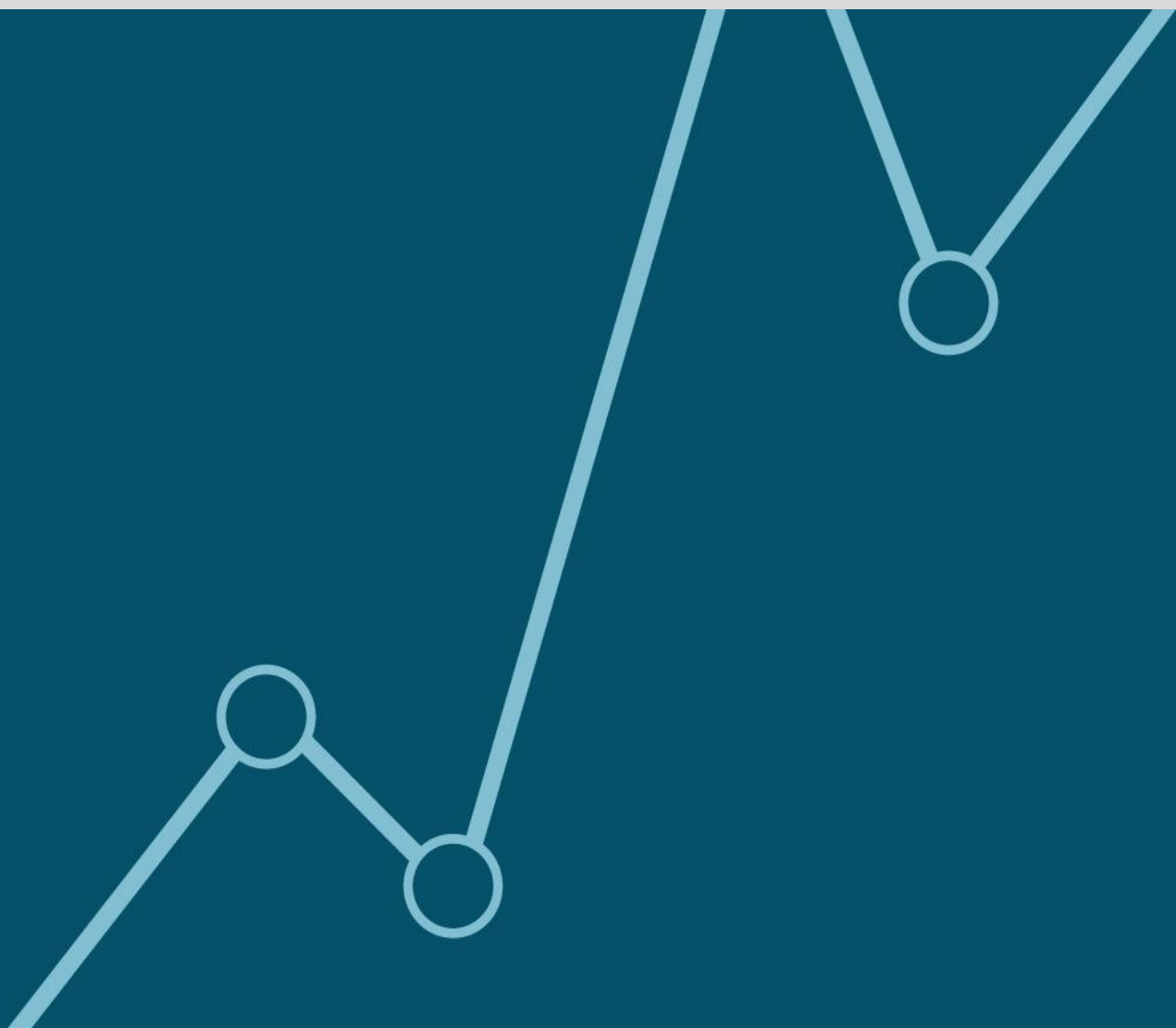


Stedlig kontroll 2021

Tilskuddsordningen Særlig
ressurskrevende helse- og
omsorgstjenester

Rapport

[BESTILLINGSNR]



Innhold

1. Innledning	3
1.1. Bakgrunn	3
1.2. Oppdraget	4
1.3. Retningslinjer for kommunenes beregning av refusjonskravet	4
1.4. Kontroll av tilskuddsordningen	5
2. Metode	6
2.1. Utvalg av kommuner	6
2.2. Metoder for informasjonsinnhenting	7
3. Organisering av arbeidet med ressurskrevende tjenester i kommunene	8
3.1. Vedtaksrutiner	8
3.2. Revisors arbeid – håndtering av avvik	10
4. Beregningsmetoder	10
4.1. Regnskapsmodeller	11
4.2. Kalkylemodeller	11
5. Funn	11
5.1. Vedtak	12
5.2. Registrering av utførte timer	12
5.3. Tolkning av direkte brukertid	13
5.4. Lønnsutgifter i forbindelse med sykdom	14
5.5. Fradrag for andelen av anvendt premiefond	15
5.6. Oppfølging av private leverandører	15
5.7. Revisorenes erfaringer med kontroll av kommunenes refusjonskrav	16
5.8. Ansvar ved sykehusinnleggelser	16
5.9. Ordningens innretning	16
6. Konklusjon	17

Sammendrag

Helsedirektoratet har i 2021 for annen gang gjennomført stedlig kontroll med tilskuddsordningen Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester (kap. 575, post 60). Formålet med kontrollene var å gjennomgå kommunenes rutiner for framstilling av antall timer og gjennomgå underlagsdokumentasjonen for de enkelte brukerne. Krav til rutiner og dokumentasjon framgår av årlige rundskriv for ordningen fra Helsedirektoratet (Rundskriv IS-4).

Den første kontrollen i 2019 omfattet ti kommuner, og avdekket variasjon i beregningen av refusjonskravet. Det forekom også ulik tolkning av rundskrivet. Kontrollen i 2021 av elleve kommuner bekrefter funnene i 2019. I tillegg til variasjon mellom kommunene, er det også variasjon i beregningsmetode mellom deltjenestene innen kommunene.

Kontrollen viste at kommunene har gyldige vedtak for alle de kontrollerte ressurskrevende brukere. Imidlertid var det ulik praksis mellom kommuner når det gjelder framstilling av timer, beregning av refusjonskrav og dokumentasjon. Det framkom avvik ved fratrekk for bruk av premiefond, hvor bare om lag halvparten av kommunene gjør fratrekk.

Flertallet av kommuner påpekte også utfordringer med ordningens innretning. En gjennomgående tilbakemelding var at ordningen oppleves som kompleks og arbeidskrevende. Aldersgrensen på 67 år har blitt mer utfordrende over tid. Flere ressurskrevende brukere lever lengre og passerer aldersgrensen. Brukerne har imidlertid fortsatt like stort behov for tjenester etter fylte 67 år som før.

Fra tilskuddsordningen ble etablert i 2004 har det vært en betydelig utgiftsvekst. Antall ressurskrevende brukere har økt, samtidig med at også utgiftene per bruker har økt. Utgiftsveksten har blant annet vært drevet av den medisinske utviklingen og reformer på helse- og omsorgsfeltet. Økt overlevelse for brukere med alvorlig skade og sykdom gir økt tjenestebehov. I tillegg har brukere, pårørende og politikere større forventninger til tjenestene. Brukernes muligheter for aktivitetstiltak blir i større grad vektlagt.

Videre har kommunene etter samhandlingsreformen fått økt ansvar for brukere som tidligere mottok tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Det betyr at utgifter som tidligere har vært dekket av spesialisthelsetjenestens budsjetter, nå dekkes av tilskuddsordningen.

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

I behandlingen av kommuneproposisjonen for 2004 besluttet Stortinget at det skulle innføres en ny toppfinansieringsordning for ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester. Med ressurskrevende brukere menes psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmende, eldre med fysisk eller mental svikt og psykiatriske pasienter. Kommuner som yter tjenester til slike enkeltmottakere, har muligheten til å søke om refusjon for sine utgifter fra Helsedirektoratet, som forvalter tilskuddsordningen på vegne av Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) – fra 2022 Kommunal- og distriktsdepartementet.

Kommunene får refusjon for direkte lønnsutgifter knyttet til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Med særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester menes tjenester som koster kommunen mer enn 1 430 000 kroner per år per bruker (innslagspunktet for 2021). Kommunene kan få refusjon for 80 prosent av de direkte lønnsutgiftene over dette innslagspunktet.

Helsedirektoratet sender rundskrivet IS-4 til landets kommuner og kommunenes revisorer med informasjon om de endelige tildelingskriteriene for tilskuddsordningen i januar hvert år.

Kommunene må forholde seg til følgende frister:



Kommunens krav om refusjon skal sendes kommunens revisor innen medio mars for kontroll og attestasjon, før den sendes inn til Helsedirektoratet innen primo mai. Direktoratet behandler de innkomne kravene på våren. Det foretas en kontroll av nøkkelopplysninger; for eksempel om det er samsvar mellom revisorattestasjonen og rapporteringen. Tilskuddet utbetales til kommunene i slutten av juni eller begynnelsen av juli hvert år.

I perioden tilskuddsordningen har eksistert, har det vært en økning i utgifter til ressurskrevende brukere fram til 2020. Samtidig har det i samme periode vært en økning i antall mottakere av slike tjenester. Det totale årlige utbetalingsbeløpet har økt fra 1 506 millioner kroner i 2004 til 10 068 millioner kroner i 2021. Utbetalingsbeløpet i 2021 var imidlertid noe mindre enn den høyeste utbetaling på ordningen i 2020 med 10 525 millioner. Antall mottakere har økt fra 3 398 i 2004 til 7 829 mottakere i 2021. Antallet mottakere i 2021 var imidlertid noe mindre enn antallet mottakere i 2020 som var på 8 140. Se vedlegg 1.

1.2. Oppdraget

Våren 2018 ble det etablert en partssammensatt arbeidsgruppe med representanter fra daværende KMD, Finansdepartementet, Helse – og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Kommunenes Sentralforbund. Arbeidsgruppen vurderte potensielle endringer i ordningen som kan gi en mer bærekraftig og effektiv ordning. Et av tiltakene som ble nevnt i sluttrapporten var økt kontroll, for eksempel at Helsedirektoratet gjennomfører stikkprøvekontroller av kommunenes krav.

KMD ba i oppdragene 2019 og 2021 om at Helsedirektoratet gjennomfører en utvidet kontroll av kravene i et utvalg kommuner. I utvalget av kommuner skulle kommunestørrelse og antall tjenestemottakere hensyntas. Formålet med kontrollen var å gå gjennom:

Kommunens rutiner for framstilling av antall timer til den enkelte mottaker, herunder dokumentasjon av metoder og bruk av fag – og administrative systemer for å beregne grunnlaget.

Underlagsdokumentasjon som danner grunnlaget for tilskuddsutbetalingen knyttet til den enkelte mottaker.

1.3. Retningslinjer for kommunenes beregning av refusjonskravet

Rundskrivet "Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene" (IS-4) er grunnlaget for og regulerer forvaltningen. Dette rundskrivet oppdateres hvert år i tråd med bevilgningene som gis i statsbudsjettet. Nivået på innslagspunktet og kompensasjonsgraden har særlig betydning for beregning av refusjonskravet i kommunene. Nedenfor gjengis noen sentrale hovedpunkter i rundskriv IS-4/2021:

Hvilke utgifter kan refunderes

Kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere, kan søke om delvis refusjon for de påløpte direkte lønnsutgiftene for disse tjenestene. Det er ikke krav til diagnose eller type lidelse hos tjenestemottaker. Det kan søkes refusjon til og med 31. desember i det kalenderåret tjenestemottakeren fyller 67 år. For tjenester hvor det er krav om enkeltvedtak, må det foreligge et gyldig vedtak for at kommunen kan søke om refusjon. Der det ikke er krav om enkeltvedtak må annen dokumentasjon foreligge.

Med direkte lønnsutgifter menes lønn knyttet til direkte brukertid, det vil si at det må være direkte interaksjon mellom tjenesteyteren og brukeren fysisk eller digitalt (sistnevnte gyldig kun fra 2020). For tjenester i bolig må tjenesteyter være til stede i boligen og ha sine arbeidsoppgaver i interaksjon med tjenestemottaker. Alle andre utgifter som ikke er direkte brukertid, faller utenfor refusjonsordningen. Dette kan for eksempel være administrativt arbeid som rapportering, opplæring og veiledning, beredskap og reisetid for hjemmetjenesten.

Kommunene kan kun søke om refusjon for lønnsutgifter ført på KOSTRA¹-funksjonene 232, 233, 234, 241, 242, 243, 253, 254 og 273. Se definisjon av funksjonene i KOSTRA på **Error! Hyperlink reference not valid.**Pensjon

¹ KOSTRA - KOrmmune-STat-RApportering

Kommunen beregner gjennomsnittlig lønnskostnad for de aktuelle yrkesgruppene. Beregningen omfatter lønn, avtalefestede tillegg, pensjon og arbeidsgiveravgift. I tillegg er det beregnet en andel fra bruken av premiefondet som kan henføres til personalet, og som trekkes fra.

Premiefond er avkastning på pensjonsmidler som står til «sparing» hos pensjonsleverandøren uten at dette balanseføres i kommunens regnskap. Premiefondet kan i hovedsak kun brukes til å betale pensjonspremie med. Pensjonsutgiftene som er bokført på tjenestefunksjonene skal inkluderes i direkte lønnsutgifter. I praksis betyr det at premieavvik og amortisering av premieavvik holdes utenfor, og utgiftene utgjør forsikringspremie som er betalt.

Bruk av premiefond medfører at kommunenes pensjonspremie og dermed pensjonsutgifter blir redusert, men dette framkommer ikke på de aktuelle tjenestefunksjonene som inngår i refusjonsgrunnlaget, siden den føres på funksjon 173. Kommunene skal derfor trekke ut den andelen av premiefondet som er knyttet til ansatte som yter særlig ressurskrevende tjenester fra refusjonsgrunnlaget.

Sykdom og permisjon

Ved sykdom eller permisjon skal kun direkte lønnsutgifter til den som til enhver tid utfører arbeidet medtas. Det innebærer at lønn til den som er i permisjon eller den som er sykmeldt ikke skal tas med i refusjonskravet. Dette gjelder for både korttidsfravær (egenmeldt) og langtidsfravær (legemeldt).

Tjenester utført av andre enn kommunen

I tilfeller der kommunen kjøper tjenesten fra private leverandører, må kommunen innhente dokumentasjon som viser omfanget og størrelsen på de direkte lønnsutgiftene. Denne informasjonen skal legges fram for kommunens revisor før kravet attesteres.

Diverse fratrekk fra refusjonskravet

Gjennom korrekt registrering i skjemaet skal det gjøres fratrekk for andre statlige tilskudd og egenbetalinger. Eksempler på statlige tilskudd som kommer til fratrekk er rammetilskuddets andel for kriteriet psykisk utviklingshemmede 16 år og eldre og tilskudd til vertskommuner.

1.4. Kontroll av tilskuddsordningen

Forvaltningen av tilskuddsordningen kontrolleres ved kommunenes egenkontroll, kommunens revisor og en forenklet kontroll av Helsedirektoratet. Hver enkelt kommune har hovedansvaret for å fremskaffe dokumentasjon i henhold til rundskrivet. Kommunerevisorene går gjennom kommunenes krav for å kontrollere at det er i henhold til tildelingskriteriene, slik det framkommer av rundskrivet.

Revisorene skal gå gjennom og kontrollere minimum 50 enkeltsaker, eller alle saker dersom kommunen har færre enn 50. Helsedirektoratet har satt krav om oppfølgingspunkter som skal følges i revisorgjennomgangen. Helsedirektoratet forholder seg til kommunens revisorattestasjon.

Kravet kommunen sender til Helsedirektoratet inneholder enkelte opplysninger om tjenestemottakerne som kontrolleres under saksbehandlingen. Direktoratet går gjennom følgende punkter:

- Det er ikke tjenestemottakere over 67 år
- Det er gjort fradrag for det kommunene får gjennom delkriteriene i inntektssystemet
- Det er gjort korrekt fradrag for andre statlige tilskudd og egenbetaling fra bruker
- Kun tjenestemottakere over innslagspunktet er med i refusjonsgrunnlaget
- Timeprisene som ligger til grunn er rimelige, og at timepriser som er høyere enn 600 kroner er begrunnet
- Revisorsoppdraget er utført i samsvar med IRS 4400, og at revisorattestasjonen ikke inneholder anmerkinger

De fleste av punktene nevnt over ligger inne som automatiske kontroller i innrapporteringskjemaet som kommunene benytter. Dersom det er feil eller avvik får ikke kommunen videresendt skjemaet til revisoren.

I rundskriv IS-4/2021 har Helsedirektoratet opplyst om at en utvidet kontroll med innrapporteringen kan gjennomføres innenfor gjeldende lovbestemmelser.

2. Metode

2.1. Utvalg av kommuner

Kontrollen ble gjennomført i 11 av de 347 kommunene som fikk utbetalt tilskudd til ressurskrevende brukere i 2021. Dette er refusjonskrav for påløpte utgifter i 2020.

Kommunene som var med i kontrollen, ble trukket ut på bakgrunn av et tilfeldig utvalg med spesifikke strata som:

- Ulik kommunestørrelse og antall ressurskrevende tjenestemottakere. Med i utvalget var store, mellomstore, og små kommuner.
- Størrelse på utbetalt tilskudd i forhold til antall tjenestemottakere og utvikling over tid²
 - For åtte av kommunene var utviklingen i de to siste årene av betydning (2020 og 2021)
 - For tre kommuner var kontrollperioden utvidet fra 2018 til 2021

Dette på grunn av stor variasjon i utbetalt tilskudd fra et år til et annet år³
- En kommune per fylke for å sikre geografisk spredning
- Kommuner som ikke har vært kontrollert tidligere. Målet var å spre kontrollbelastningen og at Helsedirektoratet innhenter data fra flere kommuner

For nøkkelopplysninger om kommunene - se vedlegg 2 i rapporten.

² Noen av kommunene søker om stadig høyere refusjonsbeløp til tross for uendret antall tjenestemottakere.

³ Det ble foretatt en gjennomgang av disse enkeltsakene for å bedre kunne forstå årsakene til variasjonen.

2.2. Metoder for informasjonsinnhenting

Problemstillingene i kontrollen er belyst ved hjelp av dokumentanalyse og intervjuer ute i kommunene.

Dokumentanalyse

Kontrollteamet innhentet følgende informasjon om kommunenes rutiner i arbeidet med særlig ressurskrevende tjenester for 2020 og 2021 fra kommunene:

- Informasjon om organisering av arbeidet med særlig ressurskrevende tjenester i kommunen
- Rutiner og maler for utarbeidelse av vedtak
- Rutiner for arbeidet med ressurskrevende tjenester ved tjenestested
- Dokumentasjon som beskriver metoder og bruk av fag- og administrative systemer for å beregne de direkte lønnsutgiftene som danner grunnlaget for tilskudd
- Rutiner for revisors kontroll med beregning av refusjonsgrunnlaget

Innholdet i dokumentene ligger til grunn for utformingen av kontrollen ute i kommunene, samt utgjør en del av analysegrunnlaget for rapportens konklusjoner.

Den stedlige kontrollen – Intervjuer og saksjennomgang

I gjennomføringen av den stedlige kontrollen i kommunene benyttet kontrollteamet intervjuer og en gjennomgang av et utvalg saker for å få informasjon om forvaltningen. De instansene, herunder sentrale ledere og medarbeiderne i kommunene som hadde ansvar for arbeidet med særlig ressurskrevende tjenester, ble intervjuet. Kontrollteamet hadde utarbeidet en intervjuguide til møtene.

Intervjuobjektene var:

- *Tildelings-/vedtakskontor* - som fatter vedtak om tjenester. Hensikten med intervjuet var å innhente nærmere informasjon om rutinene for og arbeidet i forkant av vedtak om tjenester, herunder dokumentasjonsgrunnlaget og vurderingene for antall timer og tjenesteomfanget som innvilges
- *Tjenestested* - de som utfører og leverer ressurskrevende tjenester. Hensikten med intervjuet var å innhente informasjon om rutiner, samt hvordan tidsbruken for særlig ressurskrevende tjenestemottakere registreres og videreformidles til instansen som foretar de endelige beregningene
- *Økonomiavdelingen* - ansatte som jobber med beregningen av refusjonskravet. Hensikten med intervjuet var å innhente informasjon om administreringen, beregningen av antall vedtatte og utførte timer. Kommunens kontraktsoppfølging av private leverandører var også et sentralt tema i møtene

Ut over dette hadde kontrollteamet dialog med revisorene i de enkelte kommunene om deres revisjonsrolle i dette arbeidet. Kommunerevisjonens rolle er å kontrollere at kommunen har fulgt rundskrivet og kun har tatt med de tilskuddsberettiget utgiftene.

På hvert av besøkene gikk kontrollteamet igjennom et utvalg av ti saker for tjenester til ressurskrevende brukere. I de kommune som hadde færre enn ti individualsaker ble alle sakene

gjennomgått. Prioritert i gjennomgangen var enkeltsaker med høye timepriser, og de med bruk av eksterne tjenesteleverandører.

Kontrollteamet skrev referater fra møtene som i etterkant ble sendt til kommunen for tilføyelser og verifisering.

3. Organisering av arbeidet med ressurskrevende tjenester i kommunene

3.1. Vedtaksrutiner

For å forstå hvordan refusjonskravet er beregnet og utformet har kontrollteamet tatt utgangspunkt i verdikjeden og aktivitetene som inngår i kommunenes arbeid med ressurskrevende brukere:



Figur 1: Arbeid som har innvirkning på antall timer i refusjonskravet

Kommunenes praksis med å fastsette helsetjenester

For at kommunen skal fastsette enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester må det foreligge en *søknad* eller en forespørsel om tjenester. I noen tilfeller melder brukeren selv om behovet for tjenester. En forespørsel kan også komme fra pårørende, fastlege, hjemmetjenesten, spesialisthelsetjenesten, med videre.

Kommunen kontakter deretter brukeren og eventuelt pårørende for å innhente flere helseopplysninger og *kartlegge behovet* for tjenester. I de aller fleste tilfellene reiser kommunen hjem til brukeren. I kartleggingen inngår alt fra brukerens døgnrytme, kosthold og til hva han eller hun trenger hjelp til. De aller fleste kommunene benytter sjekklister i kartleggingen. Flere kommuner benytter kartleggingsverktøyet i KPR (tidligere IPLOS). Andre kommuner bruker mer egenutviklede skjemaer.

Kommunene opplyser at deres utgangspunkt for kartleggingen og *når det fattes vedtak* er plikten å yte forsvarlige og gode tjenester til alle brukere, og at saksbehandlingen skal være i tråd med lov om helse- og omsorgstjenester. Når kommunene behandler den enkelte søknaden, så har den ingen tanker om at dette var en ressurskrevende bruker eller ikke. Det blir ikke fattet egne vedtak om ressurskrevende tjenester. På slutten av året kan kommunen se om brukeren er ressurskrevende.

Tjenestestedet rapporterer om tjenester levert og tid brukt på den enkelte ressurskrevende brukeren. Rapportering om direkte lønnsutgifter knyttet til tjenesteleveranser brukt på den

ressurskrevende brukeren blir tatt videre med i refusjonskravet, herunder lønn knyttet til direkte brukertid (1:1, 2:1, osv.).⁴ Alle andre typer utgifter faller utenfor refusjonsordningen, for eksempel reisetid til tjenestemottaker, administrativt arbeid som rapportering, mv.

Kommunens rutiner med å fatte og revurdere vedtak

Kommunene har faste møteplasser der søknadene behandles eller revurderes. Enkelte kommuner møtes ukentlig, mens andre kommuner møtes hver 14. dag eller månedlig. Mottaker får enten tjenester i hjemmet eller i bofellesskap sammen med andre brukere.

Informasjon om tidsbruk på tjenester levert av private

I noen tilfeller fatter kommunen vedtak om bistand fra private leverandører. Flere kommuner har for eksempel avtaler om brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Slike tjenester blir imidlertid gjennomgående tidfestet i vedtaket. Brukeren eller pårørende har rollen som arbeidsleder, og velger selv mellom leverandører (jf. fritt brukervalg). Oppfølging av tid og leveranse av tjenester skjer gjennom egenkontrollen til bruker.

Kommunen kontrollerer tidsbruken og leveranse av tjenester ved at den får fakturaer og rapporter fra de private leverandørene. Ved avvik mellom kontrakt og faktura følger kommunen opp. Årsaken til avvik kan være redusert eller økt tjenestebehov hos bruker. Noen kommuner gjennomfører årlig tilsyn med leverandørene.

Praksis for revurdering av vedtak

I alle kommuner melder tjenesteutøverne fortløpende fra til vedtakskontoret ved varige endringer i brukerens hjelpebehov. Noen kommuner har "stopp-punkter", det vil si at de etter en periode, setter av tid for å se om det har vært større permanente endringer i brukernes fungering.

Melding om endringer i brukernes hjelpebehov meldes gjennom kommunens fagsystem. Kommunene behandler disse sakene fortløpende. Det vil si at saksbehandler følger opp og revurderer vedtaket.

Tjenestestedets rapportering om tidsbruk

Det primære formålet med tilskuddsordningen er å refundere deler av de faktiske, påløpte direkte lønnsutgiftene. Sentralt i refusjonskravet er dermed antall utførte timer og hvordan kommunen har kommet frem til dette antallet. For at kommunen skal kunne gjøre et tilfredsstillende anslag på de direkte lønnsutgiftene, må antall utførte timer kunne identifiseres.

Etter at vedtaket er fattet, besluttes det hvilket tjenestested som skal yte tjenester. Tjenestestedet utarbeider turnusliste og en arbeidsplan/tiltaksplan for tjenesteutøverne, hvor hjelpen til brukeren spesifiseres mer i detalj. Ovennevnte dokumentasjon danner også grunnlaget for å gi et anslag på antall timer og lønnsutgifter.

Vedtaket danner grunnlaget for brukerens tiltaksplaner. Disse inneholder som regel informasjon om hvordan tjenesten skal gis, av hvem, når og hvor. I noen tilfeller erfarer tjenestestedet, kort tid etter

⁴ Slike utgifter føres på KOSTRA-art 010-099, 270 eller ved eksternt tjenestekjøp på artene 300-380.

brukerens innflytting, at det må foretas en ny kartlegging av tidsbruken. Brukeren krever mer ressurser enn det som først var fastsatt av kommunen.

I kommuner som ikke har tid i vedtaket brukes det blant annet arbeidslister ved siden av turnus for å ha kontroll med tidsbruken. For eksempel en av kommunene med åpne vedtak benyttet bistandsskjema for å finne antall timer per uke. En oversikt over hvor mye tid en bruker krever per dag gjør det lettere å følge med når brukeren blir ressurskrevende.

3.2. Revisors arbeid

For å få refusjon for utgifter til særlig ressurskrevende brukere må kommunen forelegge refusjonskravet for kommunenes revisor, før kravet oversendes til Helsedirektoratet. Kommunenes revisor skal utføre denne kontrollen med refusjonskravet i samsvar med ISRS 4400. Dersom revisjonen bekrefter kommunens refusjonskrav, skal revisjonen utstede en attest for revisjonsuttalelse som oversendes Helsedirektoratet sammen med refusjonskravet.

Alle kommunene oversendte refusjonskravet til revisor, som attesterte for innrapporteringen i 2019 og 2020. Revisor hadde i sitt arbeid tilgang til:

- Regnskapssystemet til kommunen – med formål om å kontrollere at lønnskostnadene er ført på riktige KOSTRA-funksjoner
- Brukernes vedtak – med formål om å kontrollere antall timer, vedtakets gyldighetsperiode, eller dokumentasjon på psykisk utviklingshemming
- Lønnsberegninger – med formål om å kontrollere at tallene ble ført inn riktig
- Oversikt over alle tjenester de aktuelle brukerne mottok.

4. Beregningsmetoder

Kommunene står fritt til å velge hvordan de beregner refusjonskravet. Rundskrivet stiller ikke krav til at en bestemt metode må benyttes. Det presenterer kun et eksempel på hvordan beregningen kan gjøres. Kommunen må imidlertid sikre at det gjøres fradrag for utgifter som ikke skal tas med i refusjonskravet. En enkel ligning danner utgangspunkt for refusjonskravet per bruker:

$$\text{Direkte timer} \times \text{Timepris} = \text{Direkte lønnsutgifter (ressursinnsats)}$$

Kommunene benytter rapporter fra lønnsregnskapet for å beregne timeprisen. Beregningene blir påvirket av hvilken regnskapsenhet som legges til grunn og hvilke vektinger som ble utført. Regnskapsenheten kan være av ulikt omfang og på ulikt nivå, men er ofte det enkelte tjenestested. For noen tjenester er også den enkelte bruker identifisert i regnskapet med en prosjektkode som en egen regnskapsenhet. Lønnskostnaden for regnskapsenheten deles på antall timer per år for å komme frem til timesprisen. For noen tjenester (f.eks. BPA) kan både timer og timepriser knyttes direkte til den enkelte bruker, uten behov for spesielle beregninger.

I lønnsutgiftene inngår fastlønn, ulike tillegg, arbeidsgiveravgift, feriepengar og pensjonsutgifter (med fradrag for bruk av premiefond). I henhold til rundskrivet skal administrasjon og opplæring/veiledning trekkes fra lønnsutgiftene. Hvordan dette gjøres varierer mellom kommunene

og tjenestene. I noen tilfeller gjøres fratrekke med en bestemt prosentsats, f.eks. 15 prosent. En kommune viser til at administrasjon og opplæring ikke er med i vedtakstimerne som legges til grunn, slik at det ikke er behov for korreksjon.

Beregningsmetodene kan sammenfattes under to hovedmodeller: regnskapsmodeller og kalkylemodeller.

4.1. Regnskapsmodeller

I regnskapsmodeller brukes regnskapet (korrigert for fradragposter) direkte som grunnlag for beregning av direkte lønnsutgifter. Hvordan dette foregår i praksis, varierer ut fra hvilken tjeneste det gjelder. For tjenester i bolig tar man utgangspunkt i regnskapet for boligen og fordeler utgiftene mellom alle brukerne i boligen etter vedtakstimer. Da sikrer man at samme utgift ikke blir refundert to ganger.

4.2. Kalkylemodeller

Ved bruk av kalkylemodeller tar kommunen utgangspunkt i data fra regnskapet og årslønn, og beregner direkte lønnsutgifter i to steg:

1. Beregning av direkte lønnsutgifter per time, eventuelt med tilleggsberegninger:
 - a. Vektet snitt for utdanningsnivåer (ufaglært, fagarbeider, høyskoleutdannet)
 - b. Egne timepriser på ulike tjenester
 - c. Vektet snitt for kompetansenivåer (f.eks. høy, normal)
2. Beregning av direkte lønnsutgifter per bruker (beregnet timepris multipliseres med antall tjenestetimer utført av de ulike yrkesgruppene)

For kommunene som bruker kalkylemodeller er det risiko for at samme utgift registreres to ganger i refusjonskravet. Dette kan forekomme i en bolig der flere brukere deler på samme nattevakt. Det er derfor nødvendig at kommunen gjør kontrollberegninger ved bruk av kalkylemodeller.

5. Funn

I dette kapitlet presenteres hovedfunnene fra kontrollen. Funnene er relatert til etterlevelsen av kravene i rundskrivet. Avvik er ikke spesifisert med beløp.

5.1. Vedtak

For tjenester med krav om enkeltvedtak må det foreligge et gyldig vedtak for at kommunen kan søke om refusjon. Der det ikke er krav om enkeltvedtak, må annen dokumentasjon foreligge.

Kontrollen viste at kommunene har gyldige vedtak for alle de kontrollerte ressurskrevende brukere. Tilfredsstillende dokumentasjon forelå der det ikke var krav om enkeltvedtak. I en kommune fant vi imidlertid vedtak med vedtaksdato langt tilbake i tid.

Videre viste kontrollen at kommunene har varierende praksis for revurdering av vedtak og bruk av sluttdato. Noen av kommunene foretar en rutinemessig gjennomgang og revurdering av alle vedtak, uavhengig av om tjenestebehovet har endret seg eller ikke (for eksempel en gang i året). Dette gjelder spesielt kommuner med tidsbegrensede vedtak. Andre kommuner har ikke denne praksisen.

Praksis for tidfesting av tjenestene i vedtakene (timer/uker) varierer mellom kommunene. Dette gjelder også for samme type tjenester. En kommune opplyste at alle vedtak har tidfesting av tjenestene, to kommuner opplyste at de fleste vedtak har tidfesting og tre kommuner at noen vedtak har tidfesting. Tre kommuner opplyste at de fleste vedtak ikke har tidfesting av tjenestene, og to kommuner at ingen vedtak har tidfesting. Videre hadde noen kommuner vedtak uten sluttdato.

Flere kommuner opplyste at det i vedtak om heldøgns omsorgstjenester ikke er behov for detaljert informasjon om tid. Tidfesting av vedtak er noe man går mer og mer bort fra. Det ble sagt at vedtaket bør beskrive hjelpebehov og aktiviteter. Brukerens hjelpebehov og ønske om aktiviteter kan variere – noen dager er gode, og andre dager er utfordrende – derfor er ikke tidfesting av tjenestene i vedtakene alltid hensiktsmessig. Noen kommuner uttalte også at vedtak med angitt tid kan få påførende til å være opptatt av den tilmålte tiden, og reagere på tidsavvik med henvendelser og klager.

Andre kommuner opplyste at deres vedtak ble utformet ganske detaljert, med angivelse av antall uker eller timer brukeren har fått innvilget. Det ble vist til at helsehjelpen bør være forutsigbar, og det skal være mulig å klage på vedtaket. Noen kommuner som registrerer tid i vedtakene, viderefører også denne tiden helt ut til refusjonskravet, uten særlig korrigerende.

5.2. Registrering av utførte timer

Kontrollen av ressurskrevende brukere i 2019 viste at kommunene ikke hadde tilfredsstillende systemer for registrering og dokumentasjon for faktisk utførte timer. Kommunen brukte vedtaket om tjenester og turnuslister, altså planlagte timer, som grunnlag for refusjonskravet. Kontrollen i 2021 viser i hovedsak de samme funnene.

Kontrollen i 2021 viser at kommunene bruker metoder med varierende presisjonsnivå for å sannsynliggjøre utførte timer. Variasjonen i metoder har sammenheng med at kommunene har ulike fagsystemer, administrative systemer og hjelpesystemer. Ingen kontrollerte kommuner har systemer og rutiner som gir nøyaktig registrering av utførte timer per bruker.

Flertallet av kommunene henter timer per bruker fra fagsystemet. En kommune henter timer fra vedtaket, som angir direkte timer. En annen kommune fastsetter grunntall (estimat) for direkte timer, og registrerer avvik i timetall fra dette.

De fleste kommunene benytter ulike former for skyggeregnskap og kartlegginger for å korrigere refusjonsberettigede timer i forhold til oppsatt plan. Det gir et betydelig ekstraarbeid, avhengig av

type tjenester og hvor ofte registreringene gjøres. For kjøp av tjenester er leverandørens årsrapportering hovedkilden til utførte timer.

Det er også stor variasjon mellom deltjenestene innen kommunen. Presisjonsnivået er høyest for tjenester til ressurskrevende brukere i små bofellesskap og for kjøp av tjenester fra private leverandører som BPA. I små bofellesskap med tjenestemottakere som har et stabilt tjenestebehov, vil utførte timer normalt stemme godt med det som er planlagt og avsatt i turnusen. I større fellesskap og for tjenestemottakere med ustabile behov og stor grad av inn- og utflytting, for eksempel på sykehjem eller i avlastningsboliger, vil det være større usikkerhet om hva den enkelte tjenestemottaker faktisk får av bistand. En kommune pekte dessuten på store utfordringer med tjenester til barn, som gjerne har ulike tiltak av ulik varighet og mange ferieavbrudd som må registreres.

Noen kommuner foretar forenklinger med hensyn til hvilke faggrupper som faktisk har utført timene. En av de kontrollerte kommunene benytter en forenklet modell med en forhåndsdefinert bemanningsgrad satt opp slik at 70 % av timene registreres med lønnsats for faglærte, mens 30 % av timene registreres med lønnsats for ufaglærte. Dette er en bemanningsgrad som kommunen mente ville treffe godt i løpet av et år. Men dersom den faktiske ufaglærtandelen er høyere enn forutsatt, for eksempel ved at ufaglært vikar benyttes ved sykefravær for faglært ansatt, vil forenklingen føre til for høyt refusjonskrav. Det kan også tenkes at metoden i enkelte tilfeller fører til at brukeren urettmessig overskrider innslagspunktet.

Kontrollen viste imidlertid at mange av kommunene legger ned mye arbeid for at timetallene i beregningene skal nærme seg utførte timer så langt det er praktisk mulig. Nye digitale systemer og verktøy vil kunne gjøre tidsregistreringen mer effektiv og presis. En kommune fortalte om forsøk med strekkoderegistrering av enkeltoppdrag i hjemmetjenesten.

5.3. Tolkning av direkte brukertid

I henhold til rundskrivet skal refusjonskrav kun ha med lønnsutgifter for direkte brukertid. For ansatte som yter bistand til flere brukere, skal tiden og dermed utgiftene fordeles mellom brukerne. Tid brukt på administrasjon, opplæring/veiledning og reisetid skal holdes utenfor.

Kontrollen viser at flere kommuner synes tolkningen av direkte brukertid er utfordrende, og at det i noen grad er rom for ulike fortolkninger. Gjennomgående tolker kommunene direkte brukertid som tid bundet opp til brukeren, dvs. at tjenesteutøveren ikke er ledig for andre oppgaver. Ut fra en slik tolkning vil også reisetid tas med som direkte brukertid. Reisetiden kan være betydelig i kommuner med store avstander.

Beredskapsvakt utenfor arbeidsstedet (bakvakt) vil åpenbart ikke være å anse som direkte brukertid. En kommune førte opp bakvakt for en bruker i refusjonskravet for 2019, men endret rutine slik at bakvakt ikke ble tatt med det påfølgende året.

Kommunene vektla i intervjuene at brukere som mottar ressurskrevende tjenester, er så hjelpetrengende at de ikke kan forlates. Andre kan ha behov for opplegg med kort responstid. Det er også gråsoner knyttet til direkte brukertid, for eksempel hvis brukeren er med i en sangstund (1:1) og

tjenesteyter er der for å passe på brukeren. Likevel kan tjenesteyter følge opp andre. Direkte brukertid og krav om direkte interaksjon er også vanskelig for tjenester med mange avbrudd, for eksempel tjenester til barn.

Det kan ut fra faglige hensyn være en fordel at tjenesteyter noen ganger holder seg i bakgrunnen, for at brukeren skal oppleve mestring. Da kan tjenesteutøver sitte utenfor rommet eller forlate brukeren helt for en tid, men likevel være i beredskap. Ut fra en streng fortolkning kan ikke slike fravær betraktes som direkte brukertid.

På den annen side ble det påpekt at den reelle tiden brukt på den ressurskrevende brukeren gjerne kan være høyere enn det som framkommer av refusjonskravet. Brukerne har stort hjelpebehov, og flere andre tjenesteytere må trå til ved enkelte anledninger uten at det registreres. Dette kan også for eksempel gjelde for utagerende brukere.

Kommunene opplyste å ha tilfredsstillende rutiner for å korrigere for delte ressurser. For fellesaktiviteter på dagtid er det nødvendig at tjenesteutøver følger bruker; dette for å skape trygghet både for brukeren og for de andre deltakerne. Deling av ressurser er vanligere for nattevakter, enten ved å dele nattevakten likt mellom alle brukerne eller ved å vekte nattevaktressursen etter brukernes behov.

5.4. Lønnsutgifter i forbindelse med sykdom

Ved sykdom og permisjon skal kun direkte lønnsutgifter til den som utfører arbeidet, tas med. For å unngå dobbeltføring skal lønn til den som er i permisjon eller er sykemeldt, ekskluderes fra refusjonskravet. Dette gjelder både for korttids- og langtidsfravær.

I likhet med kontrollen i 2019 avdekket kontrollen i 2021 at bestemmelsene om sykefravær bare delvis etterleves, og at avvik hovedsakelig er knyttet til korttidsfravær.

En kommune viste til at det er netto lønn som registreres når en person har over 16 dager sykefravær, dvs. over arbeidsgiverperioden. Kommunen mente det er vanskelig å følge med på enkeltpersoner og bemanningen av de enkelte vaktene. En slik praksis må antas å gi uriktig dobbeltføring av kortere fravær enn 16 dager. Det kan likevel gi riktig resultat for lengre fravær, siden nettolønn har med sykepengerefusjon. En annen kommune viste til at det ved korte fravær ikke gjøres fratrukk slik det kreves, men at avdelingsleder til gjengjeld ofte går inn og hjelper til uten at det registreres. En kommune oppga at innleid personell trekkes ut fra beregningene, slik at bare lønn for den faste ansatte er med. Denne praksisen er avklart med revisor. Dette betyr imidlertid at den sykemeldte er med i refusjonskravet.

To kommuner som følger reglene fullt ut, påpekte at kravet om å korrigere for korttidsfravær er vanskelig å forstå. Kommunen har dobbel kostnad knyttet til brukeren, men får bare enkel utgiftsdekning fra staten.

5.5. Fradrag for andelen av anvendt premiefond

Kommunen må i henhold til rundskrivet sørge for å gjøre fradrag for andelen av anvendt premiefond som er knyttet til ansatte som yter ressurskrevende tjenester. Bruk av premiefond reduserer kommunenes utgifter, men reduksjonen framkommer ikke i regnskapet for de ressurskrevende tjenestene. Den føres på KOSTRA-funksjonen 174, som ikke inngår i refusjonskravet.

Kontrollen viste at kravet om fratrekk ser ut til å være oppfylt kun for fire av de kontrollerte kommunene. Kommunene synes håndtering av premiefond er regnskapsteknisk komplisert. Eksempelvis kunne en kommune informerte om at den hadde besluttet å ikke gjøre fratrekk for premiefond, men sa at denne rutinen nå skulle endres.

5.6. Oppfølging av private leverandører

Prinsippet om direkte lønnsutgifter og utførte timer gjelder også for kommunens kjøp av tjenester fra private leverandører. For kjøp av tjenester var leverandørens årsrapportering hovedkilden til direkte timer.

Av de undersøkte kommunene var det kun en som ikke kjøpte tjenester fra private leverandører. Flere kommuner viste imidlertid til at tjenester i egenregi er hovedregelen. Private kjøp blir aktuelt som følge av brukervalg (BPA) eller når kommunen vurderer at man ikke kan gi et forsvarlig tilbud (psykiatri, skjerming voldsadferd mv.), eventuelt midlertidig fram til etablering av et kommunalt tilbud.

Kommunene mottar fakturaer og rapporter med timetall. I tillegg gjennomføres tilsyn og oppfølging av rammeavtaler. Undersøkelsen viste at det som kontrolleres og framstilles i refusjonskravet, vanligvis er timer levert og ikke direkte timer.

En kommune sa at man kontrollerer fakturaer, men ikke tidsbruk. Kommunen viste til god samhandling og en tillitsbasert relasjon med leverandørene. En annen kommune mente at kommunen ikke har samme innsyn i tidsbruk ved BPA som i de andre tjenestene. Denne kommunen og andre viste til brukerens egenkontroll og det at familie og pårørende er ofte arbeidsledere. Hvis de ikke er fornøyde, bytter brukeren gjerne leverandør.

En kommune viste imidlertid til at fakturaene er spesifisert med henholdsvis brukertid og administrasjonstid. En annen kommune sa at man etterspør direkte timer, men at oppfølgingen ikke hadde vært så nøye som følge av koronasituasjonen.

Når det gjelder underlagsdokumentasjonen for de utvalgte brukene, avdekket vi ingen mangler for tjenester levert av private.

5.7. Revisorenes erfaringer med kontroll av kommunenes refusjonskrav

Kontrollen viste at dialogen mellom revisor og kommunene var gjennomgående god. Revisor har en veiledende rolle, samt påpeker overfor kommunene hvis det er områder med avvik som skal rettes

opp. Kommunene opplyser at problemstillinger med uenighet eller usikkerhet sendes til Helsedirektoratet for vurdering.

De fleste revisorene oppfatter arbeidsmengden knyttet til kontrollen av ordningen til å være omfattende. Revisorene meddeler at direktoratets kontrollnivå er svært høyt. Direktoratets forventninger til omfang av kontrollhandlinger kan variere mellom 80 og 100 prosent av individkravene. En mulighet er å redusere antall individkrav som skal gjennomgås av revisoren eller å foreta kun kontroll av en nærmere angitt andel (for eksempel 30 prosent av individkrav). Det bør imidlertid stilles krav om utvidet kontroll dersom det avdekkes feil.

Flere revisorer peker på vanskelighetene knyttet til kontroll av direkte brukertid. De understreker at det er etter deres erfaring svært få kommuner som registrere direkte timer på bruker og dermed heller ikke kan ta ut direkte lønn. Det innebærer at revisor heller ikke har mulighet til å bekrefte dette. Flere revisorer må derfor ta forbehold/gi tilleggsforklaring på dette punktet.

En kommune opplyste at deres revisor mente at timeprisen de selv benyttet var lav, hvorpå revisor foreslo å hjelpe kommunen med å øke denne.

5.8. Ansvar ved sykehusinnleggelser

Enkelte kommuner stilte spørsmål om hvem (kommunen eller helseforetaket) som har ansvaret for å dekke/finansiere nødvendige utgifter til bistand til særlig ressurskrevende tjenestemottakere når disse blir innlagt i sykehus. Aktuelle pasienter er svært sårbare ved endringer i omgivelser, og har vanligvis behov for en kjent følgeperson for å ivareta trygghet og kommunikasjon. Flere kommuner opplyser at det ikke er uvanlig at en ansatt i kommunen følger ressurskrevende brukere på sykehus. Sykehuset etterspør dette ved behov.

Noen kommuner forklarte at lønnsutgiftene til ansatte som følger tjenestemottakere på sykehusene ikke blir refundert av de respektive helseforetakene. Dette fører til høyere refusjonskrav, da kommunene må skrive opp kostnadene som direkte brukertid. Problemet med dette er at staten betaler to ganger for samme utgifter, ved at kommunen får refundert utgifter som sykehusene er pliktige til å betale og som sykehusene i utgangspunktet får midler for.

5.9. Ordningens innretning

I forbindelse med kontrollen fikk kommunene anledning til å gi vurderinger av hvordan de opplever tilskuddsordningen.

Alle kommunene var veldig positive til ordningen. De fleste kommunene forklarte at dersom det ikke var en tilskuddsordning som refunderte dette, så ville det være utfordrende for kommunene å gjennomføre de lovpålagte tjenestene til ressurskrevende brukere.

Mange av kommunene opplever imidlertid at ordningen er tidkrevende og omfattende. Det brukes mye tid på beregningene, og kommunene etterstreber å gjøre beregningene så korrekte som mulig. En kommune oppga de kunne bruke opp mot 35% av et årsverk på beregningen og oppsettet av refusjonsordningen.

Alle kommunene påpekte at det er utfordrende at aldersgrensen for ordningen er på 67 år. Brukerne har like stort behov for tjenester etter fylte 67 år som før aldersgrensen. Brukerne lever lengre, har større forventninger og krav til tjenestetilbudet enn for noen år siden.

6. Konklusjon

Kontrollen både i 2019 og 2021 viste at kommunene ikke har tilfredsstillende systemer for registrering og dokumentasjon for faktisk utførte timeverk. Flere kommuner bruker vedtaket om tjenester og turnuslister, som grunnlag for refusjonskravet. Ingen kommuner har systemer og rutiner for daglig registrering av timer utført av tjenesteutøver per bruker. Ovennevnte innebærer risiko for ineffektiv tidsbruk og upresise krav om refusjon fra kommunene til Helsedirektoratet.

Kommunene anvender ulike metoder for beregning av kostnadene for de tjenestene ressurskrevende brukere mottar. Beregningene påvirkes av hvilke regnskapsenheter som legges til grunn fra lønnsregnskapet og hvilke vektninger som gjøres. Ulike beregningsmetoder i kommunene kan medføre ulike kostnadsberegninger i refusjonskravene som oversendes Helsedirektoratet for tilnærmet like forhold.

Videre har kommunene også varierende praksis i revurdering av vedtak. Noen av kommunene foretar en rutinemessig gjennomgang og revurdering av alle vedtak uavhengig av om tjenestebehovet har endret seg eller ikke. Dette gjelder spesielt kommuner der vedtakene er tidsbegrenset. Andre kommuner har ikke denne praksisen.

Kommunene synes det er utfordrende og har noe varierende oppfatning av hva som ligger i begrepet direkte brukertid. Kommunene tolket imidlertid gjennomgående "direkte brukertid" som tid bundet opp med brukeren.

Det er utfordrende for revisor å kontrollere og bekrefte direkte brukertid, da svært få kommuner registrerer direkte timer på bruker. Dette resulterer i at flere revisorer må ta forbehold/gi tilleggsforklaring på dette punktet.

Kommunene har også ulik praksis ved registrering av lønnsutgifter i forbindelse med sykdom. Dagens praksis kan innebære risiko for at enkelte kommuner registrerer uriktig og dobbeltføring av korttidsfravær.

Ved kjøp av tjenester fra private leverandører skjer oppfølging av tid og leveranse av tjenester gjennom egenkontrollen til bruker. Kommunen har kontroll ved at den får fakturaer og rapporter fra de private leverandørene. I tillegg gjennomføres tilsyn og oppfølging av rammeavtale av de private leverandørene. Kontrollen viser at det som kontrolleres og framstilles i refusjonskravet, vanligvis er timer levert og ikke direkte timer.

Det fremkommer også svakheter ved fratrekk av premiefond. Bare om lag halvparten av de kontrollerte kommunene gjør fratrekk. Kommunene opplever premiefondordningen som vanskelig å forstå. Noen revisorer utfører ikke kontrollen for bruk av premiefondet. Ovennevnte innebærer manglende etterlevelse av regelverket for ordningen.

Ansvar for å organisere ledsagertjeneste for særlig ressurskrevende tjenestemottakere ved innleggelse på sykehus er for mange kommuner uklart. Det var ulik praksis mellom helseforetakene, der enkelte kommuner ikke får dekket utgiftene for ledsager av helseforetaket. Utgiftene blir ført av kommunen som direkte brukertid og oversendt Helsedirektoratet. Dette medfører at staten betaler to ganger for samme tjeneste.

Vedlegg 2 Nøkkelopplysninger om utvalget av kommuner

År	Utbet. i mill. kr. (løpende)	Antall mottakere	Kompensasjons- grad (pst.)	Innslagspunkt (kroner)
2004	1 506	3 398	80	700 000
2005	1 852	3 766	80	725 000
2006	1 700	3 676	70	745 000
2007	2 018	4 013	70	770 000
2008	2 966	4 505	85	800 000
2009	3 998	5 299	85	835 000
2010	4 160	5 527	80	865 000
2011	4 655	5 742	80	895 000
2012	5 330	6 188	80	935 000
2013	6 361	6 667	80	975 000
2014	7 271	7 125	80	1 010 000
2015	8 264	7 517	80	1 043 000
2016	8 642	7 781	80	1 081 000
2017	9 039	7 927	80	1 157 000
2018	9 326	8 033	80	1 235 000
2019	10 189	8 135	80	1 270 000
2020	10 521	8 140	80	1 361 000
2021	7 829	10 068	80	1 430 000

I denne rapporten er kommunene anonymisert. Antall innbyggere, tilskuddsbeløp og brukere er angitt i intervaller i tabellene som følger.

Tabell 1: Nøkkelopplysninger om de store kommunene i utvalget

Kommune	Folketall 2021	Tilskudd 2021	Mottakere 2021	Kommentar
Kommune 1	100 000-300 000	200-500 MNOK	200-400	Kommune 1 hadde en betydelig økning i utbetalt tilskudd fra 2020 til 2021. I samme periode var det betydelig økning i antall tjenestemottakere.
Kommune 2	100 000-200 000	150-300 MNOK	100-200	Kommune 2 hadde en vesentlig nedgang i utbetalt tilskudd fra 2020 til 2021, for en svært liten nedgang i antall tjenestemottakere i samme periode.
Kommune 3	100 000-200 000	100-150 MNOK	100-200	Kommune 3 hadde en betydelig økning i utbetalt tilskudd fra 2020 til 2021, for en betydelig nedgang i antall tjenestemottakere i samme periode.
Kommune 4	70 000-100 000	40-80 MNOK	50-100	Kommune 4 hadde en stor nedgang i utbetalt tilskudd fra 2020 til 2021. I samme periode var det en stor nedgang i antall tjenestemottakere

Tabell 2: Nøkkelopplysninger om de mellomstore kommunene i utvalget

Kommune	Folketall 2021	Tilskudd 2021	Mottakere 2021	Kommentar
Kommune 5	50 000-70 000	120- 170 MNOK	100-200	Kommune 5 hadde en betydelig økning i utbetalt tilskudd fra 2020 til 2021. I samme periode var det en svært liten nedgang i antall tjenestemottakere
Kommune 6	40 000-60 000	60-100 MNOK	40-70	Kommune 6 hadde en betydelig økning i utbetalt tilskudd fra 2020 til 2021. I samme periode var det en moderat økning i antall tjenestemottakere.

Kommune 7	20 000-30 000	50-70 MNOK	30-50	Kommune 7 hadde en liten økning i utbetalt tilskudd fra 2020 til 2021, for en liten økning i antall tjenestemottakere i samme periode.
Kommune 8	10 000-20 000	60-80 MNOK	20-40	Kommune 8 hadde en liten økning i utbetalt tilskudd fra 2020 til 2021. I samme periode var det en svært liten nedgang i antall tjenestemottakere.

Tabell 3: Nøkkelopplysninger om de små kommunene i utvalget

Kommune	Folketall 2021	Tilskudd 2021	Mottakere 2021	
Kommune 9	7 000-9 000	15-30 MNOK	10-20	Kommune 9 hadde en liten nedgang i utbetalt tilskudd fra 2020 til 2021 for en svært liten økning i antall tjenestemottakere i samme periode.
Kommune 10	5 000-7 000	10-30 MNOK	10-20	Kommune 10 hadde en liten økning i utbetalt tilskudd fra 2020 til 2021. I samme periode var det en svært liten økning i antall tjenestemottakere.
Kommune 11	1 000-3 000	5-30 MNOK	1-10	Kommune 11: hadde en vesentlig økning i utbetalt tilskudd fra 2020 til 2021 for et uendret antall tjenestemottakere i samme periode.

Stedlig kontroll 2021

Utgitt

[Dato]

Bestillingsnummer

[BESTILLINGSNR]

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

E-post postmottak@helsedir.no

Forsidefoto

krediteres

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no