

Stedlig kontroll 2025 – Tilskuddsordningen Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester

Først publisert: 21. april 2026

Siste faglige endring: 21. april 2026

Innhold

1. <u>Sammendrag</u>	3
2. <u>Innledning</u>	4
3. <u>Metode</u>	8
4. <u>Organisering av arbeidet i kommunene</u> ...	10
5. <u>Funn</u>	12
6. <u>Konklusjon</u>	17
7. <u>Vedlegg</u>	18

Sammendrag

Helsedirektoratet gjennomførte stedlige kontroll med tilskuddsordningen Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester (kap. 575, post 60) i 2025. Formålet med kontrollene var å gjennomgå kommunenes etterlevelse av kravene i Rundskriv IS-4 «Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene». Kontrollen i 2025 omfattet kommunenes rapportering for 2023 og 2024. Det vil si kontroll av tilskuddene utbetalt fra direktoratet til kommunene i 2024 og 2025.

Kontrollen viste utfordringer knyttet til:

- vedtakspraksis
 - Flere kommuner hadde mangelfulle eller ugyldige vedtak, blant annet tilbakedaterte vedtak og manglende angivelse av oppstart og revisjonsdato.
 - Kommunene sendte sjelden foreløpige svar til mottakeren.
- registrering og dokumentasjon av timer
 - Betydelig variasjon i praksis. Flere kommuner mangler tilfredsstillende systemer for dokumentasjon av faktisk utførte timer. Både turnus, arbeidslister og kartleggingsverktøy i KPR ble brukt, men ikke konsekvent.
- timepriser
 - Store variasjoner i timepris mellom kommunene.
 - Høye timepriser skyldes blant annet nattjenester, overtid og krav om høy kompetanse.
 - Enkelte svært lave eller høye timepriser skyldtes feilregistreringer av timer.
- sykefravær og permisjoner
 - Flere kommuner korrigerer ikke korrekt for sykefravær og permisjoner.
- premiefond
 - De fleste kommunene håndterer dette riktig.
 - Én kommune gjorde feil som medførte tilbakebetalingskrav på 1,963 mill. kroner.
- oppfølging av private leverandører
 - Noen leverandører leverer fortsatt utilstrekkelig spesifiserte fakturaer.
 - Ordningen med brukerstyrt personlig assistent (BPA) er den vanligste årsaken til kjøp fra private.
- revisors arbeid
 - Kvaliteten på revisjonen varierer mellom kommunene.
 - Flere feil og mangler ble ikke oppdaget av revisorene, og dermed ikke tatt opp med kommunene.

Kontrollen identifiserte enkelte avvik som har ført til for høye utbetalinger av refusjon. Fem kommuner må tilbakeføre totalt 3,9 mill. kr til staten.

Innledning

Bakgrunnsinformasjon

Om ordningen

I behandlingen av kommuneproposisjonen for 2004 besluttet Stortinget at det skulle innføres en toppfinansieringsordning for ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester. Mottakere av særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene kan være personer med utviklingshemming, personer med funksjonsnedsettelse, eldre med fysisk eller mental svikt og personer med psykiske lidelser eller rusproblemer.

Formålet med tilskuddet er å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har et omfattende tjenestebehov. Ordningen kompenserer for høye direkte lønnsutgifter til helse- og omsorgstjenester over et visst innslagspunkt for å sikre tjenestekvalitet uavhengig av kommunens økonomi. Tilskuddsordningen er regulert i det årlige rundskrivet IS-4 – Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene. Tilskuddsordningen forvaltes av Helsedirektoratet på vegne av Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD).

I perioden tilskuddsordningen har eksistert, var det fram til 2024 en økning i utgifter til ressurskrevende tjenestemottakere. Samtidig var det i samme periode en økning i antall mottakere av tjenester. Den totale årlige utbetalingen økte fra 1,5 milliarder kroner i 2004 til 13,5 milliarder kroner i 2024. I 2025 var beløpet noe redusert til 13,3 milliarder. Antall mottakere økte fra 3 398 i 2004 til 8 665 i 2024. Antallet var redusert til 8 441 mottakere i 2025.

For utbetalingene i 2024 og 2025 var innslagspunktet per bruker henholdsvis 1 608 000 kroner og 1 692 000 kroner. For utgifter over innslagspunktet var kompensasjonsgraden for den enkelte kommune 80 prosent i 2024. Fra 2025 er beregningsmodellen endret slik at kompensasjonsgraden er 80 prosent for kommunene sett under ett, mens kompensasjonsgraden for den enkelte kommune kan variere fra null til rundt 90 prosent.

Frister

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



Figur 1: Frister kommunene må forholde seg til

Kommunens krav om refusjon for foregående år sendes kommunens revisor innen primo mars for kontroll og bekreftelse, før den sendes inn til Helsedirektoratet innen primo mai. Direktoratet behandler de innkomne kravene på våren. Helsedirektoratet foretar en kontroll av nøkkelopplysninger; for eksempel om det er samsvar mellom revisorbekreftelsen og rapporteringen. Tilskuddet utbetales til kommunene ultimo mai hvert år.

Oppdraget

Helsedirektoratet får årlig i oppdrag fra KDD om å gjennomføre stedlige kontroller med ordningen i et utvalg av kommuner. Formålet med kontrollen er å undersøke om kommunene

- har samme praksis og forståelse av regelverk for ordningen
- har passende rutiner og systemer som sikrer korrekt rapportering
- har etterlevd regelverket i beregningen av refusjonskrav

KDD har siden 2022 utvidet Helsedirektoratets kontrollmandat ytterligere. Kontrollen omfattet nå også å identifisere avvik som har ført til for høye utbetalinger til kommunene. For mye utbetalt tilskudd til kommuner tilbake i tid korrigeres og tilbakebetales til staten. Kommuner som har rapportert for høye refusjonskrav, får da anledning til å korrigere rutinene slik at rapporteringen blir korrekt framover.

Retningslinjer for kommunenes beregning av refusjonskravet

Rundskrivet «Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene» er grunnlaget for og regulerer forvaltningen av tilskuddet. 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-4/2025:

Utgifter som 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. Med direkte lønnsutgifter menes lønn knyttet til direkte brukertid, det vil si at det må være direkte interaksjon mellom tjenesteyteren og brukeren fysisk. Det er ingen begrensninger med hensyn til diagnose eller type lidelse hos tjenestemottakeren. 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. Der det ikke er krav om enkeltvedtak, må annen dokumentasjon foreligge. Refusjonsadgangen gjelder påløpte og direkte lønnsutgifter fra tidspunktet et enkeltvedtak er fattet. Den omfatter derfor ikke tjenester som ytes før et enkeltvedtak fattes eller tjenester som ytes på grunnlag av et tilbakedatert vedtak, med mindre mangel på vedtak eller tilbakedatering skyldes utredning- og vurderingstid.

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 KOSTRA-funksjonene 232, 233, 234, 241, 242, 243, 253, 257, 258 og 273.

Se definisjon av funksjonene i KOSTRA på www.kotra.dep.no fra side 83.

Pensjon

Premiefondet er kommunens midler stående hos pensjonsleverandøren. Midlene består av kommunens del av overskuddet i pensjonsordningen, pensjonsmidler som er tilbakeført fra ordningen som følge av for høye

avsetninger for fremtidige forpliktelser, og eventuelle direkte innbetalinger til fondet. Midlene i premiefondet kan bare brukes til å dekke kommunens premiebetalinger. Premiefondet er ikke et eget fond eller egenkapital i kommunens balanseregnskap.

Verdien av premiefondet inngår imidlertid i verdien av pensjonsmidlene under anleggsmidlene i kommunens balanseregnskap. 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 forsikringspremien 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 tas med. 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 private

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 bekreftes.

Diverse fratrekk fra refusjonskravet

Det skal gjøres fratrekk for andre statlige tilskudd og egenbetalinger gjennom korrekt registrering i skjemaet. Eksempler på statlige tilskudd som kommer til fratrekk er rammetilskuddets andel for kriteriet psykisk utviklingshemmede 16 år og eldre, og tilskudd til vertskommuner. Det skal også gjøres fratrekk for direkte lønnsutgifter hvis pasienten mottar bistand fra det kommunale tjenesteapparatet ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Kontroll med tilskuddsordningen

Forvaltningen av tilskuddsordningen kontrolleres ved kommunenes egenkontroll, av kommunenes revisorer og til slutt ved Helsedirektoratets kontroll av innsendt dokumentasjon før utbetaling av refusjonen. Kommunen har ansvar for å fremskaffe dokumentasjon i henhold til rundskrivet. Revisor gjennomgår kommunens krav for å kontrollere at det er i henhold til tildelingskriteriene, slik det framkommer av rundskrivet.

Revisor skal kontrollere minimum 30 tjenestemottakere, eller alle tjenestemottakere dersom kommunen har rapportert inn færre enn 30. Helsedirektoratet har presisert krav om oppfølgingspunkter som skal følges i revisorgjennomgangen.

Direktoratet går gjennom følgende punkter i kontrollen av refusjonskravet:

- Det er gjort korrekt fradrag for andre statlige tilskudd og egenbetaling fra bruker.
- Timeprisene som ligger til grunn er rimelige, og at timepriser som er høyere enn terskelverdien oppgitt i rundskrivet er begrunnet.

- Revisorsoppdraget er utført i samsvar med IRS 4400, og revisorbekreftelsen er tydelig utformet, og inneholder ikke anmerkninger.

Hvis Helsedirektoratet har avdekket mangler eller feil i rapporteringen, tas dette opp med kommunen og/eller kommunens revisor. Ifølge rundskriv IS-4 kan Helsedirektoratet gjennomføre en utvidet kontroll med innrapporteringen innenfor gjeldende lovbestemmelser.

Metode

Utvalg av kommuner

Kontrollen i 2025 ble gjennomført i 11 kommuner. Utvelgelseskriterier var:

- kommunen har ikke vært kontrollert tidligere
- variasjon i størrelse på kommunene
- størrelse på utbetalt tilskudd
- variasjon i antall brukere og/eller tilskudd fra 2024 til 2025
- innleie av vikarer/ bruk av eksterne leverandører
- geografisk spredning

For nøkkelopplysninger om kommunene - se vedlegg 2 i rapporten.

Metoder for informasjonsinnhenting

Problemstillingene i kontrollen ble belyst ved hjelp av dokumentanalyse, intervjuer og saksgjennomgang i den enkelte kommune.

Dokumentanalyse

Kontrollteamet innhentet informasjon om kommunenes rutiner i arbeidet med særlig ressurskrevende tjenester, herunder:

- informasjon om organisering av arbeidet med ordningen
- rutiner og maler for utarbeidelse av vedtak
- rutiner for framstilling av antall timer henført til den enkelte mottaker og gjennomføring av beregninger

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

Intervjuer og saksgjennomgang

I gjennomføringen av den stedlige kontrollen benyttet kontrollteamet semistrukturerte intervjuer, og en gjennomgang av et utvalg saker. Sentrale ledere og medarbeidere i kommunen med ansvar for ordningen ble intervjuet. De som ble intervjuet var tilknyttet

- tildelings-/vedtakskontor - som fatter vedtak om tjenester

Hensikten var å innhente informasjon om rutinene for og arbeidet i forkant av vedtak. Kontrollen gikk igjennom dokumentasjonsgrunnlaget og vurderingene for antall timer og tjenesteomfanget som var innvilget.

- tjenestested - de som utfører og leverer ressurskrevende tjenester

Hensikten var å innhente informasjon om rutiner, samt hvordan tidsbruken for særlig ressurskrevende tjenestemottakere registreres og videreformidles til de som foretar de endelige beregningene.

- økonomiavdelingen - ansatte som jobber med beregningen av refusjonskravet

Hensikten 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.

I kontrollen prioriterte direktoratet gyldighet av vedtak, beregning av timepriser, beregninger knyttet til sykemeldinger/fravær og permisjoner, ledsager ved sykehusinnleggelse, kjøp av tjenester og bruk av premiefond. Kommunens beregningsmodell ble gjennomgått for å kontrollere beregningen av timepris for de ulike tjenestene.

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

Organisering av arbeidet i kommunene

Vedtaksrutiner

Informasjon om tidsbruk for tjenester

Tjenestestedet yter tjenester til mottakeren og rapporterer om tidsbruk til tjenestekontoret i kommunen. Endringer i tjenestemottakerens hjelpebehov meldes gjennom kommunens fagsystem. Vedtaket danner grunnlaget for tiltaksplan e.l., som inneholder informasjon om hvordan tjenesten skal gis, av hvem, når og hvor.

Kommunens refusjonskrav til Helsedirektoratet skal inneholde kun antall utførte timer knyttet opp mot den ressurskrevende brukeren. Alt av administrasjonsarbeid, opplæring/veiledning, reisetid, etc. faller utenfor tilskuddsordningen. For at kommunen skal kunne gjøre en tilfredsstillende beregning av de direkte lønnsutgiftene, må antall utførte timer kunne identifiseres.

Informasjon om tidsbruk for 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. BPA-brukeren eller pårørende har rollen som arbeidsleder, og velger selv mellom leverandører. Oppfølging av tid og leveranse av tjenester skjer gjennom egenkontrollen til tjenestemottaker.

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

Beregningsmetoder

Kommunene står fritt til å velge hvordan de beregner refusjonskravet. Rundskrivet presenterer kun eksempler på hvordan beregningen kan gjøres, med vekt på tjenester i bofellesskap. Valg av beregningsmodell henger blant annet sammen med funksjonaliteten i og bruken av kommunens fagsystem, driftsformen for det enkelte tjenestested, tilgjengelige data og hvilke forenklinger som gjøres. Ofte er det bare én eller få ansatte i kommunen som har utviklet modellene og kan utføre beregningene.

Flere revisorer veileder kommunene med tanke på hvilke modeller og rutiner som er mest hensiktsmessige. Det innebærer at bytte av revisor kan medføre bytte av beregningsmetode. Noen kommuner benytter tjenester fra selskaper som Sødern AS og Momentum / Visma Enterprise AS.

Utgangspunkt for refusjonskravet per bruker er ligningen:

- $\text{Antall direkte tjenestetimer} \times \text{Timepris} = \text{Direkte lønnsutgifter (ressursinnsats)}$

Rapporteringsskjemaet for ordningen er imidlertid satt opp slik at:

- $\text{Direkte lønnsutgifter} / \text{Antall direkte tjenestetimer} = \text{Timepris}$

Dersom direkte lønnsutgifter og antall direkte tjenestetimer ikke henger sammen vil det kunne gi utslag i unormalt høy eller lav timepris beregnet i rapporteringsskjemaet. For eksempel rapporterte en av kommunene en svært lav timepris (49 kroner). Grunnen var at direkte lønnsutgifter ble lagt inn med riktig beløp, men et for høyt antall tjenestetimer var lagt inn i skjemaet. Slike ubalanser kan også oppstå for kjøp av tjenester, dersom leverandøren ikke sørger for sammenheng mellom direkte lønnsutgifter og antall direkte tjenestetimer, f.eks. når det korrigeres for administrativ tid. Timeprisene er generelt mer presise for tjenester i egenregi.

Beregningsmodeller

Kommunene kan benytte en regnskapsmodell eller kalkylemodell for beregning.

Regnskapsmodell

I regnskapsmodeller brukes regnskapet (korrigert for fradragposter) direkte som grunnlag for beregning av direkte lønnsutgifter. Hvordan dette foregår i praksis, varierer. Det vanligste er at man tar 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. Metoden innebærer at alle brukerne i enheten i utgangspunktet får samme timepris. Denne tilnærmingen forutsetter at det bør gjøres korreksjoner i beregningsgrunnlaget for eventuelle brukere med særkostnader på grunn av et omfattende tjenestebehov (f.eks. egen nattevakt, 2:1 turnus eller høyere, kap. 9 vedtak om tvang).

Kalkylemodell

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

1. beregning av direkte lønnsutgifter per time, eventuelt med tilleggsberegninger som
 - vektet snitt for utdanningsnivå (ufaglært, fagarbeider, høgskoleutdannet)
 - vektet snitt for kompetansenivå (f.eks. høy, normal)
 - egne timepriser på ulike tjenester
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.

Funn

I dette kapittelet presenteres funnene fra kontrollen i 2025. Funnene er relatert til etterlevelsen av kravene i rundskrivet IS-4.

Tabell 1: Avvik spesifisert med beløp:

Kommune	Vedtak /timer	Ledsager	Sum
1	-	-	-
2	-	-	-
3	1 963 000	-	1 963 000
4	212 000	-	212 000
5	777 000	-	777 000
6	-	-	-
7	-	-	-
8	888 000	-	888 000
9	-	78 000	78 000
10	-	-	-
11	-	-	-
Sum	3 840 000	78 000	3 918 000

Kontrollen i 2025 viste et avvik på 3,9 mill. kroner. Tilsvarende beløpsmessige avvik ved forrige kontroll var på 18,6 mill. kroner. Det ble inngått avtale mellom Helsedirektoratet og kommunene om at avvikene motregnes i neste års refusjonsbeløp.

Vedtak

I henhold til rundskrivet skal det for tjenester, der det etter loven er krav om enkeltvedtak, foreligge et gyldig enkeltvedtak. For andre tjenester må annen dokumentasjon foreligge.

Helsedirektoratet legger til grunn at det skal foreligge et gyldig enkeltvedtak, også i perioder der kommunen utreder hvilken hjelp som er hensiktsmessig og nødvendig. I slike tilfeller skal det sendes et foreløpig svar til tjenestemottakeren for å varsle om videreføring av tidligere tjenestetilbud i påvente av revurdert vedtak.

Kontrollen viste at få kommuner sender foreløpige svar mens de utreder tjenestebehovet. Dette resulterte i at flere kommuner tilbakedaterte vedtak. Dette er i strid med rundskrivet.

Kontrollen viste videre at flere vedtak

- ikke var dekkende for hele perioden brukeren hadde mottatt tjenester. Det vil si at det var perioder der kommunen hadde yt tjenester uten at disse var vedtaksfestet. Flere av "hullene" var imidlertid utenfor kontrollperioden, og førte ikke til krav om tilbakebetaling til Helsedirektoratet
- hadde manglende skriftliggjøring av oppstart og revideringsdato
- var revurdert årlig, på oppfordring av revisor, uten at det forelå endringer i tjenesten eller at endringen i vedtaket var begrunnet

- ikke hadde formuleringer og henvisninger som reflekterte korrekt angivelse av egenandeler (brukerbetaling), og at ovennevnte skal justeres årlig

Kartlegging av timer

Kontrollen viste at kommunene har varierende praksis, og ikke tilfredsstillende systemer for registrering og dokumentasjon for faktisk utførte timer.

De kontrollerte kommunene benyttet enten vedtaksbrevbrev som hadde timeantall eller vedtak hvor tjenesten var beskrevet. Kommuner som ikke hadde tidfestet hjelpebehovet i vedtakene, brukte blant annet arbeidslister ved siden av turnus for å ha oversikt over tidsbruken. Flere kommuner benyttet kartleggingsverktøyet i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), mens andre kommuner brukte egenutviklede skjemaer til å kartlegge brukerens hjelpebehov.

Tjenesteutøverne meldte fortløpende til vedtakskontoret ved varige endringer i brukerens hjelpebehov. Kommunene hadde også etablert «stopp-punkter», der vedtakene gjennomgås og oppdateres. Dette førte til revurdering av vedtak.

Tillitsreformen innebar at de samlede rapporteringskrav i de ulike sektorene skulle gjennomgås, med sikte på å avbyråkratisere tjenesteproduksjonen.

Timepris

Kontrollen de siste to årene har hatt en særlig oppmerksomhet på timepriser og faktorene som påvirker disse. Dette gjelder særlig timepriser over terskelen for begrunnelse. Terskelen var 600 kroner for 2023 og ble hevet til 700 kroner for 2024. I kontrollene har vi også sett nærmere på de laveste timeprisene. Kontrollen viste at timeprisen har sammenheng med:

Lønnsnivå og pensjonsutgifter

I utgangspunktet er det sterk sammenheng mellom lønnsnivå og timepris, slik at krav om høy kompetanse kan forklare høy timepris for enkelte tjenester/tjenestemottakere. I lønnsutgiftene inngår fastlønn, ulike tillegg, feriepenger, arbeidsgiveravgift og pensjonsutgifter (med fradrag for eventuell bruk av premiefond).

I kontrollen så vi at høy timepris skyldtes

- høyt antall timer om natten, f.eks. sykepleieroppdrag
- utstrakt bruk av overtid
- krav om høy kompetanse for tjenester til mottakere med komplekse psykiske og somatiske helseutfordringer
- krav om høy kompetanse som følge av avanserte tekniske prosedyrer knyttet til apparater

En kommune opplyste at tjenestene i enheten med ansvar for brukerstyrte personlige assistenter (BPA) ligger lavere i gjennomsnittslønn enn i sektoren samlet.

De gjennomsnittlige timeprisene økte med inntil ni prosent fra 2023 til 2024, jf. Vedlegg 3. Tre av de elleve kommunene har imidlertid uendret eller redusert gjennomsnittlig timepris. Gjennomsnittlig lønnsvekst i kommunal sektor var ca. fem prosent (jf. Prp. 1 for KKD 2024-2025). Varierende pensjonsutgifter og eventuell bruk av premiefondet for å utjevne pensjonsutgiftene antas å være en vesentlig faktor som forklarer hvorfor ikke timeprisene øker i samsvar med den generelle lønnsveksten.

Andre forhold

En kommune begrunnet timepris over 700 kroner i 2024 med kjøp av vektertjenester til et tjenestested av sikkerhetshensyn, som ga høy timepris for tjenestemottakerne på dette tjenestestedet. En annen kommune opplyste at det måtte settes inn mer ressurser på grunn av I beboernes atferd og hensynet til ansattes arbeidsmiljø. Dette resulterte i timepriser over 700 kr for flere.

Beregningsmodeller

For tjenester i egenregi benyttet to av de elleve kommunene en kalkylemodell, mens de øvrige ni i all hovedsak benyttet en regnskapsmodell. To av kommunene benyttet konsulenter. Konsulentenes modeller klassifiseres som regnskapsmodell. Kommunene forklarte at det som regel er nødvendig å gjøre en rekke støtteberegninger på siden av hovedmodellen for sykehjemsplass, dagtilbud, fysio- og ergoterapi og andre tilleggstjenester.

En av kommunene viste til en regnskapsmodell som tar utgangspunkt i regnskapsførte beløp for et kostnadssted på høyere hierarkisk nivå (omfatter flere ansatte) enn den enkelte bolig, slik at mange tjenestemottakere i refusjonsgrunnlaget har lik timepris.

Lønnsutgifter i forbindelse med sykdom og permisjon

Rundskrivet sier at kun direkte lønnsutgifter til den som utfører arbeidet skal 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 tidligere kontroller avdekket kontrollen i 2025 at kommunene hadde varierende praksis, og dermed etterlevelse av rundskrivet som gjelder sykefravær og permisjon. Noen kommuner korrigerer ikke for sykefravær, spesielt korttidsfravær. Flere kommuner la til grunn at ved behov for vikar brukes samme timepris i beregningene som for bruk av egne ansatte. Enkelte kommuner hadde gjort en forenkling i beregningene, ved at det var fastlønn som ble tatt med og ikke vikarlønn. Dette er brudd på rundskrivet.

Fradrag for bruk av premiefond

I henhold til rundskrivet må kommunene sørge for 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 173, som ikke inngår i refusjonskravet.

I 2025 viste kontrollen at kravet om fratrekk var oppfylt av ti av de elleve kontrollerte kommunene. Vi noterte allikevel at dokumenterte fradrag for 2023 i én av kommunene oversteg det som var anvendt. Helsedirektoratet meddelte at rundskrivet ikke gir grunnlag for at «tapet» kan etterbetales. Videre viste kontrollen at fradrag for en av kommunene var feil beregnet, og kommunen må derfor tilbakebetale 1 963 000 kroner for feilaktig trekk av anvendt premiefond.

Oppfølging av private leverandører

Prinsippet om direkte lønnsutgifter og utførte timer gjelder også for kommunens kjøp av tjenester fra private leverandører. Rundskrivet sier at de tilfeller der andre enn kommunen selv utfører tjenesten, må kommunen innhente dokumentasjon som bekrefter omfang og størrelse på de direkte lønnsutgiftene. Denne dokumentasjonen skal fremlegges for kommunens revisor.

Alle undersøkte kommunene kjøpte tjenester fra private leverandører i perioden 2023 og 2024. De fleste kommunene forklarte at hovedårsaken til private kjøp var på grunn av BPA. Andre årsaker for kjøp fra private leverandører, var at kommunen ikke hadde kapasitet eller kompetanse til å levere en forsvarlig tjeneste til brukeren. Kommunene mottok fakturaer og rapporter fra de private leverandørene, der det var opplyst om andel administrativ tid og direkte tid. Flere av de besøkte kommunene beskriver at det gjennomføres tilsyn og oppfølging av de private leverandørene en gang i året, og for enkelte kommuner oftere enn dette.

Kontrollen viste at ca. 80 prosent av kostnaden var knyttet til direkte brukertid, mens resterende var administrasjonstid. Noen kommuner påpekte at det kan være utfordrende å få visse leverandører til å levere spesifiserte fakturaer.

Kontrollens erfaringer med revisors arbeid

Rundskriv med vedlegg sier at det skal foreligge revisorbekreftelse ved rapporteringen til Helsedirektoratet. Avdekker revisjonen mangler eller feil i rapporteringen, skal revisjonen ta dette opp med kommunen. I de tilfellene manglene eller feilene ikke kan utbedres i rapporten, eller det er uenighet mellom kommunen og revisjonen om det er mangel eller feil, skal revisjonen sende særskilt melding om dette til Helsedirektoratet.

Kontrollen viste at revisor har en veiledende rolle overfor kommunen. Alle de undersøkte kommunene oversendte refusjonskrav til sine revisorer, som bekreftet rapporteringen for 2023 og 2024.

Flere feil og mangler ble imidlertid ikke oppdaget av revisorene. Det kan nevnes:

- Direkte lønnsutgifter ved sykdomsfravær og permisjon var i mange kommuner ikke var trukket ut fra refusjonsgrunnlaget.
- Lønn til vikar ble holdt utenfor beregningen.
- Vedtak var revurdert uten at det var endring i tjenestefomfanget. Ovennevnte brudd på rundskrivet var ifølge kommunene på oppfordring fra enkelte revisorer.
- Kommunene tilbakedaterte vedtak, i strid med rundskrivet, uten at dette medførte reaksjoner fra revisorene.
- Kommunene foretok feilaktige trekk som gjelder bruk av premiefondet, som ikke ble oppdaget av kommunens revisor.

Det var i kontrollperioden levert revisorbekreftelser med forbehold om seks kommuner. Forbehold fra revisor var knyttet til bekreftelse av dokumentert ressursinnsats for direkte tjenestetimer. Forbehold var i all hovedsak knyttet til at revisor ikke med sikkerhet kan si at direkte tjenestetimer var riktig oppført.

Ledsager ved sykehusinnleggelser

I henhold til rundskrivet skal eventuelle lønnsutgifter for ledsager ved opphold av en tjenestemottaker i helseinstitusjon/sykehus ikke medtas i refusjonsgrunnlaget. Det innebærer at kommunen må fakturere sykehuset for ledsagerens lønnsutgifter, og at betalingen fra sykehuset må knyttes til den aktuelle tjenestemottakeren.

I perioden 2023–2024 hadde kommunene ingen eller noen få tilfeller der det var aktuelt med sykehusinnleggelse og ledsager. De fleste kommunene oppga å ha fakturert i de aktuelle tilfellene. Det varierte imidlertid hvordan betalingen fra sykehuset ble regnskapsført, og om den ble knyttet til den aktuelle tjenestemottakeren.

Betalingen ble f.eks. knyttet til brukerens avdeling, slik at betalingen inngikk i den forholdsmessige fordelingen av utgifter på tjenestemottakerne. Der praksis ikke var tilfredsstillende, påpekte Helsedirektoratet at rutinene må bedres. I én kommune dreide det seg om et vesentlig beløp i både 2023 og 2024, og direktoratet foretok en sjablongmessig beregning av avviket.

Ordningens innretning

I forbindelse med kontrollbesøket fikk vi også flere kommentarer om ordningens innretning.

Vi fikk tilbakemelding fra kommunene at

- ordningen ble opplevd som kompleks og arbeidskrevende
- ordningen som helhet ble oppfattet som helt grei, men de så gjerne at det ble innført standardisert timepris for tjenester i egenregi
- overføring til kommunerammen var en mulighet
- dagens praksis med nøyaktig beregning av ressursinnsatsen er viktig for mindre kommuner, mens større kommuner lettere takler svingningene i utgifter
- ved en eventuell omlegging av ordningen, er det avgjørende med tid til omstilling
- den øvre grensen på 67 år er uheldig, siden brukerens tjenestebehov ikke endrer seg

En kommune uttalte at bør ta høyde for at mange tjenester framover vil bli gitt ved hjelp av velferdsteknologi. En annen kommune uttalte at tilskuddsforvalter måtte stille like krav til tjenestekjøp fra private som for tjenester i egenregi. Videre så tilskuddsmottakeren et stort behov for regulering av private fra sentralt hold, og viste til måten leverandørene blir regulert på i barnehagesektoren.

Konklusjon

Helsedirektoratet gjennomførte i 2025 stedlig kontroll av elleve kommuner for å vurdere etterlevelse av regelverket i rundskriv IS-4 for tilskuddsordningen Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Kontrollene omfattet kommunenes rapportering for årene 2023 og 2024.

Kontrollen avdekket at det fortsatt er utfordringer og brudd i regelverket i kommunenes administrering av tilskuddet. Dette gjelder blant annet:

- Mangelfulle eller ugyldige vedtak. Dette er vedtak som ikke har fra og til og med dato, eller det mangler vedtak for perioder der det var gitt helsehjelp fra kommunen. Flere kommuner tilbakedaterte vedtak i strid rundskrivet.
- Mangelfull registrering og dokumentasjon av utførte timer. Det er stor variasjon i praksis mellom kommuner.
- Store variasjoner mellom kommunene i timepriser. Enkelte kommuner har høye timepriser, andre har svært lave.
- Flere kommuner korrigerer fortsatt ikke korrekt for sykefravær og permisjoner.
- Noen private leverandører leverer fortsatt utilstrekkelig spesifiserte fakturaer av hva som er direkte brukertid.
- Revisjonens kvalitet varierer fra kommune til kommune. Flere feil og mangler ble ikke oppdaget av revisorene, og tatt opp med kommunene.
- Kontrollen ser forbedringer i praktiseringen av fratrekk for bruk av premiefond fra årene før.

Funnene blir fulgt opp i Helsedirektoratets løpende forbedringsarbeid.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Utviklingen i utbetalinger mottakere, kompensasjonsgrad og innslagspunkt i tilskuddsordningen i perioden 2004 – 2025

Tabell 2: Nøkkelopplysninger om tilskuddsordningens utvikling

År	Utbetaling i MNOK	Antall mottakere	Kompensasjonsgrad	Innslagspunkt (kroner)
2004	1 506	3 398	80	700 000
2005	1 852	3 766	80	725 000
2006	1 700	3 696	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	10 068	7 829	80	1 430 000
2022	10 696	7 948	80	1 470 000
2023	11 608	8 301	80	1 526 000
2024	13 509	8 665	80	1 608 000
2025	13 337	8 433	80	1 692 000

Vedlegg 2 - Nøkkelopplysninger om utvalget av kommuner

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

Tabell 3: Nøkkelopplysninger om kommunene i utvalget

Kommune	Folketall 2025	Tilskudd 2025 (MNOK)	Mottakere 2025	Kommentar
1	20 001 - 50 000	90 - 140	31- 80	Kommune 1 hadde en liten nedgang i antall tjenestemottakere (1 person) fra 2024 til 2025. Det var en tilsvarende økning i utbetalt tilskudd (ca. 5 mill.) i denne perioden.
2	130 001 – 160 000	200 - 300	101 - 200	Kommune 2 hadde en betydelig reduksjon i antall tjenestemottakere (7 personer) fra 2024 til 2025. Det var også en stor økning i størrelsen av utbetalt tilskudd (ca. 24 mill.) i perioden
3	20 001 – 50 000	80 - 120	31 - 80	Kommune 3 hadde en liten nedgang i antall tjenestemottakere (1 person) fra 2024 til 2025. Det var en betydelig økning i utbetalt tilskudd (ca. 30 mill.) fra 2024 til 2025 i perioden.
4	30 001 – 60 000	100 - 200	41 - 100	Kommune 4 hadde en nedgang i antall tjenestemottakere (2 personer) fra 2024 til 2025. Det var en stor økning i utbetalt tilskudd (ca. 13 mill.) i perioden
5	20 001 – 50 000	70 - 110	31 - 80	Kommune 5 hadde ingen endring i antall tjenestemottakere fra 2024 til 2025. Det var for en betydelig økning i utbetalt tilskudd (ca. 13 mill.) fra i perioden
6	30 001 – 60 000	90 - 140	61 - 130	Uten endring i antall tjenestemottakere fra 2024 til 2025, hadde kommunen en stor økning i utbetalt tilskudd (ca. 9 mill.) i perioden
7	5 001 – 35 000	25 - 60	11 - 50	Kommune 7 hadde en økning i antall tjenestemottakere (2 personer) fra 2024 til 2025. Det var en betydelig økning i utbetalt tilskudd i perioden (ca. 11 mill.).
8	10 001 – 40 000	40 - 70	11 - 50	Kommune 8 hadde en liten økning i antall tjenestemottakere (1 person) fra 2024 til 2025. Det var en stor økning i utbetalt tilskudd (ca. 11 mil.) i perioden.

9	35 001 – 65 000	40 – 100	41 - 100	Kommune 9 hadde en stor nedgang i antall tjenestemottakere (10 personer) fra 2024 til 2025. Det var en liten reduksjon i utbetalt tilskudd (ca. 2 mill.) i perioden.
10	30 001 – 60 000	100 – 180	81 -150	Kommune 10 hadde en betydelig økning i antall tjenestemottakere (4 personer) fra 2024 til 2025. Det var for en betydeligstor økning i utbetalt tilskudd (ca. 25 mill.) i perioden.
11	5 001 – 35 000	30 – 80	11 - 50	Kommune 11 hadde en liten økning i antall tjenestemottakere (1 person) fra 2024 til 2025. Det var en stor økning i utbetalt tilskudd (ca. 13 mill.) i perioden.

Vedlegg 3 – Timepriser 2023 og 2024

Tabell 4: Timepriser 2023

Kommune	Gjennomsnitt	Median	St.avvik	Lavest	Høyest
1	416	415	57	298	599
2	460	492	71	248	582
3	590	662	116	247	662
4	632	515	336	49	1 618
5	497	503	78	264	675
6	483	523	67	352	526
7	536	531	43	398	619
8	508	513	35	412	542
9	458	456	103	225	719
10	516	521	60	408	590
11	521	490	57	459	659

Tabell 5: Timepriser 2024

Kommune	Gjennomsnitt (økning)	Median	St. avvik	Lavest	Høyest
1	437 (+5%)	429	71	267	601
2	501 (+9%)	653	73	104	653
3	620 (+5%)	676	118	321	844
4	586 (-7%)	495	268	192	1 411
5	528 (+6%)	523	86	317	669

6	528 (+9%)	555	55	328	555
7	596 (+11%)	590	28	537	625
8	453 (-10%)	443	29	415	551
9	467 (+2%)	446	98	243	687
10	516 (0%)	510	73	365	672
11	543 (+4%)	552	53	456	661

I 2023 varierer gjennomsnittlig timepris (uvektet) for kommunen fra 416 til 632 kr for de kontrollerte kommunene. Typisk avvik for timeprisene (standardavvik) er relativt lavt, mellom 35 og 116 kr, bortsett fra en kommune der standardavviket er 336 kr, med 49 kr som laveste (skyldes feilregistrering av timetall) og 1 618 kr som høyeste.

I 2024 varierer gjennomsnittlig timepris fra 437 til 620 kr for de kontrollerte kommunene. Timeprisene avviker typisk mellom med mellom 28 og 118 kr (standardavvik), bortsett fra en sterkt avvikende kommune (den samme som i 2023) der standardavviket er 268 kr, med 192 kr som laveste og 1 411 kr som høyeste.

