

Til Kommunal- og distriktsdepartementet

Kopi:

Stortinget v/ Kommunal- og forvaltningskomiteen

Helse- omsorgsdepartementet

Helsedirektoratet

KS

Riksrevisjonen

Oslo/Steinkjer 23. oktober 2026

Tilskuddsordningen for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester

– I strid med grunnleggende krav til økonomistyring og bevilgninger

Svakheter ved tilskuddsordningen for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester har vært kjent i flere år. Det er gjentatte ganger beskrevet ulike praksis blant kommunene, manglende muligheter for reell kontroll og store økonomiske utslag mellom kommuner. Likevel er det ikke foretatt grep for å sikre en likebehandling mellom kommunene. Årlig deles det ut ca. 14 milliarder kroner til kommunene gjennom denne ordningen. En gjennomgang av sammenlignbare kommuner viser at kommuner med lavt tilskudd får i gjennomsnitt 54 millioner kroner mindre enn kommuner med høyt tilskudd. Dette selv om kommunene tilhører samme KOSTRA-gruppe og har demografiske likehetstrekk. Det er kjent at tilskuddet varierer mellom kommunene og at rapporteringen mellom kommunene er ulik. Å ikke endre denne ordningen vil videreføre en systematisk skjevfordeling av store økonomiske ressurser mellom kommunene. NKRF og Revisjon Midt-Norge SA reiser spørsmål om dette er i tråd med kravene til økonomistyring og bevilgningsregelverket.

Om ordningen

For å motvirke at enkeltsaker velter kommuners økonomi, er det etablert en statlig toppfinansieringsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Ordningen gjelder en liten gruppe tjenestemottakere med omfattende og varige bistandsbehov. Dette gjelder om lag 8 500 tjenestemottakere i refusjonsordningen, nettoutgifter på over 30 mrd.

kroner og årlige tilskudd i størrelsesorden 14 mrd. kroner. Formålet med ordningen er å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Ordningen fungerer samtidig som et supplement til kommunens inntekter siden behovet for ressurskrevende tjenester varierer betydelig mellom kommuner. Tilskuddsordningen er avgrenset til direkte lønnsutgifter knyttet til direkte brukertid, det vil si når tjenesteyteren er i direkte interaksjon med brukeren. Utgifter til administrasjon, opplæring, veiledning, reisetid og andre indirekte kostnader faller utenfor ordningen. Kommunene forventes å rapportere presist i en ordning hvor grunnlaget ofte vil måtte bygge på skjønnsmessige beregnede timer og timepriser i ulike beregningsmodeller.

Kjennskap til ulik praksis

Allerede i 2015 forelå det en rapport hvor problemstillinger knyttet til ulik praksis ble løftet frem.¹ I 2017 fikk regjeringen spørsmål i Stortinget knyttet til tilskuddsordningen, og om statlige refusjonsordninger ble utdelt til kommuner uten at de hadde krav på dette.² Helsedirektoratet opplyste at det hadde utviklet seg ulik praksis mellom kommunene når det gjaldt hvilke lønnskostnader som kunne inngå i refusjonsgrunnlaget.³ Arbeidsgruppen som regjeringen oppnevnte i 2018 uttalte at det kunne være krevende å rapportere riktig og at det kunne være krevende å definere hva som er direkte brukertid.⁴ Dette gjaldt nettopp de opplysningene som ligger til grunn for beregningen av tilskudd.⁵ Riksrevisjonen pekte i 2024 på betydelig risiko for ulik praksis og ulik behandling av kommunene. Riksrevisjonen redegjorde for at kommunene i praksis ikke har systemer for å fremskaffe presise og ensartede opplysninger om direkte tjenestetid og direkte lønnsutgifter, og refusjonskravene bygger derfor ofte på anslag, vedtak og beregningsmodeller. De fant at små forskjeller i beregningsmetode kan gi utslag på flere millioner kroner, og ulik revisjonspraksis forsterker forskjellene. Det er også vist til i Riksrevisjonens rapport at gjennomsnittlige timepriser i rapporteringen varierer fra 301 kroner til 840 kroner. Helsedirektoratet selv har opplyst at variasjonene i liten grad reflekterer faktiske forskjeller, men ulike beregningsmetoder.⁶ Helsedirektoratets stedlige kontroll i 2025 viser at svakhetene fortsatt gir konkrete utslag i kommunenes refusjonskrav.⁷ NKRF og Revisjon Midt-Norge deler Riksrevisjonens vurdering av at dette innebærer at betydelige beløp i realiteten ikke er underlagt tilstrekkelig kontroll, noe som representerer et både styringsmessig og rettssikkerhetsmessig problem.⁸

1 SOF-R-01_15.pdf (side 1)

2 Skriftlig spørsmål fra Freddy de Ruiter til kommunal- og moderniseringsministeren. Dokument nr. 15:1617 (2016-2017). Innlevert: 28.09.2017. Sendt: 29.09.2017. Besvart: 09.10.2017 av kommunal- og moderniseringsminister Jan Tore Sanner

3 Variasjon i beregning av refusjonskravet for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester, Resultater fra stedlig kontroll av tilskuddsordningen

4 Rapport fra arbeidsgruppe med KMD, FIN, HOD, Hdir og KS om Ressurskrevende tjenester

5 Riksrevisjonen, Tilskudd til ressurskrevende helse og omsorgstjenester Rapportert i Dokument 1 (2024–2025)

6 Riksrevisjonen, Tilskudd til ressurskrevende helse og omsorgstjenester Rapportert i Dokument 1 (2024–2025)

7 Helsedirektoratet, Stedlig kontroll 2025 – Tilskuddsordningen Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester

8 Høringssvar fra NKRF - kontroll og revisjon i kommunene, 15.04.2026

Store forskjeller mellom kommunene

På bakgrunn av at ordningen ennå ikke er endret, har Revisjon Midt-Norge i samarbeid med NKRF, valgt å gå igjennom utvalgte tall for alle KOSTRA-grupper, med unntak av gruppe 13 (Oslo). Analysen er basert på tall fra 2024. I hver av de 16 KOSTRA-gruppene har vi valgt ut to kommuner: En kommune med relativt høyt tilskudd og en med relativt lavt tilskudd. Kommunene er ikke nødvendigvis de som mottar høyest og lavest tilskudd i gruppen. Ved utvelgelsen er det vektlagt at de er sammenlignbare med hensyn til antall innbyggere, mottakere av helse- og omsorgstjenester og personer med psykisk utviklingshemming. Eventuelle feil i KOSTRA-rapporteringen kan naturligvis påvirke sammenligningen.

Figur 1 viser at kommunene med lavt tilskudd samlet sett har noe flere innbyggere, flere mottakere av helse- og omsorgstjenester og flere personer med psykisk utviklingshemming enn kommunene med høyt tilskudd.

Figur 1. Demografi

	Innbyggere	Unike brukere 0-66 som mottar helse- tjenester	Antall personer med psykisk utviklingshemming
16 kommuner med høyt tilskudd	347 641	11 839	2 198
16 kommuner med lavt tilskudd	399 111	12 430	2 357
Differanse	-51 470	-591	-159

Kilde: SSB, KOSTRA, 2024, tabell 01222 og 11642, Helsedirektoratet, Antall personer med psykisk utviklingshemming

Store forskjeller i tilskudd mellom sammenlignbare kommuner

De 16 kommunene med høyt tilskudd mottok samlet om lag 872 millioner kroner mer enn de 16 kommunene med lavt tilskudd. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig forskjell på om lag 54 millioner kroner per kommunepar. Forskjellene kan ikke forklares med antall innbyggere, mottakere av helse- og omsorgstjenester eller personer med psykisk utviklingshemming. (Figur 1)

Figur 2. Tilskudd

	Tilskudd
16 kommuner med høyt tilskudd	kr 1 323 936 000
16 kommuner med lavt tilskudd	kr 451 826 000
Differanse	872 110 000

Kilde: Innrapportering til Helsedirektoratet, kommunevis oversikt, 2024

Tilskuddsnivå kan knyttes til innrapportering av antall timer

Tabellen nedenfor viser at tilskuddsstørrelsen i de utvalgte kommunene først og fremst har sammenheng med antall innrapporterte timer. Kommunene med høyt tilskudd rapporterte nær 3 millioner flere timer til tilskuddsordningen, mens gjennomsnittlig timepris bare var 2 kroner høyere.

Figur 3. Timer og timepris

	Tilskudd	Timer rapportert til Helsedirektoratet	Gjennomsnittlig timepris
16 kommuner med høyt tilskudd	kr 1 323 936 000	5 915 846	kr 522
16 kommuner med lavt tilskudd	kr 451 826 000	2 957 041	kr 520
Differanse	kr 872 110 000	2 958 805	kr 2

Kilde: Innrapportering til Helsedirektoratet, kommunevis oversikt, 2024

Timeforskjellen til Helsedirektoratet gjenfinnes ikke i KOSTRA

Begge kommunegruppene rapporterte relativt like samlede timetall til KOSTRA. Forskjellen mellom gruppene var om lag 96 000 timer, tilsvarende i underkant av 6 000 timer per kommunepar. Til tilskuddsordningen rapporterte kommunene med høyt tilskudd derimot nær 3 millioner flere timer enn kommunene med lavt tilskudd, tilsvarende i overkant av 187 500 timer per kommunepar. Den store forskjellen i timer rapportert til Helsedirektoratet gjenspeiles dermed ikke i KOSTRA-tallene. Kommunene med høyt tilskudd rapporterte timer til tilskuddsordningen tilsvarende 98 prosent av KOSTRA-timene, mens tilsvarende andel var 50 prosent for kommunene med lavt tilskudd.

Figur 4. Timer til Helsedirektoratet og timer til KOSTRA

	Timer rapportert til Helsedirektoratet	Timer rapportert til KOSTRA for brukere 0-66 år
16 kommuner med høyt tilskudd	5 915 846	6 044 036
16 kommuner med lavt tilskudd	2 957 041	5 948 123
Differanse	2 958 805	95 913

Kilde: Innrapportering til Helsedirektoratet, kommunevis oversikt, 2024, SSB, KOSTRA, tabell 11642

Forskjell i ressursinnsats til Helsedirektoratet gjenfinnes ikke i lønnskostnader i KOSTRA

De 16 kommunene med høyt tilskudd rapporterte 1,55 milliarder kroner høyere ressursinnsats til Helsedirektoratet enn kommunene med lavt tilskudd. Ressursinnsats er lønnskostnader

knyttet til direkte brukertid. Ressursinnsatsen er begrenset til 10 KOSTRA-funksjoner. Forskjellen mellom kommuner med høyt og lavt tilskudd, gjenfinnes ikke i KOSTRA. De samlede lønnskostnadene for de 10 funksjonene var tvert imot 418 millioner kroner lavere for kommuner med høyt tilskudd, mens lønnskostnadene for de tre sentrale funksjonene var 160 millioner kroner høyere. Kommunene med høyt tilskudd rapporterte ressursinnsats til tilskuddsordningen tilsvarende 57 prosent av lønnskostnadene på de tre sentrale KOSTRA-funksjonene. For kommunene med lavt tilskudd var andelen 29 prosent.

Figur 5. Ressursinnsats og lønnskostnader

	Ressursinnsats	Lønnskostnader KOSTRA (232, 233, 234, 241, 242, 243, 253, 257, 258 og 273)	Lønnskostnader KOSTRA (234, 257, 258)
16 kommuner med høyt tilskudd	kr 3 088 647 000	kr 10 148 703 000	kr 5 399 431 000
16 kommuner med lavt tilskudd	kr 1 537 917 000	kr 10 567 001 000	kr 5 239 391 000
Differanse	1 550 730 000	kr -418 298 000	kr 160 040 000

Kilde: Innrapportering til Helsedirektoratet, kommunevis oversikt, 2024

En tilskuddsordning med stor risiko for ulik behandling av kommunene?

Tallene for den enkelte kommune dokumenterer ikke i seg selv feilrapportering av timer eller ressursinnsats til Helsedirektoratet. Det kan heller ikke utelukkes at demografisk sammenlignbare kommuner har ulikt antall brukere og brukere med ulike behov for ressurskrevende tjenester. At det kan finnes eksempler på ulikt behov i enkelte kommuner, endrer ikke det overordnede bildet. Det er allerede kjent at kommunene beregner og praktiserer tilskuddsregelverket ulikt. Helsedirektoratet har som nevnt tidligere vurdert at forskjellige beregningsmetoder kan føre til ulike refusjonsbeløp for tilnærmet like forhold. Riksrevisjonen har senere vist at kommuner og revisorer tolker og praktiserer regelverket ulikt, og at noen kommuner dermed får refusjon for utgifter som andre kommuner ikke får refundert. Vår gjennomgang av 32 sammenlignbare kommuner undersøker ikke om den enkelte kommune har rapportert feil, men synliggjør hvilke utslag den kjente variasjonen i beregnings- og rapporteringspraksis kan få. De 16 kommunene med høyt tilskudd rapporterte nær 3 millioner flere timer og 1,55 milliarder kroner høyere ressursinnsats enn kommunene med lavt tilskudd. Forskjellene gjenfinnes i liten grad i samlede timer og lønnskostnader i KOSTRA. Samtidig mottok kommunene med høyt tilskudd om lag 872 millioner kroner mer i tilskudd. Sammenstillingen underbygger dermed at ulik avgrensning, beregning og dokumentasjon av ressursinnsatsen ikke bare innebærer en teoretisk risiko for ulik behandling. Ulik praksis kan gi svært store og systematiske økonomiske utslag mellom sammenlignbare kommuner. Konsekvensen kan være at kommuner som benytter mer forsiktige beregninger eller stiller strengere krav til dokumentasjon, mottar vesentlig mindre tilskudd enn kommuner som beregner en større andel av sine samlede timer og kostnader inn i ordningen.

En ordning som ikke sikrer forsvarlig forvaltning og likebehandling?

Tilskuddsordningen fordeler betydelige statlige midler på grunnlag av kommunale beregninger av timer og ressursinnsats. Departementet er kjent med at beregningene i stor grad må bygge på skjønn, at praksisen varierer mellom kommunene, og at de sentrale opplysningene som bestemmer tilskuddets størrelse, vanskelig lar seg dokumentere og kontrollere fullt ut. Dette er ikke først og fremst et spørsmål om mangelfull oppfølging i kommunene, hos revisorene eller i Helsedirektoratet. Det er en grunnleggende svakhet ved selve ordningens innretning.

Departementet har et selvstendig ansvar for at regelverket, beregningsmodellen og kontrollordningen samlet sikrer en forsvarlig, dokumenterbar og etterprøvbar fordeling av statlige midler. Ordningen må være innrettet slik at regelverket kan praktiseres konsistent, like tilfeller behandles likt, og vesentlige avvik kan forebygges, avdekkes og korrigeres. Når tilskuddsbeløpet avgjøres av skjønnsmessige beregninger som ikke fullt ut kan etterprøves, kan heller ikke likebehandling av kommunene sikres.

Gjennomgangen av 32 sammenlignbare kommuner viser hvor store utslag denne systemsvakheten kan få. Forskjellen i tilskudd utgjør årlig i snitt 54 millioner kroner. Forskjellene kan derfor ikke avfeies som tilfeldige utslag eller enkeltstående kommunale avvik. De viser at ordningens innretning kan gi svært ulike økonomiske resultater for sammenlignbare kommuner.

Det har over flere år vært kjent at beregningsgrunnlaget bygger på skjønn og ikke lar seg kontrollere tilstrekkelig, noe som tilsier at ordningen må endres. Å opprettholde ordningen innebærer i praksis at fordelingen av statlige midler kan avhenge av lokale beregningsvalg, fremfor ensartede, dokumenterbare og etterprøvbare kriterier. Etter vårt syn sikrer ordningen verken en forsvarlig tilskuddsforvaltning eller reell likebehandling av kommunene. Dersom det ikke foretas grep for å endre ordningen, mener vi det er grunnlag for å stille spørsmål ved om dette er i tråd med krav til økonomistyring og bevilgningsreglement.

Ordningen må endres

Ifølge kommuneproposisjonen for 2027 skal budsjettansvaret for toppfinansieringsordningen overføres til Helse- og omsorgsdepartementet fra 2028. Slik vi har forstått det innebærer dette ingen endringer knyttet til Helsedirektoratet sin rolle. Det skal vurderes endringer, og et alternativ som vurderes er bruk av KPR-timer. Helsedirektoratet har vurdert at et utviklingsarbeid knyttet til bruk av KPR-timer vil kunne ta om lag fire år.⁹

Vi mener den forskjellsbehandlingen som skjer i dag, tilsier at man ikke kan bruke fire år på et utviklingsarbeid før det foretas grep. Dette vil innebære at hver av de kommunene vi har gått igjennom som får lavt tilskudd i snitt vil motta over 200 millioner kroner mindre enn kommuner med høyt tilskudd, mens det foregår et utviklingsarbeid.

⁹ Prop. 94 S (2025 – 2026) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) Kommuneproposisjonen 2027, side 31

Vi mener også at departementet bør foreta nødvendig grep for å sikre at tilskudd for 2026, som deles ut første halvdel i 2027, sikrer likebehandling mellom kommunene. En nødvendig omlegging vil kunne få store konsekvenser for kommuner som over tid har innrettet tjenestene og økonomien etter et bestemt tilskuddsnivå. Dette er en konsekvens av at kjente svakheter ikke er korrigert tidligere. Staten kan derfor ikke uten videre overføre hele risikoen ved systemsvikten til kommunene. Hensynet til forutsigbarhet, kommunenes lovpålagte tjenesteansvar og brukerne av tjenestene må veie tungt ved utformingen av overgangsordninger.

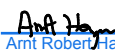
Avslutningsvis

Vi ber om et møte med departementet hvor vi kan presentere analysen av kommunene i de 16 KOSTRA-gruppene og redegjøre nærmere for tallgrunnlaget og vurderingene i dette brevet. På bakgrunn av de dokumenterte forskjellene ber vi departementet om en tilbakemelding på:

- når det tas sikte på å beslutte eventuelle endringer i tilskuddsordningen
- hvilke midlertidige tiltak som vil bli iverksatt for å redusere risikoen for ulik behandling av kommunene fram til en endret ordning er på plass
- om rundskrivet for tilskuddsåret 2026 vil bli endret for å bidra til en mer ensartet praktisering av ordningen

Vi ser fram til departementets tilbakemelding og bidrar gjerne videre i arbeidet med ordningen.

Vennlig hilsen


Arnt Robert Haugan (Oct 23, 2026 12:16:58 GMT+2)

Arnt R. Haugan

daglig leder

Revisjon Midt-Norge SA


Rune Tokle (Oct 23, 2026 12:48:16 GMT+2)

Rune Tokle

daglig leder

NKRF – kontroll og revisjon i kommunene