DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Helsedirektoratet
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref	Vår ref	Dato
	25/2306-	19. oktober 2026

Supplerende tildelingsbrev nr. 7 Helsedirektoratet

Endringer i tildelinger:

- Kap. 701, post 21
- Kap. 701, post 60
- Kap. 714, post 21
- Kap. 714, post 79
- Kap. 2752, post 72

Nye oppdrag eller presisering av tidligere oppdrag:

- TB2026-15 Allmennlegetjenesten og oppfølging av Meld. St. 23 (2024-2025). Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus
- TB2026-29 Teknisk løsning for rapporteringsbestemmelser i forskrift om kompetansekrav
- TB2026-100 Nødvendige endringer for delegering av oppgaver til audiograf
- TB2026-101 Videre arbeid med Genome EDIC
- TB2026-102 Prosjektplan om tilskudd til særlig ressurskrevende tjenester
- TB2026-103 Statlig og regionalt støtte til oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene til eldre
- TB2026-104 Vurdering av endring i spesialistforskriften
- TB2026-105 Innretning på tilskuddet Nasjonal ALIS og veiledning
- TB2026-106 Vikarbruk i fastlegeordningen
- TB2026-107 Videre arbeid med framskrivinger av heldøgns omsorgsplasser og mulige tiltak for å redusere behovet
- TB2026-108 Sekretariat for arbeidsgruppe om pasienttilpasset basistilskudd

Postadresse	Kontoradresse	Telefon*	Avdeling	Saksbehandler
Postboks 8011 Dep 0030 Oslo postmottak@hod.dep.no	Teatergt. 9 www.hod.dep.no	22 24 90 90 Org.nr. 983 887 406	Budsjett- og styringsavdelingen	Vibeke Helene Riekeles 22 24 84 14

- TB2026-109 (unntatt offentlighet). For detaljer se eget vedlegg

Departementet ber om at eventuell offentlig kommunikasjon rundt oppdragsutførelse- og besvarelse avklares med departementet i forkant.

Endringer i tildelinger:

Kap. 701, post 21

(alle tall i 1 000 kroner)

Kap. post	Tidligere tildeling	Endring i tildeling	Sum tildelt 2026
701.21	198 701	-30 024	168 657

Tildelingen reduseres med 30 mill. kroner. Midlene skal tildeles over kap. 701, post 60 knyttet til utbetaling av tilskudd til kommuner for å ta i bruk teknologi.

Videre ble det ved en inkurie ført opp feil sum tildeling i supplerende tildelingsbrev nr. 4. Samlet tildeling skulle vært 198 677 000 kroner. Som følge av dette reduseres tildelingen på posten med 24 000 kroner.

Kap. 701, post 60

(alle tall i 1 000 kroner)

Kap. post	Tidligere tildeling	Endring i tildeling	Sum tildelt 2026
701.60	122 568	30 000	152 568

Helsedirektoratet tildeles 30 mill. kroner knyttet til tilskudd for å ta i bruk teknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kap. 714, post 21

(alle tall i 1 000 kroner)

Kap. post	Tidligere tildeling	Endring i tildeling	Sum tildelt 2026
714.21	116 750	-500	116 250

Helse- og omsorgsdepartementet viser til supplerende tildelingsbrev nr. 4 der Helsedirektoratet ble tildelt 8,874 mill. kroner mot tilsvarende innsparing over kap. 714, post 79, jf. stikkordet «kan nyttes under post 21». Ved en inkurie ble tildelingen satt 0,5 mill. kroner for høyt.

Kap. 714, post 79

(alle tall i 1 000 kroner)

Kap. post	Tidligere tildeling	Endring i tildeling	Sum tildelt 2026
714.79	84 835	500	85 335

Helse- og omsorgsdepartementet viser til supplerende tildelingsbrev nr. 4 der Helsedirektoratets tildeling ble satt ned med 8,874 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 714, post 21, jf. stikkordet «kan nyttes under post 21». Ved en inkurie ble tildelingen satt 0,5 mill. kroner for lavt.

Kap. 2752, post 72

(alle tall i 1 000 kroner)

Kap. post	Tidligere tildeling	Endring i tildeling	Sum tildelt 2026
2752.72	8 580 000	30 000	8 610 000

Ved en inkurie ble tildeling på posten redusert med 456 000 000 mill. kroner i supplerende tildelingsbrev nr. 5. Korrekt reduksjon skulle vært 426 000 000 mill. kroner. Tildelingen økes derfor med 30 000 000 mill. kroner.

Nye oppdrag eller presisering av tidligere oppdrag

TB2026-15 Allmennlegetjenesten og oppfølging av Meld. St. 23 (2024-2025). Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Det vises til oppdrag TB2026-15. Følgende deloppdrag knyttet til fastlegers lister, erstatter punkt 3 i det opprinnelige oppdraget.

Oppdraget er todelt og omfatter på den ene siden endringer for å styre og begrense tilgang til fastlegers lister, og på den andre siden en utredning av å pålegge fastleger økt listelengde. Regjeringen har som mål å redusere antall innbyggere uten fastlege til om lag 1% (under 60 000). Deloppdragene skal bidra til å nå dette målet.

Deloppdrag 1 dreier seg om å vurdere endringer for å styre og begrense tilgang til fastlegers lister.

1a. Begrensninger i sykehjemsbeboeres rett til å stå på liste hos fastlege
Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c har enhver som er bosatt i en norsk kommune, rett til å stå på liste hos fastlege. Utgangspunktet gjelder også for sykehjemsbeboere. I fastlegeforskriften § 21 andre ledd er det likevel presisert at allmennlegeoppgaver i sykehjem ikke er en del av fastlegens oppgaver med mindre dette er avtalt med kommunen, jf. §8. Beboerne får dermed sine legetjenester dekket gjennom tilbudet ved den enkelte institusjonen.

Dagens ordning innebærer dermed at plasser på fastlegers lister opptas av sykehjemsbeboere som i praksis ikke benytter tilbudet, og som dermed begrenser

andres mulighet til å stå på listen. Det skal likevel bemerkes at sykehjemsbeboere står fritt til å bruke egen fastlege.

Helsedirektoratet bes om å utrede spørsmålet om å frata sykehjemsbeboere rett til å stå på fastlegers lister. Det bes særskilt om en vurdering av om det er nødvendig å endre pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c.

Videre må forholdet til fastlegeforskriften § 21 vurderes. I tillegg må det drøftes hensiktsmessige vilkår for begrensninger i retten til å stå på liste hos fastlege, for eksempel skillet mellom korttids- og langtidsbeboere i sykehjem. For eksempel kan det være aktuelt å frata retten til å stå på liste hos fastlege ved et enkeltvedtak om langtidsopphold i sykehjem.

1b. Mulighet for å forbeholde listeplasser enkelte grupper av personer
I Stortingets anmodningsvedtak nr. 910 (2024-2025) er det bedt om regelverksendringer «slik at alle studentsamskipnader kan opprette fastlegetjenester slik Studentsamskipnaden i Oslo (SiO) kan i dag (...)». Ordningen for SiO følger av forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 3. Denne innebærer også et avvik fra prinsippet om fritt fastlegevalg ved at plasser på fastlegelister forbeholdes studenter, noe som begrenser andre innbyggeres valgmuligheter. På denne måten kan en særregulering for enkeltgrupper av innbyggere få konsekvenser for resten av befolkningen.

Det vises for øvrig til dagens ordning med manuell fordeling av nye innbyggere uten plass på fastlegelister og henvendelser fra kommuner om manglende mulighet til å tildele plass på fastlegelister til personer med særskilte behov, for eksempel nytilflyttede barn med store behov for fastlegetjenester.

Helsedirektoratet bes om å utrede hvordan stortingsvedtaket om studentsamskipnader kan følges opp, herunder foreslå nødvendig forskriftsendringer. Kommunene er av ulik størrelse og har ulike ressurser, og studiesteder er ulike. Det må utredes hvordan samarbeidet mellom studentsamskipnadene og kommunene ved en slik særordning kan være, og særlig hvilket ansvar de ulike aktørene skal ha. Videre må forholdet mellom fastlegeavtalen mellom kommunen og den enkelte fastlege, og studentsamskipnaden belyses.

Helsedirektoratet bes videre om å vurdere om det bør gjøres andre endringer i regelverket for forvaltning av fastlegelister, som gir kommunene større handlingsrom til å forbeholde plasser på fastlegelistene enn i dag, enten til enkeltpersoner eller grupper av personer. I denne sammenheng bes Helsedirektoratet også å se hen til TB2025-103, der det blant annet skal «inngå en vurdering av om det bør gjøres endringer i reguleringen av fastlegers liste/innbyggers rett til å velge fastlege, slik at deler eller hele fastlegens liste kan forbeholdes innbyggere tilknyttet boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester.»

Deloppdrag 2. Utredning av å pålegge fastleger økt listelengde
Det følger av Statsavtalen ASA 4301 punkt. 2.3.1 at fra innføringen av fastlegeordningen er antall listeplasser fastsatt til 1 500 ved fulltids kurativt årsverk. Ifølge Folkehelseinstituttet ses det en jevn nedgang i gjennomsnittlig listelengde per fastlege fra 2001 til 2022 (Skyrud et al., 2023). Gjennomsnittlig listelengde per fastlege ble redusert med 16 i 2025 og ytterligere 7 til august 2026, til 940 listeplasser. Andelen innbyggere som står på lister uten fastlege, som typisk betjenes av vikar, er halvert de siste to årene. Det er nå 2,0 prosent av befolkningen som ikke har fastlege, mot fire prosent for to år siden. Likevel er det fortsatt over 110 000 personer per august 2026, som står på lister uten fastleger. Antall innbyggere på fastlegelistene påvirker kapasiteten i fastlegeordningen.

For å nå målet om å redusere antall innbyggere uten fastlege til om lag 1% bes Helsedirektoratet om å utrede å endre fastlegeforskriften § 10 annet punktum med nedre grense for listelengde, og heve dette til 700 personer. Det må utredes hensiktsmessige unntak fra et slikt krav. Videre bes Helsedirektoratet om å utrede muligheten for å regulere en adgang for kommunen til å pålegge 200 flere på liste hvis det er nødvendig for å sikre at alle kommunens innbyggere skal ha fastlege. Det må utredes hensiktsmessige vilkår for slikt pålegg.

Det forutsettes dialog med Legeforeningen, KS og Oslo kommune for besvarelse av oppdraget.

Frist: 1.4.2027
Ansvarlig avdeling i HOD: HRA

TB2026-29 Teknisk løsning for rapporteringsbestemmelser i forskrift om kompetansekrav
Oppdraget settes i bero i sin nåværende innretning.

TB2026-100 Nødvendige endringer for delegering av oppgaver til audiograf

I forbindelse med regjeringens høreapparatgaranti er det besluttet at stønad kan ytes for konsultasjoner delegert fra avtalespesialist til audiografer ansatt i legens praksis. Dette innebærer at pasienten ikke må undersøkes av legespesialist i øre-nese-halssykdommer (ØNH-lege) ved hver konsultasjon. Dette fordrer endringer i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, og også i de nødvendige kontrollsystemer mv.

De aktuelle endringene har vært på offentlig høring og innebærer at takstene *3ad, 302, 303, 321, 322, 323, 324a, 324b, 324c, 324d, 324e, 325, 326a, 326b og 328a*

påføres ny merknad J «Takster for arbeid utført av audiograf etter delegering fra legespesialist.»

Helsedirektoratet skal tilrettelegge sine systemer slik at endringen kan tre i kraft 1. januar 2027. Dersom Helsedirektoratet vurderer at det bør gjøres tekniske endringer i den aktuelle forskriften for å ivareta de materielle endringene nevnt over, må forslag til slike endringer foreslås for Helse- og omsorgsdepartementet.

Frist:

- Frist for forslag til ev. forskriftsendringer til departementet er 1.11.2026.
- Helsedirektoratet må ut over dette selv finne frem til nødvendige frister slik at endringene kan tre i kraft 1. januar 2027.

Ansvarlig avdeling i HOD: SHA

TB2026-101 Videre arbeid med Genome EDIC

Som en del av oppdrag TB2024-32 har Helsedirektoratet arbeidet med det europeiske initiativet 1+ Million Genomes (1+MG) og Genome European Digital Infrastructure Consortium (EDIC), og levert en utredning av alternative tilknytningsformer for norsk deltakelse.

De økonomiske og ressursmessige konsekvensene av de ulike medlemskapsalternativene er foreløpig ikke fullt ut avklart for de involverte nasjonale aktørene. Videre har få andre land per i dag bekreftet deltakelse som fullverdige medlemmer.

Departementet ber på denne bakgrunn Helsedirektoratet om å utrede Norges nasjonale tilknytning videre, med status som «observer in accession» (observatør i overgang til medlemskap) som hovedspor.

Helsedirektoratet bes om å involvere relevante nasjonale aktører i det videre arbeidet, herunder andre aktører som har kjennskap til EDIC som arbeidsform.

Frist: 19.3.2027
Ansvarlig avdeling i HOD: SHA

TB2026-102 Prosjektplan om tilskudd til særlig ressurskrevende tjenester

Vi viser til Riksrevisjonens Dokument 1 (2024–2025) om tilskudd til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester og dialog mellom Kommunal- og distriksdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og direktoratet om dette.

I tråd med konklusjonen fra møtet mellom nevnte aktører om saken 29. april, ber vi direktoratet om å utarbeide en tidsprosjektplan for arbeidet med å forenkle og forvalte ordningen. Dette arbeidet skal blant annet inkludere aktiviteter knyttet til definisjon av direkte brukertid, bruk av en standardisert beregningsmodell for direkte brukertid og gjennomsnittlig timepris, og pilotering av datauttrekk fra KPR og dialog med Folkehelseinstituttet om dette. Det vises til rapportene fra Agenda Kaupang. Budsjettmessige konsekvenser skal fremgå.

Frist: 13.11.2026
Ansvarlig avdeling i HOD: KTA.

TB2026-103 Statlig og regional støtte til oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene til eldre

Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene til eldre er et sentralt satsningsområde for Helse- og omsorgsdepartementet. Det er ønskelig å utrede og samle kunnskapsgrunnlag for mer systematisk statlig støtte, veiledning og oppfølging av kommuner med mangelfull kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, der statsforvalteren gis en sentral rolle sammen med andre relevante aktører som for eksempel Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Det kan ha en form av en trinnvis modell.

Modellen kan bygge på eksisterende virkemidler som statsforvalter har, som dialog og veiledning, oppfølgingsmøter, tilsyn, oppfølging av lovbrudd, klagebehandling og samordning av statlige innsatser overfor kommunen. Andre virkemidler bør være en del av vurderingen ved utforming av modellen. Modellen bør også beskrive hvordan pasientsikkerhetsperspektivet og kvalitet kan ivaretas gjennom systematisk bruk av kvalitetsindikatorer, pasient-, bruker- og pårørendeerfaringer, tilsynserfaringer, uønskede hendelser og annet relevant kunnskapsgrunnlag for å identifisere risiko og prioritere forbedringstiltak.

På denne bakgrunn gis Helsedirektoratet i oppdrag å utrede en innretning på en slik trinnvis modell. Besvarelsen skal beskrive de enkelte trinnene i modellen. Det skal fremgå hvilke elementer i modellen som allerede er henholdsvis etablert, under etablering/utvikling eller som er manglende. Økonomiske, administrative og personellmessige konsekvenser skal inngå. Det skal videre fremgå hva som kan gjennomføre innenfor dagens økonomiske rammer og hva som krever økonomiske ressurser. Arbeidet skal sees i sammenheng med blant annet pågående arbeid med utvikling av Eldrebarometeret Bo trygt hjemme, pasient- og brukersikkerhet og systematisk arbeid med pasient-, bruker og pårørendeundersøkelser.

Relevante aktører som blant annet KS, Folkehelseinstituttet og bruker- og pårørendeorganisasjoner skal involveres på hensiktsmessig måte i arbeidet.

Frist:

- Frist for å levere overordnet beskrivelse av modellen er 1.11.2026.
- Frist for leveranse av detaljert modell sette i dialog med departementet.

Ansvarlig avdeling i HOD: KTA

TB2026-104 Vurdering av endring i spesialistforskriften

Spesialistforskriften regulerer krav til spesialistutdanning for leger, herunder spesialisering i allmennmedisin. Det er i dag en stor andel av fastlegelistene som betjenes av vikarer (både lister med fast lege og lister uten fast lege). Det er ønskelig at regulering av spesialistutdanningen i allmennmedisin innrettes slik at det i størst mulig grad gis insentiver til å jobbe i kommunale helse- og omsorgstjenester og i særdeleshet som fastlege med fastlegeavtale. Departementet har som mål at andel lister uten fast lege skal ned mot et normtall på 1 %. Helsedirektoratet gis i oppdrag å gi en vurdering av hensiktsmessigheten av å endre spesialistforskriften med formål å begrense hva som gir tellende tid i spesialisering i allmennmedisin.

Besvarelsen skal inneholde økonomiske, administrative og personellmessige konsekvenser og eventuelle konkrete forslag til endringer i spesialistforskriften. I tillegg skal besvarelsen inneholde en samfunnsmessig vurdering dersom dette vurderes som hensiktsmessig. Oppdraget skal sees i sammenheng med direktoratets øvrige arbeid med spesialistforskriften.

Oppdraget skal sees i sammenheng på øvrige relevante oppdrag som berører allmennlegetjenesten.

Frist: 15.3.2027
Ansvarlig avdeling i HOD: KTA

TB2026-105 Innretning på tilskuddet Nasjonal ALIS og veiledning

Det er et mål å legge til rette for en attraktiv spesialistutdanning i allmennmedisin gjennom tilskuddsordning Nasjonal ALIS og veiledning. Samtidig er det ønskelig at tilskuddsordningen innrettes slik at den gir insentiver til ønsket utvikling i løpet av spesialiseringsløpet, dvs. høyere listekapasitet, fullført spesialisering og til å inngå fastlegeavtale. Vurderinger av endringer skal legge til grunn en bærekraftig innretning innenfor dagens økonomiske ramme for tilskuddet.

Helsedirektoratet gis i oppdrag å vurdere konsekvenser og effekter på total listekapasitet og lister uten fast lege av følgende endringer i ALIS-tilskuddet med virkning fra tilskuddsåret 1.6.27 – 31.5.28:

1) Begrensning i om vikarer for fastleger eller vikarer på ubesatte lister kan få ALIS-tilskudd.
2) Endring av produktivitetselementet som bidrar til ønsket utvikling i tjenesten.
3) Andre insentiver i ALIS-tilskuddet som belønner lengre lister og/eller ALIS som under spesialisering inngår fastlegeavtale eller en form for belønning til leger som fullfører spesialisering i allmennmedisin

Det skal videre vurderes hensiktsmessigheten av disponering av eventuell frigjorte midler til «Tilskudd til allmennlegetjenester i distriktskommuner». Dersom Helsedirektoratet ser det formålstjenlig, kan også andre endringer vurderes. Besvarelsen skal inneholde konkrete forslag til eventuelle justeringer av regelverk for ordningen. Besvarelsen skal inneholde økonomiske, administrative og personellmessige konsekvenser og eventuelt samfunnsøkonomisk vurdering dersom dette vurderes som hensiktsmessig av pkt. (1) – (3).

Oppdraget skal sees i sammenheng på øvrige relevante oppdrag som berører allmennlegetjenesten.

Frist: 15.3.2027
Ansvarlig avdeling i HOD: KTA

TB2026-106 Vikarbruk i fastlegeordningen

Vikarbruken i fastlegeordningen er omfattende. Den overveiende majoriteten av listene som ikke har en fast fastlege betjenes av vikarer. Samtidig er andelen vikarer på lister som har en fast fastlege også betydelig.

Tilgang på vikarer er viktig for fleksibiliteten i ordningen og for at kommuner og innbyggere skal få tilgang til fastlegetjenester når fastlegen for eksempel har permisjoner, er sykmeldt eller det foreligger andre grunner til fravær. Samtidig er ett av kjerneelementene i ordningen at innbyggeren har rett på en fast lege. Derfor bør langvarig vikarbruk, fremfor alt på lister med fast lege, begrenses.

Fastlegeforskriften regulerer ikke vikarbruk utover i § 12 femte ledd hvor det fremgår at "når legens autorisasjon er suspendert, eller i påvente av en overprøving av vedtak om tap av autorisasjon, kan næringsdrivende lege innta vikar inntil saken er avgjort av klage- og tilsynsmyndighetene”. Det følger av fastlegeforskriften § 4 andre ledd at kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen. Øvrig regulering av vikarbruk følger av rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen.

Helsedirektoratet bes om å:

- Kartlegge og analysere vikarbruk i fastlegeordningen. For vikarer for fastleger skal det skilles mellom lister uten fast lege og dem der det er avtale om fast lege
- Redegjøre for regel- og avtaleverk som rammer inn bruken av vikarer i fastlegeordningen og muligheten til å være innehaver av flere lister
- Foreslå mulige tiltak for å redusere vikarbruk, og herunder vurdere om det det bør innføres forskriftsregulering.

Oppdraget skal sees i sammenheng med øvrige relevante oppdrag som berører allmennlegetjenesten.

Frist: 15.3.2027
Ansvarlig avdeling i departementet: KTA

TB2026-107 Videre arbeid med framskrivinger av heldøgns omsorgsplasser og mulige tiltak for å redusere behovet

Bakgrunn for oppdraget
I møte med en aldrende befolkning er det behov for å utvikle mest mulig treffsikre framskrivinger av behovet for heldøgns omsorgsplasser og mulige tiltak som kan redusere behovet for ressurskrevende bo- og tjenestetilbud. Helsedirektoratet og Husbanken identifiserte og analyserte mulige faktorer som kan påvirke behovet for heldøgns omsorgsplasser tidligere i år. Faktorene lot seg imidlertid ikke kvantifisere inn i eksisterende SSBs framskrivingsmodell. SSB har nå publisert oppdaterte framskrivinger med 2024-tall. SSB har forbedret modellen blant annet ved å benytte et annet målegrunnlag, men faktorene som er benyttet (konstant familieomsorg og forbedret helse) er de samme som i rapporten fra 2020. SSB har derimot i et eget notat, Bakgrunn og begrunnelse for funksjonsframskrivingene, skissert en videreutvikling av modellen, og foreslår å utarbeide funksjonsfordelte framskrivinger.

For å gjennomføre dette er SSB avhengige av bidrag fra Helsedirektoratet, Husbanken og Folkehelseinstituttet. Departementet ber om at SSB og Helsedirektoratet, med bidrag fra Husbanken og Folkehelseinstituttet, samarbeider om dette arbeidet. Det legges til grunn at SSB-notatet danner utgangspunktet for arbeidet. Videre ber departementet om at aktørene ser hen til «Temaveileder for virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser» i arbeidet.

Det tas sikte på at sluttproduktet som leveres er en videreutviklet framskriving med nye/oppdaterte tall på behovet for heldøgns omsorgsplasser og tiltak som kan redusere behovet innarbeidet i modellen. Tilnærmingen innebærer at scenarioene ikke implementeres direkte som egne framskrivningsbaner, men analyseres gjennom

hvordan de påvirker tjenestefordelingen. SSB vurderer at det gir et mer robust utgangspunkt enn å legge inn forenklede direkte forutsetninger i framskrivingene.

Deloppdrag 1
Helsedirektoratet gis i deloppdrag, i samarbeid med SSB, om å validere SSBs forslag om funksjonsscore og om disse kan benyttes til å fordele behovene mellom ulike brukergrupper og tjenestetyper i det videre framskrivingsarbeidet.
Det skal leveres følgende:

- Deskriptive analyser som viser andel med omfattende bistandsbehov totalt (samlemål) og for pleiebehov/tilsynsbehov + enkeltdimensjoner.
- Regresjonsanalyse som viser sammenheng mellom funksjonsmåling og tildeling av langtidsopphold på institusjon.
- Regresjonsanalyse som estimerer alder for første institusjonsplass blant de med langtidsopphold på institusjon, og betydningen av funksjonsmålinger.

I lys av resultatene ber departementet om at Helsedirektoratet legger ved en skriftlig vurdering av mulig nytte og gevinster av arbeidet som er skissert i del 2. Vurderingen vil gjennomgås i møtet som oppsummerer delleveranse 1.

Frist deloppdrag 1: 1.11.2026

Deloppdrag 2
SSB i samarbeid med helsedirektoratet, og med bidrag fra husbanken og Folkehelseinstituttet, identifiserer og analyserer faktorer som særlig kan påvirke 1) hvor lenge brukere kan motta tjenester på et lavere nivå og 2) når overgangen til mer omfattende tjenester skjer. Del 2 skal bygge videre på del 1 av oppdraget og metodikken som tar utgangspunkt i en funksjonsfordeling av brukergrupper og tjenestetyper, som beskrevet i SSBs notat.

Arbeidet skal undersøke og synliggjøre hvordan samme behovsnivå kan ivaretas med ulik tjenestetildeling gjennom påvirkning av ulike forhold/innsatsfaktorer som omtalt lenger ned. En hypotese er for eksempel at noen behov kan ivaretas med hjemmetjenester og andre innsatsfaktorer i stedet for i ressurskrevende heldøgns botilbud. Metodikken vil kunne gi oss mer innsikt i hva noen kommuner gjør som fører til at tjenester kan ytes på et lavere nivå, eksempelvis hvordan personer med demens kan bo lenger hjemme, og dermed hvordan behovet for heldøgns omsorgsplasser kan reduseres. For å synliggjøre variasjoner i måter å løse behovene på, er det ønskelig at det skjæres ut noen bruker- og tjenesteprofiler.

Målet med arbeidet er å framskaffe et kunnskapsgrunnlag som kan bygges inn i framskrivingsmodellen til SSB om behovet for heldøgns omsorgsplasser. Kunnskapen er nødvendig for å vurdere bruk av ulike virkemidler som kan bidra til at eldre kan bo hjemme lenger og motta gode og treffsikre tjenester.

Rollefordeling
SSB har hovedansvaret for å gi nødvendige føringer og støtte til etatenes analysearbeid og vurdere hvordan og eventuelt når den kunnskapen som kommer fram kan anvendes inn i selve framskrivningsmodellen.

Hver av aktørene har et selvstendig ansvar for å analyse faktorer og tiltak innenfor sine ansvarsområder i tråd med SSBs føringer. Folkehelseinstituttets rolle avklares i samråd med departementet og direktoratet. Aktørene oppfordres til å ha dialog med relevante fag-, forsknings- og interesseorganisasjoner underveis.

Helsedirektoratets bidrag
Departementet ber helsedirektoratet, i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Husbanken, identifisere og analysere de faktorene som i størst grad både påvirker behovet for helse- og omsorgstjenester, særlig hvor lenge brukere kan motta tjenester på et lavere nivå og når overgangen til mer omfattende tjenester skjer. Arbeidet skal bygge videre på scenarioene som etatene leverte i januar i år, hvor følgende faktorer lå inne: helsepersonell, demens, pårørendeinnsats, ulike boligtyper/-konsepter, helsetilstand i befolkningen og teknologi. Departementet ber også aktørene om å vurdere frivillige tilbud, fysisk tilrettelegging, sentralisering, samlokalisering og kommunal organisering, og om det er andre temaer bør inkluderes. Når det gjelder boligtyper, er det særlig ønskelig å se på konsepter som befinner seg mellom ytterpunktene

a) Bo hjemme uten hjelp
b) Sykehjemsplass, herunder trygghetsboliger.

Ansvars- og arbeidsfordeling om faktorer som overlapper med FHI eller Husbankens ansvarsområder eller i sin helhet bør analyseres av disse, avklares innbyrdes mellom aktørene. Målet er at faktorene skal innarbeides i framskrivingsmodellen til SSB. Departementet ber Helsedirektoratet om å gjøre nødvendige avklaringer med SBB for å levere det byrået trenger inn i dette arbeidet.

<u>Prosess</u>
Det legges opp til 2-3 prosessmøter underveis mellom aktørene og departementet, hvorav ett for å oppsummere delleveranse 1 og vurdere hvilket grunnlag den gir for det videre arbeidet og implementering i SSBs framskrivingsmodell. Eventuelle oppstående behov for å trekke ut deler av tematikken ut i et mer langsiktig utviklingsarbeid avklares løpende med departementet.

Frist del 2: 1.3.2027.
Ansvarlig avdeling i HOD: KTA

TB2026-108 Sekretariat for arbeidsgruppe om pasienttilpasset basistilskudd

Det følger av enigheten mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Legeforeningen i forbindelse med årets forhandlinger at det skal nedsettes en liten arbeidsgruppe som skal se på effekten av og eventuelle justeringer i dagens pasienttilpassede basistilskudd. Protokollen fra juni sier følgende:

Helse- og omsorgsdepartementet nedsetter i august en liten gruppe med ekstern uavhengig leder (helseøkonom) og Helsedirektoratet som sekretariat. Legeforeningen skal delta i arbeidet. Gruppen skal høsten 2026 se på effekten av og eventuelle justeringer i dagens PTB som kan understøtte de formål som kommer frem i allmennlegemeldingen, samtidig som det ivaretar fastlegenes behov for forutsigbare rammevilkår. Arbeidet ses i sammenheng med Helsedirektoratets pågående utredning om endringer i finansieringsmodell og evalueringsarbeid.

På bakgrunn av dette bes Helsedirektoratet om å være sekretariat for arbeidsgruppen. Mandatet er vedlagt.

Frist: frist for siste leveranse er 1.3.27
Ansvarlig avdeling i HOD: KTA

Med hilsen

Thomas Neby Baardseng (e.f.)
ekspedisjonssjef

Vibeke Helene Riekeles
avdelingsdirektør

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Kopi

Folkehelseinstituttet

Riksrevisjonen