 368
0761	Andre kompetansetilak	75	Tilskudd	A,B	10 814 000	10 762 930	51 070
0761	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	109 791 000	101 984 408	7 806 592
0762	Primerhelsetjeneste	21	Spesielle driftsutgifter	B	116 391 000	84 460 983	31 930 017
0762	Forebyggende helsetiltak	60	Diverse	A,B	330 006 000	310 900 000	19 106 000
0762	Fengselshelsetjeneste	61	Diverse	A,B	170 718 000	169 238 286	1 479 714
0762	Allmannlegejenester	63	Diverse	A,B	133 672 000	127 065 496	6 606 504
0762	Opptreppingsplan habilitering og rehabilite	64	Opptreppingsplan habilitering og rehabilitering	A, B	89 736 000	0	89 736 000
0762	Tilskudd	70	Tilskudd	A,B	43 778 000	60 622 050	-16 844 050
0762	Forebygging av uønskede svangerskap og	73	Tilskudd	A,B	55 018 000	54 981 273	36 727
0762	Stiftelsen Amatheia	74	Tilskudd	A,B	20 378 000	20 378 000	0
0765	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	100 241 000	70 896 439	29 344 561
0765	Kommunale tjenester	60	Diverse	A,B	423 074 000	19 870 622	403 203 378
0765	Rusarbeid	62	Rusarbeid	A, B	475 697 000	0	475 697 000
0765	Brukere og pårørende	71	Tilskudd	A,B	160 367 000	160 380 836	-13 836
0765	Frivillig arbeid mv.	72	Tilskudd	A,B	408 848 000	404 191 338	4 656 662
0765	Utviklingstiltak mv.	73	Tilskudd	A,B	158 092 000	155 996 504	2 095 496
0765	Kompetansesentre	74	Tilskudd	A,B	305 447 000	305 137 386	309 614
0765	Vold og traumatisk stress	75	Tilskudd	A,B	206 403 000	202 917 344	3 485 656
0769	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	10 500 000	6 757 922	3 742 078
0769	Tilskudd	70	Tilskudd	A,B	0	1 500 000	-1 500 000
0770	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	8 933 000	9 906 909	-973 909
0770	Tilskudd	70	Tilskudd	A,B	286 193 000	284 856 309	1 336 691
0781	Spesielle driftsutgifter	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	53 000 000	54 436 825	-1 436 825
0781	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	64 247 000	60 200 000	4 047 000
0783	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	A,B	52 662 000	32 260 580	20 401 420
0783	Kompetansetilak i kommunene	61	Diverse	A,B	138 131 000	135 015 696	3 115 304
0783	Andre tilskudd	79	Tilskudd	A,B	25 453 000	15 824 307	9 628 693
0840	Spesielle driftsmidler	21	Spesielle driftsutgifter	B	0	250 000	
2711	Spesilisthelsetjeneste mv.	70	Spesilisthjelp	A,B	2 015 000 000	2 028 508 340	-13 508 340
2711	Spesilisthelsetjeneste mv.	71	Psykologhjelp	A,B	302 000 000	300 750 604	1 249 396
2711	Spesilisthelsetjeneste mv.	72	Tannlegehjelp	A,B	2 190 000 000	2 196 834 427	-6 834 427
2711	Spesilisthelsetjeneste mv.	76	Private laboratorier og røntgeninstitutter	A,B	990 000 000	978 280 775	11 719 225
2751	Legemidler mv.	70	Legemidler	A,B	9 960 000 000	10 072 791 347	-112 791 347
2751	Legemidler mv.	71	Legeerklæringer	A,B	7 000 000	6 844 852	155 148
2751	Legemidler mv.	72	Medisinsk forbruksmaterieil	A,B	1 970 000 000	1 967 580 081	2 419 920
2752	Refusjon av egenbetaling	70	Egenandelstak 1	A,B	5 150 000 000	5 134 525 972	15 474 028
2752	Refusjon av egenbetaling	71	Egenandelstak 2	A,B	965 000 000	974 102 121	-9 102 121
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter	A,B	405 000 000	410 843 179	-5 843 179
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	70	Allmennlegehjelp	A,B	4 961 500 000	4 952 051 610	9 448 390
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	71	Fysioterapi	A,B	1 133 500 000	1 144 522 870	-11 022 870
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	72	Jordmorhjelp	A,B	61 000 000	61 027 871	-27 871
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	73	Kiropraktorbehandling	A,B	167 000 000	170 181 115	-3 181 115
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	75	Logopedisk og ortopedisk behandling	A,B	154 000 000	160 359 926	-6 359 926
2756	Andre helsetjenester	70	Helsetjenester i annet EØS-land	A,B	14 000 000	15 567 520	-1 567 520
2756	Andre helsetjenester	71	Helsetjenester i utlandet mv.	A,B	400 000 000	387 735 697	12 264 303
2756	Andre helsetjenester	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	A,B	190 000 000	208 781 179	-18 781 179
2790	Andre helsetiltak	70	Bidrag	A,B	220 000 000	223 969 986	-3 969 986
2651	Arbeidsavklaringspenger	72	Legeerklæringer	B	0	359 082 403	
2661	Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler	77	Ortopediske hjelpemidler	B	0	23 548 125	
1633	Nettoordning for mv i staten	01	Driftsutgifter		0	110 213 152	
Sum utgiftsført					53 147 033 000	51 899 762 808	

Oppstilling av bevilgningsrapportering 31.12.2018

Inntektskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Samlet tildeling*	Regnskap 2018	Merinntekt og mindreinntekt(-)	
3714	Gebyrer	04	Gebyrinntekter	2 361 000	2 517 172	156 172	
3740	Helsedirektoratet	02	Diverse inntekter	19 126 000	40 861 055	21 735 055	
3740	Helsedirektoratet	03	Helsetjenester i annet EØS-land	47 827 000	59 440 155	11 613 155	
3740	Helsedirektoratet	04	Gebyrinntekter	37 935 000	38 823 255	888 255	
3740	Helsedirektoratet	05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	62 000 000	78 924 153	16 924 153	
3740	Helsedirektoratet	06	Gjesteinnbyggeroppgjør, fastleger	80 000 000	82 509 918	2 509 918	
5309	Tilfeldige inntekter	29	Ymse	0	16 802 513		
5700	Folketrygdens inntekter	72	Arbeids giveravgift	0	110 006 147		
5701	Diverse inntekter	86	Innkrevning feilutbetalinger	B	71 547 050		
5701	Diverse inntekter	87	Diverse inntekter	B	6 865 570		
<i>Sum inntektsført</i>				249 249 000	508 296 989		
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet					51 391 465 820		
Kapitalkontoer							
60092501	Norges Bank KK /innbetalinger, Helfo				5 287 563 076		
60092502	Norges Bank KK/utbetalinger, Helfo				-3 985 376 620		
NAV	Oppgjørskonto NAV				-36 284 067 769		
707013	Endring i mellomværende med statskassen, Helfo				-1 671 590		
NAV	Helfos andel av endring i mellomværende med statskassen				-111 726		
60077101	Norges Bank KK /innbetalinger, Helsedirektoratet				133 883 895		
60077102	Norges Bank KK/utbetalinger, Helsedirektoratet				-16 541 761 582		
707002	Endring i mellomværende med statskassen, Helsedirektoratet				76 496		
<i>Sum rapportert</i>					0		
Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)					31.12.2018	31.12.2017	Endring
707013	Mellomværende med statskassen, Helfo			-12 476 976	-10 805 387	-1 671 590	
65.00.07.01	Oppgjørskonto H-resept			49 434 414	-41 901 617	91 336 031	
65.00.07.02	Oppgjørskonto FBV			-5 110 150	-3 853 750	-1 256 400	
NAV	Helfos andel av mellomværende med statskassen			-2 294 823	-2 183 097	-111 726	
707002	Mellomværende med statskassen, Helsedirektoratet			-24 586 712	-24 663 208	76 496	

Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter

Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
057560		9 655 582 000	9 655 582 000
070121		27 500 000	27 500 000
070221		11 710 000	11 710 000
070270		3 853 000	3 853 000
070901	1 025 000	69 478 000	70 503 000
071421		122 330 000	122 330 000
071460		87 102 000	87 102 000
071470		122 941 000	122 941 000
071474		20 335 000	20 335 000
071479		33 200 000	33 200 000
071721		1 813 000	1 813 000
071770		6 400 000	6 400 000
073221		15 000	15 000
073277		2 899 988 000	2 899 988 000
073321		16 578 000	16 578 000
073372	963 000	1 535 000	2 498 000
073379		7 162 000	7 162 000
073401		65 865 000	65 865 000
073421		17 132 000	17 132 000
073470		2 706 000	2 706 000
073472		15 686 000	15 686 000
074001	133 000	1 185 866 000	1 185 999 000
074021	3 792 000	18 576 000	22 368 000
074060		80 000 000	80 000 000
074070		48 887 000	48 887 000
076121	1 000 000	141 751 000	142 751 000
076160		17 034 000	17 034 000
076161		928 286 000	928 286 000
076162		289 581 000	289 581 000
076165		1 451 316 000	1 451 316 000
076167		69 500 000	69 500 000
076168		388 387 000	388 387 000
076171		17 007 000	17 007 000
076172		78 724 000	78 724 000
076173		23 704 000	23 704 000
076175		10 814 000	10 814 000
076179		109 791 000	109 791 000
076221		116 391 000	116 391 000
076260		330 006 000	330 006 000
076261		170 718 000	170 718 000
076263		133 672 000	133 672 000
076264		89 736 000	89 736 000
076270		43 778 000	43 778 000
076273	888 000	54 130 000	55 018 000
076274		20 378 000	20 378 000
076521		100 241 000	100 241 000
076560		423 074 000	423 074 000
076562		475 697 000	475 697 000
076571		160 367 000	160 367 000
076572		408 848 000	408 848 000
076573		158 092 000	158 092 000
076574		305 447 000	305 447 000
076575		206 403 000	206 403 000
076921		10 500 000	10 500 000
077021		8 933 000	8 933 000
077070		286 193 000	286 193 000
078121		53 000 000	53 000 000
078179		64 247 000	64 247 000
078321		52 662 000	52 662 000
078361		138 131 000	138 131 000
078379		25 453 000	25 453 000
271170		2 015 000 000	2 015 000 000
271171		302 000 000	302 000 000
271172		2 190 000 000	2 190 000 000
271176		990 000 000	990 000 000
275170		9 960 000 000	9 960 000 000
275171		7 000 000	7 000 000
275172		1 970 000 000	1 970 000 000
275270		5 150 000 000	5 150 000 000
275271		965 000 000	965 000 000
275562		405 000 000	405 000 000
275570		4 961 500 000	4 961 500 000
275571		1 133 500 000	1 133 500 000
275572		61 000 000	61 000 000
275573		167 000 000	167 000 000
275575		154 000 000	154 000 000
275670		14 000 000	14 000 000
275671		400 000 000	400 000 000
275672		190 000 000	190 000 000
279070		220 000 000	220 000 000
Sum	7 801 000	53 139 232 000	53 147 033 000

Note B Forklaring til brukte fullmakter og beregning av mulig overførbart beløp til neste år

Kapittel og post	Stikkord	Merutgift(-)/ mindre utgift	Utgiftsført av andre iht. avgitte belastnings- fullmakter(-)	Merutgift(-)/ mindreutgift etter avgitte belastningsfullmakter	Merinntekter / mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
057560		329 965 488				329 965 488	0	
070121	«kan overføres»	1 283 131		1 283 131		1 283 131	1 283 131	1 283 131
070221	«kan overføres», kan nyttes under post 70	-267 907		-267 907		-267 907	0	
070270	«kan overføres», kan nyttes under post 21	33 000		33 000		33 000	33 000	33 000
070901		-2 033 200		-2 033 200		-2 033 200	0	
071421	«kan overføres», kan nyttes under post 70, 74 og 79	5 961 722	4 026 140	1 935 582		1 935 582	1 935 582	1 935 582
071460	«kan overføres», kan nyttes under post 21	3 082 500	2 580 000	502 500		502 500	502 500	502 500
071470	«kan overføres», kan nyttes under post 21	6 201		6 201		6 201	6 201	6 201
071474	«kan overføres», kan nyttes under post 21	0		0		0	0	0
071479	«kan overføres», kan nyttes under post 21	904 104		904 104		904 104	904 104	904 104
071721	«kan overføres»	259 988		259 988		259 988	259 988	259 988
071770		0		0		0	0	0
073221	«kan overføres»	14 996		14 996		14 996	14 996	14 996
073277	"overslagsbevilgning"	22 789 334		22 789 334		22 789 334	0	0
073321	«kan overføres», kan nyttes under post 79	-4 027 538		-4 027 538		-4 027 538	0	0
073372	«kan overføres»	442		442		442	442	442
073379	kan nyttes under post 21	5 162 000		5 162 000		0	0	0
073401		64 137 970	64 770 854	-632 884		-632 884	0	0
073421		3 395 413		3 395 413		3 395 413	856 600	856 600
073470		2 706 000	-1 502 585	1 203 415		1 203 415	0	0
073472		9 080		9 080		9 080	0	0
074001	«kan overføres»	23 677 694	-59 015 683	-35 337 989		-35 337 989	0	0
074021		3 459 233	-577 367	2 881 866		2 881 866	1 118 400	1 118 400
074060		-2 808 950		-2 808 950		-2 808 950	0	0
074070		-12 411 242		-12 411 242		-12 411 242	0	0
074071		-91 336 031		-91 336 031		-91 336 031	0	0
074072		1 256 400		1 256 400		1 256 400	0	0
074601		0		0		0	0	0
076121	kan nyttes under post 79	23 532 591	-21 451 545	2 081 046		2 081 046	7 137 550	7 137 550
076160	«kan overføres»	383 308		383 308		383 308	851 700	383 308
076161		0		0		0	0	0
076162	«kan overføres»	5 056 331		5 056 331		5 056 331	14 479 050	5 056 331
076165	"overslagsbevilgning"	28 275		28 275		28 275	0	0
076167		15 745 000	-14 128 436	1 616 564		1 616 564	0	0
076168		388 387 000	-387 876 891	510 109		510 109	0	0
076171		954		954		954	0	0
076172		0		0		0	0	0
076173		2 422 368		2 422 368		2 422 368	0	0
076175		51 070		51 070		51 070	0	0
076179	kan nyttes under post 21	7 806 592		7 806 592		7 806 592	0	0
076221	kan nyttes under post 70	31 930 017	-15 765 463	16 164 554		16 164 554	5 819 550	5 819 550
076260		19 106 000	-17 517 147	1 588 853		1 588 853	0	0
076261		1 479 714		1 479 714		1 479 714	0	0
076263		6 606 504		6 606 504		6 606 504	0	0
076264		89 736 000	-89 560 086	175 914		175 914	0	0
076270	kan nyttes under post 21	-16 844 050		-16 844 050		-16 844 050	0	0
076273	«kan overføres»	36 727		36 727		36 727	36 727	36 727
076274		0		0		0	0	0
076521	«kan overføres», kan nyttes under post 72	29 344 561	-21 994 889	7 349 672		7 349 672	5 012 050	5 012 050
076560	«kan overføres»	403 203 378	-462 492 031	-59 288 653		-59 288 653	0	0
076562	«kan overføres»	475 697 000	-462 167 423	13 529 577		13 529 577	13 529 577	13 529 577
076571	«kan overføres»	-13 836		-13 836		-13 836	0	0
076572	«kan overføres», kan nyttes under post 21	4 656 662		4 656 662		4 656 662	4 656 662	4 656 662
076573		2 095 496		2 095 496		2 095 496	0	0
076574	«kan overføres»	309 614		309 614		309 614	309 614	309 614
076575	«kan overføres»	3 485 656		3 485 656		3 485 656	3 485 656	3 485 656
076921	kan nyttes under post 70	3 742 078	-1 500 000	2 242 078		2 242 078	525 000	525 000
076970	kan nyttes under post 21	-1 500 000		-1 500 000		-1 500 000	0	0
077021	kan nyttes under post 70	-973 909		-973 909		-973 909	0	0
077070	«kan overføres», kan nyttes under post 21	1 336 691		1 336 691		1 336 691	1 336 691	1 336 691
078121	«kan overføres», kan nyttes under post 79	-1 436 825	-93 388	-1 530 213		-1 530 213	0	0
078179	kan nyttes under post 21	4 047 000		4 047 000		4 047 000	0	0
078321	kan nyttes under post 79	20 401 420	-20 826 638	-425 218		-425 218	0	0
078361		3 115 304		3 115 304		3 115 304	0	0
078379	kan nyttes under post 21	9 628 693		9 628 693		9 628 693	0	0
084021		0		0		0	0	0
271170		-13 508 340		-13 508 340		-13 508 340	0	0
271171		1 249 396		1 249 396		1 249 396	0	0
271172		-6 834 427		-6 834 427		-6 834 427	0	0
271176		11 719 225		11 719 225		11 719 225	0	0
275170		-112 791 347		-112 791 347		-112 791 347	0	0
275171		155 148		155 148		155 148	0	0
275172		2 419 920		2 419 920		2 419 920	0	0
275270		15 474 028		15 474 028		15 474 028	0	0
275271		-9 102 121		-9 102 121		-9 102 121	0	0
275562	kan nyttes under post 71	-5 843 179		-5 843 179		-5 843 179	0	0
275570		9 448 390		9 448 390		9 448 390	0	0
275571	kan nyttes under post 62	-11 022 870		-11 022 870		-11 022 870	0	0
275572		-27 871		-27 871		-27 871	0	0
275573		-3 181 115		-3 181 115		-3 181 115	0	0
275575		-6 359 926		-6 359 926		-6 359 926	0	0
275670		-1 567 520		-1 567 520		-1 567 520	0	0
275671		12 264 303		12 264 303		12 264 303	0	0
275672		-18 781 179		-18 781 179		-18 781 179	0	0
279070		-3 969 986		-3 969 986		-3 969 986	0	0
371404					156 172	156 172	0	0
374002					21 735 055	21 735 055	0	0
374003					11 613 155	11 613 155	0	0
374004					888 255	888 255	0	0
374005					16 924 153	16 924 153	0	0
374006					2 509 918	2 509 918	0	0

Note B Forklaring til brukte fullmakter

Forklaring til bruk av budsjettfullmakter, Helsedirektoratet

Mottatte belastningsfullmakter

Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Kulturdepartementet på kapittel/post 031579 på kr 5 000 000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.
Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Statens legemiddelverk på kapittel/post 074601 på kr 2 400 000. Kr 2 199 868 er benyttet.
Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- og likestillingsdepartementet på kapittel/post 084021 på kr 250 000. Hele belastningsfullmakten er benyttet.
Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 084662 på kr 200 000. Belastningsfullmakten er ikke benyttet.
Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 085421 på kr 300 000. Belastningsfullmakten er ikke benyttet.
Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 085801 på kr 160 000. Belastningsfullmakten er ikke benyttet.
Helsedirektoratet har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten til å fore inntekter på kapittel/post 570186/570187. Belastningsfullmakten er ikke benyttet.

Totalt har Helsedirektoratet mottatt belastningsfullmakter på kr 8 310 000 og det er belastet totalt kr 7 449 868.

Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre)

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Arbeids- og velferdsetaten (NAV) på kapittel/post 074001 pålydende tilsammen kr 59 280 064. Arbeids- og velferdsetaten har rapportert kr 59 015 683 på kapittel/post 074001.
Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Arbeids- og velferdsetaten (NAV) på kapittel/post 074021 pålydende kr 175 170. Belastningsfullmakten er ikke benyttet.
Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Direktoratet for e-helse på kapittel/post 074021 pålydende tilsammen kr 700 000. Direktoratet for e-helse har rapportert kr 577 367 på kapittel/post 074021.
Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Direktoratet for e-helse på kapittel/post 071421 pålydende kr 1 200 000. Direktoratet for e-helse har rapportert kr 1 198 754 på kapittel/post 071421.
Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 071460 pålydende kr 2 580 000. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet har rapportert kr 2 580 000 på kapittel/post 071460.
Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Arbeids- og velferdsetaten (NAV) på kapittel/post 076221 pålydende kr 1 382 000. Arbeids- og velferdsetaten (NAV) har rapportert kr 1 262 563 på kapittel/post 076221.
Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Helfo - Helseøkonomiforvaltningen på kapittel/post 076221 pålydende kr 500 000. Helfo - Helseøkonomiforvaltningen har rapportert kr 500 000 på kapittel/post 076221.
Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Direktoratet for e-helse på kapittel/post 076221 pålydende tilsammen kr 3 278 000. Direktoratet for e-helse har rapportert kr 2 539 058 på kapittel/post 076221.
Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Folkehelseinstituttet på kapittel/post 076221 pålydende kr 230 000. Folkehelseinstituttet har rapportert kr 217 000 på kapittel/post 076221.
Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Barne- ungdoms- og familiedirektoratet på kapittel/post 076221 pålydende kr 6 300 000. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet har rapportert kr 6 388 823 på kapittel/post 076221.
Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Direktoratet for e-helse på kapittel/post 076521 pålydende kr 5 800 000. Direktoratet for e-helse har rapportert kr 5 799 818 på kapittel/post 076521.
Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Barneombudet på kapittel/post 076521 pålydende kr 50 000. Barneombudet har rapportert kr 48 735 på kapittel/post 076521.

Helsedirektoratet har avgitt belastningsfullmakt til Fylkesmenn på tilsammen kr 1 519 017 934. Totalforbruk på alle kapitler og poster rapportert fra fylkesmenn er kr 1 567 718 765, og gir et merforbruk på kr 48 700 831.

Totalt har Helsedirektoratet avgitt belastningsfullmakter på kr 1 600 493 668 og det er utgiftsført totalt kr 1 647 846 566.

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter

Merinntekter på kapittel/post 374002 og 374004 på kr 22 623 310 er med på å redusere merforbruket under driftsposten 074001.

Forklaring til bruk av budsjettfullmakter, Helfo

Mottatte belastningsfullmakter

Helfo (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittel/post 265172 Legeerklæringer på inntil kr 391 726 258. Belastet beløp er på kr 359 082 403.
Helfo (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittel/post 266177 Ortopediske hjelpemidler på inntil kr 25 688 863. Belastet beløp er på kr 23 548 125.
Helfo (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittel/post 570186 Innkreving feilutbetalinger. Disponeres ihht gjeldende lover og forskrifter.
Helfo (Hdir) har mottatt belastningsfullmakt fra Arbeids- og velferdsetaten for å belaste kapittel/post 570187 Diverse inntekter. Disponeres ihht gjeldende lover og forskrifter.

Helfo har mottatt belastningsfullmakt fra Helsedirektoratet for å belaste kapittel/post 076221 Primærhelsetjeneste/Spesielle driftsutgifter på kr 500 000. Belastet beløp er kr 500 000.

Stikkordet «kan overføres»

Helfo har ikke anledning til å overføre midler til fremtidige år.

Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre)

Helfo har avgitt belastningsfullmakt til NAV på Helsedirektoratets kapittel/post 074001 Driftsutgifter til forvaltnings- og utviklingskostnader for Helfos tjenester i NAV på inntil kr 200 000.

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter

Merinntekter på kapittel/post 374002 på kr 821 050 er med på å redusere merforbruket under driftsposten 074001.

Oppstilling av artskontorapporteringen 31.12.2018

	Note	2018	2017
Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetalinger fra gebyrer	1	41 309 549	40 127 483
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	13 206 749	12 717 476
Salgs- og leieinnbetalinger	1	27 685 185	26 583 688
Andre innbetalinger	1	1 800	0
<i>Sum innbetalinger fra drift</i>		82 203 283	79 428 647
Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utbetalinger til lønn	2	915 469 007	948 237 245
Andre utbetalinger til drift	3	828 459 250	779 149 915
<i>Sum utbetalinger til drift</i>		1 743 928 257	1 727 387 161
Netto rapporterte driftsutgifter		1 661 724 974	1 647 958 514
Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetaling av finansinntekter	4	189	554
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		189	554
Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utbetaling til investeringer	5	10 213 503	5 427 751
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8B	0	0
Utbetaling av finansutgifter	4	127 336	101 716
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		10 340 838	5 529 467
Netto rapporterte investerings- og finansutgifter		10 340 649	5 528 913
Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m.	6	217 421 537	397 415 002
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		217 421 537	397 415 002
Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten			
Utbetalinger av tilskudd og stønader	7	49 938 337 351	49 328 522 331
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		49 938 337 351	49 328 522 331
Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *			
Tilfeldige inntekter fra tidligere år (ref. kap. 5309, inntekt)		5 631	888 193
Gruppelivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		1 716 990	1 769 026
Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		110 006 147	113 968 993
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		110 213 152	94 937 535
<i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		-1 515 617	-21 688 677
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet		51 391 465 820	50 562 906 079
Oversikt over mellomværende med statskassen			
Eiendeler og gjeld		2018	2017
Fordringer		649 138	636 131
Kasse		0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank		0	0
Skyldig skattetrekk		-35 722 207	-32 736 275
Skyldige offentlige avgifter		1 119 000	2 498 804
Skyldig påleggstrekk		-1 329 562	-771 769
Annen gjeld		-4 074 882	-7 278 582
Sum mellomværende med statskassen	8	-39 358 512	-37 651 692

Note 1 - Innbetalinger fra drift		
	31.12.2018	31.12.2017
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
Gebyr for søknadsbehandling, tilvirkning av alkohol	510 008	566 302
Gebyr for autorisasjon	6 898 352	7 518 743
Andre gebyrinntekter, tilvirkningsgebyr alkohol	1 734 165	1 347 393
Gebyrinntekter - tobakkssalgsregisteret	2 375 446	0
Ordinære forhåndsinnbetalinger (vanlig autorisasjonssøknader)	29 791 578	30 695 045
Sum innbetalinger fra gebyrer	41 309 549	40 127 483
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
Tilskudd fra andre statlige virksomheter	4 017 534	2 168 000
Tilskudd fra andre departement	4 650 000	4 540 000
Tilskudd fra EU	1 657 021	2 708 607
Andre tilskudd og overføringer	2 082 194	3 300 869
Prosjektstøtte fra andre statlige virksomheter	800 000	0
Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer	13 206 749	12 717 476
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Salgsinntekt tjenester, avgiftspliktig	3 202 904	2 045 075
Salgsinntekt tjenester, avgiftsfri	15 281 073	17 236 298
Refusjon, eksterne prosjekter	3 360 605	4 747 745
Inntekter v/utsending trykksaker	284 601	550 865
Tilfeldige inntekter (diverse inntekter post 01-29)	5 556 002	2 003 705
Sum salgs- og leieinnbetalinger	27 685 185	26 583 688
<i>Andre innbetalinger</i>		
Salg av utrangert materiell, avgiftsfritt	1 800	0
Sum andre innbetalinger	1 800	0
Sum innbetalinger fra drift	82 203 283	79 428 647

Note 2 - Utbetalinger til lønn		
	31.12.2018	31.12.2017
Lønn	733 869 431	760 761 258
Arbeidsgiveravgift	110 006 147	113 968 993
Pensjonsutgifter*	83 411 502	86 641 105
Sykepenger og andre refusjoner (-)	-27 654 000	-29 788 190
Andre ytelser	15 835 926	16 654 080
Sum utbetalinger til lønn	915 469 007	948 237 245
Antall årsverk:	1110	1200

** Nærmere om pensjonskostnader*

Pensjoner kostnadsføres i resultatregnskapet basert på faktisk påløpt premie for regnskapsåret. Premiesats for 2018 er 14 prosent. Premiesatsen for 2017 var 14 prosent.

Note 3 - Andre utbetalinger til drift		
	31.12.2018	31.12.2017
Husleie	111 885 454	124 676 071
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	711 890	193 673
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	20 834 782	24 506 726
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	1 062 709	1 874 236
Mindre utstyranskaffelser	6 310 070	5 661 116
Leie av maskiner, inventar og lignende	6 141 361	9 879 815
Kjøp av fremmede tjenester	570 838 189	493 179 988
Reiser og diett	30 796 847	29 143 779
Øvrige driftsutgifter	79 877 948	90 034 511
Sum andre utbetalinger til drift	828 459 250	779 149 915

Note 4 - Finansinntekter og finansutgifter		
	31.12.2018	31.12.2017
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	189	554
Annen finansinntekt	0	0
Sum innbetaling av finansinntekter	189	554

	31.12.2018	31.12.2017
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	127 084	70 647
Valutatap	251	31 070
Annen finansutgift	0	0
Sum utbetaling av finansutgifter	127 336	101 716

Note 5 - Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer		
	31.12.2018	31.12.2017
<i>Utbetaling til investeringer</i>		
Immaterielle eiendeler og lignende	0	0
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	0	0
Beredskapsanskaffelser	0	0
Infrasstruktureiendeler	0	0
Maskiner og transportmidler	0	0
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	10 213 503	5 427 751
Sum utbetaling til investeringer	10 213 503	5 427 751

	31.12.2018	31.12.2017
<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
Sum utbetaling til kjøp av aksjer	0	0

Note 6 - Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten		
	31.12.2018	31.12.2017
Oppgjørstjenester *	-7 569 712	144 493 579
Refusjon til staten for helsetjenester	138 364 308	101 315 662
Tilbakebetaling feilutbetalingssaker	71 547 050	130 232 665
Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929)	15 079 892	21 373 096
Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten	217 421 537	397 415 002

*** Helfo**

Helfo har i Prop.1 S 2017/2018 fått fullmakt til å belaste oppgjørsordningene H-resept og FBV netto på kapittel 0740, post 71 og 72 uten tilhørende bevilgning og hvor netto mellomregning ved årets slutt er belastet kapitalregnskapet. I regnskapslinjen oppgjørstjenester inngår således både innbetalinger og utbetalinger for ordningene H-resept og presenteres her netto i henhold til Prop.1 S. Årets netto belastning er kr -90.079.631 (netto utgift) jfr. kapittel 0740 post 71 og 72 i bevilgningsregnskapet. Tilsvarende størrelser for 2017 for ordningene H-resept og FBV var netto belastning kr 66.689.572 (netto inntekt).

Videre i regnskapslinjen oppgjørsordninger inngår gjesteinnbyggeroppgjør med beløp kr 82.509.918 (brutto inntekt) jfr. kapittel 3740 post 06. Tilhørende utgiftsbeløp inngår i note 7 med beløp kr 82.808.950 (brutto utgift) i linjen tilskudd til kommuner.

Tilsvarende størrelse for 2017 for gjesteinnbyggeroppgjør var kr 77.804.007 (brutto inntekt).

Note 7 - Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten		
	31.12.2018	31.12.2017
Tilskudd til kommuner og IKS *	13 064 480 026	12 548 799 153
Tilskudd til fylkeskommuner	212 226 631	273 413 187
Tilskudd til private bedrifter	208 433 551	453 423 237
Tilskudd til privatpersoner	1 719 121	2 430 176
Tilskudd til organisasjoner og stiftelser	1 330 082 413	1 110 112 772
Tilskudd til universiteter og høyskoler	410 838 760	191 291 720
Tilskudd til ikke-finansielle foretak	2 251 812 887	20 146
Tilskudd til finansielle foretak	40 031 343	8 932 193
Tilskudd til husholdninger	31 784 501 267	34 075 012 900
Tilskudd til ideelle organisasjoner	274 470 059	260 358 630
Tilskudd til statsforvaltningen	15 788 851	8 606 526
Tilskudd til utlandet	343 952 441	396 121 692
Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten	49 938 337 351	49 328 522 331

*** Helfo**

Regnskapslinjen tilskudd til kommuner består av gjesteinnbyggeroppgjør med beløp kr 82.808.950 (brutto utgift) jfr. kapittel 0740 post 60. Tilsvarende inntektsbeløp inngår i note 6 med beløp kr 82.509.918 (brutto inntekt) i linjen oppgjørstjenester.

Helfo gjennomfører proaktive og forebyggende tiltak gjennom veiledning og informasjon. Disse tiltakene bidrar til å heve kvaliteten i kravene brukerne leverer til slik at disse i større grad er i henhold til regelverket. Bedre kvalitet i kravene til Helfo reduserer risikoen for manglende realitet i kravene. Redusert risiko for manglende realitet i mottatte krav fra brukerne reduserer risikoen for feil ytelse til brukerne.

Helfos forvaltning av stønadsområdet bygger videre på automatiske kontroller, saksbehandlingsrutiner samt etterkontroller opp mot gjeldende regelverk. Dette innebærer at risikoen for manglende realitet i stønadsutbetalingene reduseres.

Helfo finner at alle krav etterprøves i den grad det lar seg gjøre opp mot gjeldende regelverk. Det vil være en usikkerhet knyttet til realiteten av de krav som ikke fullt ut kan prøves opp mot gjeldende regelverk. Gjennom den samlede oppfølging av områdene og basert på dagens regelverk, teknologi og tilgjengelige ressurser, vurderes likevel risiko for manglende realitet å være innenfor akseptabelt nivå.

Det vises for øvrig til omtale i Helfos årsrapport del IV.

Note 8 - Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen.**Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen**

	31.12.2018	31.12.2018	
	Spesifisering av <u>bokført</u> avregning med statskassen	Spesifisering av <u>rapportert</u> mellomværende med statskassen	Forskjell
Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0	0	0
<i>Sum</i>	0	0	0
Omløpsmidler			
Kundefordringer	710 560 045	0	710 560 045
Andre fordringer	649 138	649 138	0
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
<i>Sum</i>	711 209 183	649 138	710 560 045
Langsiktig gjeld			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	0	0	0
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld	-677 422 190	0	-677 422 190
Skyldig skattetrekk	-37 051 769	-37 051 769	0
Skyldige offentlige avgifter	1 027 689	1 119 000	-91 311
Annen kortsiktig gjeld	-10 582 350	-4 074 882	-6 507 469
<i>Sum</i>	-724 028 620	-40 007 651	-684 020 969
Sum	-12 819 437	-39 358 512	26 539 075

7. ETATSTYRERS VURDERING AV YTRE OG UNDERLIGGENDE ETATER

7.1 Pasient og brukerombudet (POBO)

Pasient – og brukerombudenes virksomhet er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 kapittel 8. Ombudene skal arbeide for å ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Sammendrag fra felles årsmelding er levert av Pasient- og brukerombudenes arbeidsutvalg.

Sammendrag av Pasient- og brukerombudets årsmelding for 2018

Ombudene skal arbeide for å ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ombudene skal bidra til å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Ombudenes arbeid kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestested. Ombudene arbeider også aktivt for å øke kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter i befolkningen. Det er 15 pasient- og brukerombud i landet med til sammen rundt 80 ansatte.

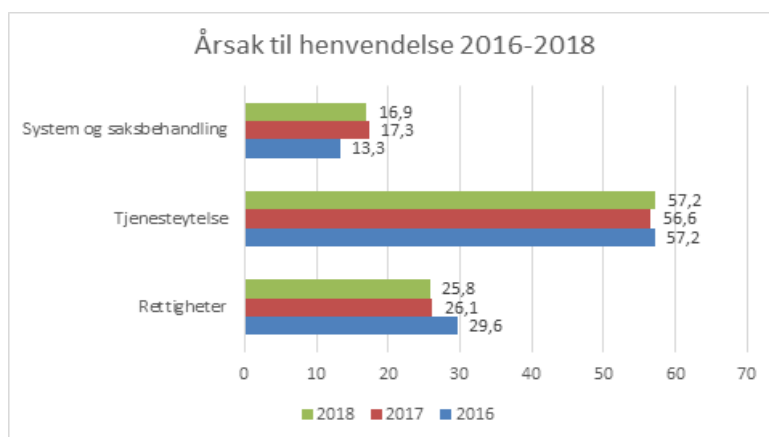
Ombudene har stabil pågang, og i 2018 var det rundt 15 000 henvendelser. I 2018 omhandlet 47 % av sakene tjenestesteder i spesialisthelsetjenesten, 31 % var knyttet til tjenestesteder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. 15 % av sakene gjaldt henvendelser som ikke var knyttet til et konkret tjenestested, for eksempel generelle spørsmål om pasientrettigheter. 7 % var henvendelser utenfor ombudenes mandat.

Årsaker til at ombudene ble kontaktet

Over halvparten av henvendelsene dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten. Det er eksempler på lite omsorgsfull behandling, spørsmål om feilbehandling, pasientskade, henvisninger som er mangelfulle eller forsinket, mangelfull informasjon, kommunikasjon og språkproblemer.

26 prosent av henvendelsene handlet om rettigheter. Som oftest var det mistanke om brudd på pasient- og brukerrettigheter, for eksempel avslag på søknader om tjenester, fristbrudd, innsyn i journal eller feil i journal, eller mangel på medvirkning og informasjon.

17 prosent av henvendelsene gjaldt organisering og rutiner, rot og sommel, for eksempel mangelfull tilgjengelighet, samhandling mellom etater, lang saksbehandlingstid eller mangelfull saksbehandling.



Trenger vi færre og mer forpliktende pasientrettigheter?

For å realisere pasientens helsetjeneste er det etablert ulike ordninger som skal sikre gode behandlingsforløp. De etablerte ordningene med kontaktlege, forløpskoordinatorer, koordinatorer og individuelle planer og hvem som er ansvarlige for de ulike ordningene, er forvirrende både for pasientene og helsepersonellet. Pasient- og brukerombudene stiller derfor spørsmål ved om tiden er inne for å etablere færre, men mer virkningsfulle og forpliktende ordninger.

Kommunene må ta mer ansvar for fastlegeordningen

Kommunene må ta et større ansvar for å sikre at fastlegene følger fastlegeforskriften og andre krav som stilles fra helsemyndighetene, mener ombudene. Pasienter må få kopi av henvisning og tilbud om kopi av prøvesvar. Dette vil bidra til økt kvalitet, styrket pasientsikkerhet og tryggere pasienter. Unge mellom 16 og 18 år må fritas for egenandel, for å sikre at de har en reell mulighet til å oppsøke fastlegen også når de ikke ønsker å informere sine foreldre og be om penger til dette.

Leve hele livet- også for de som trenger hjelp

Pasient- og brukerombudene mottar daglig henvendelser fra eldre og deres pårørende. De forteller blant annet om lang ventetid på sykehjemsplass, for få timer og for lavt kvalifisert personell i hjemmetjenestene, et stort antall personer å forholde seg til, og demente som er overlatt til seg selv store deler av døgnet. Pasient- og brukerombudene understreker at de er og skal fortsatt være ombud for alle aldergrupper, også de pasientene og brukerne som er "de eldre", og ser at det er nødvendig også etter at regjeringen har vedtatt opprettelsen av et nasjonalt eldreombud. Det bør gjennomføres et kompetanseløft på pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Det bør gjennomføres tiltak for å bedre kompetanse på bruk av tolk, slik at helsetjenestens ansvar for å bestille tolk ved behov etterleves.

Brukerstyrt personlig assistanse – en ordning ute av kurs?

Ordningen med Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) har uønskede variasjoner mellom kommuner når det gjelder tildeling av tjenesten, både i omfang og hvordan BPA sees i sammenheng med andre tjenester. Ombudene er kjent med tilfeller der brukere har valgt å flytte til kommuner som har bedre tilbud. Regjeringen har varslet en utredning av BPA-ordningen i 2019. Pasient- og brukerombudene forutsetter at utredningen må ha som mål å oppfylle formålet med ordningen, gi personer med stort hjelpebehov likeverd og frihet samt at bosted ikke skal være avgjørende for tilbudet til den enkelte. Formålet med BPA-ordningen må oppfylles uavhengig av bosted. Forslaget om å oppheve aldersgrensen på 67 år for å beholde BPA, støttes.

Den gylne regel må etterleves

Psykisk helse er ett av de områdene ombudene mottar flest henvendelser om. "Den gylne regel" som sier at satsing innen psykisk helse og rusbehandling skal ha en høyere vekst enn somatisk behandling, er stadig like blek. Ombudene mener at helsemyndighetene må stille strengere krav til sykehusene for å nå målet om at psykisk helse og rusbehandling skal ha høyere vekst enn somatikken.

Pasienter og pårørende forteller om feilslåtte eller mangelfulle behandlingstiltak og folk som blir sykere mens de venter på behandling. Det gjelder både dag- og døgnbehandling. Pasienter etterlyser tettere, bedre, mer planlagt og koordinert oppfølging. Pasienter i psykisk helsevern for voksne beskriver et stort fokus på utskrivning fra dag en ved innleggelse. De siste års omlegging av tilbud fra døgn til dag, trekkes også fram av pasienter som opplever utrygghet i møte med helsetjenesten. Mange pasienter som tilbys poliklinisk behandling, uttrykker at de i større grad ønsker seg ro og en seng som del av tilbudet.

Tannhelse er også helse

Som hovedregel må voksne selv dekke sine utgifter til tannbehandling, men tannhelsetjenesteloven hjemler unntak knyttet til enkelte diagnoser. Rusavhengighet er ikke en av disse. Erfaringen er fortsatt at mange rusavhengige har dårlig tannhelse. Mange klarer ikke å ta godt nok vare på tennene sine. Flere unngår å gå til tannlege av økonomiske årsaker og de har store tannhelseutfordringer som følge av misbruk og år med rusmisbruk. Ombudene erfarer at institusjonsoppholdene blir kortere og kortere. Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling rekker ikke å komme i gang med tannbehandlingen før vedkommende mister retten. Nødvendig tannbehandling bør etter ombudenes oppfatning slutføres, uavhengig av om institusjonsoppholdet avsluttes.

Ny time i hånda

Pasient- og brukerombudene mener det bør være et krav at pasienter som forlater en konsultasjon i spesialisthelsetjenesten og er i et forløp, vet når neste konsultasjon vil bli. Det vil gi pasient og pårørende økt trygghet og forutsigbarhet. Det vil også gjøre det enklere å si i fra dersom de opplever brudd i behandlingen.

Ombudene etterlyser alminnelig folkeskikk

Mange henvendelser til ombudene dreier seg om alminnelig omsorg og folkeskikk. Dårlig oppførsel fra helsepersonell gir tilleggsbelastninger for pasienter, brukere og pårørende som allerede står i krevende situasjoner. Helsetjenestene må i tillegg til å ha faglig forsvarlige og gode tilbud, også ha et aktivt forhold til kvaliteten i de menneskelige møtene. Dårlige pasientopplevelser påvirker tilliten til tjenesten, fagpersonellet og systemene. God og tilpasset informasjon til rett tid, brukermedvirkning, bruk av tolk der det er påkrevd, anerkjennelse av pårørende som ressurs og tid til dialog er viktig for god og verdig omsorg.

Lang saksbehandling truer rettsikkerheten og pasientsikkerheten

I dag er saksbehandlingstiden svært lang både hos de fleste Fylkesmennene og i Statens helsetilsyn. Dette reduserer tilliten til den endelige avgjørelsen og reduserer læringsutbytte for tjenestestedene i sakene som omhandler kvaliteten på den hjelpen som er gitt. Pasient- og brukerombudene etterlyser et større politisk engasjement for å sikre at tilsynsmyndighetene har tilstrekkelig ressurser til å gi forsvarlig oppfølging av klager og brudd på rettigheter i helse -og omsorgslovgivningen.

Økonomi

Kapittel 709 Pasient- og brukerombudet - Post 01 Driftsutgifter

Budsjett	Regnskap	Avvik	Avvik i %
70 503	72 536	- 2 033	- 2,9 %

Det er et merforbruk per 31.12.2018 på om lag 2 mill. kr.

Merforbruket har flere årsaker:

- 621.376,- skyldes forsinket overføring fra Oslo kommune knyttet til avtaler om IKT m.m. for 2018. Overføringen vil komme til fradrag for utgifter i 2019.
- Det resterende merforbruket skyldes i all hovedsak utgifter i forbindelse med sentralisering av post og arkivtjenester til Norsk Helsenett AS,

Pasient- og brukerombudene har totalt sett hatt en økning av faste løpende a-konto utgifter i forbindelse med tjenesteavtale med NHN (IKT, anskaffelser, post/arkiv) på om lag 2.7 millioner kr i 2018. Vi har styrt mot en planlagt inndekning med reduksjoner i lønnsutgifter i forbindelse med ansattes avgang med pensjon. Denne planen har ikke gitt full inndekning i 2018, samtidig som at økningen av nevnte utgifter har blitt noe høyere enn antatt.

For 2019 vil økte utgifter fullt ut dekkes inn av reduksjon i lønnsutgifter i forbindelse med ansattes avgang med pensjon.

7.2 Helseøkonomiforvaltningen (Helfo)

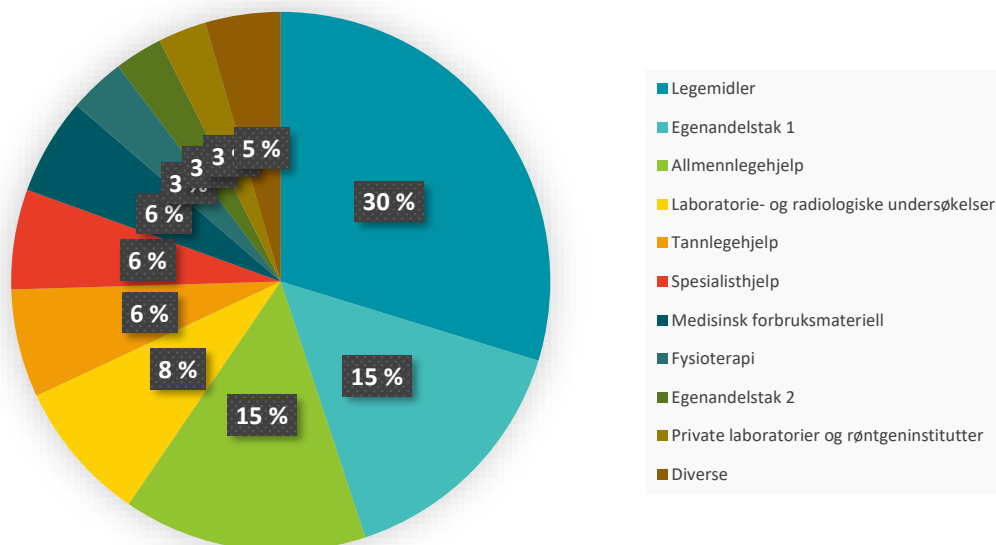
Helfo sitt samfunnsoppdrag og ansvarsområde er å ivareta brukernes rettigheter og yte profesjonell service til behandlere og innbyggere gjennom veiledning og informasjon om helsetjenesten. Virksomheten skal forvalte rettigheter gitt gjennom bl.a. folketrygdlovens kapittel 5 (stønad ved helsetjenester), bidra til god etterlevelse og at pasientrettigheter oppfylles.

Helfo sitt hovedmål er forankret i Helse- og omsorgsdepartementets mål om "finansieringsordninger som bidrar til likeverdige og effektive helsetjenester av riktig kvalitet", jf. tildelingsbrev til Helsedirektoratet. Det innebærer for Helfo:

- Rett ytelse til rett tid
- Veiledning og servicetjenester med riktig kvalitet
- Effektiv ressursutnyttelse i forvaltning av helserefusjonsområdet

Helfo forvalter et stønadsbudsjett på 34 mrd. kr som omfatter refusjon til helseaktører for behandling, refusjon for pasienters fritak fra egenandeler og refusjon for bruk av legemidler og medisinsk forbruksmateriell. Figuren viser bruken av stønadsbudsjettet på de forskjellige stønadsområdene.

Stønadsregnskapet 2018 - samlet utbetaling på 34 mrd. kr



Nøkkeltall for Helfo – 2018	2017	2018
Om servicetjenester		
Antall økter på Helfo.no	1 754 536	1 772 327
Antall økter på helsenorge.no	19 049 677	26 334 994
Digitale brukermøter Helfo	4 886 852	5 706 076
Antall telefonhenvendelser	578 914	475 595
Antall epost besvart (kontaktskjema/800HELSE)	53 189	39 907
Antall frikort tak I/tak II	må inn	1 276 053/ 281 412
Antall europeiske helsetrygdkort	794 914	897 418
Antall fastlegebytter	902 234	965 904
Andel fastlegebytter på nett	82 %	87 %
Antall reelle fristbruddhenvendelser til Helfo	8 880	10 263
Om refusjoner		
Refusjonsutgifter totalt	34,7 mrd. kr	34,3 mrd. kr
herav refusjon til behandlere for behandling	22,6 mrd. kr	22,3 mrd. kr
herav refusjonsutg. for legemidler og medisinsk forbr.matr.	12,1 mrd. kr	12,0 mrd. kr
Andel helseaktører som fremmer krav elektronisk over linje	76 %	84 %
Om individuelle søknader og krav		
Antall krav mottatt – legemidler	152 642	153 677
Antall krav mottatt – tannhelse	24 811	19 971
Antall krav mottatt – utland (§§ 5-24 og 5-24a)	19 070	19 884

Stadig flere brukere benytter selvbetjeningsløsningene, sender inn søknader og krav elektronisk og orienterer seg om sine rettigheter på nett. Økende digital modenhet i samfunnet, kombinert med målrettet arbeid i Helfo og utvikling av bedre digitale løsninger, har resultert i færre henvendelser i de personbetjente kanalene.

Helsedirektoratet gjennomfører et treårig program for Enklere Digitale Tjenester (EDiT) i samarbeid med Helfo. Formålet er å understøtte digitalt førstevalg og utvikle tjenester som sikrer at samhandlingen mellom brukere, helseaktører og Helfo blir enklere, raskere og riktigere. Helfo bidrar med betydelige ressurser og erfaring inn i programmet. Kunnskap om brukerbehov skal sikre gode og funksjonelle løsninger.

Måloppnåelse i 2018

Helfo hadde i 2017 den beste samlede måloppnåelsen siden omorganiseringen i 2014. Saksbehandlingstider for legemiddelområdet og utenlandssaker ble forbedret og antall saker over ytre grense ble redusert til et fåtall. Resultatene for 2018 viser stabilitet, men er noe svakere på visse tjenesteområder.

Vurderingen er at noe reduksjon i måloppnåelse fra 2017 til 2018 har hatt begrensede konsekvenser for brukerne og Helsedirektoratet er derfor samlet sett godt fornøyd med de resultater som er oppnådd i 2018.

En utfordring i 2018 har vært langt større avgang av medarbeidere enn vanlig som følge av beslutningen om ny kontorstruktur i Helfo. Ny kontorstruktur ble utredet i 2017 og besluttet av regjeringen i april 2018. Antall lokasjoner skal reduseres fra 22 til 6 kontorsteder. Gjennomføring vil skje i perioden januar 2020 til august 2021. Omstillingen berører mange ansatte i Helfo.

Helfo har 503 forpliktende årsverk per 31.12.2018 og har redusert antall ansatte i 2018 med 23 årsverk. Sykefraværet var 7,2 prosent. Regnskapsresultatet viser balanse og Helfo har følgelig hatt en god økonomistyring også i 2018.

Tjenesteområde servicetjenester

Servicetjenester består av informasjon og veiledning på telefon, nett og øvrige kanaler, selvbetjeningsløsninger (bytte av fastlege, utstedelse av europeisk helsetrygdkort m.m.), frikort for helsetjenester, fritt behandlingsvalg og pasientformidling ved fristbrudd.

Økt bruk av digitale kanaler og nedgang i personbetjente kanaler

Besøkstallene for helsenorge.no fortsetter å stige fra nær 1,6 millioner per måned i 2017 til 2,2 millioner besøk per måned i 2018; en økning på 38 prosent. Antall digitale brukermøter for Helfo har økt med nær 17 prosent. Samtidig er antall telefon- og eposthenvendelser til Helfo redusert med henholdsvis 18 og 25 prosent.

Andelen som bruker selvbetjeningskanaler for både europeisk helsetrygdkort, fastlegebytte og "Mine egenandeler" økte i 2018. Helsedirektoratet er godt fornøyd med utviklingen i retning av økt bruk av digitale kanaler for Helfo sine tjenester, og at Helfo arbeider systematisk i de personbetjente kanalene for å understøtte digitalt førstevalg. Det gir økt tilgjengelighet for brukerne og mer effektive tjenester. Med gjennomføring av programmet Enklere Digitale Tjenester (EDiT) styrkes denne utviklingen ytterligere. I tillegg har Helsedirektoratet og Helfo i 2018 arbeidet med utvikling av en ny digital innholdsplattform som vil gi bedre brukerreiser for Helfo sine målgrupper.

God brukertilfredshet

Gjennomsnittlig ventetid på telefon for 800HELSE i 2018 var 71 sek, mens tilsvarende for 2017 var 66 sek. 94 prosent av telefonhenvendelsene ble besvart i 2018 mot 92 prosent i 2017. Andel fornøyde brukere var på 87 prosent, noe som betyr at brukerne er godt fornøyde og prestasjonsmålene oppfylt.

Helsedirektoratets vurdering er at Helfo har en profesjonell informasjons- og veiledningstjeneste med meget god kvalitet, noe som bekreftes av resultatene fra brukerundersøkelsene.

Oppfølging av leverandørene i Fritt behandlingsvalg ut fra risiko

Helfo behandler søknader fra private behandlingstilbud som ønsker å bli godkjent som helsetilbud i Fritt behandlingsvalg. Krav til saksbehandlingstid er 6 uker, men oppnås kun i 50 prosent av sakene. Hovedårsaken til manglende måloppnåelse er at mange av søknadene har utilstrekkelig dokumentasjon på søknadstidspunktet. Det er per utgangen av 2018 i alt 45 godkjente leverandører og 8 526 pasienter som har valgt å benytte seg av et behandlingstilbud i ordningen.

Samarbeidet med andre relevante aktører som de regionale helseforetakene, Norsk pasientregister og fylkesmennene er videreutviklet i 2018.

Leverandørene følges opp jevnlig for å redusere risiko i ordningen. Helfo har ikke nådd prestasjonsmålene for oppstartsmøter og videre oppfølging av godkjente leverandører. Oppstartsmøter og videre oppfølging av leverandører gjennomføres ut fra en risikovurdering. Oppfølging av leverandørene er en ressurskrevende oppgave, og Helsedirektoratet deler Helfo sitt syn på en risikobasert tilnærming til oppgaven.

Økt antall fristbrudd

Helfo har i 2018 registrert 10 263 fristbrudd. Økningen fra 2017 er på 16 prosent, og langt mer moderat enn tidligere år. De aller fleste saker håndteres innen ytre grense på 10 virkedager og gjennomsnittlig saksbehandlingstid er på om lag 6 dager. Det er utviklet ny saksbehandlingsløsning som allerede i 2018 ga gode effekter i form av økt kvalitet og redusert tidsbruk. Den nye saksbehandlingsløsningen skal videreutvikles og gi Helfo bedre styringsdata på fristbruddområdet. 91 prosent av fristbruddpasientene var fornøyde med Helfos håndtering av formidlingsprosessen.

Det er inngått nye rammeavtaler innen somatikk, og flere fylkesvise rammeavtaler innen psykisk helsevern.

Helsedirektoratets vurdering er at Helfo jobber godt med områdene Fritt behandlingsvalg og fristbrudd. Helsedirektoratet mener det er viktig at Helfo fortsetter å utvikle oppfølgingsarbeidet og dessuten søker samarbeid med de regionale helseforetakene om avtaleinngåelser og kvalitetsoppfølging.

Tjenesteområde behandlingsrefusjon

Behandlingsrefusjon omfatter refusjon av utgifter til undersøkelse og behandling hos helseaktører (leger, fysioterapeuter, tannleger, psykologer, laboratorie- og røntgentjenester, logopeder m.fl.), forhåndstilsagn for planlagt behandling i et annet EØS-land og refusjon av utgifter ved nødvendig helsehjelp i utlandet.

Økt digital innsending (elektronisk over linje) og god brukertilfredshet

Ved utgangen av 2018 var det 87 prosent av helseaktørene som sendte sine refusjonskrav elektronisk over linje. Det er en økning på nær 6 prosent fra 2017. Økningen var størst for gruppen fysioterapeuter med en endring fra 70 til 84 prosent i løpet av 2018.

Henvendelsen til personbetjente kanaler fra helseaktørene karakteriseres som stabil. Gjennomsnittlig ventetid på telefon for veiledningstelefonen for helseaktørene var 99 sek, mens tilsvarende for 2017 var 54 sek.

Prestasjonsmålet på 60 sek er følgelig ikke oppnådd i 2018. Andel fornøyde brukere var imidlertid på 88 prosent. 94 prosent av telefonhenvendelsene ble besvart i 2018 mot 92 prosent i 2017.

Helsedirektoratet er godt fornøyd med at brukertilfredsheten er så vidt høy, men merker seg samtidig at ventetiden på telefon er nær doblet i 2018. Tilgjengeligheten for helseaktørene anses derfor ikke å være god nok, og vil bli fulgt opp i 2019.

Utlandsområdet - økt saksbehandlingstid for § 5-24 a og redusert saksbehandlingstid for § 5-24

I 2018 ble 84 prosent av sakene etter § 5-24 a (rett til stønad for helsehjelp mottatt i et annet EØS-land) ferdigstilt innen 12 uker (ytte grense), mens tilsvarende andel for 2017 var 91 prosent. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for refusjonssaker har økt fra 35 dager i 1.tertial til 47 dager i 3.tertial 2018. Årsaken knyttes først og fremst til at Helfo har hatt en noe skjerpet kontroll på fysioterapiområdet, noe som har resultert i økte saksbehandlingstider. Inngangen saker som omhandler sykehusbehandling har også økt i 2018 som ofte er mer komplekse saker.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker fra land utenom EØS (§ 5-24) har imidlertid hatt en tydelig positiv utvikling i 2018 og er om lag halvert fra 3.tertial 2017 til 3.tertial 2018.

Data for blankettområdet (elektroniske skjema EØS) viser at antall restanser har økt i 2018 fra 2 322 saker ved inngangen av året til 2 875 saker ved utgangen av året.

Helsedirektoratet vil i 2019 ha økt oppmerksomhet omkring utviklingen av antall ytre grense saker og saksbehandlingstid innenfor § 5-24 a (helsehjelp mottatt i et annet EØS-land).

Tjenesteområde legemidler/medisinsk forbruksmateriell og tannhelse

Legemidler og medisinsk forbruksmateriell inkluderer bidrag til spesielle formål, refusjon av utgifter til forhåndsgodkjente legemidler, refusjon av utgifter til legemidler etter individuell refusjon, samt produkt- og prislistene (produkter på blå resept).

Noe økt saksbehandlingstid på legemiddelområdet og tannhelseområdet

Helfo oppnådde i 2017 god kontroll på saksbehandlingstidene på legemiddelområdet og hadde kun et fåtall ytre grense saker. I 2018 har saksbehandlingstidene økt noe og antall saker over ytre grense tilsvarende. Prioriterte legemiddelsaker har hele tiden blitt behandlet innen fristen på 4 uker, og med et gjennomsnitt på 5 dager. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for uprioriterte saker økte fra 19 dager i 1. tertial til 26 dager i 2. tertial, før behandlingstiden igjen ble noe redusert til 23 dager i 3. tertial. Tilsvarende tall for 3. tertial i 2017 var 14 dager.

Per utgangen av 2018 var 13 prosent av legemiddelsakene gjenstand for automatisert saksbehandling. Det vil også i 2019 bli vurdert forenklinger i regelverket som kan påvirke automatiseringsgraden.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for refusjon for tannhelsebehandling er økt fra 13 dager ved inngangen til året til vel 30 dager ved utgangen av året.

Saker over ytre grense og lange saksbehandlingstider har konsekvenser for brukerne. Helsedirektoratet vil i 2019 fortsatt ha stor oppmerksomhet på utviklingen på både legemiddel- og tannhelseområdet. Samtidig er Helsedirektoratets oppfatning at konsekvensene for brukerne i 2018 har vært begrenset og at Helfo i stor grad har klart å opprettholde en god leveransesituasjon også for individuell stønad.

Lang ventetid og varierende brukertilfredshet

Ventetid på telefon for veiledningstelefonen for private (legemidler m.m.) er på 148 sekunder, mens prestasjonsmålet er 80 sekunder. Brukerundersøkelsen viser allikevel en tilfredshet på 78 prosent, noe som er tett opp til prestasjonsmålet på 80 prosent. Andel fornøyde brukere for henvendelser per epost er 56 prosent og betydelig lavere enn prestasjonsmålet på 70 prosent. Det antas at en av årsakene er at Helfo ikke kan gi personsensitiv informasjon på epost, og følgelig at brukerne ikke får like konkrete svar som de ønsker seg.

Ventetiden på veiledningstelefonen for private (legemidler m.m.) er langt unna prestasjonsmålet og Helsedirektoratet vil for 2019 be Helfo om å iverksette tiltak for å bedre måloppnåelsen.

Utviklingsarbeidet på området pris- og produktlister fortsetter

Gjennomgangen av de ulike produktområdene i perioden 2013 til 2017 har gitt verdifull kunnskap som danner grunnlaget for utvikling og videre arbeid. Det er i 2018 gjort større endringer innenfor området inkontinens, og arbeidet med produktområde stomi er igangsatt.

Om Helfo sitt arbeid med etterkontroll og økt etterlevelse

Målsettingen med etterkontrollarbeidet er å sikre økt etterlevelse. Kontrollvirksomheten er i 2018 synliggjort gjennom egne tiltak, men også gjennom medias oppmerksomhet om refusjon til helseaktører og helseinstitusjoner. Opplevd oppdagelsesrisiko er innført som styringsparameter.

Stabile resultater av Helfo sin kontrollvirksomhet

Resultatene av kontrollvirksomheten i 2018 er 7 anmeldelser (6 anmeldelser i 2017), 11 behandlere ble fratatt retten til å praktisere for trygdens regning (5 behandlere i 2017) og 194 behandlere ble pålagt å endre praksis (samme antall som i 2017). Det ble tilbakekrevd om lag 42 mill. kr (38 mill. kr i 2017).

Kapasitet til behandling av kontrollsaker har i 2018 vært noe påvirket av mange innsynsbegjæringer, vakanser i stillinger og omprioritering av ressurser til andre oppgaver i Helfo. Det har resultert i flere etterkontrollsaker over ytre grense. Til sammen 14 saker i 2017 og 51 saker i 2018 hadde saksbehandlingstid utover 5 måneder. Det er jobbet mye med kontinuerlig forbedring av arbeidsprosessene i kontrollsakene de siste årene. Helfo har også hatt fokus på økt systematisk samarbeid med andre kontrollinstanser, både strategisk og operativt. Saksbehandlingstid for kontrollsaker vil bli fulgt opp i styringsdialogen i 2019.

Stortinget bevilget 1,5 mill. kroner til kontroll av refusjon til tannbehandling i 2017, og 3 mill. kroner for 2018. Helfo har ved utgangen av 2018 fullført tre kontrolltiltak der tema har vært utvalgte takster eller vilkår for refusjon. Satsingen videreføres i 2019. De samlede resultater og effekter av prosjektet vil bli oppsummert og vurdert med tanke på regelverksendringer og videre kontrollvirksomhet.

Kontinuerlig utvikling og forbedringstiltak gir redusert usikkerhet

Helsedirektoratet mener det er viktig at Helfo vektlegger en kunnskapsbasert virkemiddelbruk, jobber systematisk med etterlevelse og har fokus på effektvurderinger. En aktiv informasjons- og veiledningstjeneste kan forhindre at feil oppstår. Implementering av ny digital innholdsplattform for helfo.no vil gi Helfo et bedre verktøy for tilgjengeliggjøring av informasjon. Et av de sentrale målene med programmet Enklere Digitale Tjenester (EDiT) er at digital samhandling skal gi bedre informasjon og veiledning til helseaktørene med økt etterlevelse som resultat.

Helfo mottar årlig om lag 120 millioner enkeltregninger og utbetaler 34 mrd. kroner. Alle regninger som sendes inn elektronisk gjennomgår relativt avanserte automatiserte kontroller som er utviklet over tid. Kontrollene fører til avvísninger, korrigeringer, merknader eller overføring av refusjonskrav til manuell behandling. Samtidig vil helserefusjonsområdet også være et tillitsbasert system. Myndighetene har ikke full innsikt i møte mellom helseaktør og pasient. Riksrevisjonen har i sin gjennomgang av etterlevelse på helserefusjonsområdet konkludert med at kontrollverktøyet KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner) gir en effektiv behandling av store mengder regninger fra behandlere og fungerer bra, men at det er forbedringspunkter. For regnskap 2017 konkluderte Riksrevisjonen med høy sannsynlighet for urettmessige utbetalinger for 3,4 prosent av utbetalt beløp. For behandlingsrefusjoner var usikkerheten redusert med i overkant en tredjedel fra året før. Helsedirektoratet og Helfo arbeider kontinuerlig med flere tiltak for å forbedre kontrollen.

Styring og kontroll i virksomheten

Helfo utarbeider årlig en virksomhetsplan med tilhørende handlingsplaner som et ledd i den interne styringen. Resultater og fremdrift for tjenesteområdene, styringslinjene og prosjektene følges opp jevnlig.

Det er igangsatt et arbeid med å videreutvikle styringssystemet for å møte virksomhetens behov for styring og kontroll som følge av den store omstillingen knyttet til ny kontorstruktur og implementering av nye digitale løsninger de nærmeste 2-5 årene.

Risikostyring er en vesentlig og integrert del av Helfos virksomhetsstyring, og det har i 2018 vært arbeidet videre med utvikling av modell og metode for risikoanalyser. Helfo har også satt ned et eget team som jobber med strategisk kompetansestyring. Det er utarbeidet et sett med roller i Helfo med tilhørende kompetansekrav. Helfo har også arbeidet aktivt med kompetansetiltak for alle medarbeidere innenfor digitalisering.

I 2018 er det arbeidet med implementering av EUs personvernforordning (GDPR) og ny personopplysningslov. Protokoller over behandlingsaktiviteter og databehandleravtaler er gjennomgått og ny personvernerklæring og brukererklæring for ansatte er innført.

Helsedirektoratets vurdering er at Helfo har tilfredsstillende styring og kontroll og legger stor vekt på å utvikle organisasjonens virksomhetsstyring og internkontroll videre.



HELSEDIREKTORATET

Org. nr.: 983544622

Riksrevisjonens beretning

Til Helsedirektoratet

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

Konklusjon

Riksrevisjonen har revidert Helsedirektoratets årsregnskap for 2018. Årsregnskapet består av ledelseskommentarer og oppstilling av bevilgnings- og artskontorrapportering, inklusiv noter til årsregnskapet for regnskapsåret avsluttet per 31. desember 2018.

Bevilgnings- og artskontorrapporteringen viser at 51 391 465 820 kroner er rapportert netto til bevilgningsregnskapet.

Etter Riksrevisjonens mening gir Helsedirektoratets årsregnskap et dekkende bilde av virksomhetens disponible bevilgninger, inntekter og utgifter i 2018 og av mellomværende med statskassen per 31. desember 2018, i samsvar med regelverket for økonomistyring i staten.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med *lov om Riksrevisjonen, instruks om Riksrevisjonens virksomhet* og internasjonale standarder for offentlig revisjon (ISSAI 1000–2999). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet under «Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet». Vi er uavhengige av virksomheten slik det kreves i lov og instruks om Riksrevisjonen og de etiske kravene i ISSAI 30 fra International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI's etikkregler), og vi har overholdt de øvrige etiske forpliktelsene våre i samsvar med disse kravene og INTOSAI's etikkregler. Etter vår oppfatning er revisjonsbevisene vi har innhentet tilstrekkelige og hensiktsmessige som grunnlag for vår konklusjon.

Presisering

Vi viser til note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten i regnskapet, som beskriver usikkerheten knyttet til realiteten av utbetalte helserefusjoner for de krav som ikke fullt ut kan prøves opp mot gjeldende regelverk.

Forholdet har ingen betydning for vår konklusjon om årsregnskapet.

Øvrig informasjon i årsrapporten

Ledelsen er ansvarlig for årsrapporten, som består av årsregnskapet (del VI) og øvrig informasjon (del I–V). Riksrevisjonens uttalelse omfatter revisjon av årsregnskapet og virksomhetens etterlevelse av administrative regelverk for økonomistyring, ikke øvrig informasjon i årsrapporten (del I–V). Vi attesterer ikke den øvrige informasjonen.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese den øvrige informasjonen i årsrapporten. Formålet er å vurdere om det foreligger vesentlig inkonsistens mellom den øvrige informasjonen, årsregnskapet og kunnskapen vi har opparbeidet oss under revisjonen. Vi vurderer også om den øvrige informasjonen ser ut til å inneholde vesentlig feilinformasjon. Dersom vi konkluderer med at den øvrige informasjonen inneholder vesentlig feilinformasjon, er vi pålagt å rapportere dette i revisjonsberetningen.

Det er ingenting å rapportere i så måte.

Riksrevisjonens oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Målet med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som gir uttrykk for Riksrevisjonens konklusjon. Betryggende sikkerhet er et høyt sikkerhetsnivå, men det er ingen garanti for at en revisjon som er utført i samsvar med *lov om Riksrevisjonen, instruks om Riksrevisjonens virksomhet* og internasjonale standarder for offentlig revisjon (ISSAI 1000–2999), alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir ansett som vesentlig dersom den, enkeltvis eller samlet, med rimelighet kan forventes å påvirke de beslutningene brukere treffer på grunnlag av årsregnskapet.

Vi utøver profesjonelt skjønn og utviser profesjonell skepsis gjennom hele revisjonen, i samsvar med *lov om Riksrevisjonen, instruks om Riksrevisjonens virksomhet* og ISSAI 1000–2999.

Vi identifiserer og anslår risikoene for vesentlig feilinformasjon i årsregnskapet, enten den skyldes misligheter eller utilsiktede feil. Videre utformer og gjennomfører vi revisjonshandlinger for å håndtere slike risikoer og innhenter tilstrekkelig og hensiktsmessig revisjonsbevis som grunnlag for vår konklusjon. Risikoen for at vesentlig feilinformasjon ikke blir avdekket, er høyere for feilinformasjon som skyldes misligheter, enn for feilinformasjon som skyldes utilsiktede feil. Grunnen til det er at misligheter kan innebære samarbeid, forfalskning, bevisste utelatelser, feilpresentasjoner eller overstyring av intern kontroll.

Vi gjør også følgende:

- opparbeider oss en forståelse av den interne kontrollen som er relevant for revisjonen, for å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige ut fra omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om hvor effektiv virksomhetens interne kontroll er
- evaluerer om regnskapsprinsippene som er brukt, er hensiktsmessige, og om tilhørende opplysninger som er utarbeidet av ledelsen, er rimelige
- evaluerer den totale presentasjonen, strukturen og innholdet i årsregnskapet, inkludert tilleggsopplysningene
- evaluerer om årsregnskapet representerer de underliggende transaksjonene og hendelsene på en måte som gir et dekkende bilde i samsvar med regelverket for økonomistyring i staten

Vi kommuniserer med ledelsen og informerer det overordnede departementet, blant annet om det planlagte omfanget av revisjonen og når revisjonsarbeidet skal utføres. Vi vil også ta opp forhold av betydning som er avdekket i løpet av revisjonen, for eksempel svakheter av betydning i den interne kontrollen.

Når det gjelder forholdene som vi tar opp med ledelsen og informerer det overordnede departementet om, tar vi standpunkt til hvilke som er av størst betydning ved revisjonen av årsregnskapet, og avgjør om disse skal regnes som sentrale forhold ved revisjonen. De beskrives i så fall i et eget avsnitt i revisjonsberetningen, med mindre lov eller forskrift hindrer offentliggjøring. Forholdene omtales ikke i beretningen hvis Riksrevisjonen beslutter at det er rimelig å forvente at de negative konsekvensene av en slik offentliggjøring vil være større enn offentlighetens interesse av at saken blir omtalt. Dette vil bare være aktuelt i ytterst sjeldne tilfeller.

Dersom vi gjennom revisjonen av årsregnskapet får indikasjoner på vesentlige brudd på administrative regelverk med betydning for økonomistyring i staten, gjennomfører vi utvalgte revisjonshandlinger for å kunne uttale oss om hvorvidt det er vesentlige brudd på slike regelverk.

Uttalelse om øvrige forhold

Konklusjon knyttet til administrative regelverk for økonomistyring

Vi uttaler oss om hvorvidt vi er kjent med forhold som tilsier at virksomheten har disponert bevilgningene på en måte som i vesentlig grad strider mot administrative regelverk med betydning for økonomistyring i staten. Uttalelsen gis med moderat sikkerhet og bygger på ISSAI 4000-serien for etterlevelsesrevisjon. Moderat sikkerhet for uttalelsen oppnår vi gjennom revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi finner nødvendige.

Basert på revisjonen av årsregnskapet og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendige i henhold til ISSAI 4000-serien, har vi avdekket brudd på bestemmelser om økonomistyring i staten punkt 2.5.2.2 og 5.3.5.2 om attestasjon av utgifter ved mangelfull sporbarhet og dokumentasjon. Med unntak av dette regelverksområdet er vi ikke kjent med forhold som tilsier at virksomheten har disponert bevilgningene i strid med administrative regelverk med betydning for økonomistyring i staten.

Oslo; 09.05.2019

Etter fullmakt

Tora Struve Jarlsby
ekspedisjonssjef

Ola Hollum
avdelingsdirektør

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur