

Variasjon i beregning av refusjonskravet for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester

Resultater fra stedlig kontroll av
tilskuddsordningen



Innhold

1. Bakgrunn	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Oppdraget	4
1.3 Retningslinjer for kommunenes beregning av refusjonskravet	5
2. Metode	7
2.1 Utvalg av kommuner	7
2.2 Innhenting av dokumentasjon før intervju med ulike instanser i kommunene	8
2.3 Stedlig kontroll i kommunene	9
3. Organisering av arbeidet med ressurskrevende tjenester i kommunene	11
3.1 Kommunenes rutiner for arbeidet med vedtak om tjenester til brukere som er særlig ressurskrevende	11
3.2 Revisors arbeid	14
4. Ulike modeller for kommunenes beregning av refusjonskrav	15
4.1 Modell for beregning av refusjonskravet	15
5. Funn	19
5.1 Vedtak	19
5.2 Registrering av utførte timer	19
5.3 Tolkning av direkte brukertid	20
5.4 Opplæring	21
5.5 Lønnsutgifter i forbindelse med sykdom	21
5.6 Oppfølging av private leverandører	21
5.7 Revisorenes erfaringer med kontroll av kommunenes refusjonskrav	22
5.8 Kvantifiserbare funn	22
6. Konklusjon	24

Sammendrag

Alle kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- omsorgstjenester kan søke om delvis refusjon av de direkte lønnsutgiftene knyttet til disse tjenestene. Tilskuddsordningen forvaltes av Helsedirektoratet og er bevilget over Kommunal- og moderniseringsdepartementets (KMD) budsjettkapittel 575, post 60.

Kommunene er selv ansvarlige for å beregne refusjonsgrunnlaget, men dette må godkjennes og attesteres av revisor før det kan sendes inn til Helsedirektoratet.

Våren 2019 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra KMD å gjennomføre en stedlig kontroll med tilskuddsordningen. Formålet med kontrollen var å gå gjennom kommunenes rutiner for framstilling av antall timer og gjennomgang av underlagsdokumentasjonen knyttet til enkeltbrukere. Kontrollen ble gjennomført i ti kommuner av ulik størrelse og med ulikt antall tjenestemottakere.

Kontrollmetoden for prosjektet var hovedsakelig intervjuer med representanter fra kommunene og gjennomgang av dokumentasjon mottatt på forhånd.

Denne rapporten oppsummerer funn gjort i forbindelse med den stedlige kontrollen og inneholder ikke anbefalinger ved gjennomførte kontrollpunkter. Hovedfunnene fra kontrollen viser at kommunene har ulike rutiner og benytter ulike modeller for å beregne refusjonsgrunnlaget for tilskuddsordningen for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Det forekommer også ulik tolkning av regelverket.

1. Bakgrunn

1.1 Bakgrunn

I forbindelse med behandling av kommuneproposisjonen for 2004 besluttet Stortinget at det skulle innføres en ny toppfinansieringsordning for ressurskrevende brukere av helse- og omsorgstjenester. Med ressurskrevende menes psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede, eldre med fysisk eller mental svikt og psykiatriske pasienter. Kommuner som yter tjenester til slike enkeltmottakere har på denne måten fått mulighet til å søke om refusjon for sine utgifter fra Helsedirektoratet gjennom en tilskuddsordning.

Slik ordningen fungerer i dag kan kommuner få refusjon for 80 prosent av sine direkte lønnsutgifter knyttet til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Med særlig ressurskrevende tjenester menes det tjenester som koster kommunen mer enn 1 270 000 kroner per år per bruker (innslagspunkt for 2019). Kommunene kan dermed få refusjon for 80 prosent av de direkte lønnsutgiftene over innslagspunktet.

I løpet av perioden tilskuddsordningen har eksistert har det vært en sterk økning i utgifter til ressurskrevende brukere. Samtidig har det i samme periode også vært en økning i antall mottakere av slike tjenester. Utgiftsøkningen er høyere enn den generelle lønns- og prisutviklingen. Det totale årlige utbetalingsbeløpet har økt fra 1 506 millioner kroner i 2004 til 10 189 millioner kroner i 2019. Antall mottakere har økt fra 3 398 i 2004 til 8 135 i 2019.

Våren 2018 ble det etablert en partssammensatt arbeidsgruppe med representanter fra KMD, Finansdepartementet (FIN), Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet og Kommunenes Sentralforbund (KS). Arbeidsgruppen vurderte potensielle endringer i ordningen som kan gi en mer bærekraftig og effektiv ordning. Et av de mulige tiltakene som ble nevnt i sluttrapporten var økt kontrolltiltak, eksempelvis at Helsedirektoratet gjennomfører stikkprøvekontroller av kommunenes krav.

Tabell 1 oppsummerer endringer i utbetalinger, antall mottakere, kompensasjonsgrad og innslagspunkt i perioden 2004 til 2019.

Tabell 1: Utviklingen i utbetalinger, mottakere, kompensasjonsgrad, innslagspunkt 2004-18

År	Utbetalinger i mill. kr. (løpende)	Antall mottakere	Kompensasjons- grad (pst.)	Innslagspunkt (kroner)	Endring i innslagspunkt (kroner)
2004	1 506	3 398	80	700 000	
2005	1 852	3 766	80	725 000	0
2006	1 700	3 676	70	745 000	0
2007	2 018	4 013	70	770 000	0
2008 ¹	2 966	4 505	85	800 000	0
2009	3 998	5 299	85	835 000	0
2010	4 160	5 527	80	865 000	0
2011	4 655	5 742	80	895 000	0
2012 ²	5 330	6 118	80	935 000	0
2013	6 361	6 667	80	975 000	0
2014	7 271	7 125	80	1 010 000	0
2015	8 264	7 517	80	1 043 000	0
2016	8 642	7 781	80	1 081 000	+10 000
2017 ³	9 039	7 927	80	1 157 000	+50 000
2018 ⁴	9 326	8 033	80	1 235 000	+50 000
2019 ⁵	10 189	8 135	80	1 270 000	0

¹ Endring av ordningen; til kompensasjon per tjenestemottaker.

² Fra 2011 - 2012 kan 236 mill. kr forklares med endringer i inntektssystemet

³ Trukket ut 89 mill. kroner til kommuner som er med i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester

⁴ Trukket ut 129 mill. kroner til forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester

⁵ Trukket ut 132 mill. kroner til forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester

Kilde: Ressurskrevende tjenester – arbeidsgrupperapport (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-arbeidsgruppe-om-ressurskrevende-tjenester/id2619805/>)

1.2 Oppdraget

KMD ga den 5. mars 2019 Helsedirektoratet følgende oppdrag:

«Hovedkontrollen i toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester skjer i kommunene gjennom kommunerevisjonen. På statlig hold foretas det en forenklet kontroll fra Helsedirektoratet. Helsedirektoratet kan iverksette kontroll med kommunenes innrapportering innenfor gjeldende lovbestemmelser. Omfanget av kontrolltiltak er begrenset i dag. I rundskriv IS-4/19 heter det at "Helsedirektoratet forbeholder seg retten til å kontrollere kommunenes refusjonsgrunnlag. Kontrollen kan gjennomføres hos tilskuddsmottaker og eventuelle samarbeidspartnere. For kontrollformål skal regnskapsdata og dokumentasjon av opplysninger som ligger til grunn for søknaden eller rapporteringen, oppbevares i minimum 10 år etter at tilskuddet ble mottatt".

Kommunal- og moderniseringsdepartementet ber om at Helsedirektoratet *gjennomfører en utvidet kontroll* av kommunenes krav. Formålet med kontrollen bør være:

- Å gå gjennom kommunens rutiner for framstilling av antall timer henført til den enkelte mottaker, herunder dokumentasjon av metoder og bruk av fag- og administrative systemer for å beregne grunnlaget
- Å gå gjennom underlagsdokumentasjonen som danner grunnlaget for tilskuddsutbetalingen knyttet til den enkelte mottaker

Vi ber om at Helsedirektoratet utfører kontroller i 9-11 kommuner (avhengig av kommunestørrelse og antall tjenestemottakere).»

1.3 Retningslinjer for kommunenes beregning av refusjonskravet

Retningslinjene for tilskuddsordningen fremkommer av rundskriv: "IS-4/2019 Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene". Rundskrivet oppdateres hvert år i tråd med bevilgningene som gis i statsbudsjettet og det er nivået på innslagspunktet og kompensasjonsgraden som særlig har betydning for kommunene.

Rapporteringsprosedyren

I januar hvert år blir det sendt et brev til landets kommuner og kommunenes revisorer med informasjon om de endelige tildelingskriteriene for tilskuddsordningen. Kommunene får oppgitt en søknadsfrist, og innen fristen må kravet være godkjent av revisor og sendt inn til Helsedirektoratet. I løpet av våren går direktoratet gjennom de innkomne kravene og foretar en forenklet kontroll av nøkkelopplysninger samt at det er samsvar mellom revisorattestasjonen og rapporteringen. Tilskuddet masseutbetales til kommunene i begynnelsen av juli.

Nedenfor gjengis noen av hovedpunktene fra rundskriv IS-4/2019:

Hvilke utgifter kan refunderes?

Kommuner som yter særlig ressurskrevende tjenester til enkeltmottakere kan søke om delvis refusjon for de påløpte direkte lønnsutgiftene. Dette gjelder kun for brukere under 67 år. Med direkte lønnsutgifter menes det at det må være direkte interaksjon mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, det vil si ansikt-til-ansikt-tid. Alle andre utgifter som ikke er direkte brukertid faller utenfor refusjonsordningen. Dette kan for eksempel være administrativt arbeid som rapportering og reisetid for hjemmetjenesten.

Det stilles ikke et krav til diagnose eller type lidelse hos mottaker. Kommunene kan kun søke om refusjon for lønnsutgifter ført på noen bestemte KOSTRA¹-funksjoner: 232, 233, 234, 241, 242, 243, 253, 254 og 273.

For tjenester der 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.

¹ KOSTRA - KØmmune-STat-RApportering

Sykdom og permisjon

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

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 fremlegges revisor før kravet godkjennes.

Diverse fratrekk fra refusjonskravet

Helsedirektoratet har utarbeidet et Excel-basert innrapporteringsskjema. 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.

Kontroll av tilskuddsordningen

Kontroll av tilskuddsordningen gjennomføres i flere ledd: kommunenes egenkontroll, kommunens revisor og en forenklet kontroll av Helsedirektoratet. Kommunene har hovedansvaret for å samle inn dokumentasjon i henhold til rundskrivet. Revisorene skal så gå gjennom kommunenes krav og se til at det er i henhold til tildelingskriteriene som fremkommer av rundskrivet. Helsedirektoratet har laget et eget skriv til revisjonen som skal følges ved gjennomgangen. Revisjonen skal gå gjennom og kontrollere minimum 50 enkeltsaker, eller alle saker dersom kommunen har færre enn 50 tjenestemottakere.

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

- At det ikke er tjenestemottakere over 67 år.
- At det er gjort fradrag for det kommunene får gjennom delkriteriene i inntektssystemet.
- At det er gjort korrekt fradrag for andre statlige tilskudd og egenbetaling fra bruker.
- At kun tjenestemottakere over innslagspunktet er med i refusjonsgrunnlaget.
- At timeprisene som ligger til grunn er rimelige. Ved timepris over 600 kroner skal kommunen sende inn en begrunnelse for dette.

De fleste punktene nevnt over ligger inne som automatiske kontroller i innrapporteringsskjemaet som kommunene benytter, det vil si at dersom det er feil eller avvik synliggjøres dette i dokumentet. Utover dette etterspør ikke Helsedirektoratet mer informasjon, men forholder seg til revisorattestasjonen.

I rundskriv IS-4/2019 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 10 av 416 kommuner (inkludert bydelene i Oslo) som fikk utbetalt tilskudd i 2018. De utvalgte kommunene er av ulik størrelse og med ulikt antall ressurskrevende brukere. Kommunene ble plukket ut fra tre ulike størrelsesgrupper: store, mellomstore, og små kommuner.

I hver kommune har Helsedirektoratet gjennomgått ti saker (eller alle saker, dersom det var færre enn ti totalt), det vil si at vi har kontrollert detaljer og undersøkt hvordan kommunene beregnet refusjonskravet. Enkelsakene ble plukket ut tilfeldig. På utvelgelsestidspunktet var ikke innrapporteringen for 2019 ferdigbehandlet, og det ble derfor besluttet å se på refusjonskravet for 2018, som bygger på påløpte utgifter i 2017.

Det årlige refusjonskravet som sendes til Helsedirektoratet inneholder noen opplysninger om enkelttjenestemottakere, men ingen informasjon om hvordan kommunene har kommet frem til direkte brukertid, direkte lønnsutgifter og antall utførte timer. Revisorattestasjonen inneholder informasjon om antall tjenestemottakere i kommunen og de totale nettoutgiftene. Dette ga Helsedirektoratet begrensede muligheter for å plukke ut kommuner for kontroll med bakgrunn i den innsendte dokumentasjonen.

En metode som ble benyttet for utvelgelse var å se på de totale nettoutgiftene som danner grunnlaget for tilskuddsbeløpet. Dette ble gjort for tre av kommunene, mens de syv resterende ble plukket ut tilfeldig. Det ble dermed benyttet en kombinasjonsmetode for å velge kommunene.

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

Store kommuner

1. Kommune 1 hadde en betydelig økning i nettoutgifter fra 2017 til 2018. I samme periode var det en liten nedgang i antall brukere.
2. Kommune 2 ble plukket ut tilfeldig.
3. Kommune 3 ble plukket ut tilfeldig.

Tabell 2: Nøkkelopplysninger om de store kommunene i utvalget

Kommune	Antall innbyggere 2018	Tilskudd 2018	Brukere 2018
Kommune 1	60 000-80 000	>100 MNOK	80-100
Kommune 2	30 000-50 000	80-100 MNOK	50-80
Kommune 3	40 000-60 000	70-90 MNOK	20-50

Mellomstore kommuner

4. Kommune 4 hadde en betydelig økning i nettoutgifter fra 2017 til 2018. I samme periode var det en liten nedgang i antall brukere.
5. Kommune 5 ble plukket ut tilfeldig.
6. Kommune 6 ble plukket ut tilfeldig.
7. Kommune 7 ble plukket ut tilfeldig.

Tabell 3: Nøkkelopplysninger om de mellomstore kommunene i utvalget

Kommune	Antall innbyggere 2018	Tilskudd 2018	Brukere 2018
Kommune 4	5 000-15 000	70-90 MNOK	20-40
Kommune 5	10 000-20 000	>100 MNOK	40-60
Kommune 6	20 000-30 000	10-30 MNOK	10-30
Kommune 7	10 000-15 000	10-30 MNOK	10-30

Små kommuner

8. Kommune 8 hadde svært høye nettoutgifter per tjenestemottaker.
9. Kommune 9 ble plukket ut tilfeldig.
10. Kommune 10 ble plukket ut tilfeldig.

Tabell 4: Nøkkelopplysninger om de små kommunene i utvalget

Kommune	Antall innbyggere 2018	Tilskudd 2018	Brukere 2018
Kommune 8	3 000-5 000	10-30 MNOK	<10
Kommune 9	5 000-10 000	<10 MNOK	<10
Kommune 10	3 000 – 5 000	10-30 MNOK	<20

Slik det fremkommer av Tabell 2, Tabell 3, og Tabell 4 har utvalgskommunene ulikt antall tjenestemottakere, og det er store variasjoner i utbetalt tilskudd sammenlignet med antall tjenestemottakere. Videre er de kontrollerte kommunene geografisk spredt.

2.2 Innhenting av dokumentasjon før intervju med ulike instanser i kommunene

Etter at kommunene ble valgt ut ble de varslet om kontrollen (gjennom e-post datert 16.04.2019) og spurt om å oversende informasjon om sine rutiner knyttet til arbeidet med særlig ressurskrevende tjenester. For å få et innblikk i kommunenes organisering av arbeidet ble følgende dokumentasjon etterspurt:

- Rutiner for utarbeidelse av vedtak
- Eksempler på vedtaksmal for tjenestene
- Sjekkliste for hva kommunen ser etter når det fattes vedtak
- Mal for individuell plan
- Dokumentasjon som beskriver fagsystem for beregning av de direkte lønnsutgiftene som danner grunnlaget for tilskudd
- Eksempel på rutiner for arbeid med ressurskrevende tjenester ved tjenestested

- Rutiner for revisors kontroll med beregning av refusjonsgrunnlaget

Ved å gå gjennom tilsendt dokumentasjon kartla Helsedirektoratet organiseringen av arbeidet med ordningen i hver kommune. Dette dannet videre et grunnlag for hvordan den stedlige kontrollen skulle gjennomføres. Det er hovedsakelig tre instanser i kommunene som er involvert i arbeidet med særlig ressurskrevende tjenester, men dette kan variere:

1. Det er i første omgang en bestemt enhet (ofte kalt tildelings-/vedtakskontor) som fatter vedtak om tjenester. Det kommer inn søknader fra brukere med dokumentasjon på behov for slike tjenester, gjerne fra fastlege. Søknaden vurderes og det fattes vedtak om antall tjenestetimer. Vedtak baserer seg på en vurdering av brukerens behov.
2. Bruker får enten tjenester i hjemmet eller i bofellesskap sammen med andre brukere. Det er her de vedtatte timene som bruker har krav på utføres av helsepersonell. Det antas at kommunene fører timelister og registrerer utførte timer.
3. Enheten som har det faglige og administrative systemet gjør beregninger knyttet til refusjonskravet for særlig ressurskrevende tjenester. Kommunene må blant annet kontrollere at de ikke får dekket samme utgift flere ganger.

I tillegg til instansene nevnt over har revisjonen en betydelig rolle i gjennomgangen av refusjonskravet:

4. Kommunerevisjonen kontrollerer at kommunen har fulgt rundskrivet og kun tatt med de tilskuddsberettigete utgiftene.

2.3 Stedlig kontroll i kommunene

Helsedirektoratet har gjennomført møter med representanter fra de ulike instansene i kommunene, mens møter med involverte revisorer ble gjennomført over telefon eller på Skype. I forkant av møtet med revisorene hadde Helsedirektoratet et dialogmøte med Norsk kommunerevisorforbund, hvor hensikten med kontrollen ble formidlet.

Møte med representanter fra tildelings-/vedtakskontor

Formålet med å møte de som arbeider med vedtak var å få nærmere informasjon om rutinene for og arbeidet i forkant av vedtak om tjenester, herunder dokumentasjonsgrunnlag og vurderingene for antall timer som innvilges. Dette er nyttig for å vite mer om hvilke ulike faktorer som påvirker tjenesteomfanget.

Møte med representanter fra tjenestested (de som utfører og leverer ressurskrevende tjenester)

Videre ønsket vi å intervju de ansatte som jobber tett opp mot brukerne, ettersom det er de som registrerer tidsbruken og kjenner til tjenestebildet. Hensikten med disse møtene var å få informasjon om rutiner for og hvordan tidsbruken for ressurskrevende brukere registreres og videreformidles til instansen som foretar de endelige beregningene.

Møte med økonomiavdelingen/ansatte som jobber med beregningen av refusjonskravet

I møte med økonomiavdelingen ble spørsmål rundt administreringen og beregningen av antall vedtatte og utførte timer tatt opp. Til dette møtet ble det for hver kommune plukket ut 10 saker fra refusjonskravet for 2017, og underlagsdokumentasjonen for de timene kommunen hadde søkt om refusjon for ble fremvist. Dersom kommunen hadde færre enn 10 tjenestemottakere ble alle sakene gjennomgått, mens for mellomstore og store kommuner ble det plukket ut 10 tilfeldige saker for gjennomgang. Kommunens kontraktsoppfølging av private leverandører var også et sentralt tema i møtene med økonomiavdelingene.

Representanter fra Helsedirektoratet hadde utarbeidet en intervjuguide til møtene med de ulike kommunale instansene, basert på den dokumentasjonen vi hadde mottatt på forhånd. Etter hvert møte skrev representanter fra Helsedirektoratet et referat som ble sendt til den aktuelle kommunen for gjennomgang og eventuell tilbakemelding.

Analyse av intervjudataene

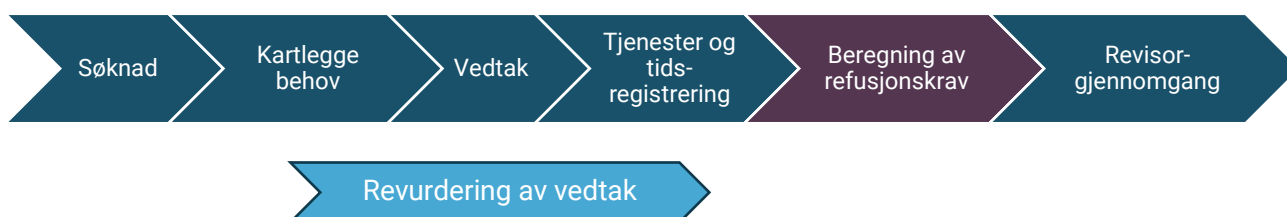
Dokumentasjonen som ble mottatt i forkant av den stedlige kontrollen ble gjennomgått og analysert sammen med informasjonen som kom frem gjennom intervjuene. Det er dette materialet som ligger til grunn for funnene og som presenteres videre i rapporten.

3. Organisering av arbeidet med ressurskrevende tjenester i kommunene

Med bakgrunn i oppdraget, ble det utformet en overordnet problemstilling. Vi ønsket å undersøke hvorvidt det er variasjon i metodene som benyttes for beregning av refusjonskravet, og hvorvidt rutinene – fra vedtak til det kravet som blir sendt til direktoratet – er i tråd med rundskrivet. Gjennom intervjuer med de ulike instansene i kommunene og dokumentgjennomgangen har vi fått et innblikk i hvordan arbeidet med tilskuddsordningen er organisert i kommunene. Helsedirektoratet var kjent med at organiseringen av arbeidet med særlig ressurskrevende tjenester kan variere mellom kommuner, men ikke på hvilke områder. Kontrollbesøkene ble primært gjennomført med fokus på variasjon i beregningen av refusjonskravet.

3.1 Kommunenes rutiner for arbeidet med vedtak om tjenester til brukere som er særlig ressurskrevende

For å forstå hvordan refusjonskravet er beregnet og utformet har vi sett på verdikjeden og aktivitetene som inngår i kommunenes arbeid med ressurskrevende brukere. Dette er illustrert i figuren nedenfor.



Figur 1: Arbeidet som har **innvirkning** på antall timer i refusjonskravet

Rundskrivet stiller krav om at det må foreligge et gyldig enkeltvedtak på tjenesten etter helse- og omsorgslovgivningen for at kommunen skal kunne søke om refusjon for tjenester gitt til den aktuelle brukeren. Tjenestens omfang må enten fremkomme direkte i enkeltvedtaket eller som særskilt dokumentasjon. Denne dokumentasjonen skal være i samsvar med innrapporterte direkte lønnsutgifter. Enkeltvedtaket og arbeidet rundt fastsettelsen av tjenestene er dermed sentralt for hvilke tjenester kommunen kan søke om refusjon for.

Arbeidet med vedtak er organisert ganske likt i utvalgskommunene. For at kommunen skal fastsette vedtak om helsetjenester for brukeren foreligger det en **søknad**, eller en forespørsel om tjenester. Det varierer hvem søknaden kommer fra og avhenger av situasjonen til brukeren. I noen tilfeller er det brukeren selv som melder om behovet for tjenester, men en forespørsel kan også komme fra andre, eksempelvis pårørende, fastlege, hjemmetjenesten, spesialisthelsetjenesten, med videre.

Etter at vedtakskontoret i kommunen har mottatt søknaden foretas det en vurdering og **kartlegging av behovet** til brukeren. Dette gjøres blant annet gjennom hjemmebesøk, eller samtale med bruker og pårørende. De fleste kommunene benytter sjekklister eller andre standardmaler for kartleggingen. Innhentet informasjon kan resultere i et vedtak.

Utvalgskommunene har ikke egne rutiner for behovskartlegging blant ressurskrevende brukere, men følger generelle rutiner for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester. Det er summen av tjenestene som avgjør om brukeren overstiger innslagspunktet og betegnes som ressurskrevende, ikke innholdet i vedtaket.

Kommunenes rutiner for arbeid med **vedtak** og fastsettelsen av helsetjenester er nokså like, men innholdet i vedtakene varierer betydelig i kommunene hvor det ble gjennomført kontroll. Under saksgjennomgangen ble Helsedirektoratet presentert ulike vedtaksformer:

- Vedtak med spesifisert antall timer og bemanningsfaktor (1:1, 2:1, 3:1 osv.)
- Vedtak uten spesifisert antall timer, men med en beskrivelse av tjenesten
- Vedtak med begrenset gyldighetsperiode
- Vedtak uten "sluttdato"

Ettersom vedtakene danner grunnlaget for kommunens refusjonskrav, kan ulikt innhold og form på vedtakene føre til store variasjoner i beregningene. Det kan være utfordrende for revisor å kontrollere et vedtak uten et spesifisert antall timer opp mot faktisk utførte timer. Det antall timer brukeren får vil i dette tilfellet komme frem gjennom kartlegging og planlegging av tjenesten. Det samme gjelder avstemming av fastsatt vedtakstid opp mot det antall timer som faktisk er levert. Noen av opplysningene blir registrert etter en egen standard og sendes til IPLOS-registeret (Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) fra og med 2019).

Tjenestemottakers situasjon kan endre seg i løpet av året. Sykdomsbildet kan forverres, eller det kan være at brukeren ikke lenger har behov for hjelp i like stor grad, som da vedtaket ble fattet. I slike tilfeller bør **vedtaket revurderes**. Utvalgskommunene har forskjellige rutiner for hvor ofte og hvordan dette gjøres. Ved akutte endringer i tjenesteomfanget er det tjenesteutøverne som melder fra til vedtakskontoret. Endring av vedtak gjøres i noen tilfeller på samme måte som ved fastsettelsen av et nytt vedtak, og det foretas blant annet en ny kartlegging av brukernes behov.

Noen av utvalgskommunene foretar en rutinemessig gjennomgang og revurdering av alle vedtak, uavhengig av om tjenestebehovet har endret seg. I en av utvalgskommunene gjøres endringer i vedtaket kun i tilfeller hvor avviket er mer enn 20 prosent av det opprinnelige vedtaket.

Etter at vedtaket er fattet og det er besluttet hvilket **tjenestested** som skal yte tjenester lager tjenestestedet turnuslister/arbeidsplan hvor arbeidet med brukeren spesifiseres i detalj. I noen tilfeller må det foretas en ny kartlegging før den endelige tjenesten planlegges.

Det er vedtaket som danner grunnlaget for turnuslister og tiltaksplaner. Dersom antall tjenestetimer ikke kommer frem av vedtaket vil planlagte timer videreformidles til tjenestestedet likevel. De fleste kommunene som ble kontrollert bruker Gerica eller Visma Omsorg Profil for registrering og oppfølging av tjenestemottakere med individuelle tiltaksplaner. Tiltaksplaner skal gjenspeile vedtaket og inneholder som regel informasjon om hvordan tjenesten skal gis, av hvem, når og hvor.

Vedtatte timer baserer seg på en vurdering av brukerens behov. Samtidig er det de faktiske tjenestetimer bruker mottar (utførte timer) som kommunen kan få refusjon for. Det primære formålet med tilskuddsordningen er å refundere deler av de faktiske, påløpte direkte lønnsutgiftene. Et sentralt element i refusjonskravet er dermed antall utførte timeverk og hvordan kommunen har kommet frem til dette antallet. For at kommunen skal kunne gjøre et tilfredsstillende anslag på de direkte lønnsutgiftene, må det være mulig å identifisere antall utførte timer.

Det er variasjon mellom kommunene når det gjelder hvilket fag- og administrativt system de har for å **registrere vedtatte og utførte timer**. Noen kommuner har systemer for å legge inn planlagte og gjennomførte timer, mens andre kommuner har systemer hvor de kun kan legge inn planlagt bruk av timer som ikke kan justeres dersom utførte timer avviker fra vedtatte timer.

Under kontrollen ble det presentert ulike systemer og metoder for å sannsynliggjøre utførte timer. Utvalgskommunene benytter blant annet turnuslister, tidskartlegging av behovet, antall timer fra vedtak, rapportering fra tjenesteutøvere og fakturagrunnlag fra private leverandører.

Med utgangspunkt i turnuslistene utformes det en arbeidsplan for tjenesteutøverne, og ved rapporteringen benyttes denne for å gi et anslag på antall timer og lønnsutgifter. De totale lønnsutgiftene hentes ut og fordeles med utgangspunkt i hvor mange timer/ressurser brukeren har krevd. En slik metode gir dermed en indikasjon på omfanget av tjenester som brukeren får, men ikke konkret de tjenestene brukeren faktisk fikk.

En siste metode som ble forevist under kontrollen var en blandingsmetode som avhenger av hvilken type tjeneste det søkes om refusjon for. I de tilfellene kommunen kjøper tjenesten selv, ber de om dokumentasjon på faktisk utførte timer. Når kommunen skal rapportere ressursbruk til Helsedirektoratet, blir imidlertid vedtakstiden lagt til grunn.

I rundskriv IS-4/2019 står det at for tjenester som ikke er levert, men hvor det foreligger enkeltvedtak for timene, faller disse tjenestene utenfor refusjonsgrunnlaget. Dette, sett i sammenheng med utvalgskommunenes praksis for tidsregistrering og rapportering på vedtatte timer, tyder på at det kan være utfordrende å identifisere hvilke tjenester som faktisk er levert.

Kommunene som ble kontrollert benytter ulike modeller for beregning av refusjonskravet. Som følge av denne rapportens fokus er de ulike modellene beskrevet i kapittel 4.

3.2 Revisors arbeid

Gjennom intervju med de revisorer som utfører oppdraget for valgte kommuner undersøkte Helsedirektoratet hvordan kontroll med kommunenes refusjonskrav gjennomføres – mer konkret revisors rutiner og praksis i henhold til de avtalte kontrollhandlingene.

Som en forutsetning for å få refusjon for utgifter knyttet til særlig ressurskrevende brukere må kommunen forelegge refusjonskravet for kommunenes revisor før kravet oversendes til Helsedirektoratet. Kommunens revisor utfører kontroll med refusjonskravet i samsvar med ISRS 4400 "Avtalte kontrollhandlinger" og har dialog med kommunen vedrørende fortolkninger, feil og kommentarer. Dersom revisjonen går god for kommunens refusjonskrav skal revisjonen utstede et skjema for revisjonsuttalelse som oversendes Helsedirektoratet sammen med refusjonskravet.

Dokumentasjon som forelegges revisor

Alle revisorer som ble intervjuet hadde fått oversendt refusjonskravet til kommunene og attesterte dette for innrapporteringen i 2018. Revisor har som regel tilgang til:

- Regnskapssystemet til kommunen – med formål om å kontrollere at lønnskostnadene er ført på riktige KOSTRA-funksjoner
- Brukernes vedtak (enten gjennom tilgangen til systemet eller i form av utskrift av vedtaket) – 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 mottar (noen revisorer ber kommunen om bekreftelse på omfang av tjenester fra fysioterapeut eller lege som viser at det er gitt et visst antall timer til brukeren)
- I noen tilfeller spør revisor om kommunen mottok andre tilskudd som er aktuelle. Deretter ser revisor på regnskapet og inntekter, og vurderer om det er noe som tilfaller målgruppen.

Revisorene går gjennom dokumentasjon sammen med de ansvarlige for tjenesten eller koordinator for arbeidet med ressurskrevende tjenester i kommunen. Der hvor det er aktuelt kan revisorene trekke ut et utvalg av brukere for å kontrollere refusjonskravet på detaljnivå.

Håndtering av avvik

Alle revisorer har understreket at det er god dialog med kommunene ved funn av avvik. Avvikene tas som regel opp med administrasjonen, og dersom revisor og kommunen blir enige om hva som er feil, korrigerer kommunen kravet. I de sakene hvor kommunen og revisjonen ikke kommer til enighet skal problemstillingen sendes til Helsedirektoratet for vurdering.

I tilfeller hvor det er høye timepriser kommenterer kommunen det overfor revisor og revisor kontrollerer om den høye timeprisen logisk kan forklares.

Flere kommuner har informert om at samarbeidet med revisorer er nyttig også for kommunenes organisering av arbeidet med refusjonskravet. Flere revisorer har veiledet kommunene med tanke på hvilke rutiner og beregningsmodeller som er hensiktsmessige å etablere i dette arbeidet.

4. Ulike modeller for kommunenes beregning av refusjonskrav

4.1 Modell for beregning av refusjonskravet

Kommunene står fritt til å velge hvordan de beregner refusjonskravet. Regelverket presenterer kun et eksempel på hvordan det kan gjøres og stiller ikke krav til at en bestemt metode må benyttes. Helsedirektoratet har sett at det er store variasjoner i hvordan utvalgte kommuner beregner de direkte lønnskostnadene. I det følgende oppsummeres metodene som ble presentert under besøkene.

Kommune 1: Kommunen benytter et registreringsskjema i Excel-format for å synliggjøre antall timer som fremkommer av kartleggingen. Deretter multipliseres timene med en gjennomsnittlig timepris.

Timeprisen blir regnet ut med faktiske kostnader fra regnskapet for enheten. Sum lønnsutgifter deles på antall årsverk. Det legges til diverse tillegg, vikarer, ekstrahjelp og overtid. Pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift blir også lagt til. Kommunen holder ferievikar utenfor, fordi det korrigeres på fast timepris, ettersom turnusårsverk på 1645 timer benyttes. Sykevikarer holdes også utenfor. Timesatsen benyttes på kommunale tjenester, med unntak av omsorgsstønad og støttekontakt som har lavere timesatser.

Kommune 2: Det benyttes et tidskartleggingsskjema for å beregne direkte lønnsutgifter, omfanget i skjemaet overføres til en prisberegningssmal som skal vise hvor mye ressurser den enkelte bruker krever. Prisberegningssmalen sendes så til økonomiavdelingen som tar ut direkte lønnskostnader og refusjoner per tjenestested, som fordeles etter lønnsandelen per bruker. Direkte lønnskostnader er lønnskostnadene i turnus knyttet til brukerne per tjenestested. Dette gjøres ved å ta antall timer den enkelte bruker får (utførte timer registrert av bolederne) og dele på totalt antall timer for boligen. Lederlønn tas ikke med i beregningen. Kommunen legger også til vikarutgifter ved sykdom de første 16 dagene.

Kommune 3: Økonomiavdelingen i kommunen innhenter oversikt over brukere som får levert mer enn 20 timer i uken, og samtidig oppfyller kriteriene i rundskrivet.

Kommunen benytter to rapporter fra regnskapssystemet for å beregne timeprisen, den ene rapporten er fra før lønnsoppgjøret og den andre etter. Rapportene gir i tillegg informasjon om hvilken pensjonsordning den ansatte tilhører (KLP eller annen pensjonsleverandør). Deretter tar kommunen utgangspunkt i de ulike tjenestestedene og lønnsnivåene der for å beregne timeprisen. Timeprisen justeres så for korttidsfravær (mellom 3-4 %), helligdagstillegg, kvelds- og helgetillegg. Det lages egne satser for støttekontakt, omsorgslønn og privatavlastning.

Kommune 4: Kommunen legger inn antall timer fra vedtak og tid til veiledning (møtetid for personell tilknyttet bruker), deretter deles antall timer på 35,5 (som tilsvarer en full stilling) for å finne antall årsverk.

Videre hentes det ut gjennomsnittlig årslønn på en 3-årig miljøterapeut med 10 års ansiennitet, 2 årig fagutdannet med 10 års ansiennitet og gjennomsnittlig årslønn for en assistent. De gjennomsnittlige lønnskostnadene ganges så med antall årsverk som er fordelt etter forbruk (skjønnsmessig vurdering). På denne måten finner kommunen de totale lønnskostnadene og legger til følgende: vikarutgifter, ekstrasjelp, overtid, tillegg til de som jobber med ressurskrevende brukere og pensjonskostnader. Summen av dette gir brutto lønnsutgifter som føres inn i innrapporteringskjemaet.

Kommune 5: Kommunen beregner timeprisen med utgangspunkt i følgende variabler: vekting av utdanningsnivå, timelønn, diverse tillegg, variabel lønn, feriepenger, pensjonskostnader, arbeidsgiveravgift og fagadministrativ tid.

Kommunen har i samråd med revisor kommet frem til at fagadministrativ tid kan inkluderes i beregningen av timeprisen. Under vises et utdrag fra kommunens dokumentasjon:

"Etter vår oppfatning er dette oppgaver som omfatter blant annet: tid til observasjon, kartlegging, utarbeide og evaluere det fagmetodiske tilbudet til brukerne, opplæring og veiledning, delta på ansvarsgruppemøter og fagmøter, ivareta krav til dokumentasjon, vedlikehold av fagadministrative systemer, sikre samhandling og samarbeid mellom tjenesteytere, samarbeide med pårørende og verger. Fagadministrativ er tid som ikke kommer til uttrykk i brukernes vedtak; hverken som direkte bistand eller tidsangivelse ..."

Kommune 6: Kommunen henter ut de totale lønnskostnadene per ansvarssted og benytter dette til å beregne refusjonskravet. Sum lønnskostnader per tjenestested deles på antall årsverk, som igjen deles på antall timer per år. Dette gir timeprisen som kommunen multipliserer med antall timer fra vedtak.

Kommune 7: Kommunen benytter ulike metoder for å beregne lønnsutgiftene. Dette avhenger av dokumentasjon som er tilgjengelig for brukeren.

Bruk av gjennomsnittlig timelønn: Det blir brukt en kombinasjon av timer fra vedtak og faktisk utførte timer per bruker, som multipliseres med timelønnen. Kommunen tar utgangspunkt i ulik lønn når de beregner timelønnen for yrkesgruppene. Dette fremkommer av tabellen nedenfor. I tillegg til utgangspunktet i tabellen legger kommunen til feriepenger, pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift.

Tabell 5: Utgangspunkt for kommunens beregning av timelønn

Yrkesgruppe	Grunnlag for timeprisberegning
Rehabiliteringsteam	Benyttet faktisk timelønn til en ansatt i teamet
Fysioterapeut	Benyttet lønn til en av de kommunale fysioterapeutene
Psykisk sykepleier	Benyttet registrert lønn med topp ansiennitet, men uten kommunale tillegg.
Hjemmesykepleier	Benyttet beregningsgrunnlag fra 2012, tatt sum lønn på funksjon 254 og antall timer ut ifra KOSTRA. Økt timeprisene ra 2012 med gjennomsnittlig lønnsvekst i kommunesektoren. Fra 512 i 2012 til 578 i 2018.
BPA	Benyttet registrert lønn med topp ansiennitet uten kommunale tillegg for lønn uten krav til særskilt utdanning
Dagsenter	Gjennomsnittslønn for en utvalgt ansatt
Spesialsykepleier	Benyttet registrert lønn med topp ansiennitet, men uten kommunale tillegg
Helsefagarbeider	Benyttet registrert lønn med topp ansiennitet, men uten kommunale tillegg
Assistent/hjemmehjelp	Benyttet registrert lønn med topp ansiennitet, men uten kommunale tillegg
Støttekontakt	Benyttet timelønningen for støttekontakt i kommunen

Prosjektrapport og turnus: I tilfellene hvor de ressurskrevende brukerne har eget personell rundt seg, opererer kommunen med prosjektkoder og fører alle lønnsutgiftene på prosjektet. Dette gir muligheten til å hente lønn for ansatte knyttet til de ressurskrevende brukerne. Det samme prinsippet gjelder i de tilfellene hvor brukeren har egen turnus for personellet som jobber mot brukeren.

I 2018 la kommunen til deler av lønnsutgiftene for oppfølgingsmøter, samtaler med bruker, verge, pårørende, sykehus etc. Kommunen anser ikke dette som ordinær administrasjon. Det beregnes et gjennomsnitt av premiefondet per person og trekkes ut.

Kommune 8: Kommunen gjør beregningen i et Excel-ark per bruker. Den planlagte ressursinnsatsen tas ut fra systemet og timene fordeles etter dagtid, kveld, natt og helg. Deretter legges bemanningsfaktoren inn (1:1, 2:1 eller 3:1 osv.) Antall timer fra vedtaket multipliseres så med den gjennomsnittlige timelønningen for å finne den totale lønnen som er feriepengeberettiget. På dette legger kommunen til helligdagstillegg, feriepengene, pensjonskostnader, overtidsbetalt ekstrahjelp og arbeidsgiveravgift. Kommunen legger så til sykefraværet, med utgangspunkt i 2,5 %.

Kommune 9: Kommunen tar utgangspunkt i lønn som er utbetalt og beregner en vektet timelønn. I vektingen tas det hensyn til andelen med høyskoleutdanning, andel fagarbeidere (ufaglærte) og de ulike tilleggene. Det legges deretter til et fagadministrativt tillegg på 5 %. Den vektete timelønningen ganges med vedtatte timer for å finne ressursinnsatsen.

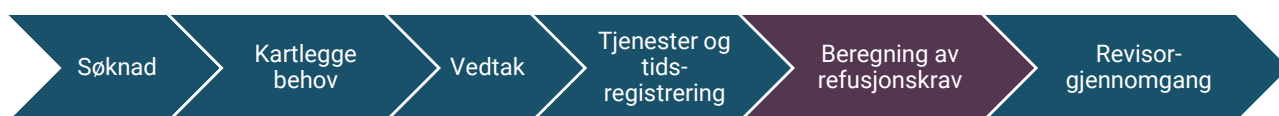
Kommune 10: Beregner først en gjennomsnittlig timepris (vanlig timelønn og timelønn med diverse tillegg). Deretter multipliseres den gjennomsnittlige prisen med antall timer (kombinasjon av vedtatte og ekstravaktstimer identifisert gjennom Visma) som gir sum lønnskostnader for året. Kommunen legger også til legelønninger, fysioterapilønn, feriepengene, pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift. Utgifter i forbindelse med veiledning av de ansatte tas også med i beregningen.

Oppsummering

Gjennomgangen av kontrollkommunene viser at kommunene benytter ulike modeller for å beregne refusjonskravet. De fleste beregner en timesats og multipliserer denne med antall timer, mens andre henter ut en lønnsandel.

5. Funn

I dette kapittelet presenteres noen av hovedfunnene fra kontrollen med kommunenes refusjonskrav knyttet til tilskuddsordningen for særlig ressurskrevende tjenester. Funnene er delt inn i to kategorier: funn som er relatert til tolkningen av rundskrivet, og funn som er kvantifiserbare og ikke nødvendigvis knyttet til tildelingskriteriene.



5.1 Vedtak

Som nevnt i kapittel 3 har utforming av vedtak stor betydning for kommunenes beregning av refusjonskrav. I de tilfellene hvor vedtakene har en sluttdato, skal kommunene revurdere vedtaket før det går ut. Under saksgjennomgangen har Helsedirektoratet registrert flere utløpte vedtak som ikke var revurdert innen fristen. De kommunene det gjaldt forklarte dette blant annet ved at det krever ressurser å oppdatere vedtakene, og at tjenestebehovet hos de fleste brukerne ikke var endret selv om vedtaket er utløpt.

5.2 Registrering av utførte timer

Gjennomgangen i utvalget viser at kommunene ikke har tilfredsstillende systemer for registrering av og dokumentasjon for faktisk utførte timeverk. Gjennomgående bruker kommunene vedtaket om tjenester og turnuslister, altså planlagte timer, som grunnlag for estimering av tjenestetimer brukeren har fått i løpet av et år.

Registrering av utførte timer og direkte brukertid gjøres i liten grad kontinuerlig gjennom året. Dette gjelder særlig for bofellesskap. Når det gjelder tidsregistrering for brukerstyrt personlig assistent (BPA), hjemmetjenester og tjenester der det generelt er krav om egenbetaling registreres antall timer kontinuerlig etter hvert som arbeidet er utført. Som følge av manglende registrering av utførte timer er det vanskelig å si noe om samsvaret mellom timer i vedtaket og faktisk utførte timer. Når det gjelder åpne vedtak uten et spesifisert antall timer er det enda vanskeligere å knytte dette til utført tid. Det er kun et fåtall av kommunene hvor antall utførte timer registreres, og hvor avviket mellom planlagte og utførte timer kan identifiseres.

Deling av personalet

Dersom tjenesteyter bruker tid på andre brukere (som ikke er ressurskrevende) eller arbeidsoppgaver utenfor bofellesskapet/dagsenteret, skal dette trekkes fra det som regnes som direkte brukertid. De fleste kommunene kunne ikke fremvise rutiner eller metoder for å identifisere og gjennomføre slike fratrekk, og hvorvidt det gjøres i praksis. Når det gjelder deling av personalet på natt, hadde kommunene derimot bedre rutiner. Nattevaktene ble enten fordelt flatt utover antall brukere, eller ut ifra hvor mye ressurser de faktisk krever.

5.3 Tolkning av direkte brukertid

Som nevnt tidligere kan kommunene kun søke om refusjon for direkte lønnsutgifter. Med direkte lønnsutgifter menes lønnsutbetalinger til ansatte som er i direkte interaksjon med tjenestemottakere. I hjemmebaserte tjenester vil direkte brukertid være den tiden personalet er i direkte samvær med og har oppfølging av brukeren. I et bofellesskap regnes lønnen til alle ansatte som jobber mot brukeren som direkte lønn. Tjenesteyter må være tilstede i bofellesskapet og ha mesteparten av sine arbeidsoppgaver i interaksjon med brukeren. Hjemmetjenestens reisetid til tjenestemottaker eller administrativt arbeid er eksempelvis ikke direkte brukertid. Stillinger med merkantile- eller ledelsesoppgaver kan heller ikke tas med i kommunenes refusjonskrav. Direkte lønnsutgifter føres på KOSTRA-artene 010-099, 270 eller ved eksternt tjenestekjøp på artene 300-380.²

Alle kontrollerte kommuner har noen brukere som krever mer enn 1:1 bemanning. Det kan være behov for flere ansatte samtidig, enten i bestemte situasjoner eller kontinuerlig. Behovet kan være knyttet til stell, situasjonsovergang, forebygging av tvang, sikkerhet til ansatte, m.m.. Helsedirektoratet har registrert at det kan være opptil åtte ansatte som utfører tjenester for én bruker samtidig.

Behovet for flere ansatte varierer imidlertid i løpet av dagen og en del av ansattes arbeidstid går til å være "tilgjengelige for brukeren", det vil si i påvente av at behovet for deres bistand skal oppstå. Tiden ansatte er "tilgjengelige for brukeren" er ikke synliggjort eller beregnet, da dette verken markeres i journal eller i regnskapssystemet. Lønn til beredskapsansatte er imidlertid også med i kommunenes refusjonskrav, noe Helsedirektoratet mener kan stride med kravene i rundskrivet. Dette avhenger av om den ansatte yter bistand til andre brukere i beredskapssituasjonen, dersom det er tilfelle skal utgiftene fordeles på flere.

Kontrollen viser at kommunenes tolkning av begrepet direkte brukertid inkluderer både direkte praktisk bistand og tilsyn med brukeren, og er ikke ensbetydende med at personalet er sammen med brukeren hele tiden. Flere av intervjuobjektene mente at også brukerne ønsker å få være alene fra tid til annen, noe tjenesteutøvere tar hensyn til. I slike situasjoner oppholder personalet seg på et tilstøtende rom eller på et fellesrom. I flere kommuner ble det benyttet døralarm slik at personalet bisto brukeren dersom alarmen

² Lønn: 010 Fastlønn, 020 Lønn til vikarer, 030 Lønn til ekstrahjelp, 040 Overtidslønn, 050 Annen lønn og trekkpliktige godtgjørelser, 070 Lønn vedlikehold, 070 Lønn nybygg og nyanlegg, 075 Lønn renhold, 080 Godtgjørelse folkevalgte, 089 Trekkpliktig/opplysningspliktig, ikke arbeidsgiveravgiftspliktig lønn
Sosiale utgifter: 090 Pensjonsinnskudd og trekkpliktige forsikringsordninger, 099 Arbeidsgiveravgift (SSB).

ble utløst. De intervjuede mente at selv om ansatte ikke er i direkte interaksjon med brukeren kan de sjeldent omdisponeres til andre oppgaver og at de hadde hver sin rolle i utføring av tjenesten.

5.4 Opplæring

Tre av de kontrollerte kommunene har omtalt opplæring og veiledning som viktige elementer i sitt arbeid med ressurskrevende brukere. Opplæringen som gis til tjenesteutøvere er med på å sikre brukernes behov, regelverket rundt tjenester og ikke minst de ansattes sikkerhet. Veiledning av de ansatte gjelder for det meste håndtering av utagerende adferd og vold hos brukere, samt forebygging og utøvelse av tvang.

Utgiftene til veiledning av tjenesteutøvere ble også inkludert i kommunenes refusjonskrav da dette ble tolket som direkte brukertid.

5.5 Lønnsutgifter i forbindelse med sykdom

I rundskrivet presiseres det at "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".

I praksis betyr det at det kun er lønnsutgifter knyttet til bruk av vikar som skal inkluderes mens lønn til den som er sykemeldt, uavhengig av om det er egenmeldingsdager eller langtidsfravær, skal trekkes fra kommunens refusjonskrav.

Av de kommunene hvor Helsedirektoratet fikk gjennomgå underlagsdokumentasjon har de fleste avveket fra dette kravet i rundskrivet. Hos seks kommuner ble både utgifter knyttet til vikar og sykepenger i forbindelse med egenmelding (16 dager) tatt med i refusjonskravet.

Kommunene forklarte at disse utgiftene ble tatt med i refusjonskravet fordi utgifter knyttet til korttidsfravær ikke dekkes av NAV. Et annet argument var at det er ressurskrevende for kommuner å gjøre lønnsberegning på dette og komme frem til den eksakte andelen. Tre kommuner meddelte at de ikke var klare over dette punktet i rundskrivet.

Mange kommuner opplever i tillegg at sykefraværet er høyt blant dem som jobber med særlig ressurskrevende brukere. I en av kommunene har økonomiavdelingen tatt inn i refusjonsskjemaet et generelt lønnspåslag på fire prosent som kompensasjon for korttidsfravær.

5.6 Oppfølging av private leverandører

Flere av kommunene kjøper tjenester fra private leverandører. Dette gjøres i de tilfellene hvor kommunen ikke kan komme med et tilfredsstillende tjenestetilbud selv. Det samme prinsippet om direkte lønnsutgifter og utførte timer gjelder for kjøp av tjenester fra private leverandører. Kommunene kan kun

søke om refusjon for de direkte lønnsutgiftene den private leverandøren har hatt knyttet til direkte brukertid.

Det er ulike rutiner for hvordan de private leverandørene følges opp. Noen kommuner mottar detaljerte rapporter for tjenestene som utføres, mens andre kun får tilsendt en samlet faktura uten nærmere spesifikasjoner. I rundskrivet er det brukt et skjema som eksempel på hvordan rapporteringen kan gjennomføres. Skjemaet skal inneholde den samlede fakturaen, og hvor mye av fakturabeløpet som utgjør direkte lønnsutgifter inkludert sosiale utgifter.

Under saksgjennomgangen ble det observert to rapporteringsskjemaer fra private leverandører hvor de direkte lønnsutgiftene utgjorde henholdsvis 92 og 95 prosent. Dette mener Helsedirektoratet at virker noe høyt, med tanke på at de resterende 8 og 5 prosentene da skal dekke alt ved tjenestetilbudet utenom lønnsutgifter.

5.7 Revisorenes erfaringer med kontroll av kommunenes refusjonskrav

De fleste revisorene hadde få merknader til selve rundskrivet og mente at arbeidet var krevende, men overkommelig. Noen punkter som flere revisorer uttalte seg om var:

- **Direkte lønnsutgifter:** Det kan være vanskelig å se kun på direkte lønnsutgifter, særlig hvis lønnsutgiftene skal kobles til en bruker. Revisorene mente at kommunene ikke har gode nok systemer for å fange opp dette. Revisoren kan ikke alltid etterprøve utgifter per bruker eller antall utførte timer.
- **Eventuelle øremerkede statstilskudd utløst av tjenestemottaker:** Revisorene mente at det er usikkerhet rundt måten dette punktet kan kontrolleres på. Revisor er avhengig av at kommunen opplyser om dette, da det ikke finnes noe register med oversikt over hva kommunen eventuelt mottar av øremerkede tilskudd.

5.8 Kvantifiserbare funn

Under saksgjennomgangen ble det observert noen direkte feil i refusjonskravene. Dette var i hovedsak feil av praktisk art, eksempelvis feil fakturagrunnlag eller beregningsfeil.

Kommune 2:

For to av brukerne kjøper kommunene sykehjemsplasser og mottar en faktura for dette. Kommunen har som rutine å søke om refusjon for 80 prosent av fakturabeløpet. Under saksgjennomgangen oppdaget Helsedirektoratet at hele fakturabeløpet var tatt med i refusjonskravet. Dette utgjorde i sum 649 285 kroner for to tjenestemottakere.

Vikarutgifter for sykdom de første 16 dagene av sykemeldingen var også inkludert i refusjonskravet.

Kommune 3:

Under saksgjennomgangen ble det oppdaget en formelfeil i Excel-arket det foretas beregninger i. Feilen førte til at det ble lagt til grunn flere timer enn det som i realiteten ble levert. I sum ga dette feil i beregningsgrunnlaget på 1 124 300 kroner.

Kommune 4:

Kommunen har stort fokus på kompetanse blant de ansatte og har inkludert utgifter i forbindelse med utdanning av egne instruktører. Kommunen har tolket dette som direkte brukertid og har inkludert utgiftene i refusjonskravet.

Kommune 6:

Under saksgjennomgangen observerte vi et avvik mellom en faktura fra en leverandør og det som var meldt inn til Helsedirektoratet. Kommunen hadde meldt inn feil lønnsandel: det hadde blitt søkt om refusjon for 2,2 millioner kroner, mens det korrekte beløpet var på 2 millioner. Differansen utgjør ca. 200 000 kroner for én bruker.

Kommune 7:

For noen av brukerne har kommunen inkludert utgifter for oppfølgingsmøter og samtaler med bruker, verge, pårørende, sykehus osv. Det har blitt lagt til lønnsutgifter for disse møtene, da kommunen ikke anser dette som ordinær administrasjon, men nødvendige møter for å få til et tilpasset tjenestetilbud.

Kommunen har også lagt til kostnader for sykefravær på 3,9 prosent av direkte lønnsutgifter.

Kommune 10:

Ved gjennomgang av utvalgte saker så Helsedirektoratet at det var flere fakturaer fra en leverandør knyttet til veiledning av personell. Kommunen informerte om at dette er tjenester som går ut på å veilede de ansatte i forbindelse med å håndtere utfordrende situasjoner på jobb. Dette kan for eksempel være knyttet til utagerende atferd og vold hos brukere.

I fakturagrunnlaget var det inkludert timer for forberedelser, reisetid og annet administrativt arbeid. Dette utgjorde ca. 150 000 kroner for én av brukerne.

Oppsummert

De økonomiske konsekvensene ved feilrapportering varierer fra 150 000 kr til 1,1 millioner kroner i de kommunene som ble kontrollert. Totalt utgjorde feilrapportering oppdaget i forbindelse med kontrollen 2,1 millioner kroner, og dette inkluderer kun direkte feil som ble observert under saksgjennomgangen.

Korrigerings av for eksempel direkte brukertid, sykefravær og andre administrative utgifter er ikke trukket ut. Dersom det ble gjort ville trolig konsekvensene av feilrapportering vært langt høyere.

6. Konklusjon

Den stedlige kontrollen har vist at det er store variasjoner i hvordan kommunene beregner refusjonskravet for tilskuddsordningen. Gitt at vi kun har kontrollert ti kommuner, utgjør dette et lite utvalg. På bakgrunn av dette er det vanskelig å generalisere funnene til populasjonen. Resultatene viser likevel at det er behov for presisering av enkelte punkter i rundskrivet.

Representanter fra kommunene som ble kontrollert har ulike oppfatning og tolkning av direkte brukertid. Det har blitt søkt om refusjon for timer som etter Helsedirektoratets vurdering ikke er direkte brukerrettede. Eksempel på dette er lønnsutgifter i forbindelse med opplæring, veiledning, beredskapssituasjoner og administrative påslag. Dette er punkter som avviker fra kriteriet i rundskrivet om at det kun er mulig å søke om refusjon for direkte lønnsutgifter knyttet til direkte brukertid, det vil si ansikt-til-ansikt tid.

Flere av kommunene i utvalget har inkludert lønnsutgifter i forbindelse med sykefravær (arbeidsgiverperioden) med i refusjonskravet. Ved å gjøre dette har de fått refusjon for lønnsutgiftene både til den som er syk og vikaren som utfører tjenesten. Rundskrivet stiller krav om at det kun er mulig å søke om refusjon for den som til enhver tid utfører tjenesten, for å unngå en dobbeltføring.

Intensjon med tilskuddsordningen er å refundere deler av de faktiske påløpte lønnskostnadene til kommunene. Funnene viser at det i noen kommuner kun blir lagt til grunn antall timer fra vedtaket når det skal rapporteres på faktisk ressursbruk. Det skyldes blant annet at kommunene ikke har gode nok systemer for å identifisere avviket mellom vedtatte og utførte timer.

Helsedirektoratet vil benytte resultatene fra den stedlige kontrollen til å gjøre ytterligere presiseringer i rundskrivet, slik at det blir en mer enhetlig tolkning og praktisering av tildelingskriteriene.

Variasjon i beregning av refusjonskravet for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester