

Kontroll av tilskuddsordningene "ALIS-avtaler" og "Nasjonal ALIS og veiledning"

Først publisert: 17. september 2024

Siste faglige endring: 17. september 2024

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn	4
3. Mål og problemstillinger	5
4. Metode og utvalg	6
5. Kriterier	8
6. Funn	9
7. Forslag fra kommunene for å lette administreringen	15
8. Anbefalinger	16
9. Konklusjon	17

Sammendrag

Helsedirektoratet kontrollerte høsten 2023 åtte kommuner som mottok ALIS-tilskudd. Kontrollen omfattet tilskuddsårene 2020, 2021 og 2022.

Målet med kontrollen var å undersøke om forvaltning, anvendelse og rapportering av tilskudd til kommuner ved bruk av "ALIS-avtaler" og "Nasjonal ALIS og veiledning" var i tråd med ordningens formål, og om gjeldende lover og regler for ordningene ble fulgt. I tillegg var hensikten å kartlegge styrker og svakheter i forvaltningen, slik at både Helsedirektoratet og kommunene kan styrke internkontrollen.

Målet for tilskuddsordningene til ALIS[1] er å øke antall fastleger i kommunene, redusere antall ledige fastlegeavtaler og øke stabilitet blant allmennleger i spesialisering. Kontrollen viste at tilskuddsordningene bidrog til flere fastleger i kommunene. De har fra ordningens oppstart gjennomgående bedret sin administrasjon på området.

Kontrollen viste at det var flere svakheter i internkontrollen som kan ha negative konsekvenser for etterlevelsen av gjeldende lov- og regelverk, og svekker en effektiv drift og anvendelse av tilskuddsmidlene. Kommunene opplevde uklare krav i regelverk og avtalemaler. De brukte mye tid og ressurser på å forstå ordningen. I tillegg var kommunenes ressurser og kompetanse til å kunne administrere ordningen varierende. Ovennevnte førte til ulik praksis kommunene imellom.

Kontrollen viste videre at kommunene har gjennomgående mangelfull skriftliggjøring av egen internkontroll. Mangelfulle skriftlige rutiner har, ut over at det er vanskelig å få informasjon om "hva som gjelder" i kommunen, konsekvenser for å kunne etterprøve saksbehandlingen.

Videre viste kontrollen variasjon i kommunens regnskapsføring. I flere kommuner var sporbarheten i bilagsføringen mangelfullt knyttet opp mot hver enkelt ALIS. Dette medførte at det var utfordrende å finne dokumentasjon for alle utgiftene. Flere utbetalte tilskudd på forskudd, noe som hadde sin årsak i at tilskuddsåret og regnskapsåret ikke var harmonisert med hverandre.

Kommunene manglet et felles verktøy på tvers for å administrere ordningen. Dette førte til at det ble bygget opp parallelle systemer i kommunene, noe som er ressurskrevende og lite effektiv forvaltning. Videre forelå det ingen systematisk oversikt sentralt fra over hva ALIS hadde fått av tilskuddsmidler før, og heller ikke informasjon om progresjon i utdanningen. Dette var spesielt utfordrende for kommunene når ALIS flyttet over kommunegrensene.

Helsedirektoratet fattet vedtak om ubrukte midler uten å knytte de til den enkelte ALIS. Mangelfull informasjon om ubrukte midler og måloppnåelsen knyttet til den enkelte ALIS bidrar til svekket styring og kontroll av ordningen. I tillegg gjør den rapporteringen vanskelig både for kommunene og Helsedirektoratet.

[1] ALIS: Allmennleger i spesialisering (ALIS).

Bakgrunn

Om ordningen

Målet for tilskuddsordningene til ALIS er å øke antall fastleger i kommunen, redusere antall ledige fastlegeavtaler og øke stabilitet blant allmennleger i spesialisering. ALIS kan få tilbud om avtaler med kommunen om særskilte tiltak som bidrar til forutsigbarhet og trygghet i tiden spesialistutdanningen pågår (ALIS- avtale).

Ifølge Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (2017) og Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (2019 og 2023) skal alle leger i kliniske stillinger ansatt i kommunen være spesialister i allmennmedisin eller under utdanning i allmennmedisin. Kommunene har fått et utdanningsansvar. Godkjenning av kompetanse skal være i tråd med forskriftsfestede læringsmål. Tjenesten skal skje under supervisjon og veiledning.

I 2019 ble tilskuddsordningen til ALIS-avtaler for næringsdrivende fastleger innført. Tilskudds-ordningen ble i 2021 endret til ALIS-avtaler for fastleger i næringsdrift og fastlegevikarer i næringsdrift utover et års varighet. Tilskuddsordningene skulle bidra til å dekke kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtaler. Den skulle også bidra til å dekke kommunenes utgifter til forskriftsfestet veiledning til leger som er under spesialisering i allmennmedisin, og som ikke velger å inngå en ALIS-avtale.

Tilskuddene nevnt over ble gitt både forskuddsvis og etterskuddsvis som refusjon til kommunene som søkte. Kommunen var pålagt å sende inn nødvendig dokumentasjon. De som ikke hadde rekruttert fastleger da søknaden ble sendt inn, fikk bevilget midler forskuddsvis. Det var da krav til å sende inn nødvendig dokumentasjon innen seks måneder etter at midlene er innvilget.

Fra 2022 ble ordningen til "Nasjonal ALIS og veiledning". Tilskuddet gis til kommunen etterskuddsvis, ett år av gangen i refusjon for utgifter til ALIS. Ved inngåelse av ALIS-avtale som kvalifiserer for tilskudd må Helsedirektoratets mal for ALIS-avtale benyttes. Det er et krav at kommunen og legen har inngått ALIS-avtale med standard avtaleelementer for å kunne søke om tilskudd.

Om kontrollen

Helsedirektoratet foretok høsten 2023 kontroll av tilskuddsordningen "ALIS-avtaler" og "Nasjonal ALIS og veiledning" ved avdeling tilskudd og avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester. Direktoratet hadde fra oppstarten av ordningene i 2019 erfart varierende praksis og etterlevelse av tilskuddsregelverket for ordningene i kommunene. Kontrollen var avgrenset til årene 2020, 2021 og 2022.

Tilskuddene hadde økende utgifter i perioden ordningene har vært virksom, fra 32 mill. i 2020 til kr. 461 mill. i 2023. I tillegg til høyt budsjett, er ALIS et prioritert satsningsområde fra Stortingets side^[1]

[1] Det vises blant annet til Prop 1 (2023–2024) for Helse- og omsorgsdepartementet. Se punkt 2.3 side 22.

Mål og problemstillinger

Målet med kontrollen

Målet med kontrollen var:

- Å undersøke om forvaltning, anvendelse og rapportering på bruk av tilskudd til "ALIS-avtaler" og "Nasjonal ALIS og veiledning" var i tråd med gjeldende lov og regelverk for ordningene.
- Å få informasjon om styrker, feil og mangler i forvaltningen, slik at både Helsedirektoratet og kommunene får et informasjonsgrunnlag til å styrke internkontrollen. Dette innebærer også å iverksette adekvate tiltak for å bedre forvaltningen.

Problemstillinger

Problemstilling 1: Forvalter kommunen tilskuddsordningen i samsvar med formålet?

Problemstillingen omfatter om det foreligger kompetanse, rutiner, systemer og kapasitet i kommunen til å gjennomføre ALIS- ordningen i tråd med tilskuddsordningens formål.

Problemstilling 2: Sørger kommunen for en økonomiforvaltning av midlene ut fra gjeldende lov og regler?

Problemstillingen har til hensikt å belyse om tilskuddsmottaker har tilfredsstillende systemer for økonomiforvaltning, slik at de rapporterer på måloppnåelse og regnskap i tråd med ordningens regelverk.

Tilskuddsmottakerne ble under begge problemstillingene utfordret på forbedringspunkter i både egen og Helsedirektoratets forvaltning. Dette omfattet forslag til tiltak som gjør det lettere å etterleve krav for ordningen, og som gjør administrasjonen i Helsedirektoratet og ute i kommunene enklere.

Metode og utvalg

Metode

Kontrollen i kommunene omfattet intervjuer om internkontrollen, gjennomgang av avtaler og regnskap.

Problemstilling 1 ble belyst ved hjelp av:

- Dokumentanalyse – gjennomgang av relevante styringsdokumenter for ordningen.
- Semistrukturerte intervjuer hos et utvalg kommuner.

Problemstilling 2 ble belyst ved hjelp av:

- Dokumentasjon- og regnskapsanalyse, herunder gjennomgang av søknad, avtaler, regnskapsføring og rapportering til direktoratet.
- Gjennomgang og avklaring av funn med kommunen.

I forkant av de stedlige kontrollene gjennomgikk kontrollteamet[1] relevant foreliggende dokumentasjon, herunder dokumentasjon tilsendt fra kommunene som belyste problemstillingene. Kontrollbesøkene ble gjennomført i perioden september til og med desember 2023.

I første del av den stedlige kontrollen gjennomførte kontrollteamet et intervju med kommunen basert på et spørreskjema. Følgende temaer ble belyst:

- Organisering og gjennomføring av forvaltningen av tilskuddsordningen.
- Kompetanse og kapasitet for å gjennomføre og rapportere på tilskuddsordningen.
- Hensiktsmessige tiltak for å bedre forvaltningen av tilskuddet i hele prosessen fra søknad til rapportering.

I andre del av den stedlige kontrollen ble kommunens systemer for å følge opp og rapportere på tilskuddet gjennomgått. Kommunene ble på forhånd bedt om å sende inn til Helsedirektoratet regnskap fra økonomisystemet[2], og annen dokumentasjon der de ga opplysninger om den enkelte ALIS til Helsedirektoratet.

Under kontrollen ble kommunene bedt om å ha følgende tilgjengelig:

- Alle ALIS-avtaler/Nasjonal ALIS og veiledning det ble innvilget tilskudd for i 2020, 2021 og 2022.
- Alle arbeidskontrakter i ovennevnte periode.
- Tilgang til regnskapet.

På slutten av den stedlige kontrollen ble funnene fra gjennomgangen av avtalene og regnskapet tatt opp i møte med kommunen. Avslutningsvis ble det gjennomført et oppsummeringsmøte, der anbefalinger om forbedringspunkter av dagens praksis ble tatt opp.

Kommunen fikk tilsendt referatet fra kontrollen for gjennomgang og korrigerende (verifikasjon).

Utvalg

De kontrollerte kommunene var av ulik størrelse og hadde mottatt tilskudd i perioden fra 2020 til 2022. I utvalget inngikk kommuner/bydeler som hadde varierende mengde ALIS-saker. Det var en viss geografisk spredning.

[1] Består av medarbeidere i Helsedirektoratets tilskuddsavdeling med økonomi- og revisorkompetanse.

[2] Helst prosjektrekskap på bilagsnivå, spørring med brudd per ALIS for de gitte årene som kontrollen omfattet.

Kriterier

Kontrollkriteriene er lovpålagte og fremkommer av følgende regler:

- Av bevilgningsreglementet § 5 går det fram at utgiftsbevilgninger ikke kan brukes til andre formål enn det som er forutsatt av Stortinget. Utgiftsbevilgningene skal etter bevilgningsreglementet § 10 disponeres i samsvar med § 5 og på en slik måte at ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til de forutsatte resultatene.
- Reglementet for økonomistyring i staten (reglementet) § 14 sier at alle virksomheter skal etablere systemer og rutiner som har innebygd internkontroll for å sikre at måloppnåelse og resultater står i et tilfredsstillende forhold til fastsatte mål og resultatkrav. Eventuelle vesentlige avvik forebygges, avdekkes og korrigeres i nødvendig utstrekning. Regnskap og informasjon om resultater skal være pålitelig og nøyaktig.
- Reglementet § 15 andre ledd sier at tilskuddsforvalter skal kontrollere at tilskuddsmottakere oppfyller de vilkår som er stilt for tilskuddet.
- Bestemmelser om økonomistyring i staten (bestemmelsene) punkt 2.4 framgår det at internkontrollen primært skal være innebygget i virksomhetens interne styring, og at den skal kunne dokumenteres.
- Bestemmelsene punkt 6.3.8.2 framgår at tilskuddsforvaltere skal kontrollere rapporter som tilskuddsmottakeren sender inn om måloppnåelsen.
- Regelverk for ordningen, herunder:
 - ALIS-avtaler for næringsdrivende fastleger, godkjent av HOD 18.10.2019
 - ALIS-avtaler for fastleger i næringsdrift og fastlegevikarer i næringsdrift utover et års varighet, godkjent av HOD 18.02.2021 (Erstatter tidligere versjon godkjent av HOD 18.10.19)
 - Nasjonal ALIS og veiledning, godkjent av HOD 22.02.2022
- I tråd med prinsippene om god forvaltningsskikk bør saksbehandlingen være sporbar, herunder oppnådde resultater og pengebruk. Det vises her også til krav i Helsedirektoratets standardvilkår og tilskuddsregelverk om anvendelse av og rapportering på bruk av tilskuddsmidler. At tilskuddsmottaker har dokumentert og rapporterer på hvilke resultater som er oppnådd og hvordan tilskuddet er brukt, er en forutsetning for at forvalter skal kunne vurdere om bruken av midlene er i tråd med gjeldende krav. Kontrollen legger dermed til grunn at tilskuddsmottaker bruk av tilskuddsmidler og måloppnåelse skal dokumenteres og være sporbar. Dette er en klar forutsetning for at forvalter skal kunne vurdere måloppnåelsen (og effekten) av tilskuddet.

Kommunens oppfølging av tilskuddsmidlene

Tilskuddsordningens regelverk og praktisering i kommunene

Krav i regelverket – ulik praksis i kommunene

Kontrollen viste at kommunene i kontrollperioden hadde tilegnet seg kompetanse om tilskuddsordningen. Flere av kommunene hadde ansatt ressurser for å profesjonalisere arbeidet, herunder ansatt en ALIS-koordinator.

Videre viste kontrollen at kommunene opplever at tilskuddsregelverkene og avtalene har vært og er kompliserte. Kommunene opplyste at det hadde vært mye usikkerhet om tilskuddene til ALIS. Det har tatt tid å forstå ordningen, spesielt etter endring fra ALIS-avtaler til Nasjonal ALIS og veiledning. Prosessen frem til nå har vært både ressurs- og faglig krevende. I tillegg har det vært endringer i ordningen fra år til år.

En kommune uttalte:

"Kommunen opplever at regelverket er komplisert – for å søke er det er mye å sette seg inn i. Det er mye kan og bør – ikke så mye skal i regelverket. Dette skaper usikkerhet. For eksempel kommunen kan søke fullt tilskudd – betyr dette må eller bør?"

Flere som jobbet med tilskuddet i kommunene har hatt ansvaret for ALIS i kortere tid. De ble ansatt etter 2019 for å jobbe med ordningen, og har deretter bygget kompetanse. Det ble påpekt at det er forskjell på ressurssterke (gjerne større) kommuner, som blant annet hadde egen ALIS koordinator, og kommuner med færre ressurser. Kommunen var nå blitt en utdanningsvirksomhet som skal ha ansvar for studenter. Noen kommuner hadde/har få hender og lite ressurser til å løse denne oppgaven.

Kommunene opplyste at et utydelig regelverk medfører at tilskuddsordningen praktiseres ulikt fra kommune til kommune. Dette medfører også usikkerhet og misnøye hos de som mottar støtte gjennom tilskuddsordningen.

En av kommunene viste til at reglementet forventer at kommunen samarbeider med omkringliggende kommuner om utdanningsløp, noe som ikke alltid var realistisk på grunn av at tilskuddsordningen håndteres ulikt i kommunene. Det har vært en utfordring for enkelte kommuner å bli enige om hvilke utdanningsaktiviteter som kvalifiserer til tilskudd.

En kommune uttalte:

"Spesialistreglene er ikke valgfrie. De gjelder for alle. Det er et paradoks at tilskuddsordningen inneholder så mye valgfrihet. Konsekvensen er at det er svært utfordrende å administrere på en

god og likere måte. Det er uheldig at ALIS får aksept for enkelte aktiviteter i noen kommuner, men ikke i andre."

Videre ble det også opplyst at fastlegekrisen førte til utfordringer, spesielt i oppstarten av ordningen. Kommunene kjempet om de samme ressursene, og ville overgå hverandre i hva de kunne tilby av goder. Et eksempel her er lønn til veileder.

Ulike og uforenlige krav i regelverket

Mange av kommunene påpekte at Helsedirektoratet og ALIS regionkontor^[1] kommer med ulike forventninger til kommunenes administrasjon av ordningen. Helsedirektoratet sier i regelverket at kommunen kun kan overføre tilskudd for ALIS kun en gang fra et år til et annet. Flere ALIS regionkontor sier at man må se bruken av midlene i lys av en femårs periode. Det vises også til en setning i regelverket om at midlene skal følge spesialiseringsløpet i totalt fem år. Dette fører til usikkerhet i kommunene hva som er riktig praksis.

Flere kommuner påpekte at kommunen kun kan overføre tilskudd for ALIS kun en gang fra et år til et annet, og at det kun kan søkes om midler etterskuddsvis. Denne bestemmelsen innebærer liten fleksibilitet i finansieringen av ALIS. Det ble påpekt at den enkelte ALIS kan ha lavere progresjon enkelte år av ulike årsaker, f.eks. på grunn av svangerskap eller permisjon. Andre år kan progresjonen til samme ALIS være høyere enn forventet. Dette tar ordningen ikke høyde for.

I kontrollen ble det også påpekt at legeforeningens takst for fravær for tillitsvalgte ligger til grunn for taksten til praksiskompensasjon, noe som har medført en høy takst for ALIS kandidater som ikke var spesialister. Det ble sagt at ALIS fikk mer penger for å være på kurs enn å være på jobb. ALIS fikk også mye mer når de hadde veiledning med en som var spesialist enn det spesialisten fikk. Det ble uttalt at taksten for praksiskompensasjonen burde tilpasses ALIS-ordningen, og ikke være avhengig av en annen ordning.

Det ble også vist til Helsedirektoratets hjemmesider, der det ble anbefalt at takst er salærtakst x 0,85 for kandidaten og x 1.15 for spesialisten. Fra 1. juli ble salærtaksten økt. Kommunene hadde imidlertid fått beskjed fra Helsedirektoratet om å bruke den gamle taksten, med den begrunnelse at det ikke var budsjettert med en økning i taksten. Utfordringen er at alle kandidater og veiledere ser til direktoratets hjemmesider at salærtaksten skal legges til grunn.

Kommunens ansvar og styringsrett

For kommunene var det utydelig hvor langt kommunens ansvar for å tilrettelegge strekker seg. Et eksempel her er arbeidsgivers styringsrett, dersom ALIS sier nei til praksis. En av kommunene påpekte at styringsretten bør reguleres i kontraktene med ALIS.

Enkelte kommuner foreslo at tilskuddet kunne vært organisert nasjonalt, spesielt økonomien, slik at ALIS-arbeidet ikke opptok så mye ressurser i kommunene. Det ble videre uttalt at en nasjonal organisering av tilskuddet ville føre til mindre utøvelse av skjønn ved utbetaling og bedre sikre likebehandling av ALIS-ene med bruk av samme tildelingskriterier over hele landet. Dette gjøres eksempelvis med Fond II, som forvaltes av Norske Legeforeningen.

Måloppnåelse

Kontrollen viste at kommunene var gjennomgående fornøyde med egen måloppnåelse. ALIS-tilskudd hadde bidratt til å øke rekruttering til allmennmedisin, det var flere ALIS-er i alle kommunene nå enn før ordningen ble etablert. Det ble også gitt uttrykk for at kommunen ikke ville klart det uten tilskuddsordningene.

Flere kommuner erfarte at god ivaretagelse og tett dialog med ALIS er helt essensielt for god måloppnåelse og god studieprogresjon. De brukte også mindre ressurser på purring av nødvendig dokumentasjon.

Kontrollen viste også at kommunene fulgte opp og registrerte regelmessig i Dossier. Flere kommuner brukte oppstartsmøtet med ALIS til å sikre registrering. Det ble uttalt:

"Det er bra med lederrolle og kommunikasjon i Dossier, men det administrative, og økonomioppfølgingen er ressurskrevende."

En annen uttalte:

"Dossier gir rom for skjønn – dette skjønnet burde i noen tilfeller konkretiseres."

Administrative kostnader

Kommunene benyttet 5% av den maksimale tilskuddsrammen per ALIS til å understøtte gode utdanningsløp. Det ble sagt at:

"I starten var det ikke klare krav om at 5% av ordningen skal gå til administrasjon. Kommunen måtte bruke de ressursene den hadde. Nå er dette bedre."

Flere kommuner mente imidlertid at 5% ikke var tilstrekkelig til å dekke kostnadene. Det ble påpekt at det er ikke alle man kan kreve administrasjonskostnader fra, for eksempel introduksjonslegene. Tilskuddet for denne gruppen er lavt i utgangspunktet. Dette er uheldig da de har samme ansvar og arbeidsbyrde som de andre legene.

Videre var det noe uklart for enkelte kommuner hva de 5% kunne brukes til, noe som også medfører spørsmål fra ALIS om hva de kan få aksept for av utdanningsaktiviteter. Det ble videre spurt om det er i tråd med ordningens regelverk å ansette en egen ALIS koordinator i kommunen.

Kommunenes skriftliggjøring av internkontrollen

Kontrollen viste at kommunene hadde få skriftlige rutiner for internkontroll på ALIS-området for å bidra til etterlevelse av gjeldende lov og regelverk. Dette gjaldt blant annet retningslinjer/prosedyrer for saksbehandlingen. Noen kommuner viste til at de følger de styringsdokumentene som Helsedirektoratet hadde publisert.

Enkelte kommuner vektla at det ikke var nok ressurser i kommunen til å utvikle slike rutiner/prosedyrer. En kommune uttalte:

"Internkontroll og å ha gode rutiner klarer vi ikke alltid å prioritere."

"Vi har det veldig travelt."

Det ble også påpekt at dette er en tilskuddsordning som ofte endres. Det var derfor utfordrende å lage skriftlige rutiner for saksbehandlingen. Endringene krever hyppige oppdateringer. Noen kommuner hadde utarbeiding av saksbehandlingsrutiner på planen som neste steg i forbedringsarbeidet, andre kommuner var i gang med å utarbeide rutiner.

Noen kommuner, både større og mindre, hadde oppdatert alle ALIS-avtalene til den nye malen fra Helsedirektoratet, mens andre benyttet oppdatert mal på "de nye" ALIS-ene.

Kommunene ga uttrykk for gjennomgående god dialog med revisor. Det ble sagt at revisor fikk tilsendt den nødvendige dokumentasjonen i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer.

En av kommunene stilte likevel spørsmål ved revisors rolle, da dette oppdraget er annerledes enn andre oppdrag. Det ble sagt at revisor bare kontrollerte at ALIS-avtalen er fylt ut/signert og ikke økonomien. Dette ble opplevd som mangelfullt.

Dialogen med ALIS regionkontor og Helsedirektoratet

Kontrollen viste at kommunene hadde god kontakt med ALIS regionkontorene og Helsedirektoratet. Flere uttalte imidlertid at ALIS regionkontor ikke alltid vet svaret. Svaret fra direktoratet er heller ikke alltid så tydelig. Det ble uttalt:

"Tidligere var det slik at kommunen henvendte seg til ALIS regionkontor, som ikke kunne besvare spørsmålene de fikk. ALIS regionkontor henvendte seg til direktoratet, som heller ikke kunne svare konkret på spørsmålene."

Det ble også uttalt fra flere at kompetansen i regionkontorene var blitt bedre, de hadde fått mer erfaring. Flere ALIS regionkontor hadde tilrettelagt for faglige møteplasser for erfaringsutveksling og læring på tvers.

Flere kommuner/bydeler savnet mer helhetlig opplæring og veiledning fra Helsedirektoratet. En av kommunene uttalte:

"Vi savner å bli invitert inn til Helsedirektoratet for kompetanseheving. Dossier gir rom for skjønn – læringsmålene burde i noen tilfeller være mer konkret. Vi bør lære av hverandre. Helsedirektoratet bør være i førersetet."

Andre kommuner foreslo at opplæringen kan være i form av webinar. Det var viktig med et direktorat på tilbudssiden, som var tydelig i å formidle gjeldende regler.

System-støtte

Kommunene savnet et felles ikt-systemer for å administrere ordningen, et slags kandidatsystem. Alle kommunene hadde laget et eget tilskudds- og kandidatsystem for å kunne følge ALIS-ene i fem år. Dette var analoge og ressurskrevende systemer.

Kommunene opplevde det også som utfordrende at det ikke var et system som sikrer informasjon fra andre kommuner om leger som har mottatt ALIS-tilskudd. Noen ALIS flytter fra kommune til kommune. Den kommunen ALIS flytter til vet ikke hva ALIS-en har fått fra før av tilskudd.

En av kommunene uttalte:

"Vi skulle hatt et system for studenter. Nå lager hver av kommunene det selv. Kandidatene kan eksempelvis være i Stavanger i to år, så kan de dra til en annen kommune. Informasjon om kandidaten følger ikke med. Her mangler det kontroll."

Det ble også uttalt:

"Når ALIS kommer til ... fra andre kommuner, så vet kommunen ikke hvor mye kandidaten har fått av utdanning og tilskudd før. Kommunen må høre med den andre kommunen om hva som er innvilget. Dette er litt tilfeldig – det foreligger ikke lett tilgjengelig dokumentasjon på hva ALIS har brukt. ALIS har svært liten oversikt hva hun/han har fått av tilskudd av tilskudd fra før."

[1] ALIS regionkontor støtter og gi råd til kommunene i planlegging og gjennomføring av ALIS.

Tilskuddsmottakers økonomiforvaltning

Gjennomgang av avtaler og regnskapet

Kontrollens gjennomgang av avtaler og regnskapet viste variasjon i kommunens styring og kontroll. Funn i kontrollen var:

- Mangelfull sporbarhet i bilagsføringen knyttet opp mot hver enkelt ALIS, herunder var det vanskelig å finne dokumentasjon for alle utgiftene.
- Utbetalte tilskudd på forskudd. Dette hadde sin årsak i at tilskuddsåret og regnskapsåret ikke var harmonisert.

I enkelte kommuner var:

- Midlene til LIS1-ordningen og ALIS-ordningen blandet sammen.
- det utført dobbeltutbetalinger til den enkelte ALIS, og noen ALIS fikk utbetalt mer enn det de søkte om.
- Tilskuddsmidler benyttet til kjøp som falt utenfor regelverket, for eksempel kjøp av kontorstol og kjøp knyttet til medeierskap i et legesenter.

Videre fant kontrollen at:

- Det utbetales tilskudd for enkelt ALIS med ulike satser, det kommer ikke frem i tilskuddsbrevet til hvem tilskuddet gjelder for. Noen kommuner uttalte at de har etterspurt en oversikt fra Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet fattet vedtak om overføring av ubrukte midler uten å knytte utbetalingen til den enkelte ALIS. Direktoratet har ikke et system for å innhente informasjon om ALIS sin studieprogresjon eller årsaker til at midlene ikke benyttes som forutsatt.

Krav om rapportering

Kontrollen viser at mange kommuner erfarer at kravene fra Helsedirektoratet ikke alltid er forståelige, og at retningslinjer for tilbake-rapportering til Helsedirektoratet er utydelige. En av kommunen uttalte:

"Det er viktig å følge den nye rapporteringsmalen, hvor en skal be om midler i ettertid. Når dette inntraff fra 2022 tok det litt tid før kommunen skjønte overgangen. Dette kunne vært gjort annerledes fra sentralt hold, da overgangen var vanskelig."

At tilskuddsåret er annerledes enn kommunens regnskapsår skapte utfordringer for kommuneøkonomien enkelte steder. Regnskapet for ALIS-ordningen opplevdes i tillegg veldig omfattende. Kommunene opplyser å bruke skyggeregnskap for å ha oversikt over økonomien. Dette skapte ekstraarbeid ved rapporteringen.

Flere kommuner mente at tilskuddet kommer sent fra direktoratet. En av kommunene opplyste at:

"Fastlegene stiller spørsmål ved hvorfor utbetalingen kommer ett år etter. Hvis det var mulig å søke to ganger i året, ble det jevnere fordeling av pengene. Det kunne også være fordelaktig om ALIS søkte om tilskudd direkte til Helsedirektoratet. Kommunen kunne i Dossier gå god for at legen søkte. Dette ville spare kommunen for mye administrasjon."

Tilskudds-struktur

At tilskuddet var gitt for 10 måneder, 11 måneder og 12 måneder bidrog til forvirring hos de som mottok ALIS-tilskudd. Det var uforutsigbart fra år til år hvor mange måneder perioden omfattet. Flere kommuner ga uttrykk for at det hadde vært enklere om tilskuddsperioden fulgte året, for eksempel fra januar til desember.

Direktoratets frist 1. september for å søke tilskudd har gjort kommunens arbeid vanskelig, da fristen er rett etter sommerferien. Om ALIS har et kurs i slutten av august er det få ALIS-er som rekker å sende inn dokumentasjonen i tide, slik at kommunen rekker å kontrollere og sende inn til Helsedirektoratet innen fristen.

Forslag fra kommunene for å lette administreringen

Kommunene kom med følgende forbedringsforslag som letter på kommunenes gjennomføring og rapportering:

- Kravene i regel- og avtaleverk anbefales å tydeliggjøres, herunder
 - Tilskuddsbrevet bør inneholde vilkår for tilskuddet, i stedet for å henvise til et utydelig regelverk.
- Helsedirektoratet bør gi opplæring og være tydelige på hvilke krav som gjelder.
- Helsedirektoratet bør vurdere hva som skal være kommunens oppgaver med tilskuddet, da dette er en ressurskrevende ordning som praktiseres ulikt. For eksempel:
 - Helsedirektoratet kunne administrere den økonomiske delen av tilskuddet direkte med ALIS, uten at kommunen blir involvert.
 - Den enkelte ALIS kan selv ta ansvar for å søke om midler. Kommunen kunne gjennom samtaler med ALIS konfirmere at den enkelte følger sin utdanningsplan og oppfyller de nødvendige kriterier. Det ble uttalt at dette kunne bidra til mer likebehandling og være samfunnsøkonomisk besparende.
- Avtalemalen bør gjøre det mulig å krysse av for type stilling – det vil si fastlege, vikarlege eller lege i annet kommunalt arbeid.
- Skille personalopplysninger og henvisninger til lov og regelverk i avtalemalen. Henvisninger kan legges som vedlegg.
- Tydeliggjøre roller og ansvar. Kommunens styringsrett og ALIS plikter bør presiseres, for eksempel i kontraktene med ALIS.
- Varigheten på tilskuddet bør endres til 12 måneders tilskudd for å sikre forutsigbarhet og lette regnskapsføringen, gjerne i tråd med kommunens budsjettår.
- Midlene bør lyses ut tidligere på året. Det burde være mulig for kommunen å søke flere ganger i året, da dette er en refusjonsordning.
- Regnskapsmessig revisjon av ALIS-tilskuddet bør gjøres.
- Praksiskompensasjon og salærtakst bør tilpasses føringer som gjelder ALIS-ordningen.
- Introduksjonsleger bør få likt tilskudd som fastleger/vikarer, da de gjør en like god jobb som sistnevnte.

Anbefalinger

Anbefalinger til kommunene

Kontrollen viste varierende styring og kontroll i kommunene. Noen funn var likevel gjennomgående i flere kommuner.

Kommunene anbefales å:

- Utvikle prosedyrer og retningslinjer for ALS-arbeidet som reduserer sårbarheten i tilfelle ressurspersoner forsvinner/er forhindret. Dette bidrar til å gjøre det lettere for en ny medarbeider å sette seg inn i ALIS-arbeidet, tydeliggjøre krav til saksbehandlingen fra søknad til rapportering i tråd med gjeldende lov- og regelverk, samt bidra til en likere saksbehandling i kommunen.
- Få på plass veiledning og regelmessig oppfølging av ALIS, herunder stille krav til ALIS om fortløpende innsendelse av dokumentasjon på utgifter som er innenfor regelverkets rammer.
- Sikre sporbarhet i regnskapet. Dette kan gjøres eksempelvis ved å opprette prosjektkoder i kommunens regnskap, slik at det blir enkelt å samle utgifter per ALIS. Dette bidrar til at kommunen får bedre oversikt over bruken av midler.
- Bruke standard arbeidskontrakt der det fremkommer tydelig stillingstype, tiltredelsesdato og stillingsprosent.
- Være forsiktig med/overveie utbetaling av forskudd til ALIS. Det kan skje at kommunen må dekke utgiften selv, for eksempel hvis tilskuddsordningen blir avviklet eller at rammevilkår for tilskuddet endres.

Anbefaling til Helsedirektoratet

Helsedirektoratet vurderer og tar kommunens innspill/forslag inn i det løpende forbedringsarbeidet med tilskuddsordningen.

Konklusjon

Kommunenes forvaltning av tilskuddsordningen i samsvar med formålet

Problemstilling 1

Reglementet og bestemmelsene setter krav til at virksomhetens (her kommunens) måloppnåelse og resultater står i et tilfredsstillende forhold til fastsatte mål og resultatkrav. Virksomhetens internkontroll skal være innebygget i virksomhetens interne styring, og den skal dokumenteres.

Kontrollen viste at kommunene siden 2019 har jobbet med å få på plass strukturer og prosesser for å administrere ALIS-tilskuddene i tråd med tilskuddsordningens formål; å øke antall fastleger i kommunen, redusere antall ledige fastlegeavtaler og øke stabiliteten blant allmennleger i spesialisering.

Ifølge kommunene har ALIS-tilskuddene vært nødvendig for å øke rekrutteringen til allmennmedisin. Det er flere ALIS-er i kommunene nå enn før. Kommuner som fulgte opp og hadde dialog med ALIS opplevde spesielt god måloppnåelse.

Kommunene opplevde utfordringer i å rigge en god internkontroll og administrering på grunn av:

- At tilskuddsregelverkene og avtalene ble opplevd å være kompliserte og utydelige, og at det er
 - Få konkrete krav.
 - Mange henvisninger til annet lov- og regelverk.
- Det er motstridende krav i tilskuddsregelverket, blant annet gjeldene tilbakebetaling av ubrukte midler til Helsedirektoratet.
- Det er ulike signaler fra Helsedirektoratet og ALIS regionkontor gir usikkerhet om riktig praksis.
- Varierende med ressurser og kompetanse i kommunene til å administrere tilskuddsordningen. Noen kommuner har eksempelvis mulighet/prioritet å ansette ALIS-rådgiver.
- Kommunens ansvar og styringsrett ble opplevd som utydelig, herunder hvor langt kommunens ansvar strekker seg for å tilrettelegge og eventuelt sanksjonere ved behov.
- Manglende felles ikt-system for å administrere ordningen. Kommunene har per i dag ikke oversikt over leger som har mottatt ALIS-tilskudd, og over utgifter til ALIS som flytter fra en kommune til en annen.

Et utydelig regel- og avtaleverk og manglende kompetanse, vanskeliggjør realiseringen av en fungerende internkontroll i kommunene. Dette bidrar også til ulik praktisering ved tildeling og oppfølging av ALIS i den enkelte kommune, noe som kan medføre brudd på prinsippet om likebehandling.

Kommunens økonomiforvaltning av midlene ut fra gjeldende lov og regler

Problemstilling 2

Bevilgningsreglementet setter krav om at utgiftsbevilgninger ikke kan brukes til andre formål enn det som er forutsatt av Stortinget. Utgiftsbevilgningene skal disponeres på en slik måte at ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til de forutsatte resultatene. Reglementet setter krav om at regnskap og informasjon om resultater skal være pålitelig og nøyaktig.

Kontrollen viste betydelig variasjon i kommunens styring og kontroll på økonomiområdet, avhengig av kommunestørrelse og ressurser. I perioden fra 2019 til 2022 var det imidlertid forbedringer både i økonomiforvaltning og rapportering i de kommunene kontrollteamet besøkte.

Gjennomgående mangler i økonomistyringen og regnskapsføringen i kommunene var:

- Mangelfulle sporbarhet i bruken av tilskudd og tilhørende bilagsføring.
- Flere kommuner utbetalte tilskudd på forskudd til ALIS – dette kan være uheldig og innebærer risiko for kommunen grunnet mulig regelverksendring eller terminering av ordningen.

Kontrollen viste videre at:

- Utforming av Helsedirektoratets tilskuddsbrev bidrog til manglende oversikt over hvilken ALIS som har fått midler. Det ble utbetalt tilskudd for enkelt ALIS med ulike satser, men det fremkom ikke i tilskuddsbrevet hvem tilskuddet gjelder for.
- Helsedirektoratet fattet vedtak om ubrukte midler uten å knytte det til den enkelte ALIS. Det forelå heller ikke informasjon om ALIS og forventet studieprogresjon, eller hva som eventuelt var årsaken til at midlene ikke ble brukt som planlagt.

Mangelfull sporbarhet mellom bilag og regnskap i kommunene medførte utfordringer med å knytte utgiften til aktiviteten ALIS hadde fått tilskudd til. Noen få bilag viste også utgifter som ikke var i tråd med regelverket.

Manglende oversikt hvilken ALIS som har fått midler og hvor mye, gjør det utfordrende for kommunene å følge opp tilskuddsmidlene til ALIS og kunne rapportere til Helsedirektoratet nøyaktig og pålitelig informasjon.

Manglende informasjon i Helsedirektoratet om ubrukte midler og måloppnåelsen knyttet til den enkelte ALIS bidrar til svekket styring og kontroll av økonomiforvaltningen, samt svekker rapporteringsgrunnlaget om måloppnåelse.

