



Gjennomgang av grunnstønadsordningen

Proba-rapport nr. 2017 - 12, Prosjekt nr. 17024

ISSN: 1891-8093

AG/SEA, 15.12.2017

--

Offentlig

--

Gjennomgang av grunnstønadsordningen

Utarbeidet for Arbeids- og
sosialdepartementet

Forord

Arbeids- og sosialdepartementet var oppdragsgiver for dette prosjektet. Departementets kontaktperson var Gunnar Tveiten. Det ble etablert en referansegruppe for prosjektet. Gruppen ga mange nyttige innspill til arbeidet. Referansegruppen besto av Lene Lied fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, Ida Welde fra Helsedirektoratet og Eivind Breidlid fra Finansdepartementet. I tillegg deltok Sara Bruvoll og Tveiten fra Arbeids- og sosialdepartementet på møtene.

Vi vil takke Marianne Næss Lindbøl fra Arbeids- og velferdsdirektoratet for velvillig og effektiv innsats med å gjøre uttrekk av statistikk fra NAVs fagsystem.

Prosjektet er gjennomført av Proba samfunnsanalyse i samarbeid med Rambøll Management Consulting. Prosjektteamet har bestått av Audun Gleinsvik (prosjektleder) og Saliha El-Amrani fra Proba og Kristian Roksvaag, Marita Grøtter Raaholt, Katja Smith Ødegaard og Ida Gram (kvalitetssikrer) fra Rambøll.

Oslo 15.12.2017

Innhold:

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	1
1 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Om prosjektet	7
2 METODE	9
2.1 Analyse av statistikk	9
2.2 Intervjuer	9
2.3 Spørreundersøkelse	10
3 KORT OM GRUNNSTØNAD	13
3.1 Mål og regler	13
3.2 Forvaltning av ordningen	15
3.3 Annen dekning av merutgifter	18
4 RESULTATER	19
4.1 Bruken av grunnstønad	19
4.2 NAV - Intervjuer og spørreundersøkelse	30
4.3 Spørreundersøkelse blant mottakere av grunnstønaden	39
4.4 Funn fra intervjuer med andre aktører	44
4.5 Funn fra intervjuer med brukerorganisasjoner	45
4.6 Funn fra intervjuer med medisinerere om kosthold og ernæring	52
5 STØTTEORDNINGER I DANMARK OG SVERIGE	55
5.1 Danmark	55
5.2 Sverige	57
5.3 Om likheter og forskjeller	60
6 DRØFTING OG KONKLUSJONER	62
6.1 Hvem bruker ordningen?	62
6.2 Hvor store er merutgiftene ved diett?	62
6.3 Dekkes merutgiftene?	64
6.4 Framtidig bruk av ordningen	65
6.5 Forvaltning av ordningen	68
6.6 Behov for endring?	72
LITTERATUR	78

Sammendrag og konklusjoner

Resymé

Grunnstønadsordningen skal dekke varige og nødvendige merutgifter som personer har som følge av sykdom skade eller lyte. Vi mener målene med ordningen i hovedsak nås. Det kan være rom for visse justeringer i forvaltningen. Dessuten kan åpning for ny vurdering av eksisterende saker samt nye beregninger av faktiske merutgifter ved diett kunne bidra til at utgiftene i ordningen reduseres. Vi mener at ordningen i hovedsak bør videreføres og ikke erstattes av andre ordninger med omlag samme mål.

Vi mener regelverket i ordningen burde vært forvaltet mer aktivt.

Bakgrunn

Grunnstønad skal dekke løpende merutgifter som følge av varig sykdom, skade eller lyte. I 2016 var det omlag 119 000 personer som mottok grunnstønad. Samlet utbetalt stønad var nær 1,9 mrd.kr. Det har over tid skjedd store endringer i sammensetningen av bruken av ordningen på diagnoser og typer utgifter som dekkes. Ordningen ble sist evaluert i 2005.

Problemstilling

Hovedspørsmålet i evalueringen er om ordningen - slik den er innrettet og forvaltet - oppfyller målet med ordningen. Det er også spesifikke evalueringstemaer knyttet til hva som kjennetegner mottakerne av grunnstønad, om ordningen forvaltes godt, om de ekstrautgiftene ordningen kan dekke fremdeles er aktuelle, om satsstrukturen bør endres og om det er mulig å forenkle ordningen, eventuelt gjennom å dekke de samme behovene på en annen måte.

Metode og datagrunnlag

Evalueringen bygger på:

- Statistikk, inkludert uttrekk fra registre i SSB og NAV
- Intervjuer med forvaltere i NAV og Helfo
- Intervjuer med medisinske eksperter
- Spørreundersøkelser blant saksbehandlere i NAV og brukere av grunnstønadsordningen
- Gjennomgang av dokumenter om tilsvarende ordninger i Sverige og Danmark

Konklusjoner og tilrådinger

Hovedkonklusjonen i evalueringen er at ordningen er innrettet og forvaltes slik at mottakerne i hovedsak får dekket sine merutgifter. Dette innebærer at målene for ordningen i hovedsak nås. Men vi ser muligheter for visse forenklinger og utelukker ikke at utgiftene kan reduseres.

Kjennetegn ved grunnstønadmottakere

Data fra SSB viser at grunnstønadmottakerne i gjennomsnitt har lavere inntekt enn personer som ikke mottar grunnstønad. De lever også i husholdninger med relativt lav inntekt per forbruksenhet. En ganske høy andel lever i "andre husholdningstyper", dvs. husholdninger som ikke består bare av voksne med eller uten hjemmeboende barn under 18 år. Dette kan forklares med at mange av mottakerne fortsetter å bo med sine foreldre etter at de selv er blitt voksne.

Blant grunnstønadmottakerne er det en relativt høy andel som mottar uføretrygd og en ganske lav andel som har yrkesinntekt som de kan leve av.

Diagnoser og typer utgifter

Antall mottakere av grunnstønad har falt svakt over tid. Bruken av ordningene er blitt betydelig endret over tid. Det mest slående utviklingstrekket er at antall stønadmottakere med diagnoser knyttet til sykdommer i fordøyelsessystemet har økt sterkt. Dette har også gitt seg utslag i at en økende andel av brukerne får stønad til dekning av merutgifter til diett. Det er økning i antall stønadmottakere med diagnosen cøliaki som står for det aller meste av denne veksten.

Trolig er det rundt 50 000 mennesker som har cøliaki i Norge. Ved utgangen av 2016 var det "bare" 26 600 grunnstønadmottakere som hadde diagnosen cøliaki. Kanskje har økt oppmerksomhet om matintoleranser i media og blant forskere gjort at flere har oppsøkt lege med plager i fordøyelsessystemet og at legene oftere har gjort grundige undersøkelser. Dette kan ha bidratt til å redusere underdiagnostiseringen av cøliaki.

Vi ser også at antall som får stønad til dekning av telefon eller transport (i hovedsak drift av egen bil) har falt særlig sterkt. Tidligere dekket grunnstønaden hele utgiften til drift av bil. Nå er dette strammet inn. Hvis en søker hadde bil før vedkommende fikk nedsatt medisinsk tilstand, trekker man nå fra driftsutgiftene til den tidligere bilen slik at grunnstønaden kun dekker økning i driftsutgifter. Man regner nå med at alle ville hatt telefon selv om de ikke hadde en medisinsk tilstand. Videre har moderne smarttelefoner funksjonalitet som gjør at de fleste kan bruke dem.

Blir merutgiftene dekket?

Grunnstønad utbetales utfra seks definerte satser. Mottakerne får normalt ikke dekket faktiske merutgifter, men den høyeste satsen som ikke overstiger mottakerens faktiske merutgifter.

Bruken av faste satser for stønad innebærer at de aller fleste mottakerne betaler en form for egenandel i form av differansen mellom faktiske merutgifter og den stønadssatsen de får. I tillegg er det en del andre mottakere enn de som omfattes av grunnstønadsordningen som ikke får alle sine merutgifter dekket. Dette gjelder følgende:

- Egenandeler i helsevesenet og for andre tjenester (f.eks. TT-kort) dekkes ikke, og det gjør heller ekstrautgifter til oppvarming for revmatikere

- Personer som uforvarende skader ting som følge av sin sykdom (f.eks. enkelte epileptikere, personer med visse psykiske lidelser, m.fl.) har problemer med å dokumentere slike merutgifter
- Søkere med (barn med) hudsykdommer rapporterer at de har problemer med å få dekket alle sine merutgifter.
- Høyeste stønadssats er ikke tilstrekkelig til å dekke merutgifter til drift av eldre biler som er dyre i drift

På den andre siden, kan det være en del tilfeller av unødig omfattende stønad. Dette gjelder følgende:

- Glutenfri kost gir rett til stønad etter en standard sats. Denne satsen ble satt for nesten 20 år siden, og flere mener nivået er høyere enn faktiske merutgifter. Stønadene ligger også mye høyere enn anslåtte merkostnader til glutenfri kost i Sverige
- Ganske mange får fortsatt stønad til teksts telefon. Dette gjelder videreføring av stønad innvilget tidligere, og en del av disse ville trolig ikke fått innvilget stønad dersom saken skulle bli behandlet på nytt
- Tidligere fikk alle som trenger bil på grunn av sin helsetilstand stønad til bil, uavhengig av om de hadde bil før helsetilstanden ble svekket. Disse får fortsatt stønad, gitt at helsetilstanden ikke har bedret seg. I dag gis det ikke stønad til drift av bil hvis ikke merutgiftene ved bilen de må ha overstiger utgiftene ved bilen de eventuelt hadde før helsetilstanden ble svekket.

Diagnoser og "nødvendige merutgifter"

Folketrygdlovens § 6-3 sier at grunnstønad kan gis til personer med varig "sykdom, skade eller lyte" og til dekning av "nødvendige merutgifter" som følge av denne tilstanden. Det er ikke opplagt hva slags tilstander som utløser rett til grunnstønad og hvilke merutgifter som skal dekkes. Grunnen er at både leger og forskere er uenige om hva som kan regnes som sykdommer og hvilke tiltak pasienten bør gjennomføre for å helbrede, lindre eller kompensere for sin tilstand.

Hver lege har plikt til og ansvar for å stille diagnoser og anbefale tiltak for sine pasienter ut fra sitt faglige skjønn. NAV kan i sin tolkning av hva som er sykdommer og nødvendige tiltak ikke uten videre støtte seg på definisjoner gitt av helsemyndighetene eller andre, men må vurdere den medisinske informasjonen opp mot lovverket, bl.a. i spørsmålet om hva som er sykdommer. I forbindelse med diett skal NAV også gjøre en selvstendig vurdering av om en diett er "vitenskapelig dokumentert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis".¹

Det har vært ett eksempel de senere årene, hvor NAV sendte brev til fem forskningsmiljøer i Norge med spørsmål om en spesifikk diagnose (Non-cøliaki glutenintoleranse) er en sykdom, hva som eventuelt er diagnosekriteriene for sykdommen og eventuelt om sykdommen krever spesialdiett. To av miljøene besvarte henvendelsen. NAV har ikke konkludert om svarene på spørsmålene

¹ Folketrygdloven § 6-3

de stilte. Vi mener framgangsmåten NAV brukte her bør være egnet til å etablere et godt beslutningsgrunnlag. Vi ser imidlertid at NAV ikke har klare rutiner for å innhente informasjon om når det kan være behov for ny vurdering av den praksis NAV har fulgt i tilknytning til avgrensning av tilstander og tiltak som kan gi grunnlag for grunnstønad.

Forvaltning av grunnstønad

Søknader om grunnstønad behandles ved to enheter i NAV Arbeid og ytelser. Enhetene ligger i Arendal og Sarpsborg. I tillegg er det en klageinstans i Bergen. Inntil høsten 2015 ble søknadene behandlet ved 19 ulike enheter.

Søkerne sender søknader til NAV, vedlagt legeerklæring og dokumentasjon av merutgifter og eventuell annen dokumentasjon som kreves.

Det er ingen spesialisering av type saker mellom saksbehandlerne. Saksbehandlerne vurderer sakene fortløpende etterhvert som de kommer inn.

De fleste vedtak revurderes etter to år. Ved revurdering kreves det normalt ny legeerklæring. Hvis søkerens medisinske tilstand ikke er blitt endret, endres ikke vedtak om hva slags merutgifter søkeren skal få dekket. Det er presisert i rundskrivet at nye regler eller praksisendringer ikke kan ha tilbakevirkende kraft. Dette innebærer at mange fortsatt får dekket utgifter som ikke ville ha blitt innvilget dersom det var fremmet som ny sak. Bl.a. er det mange som fortsatt får støtte til både teksttelefon og vanlig telefon, mens svært få nye søkere får innvilget dekning av slike utgifter.

Evalueringen indikerer at spesialiseringen av saksbehandlingen har medført bedre kvalitet og mer likebehandling av søknader. Antall klager har falt. Det er rutiner for kvalitetssikring av vedtak om tildeling av grunnstønad, men normalt ikke av avslag. Ved tvil om det medisinske grunnlaget for søknaden, kan saksbehandler innhente råd fra leger i NAV.

De to enhetene som forvalter grunnstønad forvalter også søknader om hjelpestønad. Vi anslår at forvaltningen av grunnstønad krever vel 23 årsverk. I tillegg kommer tre årsverk til klagebehandlingen. Vi anslår den samfunnsøkonomiske kostnaden av ett årsverk i NAV til mellom 760 og 960 tusen kroner, inkl. "overhead". Vi får da at det koster mellom 17,5 og 22 mill.kr. i året å administrere grunnstønadsordningen.

Evalueringen tyder på at det er avsatt rimelige/tilstrekkelige ressurser til forvaltning av ordningen, gitt dagens regler, dokumentasjonskrav, mv.

Dokumentasjonskrav

Legeerklæring og kvitteringer som viser merutgifter skal alltid legges ved søknad om grunnstønad. Det kreves ikke dokumentasjon av merutgifter for de diagnosene der det benyttes samme sats for alle. Ordningen med dokumentasjon av merutgifter er arbeidskrevende både for søkere og saksbehandlerne i NAV.

Intervjuer med brukerorganisasjonene viser at det likevel er stor grad av aksept for at det ikke er noen gode alternativer til et system med dokumentasjon av

faktiske utgifter. For personer med visse typer kognitive funksjonsnedsettelse eller psykiske lidelser, kan det være vanskelig å samle dokumentasjonen.

Mange av saksbehandlerne i NAV mener man bør utvide bruken av standard satser, noe som vil redusere dokumentasjonskravene.

Brukertilfredshet

Det er stor spredning i brukernes svar i spørsmål i spørreundersøkelsen om tilfredshet med ordningen og forvaltningen av den. Brukerne som mener de i hovedsak får dekket sine merutgifter er ganske fornøyd med både ordningen og NAVs forvaltning, mens de som mener de ikke får dekket sine merutgifter er mindre fornøyd. Vi ser ingen klare sammenhenger mellom tilfredshet og hvilke typer merutgifter sakene gjelder, bortsett fra at de med stønad til diett er noe mer tilfreds enn andre.

Mange av tilbakemeldingene i de åpne kommentarfeltene knytter seg til ønske om at det bør bli lettere få høyere satser og mindre dokumentasjonskrav, at flere utgifter inngår i beregning av merutgifter og at NAVs kompetanse på ulike diagnoser bør styrkes.

Vurdering av NAVs kompetanse

Organiseringen av forvaltningen innebærer ikke at det er etablert enheter som er spesialisert på visse typer medisinske tilstander eller typer merutgifter.

Mottakernes vurdering av saksbehandlerne kompetanse er blandet. En del av vurderingene bygger trolig på erfaringer fra før saksbehandlingen ble samlet i to spesialiserte enheter. Enkelte av interesseorganisasjonene mener det er behov for styrking av kompetansen om de medisinske tilstandene og utgiftstypene som er aktuelle for deres medlemmer.

NAV og andre forvaltningsenheter med tilgrensende ordninger

Helfo dekker egenandeler ved medisinsk behandling samt utgifter til spesielle næringsmidler over "blåreseptforskriften". Det skjer ingen samordning mellom Helfo og NAV om disse sakene. Det kan derfor forekomme av viss dekning av utgifter fra begge ordninger. Det er imidlertid ikke nødvendigvis de samme utgiftene som dekkes i de to ordningene. F.eks. ved cøliaki dekker grunnstønad utgifter til mat som koster mer enn vanlig kost. Dersom en med cøliaki er, eller blir syk, og har behov for næringsmidler i tillegg, vil det vanligvis skyldes en ekstra komplikasjon. Da vil bruker kunne få både grunnstønad og dekning til næringsmidler på blå resept.

Hjelpemiddelsentralen har et overordnet og koordinerende ansvar for å frem-skaffe hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne i sitt fylke. Ved vurdering av hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne gjør Hjelpemiddelsentralen mye av de samme medisinske og sosiale vurderingene som må gjøres ved vedtak om grunnstønad. Forskjellen er at Hjelpemiddelsentralen er med på beslutning om tildeling av hjelpemiddel, mens de som forvalter grunnstønaden tar stilling til merutgiftene ved bruk av hjelpemiddelet. Vi mener at Hjelpemiddelsentralen også bør kunne dekke også driftsutgiftene til hjelpemidler. Ettersom merutgiftene til ulike typer tiltak summeres opp til et

samlet grunnlag for grunnstønad, vil en deling av tildeling på to enheter kunne føre til dårlige dekning av de samlede utgiftene.

Framtidig bruk av ordningen

Basert på funnene i evalueringen mener vi det er grunn til å tro at de tendensene man har sett de senere årene vil fortsette, nærmere bestemt:

- Antall mottakere som får dekket merutgifter til telefon og drift av egen bil vil reduseres
- Antall som får diagnosen cøliaki og som derfor går over på glutenfri kost vil øke

Det er også sannsynlig at forskning på sykdommer i fordøyelsessystemet vil føre til at det etableres et sikrere kunnskapsgrunnlag for å definere nye sykdommer og/eller grunnlag for å anbefale diett for sykdommer som allerede er definert. Det er imidlertid godt mulig at få eller ingen av disse personene vil få merutgifter som overstiger den laveste satsen i grunnstønadsordningen.

Behov for endringer av ordningen

Vi mener at enkelte av de tiltakene vi anbefaler burde vært gjennomført for en god stund siden, og vi anbefaler derfor at ASD og Arbeids- og velferdsdirektoratet sikrer at forvaltningen av ordningen blir mer dynamisk, dvs. med hyppigere revurdering av regelverk og rutiner. Innspill fra interesseorganisasjoner og medisinske forskningsmiljøer vil kunne være nyttig i denne sammenhengen.

Vi vil anbefale følgende tiltak og endringer:

- Det bør gjennomføres en studie av faktiske merutgifter ved glutenfri diett
- Man bør vurdere behov for å heve øverste sats primært for å dekke merutgifter til drift og vedlikehold av eldre biler
- Man bør vurdere å flytte ansvaret for stønad til dekning av tekniske hjelpemidler til NAVs hjelpemiddelsentraler.
- Man bør gjøre en ny vurdering av om det bør åpnes for å revurdere eksisterende saker etter nye regler ved utløp av tidligere vedtak.
- NAV bør vurdere å innføre en viss tematisk spesialisering i behandling av grunnstønadssaker.
- Man bør se på muligheter for økt bruk av standard satser. Dette kan gjelde noen få diagnoser, men kanskje også visse typer utgifter (f.eks. slitasje på klær og sengetøy) på tvers av diagnoser.

Vi har ikke klare anbefalinger om det bør innføres flere satser og eventuelt en ny laveste sats.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Grunnstønadsordningen skal dekke varige og nødvendige merutgifter som personer har som følge av varig sykdom, skade eller lyte. I 2016 mottok ca. 119 000 personer grunnstønad. Samlet stønadsutbetaling var på nær 1,9 mrd.kr.

Det har over tid vært store forskyvninger i fordelingen av mottakerne på diagnoser og typer merutgifter.

Det er utformet et rundskriv² som inneholder presiseringer av reglene for ordningen. Vi er blitt informert om at det er igangsatt et arbeid med å konkretisere regelverk og rundskriv.

Ordningen ble sist evaluert i 2005.

1.2 Om prosjektet

Det er Arbeids- og sosialdepartementet som er oppdragsgiver for evalueringen og som også er ansvarlig departementet for forvaltning av grunnstønadsordningen.

I mandatet for prosjektet heter det bl.a.:

«Formålet med denne undersøkelsen er å få en overordnet analyse/ vurdering av grunnstønadens innretting og resultatoppnåelse, med vekt på om dagens ordning er tilstrekkelig treffsikker og fleksibel i forhold til å fange opp de som har de største ekstrautgiftene.

Undersøkelsen skal videre se nærmere på den faglige kompetansen og ev. mangler i denne, med særlig vekt på kompetansebehov i forhold til brukere med sammensatte behov.

Undersøkelsen skal på bakgrunn av en samlet vurdering av organisering og finansiering, arbeidsprosesser, systemer og samhandling, herunder forholdet til Arbeids- og velferdsetatens øvrige organisering, og munne ut i et sett med tilrådinger som skisserer nødvendige forbedringstiltak vedrørende organisering, finansiering forvaltning, kompetanse og samarbeid mellom forvatningsnivåer med sikte på resultatforbedringer».

Videre skal prosjektet belyse:

- Grunnstønadmottakernes levekår, herunder mottakers/husholdningens inntekt og tilknytning til arbeidslivet.

² Arbeids- og velferdsdirektoratet (2017)

- Blir formålet med dagens grunnstønadsordning nådd? Treffer dagens regelverk den brukergruppen som har størst behov for dekning av varige ekstraavgifter
- Bør stønaden deles inn i andre satser enn dagens – flere/færre?
- Er de formålene som er spesifisert i dagens regelverk fortsatt aktuelle? Her, ber vi spesielt om at stønad til fordyret kosthold ved diett blir vurdert.
- Hvor mange årsverk brukes til forvaltning av ordningen?
- Hvordan er samarbeidet med andre instanser, herunder HELFO, helsetjenesten og kommuner
- Er saksbehandlingsrutinene tilfredsstillende? Er brukerne tilfredse?
- Hvilke systemer er på plass for å sikre god klageadgang, og effektiv forvaltning og ressursbruk/ måloppnåelse?
- Er det mulig å forenkle ordningen, herunder finnes det andre og mer effektive måter for å dekke alvorlig syke og funksjonshemmedes merutgifter på?
- Avhengig av valgt løsning, skissere mulige økonomiske scenarier og konsekvenser (for brukere og staten).

2 Metode

Evalueringen er basert på en rekke ulike informasjonsgrunnlag i form av statistikk, intervjuer og resultater av en spørreundersøkelse. Dette beskrives nærmere nedenfor. Der beskriver vi også hvilke evalueringsspørsmål de ulike informasjonsgrunnlagene særlig bidrar til å belyse.

I tillegg har vi studert en del litteratur, herunder om tilsvarende ordninger i Sverige og Danmark. I disse landene har vi også kontaktet ressurspersoner for å få informasjon om landenes ordninger.

2.1 Analyse av statistikk

Vi har bestilt uttrekk av data fra SSB og NAV.

SSB har sammenstilt tall for fordeling av mottakere av grunnstønad på husholdningstyper, inntektsnivåer, mv. og for andel av mottakerne som mottar trygd og som har yrkesinntekt utover 1G (grunnbeløpet i folketrygden). Alle uttrekkene fra SSB dekker årene 2007-15. Statistikken belyser kjennetegn ved de som mottar grunnstønad.

Fra NAV har vi fått data for fordeling av grunnstønadmottakere på diagnoser, satser og innvilgningsårsaker (type utgift). De fleste tallene fra NAV gjelder enten beholdningstall (antall mottakere) i desember 2016 eller nye mottakere i 2016. I tillegg har vi fått tidsserier for mottakere med diagnose utvalgte diagnoser. Disse dataene bidrar til å belyse utviklingen av bruken av ordningen, om utgiftstypene som dekkes fremdeles er relevante og mulighetene for økt bruk av standard satser.

2.2 Intervjuer

NAV Arbeid og ytelser

Vi har gjennomført telefonintervjuer med ledere og to ansatte ved begge forvaltningsenhetene som behandler søknader om grunnstønad samt NAV Klageinstans, til sammen 9 intervjuer. Arbeids- og velferdsdirektoratet er også intervjuet.

I intervjuene ble informantene spurt om følgende temaer:

- Saksgang
- Regelverksutvikling (forskningsmessig grunnlag og sjablonger for merkostnader)
- Klager/anker
- Dokumentasjonskrav og kontroll
- Treffer ordningen behovene?
 - Er det noen som får for mye?
 - Er det noen som ikke får dekket behovet?

- Er det noen som har indikert at de har utgifter langt over høyeste sats?
- Er behovene som tidligere ble dekket av særfradrag dekket av grunnstønad eller andre ordninger?

Andre forvaltningsorganer

Vi har intervjuet to saksbehandlere ved NAV hjelpemiddelsentral og én seksjonssjef i Helfo. Disse intervjuene har særlig dreid seg om samhandlingen med NAV Arbeid og ytelser, mulig overlapp mellom de ulike ordningene og kartlegging av arbeidsform og kunnskapsgrunnlag med sikte på vurdering av flytting av ansvar knyttet til forvaltning av grunnstønadsordningen.

Spesialister innenfor medisin og kosthold

Vi har intervjuet fem personer som arbeider med kosthold og medisinske tilstander i NAV, Helsedirektoratet og Universitetet i Oslo. Personene er valgt ut ved at vi initialt stilte spørsmål i Helsedirektoratet om hvem som kunne hjelpe oss med å belyse temaet. De to legene vi har intervjuet i NAV har vi funnet fram til gjennom at vi har stilt spørsmål til NAV om forvaltningen av grunnstønadsordningen. Intervjuene har særlig omhandlet det medisinske grunnlaget for å gi grunnstønad til diett.

Organisasjoner

Vi har intervjuet ti organisasjoner som ivaretar interessene for personer som har visse typer kroniske sykdommer eller skader. Organisasjonene er opplistet i avsnitt 4.5. To av intervjuene ble gjennomført per telefon, de andre som personlige intervjuer.

I intervjuene spurte vi om hvilket inntrykk organisasjonene hadde av hvordan grunnstønadsordningen fungerte for deres medlemmer, herunder om medlemmene hadde merutgifter knyttet til sykdom eller skade som ikke ble dekket, hvordan de oppfattet forvaltningen av ordningen (enkelhet, likebehandling, mv.) og om de hadde forslag til endringer i regelverk eller forvaltning.

2.3 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelse til saksbehandlere ved NAV Arbeid og ytelser

Vi har sendt ut en spørreundersøkelse til saksbehandlere ved de to forvaltningsenhetene som behandler søknader om grunnstønad. Spørreundersøkelsen ble distribuert via lederne ved enhetene. Av til sammen 61 saksbehandlere fullførte 51 spørreundersøkelsen, noe som tilsvarer en svarprosent på 84 prosent. Ytterligere to saksbehandlere har besvart deler av undersøkelsen.

I spørreundersøkelsen spurte vi om følgende temaer:

- *Grunnstønadsordningens innretning og formål*
 - Hensiktsmessighet
 - Forbedringsområder

- *Saksbehandling*
 - Dokumentasjonskrav
 - Kontroll
 - Samarbeid
- *Kompetanse*

Spørreundersøkelse til mottakere av grunnstønad

For å innhente erfaring fra mottakere av grunnstønadsordningen har vi gjennomført en spørreundersøkelse blant grunnstønadens mottakere. Spørreundersøkelsen ble distribuert via brukerorganisasjonene.

Brukerorganisasjonene fikk tilsendt en lenke til spørreundersøkelsen. Lenken ble delt på brukerorganisasjonenes Facebook-sider og hjemmesider.

Undersøkelsen er delt av følgende brukerorganisasjoner³:

- Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer
- Norges Handikapforbund
- Psoriasis- og eksemforbundet
- ADHD Norge
- Astma- og Allergiforbundet
- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon

Det er til sammen 225 mottakere av grunnstønadsordningen som har besvart undersøkelsen. Undersøkelsen er åpnet over 1 800 ganger. Kun de som har svart at de mottar grunnstønaden har hatt mulighet til å gjennomføre undersøkelsen.

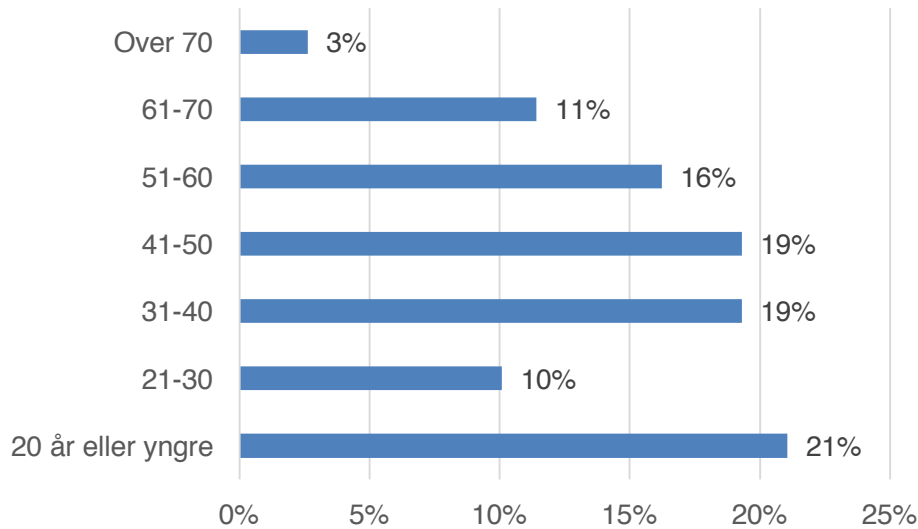
Vi har mottatt flere tilbakemeldinger på at undersøkelsen også burde ha omfattet de som får avslag på sine søknader, da en stor andel av de som har åpnet undersøkelsen har fått avslag.

70 prosent av de som har besvart undersøkelsen er kvinner. Vi har spurt om alder på den som mottar grunnstønad. Her har foreldre blitt bedt om å oppgi alder på barnet man mottar grunnstønad for.

Som det fremgår av Figur 2-1 så er aldersfordelingen ganske jevn. Eldre er i mindre grad representert enn de yngre. Dette kan både ha sammenheng med at det er færre mottakere i denne aldergruppen og at spørreundersøkelsen primært er distribuert gjennom kanaler som i større grad benyttes av yngre.

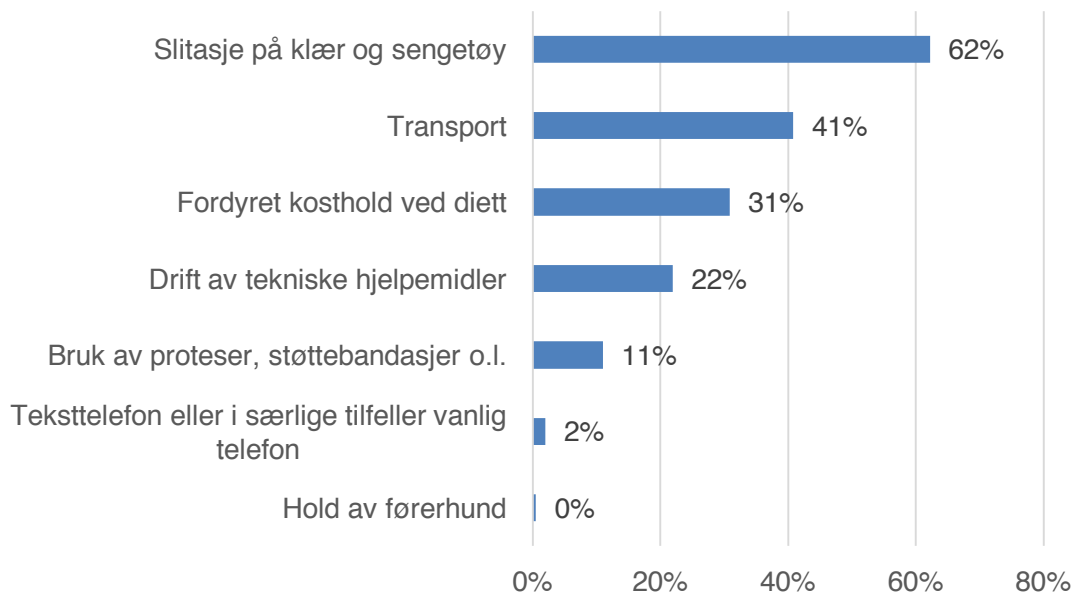
³ Dette er organisasjonene vi vet har distribuert lenken. Vi kan ikke utelukke at spørreundersøkelsen er delt av flere.

Figur 2-1 Hvor gammel er du/den som mottar grunnstønad? (mottakere av grunnstønad n=228)



De som har besvart undersøkelsen, mottar grunnstønad for *ulike* formål, jf. Figur 2-2. Flere mottar også grunnstønad for *flere* formål samtidig. Mottakere som mottar grunnstønad for formålene «teksttelefon eller i særlige tilfeller vanlig telefon» og «hold av førerhund» er lite representert.

Figur 2-2 Har du mottatt grunnstønad for en eller flere av disse? (mottakere av grunnstønad n=201)



3 Kort om grunnstønad

I dette kapitlet er det en kort framstilling av målet med og reglene for grunnstønad. I tillegg beskriver vi hvordan ordningen forvaltes.

3.1 Mål og regler

Grunnstønaden skal kompensere for nødvendige, varige og løpende ekstra-utgifter på grunn av varig sykdom, skade eller lyte.⁴ Regler

Folketrygdlovens kapittel 6 regulerer grunnstønad.

Bare medlemmer i folketrygden kan få grunnstønad.

Grunnstønad kan dekke varige og nødvendige utgifter som er nødvendige på grunn av søkerens sykdom, skade eller lyte. Det er tre vilkår som må være oppfylt ved tildeling av grunnstønad:

1. Søkeren har en varig sykdom, skade eller lyte
2. Søkeren må ha nødvendige, varige ekstrautgifter som følge av tilstanden i pkt. 1
3. Merutgiftene i pkt. må overstige minstesatsen for ordningen

Engangsutgifter dekkes ikke av ordningen. Det er heller ikke alle typer varige utgifter som dekkes (se nedenfor). Videre kreves det dokumentasjon på at vilkårene er oppfylt.

For å godtgjøre at pkt. 1 er oppfylt, må søkeren framvise en erklæring fra behandlende lege, med en diagnose og en angivelse av at sykdommen eller skaden antas å bli varig. NAV kan kreve spesialisterklæring når de anser dette som nødvendig. Det finnes et internasjonalt kodeverktøy (ICD-10) og en norsk versjon av denne. Listen er ment som et hjelpemiddel, men ikke som en avgrensning av "godkjente diagnoser". Det er dermed ikke et krav for å få grunnstønad at legeerklæringen som vedlegges angir en diagnose som står i ICD-10.

Det er flere typer dokumentasjon som er relevant for å kontrollere at pkt. 2 er oppfylt. Legeerklæringen skal angi tiltak som er nødvendige ut fra søkerens tilstand. I tillegg kan det være relevant med sosialrapport, bl.a. for å understøtte søkerens transportbehov. Videre kan det være relevant med uttalelse fra PPT, skole, barnehage eller andre for visse typer merutgifter.

For å få grunnstønad, kreves det at søkeren har behov for tilpasninger utløst av vedkommende sin sykdom eller skade. Tilpasningene kan være i form av tiltak som demper symptomer eller ubehag eller som kompenserer for nedsatt funksjonsevne.

⁴ Folketrygdloven §§ 6-1 til 6-3

Tilpasninger som demper symptomer eller ubehag, skal være alminnelig anerkjent i medisinsk praksis allment akseptert som medisinsk virkemiddel blant forskere på feltet.

Innvilgningsårsaker – typer merutgifter som dekkes

Loven inneholder en oppstilling av hva slags varige merutgifter som dekkes. Ordningen dekker merutgifter:

Retten til grunnstønad omfatter dekning av følgende ekstrautgifter⁵:

1. Til drift av tekniske hjelpemidler
2. Til transport, herunder drift av medlemmets bil
3. Til hold av førerhund
4. Til teksttelefon og i særlige tilfeller til vanlig telefon
5. Ved bruk av proteser, støttebandasjer o.l.
6. På grunn av fordyret kosthold ved diett. Nødvendigheten av spesialdiett for den aktuelle diagnosen må være vitenskapelig dokumentert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis
7. Som følge av slitasje på klær og sengetøy.

Satsene

Stønaden betales ut i henhold til seks satser. De årlige satsene per 1. januar 2017 er: 8 040 kr, 12 276 kr, 16 104 kr, 23 724 kr, 32 148 kr og 40 152 kr. Stønadmottakerne gis den satsen som ligger nærmest under det fastsatte nivået på ekstrautgiftene.⁶ Dette betyr at en del av stønadmottakerne selv må betale en andel av ekstrautgiftene.

Beregning av og dokumentasjon på merutgifter

Det er innført standard satser for merutgifter i forbindelse med enkelte diagnoser, herunder cøliaki. For andre diagnoser kreves det at søkeren dokumenterer sine faktiske utgifter. Som hovedregel skal ekstrautgiftene dokumenteres ved kvitteringer for en periode på minimum tre måneder. Ved søknad om grunnstønad til transport og klesslitasje er det utarbeidet egne skjemaer som må fylles ut. I tillegg må søkeren oppgi behandlende lege eller leger.

Ved beregningen av merutgiftene kan man skille mellom to situasjoner:

- søkere med lidelse som er medfødt
- søkere med lidelse som har oppstått senere

⁵ Jf. Rundskriv til Folketrygdens [§ 6-3](#) Grunnstønad: Rundskriv til Folketrygdens [§ 6-3](#) Grunnstønad: Med ekstrautgifter menes løpende utgifter som er påført etter inntrådt sykdom eller skade, og som vedkommende ikke hadde tidligere. <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/6-3-grunnstC3B8nad>

⁶ Det er et vilkår for rett til grunnstønad at de ekstrautgiftene som er nevnt i første ledd, minst svarer til laveste sats. Stønad etter høyere sats gis dersom ekstrautgiftene minst svarer til den forhøyede satsen.

3.2 Forvaltning av ordningen

Organisering

Søknader om grunnstønad behandles ved NAV Arbeid og Ytelser i Sarpsborg og Arendal.

Klager behandles ved NAV Klageinstans Vest, Bergen

Årsverk og ressursbruk

Lederne ved de to forvaltningsenhetene som behandler søknader om grunnstønad har i intervjuer oppgitt at til sammen 62 saksbehandlere er involvert i behandling av søknader om grunnstønad, inkludert to saksbehandlere som er i opplæring. Dette fordeler seg på 19,8 årsverk fordelt på 21 personer i Arendal, og 37,8 årsverk fordelt på 41 medarbeidere i Sarpsborg.

Både ledere og medarbeidere oppgir i spørreundersøkelsen at det er vanskelig å estimere antall årsverk som går med til behandling av grunnstønad. Dette skyldes at hoveddelen av saksbehandlere behandler søknader om både grunn- og hjelpestønad. Saksbehandlerne ved begge forvaltningsenhetene estimerer at omkring 40 prosent av arbeidsinnsatsen går med til behandling av grunnstønadssøknader. Dette er i overenstemmelse med estimatet til lederen ved en av enhetene. Vi estimerer derfor arbeidsinnsatsen til å være i overkant av 23 årsverk.

Saksbehandlerne er i tillegg spurt om å fordele arbeidstiden på forvaltning av nye søknader, søknader om høyere sats og revurdering av løpende saker per uke. Saksbehandlerne estimerer at de behandler omtrent 11 saker i uken, hvorav 5 er nye søknader, 2 er søknader om høyere sats og 4 er revurdering av grunnstønad som er tildelt.

Det er tre saksbehandlere som behandler klagesakene. De jobber omtrent fulltid med å behandle klager knyttet til grunnstønad.

I 2016 hadde NAV i gjennomsnitt 13 546 årsverk, utgifter til lønns og sosiale utgifter (utenom pensjon) på 8 420 mill.kr. og andre driftsutgifter på 3 583 mill.kr. (jf. Årsregnskapet 2016). I et samfunnsøkonomisk perspektiv bør man også inkludere pensjonskostnadene, som kan anslås til omlag 12 prosent av lønnsutgiftene⁷. Dette tilsier at et årsverk koster 961 000 kroner.

NAV har internkostnads kalkyler som setter kostnader per årsverk i saksbehandlingsenhetene til 710 000 kroner. Denne kostnaden inkluderer blant annet husleie, reiseutgifter og IKT-utgifter. NAVs anslag inkluderer, så vidt vi kan se, alle større relevante kostnader utenom pensjonsutgifter. Med pensjonsutgifter ville NAVs interne anslag blitt omlag 760 000 kroner⁸

⁷ Kostnadene til pensjon for statsansatte betales ikke av forvaltningsorganene hvor de er ansatt, men direkte fra statskassen.

⁸ Vi antar at lønnskostnadene utgjør 60% av årsverkskostnaden og legger 12% pensjonskostnad på denne.

Avhengig av hvilken av årsvervskostnadene man legger til grunn, kan kostnadene ved forvaltningen anslås til mellom 17,5 og 22,1 mill.kr. Anslaget inkluderer ikke alle "overhead-kostnader" levert av egne ansatte (personalledelse utenfor de aktuelle enhetene, IKT, mv), bortsett fra at det laveste anslaget inkluderer interne kostnader til regnskap. .

Saksbehandlingsrutiner

Ved begge kontorene behandler alle saksbehandlerne alle typer saker. Det er ingen spesialisering blant saksbehandlerne. De behandler søknader etter hvert som de kommer inn, slik at de søknadene som har kommet inn først alltid blir behandlet først.

Ved usikkerhet:

Dersom saksbehandlerne er usikre i behandlingen av søknadene, konfererer de med en kollega og det trekkes eventuelt inn ytterligere kolleger frem til man samlet er sikre på at riktige vurderinger er gjort. Dersom problemstillingene ikke blir avklart lokalt blir de drøftet i enhetenes nettverksmøter. Ved behov blir også problemstillingene drøftet videre med Arbeids- og velferdsdirektoratet. Videre har NAV også et eget «Erfaringsforum» som er en del av deres intranett. Dette kan også brukes til faglige diskusjoner og avklaringer.

Dersom saksbehandler har behov for råd eller veiledning knyttet til medisinske forhold har NAV arbeid og ytelse en rådgivende legetjeneste som kan kobles inn. Dette oppgis å fungere svært godt og effektivt.

Ved avslag:

Saksbehandlerne har fullmakt til å gi avslag. Da sendes melding om avslag til søker. I motsetning til ved innvilgelse av støtte så blir ikke avslagene kontrollert av annen saksbehandler.

Ved innvilgelse:

Dersom saksbehandler vurderer at søknaden skal innvilges, må søknaden attesteres/godkjennes av ytterligere én saksbehandler. Ofte er det den samme personen som godkjenner innvilgelsene fra den enkelte saksbehandler, altså at kontroll av saksbehandler As vedtak, stort sett alltid gjøres av person B.

Klagegang

Forvaltningsenhetene har en totrinns saksbehandling. Ved klage vurderes en av enhetene saken på nytt. Dersom saken ikke omgjøres blir den sendt til Klageinstans Vest, Bergen.

Basert på allerede foreliggende dokumentasjon, vurderer klageinstansen søknadene på nytt. I tillegg innhenter klageinstansen ofte ytterligere medisinske opplysninger eller annen informasjon for å vurdere størrelser på ekstrautgifter. Klageinstansen samarbeider ikke med saksbehandlerkontorene om enkeltsaker, men de to instansene samarbeider om og diskuterer generelle temaer.

Klageinstans Vest, Bergen mottar omkring 1 000 klager per år knyttet til behandling av søknader om grunnstønader. Antallet har gått noe ned de siste årene.

Det er alltid to ved kontoret som skriver under og vurderer klagesakene.

Ved usikkerhet:

Det er en rådgivende lege ansatt i Klageinstansen. Den rådgivende legen benyttes aktivt for å vurdere og kvalitetssikre dokumentasjon som følger med søknadene.

Samarbeid med andre instanser

NAV Ytelser og Arbeid Arendal og Sarpsborg samarbeider med hverandre om generelle spørsmål for å sikre likebehandling av søknader om grunnstønad.

NAV Ytelser og Arbeid samarbeider også med Klageinstans om generelle spørsmål.

Når det gjelder saksbehandling av søknader om grunnstønad oppgir saksbehandlere at de samarbeider med følgende instanser:

- Fastleger
- Spesialisthelsetjenesten
- Helfo
- Hjelpemiddelsentralen
- Kommunehelsetjenesten
- Statens vegvesen
- NAV/bilkontoret
- Tilsynsleger ved sykehjem
- Fengsel
- Ortopediverksteder
- Bufetat

Behovet for samarbeid knytter seg primært til å innhente medisinske opplysninger eller å vurdere kostnader og ekstrautgifter.

Bruk av standard satser

Rundskrivet for ordningen angir faste satser for enkelte typer merutgifter. Bruk av slike satser gjør at det ikke er behov for dokumentasjon eller individuell beregning av ekstrautgifter. Det brukes faste satser for

- Hold av førerhund (sats 3)
- Diett ved cystisk fibrose og mageaffeksjon (sats 3 eller 4, avhengig av alderen til den som må følge dietten)
- Diett ved fenylketonuri og tyrosinemi type 1 (sats 2 eller 4, avhengig av alder)
- Diett ved cøliaki, hveteallergi og non-cøliaki glutenintoleranse (sats 2 eller 4, avhengig av alder)

3.3 Annen dekning av merutgifter

I gjennomgangen av Grunnstønadsordningen har vi blant annet identifisert hvilke andre ordninger som finnes for å dekke merutgifter knyttet til sykdom og skade, om disse overlapper grunnstønadsordningen og på hvilken måte dette har betydning for saksbehandlingen av søknader om grunnstønad.

Det er flere andre ordninger som bidrar til å dekke merutgifter knyttet til sykdom og funksjonsnedsettelse:

- Frikort: Egenandeler for helsetjenester som overstiger en viss grense dekkes
- Refusjon av godkjente behandlingskostnader: Innebærer at pasienter får dekket utgifter til behandling i utlandet samt andre som ikke er dekket av ordning med refusjon til behandler. Behandler får dekket utgiftene utenom egenandelen
- TT-ordningen: En fylkeskommunal ordning som dekker transportutgifter for personer som ikke kan bruke vanlige kollektive transporttilbud
- Hjelpemidler fra NAV: Gir selve hjelpemiddelet (og ikke dekning av utgiftene)
- Hjelpetønad fra NAV: Stønad ved behov for tilsyn og pleie på grunn av medisinsk tilstand. Det vil si hjelp til personlige gjøremål som friske mennesker klarer selv. Hjelpetønaden omfatter også stimulering, opplæring og trening.

I tillegg gir Husbanken tilskudd til tilpasning eller kjøp av bolig. Dessuten dekker kommunene store deler av utgiftene til praktisk bistand. Det er nasjonale regler for egenandeler på kommunale helse- og omsorgstjenester, men med et betydelig handlingsrom for den enkelte kommune.

1. Helfo har flere ordninger som helt eller delvis kan dekke utgifter til helsetjenester:
 - a. Administrerer frikort knyttet til helsetjenesten og gir refusjon til pasienter for utgifter til behandling i utlandet og hos andre behandlere. Stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr (blåreseptforskriften). Innenfor denne forskriften kan det også dekkes utgifter til næringsmidler.
 - b. Engangsbidrag for å delvis dekke utgifter til madrassovertrekk og puteovertrekk for barn og ungdom under 16 år. Behovet for madrass- og puteovertrekk må dokumenteres ved uttalelse eller epikrise og det må framgå at det barnet har middallergi. Engangsbidrag må rekvireres av lege.

4 Resultater

I dette kapitlet presenterer vi funn fra statistikk, spørreundersøkelser og intervjuer i prosjektet.

Alle data om antall brukere totalt samt fordeling på husholdningstyper og brukernes inntektsforhold er basert på sammenstillinger SSB har laget på oppdrag fra oss.

Alle data om fordelingen av mottakere på diagnoser, satser og utgiftstyper er basert på sammenstilling som NAV har laget for oss.

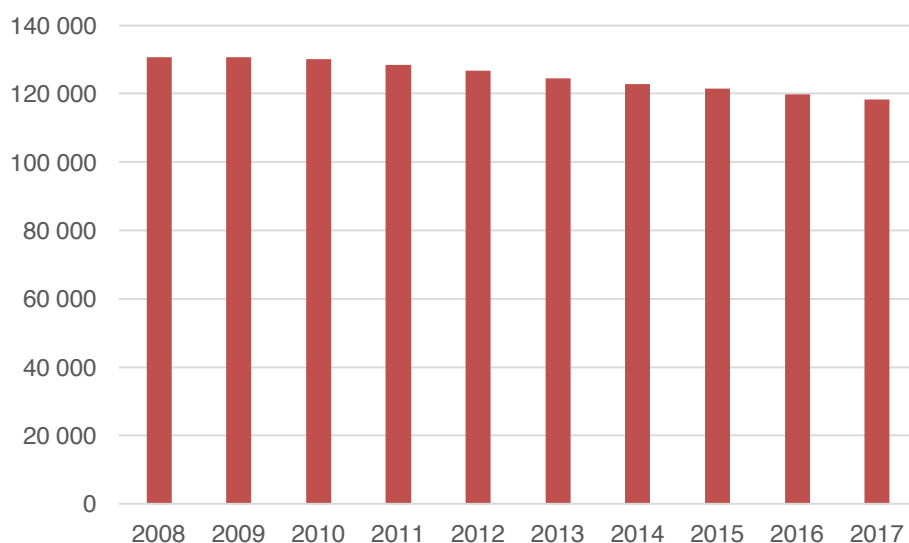
4.1 Bruken av grunnstønad

I 2016 var det nær 119 000 personer som mottok grunnstønad. Disse fikk utbetalt nær 1 900 mill.kr. I gjennomsnitt fikk de utbetalt nesten 16 000 kroner. Ved utgangen av september 2017 var det nær 118 000 mottakere av grunnstønad.

Antall mottakere er redusert siden 2004. Da var det nær 134 000 mottakere.

Figur 4-1 viser at nedgangen har fortsatt også de senere årene.

Figur 4-1: Antall mottakere av grunnstønad per 1. september 2008-17



Kilde: NAV,

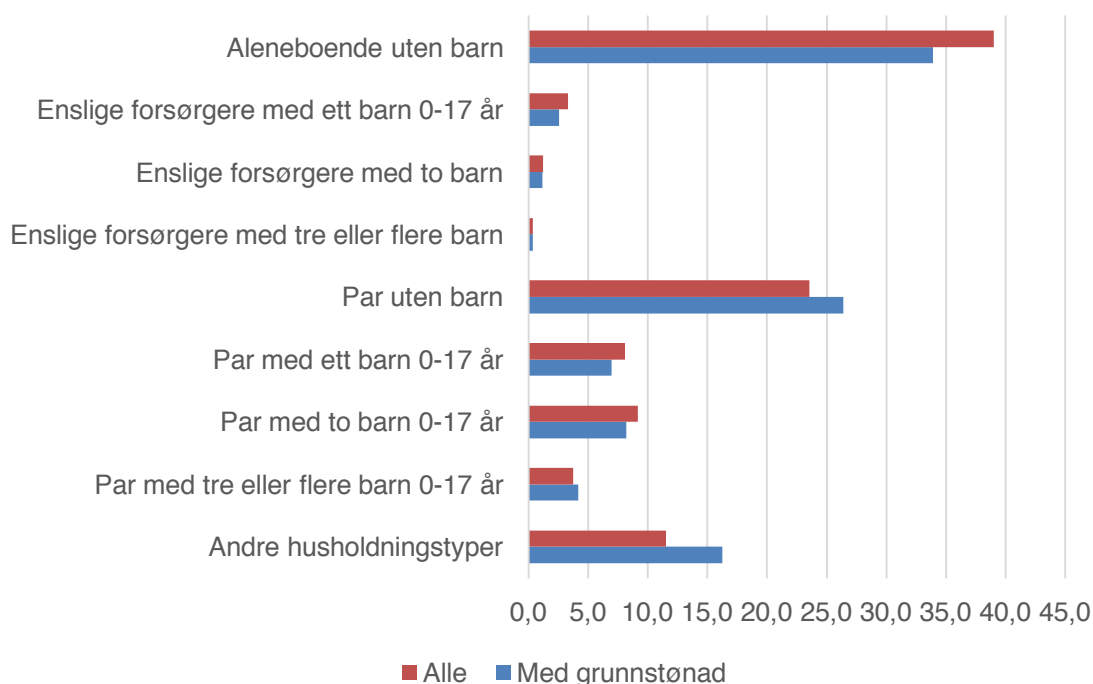
uttrekk fra register

I denne perioden har satsene økt mindre enn generell prisvekst. Hvis satsene var blitt økt mer ville færre hatt tilstrekkelige merutgifter til å få grunnstønad. På tross av at satsene har økt lite, har det vært nedgang i bruken av ordningen. Som eksempel på den svake veksten i satsene kan vi nevne at satsene i perioden 2001-17 steg med omlag 28 prosent. I samme periode steg konsumprisindeksen med omlag 36 prosent og grunnbeløpet i folketrygden (som normalt reguleres i takt med lønnsveksten) med 84 prosent.

Husholdningstyper

Figur 4-2 viser hvordan mottakerne av grunnstønad fordeler seg på husholdningsgrupper. Videre har vi vist tilsvarende fordeling for befolkningen som helhet. Det er relativt lav andel grunnstønadmottakere som er enslige uten barn, mens det er en høy andel i gruppen par uten barn. Videre er det en høy andel mottakere som bor i "andre husholdningstyper". Trolig er mange av disse husholdninger hvor personer som er 18 år eller eldre bor sammen med sine foreldre.

Figur 4-2: Fordeling på husholdningstyper. Husholdninger med uten mottakere av grunnstønad. 2015. Prosent



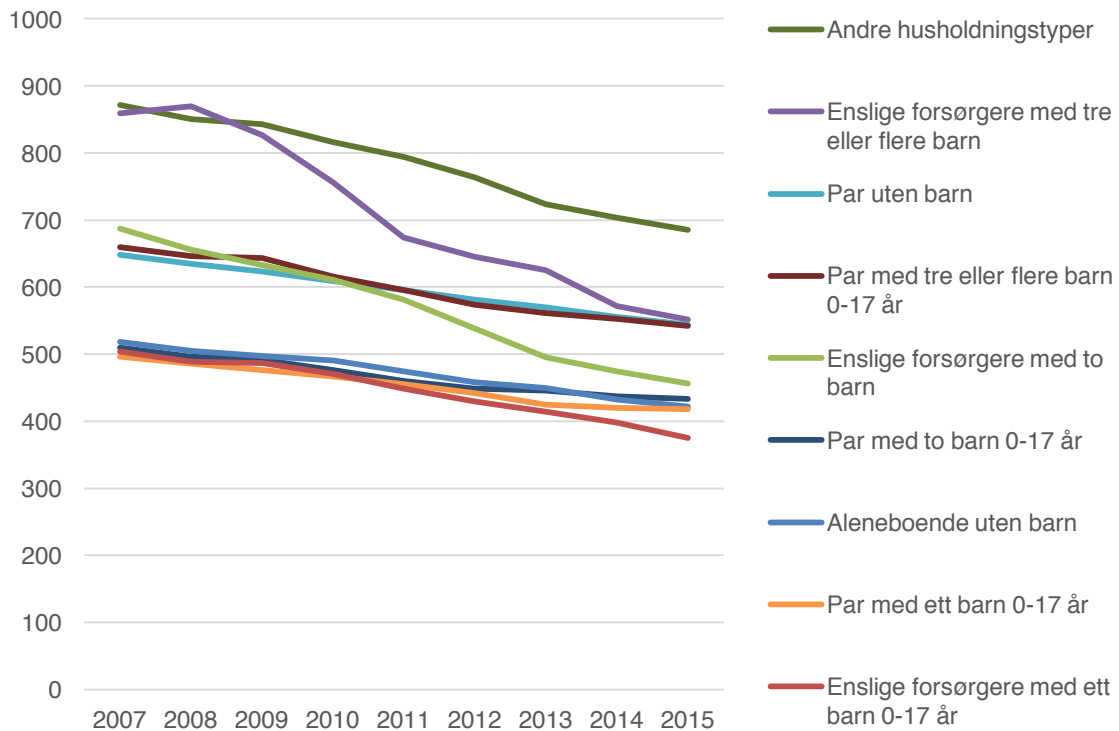
Kilde: SSB

Figur 4-3 viser at andelen av husholdningene som mottar grunnstønad har falt i alle typer husholdninger i perioden 2007-15. Andelen mottakere har falt sterkest blant enslige med tre eller flere barn. Det finnes få slike husholdninger. Også blant enslige forsørgere med ett eller to barn har andelen mottakere falt ganske sterkt.

Både i 2007 og i 2015 var andelen mottakere høyest i "andre husholdninger". Slike husholdninger utgjør 12 prosent av alle husholdninger og består bl.a. av foreldre som bor sammen med barn som har fylt 18 år samt andre husholdninger med flere generasjoner.

Med unntak av "andre husholdninger" er det moderate forskjeller mellom husholdningsgruppene i bruken av grunnstønad. Andelen mottakere varierer mellom 375 og 550 per 10 000 husholdninger.

Figur 4-3: Andel mottakere i ulike husholdningstyper. Mottakere per 10 000 husholdninger. 2007-15.



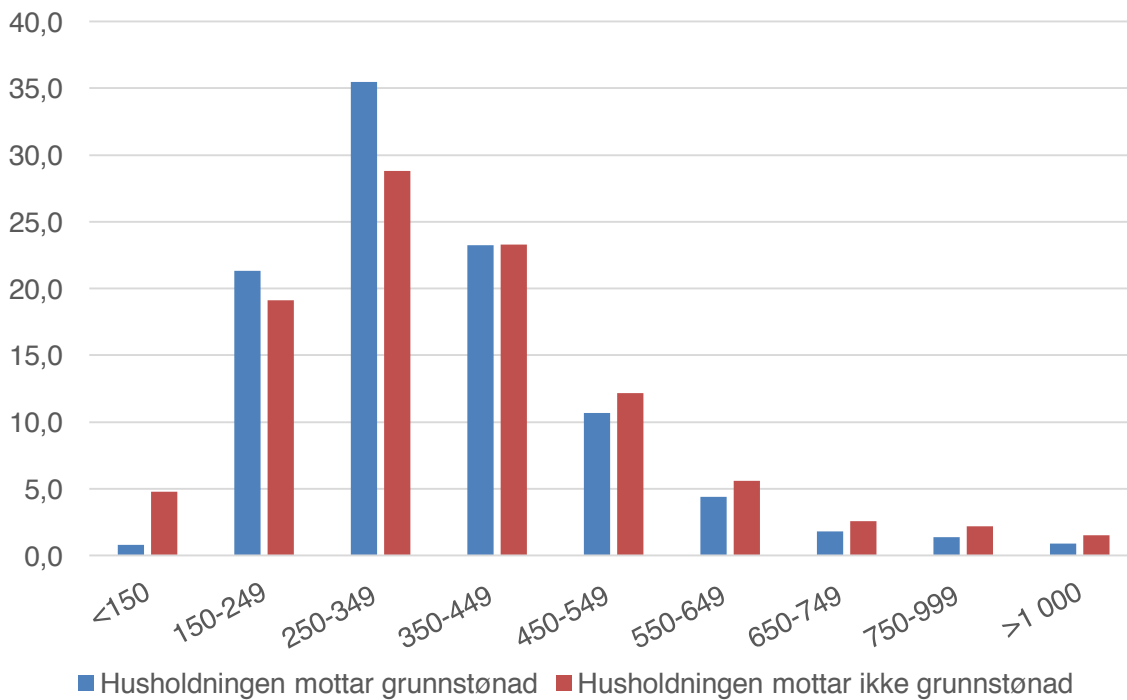
Kilde: SSB, sammenstilling bestilt av Proba

Inntektsgrupper

Figur 4-4 viser hvordan husholdninger med grunnstønadsmottakere fordeler seg på inntektsgrupper. Vi viser også tilsvarende fordeling for husholdninger som ikke mottar grunnstønad. Det er inntekt etter skatt per forbruksenhet som er grunnlag for fordelingen. Dette målet tar hensyn til all inntekt, til direkte skatter og til sammensetningen av husholdningen på voksne og barn.

Figuren viser at det er relativt få grunnstønadsmottakerne som er i husholdninger med inntekt per forbruksenhet på under 150 000 kroner. Det er relativt mange grunnstønadsmottakere i husholdninger i de to andre inntektsintervallene under 450 000 kroner. Man kan dermed ikke si helt entydig om grunnstønadsmottakerne jevnt over kan sies å være lavinntektstakere. Men det er en større andel i de tre laveste inntektsintervallene blant grunnstønadsmottakerne enn blant andre hushold.

Figur 4-4: Husholdninger henholdsvis med og uten personer som mottar grunnstønad. Fordeling på inntektsintervaller definert ved inntekt etter skatt per forbruksenhet. 2015



Kilde: SSB, sammenstilling bestilt av Proba

Inntektens sammensetning

Fra SSB har vi også fått statistikk for sammensetningen av inntekten til henholdsvis grunnstønadmottakere og andre.

Personer som mottok grunnstønad i 2015 hadde i gjennomsnitt en samlet inntekt på nær 428 000 kroner. Tilsvarende for personer uten grunnstønad var vel 528 000 kroner. Tabell 4-1 viser at de som mottok grunnstønad, i gjennomsnitt mottok 218 000 kroner i stønader mot 83 000 kroner for personer som ikke mottok grunnstønad. Dette ble mer enn kompensert av forskjeller i andre inntekter, og da særlig yrkesinntekt. I gjennomsnitt hadde personer uten grunnstønad 100 000 kroner høyere samlet inntekt enn de som mottok grunnstønad.

Tabell 4-1: Sammensetningen av inntektene til personer med og uten grunnstønad. Gjennomsnitt, kroner, 2015.

	Mottar grunnstønad	Mottar ikke grunnstønad
Yrkesinntekter	191 000	408 000
Kapitalinntekter	19 000	37 000
Overføringer	218 000	83 000
Samlet inntekt	428 000	528 000

Kilde: Inntektsstatistikk, SSB

Data fra SSB viser også at i 2015 hadde 78 prosent av de som ikke mottok grunnstønad en yrkesinntekt som oversteg grunnbeløpet i Folketrygden (89 502 kr i 2015). Tilsvarende tall for mottakerne av grunnstønad var 40 prosent. Dette tyder på at yrkesaktiviteten blant personer som mottar grunnstønad er langt levere enn i befolkningen forøvrig.

Fra SSB har vi også fått data for hvor stor andel av personene i de ulike gruppene som mottok henholdsvis uføretrygd og alderspensjon. Andelen med uføretrygd var 41 prosent blant de med grunnstønad og 11 prosent blant andre. Det er mindre forskjeller i andelen som mottar alderspensjon (henholdsvis 34 og 26 prosent).

Grunnstønad og hjelpestønad

Hjelpestønad gis for å dekke utgifter til langvarig, privat pleie og tilsyn på grunn av en sykdom, skade eller medfødt funksjonshemning. Det er samme krav til medisinsk grunnlag for de to stønadene, men stønadene dekker ulike formål. Ettersom det medisinske grunnlaget er det samme, er det grunn til å tro at det er en del brukere som får begge typene stønad.

Tabell 4-2: Antall mottakere av grunn- og hjelpestønad 2016

		Hjelpestønad		Totalt
		Ja	Nei	
Grunnstønad	Ja	26 705	92 024	118 729
	Nei	45 830	-	-
Totalt		72 535	.	164 559

Kilde: NAV

Tabell 4-2 viser at i 2016 var det i underkant av 73 000 som mottok hjelpestønad, mens nær 119 000 mottok grunnstønad. Nær 27 000 personer mottok begge ytelsene. NAV har også laget tilsvarende tall for 2007. Da var antall mottakere av hjelpe- og grunnstønad henholdsvis 88 000 og 131 000. 39 000 mottok begge ytelsene. Antall mottakere av begge ytelsene har falt, mens antall som mottar begge ytelsene har falt enda sterkere.

Innvilgningsårsak

Grunnstønad skal dekke løpende varige og nødvendige ekstrautgifter som brukeren påføres som følge av sykdom eller skade.

§ 6-3 inneholder en liste av hva slags ekstrautgifter som kan dekkes av stønaden. Antall brukere som får støtte til de ulike typene utgifter har endret seg mye over tid. Det er flere grunner til dette:

- Antall personer med ulike diagnoser har endret seg
- Teknologi og priser på ulike varer og tjenester har gjort at medført endringer i hva slags utgifter som personene påføres – sammenlignet med personer uten sykdom eller skade – og hva slags merutgifter som overstiger sats 1.

Det har over tid vært store forskyvninger i hva slags ekstrautgifter stønaden kompenserer for (jf. Tabell 4-3). I følge NAV, har det vært mangelfull registrering av innvilgningsårsak. Både i 2003 og 2016 hadde en tredel av eksisterende saker ukjent innvilgningsårsak. Dette skyldes mangel i registrering av årsak. Saker med ukjent innvilgningsårsak er holdt utenfor ved beregning av andelene i tabellen.

Tabell 4-3: Antall mottakere fordelt på kjent innvilgningsårsak (type merutgift). Prosent. 2003 og 2016

	2003	2016	Kommentar
Telefon	7,5 %	3,6 %	Nedgang fordi teksts telefon er blitt standard
Førerhund	0,0 %	0,1 %	
Drift av andre tekniske hjelpemidler	2,5 %	2,1 %	
Proteser, bandasjer, mv	1,0 %	1,7 %	
Transport	57,0 %	41,7 %	
Klær og sengetøy	19,9 %	15,5 %	Nedgangen kan skyldes sterk fall i pris på klær.
Diett	12,1 %	35,2 %	Sterk økning i diagnostisering av cøliaki
Totalt	100,0%	100,0%	

Kilde: Data fra NAV, Proba's kommentarer

Tabell 4-3 viser at andelen av mottakerne som får dekning av merutgifter til diett er blitt omlag tredoblet fra 2003 til 2016. Andelen for alle andre innvilgningsårsaker enn diett samt proteser, støttebandasjer el., har falt. Regnet i prosentpoeng, er det andelen for dekning av utgifter til transport som har falt mest.

Figur 4-5 illustrerer at det også er store forskjeller i innvilgningsårsaker mellom henholdsvis eksisterende ("gamle") saker og nye saker. Mest slående er det at mottakere som får støtte til diett utgjorde nesten 80 prosent av nye mottakere i 2016, mens denne årsaken (diett) var langt mindre dominerende blant eksisterende mottakere. Veksten i andelen som får støtte til diett er i all hovedsak resultat av at flere er blitt diagnostisert med cøliaki.

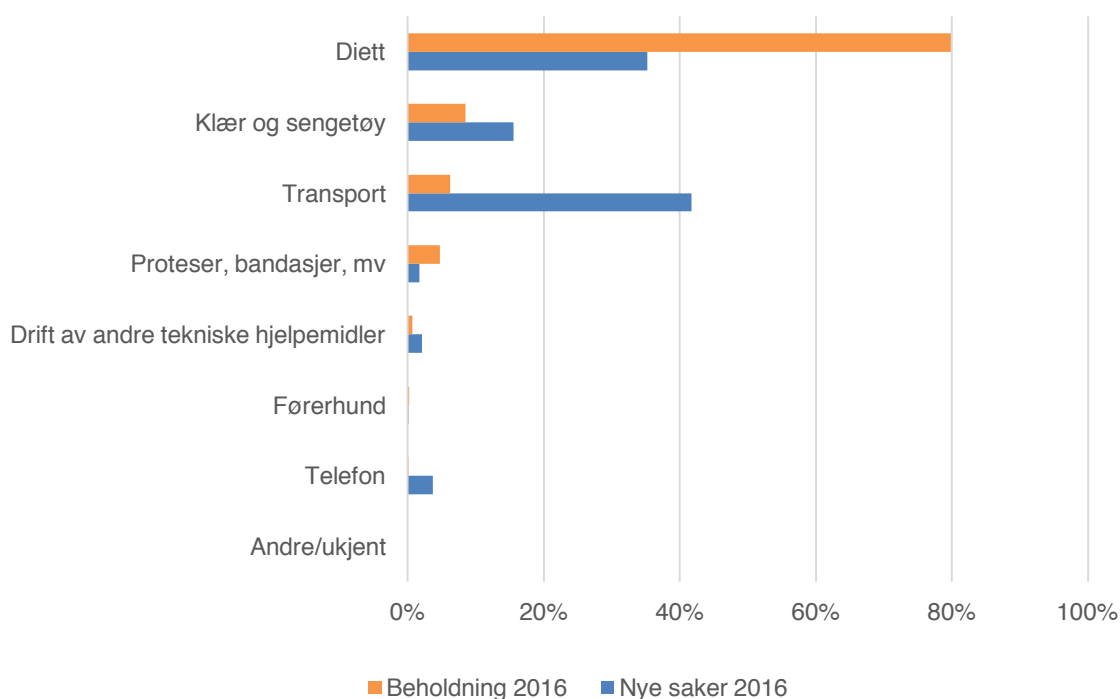
Transport og telefon er blitt langt mindre vanlig som innvilgningsårsak. Så vidt vi kjenner til, er det ikke endringer i sammensetningen av diagnoser som har utløst disse endringene, men snarere utvikling i teknologi og kostnader. Blant de som får støtte til transport og telefon, er det stor spredning på diagnoser. Blant de som får støtte til transport, er multippel sklerose og revmatisme de mest vanlige diagnosene i eksisterende saker. For telefoni er det nevroser, tunghørhet og schizofrene psykoser som er mest vanlig.

Når det gjelder telefoni, har nye smarttelefoner innebygget funksjonalitet som gjør det overflødig med teksts telefoner, som man tidligere fikk støtte til. De aller fleste nordmenn, bortsett fra en del barn, har telefon og de fleste av disse har

smarttelefon. Telefon vil dermed sjelden utgjøre en ekstrautgift, selv for personer med nedsatt funksjonsevne som følge av sykdom eller skade.

I 2005 skjedde det en innstramning i tildeling av grunnstønad knyttet til drift av egen bil⁹. Før 2005 fikk mottakere som fikk tildelt bil (ut fra behov for særlig tilpasset bil) automatisk grunnstønad til drift av bilen. Fra 2005 har man ikke gitt grunnstønad til brukere som hadde egen bil før de fikk tildelt bil, gitt at driftskostnadene ved den tildelte bilen ikke var tilstrekkelig mye høyere enn driften av den bilen de hadde tidligere. Dette, samt at det ikke er foretatt en ny vurdering av om de hadde egen bil før de fikk tildelt bil, kan forklare hvorfor andelen av eksisterende mottakere som har støtte til drift av bil er mye høyere enn blant nye mottakere.

Figur 4-5: Mottakere fordelt på innvilgningsårsak. Nye mottakere i 2016 og eksisterende mottakere i desember 2016. Prosent



Kilde: NAV

Det at såpass mange blant eksisterende brukere fortsatt får støtte til telefon, viser at NAV ikke revurderer om alle eksisterende mottakere fortsatt har merutgifter som berettiger stønad.

Diagnoser

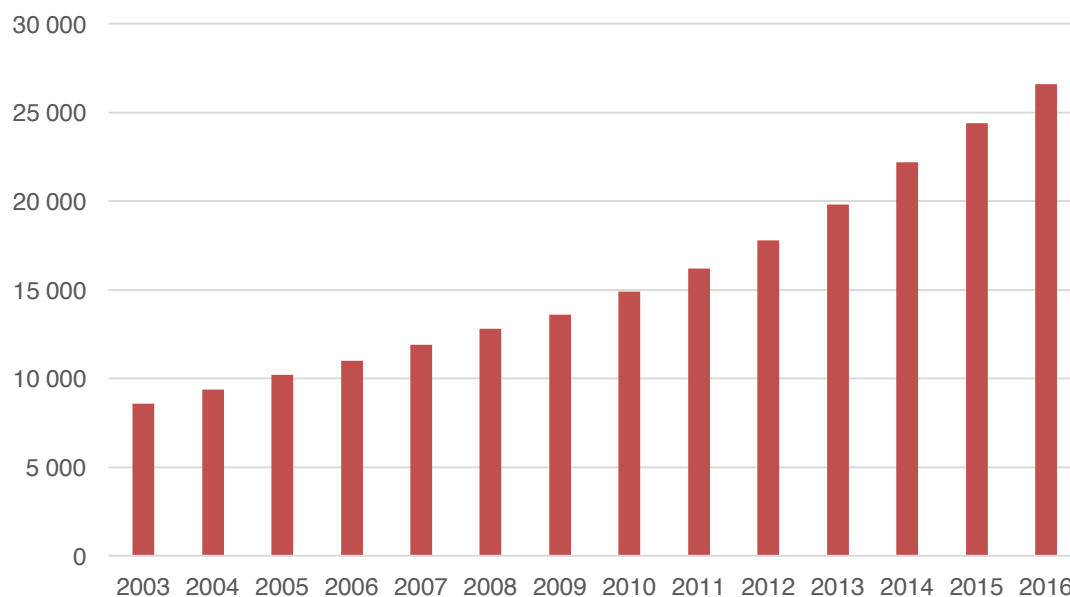
I Helde (2017) er det en beskrivelse av fordelingen av grunnstønadssaker etter hvilke diagnoser mottakerne har og endring i sammensetningen over tid.

⁹ Jf. Helde (2017)

Artikkelen viser at blant de største diagnosegruppene, er antall saker blitt redusert fra 2003 til 2016 i alle grupper utenom én. Det er bare ”sykdommer i fordøyelsessystemet” som har vist vekst.

Blant sykdommer i fordøyelsessystemet er cøliaki dominerende. I desember 2016 hadde 17,6 prosent av mottakerne av grunnstønad denne diagnosen. Totalt hadde nesten 30 prosent av mottakerne sykdommer i fordøyelsessystemet.

Figur 4-6: Antall mottakere av grunnstønad med diagnosen cøliaki. 2003-16



Kilde: NAV, uttrekk fra register

Fordeling på satser

Grunnstønad betales med faste satser. Man får grunnstønad til den satsen som ligger nærmest, under faktiske merutgifter. Merutgiftene må tilsvare minst sats 1 for at man skal få stønad.

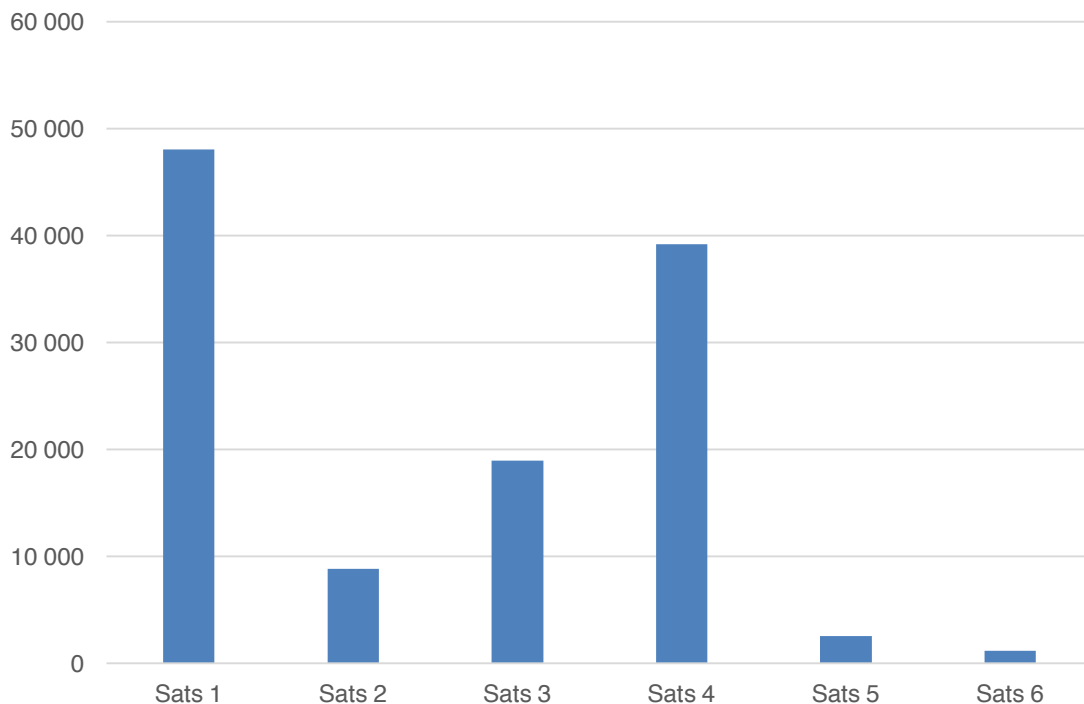
Tabell 4-4: Satser i grunnstønadsordningen. 2017. Kroner

	Per måned	Per år
Sats 1	670	8 040
Sats 2	1 023	12 276
Sats 3	1 342	16 104
Sats 4	1 977	23 724
Sats 5	2 679	32 148
Sats 6	3 346	40 152

Kilde: NAV

Figur 4-7 viser hvordan mottakerne fordeler seg på ulike satser. Det er mange som får sats 1 eller 4. En viktig grunn til at sats 4 er mye brukt, er at alle med cøliaki får stønad etter denne satsen.

Figur 4-7: Antall mottakere fordelt på satser. Utgangen av 2016



Kilde: NAV

Diagnoser og satser

For noen få diagnoser gis alle søkere grunnstønad etter samme sats. I disse sakene kreves det ikke at merutgiftene dokumenteres. Bruk av standardiserte satser gir forenkling, både for mottaker og NAV. Ulempen med standardiserte satser er at de reelle merutgiftene kan variere mellom individer med samme diagnose. Dermed vil ikke bruk av standard sats treffe de reelle merutgiftene.

Hvis det imidlertid er slik at nesten alle med en samme diagnose får støtte etter samme sats, tyder det på at merutgiftene som følge av den aktuelle sykdommen, skaden eller funksjonsnedsettelsen er ganske lik for alle. Fra NAV har vi fått fordeling av mottakere på diagnoser og sats og har så identifisert diagnoser der det er en stor andel som har samme sats. Data omfatter kun diagnoser med 20 eller flere mottakere. Diagnoser er kodet etter den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD). Noen av sakene er gamle og er kodet ut fra utgaven ICD-9 som nå er erstattet av ICD-10. Mange av kodene er endret fra ICD-9 til ICD-10. Det vil derfor være en del saker som har ulik kode selv om diagnosen i realiteten er lik. F.eks. kan en diagnose ha blitt mer spesifisert i ICD-10 slik at en gammel kode er blitt erstattet av flere nye. Verken NAV eller vi har i slike tilfeller grunnlag for å fordele sakene på korrekt kode etter ICD10.

Beskrivelse av diagnosene er utarbeidet av Proba ved hjelp av den nettbaserte utgaven av ICD-10 fra Direktoratet for e-helse¹⁰ og SSB (1997).

¹⁰ <https://finnkode.ehelse.no/#/icd10/0/0/0/-1>

Tabell 4-5 viser at de fleste diagnosene som ser ut til å gi nesten alle mottakerne av grunnstønad samme sats, har bare et fåtall brukere. En utvidelse av bruk av standard satser til disse diagnosene vil derfor ha begrenset betydning, men kan likevel være en fordel. Innføring av standard sats bør bygge på en vurdering av om alle med den aktuelle diagnosen har omlag samme merutgifter fordi de alle treffer de samme nødvendige tiltakene som følge av tilstanden.

Kode K900 cøliaki skiller seg ut ved å ha mange flere mottakere sammenlignet med andre diagnoser. Retningslinjene¹¹ sier at søkere med cøliaki skal gis stønad etter sats 4. Tabellen viser også at mottakere med en del andre diagnoser knyttet til mage-/tarm nesten konsekvent får stønad etter sats 4. Dette gjelder K908, 5790, K90 og K904. Det skal brukes tresifret tallkode for registrering av diagnoser, men det er likevel ganske mange saker som registreres med tosifret kode. Kode K90 dekker "Intestinal malabsorpsjon", herunder K900 cøliaki. Både Helde (2017) og vi har i presentasjon av antall med cøliaki inkludert saker med kode K90, men denne koden kan brukes også for andre diagnoser.

Retningslinjene angir også standard satser for enkelte andre diagnoser (cystisk fibrose og fenyktonuri (Føllings sykdom), men disse satsene ser ikke ut til å brukes konsekvent. Retningslinjene sier at det skal gis sats 3 for merutgifter til diett for personer med Føllings sykdom, men bare 18 prosent av de som har diagnosen (kode E849) mottok sats 3 i 2016. Nesten alle andre med denne diagnosen får stønad etter en høyere sats. Forklaringen kan være at de som har diagnosen også har andre merutgifter.

¹¹ Rundskriv til Folketrygdlovens kapittel 6

Tabell 4-5: Diagnoser der minst 90 prosent av mottakerne har samme sats

Kode	Beskrivelse	Antall	Andel av sakene fordelt på sats (prosent)							
			1	2	3	4	5	6	Max	
S78	Traumatisk amputasjon av hofte og lår	29	100	0	0	0	0	0	0	100
F980	Ikke-organisk enuresis	26	100	0	0	0	0	0	0	100
K908	Annen spesifisert intestinal malabsorpsjon	186	0	0	1	99	0	1		99
5790	Intestinal malabsorpsjon	2820	0	0	0	98	1	0		98
K900	Cøliaki	21142	0	1	0	98	1	0		98
1541	Ondartet svulst i endetarm	134	98	1	0	1	0	0		98
K90	Intestinal malabsorpsjon	2638	0	2	0	97	1	0		97
V442	Ilesostomi (utlagt tarm)	171	95	1	2	2	1	0		95
V444	Enterostomy status (utlagt tarm)	56	95	4	0	0	2	0		95
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	34	94	6	0	0	0	0		94
5699	Uspesifisert sykdom i tarm	117	94	3	1	1	1	0		94
V443	Kolostomi (utlagt tarm)	305	94	3	1	1	0	0		94
5569	Ulcerøs kolitt	487	94	3	1	1	1	0		94
7552	Andre medfødte misdannelser av ekstremitetene	29	93	0	0	3	3	0		93
K904	Malabsorpsjon som skyldes intoleranse, ikke klassifisert annet sted	42	2	2	0	93	2	0		93
L130	Dermatitis herpetiformis (Duhrings sykdom)	186	1	1	0	92	4	2		92
6940	Bulløse dermatoser	52	2	0	0	92	0	6		92
3625	Andre netthinnesykdommer	26	92	4	0	4	0	0		92
C90	Myelomatose og	26	0	4	0	92	4	0		92

	ondartede plasmacellesykdommer								
Z89	Ervervet mangel på ekstremitet	50	92	2	2	2	2	0	92
L400	Psoriasis	37	92	8	0	0	0	0	92
1889	Ondartet svulst i urinblære	35	91	3	3	0	3	0	
Z892	Ervervet mangel på overekstremitet ovenfor håndledds nivå	35	91	3	3	0	3	0	
L208	Annen spesifisert atopisk dermatitt	20	90	10	0	0	0	0	
V446	Utlagt blære	49	90	4	0	2	2	2	
696X	Urinostomy status NEC	1597	90	5	3	2	0	0	
V453	Intestinal bypass status	58	90	5	0	3	2	0	

Kilde: NAV

4.2 NAV - Intervjuer og spørreundersøkelse

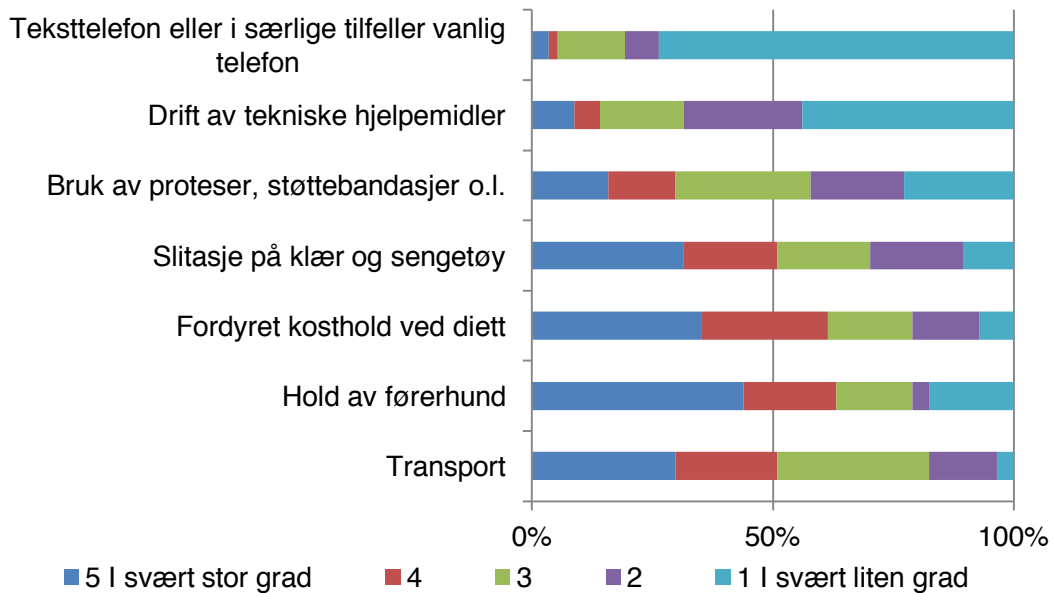
Grunnstønadens formål

Det fremkommer både gjennom intervjuene og spørreundersøkelsen at det er behov for å gjennomgå og oppdatere de 7 formålene grunnstønaden er rettet mot.

Saksbehandlerne er, i spørreundersøkelsen, blitt spurt om i hvilken grad de opplever at det fortsatt er relevant å få utbetalt grunnstønad til merutgifter i forbindelse med de ulike formålene.

Som vist i Figur 4-8 opplever flere saksbehandlere at det ikke er relevant å få utbetalt grunnstønad for flere av formålene. Over halvparten av saksbehandlerne svarer at formålene «Teksttelefon eller i særlige tilfeller vanlig telefon» og «drift av tekniske hjelpemidler» i liten eller svært liten grad er relevant.

Figur 4-8 Gitt samfunnsutviklingen; i hvilken grad opplever du at det fortsatt er relevant å få utbetalt grunnstønad til merutgifter i forbindelse med de ulike formålene? (saksbehandlere n=51)



Basert på spørreundersøkelsene gir vi under en beskrivelse av tilbakemeldingene fra saksbehandlerne på de ulike formålene.

Drift av tekniske hjelpemidler – formål a

68 prosent av saksbehandlerne oppgir at dette formålet i liten eller svært liten grad er relevant gitt samfunnsutviklingen. 14 prosent mener at formålet er relevant eller svært relevant og 18 prosent svarer nøytralt/midt på skalaen.

Hovedårsaken til at saksbehandlerne opplever dette formålet som lite relevant er at kostnadene ved å drifte tekniske hjelpemidler er svært lav. Det vil, ifølge saksbehandlerne, ikke være mulig å få innvilget grunnstønad utelukkende på grunn av drift av tekniske hjelpemidler. Flere får imidlertid innvilget søknad om grunnstønad fordi utgiftene til drift av tekniske hjelpemidler slås sammen med andre ekstrautgifter.

Saksbehandlerne oppgir videre at det er veldig tidkrevende for brukeren å dokumentere bruk og lading av hjelpemidler, samt dokumentere merutgiftene. Dette medfører at flere saksbehandlerne opplever å bruke unødvendig mye tid på å beregne merutgifter, både generelt og på søknader som ender med avslag.

Transport – formål b

51 prosent av saksbehandlerne oppgir at dette formålet i stor eller svært stor grad er relevant gitt samfunnsutviklingen. 32 prosent svarer nøytralt/midt på skalaen og 18 prosent mener at formålet i liten eller svært liten grad er relevant.

Transport er det formålet som det i størst grad innvilges grunnstønad til. Saksbehandlerne opplever det som relevant at Grunnstønadsordningen retter seg mot dette formålet.

I intervju med saksbehandlere kommer det frem at søkerne ikke mottar grunnstønad til drift av bil dersom de har hatt bil tidligere. Dette medfører at de som har hatt en bil de har benyttet lite, eller som kun partner/ektefelle har benyttet, ikke får innvilget søknad om grunnstønad. En søker som har hatt kort vei til jobb og ikke hatt behov for bil tidligere vil kunne få søknaden innvilget, selv om behovet for bil kan være mindre enn for de som ikke får innvilget søknaden. To av saksbehandlerne oppgir at dette kan være utfordrende å forstå for de som søker om grunnstønad for drift av bil.

En av saksbehandlerne opplyser i intervju om at det av og til er vanskelig for saksbehandlere å vurdere transportutgifter i de deler av landet der man ikke kjenner til lokal trafikk og kollektivtilbud. I disse tilfellene bruker saksbehandler en del tid på å gjøre undersøkelser i forbindelse med saksbehandlingen.

De saksbehandlerne som har besvart at de i liten grad mener transport er relevant, begrunner dette med at de fleste mennesker har bil og at brukerne ville hatt utgifter til bil også om de ikke var syke.

Hold av førerhund - formål c

63 prosent av saksbehandlerne oppgir at dette formålet i stor eller svært stor grad er relevant gitt samfunnsutviklingen. 16 prosent svarer nøytralt/midt på skalaen og 21 prosent mener at formålet i liten eller svært liten grad er relevant.

I intervju forteller saksbehandlere at det er få søknader som gjelder hold av førerhund. Saksbehandlerne mottar melding fra Hjelpemiddelsentralen i Hedmark, som er ansvarlige for å gi vedtak om førerhund.

De saksbehandlerne som har besvart at de i liten grad mener hold av førerhund er relevant, begrunner dette blant annet med at det er få tilfeller og at det kunne legges inn under hjelpemiddelsentralen, slik at man automatisk får dekket disse utgiftene dersom man får vedtak om førerhund.

Teksttelefon eller i særlige tilfeller vanlig telefon – formål d

81 prosent av saksbehandlerne oppgir at dette formålet i liten eller svært liten grad er relevant gitt samfunnsutviklingen. 14 prosent svarer nøytralt/midt på skalaen og 5 prosent mener at formålet er relevant eller svært relevant.

Saksbehandlerne som mener dette formålet ikke lenger er relevant viser til at de fleste har mobiltelefoner som kan benyttes til å sende tekstmeldinger med og at svært få har fasttelefon. Det vises også til at utgiftene til fasttelefon er så lave at det uansett ikke ville gitt grunnlag for grunnstønad.

Formål d, teksttelefon eller i særlige tilfeller vanlig telefon, ser også ut til å kunne overlappe med et annet formål. To av saksbehandlerne viser til at det er tilfeller av personer som får innvilget grunnstønad for vanlig telefon i forbindelse med at de skal ha alarm. Tilbakemeldingen fra saksbehandlerne tyder imidlertid på at grunnstønad til telefon for å ha alarm også gis under formålet «drift av tekniske hjelpemidler».

Bruk av proteser, støttebandasjer o.l. - formål e

42 prosent av saksbehandlerne oppgir at dette formålet i liten eller svært liten grad er relevant gitt samfunnsutviklingen. 28 prosent svarer nøytralt/midt på skalaen og 30 prosent mener at formålet er relevant eller svært relevant.

Blant saksbehandlerne som har svart at dette formålet ikke er relevant, er det to oppfatninger som går igjen i de åpne svarene. For det første mener mange at det kunne vært hensiktsmessig dersom disse søknadene ble behandlet etter formål g, klesslitasje fordi det handler om at protesene fører til slitasje på klær. For det andre trekker mange frem at det bør stilles krav om dokumentasjon på merutgifter på lik linje med annen type klesslitasje fordi de fleste proteser i dag i veldig liten grad medfører slitasje på klær.

Syv saksbehandlere oppgir i åpne svar at utgifter til støttebandasjer, kompresjonsstrømper og lignende bør rekvireres på lik linje med andre medisiner og utstyr knyttet til medisinske tilstander.

Fordyret kosthold ved diett - formål f

61 prosent av saksbehandlerne oppgir at dette formålet i liten eller svært liten grad er relevant gitt samfunnsutviklingen. 18 prosent svarer nøytralt/midt på skalaen og 21 prosent mener at formålet er relevant eller svært relevant.

På spørsmål i spørreundersøkelsen om hvorfor dette formålet ikke lenger er relevant, trekker de fleste saksbehandlerne frem at prisen på glutenfrie matvarer har gått ned. Videre viser flere til det de opplever som upresis og urettferdig tildeling av stønad. Det opplyses om at en del som faktisk har store ekstrautgifter til kosthold må dokumentere dette fordi de ikke har cøliaki eller non-cøliaki glutenintoleranse, mens de som automatisk får en høy sats antagelig har minimale ekstrakostnader. Det oppleves som vanskelig å sette en konkret og rettferdig sats i tilfeller der lovverket ikke har presisert hvilken sats søker skal ha.

Ved glutenintoleranse revurderes søknaden etter 33 år. En utfordring er at flere brukere ikke vil spise gluten for å se om de tåler det og derfor mister grunnstønad.

Slitasje på klær og sengetøy formål g

51 prosent av saksbehandlerne oppgir at dette formålet i stor eller svært stor grad er relevant gitt samfunnsutviklingen. 19 prosent svarer nøytralt/midt på skalaen og 30 prosent mener at formålet i liten eller svært liten grad er relevant.

Den mest brukte argumentasjonen for hvorfor dette formålet ikke er relevant er at det, med dagens saksbehandlingsrutiner, ikke er mulig å sikre en rettferdig behandling av søknadene. Dette er argumenter som gjentar seg både i intervjuene og i åpne svarfelt i spørreundersøkelsen. Argumentene knytter seg til dokumentasjonskravene og vurdering av kvitteringer. Flere sier det ikke er mulig å vite hvorvidt søker har «hamstret» klær i tre måneder eller sender inn kvitteringer for klær kjøpt til flere familiemedlemmer. I tillegg vil de som har råd til å kjøpe mye klær kunne dokumentere høyere ekstrautgifter enn de som ikke har økonomi til å gjøre store innkjøp i løpet av tre måneder.

Det fremkommer også av tilbakemeldinger i spørreskjema at saksbehandlerne har ulik praksis knyttet til om man trekker SIFOs satser fra eller ikke fra beløpet som dokumenteres fra søker.

Ekstraavgifter som ikke dekkes av grunnstønad

Saksbehandlerne som er intervjuet forteller at de i liten grad har reflektert over om det er ekstraavgifter som ikke dekkes av grunnstønaden, men som burde vært dekket av denne ordningen.

Fire av ni saksbehandlerne trekker frem at personer som tidligere benyttet seg av særfradraget som nå er fjernet antagelig ikke får dekket disse utgiftene andre steder.

Om satsene

Evalueringen viser at det er uenighet blant saksbehandlerne i synet på nivået på laveste og høyeste sats. 48 prosent oppgir at de er uenige i at sats 1 er for høy. I de åpne svarene oppgir flere at sats 1 burde være lavere, blant annet for å sikre at de som har svært dårlig økonomi kan motta grunnstønad også når ekstraavgiftene ikke når opp til sats 1.

39 prosent oppgir at de er helt eller delvis uenig i påstanden om at sats 6 er for høy. I de åpne kommentarfeltene sier flere at de med de høyeste ekstraavgiftene ikke får dekket sine ekstraavgifter ved bruk av den høyeste satsen.

En gjentakende tilbakemelding i de åpne svarene i spørreskjema til saksbehandlere er at det kunne vært hensiktsmessig med jevnere intervaller mellom satsene.

Saksbehandlingsrutiner

Ved begge kontorene som behandler søknader om grunnstønad fordeles alle typer søknader mellom alle saksbehandlere. Hver enkelt saksbehandler behandler søknaden alene. Dersom søknaden avslås, sendes avslag direkte til søker. Dersom søknaden innvilges skal den kontrolleres av ytterligere én saksbehandler.

Saksbehandlerne som er intervjuet opplever fordelingen av søknader som hensiktsmessig. En større grad av spesialisering oppleves som lite fornuftig da det er mange ulike typer søknader. Søknadene omfatter ofte flere formål og det er derfor ønskelig at saksbehandlerne har kompetanse på alle formålene i loven. I tillegg er det lagt opp til at man behandler søknader etter hvert som de kommer inn og derfor blir det mest rettferdig at alle behandler alle typer søknader slik at ingen grupper må vente lengre enn andre.

51 prosent av saksbehandlerne oppgir at de i svært stor eller stor grad mener behandling av søknad om grunnstønad tar mer tid enn nødvendig. I åpne svarfelt har saksbehandlere begrunnet dette utfra følgende:

- Utydelig regelverk og rundskriv, noe som medfører at mange som ikke har krav på grunnstønad søker, som igjen medfører at betydelig

- merarbeid for saksbehandlerne. Dette nevnes av 13 av saksbehandlerne i spørreundersøkelsen.
- innhenting av ekstra opplysninger om brukeren fra både fastleger, spesialister, NAV med mer tar svært lang tid. Det krever ofte flere purringer fra saksbehandlerne. 12 av saksbehandlerne i spørreundersøkelsen peker på dette som en av årsakene til at saksbehandlingen tar mer tid enn nødvendig.
 - Skjønsmessig vurdering av kvitteringer oppleves som svært tidkrevende. Det vises også til at vurderingene ofte tilsier at man ikke får innvilget grunnstønad. 8 saksbehandlere i spørreundersøkelsen trekker dette frem som en viktig årsak til at saksbehandlingen tar mer tid enn nødvendig,

Kontroll av innvilgelse, men ikke av avslag

55 prosent av saksbehandlerne oppgir i spørreundersøkelsen at de i stor eller svært stor grad opplever at dagens saksbehandlingsrutiner fører til god kontroll av vedtak. I intervjuer begrunnes dette med at alle søknader som blir innvilget blir kontrollert av en annen saksbehandler før vedtaket blir godkjent. Videre begrunnes det med at saksbehandlere, ved usikkerhet, rådfører seg med en kollega eller flere kollegaer.

17 prosent av saksbehandlerne oppgir imidlertid i spørreundersøkelsen at dagens saksbehandlingsrutiner i liten eller svært liten grad bidrar til god kontroll med vedtak.

Både i intervjuer og i de åpne svarfeltene i spørreundersøkelsen opplyser saksbehandlerne om at det særlig er to forhold som bidrar til at kontroll av vedtak ikke er god nok. Selv om det er en viss rotasjon i hvem som kontrollerer er det ofte de samme kollegaene som kontrollerer vedtaket og disse sitter gjerne sammen. Derfor risikerer man at de saksbehandlerne som sitter samlet utvikler lik praksis, men at praksisen kan være ulik mellom de ulike saksbehandlergruppene. For det andre opplever flere saksbehandlerne at det ikke er god nok kontroll ettersom avslag ikke blir kontrollert av en annen saksbehandler.

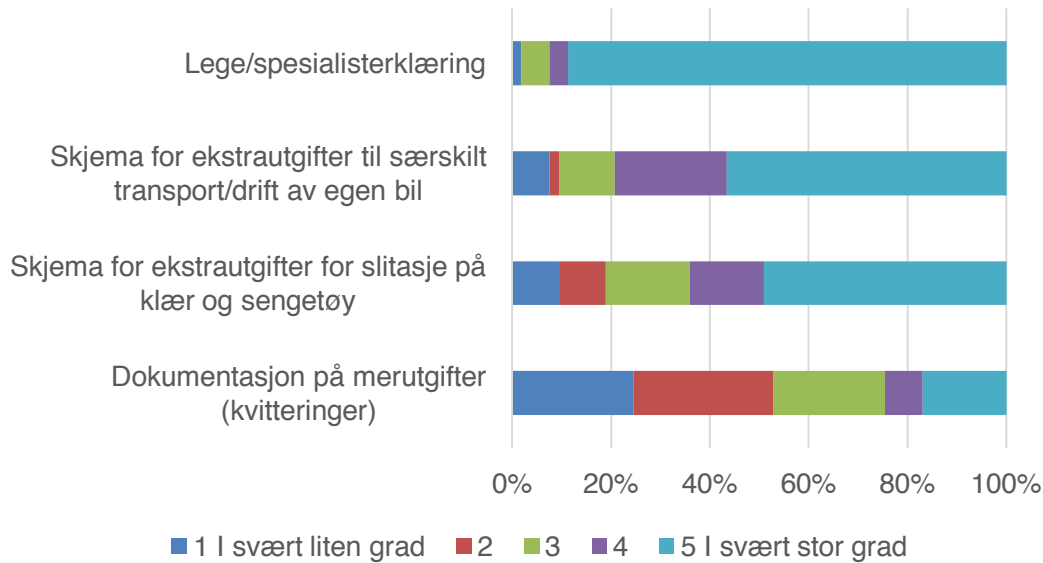
Om dokumentasjonskrav

Figur 4-9 viser i hvilken grad saksbehandlerne som har besvart spørreundersøkelsen opplever de ulike dokumentasjonskravene som hensiktsmessige.

Lege/spesialisteklæring er det dokumentasjonskravet flest saksbehandlerne opplever som hensiktsmessig. Et flertall svarer også at skjema for ekstrautgifter til særskilt transport/drift av egen bil, samt skjema for ekstrautgifter for slitasje på klær og sengetøy er hensiktsmessige dokumentasjonskrav.

53 prosent oppgir at dokumentasjon av merutgifter i svært liten eller liten grad oppleves som et hensiktsmessig dokumentasjonskrav.

Figur 4-9: I hvilken grad opplever du følgende dokumentasjonskrav som hensiktsmessige? (saksbehandlere n=53)



Flertallet av saksbehandlerne opplyser i intervjuer og i åpne kommentarfelt i spørreundersøkelsen at de opplever at det er vanskelig å sikre rettferdig og god vurdering av merutgifter basert på kvitteringer innsendt av søkerne.

Det er særlig to momenter som trekkes frem:

- Det er vanskelig, og kanskje ikke mulig, å vite om kvitteringene som sendes inn viser ekstrautgiftene søkeren har hatt eller alle utgiftene
 - I tillegg handler noen inn for lengre perioder. Dette gjør saksbehandlingen krevende.
- Det er naturlig at personer/husholdninger med god økonomi vil vise til høyere ekstrautgifter enn personer/husholdninger med lavere økonomi fordi man har et høyere forbruk generelt

Disse usikkerhetene kan, ifølge saksbehandlere, bidra til at noen får dekket mer enn de faktiske ekstrautgiftene og at husholdninger med høy inntekt og mindre behov for stønaden får dekket mer enn husholdninger som, basert på husholdningens økonomi, har større behov for stønaden.

Flere er også opptatt av at det kan være vanskelig å dokumentere ekstrautgiftene og at ikke alle har gode kvitteringer fra alle kjøp. Blant annet får man ikke alltid detaljerte kvitteringer fra utsalgssteder og dersom man velger å kjøpe brukt, får man ikke kvittering i det hele tatt.

Revurdering

Revurdering av grunn- og hjelpestønadssaker er regulert i Folketrygdloven. § 6-7. Det stilles der krav om at det har skjedd "vesentlige endringer i de forhold" som var avgjørende for innvilgelsen. Endringer kan knytte seg både til medisinske forhold og til ekstrautgifter.

Noen stønader har lovhjemlet revurderingstidspunkt. Det opplyses fra saksbehandlerne ved forvaltningsenhetene at disse revurderingstidspunktene følges ved kontorene.

I de sakene som det ikke er lovhjemlet revisjonstidspunkt, har kontorene sammen laget rutiner for revurderingstidspunkt.

Ved en del kroniske sykdommer og lidelser revurderes ikke søknadene. Ved sykdommer og lidelser som gjerne har et mindre stabilt symptombilde eller som man kan bli bedre fra, er det lagt opp til revurderingstidspunkter basert på hva som er vurdert som hensiktsmessige revurderingstidspunkter ut fra sykdommen/lidelsen/skaden.

Det legges inn i systemene når hver enkelt sak skal revurderes. I intervjuer fremkommer det at saksbehandlerne i hovedsak opplever revurderingsrutinene som hensiktsmessige.

Mange av sakene som revurderes er saker som ble behandlet før 2011 og derfor ikke er elektronisk registrert. Dermed er det 19 ulike kontorer som har behandlet sakene tidligere.

Saksbehandlerne som er intervjuet opplever at det kan være utfordrende å hente frem saksdokumenter fra NAV. Ofte tar dette veldig lang tid og man risikerer at man ikke får tak i dokumentene.

Likebehandling av søknader

I intervjuer opplyser saksbehandlere at spesialiseringen av saksbehandling i grunnstønadsordningen har bidratt til økt likebehandling av søknader. Dette bekreftes også av NAV Klageinstans som forteller at det tidligere var svært store forskjeller mellom de 19 kontorene som da behandlet søknadene.

I dag samarbeider de to kontorene som behandler søknader med hverandre for å sikre likebehandling.

Det fremkommer videre gjennom intervjuer at dagens saksbehandlingsrutiner, som i stor grad består av skjønnsmessige vurderinger, ikke gjør det mulig å sikre fullstendig likebehandling av søknader.

I spørreundersøkelsen oppgir 25 prosent at dagens saksbehandlingsrutiner i liten eller svært liten grad bidrar til likebehandling. I de åpne kommentarfeltene i spørreundersøkelsen beskriver saksbehandlerne at dette primært skyldes den store graden av skjønnsmessige vurderinger. Flere skriver også at regelverket er utydelig eller uklart og at det ikke er utarbeidet gode nok retningslinjer for saksbehandlerne. Videre opplyser flere saksbehandlere at de opplever at det har etablert seg ulike rutiner både mellom grupper av ansatte som jobber tett sammen og mellom saksbehandlere.

Kompetanse

Saksbehandlerne oppgir i stor grad at de har til strekkelig kompetanse til å gjøre en god vurdering av søknader om grunnstønad. 74 prosent av saksbehandlerne oppgir i spørreundersøkelsen at de i stor eller svært stor grad opplever dette. I

snitt har de som har besvart undersøkelsen jobbet med å behandle søknader om grunnstønad i 3 år.

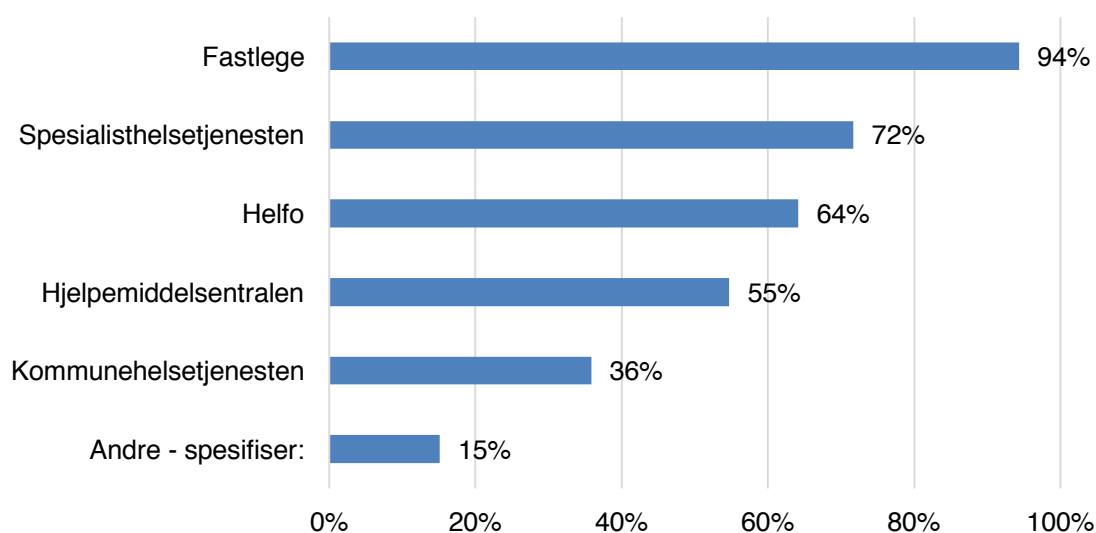
I intervjuer med saksbehandlere kommer det frem at de fleste har arbeidet med saksbehandling av søknader om grunnstønad i en lengre periode og at dette bidrar til høy kompetanse på ordningen. Spesialiseringen av ordningen har i tillegg bidratt til at hver enkelt saksbehandler behandler en stor andel søknader. I spørreundersøkelsen er saksbehandlerne blitt spurt om å oppgi et anslag på hvor mange søknader om grunnstønad de behandler per uke. Svarene viser at saksbehandler i gjennomsnitt behandler 11 søknader om grunnstønad per uke, men dette anslaget er beheftet med stor usikkerhet da dette varierer mye fra uke til uke da de også behandler søknader om hjelpestønad.

Samarbeid med andre instanser

Saksbehandlerne samarbeide med eksterne aktører for å innhente opplysninger om søkere, undersøke om søker mottar andre stønader for samme formål og for å innhente informasjon om ekstrautgifter knyttet til ulike formål.

Som vist i Figur 4-10, oppgir de aller fleste (94 prosent) av saksbehandlerne at de samarbeider med fastleger. Spesialisthelsetjenesten (72 prosent), Helfo (64 prosent), Hjelpemiddelsentralen (55 prosent) og kommunehelsetjenesten (36 prosent) er de andre mest sentrale instansene for samarbeid. 15 prosent har oppgitt at de også samarbeider med andre instanser.

Figur 4-10: Når det gjelder behandling av søknader om grunnstønad -. Samarbeider du med følgende instanser? (saksbehandlere n=53)



I det åpne kommentarfeltet opplyser de om at dette blant annet gjelder Statens vegvesen, NAV/bilkontoret, tilsynsleger ved sykehjem, fengsel, ortopediverksteder, Bufetat.

Forenkling av ordningen

46 prosent av saksbehandlerne oppgir at de i stor eller svært stor grad opplever at grunnstønadsordningen kan forenkles. 41 prosent svarer nøytralt og 13 prosent oppgir at de i liten grad opplever dette.

De som har oppgitt at grunnstønaden kan forenkles, er bedt om å utdype dette. Her oppgir saksbehandlerne at det bør legges opp til mindre skjønn, flere «firkantregler», mer bruk av medisinske uttalelser og mindre dokumentasjon på merutgifter, oppdatering av regelverk og fjerne formål som ikke lenger er relevante.

På spørsmål om det er mulig å utvikle verktøy som gjør det enklere å beregne merutgifter, svarer over halvparten nøytralt. 31 prosent mener dette i stor eller svært stor grad er mulig og 14 prosent mener det i liten eller svært liten grad er mulig å utvikle denne typer verktøy.

Flere «firkantregler»

77 prosent av saksbehandlerne som har besvart spørreundersøkelsen oppgir at de opplever at bruk av «firkantregler» kan utvides til flere diagnoser enn cøliaki.

I åpne tilbakemeldinger i spørreskjema på hvordan grunnstønaden kan forenkles er det ti saksbehandlere som trekker frem «firkantregler» og faste satser som et konkret tiltak.

Også i intervjuene er flere av saksbehandlerne inne på at dette vil gjøre saksbehandlingsprosessen både mer effektiv og sikre større grad av likebehandling.

4.3 Spørreundersøkelse blant mottakere av grunnstønaden

Målet med spørreundersøkelsen blant mottakerne var å få inntrykk av om de får dekket sine merutgifter og hvordan de oppfatter forvaltningen av ordningen.

En del av de som har besvart undersøkelsen kan ha fått sin sak behandlet før saksbehandlingen ble samlet i to enheter. Det er mulig at dette kan ha påvirket en del av svarene, bl.a. når det gjelder vurderingen av saksbehandlerne kompetanse.

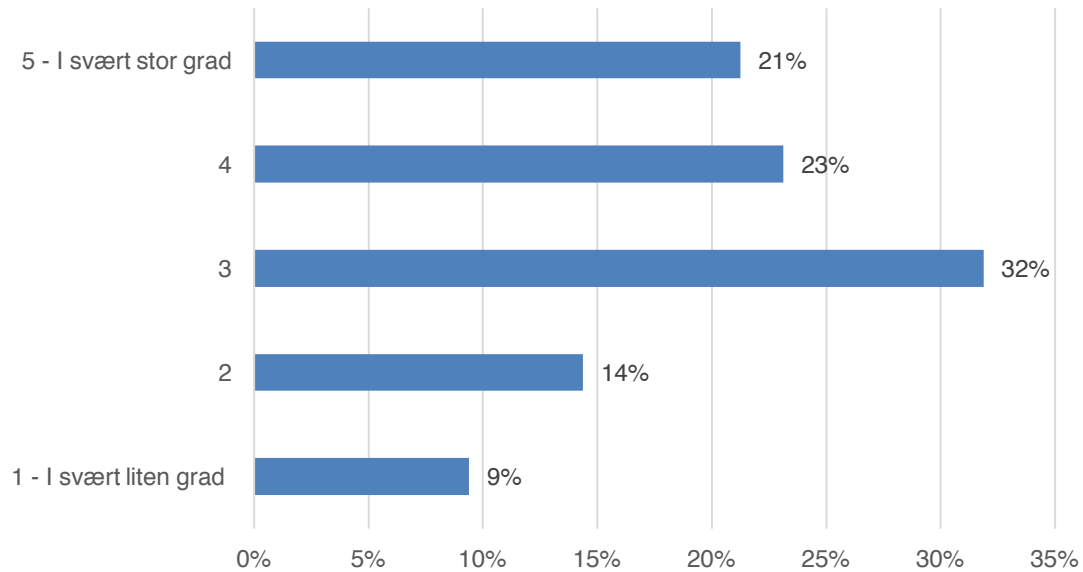
Tilfredshet med ordningen

Funn fra spørreundersøkelsen blant grunnstønadmottakere viser at det er store variasjoner mellom mottakere av grunnstønad når det gjelder hvor fornøyd de er med ordningen.

45 prosent svarer på den positive enden av skalaen, at de i stor eller svært stor grad er fornøyd. 32 prosent besvarer nøytralt og 23 prosent svarer at de i liten eller svært liten grad er fornøyd.

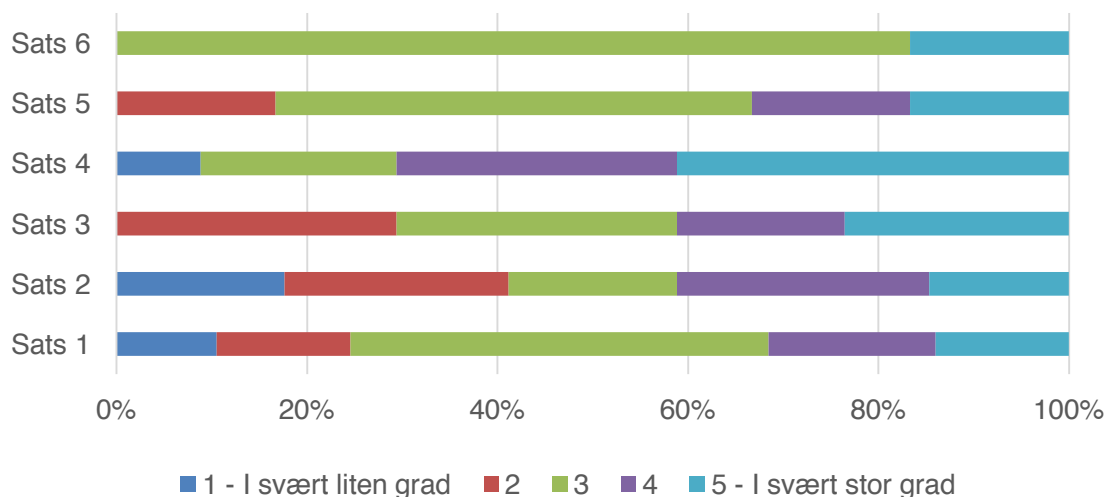
Det er ingen store variasjoner i tilfredshet mellom aldersgrupper eller mellom de ulike formålene mottakerne mottar grunnstønad for.

Figur 4-11: I hvilken grad er du tilfreds med grunnstønsordningen?
(mottakere av grunnstønad n=160)



Som vist i figuren under er det noen variasjoner i tilfredshet mellom mottakere av de ulike satsene. De som mottar sats 4 er i større grad positive enn mottakere av de øvrige satsene. Årsaken til dette vet vi ikke, men det kan ha sammenheng med at mange av mottakerne her mottar sats 4 grunnet fordyret kosthold og dermed får en standardsats.

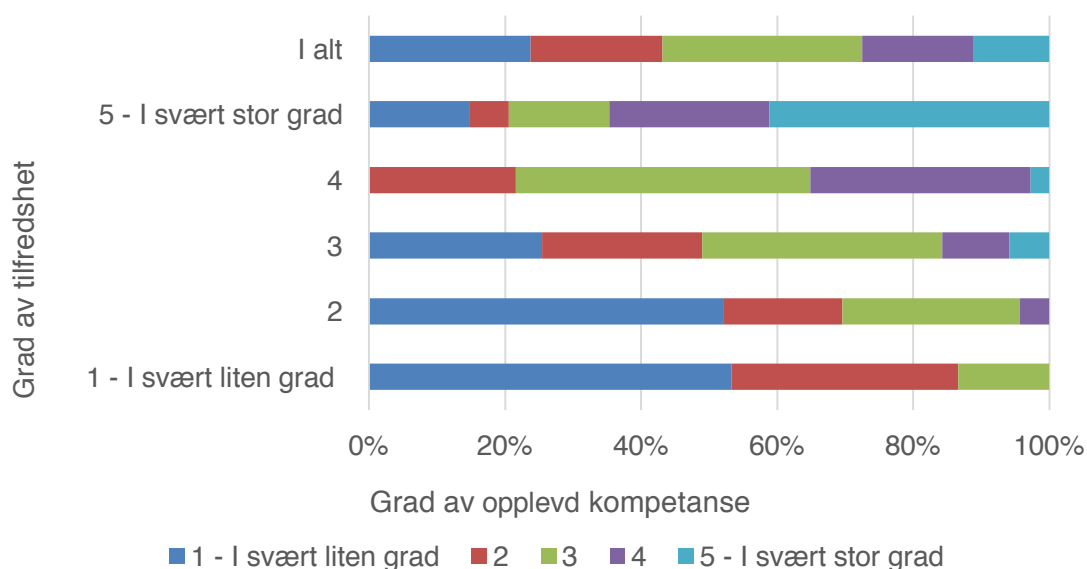
Figur 4-12 I hvilken grad er du tilfreds med grunnstønsordningen. Krysset med: Hvor mye får du utbetalt i grunnstønad fra NAV hver måned? (mottakere av grunnstønad n=160)



Vi ser også at både de som måtte levere inn kvitteringer og de som har måttet levere inn dokumentasjon fra legen sin oppgir å være mindre tilfreds med ordningen enn de som ikke har måttet levere inn denne type dokumentasjon.

Analysene viser at mottakernes vurdering av NAVs kompetanse har sammenheng med i hvilken grad de oppgir å være fornøyd med ordningen, som vist i Figur 4-13 under.

Figur 4-13: I hvilken grad er du tilfreds med grunnstønadsordningen. Krysset med: Da du søkte om grunnstønad, i hvilken grad opplevde du at NAV hadde tilstrekkelig kompetanse til å behandle søknaden din? (mottakere av grunnstønad n=167)

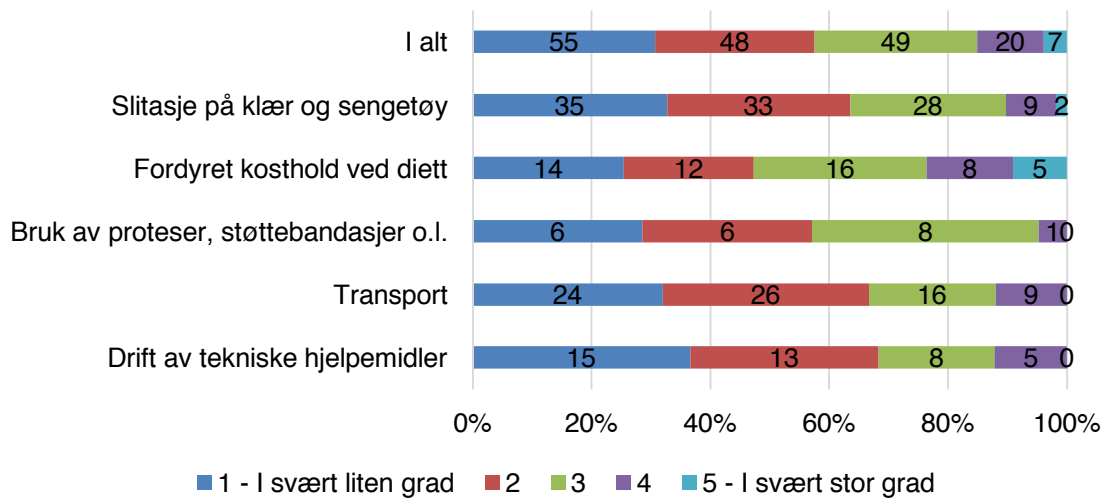


I de åpne svarene fra de som har oppgitt at de i liten grad er tilfreds med ordningen er det flere ting som gjentar seg, men de fleste trekker frem at de ikke får utbetalt nok til å dekke merutgifter og at søknadsprosessen er vanskelig.

Dekker ordningen ekstrautgiftene?

58 prosent av de som har besvart undersøkelsen oppgir at beløpet i liten eller svært liten grad dekker de ekstra utgiftene personen har i forbindelse med sin sykdom.

Figur 4-14: I hvilken grad dekker beløpet de ekstra utgiftene du har i forbindelse med din sykdom? Krysset med: Har du mottatt grunnstønad for en eller flere av disse? (mottakere av grunnstønad n=179)



15 prosent oppgir at beløpet i stor eller svært stor grad dekker disse utgiftene. Dette er i hovedsak personer som mottar grunnstønad grunnet fordyret kosthold som oppgir at grunnstønaden dekker de ekstra utgiftene.

Vi har krysset formålet mottakerne mottar grunnstønad for med i hvilken grad de opplever at beløpet dekker utgiftene. Analysene viser at det ikke er store variasjoner mellom mottakergruppene. De som mottar grunnstønad for fordyret kosthold ved diett er den mottakergruppen som skiller seg noe (positivt) ut, ved at de har en større andel som svarer at beløpet i stor eller svært stor grad dekker disse utgiftene.

Vurdering av kompetanse blant saksbehandlere i NAV

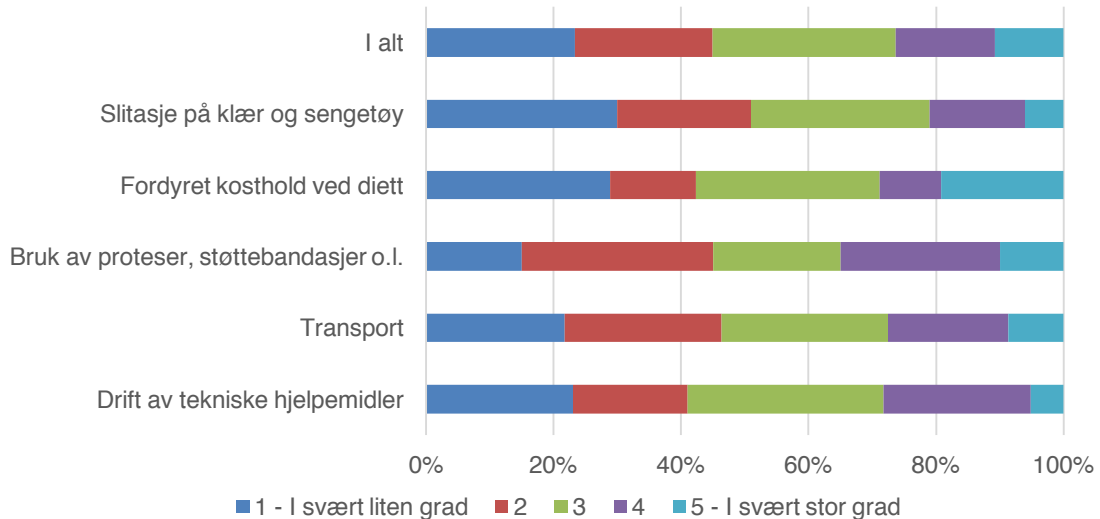
I spørreundersøkelsen spurte vi ikke brukerne av ordningen om når de fikk sin sak behandlet. Vi vet derfor ikke om brukernes inntrykk av NAVs kompetanse bygger på erfaringer før eller etter at saksbehandlingen ble samlet i to enheter.

45 prosent av de som har besvart undersøkelsen oppgir at de i liten eller svært liten grad opplevde at saksbehandler hadde tilstrekkelig kompetanse til å behandle søknaden deres. 29 prosent svarer nøytralt på spørsmålet og 26 prosent opplever at i stor eller svært stor grad at hadde kompetanse.

De som opplevde at NAV i svært liten grad hadde kompetanse er bedt om å beskrive hvorfor i åpne svarfelt. Det er mange ulike grunner til at mottakere av grunnstønad har opplevd at NAV har liten kompetanse.

Den mest gjentakende tilbakemeldingen knytter seg til opplevelsen av manglende kunnskap om medisinske forhold og diagnoser. 10 personer viser til at de først har fått avslag, men har fått innvilget søknaden etter å ha klaget og mener at dette tyder på for liten kompetanse hos dem som først behandlet søknaden.

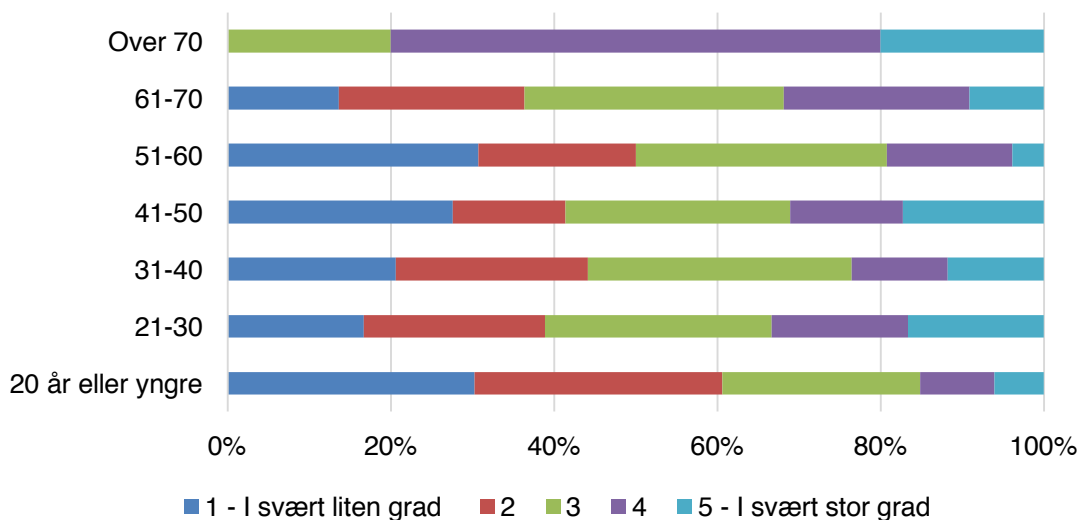
**Figur 4-15: Da du søkte om grunnstønad, i hvilken grad opplevde du at NAV hadde tilstrekkelig kompetanse til å behandle søknaden din?
Krysset med: Har du mottatt grunnstønad for en eller flere av disse?
(mottakere av grunnstønad n=167)**



I Figur 4-15 har vi krysset spørsmålet om opplevd kompetanse hos saksbehandler med spørsmål om hvilke/-t formål mottakere mottar grunnstønad til. Analysen viser at det er noen forskjeller mellom de ulike formålene, men at det ikke skiller seg ut formål saksbehandlere ser ut til å ha særlig god eller særlig mangelfull kompetanse på.

I Figur 4-16 har vi krysset spørsmålet om opplevd kompetanse hos saksbehandler med spørsmål om alder på den som mottar grunnstønad.

**Figur 4-16: Da du søkte om grunnstønad, i hvilken grad opplevde du at NAV hadde tilstrekkelig kompetanse til å behandle søknaden din?
Krysset med: Hvor gammel er du/den som mottar grunnstønad?
(mottakere av grunnstønad n=167)**



Som det fremkommer av figuren, opplever de under 20 år at NAV i mindre grad har kompetanse enn det eldre brukergrupper oppgir. Her er det viktig å understreke at de som har besvart undersøkelsen ikke nødvendigvis er under 20 år, men at den som mottar grunnstønaden er under 20 år, og at det er foreldre/foresatte som har besvart undersøkelsen på vegne av sitt barn. Respondenter over 70 år er de som størst grad oppgir at de mener NAV har tilstrekkelig kompetanse til å behandle deres søknad.

Forslag til forbedringer av ordningen

I spørreundersøkelsen er mottakere av grunnstønaden spurt om det er noe ved grunnstønaden som burde vært annerledes. 66 prosent av de som har besvart undersøkelsen svarer ja på dette spørsmålet. Disse har fått mulighet til å beskrive hva de mener kan forbedres i et åpent kommentarfelt og her kommer det frem flere forslag til forbedring av ordningen for mottakerne.

Mange av tilbakemeldingene i de åpne kommentarfeltene knytter seg til å lettere få høyere satser, at flere utgifter inngår i beregning av merutgifter, ønske om mindre dokumentasjonskrav og mer kompetanse på ulike diagnoser hos NAV. Tilbakemeldingene fordeler seg jevnt utover disse temaene.

4.4 Funn fra intervjuer med andre aktører

Formålet med intervjuene med NAV Hjelpemiddelsentral og Helfo har vært å kartlegge grenseflatene med grunnstønadsordningen. Det har vært særlig viktig å se på kjennskap til ordningen og eventuelle forbedringspunkter.

Hjelpemiddelsentralen

Hjelpemiddelsentralen har et overordnet og koordinerende ansvar for hjelpemidler til funksjonshemmede i sitt fylke, og er et ressurs- og kompetansesenter for offentlige instanser og andre som har ansvar for å løse funksjonshemmedes problemer.

Begge informantene ved hjelpemiddelsentralen kjenner til Grunnstønadsordningen, men det er ulikt i hvor stor grad. Én av informantene kjenner svært godt til den, mens den andre har et mer perifert kjennskap. Begge påpeker viktigheten av å gjøre en vurdering basert på medisinske vilkår sett i lys av mulighet for å utføre daglige gjøremål, stå i arbeid eller komme i arbeid/utdanning. Vurderingene som gjøres av saksbehandlerne her er slik sett mange av de samme som de som utføres i forbindelse med grunnstønadsordningen.

Hjelpemiddelsentralens vurderinger grenser mot vurderinger knyttet til grunnstønadsordningen i den forstand at sentralen tildeler/gir støtte til selve hjelpemidlet, mens grunnstønadsordningen gir støtte til *drift* av hjelpemidlet. Kostnadene knyttet til dette kan være små, for eksempel elektrisk rullestol, eller de kan være store, som for eksempel drift av spesialbygd bil. Ingen av respondentene har fått tilbakemeldinger fra brukerne om dette er tungvint.

De to respondentene har forskjellige oppfatninger av hvorvidt driftsutgiftene til hjelpemidler også skal forvaltes av Hjelpemiddelsentralen. På den ene siden er

det naturlig at også driftsmidler tildeles av Hjelpemiddelsentralen. Hvis man mener at man bør få noen kroner for ekstra drift så burde det henge sammen med vedtak om rullestol. Da er det en utgift som er for alle. Men på den andre siden vil ikke det helhetlige perspektivet kunne ivaretas dersom Hjelpemiddelsentralen overtar saksbehandlingen. Dette skyldes at de som har grunnstønad har behov for støtte på flere områder og de kan risikere å miste retten til grunnstønad dersom drift av hjelpemidler tas ut.

HELFO

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo forvalter refusjonsordningene for Helsedirektoratet. All saksbehandling og utbetaling knyttet til ordningene foregår i Helfo. I 2015 utbetalte Helfo 34,2 milliarder kroner i helserefusjoner. Helfos ordninger skiller seg vesentlig fra grunnstønadsordningen ved at den vanligste oppgjørformen er direkte oppgjør mellom behandler og Helfo.

I intervjuet kommer det fram at Helfo kjenner til grunnstønadsordningen, men at det er lite eller ingen dialog om eventuelle tilgrensende ordninger. Det utføres ingen kontroll fra Helfo mot NAV før vedtak fattes. Av overlappende ordninger nevnes delvis dekning av utgifter til madrass og puteovertrekk for barn under 16 år og støtte til næringsmidler over «blåreseptforskriften». For bidragsordningen søker bruker selv, med dokumentasjon fra lege. Bruker ettersender kvitteringer. I blåreseptordningen søker lege på vegne av bruker når det gjelder næringsmidler. Når bruker har blåresept, betales kun egenandel på apoteket/hos bandasjist, med mindre bruker har frikort.

Respondenten oppgir at det kan virke som det er mulig å få støtte til utgifter fra begge ordningene, særlig under blåreseptforskriften. Blåreseptforskriften har et mer spesifisert regelverk enn grunnstønaden, men sykdommer som for eksempel Føllings kan motta støtte fra begge ordninger.

4.5 Funn fra intervjuer med brukerorganisasjoner

Vi har gjennomført intervjuer med til sammen ti brukerorganisasjoner;

- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
- Norsk Handikapforbund (NHF)
- Norsk forening mot fordøyelsessykdommer
- Astma- og allergiforbundet
- Norsk cøliakiforening
- ADHD-foreningen
- Personskadeforbundet (tidligere Landsforeningen for trafikkskadde)
- Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU)
- Psoriasis- og eksemforbundet
- Norsk epilepsiforbund

Målet intervjuene har vært å få en bedre forståelse for hvordan grunnstønadsordningen fungerer for medlemmer av organisasjonene:

- Hva slags merutgifter får medlemmene dekket?
- Er det merutgifter de ikke får dekket?

- Hva slags erfaringer har de med søknads- og tildelingsprosessen?
- Har de forslag til endringer i regelverk eller forvaltning?

Vanligste merutgifter

Organisasjonene representerer en heterogen gruppe med hensyn til funksjonsnedsettelse og sykdommer. Også omfanget av bruk av grunnstønad varierer i stor grad mellom de ulike medlemsgruppene. Det er veldig få med psoriasis og eksem som mottar grunnstønad, mens blant medlemmer av Norsk Handikapforbund mottar nær alle grunnstønad.

Hva som er vanlig merutgifter varierer naturligvis med hvilken funksjonsnedsettelse eller sykdom mottakeren har. For bevegelseshemmede er transport viktigst, mens for personer med cøliaki eller andre fordøyelsessykdommer er merutgifter på grunn av fordyret kosthold ved diett det vanligste. Dette gjenspeiles i våre intervjuer med interesseorganisasjonene.

Personer med omfattende utfordringer har gjerne også flere typer merutgifter. De vanligste merutgiftene på tvers av diagnoser er knyttet til slitasje på klær og sengetøy. Også personer med ulike hudlidelser og epilepsi har ofte slike merutgifter. Mye bruk av transport kan også være aktuelt for andre enn bevegelseshemmede. For eksempel kan personer med fordøyelsessykdommer også ha behov for mye bruk av bil eller taxi. Det er liten variasjon i hvilken type merutgifter medlemmene får grunnstønad for utover dette.

Vi spurte representantene fra brukerorganisasjonene om de mente ordningen var treffsikker med hensyn til deres medlemsgruppe. Det var relativt bred enighet blant de vi intervjuet om at ordningen i stor grad er treffsikker i den forstand at de med godkjente diagnoser og sannsynliggjorte merutgifter mottar stønad. Det finnes imidlertid personer med merutgifter på grunn av en medisinsk tilstand som ikke mottar grunnstønad fordi diagnosen de har ikke er godkjent. Innenfor gruppen med fordøyelsessykdommer finnes det for eksempel en del som har irritabel tarmsyndrom (IBS) som kan ha store merutgifter til transport, diett og slitasje av klær og sengetøy, men mottar ikke grunnstønad. Paradokset er at flere har blitt uføretrygdet på grunnlag av IBS, men ikke innvilges grunnstønad¹². Andre svakheter ved ordningen er at mange kan falle mellom ulike satser og må dekke store deler av merutgiftene selv, i tillegg til at mange andre merutgifter utover det som dekkes av grunnstønaden.

Merutgifter som ikke dekkes av grunnstønad

En gjennomgående tilbakemelding fra brukerorganisasjonene er at særfradragsordningen favnet flere typer merutgifter enn det som dekkes av grunnstønadsordningen i dag. Ett eksempel på det er praktisk bistand/hjelp. En annen tilbakemelding er at mange medlemmer har merutgifter på grunn av sin medisinske tilstand utover det som godkjennes i grunnstønadsordningen, men som hører naturlig sammen med noen av utgiftstypene innenfor ordningen. Det gis for eksempel grunnstønad til merutgifter på grunn av slitasje på klær og

¹² NAV har i intervju sagt at de får svært få søknader om diett fra personer med diagnose IBS.

sengetøy, men enkelte har i tillegg slitasje på madrasser, puter ol., og merforbruk av strøm til hyppigere vask av klær og sengetøy. Det gis heller ikke grunnstønad til merutgifter til oppvarming for personer med reumatisme, men det gis stønad til dekning av merforbruk av strøm til drift av hjelpemidler. En del som har hudsykdommer, bruker lyskabinetter. Dette ble tidligere dekket av særfradragsordningen, men må i dag dekkes av pasientene. Merutgifter til strøm for kabinettene dekkes ikke.

Astma- og allergiforbundet oppgir at forvalterne av grunnstønad har for svak kompetanse på atopisk eksem og at det er vanskelig å få utløst grunnstønad for denne lidelsen¹³. Denne sykdommen er mest vanlig hos barn. Det opplyses at merutgiftene kan utgjøre opp til kr. 20 000 per år. Forbundet mener at det ville vært fordel med en spesialisering av forvaltningen av ordningen, basert på diagnoser.

Det finnes andre eksempler på merutgifter som ikke godkjennes av NAV. En informant oppgir om at insulinpumper kan medføre slitasje på klær, men ikke godkjennes som merutgift fordi det ikke finnes medisinsk dokumentasjon som beviser det. Mange av de som mottar grunnstønad er også storbrukere av en rekke kommunale (helse- og omsorgs-) tjenester. Flere påpeker at summen av egenandelene utgjør en stor økonomisk belastning for mange medlemmer, og mener man bør se på muligheten for å innlemme dette i grunnstønadsordningen.

Grunnstønad for å dekke merutgifter til diett gis kun for diagnoser der det er et bredt forskningsmessig grunnlag som beviser at diett har effekt. Diett kan være aktuelt for flere enn cøliakere og andre alvorlig kronisk syke i mage/tarm, men på grunn av manglende konsensus i forskning knyttet til effekten av diett er det sjelden NAV godkjenner stønad til de tilfellene. Et eksempel på det er illustrert i sitatet nedenfor:

«Finnes noe forskning på ADHD og kosthold men den er ikke signifikant. Stort spenn i grad av ADHD så hvis man har observert 10 personer så har man observert bare de 10. Det er behov for mer forskning».

Transport er helt avgjørende for veldig mange funksjonshemmede, men også veldig kostbart. Enkelte informanter uttrykker at det er variabelt mellom kommunene hvor mye som gis i bruk av TT-ordningen. Der ordningen brukes lite må det til gjengjeld brukes mye bil eller taxi, men informanter fra brukerorganisasjonene oppgir at de har inntrykk av at det er geografiske forskjeller med hensyn til hvor mye bilbruk som vurderes som nødvendig, og hvor mye taxibruk den enkelte kan få dekket. En annen tilbakemelding er også at det er uheldig at det er begrensninger i hva som anses som nødvendig bilbruk for de som ikke er i arbeid eller under utdanning.

Vurdering av dokumentasjonskravene

De fleste brukerorganisasjonene er i utgangspunktet positive til at det finnes dokumentasjonskrav.

¹³ Ved utgangen av 2016 var det 536 mottakere av grunnstønad med diagnosen atopisk dermatitt

Den vanligste tilbakemeldingen er likevel at en stor andel medlemmer opplever dokumentasjonskravene som krevende og strenge. Flere forteller eksempler om medlemmer som må føre detaljerte tellinger for å dokumentere merutgiftene sine. Personer med kognitive vansker på grunn av ADHD eller som har ervervet hjerneskade etter ulykke/skade opplever dokumentasjonskravene som spesielt byrdefulle. Denne gruppen sliter ofte med svekket konsentrasjon, hukommelse og det blir derfor vanskelig å følge opp avtaler eller spare på kvitteringer i tre måneder. Sitatet under illustrerer dette:

«Mange sliter kognitivt, sliter med konsentrasjon i hverdagen, det å planlegge, strukturere, huske timeavtaler eller frister. Veldig skjembasert og de må forklares seg ihjel. (...) Flere oppfattes også som sære, late eller sløve når det egentlig er en biologisk nedsatt evne som gjør at de er sånn.»

Et annet problem er knyttet til utgifter som verken er engangsutgifter eller er regelmessige. Eksempler på dette kan være skader på ting som personer forårsaker som følge av sin sykdom. Blant annet kan enkelte epileptikere være i en slik situasjon. Det kan da slå feil ut når utgifter på beregnes på grunnlag av en relativt kort periode. Det er imidlertid vanskelig å se fullgode løsninger på slike tilfeller. Man kan tenke seg at merutgifter kan meldes inn i ettertid, at dokumentasjonen må dekke lengre periode eller at NAV i stedet for å dekke faktiske merutgifter til reparasjoner og erstatningskjøp, dekker utgifter til særlig forsikring, som en del av de aktuelle personene har.

En informant oppgir at medlemmene deres opplever at det er veldig frustrerende og uforståelig når de allerede tilfredsstill de medisinske vilkårene, men kan risikere å få avslag på grunn av mangler i dokumentasjonen. Informanten mener dette kommer overraskende på mange fordi mottaker som regel ikke får noe forvarsel før avslaget kommer, som for eksempel pålegg om å ettersende dokumentasjon.

Manglende samordning mellom NAVs ytelser kan også føre til at brukerne opplever kravene som unødvendige. Et eksempel er når en person må dokumentere merutgifter til bilhold selv om personen allerede har fått innvilget bil fra NAV for å dekke det samme behovet.

Enkelte får også dekket noen utgifter fra Helfo (folketrygdloven § 5-22) og andre med grunnstønad fra NAV. Både NAV og Helfo skal ha dokumentasjon på utgiftene. Enkelte mente at disse to ordningene burde slås sammen for å gjøre det enklere for brukerne.

Enkelte informanter tror brukere med de største utfordringene, og ofte de største merutgiftene, lar vær å søke fordi prosessen for å dokumentere merutgiftene blir for tung og vanskelig. Informantene mener også det er mange som avstår fra å klage på grunn av dokumentasjonskravene.

Vurdering av satsene

De fleste informantene er stort sett fornøyd med dagens satser. En viktig tilbakemelding er imidlertid at noen av de predefinerte satsene ikke alltid reflekterer de faktiske merutgiftene. Flere av informantene oppgir at det er

problematisk at satsen som gis til bilhold ikke justeres etter bilens levetid. Eldre biler fordrer mer vedlikehold, og har større og hyppigere behov for reparasjoner. Sitatet nedenfor er ett av flere eksempler som ble trukket frem i intervjuene om satsene for bilhold:

«Ei dame fikk regning fra NAV på 68 000 kr. for manglende reparasjoner på 12 år gammel bil. Hadde ikke råd til å holde bil.»

Norsk handikapforbunds hefte "Hva koster det å være funksjonshemmet i Norge i 2017?" har en framstilling som understøtter at satsene til bilhold ikke er tilstrekkelig.

Det er også et ønske blant enkelte av organisasjonene som er intervjuet at antall satser blir høyere slik at ordningen blir bedre til å fange opp de med merutgifter som faller mellom to satser. Det vil gjøre ordningen mer treffsikker ved å redusere andelen merutgifter mottakerne må betale selv. En annen informant mener det er uheldig at satsene ikke øker i tråd med lønns- og prisvekst.

Når det gjelder satsen til diett for cøliakere oppgir enkelte at den trolig er for høy. Det begrunnes med prispress på grunn av et større utvalg produkter, og bedre kvalitet på ferdigmat slik at færre må lage noe selv.

Like tilfeller behandles ulikt?

Opplevelsen av forskjellsbehandling er vanligst blant de med "skjulte" funksjonsnedsettelse eller sykdommer, som for eksempel ADHD, epilepsi og fordøyelsessykdommer. Det er en oppfatning hos enkelte brukerorganisasjoner at dette skyldes manglende kompetanse hos NAV, og at det i noen grad henger sammen med at det eksisterer en del myter og feiloppfatninger rundt enkelte av disse diagnosene.

Saksbehandlingen av søknader om grunnstønad skjer på nasjonalt nivå og skal i prinsippet i liten grad være påvirket av lokale forhold. Oppfatningen om forskjellsbehandling kan derfor være mer relatert til eldre saker, dvs. før saksbehandlingen ble samlet i to enheter, men kan også være knyttet til lokale variasjoner i legenes medisinske vurderinger. På en annen side utøver NAV skjønnsmessig vurdering når ekstrautgiftene er vanskelig å dokumentere. Det kan føre til at like tilfeller behandles ulikt. For eksempel viser en undersøkelse utført av landsforeningen mot fordøyelsessykdommer at om lag 14 prosent av de med Chrons sykdom får avslag på søknad om grunnstønad, mens astma- og allergiforbundet opplyser om et stadig økende antall avslag blant deres medlemmer. Informasjonen fra intervjuene kan ikke tydeliggjøre dette ytterligere.

Norsk epilepsiforbund opplyser om at en del med epilepsi følger ketogen diett¹⁴. Dette innebærer store merutgifter. De ser at det er store forskjeller i hvor mye grunnstønad medlemmene får til dekning av slik diett. Foreningen mener at man kan vurdere å innføre en standard sats for slik diett, tilsvarende som for glutenfri diett.

¹⁴ Finnes i flere varianter, men i hovedsak inneholder dietten mye fett og lite karbohydrater

Om revurdering av saker

For de fleste som mottar grunnstønad er sykdommen eller funksjonsnedsettelsen av varig karakter, og er ofte noe de må leve med for resten av livet. Revurdering er ikke problematisk når det gjelder diagnoser der symptombildet kan variere over tid, men det er sjeldent det er tilfelle. De fleste av de vi har snakket med oppgir at en stor andel av deres medlemmer opplever kravet revurdering som provoserende:

«Bør ikke drive med revurdering av alle saker. Det er mye man ikke vokser av seg.»

«Veldig frustrerende for mange. De må med jevne mellomrom dokumentere alt på nytt. Mange har en hjerneskade i tillegg, sliter med kognisjon og dårlig konsentrasjon. Krav om fornyelse av helsevurdering oppleves veldig provoserende.»

Om særfradragsordningen

Flere av de vi har intervjuet har inntrykk av at flere kostnadstyper som tidligere ble dekket gjennom særfradragsordningen ikke ble med inn i grunnstønadsordningen. Flere oppfatter at særfradragsordningen var en slags samlepotte og "du kunne ta alt mulig der". Et eksempel på det er praktisk bistand. Flere mener likevel at grunnstønadsordningen fungerer bedre enn særfradragsordningen. Enkelte påpeker at medlemmene deres opplevde ordningen som veldig uforutsigbar, og at det oftere var store geografiske variasjoner i praksis. En annen ulempe er at den først og fremst gjelder de med (høy) inntekt:

«Særfradragsordningen opplevd som litt tilfeldig, særlig de siste årene. Et medlem som hadde fått det ene året fikk ikke året etter, men så viste det seg at hun egentlig ikke hadde krav i første omgang. Det er litt sånn at de som fikk satt stille i frykt for at det plutselig skulle forsvinne.»

Den generelle oppfatningen er likevel at grunnstønadsordningen er bedre egnet enn særfradragsordningen, men at grunnstønadsordningen bør utvides til å inkludere flere av de kostnadstypene medlemmene kunne få på særfradragsordningen. Det trekkes også frem at NAV er bedre egnet til å gjøre disse vurderingene enn skattekontoret, samtidig som det er styrke at søknaden dokumenteres med en medisinsk vurdering fra lege.

Forbedringspotensial for ordningen

Det er ulike oppfatninger om hvor godt ordningen fungerer for ulike grupper. En av organisasjonene vi har snakket med fortalte at de sjelden mottar klagesaker som omhandler ordningen, og har derfor veldig lite kjennskap til omfanget i bruken blant deres medlemmer og hvor godt ordningen fungerer for dem.

Organisasjoner som i større grad mottar tilbakemeldinger fra medlemmene sine om ordningen oppfatter at den fungerer godt for medlemmer med "enkle" saker. Flere forteller at pågangen fra misfornøyde medlemmer har blitt større de siste årene. Dette skyldes både at forvaltningen av grunnstønad har blitt strengere (etter 2011) og sett i sammenheng med innstramminger på andre ordninger. Som følge av dette havner mange i en veldig presset økonomisk situasjon.

Hvorfor endre en ordning som fungerer godt?

Spørsmålet over er den umiddelbare responsen fra en av våre informanter da vi spurte om alternativer til dagens ordning. Det er ingen av de vi har snakket med som har uttrykt et ønske om å erstatte grunnstønsordningen, men flere mener ordningen kan forbedres.

Noen av forslagene til endring er allerede nevnt i omtalen om satsene og dokumentasjonskravene. I tillegg til forenkling av dokumentasjonskrav og flere satser, ønsker brukerorganisasjonene blant annet også mer tilgjengelig NAV-ansatte og flere utgiftstyper inn i ordningen.

Flere av de vi har intervjuet er kritiske til at NAV-ansatte ikke er tilgjengelige for brukere som har behov for veiledning og bistand i forbindelse med søknad om grunnstønad. Mange opplever at de blir henvist til en datamaskin når de oppsøker sitt lokale NAV-kontor for å få hjelp. Dette er uheldig særlig for personer med kognitive vansker. Det er brukerorganisasjonene som i neste omgang mottar de henvendelsene, men har ofte begrenset kompetanse og kapasitet til å kunne betjene alle. De som mener dette ønsker mer personkontakt gjennom mulighet for å gjøre avtaler med en NAV-veileder for eksempel.

Det er gode medarbeidere i nav-systemet som kan lover og regelverk, det er viktig at de er tilgjengelige også muntlig. NAV jobber med forenkling av vedtak, det er bra men fortsatt lang vei å gå. Mye må gjøres på nettet, det er bra for de som er oppegående nok for det. Mange synes det er vanskelig, savner et sted å henvende seg og få veiledning. Viktig med personkontakt.

Mange som kommer innom (her) for småtteribistand, likevel henvist til datamaskin eller blir bedt om å gjøre en avtale hos NAV. Mange har fått skadet gjennomføringsevnen sin, blir så høy terskel for å gjøre noe når de ikke klarer å stå for gjennomføringen.

Forskriften for grunnstønsordningen inneholder en liste over hvilke utgiftstyper det kan innvilges grunnstønad til. I dag praktiseres listen strengt. Enkelte mener at listen bør beholdes, men at den bør tolkes mer veiledende, samtidig som det bør skapes større rom for skjønnsmessige vurderinger. På en annen side er det flere som ønsker standardiserte satser for flere diagnoser at (enn i dag), at for eksempel ADHD og mage-/tarmsykdommer (utenom cøliaki) utløser minstesatsen, men at merutgifter utover det må dokumenteres. En informant uttrykker det slik:

Tenk heller på hvilke utgifter som kan tas inn enn om grunnstønad skal eksistere eller ikke. Utvide ordningen for å erstatte mye av det som var i særfradragsordningen.

En informant mener det er trygghetsskapende og forutsigbart at ordningen er rettighetsbasert gjennom folketrygdloven, og er samtidig veldig kritisk til å erstatte ordningen med en kommunal ordning fordi koblingen til kommuneøkonomi kan gjøre ordningen uforutsigbar. En annen informant uttrykte bekymring over kompetansenivået hos kommunen og er også kritisk til overføring av oppgaver til kommunene.

4.6 Funn fra intervjuer med medisinere om kosthold og ernæring

Ettersom en stønad til merutgifter for diett utgjør en meget stor og økende andel av bruken av grunnstønad, har oppdragsgiver lagt vekt på at prosjektet skal se nærmere på dette. Vi har intervjuet spesialister innenfor medisin om hva som ligger bak den sterke veksten i bruk av grunnstønad til dekning av merutgifter til diett og hvordan de ser på utviklingen på dette området fremover.

Vi har intervjuet to professorer ved Universitetet i Oslo, to leger ansatt i NAV og en seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

Regelverket

Folketrygdloven har som vilkår for innvilgelse av grunnstønad at søkeren:

1. har varig sykdom, skade eller lyte og
2. har nødvendige ekstrautgifter på grunn av varig sykdom, skade eller lyte

I forbindelse med diett, er det tatt inn et tilleggsvilkår:

3. Nødvendigheten av spesialdiett for den aktuelle diagnosen må være vitenskapelig dokumentert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis.

Det er et vilkår for rett til grunnstønad at ekstrautgiftene minst svarer til laveste sats.

Matintoleranser

Det finnes flere ulike typer matintoleranse hvor det kan være hensiktsmessig med tilpasset kosthold. Det medisinske grunnlaget for å anbefale tilpasset kosthold kan i mange tilfeller regnes som lite kontroversielle. Hovedformålet med behandlingen er å hjelpe pasienten til å oppnå bedre funksjonsnivå med mindre plager. Om årsakssammenhengen er fysiologisk eller sykdomsrelatert har ikke nødvendigvis praktisk betydning for behandlingen av pasienten. For å ha rett til en ytelse etter folketrygdloven er det imidlertid et krav om at behandlingsbehovet skal ha bakgrunn i sykdom. Folketrygdloven legger til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Med økende kunnskap medfører dette at sykdomsbegrepet er dynamisk og hele tiden under utviklingen. Forståelsen for sammenhenger kan endre seg med ny kunnskap. Hva som regnes som sykdom kan derfor endre seg med økt kunnskap og forskning. Folketrygdloven legger likevel opp til en konservativ holdning hvor den nye kunnskapen må være medisinsk alminnelig anerkjent før vilkåret om sykdom er innfridd.

Det er flere matvareintoleranser som er omhandlet i rundskrivet for grunnstønad, deriblant non-cøliaki-gluten-intoleranse (NCGI). NCGI gir ifølge rundskrivet grunnstønad på lik linje med cøliaki. Det er usikkert hvor mange som får grunnstønad på bakgrunn av NCGI. Det finnes ikke noe diagnosekode for tilstanden i den norske utgaven av ICD-10 som benyttes for koding og grunnlaget for NAV sin statistikk. Det er å anta at NCGI blir kodet som cøliaki, selv om det er to forskjellige tilstander.

Matvareallergier

Matvareallergier er reaksjoner som involverer immunsystemet hvor immunsystemet reagerer på en unormal måte ved inntak av det spesifikke allergenet. Allergier kan gi alvorlige reaksjoner, og i noen tilfeller kan små mengder av inntaket skape stor reaksjon. Allergi er nevnt i rundskrivet med kriterier som skal være oppfylt for vilkåret om sykdom.

Cøliaki

Cøliaki er en kronisk betennelsessykdom som skyldes en uhensiktsmessig immunreaksjon mot gluten i hvete, rug og bygg, dermed blir tarmtottene skadet¹⁵. Dette fremprovoseres av proteinet gluten. Cøliaki diagnostiseres ved hjelp av blodprøver og gastroskopi med tynntarmsbiopsi. Dette er en relativt sikker diagnosemetode. Det finnes retningslinjer for diagnostisering, og for pasienter som undersøkes i samsvar med disse retningslinjene, er det lav risiko for over- eller underdiagnostisering.

Trolig forekommer det også at leger ikke sørger for at alle som har cøliaki faktisk blir testet for dette. Dette gir underdiagnostisering.

Hvorfor ser man så en så sterk vekst i antall søkere om grunnstønad med diagnosen cøliaki? Det antas¹⁶ at omlag 1 prosent av befolkningen i Nord-Europa har cøliaki. Studier av lagret serum fra blod tyder på at hyppigheten av cøliaki har økt med 300-400 prosent i løpet av de siste 50 år. I Norge tilsvarende 1 prosent omlag 50 000 personer. Tall vi har fått fra NAV viser at ved utgangen av 2016 var det 26 600 som fikk grunnstønad på grunnlag av diagnosen cøliaki. Dette tyder på at cøliaki fremdeles er underdiagnostisert og/eller at mange som har fått cøliaki-diagnose lar være å søke grunnstønad. Trolig kan økningen i antall personer som får diagnosen både forklares med at det er stadig flere som faktisk har sykdommen, men også at oppmerksomhet om dietter og mage-/tarm-lidelser har ført til at flere har oppsøkt lege med slike problemer og at flere er blitt testet.

Blant nye mottakere av grunnstønad i 2016, hadde 74 prosent diagnosen cøliaki eller annen glutenintoleranse¹⁷. Disse diagnosene utgjør en økende andel av grunnlaget for stønaden.

Irritabel tarm

Det er kommet en del forskning som tyder på at en stor andel av de som lider av irritabel tarm kan ha nytte av en diett omtalt som Fodmap-reduisert diett. I sin oppsummering av eksisterende forskning finner Nanayakkara et.al. (2016) at det store flertallet av pasienter med symptomer på irritabel tarm blir bedre av å følge på Fodmap-reduisert diett. Det ble også nylig offentliggjort en norsk undersøkelse som tyder på at mange som mener de ikke tåler gluten, i

¹⁵ Ludvigsson et al. Gut 2014, Pubmed ID 24917550, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24917550>

¹⁶ Jf. Lebowhl (2015)

¹⁷ Jf. Helde (2017)

realiteten ikke tåler fruktan¹⁸. Fruktan finnes i glutenholdig mat, men også i andre matvarer. Irritabel tarm er ikke nevnt i rundskrivet til grunnstønad og må derfor behandles på individuelle vilkår.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har innhentet vurderinger fra spesialistmiljøer i Norge på bakgrunn av gjennomgang av rundskrivet til grunnstønad. Her ble det spurt om NCGI er anerkjent som en sykdom. Angående diagnosen irritabel tarm har ikke Arbeids- og velferdsdirektoratet innhentet synspunkter fra flere ulike fagmiljøer¹⁹ slik de har gjort i tilknytning til NCGI.

Alle individuelle tilfeller hvor en spesialdiett skulle være fordyrende, her også i tilknytning til irritabel tarm, eller andre tilstander hvor diett ikke er generelt anbefalt, må fremlegges individuelt. Rådgivende lege i NAV ytelse lager ofte et saksfremlegg ved forespørsel fra saksbehandler på den individuelle saken ved behov for medisinsk faglig vurdering for saksbehandling.

Andre diagnoser

Det er en rekke andre diagnoser knyttet til varige sykdommer i fordøyelsessystemet. Noen av disse krever at de som lider av sykdommen avstår fra visse matvarer (f.eks. protein ved Føllings sykdom). For en del andre diagnoser er behovet for diett mer individuelt, men det er ikke bestridt at det kan være behov for diett ved disse sykdommene (herunder ved Ulcerøs kolitt og Krohns sykdom). Dietten vil for mange være mer individuelt tilpasset enn ved cøliaki. Dette gjør at bruk av standardisert sats ikke vil gi treffsikker utmåling.

Diett anbefales også for en del sykdommer som ikke er knyttet til fordøyelsessystemet, herunder hjerte-/karsykdommer og diabetes. Diettene som anbefales for de som har disse diagnosene skiller seg ikke vesentlig fra anbefalinger om kosthold for friske personer, og man regner ikke med at disse personene påføres vesentlige ekstrautgifter.

De senere årene er det utviklet sterkere forskningsmessig grunnlag for å anbefale diett for nye diagnosegrupper. Bl.a. er det evidens for at en del barn med epilepsi får redusert sine symptomer hvis de følger en såkalt ketogen diett (mye fett, lite karbohydrater). Det forskes også på om slik diett også kan anbefales for en del voksne med epilepsi, men trolig er det få voksne epileptikere som i dag får anbefaling om tilpasset kosthold. Det er også forsket på glutenfri kost for personer som har diagnoser i autismespekteret (aspeberger syndrom, barneautisme, mv.). Vi har ikke intervjuet spesialister på sistnevnte tilstander.

¹⁸ Jf. Skodje et.al. (2017)

¹⁹ Rådgivende lege i Direktoratet var i fjor vår i kontakt med spesialist i fordøyelsessykdommer Arne Røseth, Lovisenberg Diakonale Sykehus vedrørende denne diagnosen.

5 Støtteordninger i Danmark og Sverige

For å få fram alternative måter å oppnå målet med grunnstønadsordningen, har vi kartlagt tilsvarende ordninger i Sverige og Danmark. Begge landene har ordninger med mål som har mye til felles med målet for grunnstønadsordningen, men regelverket og forvaltningen avviker betydelig fra ordningen i Norge.

Kartleggingen er basert på litteratursøk og direkte kontakt per telefon eller epost med ressurspersoner i landene.

5.1 Danmark

Merudgiftsydelse

I Danmark er det kommunal ytelse – ”merudgiftsydelsen” – som har omlag samme funksjon som grunnstønad i Norge. Gjennom ”lov om social service” er kommunene forpliktet til å gi merudgiftsydelse. I § 100 heter det

Kommunalbestyrelsen skal yde dækning af nødvendige merudgifter ved den daglige livsførelse til personer mellem det fyldte 18. år og folkepensionsalderen, ..., med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne Det er en betingelse, at merudgiften er en konsekvens af den nedsatte funktionsevne og ikke kan dækkes efter anden lovgivning eller andre bestemmelser i denne lov.

Udmålingen af tilskuddet sker på grundlag af de sandsynliggjorte merudgifter for den enkelte, f. eks merudgifter til individuel befordring, håndsræknings²⁰ og fritidsaktiviteter.

For å få ytelsen, må merutgiftene utgjøre minst 6 000 danske kroner per år. I juni 2017 fattet Folketinget endringer i lovverket for å forenkle beregningene av merutgiftsytelsen. Det er nå slik at tilskudd til nødvendige merutgifter kan ytes når søker har sannsynliggjort merutgifter på minst 6408,- per år, eller 534,- per måned. Det er nå tre intervaller for månedlig støtte (henholdsvis 1 000, 2 000 og over 2 500 kroner per måned. Mens det skjer en avrunding på de lavere nivåene, dekkes faktiske merutgifter hvis de overstiger kr. 2 500 per måned.

De gjeldende reglene ble innført i 2017. Tidligere var det ikke standardiserte nivåer for ytelsen. Månedlig støtten ble rundet opp til nærmeste 100 kroner.

De utgiftstypene som flest får støtte til er diett, medisiner, transport, praktisk bistand, oppvarming av bolig, tøyvask samt klær. Det er mindre vanlig med dekning av merutgifter til fritidsaktiviteter, driftsutgifter til bil, husleie, personlig hygiene samt forsikringer. Det blir relativt sjelden utbetalt merutgiftsytelse

²⁰ Bistand/hjelp

relatert til hjelpemidler. Det er på noen områder store forskjeller mellom kommunene. Utgifter til tøy ble sjeldent dekket i én kommune, mot hyppig i andre kommuner. Tilsvarende gjelder for merutgifter til fritidsaktiviteter og tøyvask.

Det er utarbeidet omfangsrike ytelseskataloger som gir en detaljert beskrivelse av valide datakilder og beregningsmetoder til ulike utgiftstyper. Ved de enkelte utgiftstypene står det typisk hva et normalforbruk anslås å være, og videre hvordan dette kan omsettes/utregnes til et utgiftsnivå. Eksterne kilder brukes ofte, gjerne interesseforeningers nettsider (eksempelvis sider for allergi/astma, diabetes eller cøliaki).

Erfaringene

Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) gjennomgikk nylig merutgiftsydelsen slik den var utformet inntil 2017²¹.

Kommunene brukte betydelige administrative ressurser på å forvalte merutgiftsydelsen. Ansvaret for merutgiftsbevilgninger er plassert hos "visitasjonsenheter" i kommunenes helse- og omsorgsavdelinger. Det varierer imidlertid om merutgiftsordningen er samlet hos én enhet eller fordelt på flere enheter. I noen kommuner står en enkelt avdeling for den samlede administrasjonen, mens det i andre kommuner er kompleksitet i saken. Enkelte kommuner har også fordelt ansvaret slik at én avdeling foretar en målgruppevurdering og hjemmebesøk mens en annen avdeling står for de skjønnsmessige beregningene og utbetalingene. Felles for kommunene er at de ønsker å samle ansvaret for merutgiftsområdet på så få og erfarne medarbeidere som mulig, da det er komplekse problemstillinger som krever erfarne saksbehandlere, og spesialisering er nødvendig for å oppnå en effektiv administrasjon. I én kommune har saksmengden medført at oppgavene er fordelt på flere, og de har også besluttet at disse ikke kun skal arbeide med merutgifter.

Kommunene er klar over at noen av kildene som brukes for å beregne merutgifter, kan være farget av organisasjonenes roller, og at kommunene må se noe kritisk på kildebruken.

KORAs kartlegging viste at enkelte merutgiftstyper er vanskeligere å beregne enn andre. Noen merutgiftstyper som anses preget av en høy grad av objektivitet når det gjelder både pris og omfang/mengde (eksempelvis medisiner og spesialkost) er lettere å anslå enn andre, eksempelvis praktisk bistand, tøyslitasje, ødeleggelse av innbo eller utgifter til fritidskjøring. Det er også utfordringer med å få anslått merutgifter sammenlignet med normalforbruk på områder som bekledning og sko. Her er det mange andre forhold enn funksjonsnedsettelsen som avgjør kjøpsbeslutningene, og valgene kan ikke alltid knyttes klart til funksjonsnedsettelsen. På andre områder, herunder diett, er dette ofte enklere.

²¹ Jf. Kora (2016)

Staten refunderer 50 prosent av kommunens merutgifter. Kommunenes utgifter til merutgiftsytelse falt med 500 millioner (37 prosent) i perioden 2010 til 2014. KORA har ikke undersøkt årsakene til dette, men antar det er flere medvirkende faktorer. Enkelte regelendringer kan ha bidratt. Ny kunnskap og endret praksis kan også ha vært medvirkende, herunder førte en undersøkelse om diabetikerers faktiske ekstrautgifter til kost til lavere veiledende takster.

Oppsummert peker rapporten på følgende utfordringer:

- Vanskelige skjønnsvurderinger, da det er funksjonsnedsettelsen og ikke diagnosen som skal ha betydning for om søkeren har krav på stønad.
- Serviceloven sier ikke noe om hva som er normale og/eller nødvendige merutgifter
- Stor kompleksitet og variasjon, med brukere som kan ha flere sykdommer og funksjonsnedsettelse, lang historikk og vanskelig å avklare hvilken bestemmelse søkeren skal få tilskudd fra
- Kravene til begrunnelse er restriktive og ressurskrevende
- Det kan kreves dokumentasjon i form av statistikk som ikke er offentlig tilgjengelig eller vanskelig å fremskaffe, eller som stammer fra kilder som gjør at kommunen kan stille spørsmål rundt validiteten til opplysningene
- Det er kun utgifter som ikke kan dekkes av annen lovgivning som kan dekkes som merutgiftsytelse. Det er utfordringer knyttet til avklaringer av hvem som gjør hva (f.eks. kan skoleskyss dekkes enten av utdanningssektoren eller av sosial sektor)
- Ankeinstitusjoner har ingen klar linje, noe som vanskeliggjør praksis. Det sendes ut mange prinsippavgjørelser.

Selv ordningen ble endret i 2017, kan vi ikke se at endringene løser alle problemene KORA påpeker.

5.2 Sverige

Vårdbidrag og handikappersättning

Sveriges har ordninger med vårdbidrag og handikappersättning. Vårdbidrag gis til foreldre som har barn med funksjonsnedsettelse, og skal kompensere for økt hjelpebehov (tilsyn og eller pleiebehov) og/eller merutgifter som følge av funksjonsnedsettelsen. Vårdbidrag kan bevilges til en forelder for et barn. En legeuttalelse om barnets helsetilstand vedlegges søknaden om vårdbidrag.

Handikappersättning

Retten til vårdbidrag (hjelpestønad) som utbetales til foreldrene bortfaller når barnet blir 19. Man kan selv ha rett på handikapperstatning fra og med juli måned det året man fyller 19. For å ha krav på handikappersättning må en lege avlegge en uttalelse om funksjonsnedsettelsen og hvordan den påvirker individet. Handikappersättning kan gis hvis personen har merutgifter som følge av varig sykdom eller funksjonsnedsettelse. Det er Forsäkringskassan som forvalter ordningen. Det tre ulike satser - henholdsvis 1 344, 1 979 og 2 576 svenske kroner er måned.

Försäkringskassan nevner følgende som eksempler på former for merkostnader som dekkes:

- Behandlingsutstyr ("vårdutrustning") eller leie eller kjøp av hjelpemiddel
- Sykegymnastikk eller legebehandling
- Legemidler eller spesialkost som lege eller ernæringsfysiolog (dietist) har skrevet ut
- tannbehandling
- husholdsutstyr
- syke- og behandlingsreiser
- Ekstra slitasje på klær
- Utgift til verge
- Utgift til hjemmehjelp

En del kommuner tilbyr støtte til de samme formålene som dekkes av Handikappersättning. Hvis det gis støtte fra kommunen, kommer denne til fradrag ved beregning av Handikappersättning.

Personer over 65 år beholder erstatningen de har fått innvilget tidligere hvis behovet og merkostnadene er de samme. Man vil imidlertid ikke få økt merutgiftsdekningen. Man kan også i visse tilfeller få utbetalt handikaperstatning etter fylte 65 selv om man ikke har fått det før, men forutsetningen er at funksjonsnedsettelsen må ha inntrådt før fylte 65, og dette må dokumenteres av lege.

Søknad og tildeling

Man kan søke handikappersättning ved å sende en legeerklæring til Försäkringskassan. En saksbehandler kontakter så søkeren, og sammen går de gjennom søkerens merutgifter, basert på behovet slik det er definert av legen. Dette gir grunnlag for vedtak.

Bruk av sjablonger

Synshemmede får automatisk utbetalt den høyeste satsen (2 576 svenske kroner per måned) hvis de "saknar ledsyn". Hvis vedkommende samtidig får utbetalt sjukersättning, aktivitetsersättning eller alderspensjon senkes utgiftsdekningen, men vedkommende vil alltid ha krav på utbetaling av laveste sats.

Har man sterk hørselshemming slik at man også med høreapparat har vansker med å høre hva andre sier, har man krav på handkappersättning på laveste nivå (1 344 svenske kroner per måned). Man kan ha krav på høyere sats hvis man har andre hjelpebehov eller merkostnader.

Hvis funksjonsnedsettelsen er av en slik art at merkostnadene kommer til å vedvare, kan man få utbetalt handikapperstatning uten å måtte søke hvert år. Forsikringskassen vil ta kontakt med noen års mellomrom for å gjennomgå hjelpebehov og kostnader.

Subsidierte diettprodukter og kommunale ordninger

Man kan også få dekket enkelte av merutgifter til kost for barn under 16 år fra kommunen eller landsting via livsmedelsanvisning, en ordning med prisreduerte produkter via resept. Foreldre til barn kan få dekket deler av utgifter til gluten- og melkefrie produkter, og betaler da en egenandel. Man kan få produkter for høyst 90 dager av gangen, og betaler en egenandel på 120 kroner hver gang.

Etter at barnet har fylt 16 år, opphører ordningen. Det finnes kommunale ordninger for støtte til diett, men man kan i prinsippet også få handikappersattning til diett. En undersøkelse foretatt av Svensk Celiakiforbund²² viste åtte av 21 landsting hadde ordninger med stønad til eller subsidiering av glutenfri kost, jf. for personer over 16 år med cøliaki.

Reformbehov

I 2015 leverte en arbeidsgruppe i Rikskansliet (som ledes av statsministeren) en redegjørelse om støtteordningen der de påpekte flere svakheter ved den og fremmet forslag om endringer. De fant at regelverket var utydelig på flere områder. Handikappersattningen savnet en tydelig beskrivelse av betydningen/innholdet i begrepet merkostnad.

For en person som har rett til både handikappersattning og vårdbidrag bør vurderingen av merkostnadene og hjelpebehov integreres og ses i sammenheng. Det finnes ikke veiledende retningslinjer for hvordan denne integreringen skal foretas.

Utvalget/Rikskansliet vurderte at handikappersattningens særbehandling av blinde og døve (ved bruk av sjablonger) var utdaterte tidsmessig, at den stort sett har vært uforandret siden 1975. En automatisk utbetaling av sats samsvarte videre ikke med utviklingen av holdninger til personer med funksjonsnedsettelse, med eller med utviklingen av andre støtteformer, noe som har medført at ordningen ikke har samme funksjon som tidligere. De mente også at handikappersattningen ikke økte mulighetene for personer med funksjonsnedsettelse til å delta på arbeidsmarkedet, og at den var dårlig tilpasset situasjoner der begge foreldrene arbeider (man får ikke kompensert inntektsbortfall som følge av omsorgsarbeid).²³

Rikskansliet foreslo et regelverk som dekker erstatning for merkostnader både for barn og voksne i form av merkostnadserstatning ved funksjonsnedsettelse både for barn og voksne, og et omvårdsbidrag til foreldre som har barn med funksjonsnedsettelse. Disse skulle erstatte handikappersattning og vårdbidrag.

²² <http://www.celiaki.se/leva-med-celiaki/livsmedelsanvisning-och-kontanersattning/>

²³ I Forsakringskassans kunnskapsoversikt fra 2007, peker de også bla på at det oppstår grensedragningsproblemer mellom handikapperstatningen respektivt vårdbidrag og andre støtteformer. Videre gikk en stor del av de innvilgede merutgiftene med til å erstatte en persons avgifter til kommunen og landsting, og at det på denne måten ble en type overføringssystem fra stat til kommune og landsting.

Videre foreslo de å definere klarere hva slags merutgifter som kunne dekkes og at Konsumentverket skulle utarbeide veiledende informasjon om hva som ligger innenfor normale kostnader. Dette vil være en støtte for Forsäkringskassan når de behandler søknader. De foreslo også å innføre fem erstatningsnivåer, noe som ville redusere nåværende terskeeffekter.

De ønsket å innføre fem nivåer av merkostnadserstatning mot datidens tre:

1. 30 prosent av prisbasebeløpet (13 350 kr. i 2015) hvis merkostnadene når opp til 25 prosent av prisbasebeløpet men ikke 35 prosent av prisbasebeløpet
2. 40 prosent av prisbasebeløpet (17 800 kr. i 2015) hvis merkostnadene når opp til 35 prosent av prisbasebeløpet men ikke 45 prosent av prisbasebeløpet
3. 50 prosent av prisbasebeløpet (22 250 kr. i 2015) hvis merkostnadene når opp til 45 prosent av prisbasebeløpet men ikke 55 prosent av prisbasebeløpet
4. 60 prosent av prisbasebeløpet (26700 kr. i 2015) hvis merkostnadene når opp til 55 prosent av prisbasebeløpet men ikke 65 prosent av prisbasebeløpet
5. 70 prosent av prisbasebeløpet (31 150 kr. i 2015) hvis merkostnadene når opp til minst 65 prosent av prisbasebeløpet.

Forslaget innebærer også økt spesialisering av saksbehandlingen.

Rapporten har vært på høring. Høringsuttalelsene spriker, men det ser ut til at de fleste støtter at støtte til hjelp og merutgifter ses i sammenheng, at saksbehandlingen sentraliseres (gir økt likebehandling og spesialkompetanse) og skepsis til bruk av sjabloner. Regjeringen har enda ikke besluttet om de ønsker å gjennomføre de følgende forslagene.

5.3 Om likheter og forskjeller

Alle landene har ordninger som dekker omlag samme behov som grunnstønad.

Det er store forskjeller i prosessen for å beregne merutgiftene. Tabell 5-1 viser enkelte viktige forskjeller mellom landenes ordninger.

Sverige baserer søknaden på en legeerklæringen, tilsvarende som Norge, men beregningen av merutgiftene er betydelig annerledes i Sverige. Der er en samtale mellom søker og saksbehandler sentral, mens i Norge er dokumentasjon av utgiftene et sentralt element i saker der det ikke brukes standard sats.

I Danmark skjer tildelingen gjennom en prosess som minner om den som brukes ved tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge. Kommunen har ansvaret for tildeling av "Merudgiftsydelsen" i Danmark. Regelverket for ordningen sier ikke hva slags informasjon kommunen skal basere sin tildeling på, men i praksis skjer tildelingen vanligvis etter hjemmebesøk. I Danmark er det utviklet en katalog for beregning av ytelser, men denne er ikke bindende for kommunene, men snarere et hjelpemiddel for saksbehandlerne.

Tabell 5-1: Enkelte hovedtrekk i grunnstønsordningen og tilsvarende ordninger i Danmark og Sverige

	Norge	Danmark	Sverige
Ansvarlig forvaltningsnivå	Staten	Kommuner	Staten
Medisinsk vurdering	Legeerklæring	Ikke definert	Legeerklæring
Beregning av merutgifter	Vanligvis dokumentasjon av utgifter	Hjemmebesøk. Nasjonal "ytelseskatalog" som støtte	Samtale mellom søker og saksbehandler

6 Drøfting og konklusjoner

Vi vil her først drøfte en del delspørsmål før vi konkluderer om hovedspørsmålet: Oppnår grunnstønadsordningen målet for ordningen? Drøftingen er basert på kapitlene 3-5. Delspørsmålene er hentet fra oppdragsbeskrivelsen.

6.1 Hvem bruker ordningen?

Avsnitt 4.1 viser at de som mottar grunnstønad i gjennomsnitt har lavere inntekt og levestandard enn andre og en større andel av dem er uføre. Det er relativt vanlig blant grunnstønadmottakerne at de har lite yrkesinntekt (<1G).

En relativt høy andel av grunnstønadmottakerne bor i husholdninger som ikke består av bare barn under 18 år og minst én av foreldrene med eventuell partner/ ektefelle. Trolig består mange av disse husholdningene av personer som er 18 år eller eldre som bor sammen med minst én av sine foreldre. Det har ikke skjedd noen markant endring i hva slags husholdningstyper som bruker grunnstønad.

Antall brukere av ordningen har falt kontinuerlig siden 2004, selv om antallet som får grunnstønad til diett mot cøliaki har økt sterkt. Antall brukere har falt i alle andre hovedgrupper av diagnoser enn sykdommer i fordøyelsessystemet.

Det har over tid skjedd store endringer i hva slags merutgifter som gir grunnlag for grunnstønad. Dekning til transport er fortsatt den mest vanlige utgiftstypen, men utgjør en liten andel av nye saker (6 prosent i 2016). Diett er i ferd med å bli den mest vanlige merutgiften. Stønad til diett utgjorde 80 prosent av nye saker i 2016.

6.2 Hvor store er merutgiftene ved diett?

I 2016 fikk 34,3 prosent av grunnstønadmottakerne støtte til merutgifter til diett. Det er en del av diagnoser som gir såkalt direkte plassert sats, dvs. en standard sats på basis av diagnosen alene, uten krav om dokumentasjon av faktiske merutgifter. For diagnoser som tilsier glutenfri diett, gis det normalt sats 4.

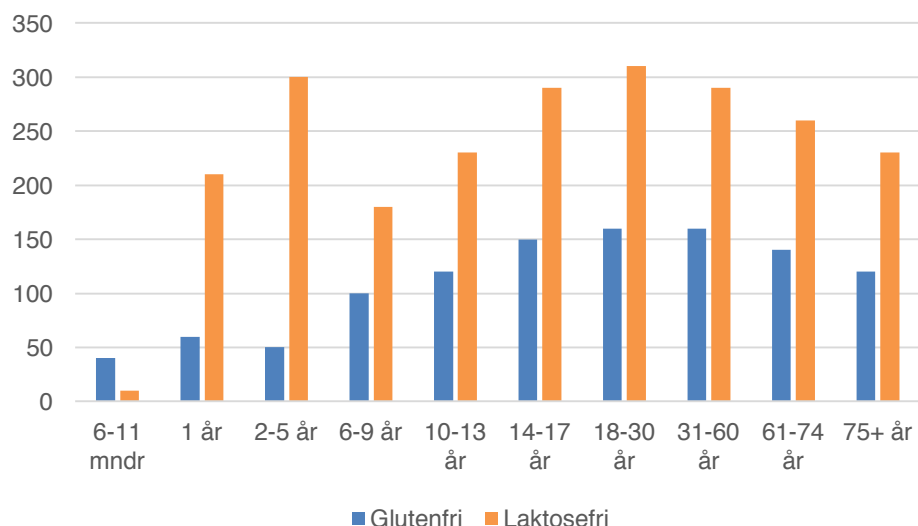
I Rundskrivet henvises det til beregning fra Nasjonalt råd for ernæring. Vi antar at henvisningen viser til Løvik (1998). Glutenfrie produkter er blitt langt mer tilgjengelige siden 1998 og omsetningen har trolig økt sterkt. Dette kan ha bidratt til at prisene på slike produkter har nærmet seg tilsvarende matvarer med gluten.

I Sverige beregner Konsumentverket merutgiftene knyttet til henholdsvis glutenfri og laktosefri kost. Merutgiftene er differensiert etter alder.

Figur 6-1 viser at merutgiftene for henholdsvis laktose- og glutenfri kost ligger på 250-300 og 150 svenske kroner per måned for voksne. Dette tilsvarer henholdsvis vel 17 og vel 13 prosent av utgiftene til mat.

I Sverige er det ordning med at de som har diagnoser som tilsier at bør ha særlig tilpasset kosthold, kan få kjøpe egnede næringsmidler på apotek til en subsidiert pris. I beregningene til Konsumentverket er det imidlertid forutsatt at maten kjøpes til ordinær pris i butikk.

Figur 6-1: Sverige: Normale månedlige merutgifter til henholdsvis gluten- og laktosefri kost for aldersspesifikke grupper. Svenske kroner



Kilde: Konsumentverket

I Sverige er matutgiftene for en voksen anslått til rundt 1700 svenske kroner per måned. SIFO beregner et referansebudsjett for Norge etter omlag samme metode som Konsumverket bruker i Sverige, men skiller mellom kvinner og menn. Månedlige utgifter for voksne (18-60 år) er anslått til henholdsvis 2 240 og 2 790 kroner for kvinner og menn (Jf. SIFO, 2017). Ved å bruke gjennomsnittet for kvinners og menns matutgifter i Norge, finner vi at utgiftene i Norge er vel 40 prosent høyere enn i Sverige. Vi har ikke informasjon om også differansen i utgiftene til henholdsvis diettprodukter og ordinært kosthold og er tilsvarende mye større i Norge enn i Sverige.

Hvis man antar at merutgiftene, regnet i prosent av ordinære matvarer, er de samme i Norge som i Sverige, får man at merutgiftene til henholdsvis laktosefritt og glutenfritt kosthold i Norge er henholdsvis 327 og 428 kroner per måned for voksne. Begge disse anslagene ligger godt under sats 1. Standard sats for glutenfri kost er 1 977 kroner per måned.

Både beregningene fra Sverige og en del av intervjuene vi har gjennomført indikerer at merutgiftene er ved glutenfri diett er betydelig lavere enn stønad som gis i dag. Vi mener at det bør lages nye beregninger av merutgiftene knyttet til glutenfri diett i Norge. Det store antall brukere og de store utgiftene knyttet til stønad til slik diett tilsier at det kan forsvares å styrke beslutningsgrunnlaget for stønaden til dette formålet.

I avsnitt 6.4 drøfter vi framtidig bruk av grunnstøndsordningen. Vi mener at det er grunn til å forvente at det ville komme flere søknader om dekning av merutgifter til såkalt lavFODMAP-diett. Hvis man beregner merkostnadene ved

glutenfri diett, kan det være hensiktsmessig også å beregne merutgiftene ved FODMAP samtidig.

NAV's data viser at det var 26 600 med diagnose cøliaki som hadde grunnstønad i 2016. Nesten alle disse fikk stønad etter stats 4, dvs. kr 23 734 per år. Samlet stønad til disse utgjorde da 631 mill.kr. per år. Hvis man finner at stønaden til glutenfri kost er for høy, kan man få følgende reduksjon i utgiftene, avhengig av hvilken sats som blir gjeldende:

- Sats 3: Innsparing 203 mill.kr.
- Sats 2: Innsparing 305 mill.kr.
- Sats 1: Innsparing 417 mill.kr.
- Lavere enn sats 1: Innsparing 631 mill.kr.

Ettersom det kan være grunn til å tro at antall som får diagnosen cøliaki vil øke i årene som kommer, vil en eventuell innsparing bli større enn våre anslag tilsier.

6.3 Dekkes merutgiftene?

Systemet med stønad etter faste satser innebærer en form for "egenfinansiering". Satsstrukturen drøftes i avsnitt 6.6.

I tillegg tyder intervjuene med interesseorganisasjonene på at det er en del løpende merutgifter som ikke dekkes. Man kan skille mellom følgende mulige årsaker til manglende dekning:

- Reglene gir ikke anledning til dekning av de aktuelle merutgiftene
- Beregningene av merutgiftene gir for lave anslag
- Den høyeste satsen er for lav

I intervjuene framkommer det at det er eksempler på at personer har andre typer merutgifter enn de som kan dekkes innenfor dagens regler. Eksempler på dette er

- Utgifter til oppvarming for revmatikere og merforbruk av strøm til hyppigere vask av klær og sengetøy knyttet til rekke andre sykdommer
- Praktisk bistand/hjelp
- Egenandeler
- Diett for flere sykdommer

Eksempler på merutgifter som kan dekkes innenfor dagens regler, men som dekkes i for liten grad er:

- Slitasje på madrasser, puter ol.
- Salver til personer med atopisk eksem
- Slitasje på klær ved bruk av insulinpumper
- Skader på klær og ting
- Bilbruk – hva er "nødvendig bilbruk"?

Vi viser til mer utfyllende omtale i avsnitt 4.5.

Enkelte av dem vi har intervjuet mener at den øverste satsen er for lav. De har påpekt at merutgiftene til drift og vedlikehold av eldre biler kan bli betydelige høyere enn den øverste satsen.

Vi vil også peke på at det trolig er en del som får dekket utgifter som ikke er reelle merutgifter. Dette har sammenheng med at når saker kommer til fornyelse, og det medisinske grunnlaget for tiltak ikke er endret, gjør ikke NAV en ny vurdering av om tiltaket faktisk gir merutgifter. Derfor er det mange som fortsatt får støtte til telefon, selv om det nå virker rimelig å anta at alle normalt vil ha telefon og at telefonenes funksjonalitet vil være tilfredsstillende for de fleste brukere. Man ser da også at det er svært få blant de nye sakene der det gis stønad til telefon.

For personer som ikke har hatt bil tidligere, utmåles grunnstønad ut fra en forutsetning om at personen ikke ville hatt bil hvis vedkommende ikke hadde hatt sykdom eller skade. Dette gjelder blant annet alle som har fått sykdom eller skade som barn. I praksis vet man at flertallet av voksne har bil. Hjorthol (2014) viser at 89 prosent av husholdningene disponerte bil i 2013/14. Andelen med bil varierer geografisk og trolig også med inntektsnivå. Selv om dagens regler gjør at stønad til dekning av merutgifter til drift av egen bil overdrives, er det vanskelig å se alternative regler som kan en rimelig treffsikker utmåling.

6.4 Framtidig bruk av ordningen

Vi ser følgende viktige utviklingstrekk i bruk av grunnstønad:

- Utenom støtte til diett samt proteser, bandasjer, mv., faller bruken
- Antall brukere med støtte til telefon og transport faller særlig sterkt
- Antall som får støtte til diett, øker sterkt

I tillegg mener vi at to andre faktorer kan få stor betydning for bruken av ordningen, gitt at regelverket holdes uendret:

- Antall som får diagnostisert cøliaki vil trolig fortsette å øke
- Merutgiftene til glutenfri kost kan vise seg å være lavere enn den grunnstønadssatsen som brukes i dag tilsier
- Nyere forskningsresultater tyder på at det blir grunnlag for å konkludere at diett er en nødvendig utgift for irritabel tarm og/eller andre mage-/tarmlidelser som vanligvis ikke gir grunnlag for grunnstønad i dag

Transport og telefon

En viktig grunn til at færre får stønad til dekning av merutgifter til transport er at trolig at flere har egen bil før bil blir nødvendig som følge av sykdom eller skade. Dermed er det færre som får merutgifter knyttet til drift og vedlikehold av egen bil. Det virker rimelig å anta at denne trenden vil fortsette.

Enkelte av intervjuene tyder på at dagens høyeste sats for grunnstønad er lav sammenlignet med merutgiftene for enkelte mottakere med biler som er dyre i drift. Dette gjelder få brukere, og selv, man hever høyeste sats eller innfører en ny høy sats vil dette bety lite for samlede utgifter til grunnstønad.

Det blir stadig mer vanlig å ha telefon, og nye telefoner har som standard innebygget funksjonalitet som tidligere krevde spesialtilpasning og som er nyttig for mange med nedsatt funksjonsevne. Teksttelefon er ett eksempel på dette; smarttelefoner dekker dette behovet. Trolig er det grunn til å anta at

funksjonaliteten til telefoner som kan finansieres innenfor et ordinært budsjett, fortsatt vil forbedres slik at stadig færre vil få støtte til telefon.

Diett

Trolig er den viktigste grunnen økningen i antall som får grunnstøtte til merutgifter til diett at flere blir diagnostisert med cøliaki (jf. avsnitt 4.6). Epidemiologiske studier tyder på at det fremdeles er betydelig underdiagnostisering av cøliaki i Norge, og det er dermed grunn til å tro at antall som har denne diagnosen fortsatt vil øke.

Nyere forskning gir støtte til at en stor andel av personer med irritabel tarm (IBS) blir bedre av diett (se f.eks. <https://helsenorge.no/sykdom/mage-og-tarm/irritabel-tarm>). I dag er det svært få med denne diagnosen som har grunnstønad. Helsedirektoratet oppgir at tilstanden anslås å ramme mellom 8-25 prosent av den norske befolkningen.²⁴

I motsetning til for personer med cøliaki, er det ved IBS trolig ikke grunnlag for å anbefale én standardisert diett, men en diett som er individuelt tilpasset (jf. helsenorge.no).

Trolig er det ikke grunn til å forvente at mange med IBS vil få grunnstønad. Grunnen er at det trolig er få av pasientene som vil få høye merutgifter på varig basis. Dietten skal gjennomføres i to trinn. I det første trinnet skal man unngå alle matvarer med mye gluten samt en del grønnsaker og andre matvarer. Hvis man blir bedre i den første fasen skal man så trinnvis reintrodusere matvarer inntil man identifiserer matvarer som utløser symptomene. Dette vil kunne gjelde matvarer som ikke gir høye merutgifter.

Det er mindre enn 20 mottakere grunnstønad i hver av de fire kodene for irritabel tarm (to fra ICD9 og to fra ICD10). NAV har opplyst at grunnen til at det er få som får grunnstønad på grunnlag av irritabel tarm er at det er få som søker. Søknad om stønad til merutgifter til FODMAP ville i første omgang kunne bli avvist på grunn av at merutgiften ikke kan antas å være varig, men når hele utprøvingen er gjennomført, kan man sitte igjen med merutgifter som i prinsippet kan dekkes av ordningen.

Som nevnt tidligere, mener vi det er usikkert om dagens sats for glutenfri kost reflekterer reelle merutgifter. Undersøkelser fra Sverige tyder på at merutgiftene er betydelig lavere. En endring av standard sats for søkere med cøliaki vil ha stor betydning for utgiftene til grunnstønad. Man kan heller ikke utelukke at merutgiftene til glutenfri kost er såpass lave de ikke når opp til sats 1.

Generell forbruksvekst

Tanken bak grunnstønadsordningen er at mottakerne i størst mulig grad skal kunne ha delta i de samme aktivitetene og ha tilgang på de samme varer og tjenester som personer uten varige sykdommer, funksjonsnedsettelse eller lyter. Når forbruksmønsteret endres, skal dette i prinsippet reflekteres i utmåling av grunnstønad.

²⁴ <https://helsenorge.no/sykdom/mage-og-tarm/irritabel-tarm>

Kanskje vil man se at det blir stadig mer vanlig med fritidsreiser og andre aktiviteter knyttet til fritid. Dette skal i prinsippet hensyntas i beregning av grunnstønad til transport.

Trolig vil det generelle forbruksnivået endre seg langsomt, og virkningene or grunnstønadsordningen vil ikke bli særlig merkbar på kort sikt.

Deltagelse i utdanning og arbeid

Det er et mål, bl.a. innenfor avtalen om inkluderende arbeidsliv, å øke yrkesdeltagelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne. Forpliktelsene til universell utforming har også økt, noe som trolig fører til at personer med nedsatt funksjonsevne kan øke sin deltagelse både i arbeid og utdanning og på andre arenaer hvor de har deltatt lite. Tilpasninger på arbeidsplasser er arbeidsgivers ansvar, men økt utgifter til transport og kanskje også drift av andre hjelpemidler (enn egen bil) kan øke som følge av økt deltagelse på ulike arenaer. Både IA-avtalen og de første forpliktelsene til universell utforming har eksistert lenge, og det vi kan ikke se grunner til at det skal skje markante skift i deltagelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne i nær fremtid.

Samlet vurdering

Vi mener at utenom grunnstønad til dekning av diett, vil antall mottakere trolig fortsette å falle. Selv om man innfører en ny høyere sats for å dekke en større del av merutgiftene til personer med biler med høy løpende utgifter, vil utgiftene til grunnstønad falle, når man ser bort fra dekning av utgifter til diett.

Trolig vil antall personer med cøliaki-diagnose fortsette å øke.

I tillegg er det ikke usannsynlig at det vil bli grunnlag for å konkludere at det er vitenskapelig dokumentert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis at diett er nødvendig for flere diagnoser, herunder irritabel tarm. Gitt at merutgiftene ved slik diett for mange av de som lider av sykdommen overstiger sats 1, vil dette kunne gi meget sterk vekst i antall mottakere av grunnstønad. Dette representerer en risiko for sterk økning i antall brukere av ordningen.

På den andre siden er det mulig at merutgiftene ved diett viser seg å være betydelig lavere enn hva man hittil har lagt til grunn. Dette representerer en risiko for sterk reduksjon både i antall brukere av ordningen og i stønad per mottaker.

Vår samlede konklusjon er at de relativt forutsigbare faktorene tilsier fortsatt moderat nedgang i antall mottakere, at det er mulig at antall søknader om stønad til diett vil øke sterkt, men også at det kan vise seg at stønadsbeløpet til dekning av merutgifter ved diett vil reduseres sterkt. Til sammen innebærer dette mulighet både for økning og for reduksjon både i antall mottakere og i stønadsbeløpene.

6.5 Forvaltning av ordningen

Ressursbruk

Det medgår omtrent 23 årsverk, fordelt på de to forvaltningsenhetene i NAV, til å behandle søknader om grunnstønad. I tillegg er omtrent 3 årsverk avsatt til å behandle klager. Det er ingenting som tyder på at kapasiteten er for lav eller mangelfull. Saksbehandlingstiden oppleves som tilfredsstillende blant både brukere og saksbehandlere.

Vi mener det er fornuftig at saksbehandlerne behandler søknader om både grunn- og hjelpestønad, ettersom det ofte er de samme brukerne. Dette forenkler og forbedrer saksbehandlingen.

Årsverksinnsatsen virker fornuftig, men det må tas høyde for at antallet søknader er på vei ned. Dette *kan* på sikt medføre at årsverksinnsatsen på feltet skal reduseres.

Brukertilfredshet

Undersøkelsen har vist at det er store forskjeller mellom brukerne når det gjelder hvor tilfredse de er med grunnstønadsordningen. Analyser av svarene har vist at det særlig er de som mottar sats 4 som er fornøyde. Denne undersøkelsen gir ikke klare svar på hvorfor det er slik, men kobling av svar indikerer at det kan ha å gjøre med at flere i denne gruppen mottar støtte til fordyret kosthold og følgelig mottar en standardsats.

Videre ser det ut til at grad av tilfredshet henger sammen med grad av dokumentasjonskrav. Brukere som må levere kvitteringer oppgir å være mindre tilfredse med ordningen, mens brukere med Cøliaki og non-cøliaki glutenintoleranse må som hovedregel kun levere legeerklæring. Det kan derfor tenkes at dette oppleves som en smidigere prosess ettersom det er mer enighet på tvers av fagmiljøer om behovet for annet kosthold ved disse lidelsene, sammenlignet med andre fordøyelsessykdommer.

I tilfeller der søker har opplevd at saksbehandler ikke har hatt tilstrekkelig kompetanse til å gjøre en god vurdering av søknaden, er søkers tilfredshet med ordningen lavere. Brukers tilfredshet kan også ses i sammenheng med brukernes ønsker om mer kontakt med saksbehandlerne. Mens saksbehandlerne i stor grad oppgir at brukerkontakten er tilfredsstillende, ønsker mange brukere seg mer direkte kontakt.

Avslutningsvis er det relevant å påpeke at brukere av ulike stønadsordninger kan ha incentiver til å underrapportere tilfredshet med ordningen av frykt for at overdreven tilfredshet vil medføre at ordningen fjernes eller reduseres. Vi har imidlertid ikke indikasjoner på at det er tilfellet her.

Kvalitet på saksbehandling (likebehandling)

Funn fra evalueringen viser at kvaliteten på saksbehandlingen har blitt bedre etter spesialiseringen av ordningen. I tillegg oppgir informantene at det jobbes sammen og på tvers av de to kontorene, nettopp for å sikre likebehandling av

saker- på et overordnet nivå. Etter spesialiseringen av fagområdet har man også sett en nedgang i antallet klagesaker.

Samtidig viser undersøkelsen at 25 prosent av saksbehandlerne er helt eller delvis uenig i at dagens saksbehandlingsrutiner bidrar til likebehandling. Åpne svar, både i spørreundersøkelsen og intervjuer, etterlater et inntrykk av at dette i stor grad handler om den store graden av skjønnsmessige vurderinger som i mange tilfeller legges til grunn for behandlingen av søknadene.

Enkelte av brukerorganisasjonene uttrykker misnøye med NAVs kompetanse på de helseproblemene deres medlemmer har og med konsekvensene av disse tilstandene. Dette kan tale for at NAV i større grad bør spesialisere saksbehandlingen, f.eks. ved enkelte saksbehandlere får et særlig ansvar for visse typer saker.

Videre ser vi at det ikke foreligger noen kvalitetskontroll ved avslag. Mens vedtak rutinemessig kontrolleres av to personer, foretas det ikke formelle kontroller med avslagene. Når det er sagt, gir intervjuene med saksbehandlere inntrykk av at behandling av søknader gjøres i dialog med både en og flere kolleger. Dette taler for at behandling av søknader i mange tilfeller er en grundig prosess, kanskje også ved avslag.

Enhetene legger opp til at det skal være en viss grad av rotasjon i hvem som kontrollerer, men det framkommer likevel at det kan oppstå en form for parvis praksis hvor saksbehandler A alltid kontrollerer saksbehandler B. Vi har også fått inntrykk av at saksbehandlerne sitter samlet i grupper og at det er vanlig at man diskuterer med dem man sitter sammen med. Dette er i utgangspunktet en styrke, men man kan tenke seg at det kan utvikle seg praksiser og måter å gjøre ting på - både i parene som kontrollerer hverandres vedtak og i grupperingene innad på et kontor som kan bidra til å redusere likebehandling av saker.

Klageadgang

Kartleggingen viser at NAV har en totrinns behandling av klagen hvor enhetene behandler klager først. Dersom vedtaket ikke omgjøres videresendes til klageinstansen. Omtrent 3 årsverk er avsatt til behandling av klager i denne klageinstansen. Vårt inntrykk er at både søkere og saksbehandlere er fornøyd med klageadgangen.

Forholdet til andre instanser

Grunnstønadsordningen har en rekke tilstøtende ordninger som krever at saksbehandlerne er i dialog med andre instanser. Slik vi vurderer det har saksbehandlerne stort sett dialog med andre instanser for å avklare om søkere får dekket merutgiftene av andre stønader eller ordninger. Det er særlig støtte fra ordninger forvaltet av Helfo og fylkeskommunen som vi anser som relevant. Nedenfor er en liste over de ordningene vi mener skaper avgrensninger i forhold til grunnstønaden.

Vi vil her kommentere om ordningene skaper avgrensninger i forhold til grunnstønad.

1. Grunnstønad dekker ikke utgifter til behandling, og vi kan ikke se avgrensingsproblemer mot ordningen for refusjon av behandlingsutgifter rekvirert av lege.
2. Grunnstønad dekker ikke utgifter til medisiner, men kan dekke utgifter til næringsmidler. Det er et skille mellom fordyret kosthold og næringsmidler til spesielle medisinske formål, men det kan likevel forekomme en viss dekning av utgifter fra begge ordninger. Det er imidlertid ikke nødvendigvis de samme utgiftene som dekkes i de to ordningene. F.eks. ved cøliaki dekker grunnstønaden utgifter til mat som koster mer enn vanlig kost. Dersom en med cøliaki er, eller blir syk, og har behov for næringsmidler i tillegg, vil det vanligvis skyldes en ekstra komplikasjon. Da vil bruker kunne få både grunnstønad og dekning til næringsmidler på blå resept.
3. Grunnstønaden dekker utgifter til sengetøy som følge av uvanlig ofte vasking eller ekstra slitasje på grunn av bruken. I tillegg gir Helfo engangsstønad til delvis dekning av utgifter til madrassovertrekk og puteovertrekk for barn og ungdom under 16 år med middallergi. Det er et avgrensingsproblem mellom disse ordningene
4. Grunnstønad dekker ikke utgifter til behandling, og vi kan ikke se avgrensingsproblemer mot kommunenes egenbetalingsordninger.
5. Grunnstønad dekker ekstrakostnader knyttet til transport og det er derfor behov for en avgrensning mot grunnstønad. I Rundskrivet for grunnstønad heter det:

Grunnstønad skal også ligge i bunnen i forhold til fylkeskommunale og kommunale transportordninger for funksjonshemmede. Dette betyr at dersom medlemmet faktisk mottar en fylkeskommunal eller kommunal transporttjeneste (f.eks. TTKort eller ledsagerbevis), skal det tas hensyn til dette. Dersom medlemmet f.eks. er innvilget TTKort, må antall reiser/beløp fremkomme. Medlemmets eventuelle restbehov for transport må utredes nærmere og vil kunne medføre grunnstønadsberettigede ekstrautgifter. NAV kan ikke kreve at medlemmet søker om fylkeskommunal/kommunal transporttjeneste før en tar stilling til et krav om grunnstønad.

Vedtak om TT-kort er tidsbegrenset. Varigheten av det enkelte vedtak er ikke fastsatt i nasjonalt regelverk og kan variere både mellom fylker og enkeltvedtak innenfor fylker.

6. Grunnstønad dekker ikke personlige gjøremål, stimulering, opplæring eller trening og vi kan derfor ikke se avgrensingsproblemer mot hjelpestønaden.

I tillegg til at saksbehandlerne i NAV må ha dialog med aktører som forvalter andre ordninger er det også behov for dialog med andre instanser. Slik vi ser det er det god dialog med kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, hjelpemiddelsentralen, Bufetat, Statens vegvesen m.fl.

Vi vil likevel anbefale at det etableres et system for dialog med Helfo. Dette for å sikre at arbeidsdelingen mellom NAV og Helfo avklares og det ikke utbetales

støtte til samme formål fra forskjellige ordninger. Det anbefales også at det gjøres en vurdering av hvor mange pasienter som dette gjelder.

Regelverksutvikling

For å sikre at målet med grunnstønadsordningen nås, er det nødvendig at regelverket som forvalterne av ordningen bruker, tilpasses utviklingen i rammebetingelser. Det kan oppstå behov for regelverksendringer knyttet til blant annet følgende:

- Utvikling innenfor medisinsk forskning på hva som er sykdommer og skader
- Utvikling av forskning på nødvendige tiltak knyttet til ulike sykdommer og skader
- Utvikling i priser og vanlig forbruksmønster
- Utvikling i andre ordninger som dekker samme eller beslektede formål

Det finnes ikke et klart system for å sikre at regelverket og praktiseringen av det tar inn over seg ny kunnskap eller endringer i rammebetingelser. NAV og Arbeids- og sosialdepartementet får gjennom ulike kanaler synspunkter fra interesseorganisasjoner, særlig knyttet til forhold som gjør at merutgifter ikke dekkes fullt ut eller at forvaltningen er lite brukervennlig. Det er også behov for departementet og NAV selv løpende vurderer om det er behov for endringer i ordningen, særlig med sikte på å begrense unødig bruk av offentlige midler.

Ett eksempel på en vurdering av behov for regelendring gjelder spørsmålet om "non-cøliaki glutenintolleranse" (NCGI) er en sykdom. I juni 2017 sendte NAV et brev til fem norske forskningsmiljøer med spesialister på mage-/tarmlidelser md spørsmål om NCGI er anerkjent som sykdom i forskningsmiljøene, hvordan sykdommen i så fall diagnostiseres og om diett anbefales. To av miljøene besvarte henvendelsen. NAV har foreløpig ikke konkludert. Vi mener at NAVs framgangsmåte for å vurdere regelverksendring var egnet til å gi et godt beslutningsgrunnlag, men ser at metoden ville fungert bedre hvis alle miljøene som fikk henvendelse fra NAV hadde valgt å svare.

Vi synes på den andre siden at departementet og NAV kunne vurdert endringer i satsen for glutenfri diett for mottakere med cøliaki. Videre burde man sett på mulighetene for gjennomgang av støtte til telefon i gamle saker.

Vi har ikke undersøkt om hva slags kontakt departementet og NAV har med brukerorganisasjoner for å få innspill til mulige endringer i regelverket for eller forvaltningen av ordningen, men ser at regelverket har vært endret relativt sjelden.

Effektiv forvaltning?

Vi har bedt saksbehandlerne vurdere hvorvidt behandlingen av søknader tar mer tid enn nødvendig. Omtrent halvparten av saksbehandlerne mener dette er tilfelle. Etter vår vurdering skyldes dette flere forhold:

For det første oppleves rundskriv og regelverk som uklart både for søker og saksbehandler. Dette resulterer i at saksbehandlerne må bruke tid på å behandle søknader som åpenbart ikke fyller vilkårene.

For det andre baserer systemet seg i stor grad på hjelpeskjemaer og innsamling av kvitteringer. Det oppleves som krevende å kontrollere dokumentasjonen og beregne ekstrautgiftene. Det brukes mye tid på å dokumentere hva som er reelle merutgifter. Det må også kontrolleres at kvitteringene faktiske er relevante for formålet det søkes støtte til.

Til sist opplever saksbehandlerne å bruke mye tid på å innhente nødvendige medisinske opplysninger. Fastleger og spesialister må følges opp jevnlig for å få tilgang til nødvendig dokumentasjon. Det er heller ingen mal hos NAV for hvordan diagnoser og andre medisinske forhold skal redegjøres. Det pågår utviklingsarbeid knyttet til tilgangen til helsedata i elektronisk format. Dette kan forenkle NAVs forvaltning av ordningen.

Vi forstår det slik at det er igangsatt et arbeid med å konkretisere regelverk og rundskriv. Dette er i tråd med våre anbefalinger. Det er viktig med innspill fra saksbehandlerne og brukerorganisasjonene i dette arbeidet. Trolig kan det være hensiktsmessig å etablere flere «firkantregler». Dette vil kunne redusere dokumentasjonskravet drastisk i sakene som omfattes.

6.6 Behov for endring?

Flytting av ansvar?

Vi har vurdert om man kan styrke måloppnåelsen og/eller redusere samlet ressursbruk for forvaltningen og brukerne ved å flytte forvaltningen av hele eller deler av grunnstønadsordningen til andre forvaltningsorganer.

I denne vurderingen har vi forutsatt at vedtak om grunnstønad vil bygge på:

- Kontroll om søker har en varig sykdom eller skade
- Påføres løpende merutgifter som følge av sykdom eller skade

For å forvalte ordningen godt, kreves det kompetanse på regelverket og grundig vurdering av om det er godtgjort at søkeren har merutgifter og hvor høye de eventuelt er. I tillegg er det en stor fordel om forvalteren behandler mange saker av samme type, gjerne med samme type vurderinger og dokumentasjon. Da vil forvalter få erfaring med å vurdere denne typen saker. Dette gir færre feil og mer likeartet behandling.

For mottakerne av stønad innebærer dokumentasjonskravene en byrde. Hvis tilsvarende dokumentasjon brukes av andre, er det fordel om samme dokumentasjon kan brukes av alle.

Helfo og NAV hjelpemiddelsentral forvalter beslektede ordninger. Skatteetaten forvaltet tidlige særfradragsordningen, som bidro til dekning av lignende utgifter. Vi mener derfor at det er disse tre instansene som kan være aktuelle for å overta grunnstønadsordningen.

Helfo forvalter beslektete ordninger, men under et mer restriktivt regelverk og til et annet formål. Helfo gir for eksempel ikke støtte til kosthold med mindre det er sykelige prosesser som påvirker mage eller tarm og som hindrer opptak av viktige næringsstoffer. Helfo dekker utgiftene til en spesifisert liste med produkter. Ved å overføre enkeltoppgaver til Helfo ville ikke ordningen være i

stand til å ivareta det helhetlige perspektivet til den enkelte søker. Mange av grunnstønadmottakerne får også hjelpestønad, og grunnlaget for vurdering av de to ordningene er delvis overlappende. Videre forvalter NAV hjelpemidler. Mange av dem som mottar grunnstønad mottar også hjelpemidler og vice versa. Det er derfor nyttig med mulighet for utveksling av informasjon mellom enhetene som forvalter disse to ordningene. Vi vurderer derfor at en overføring av ansvaret for grunnstønadsordningen til Helfo ikke er hensiktsmessig.

Hjelpemiddelsentralen gir, som tidligere nevnt, støtte til det faktiske hjelpemidlet. Det er i den forbindelse logisk å anta at de også kan gi støtte til drift. En slik innretning vil bidra til mer effektiv forvaltning og saksbehandling, men vil medføre at flere stønadmottakere mister støtten fordi færre vil oppnå sats 1. Alternativt kunne man redusert stønadsbeløpet for sats 1 slik at de berørte ikke mistet støtten.

Vi mener at Skatteetaten i liten grad har den relevante kompetanse for å vurdere søknader om grunnstønad. Etaten forvalter i dag ikke beslektede ordninger, og vi kan derfor ikke se at overflytting av ansvar til Skatteetaten kan være hensiktsmessig.

Vi har også vurdert om kommunene kunne overta ansvaret for forvaltningen, slik de har i Danmark, men mener at dette ville være fordyrende og svekke likebehandlingen. Hver saksbehandler ville få erfaring med få saker. Særlig vil dette gjelde i små kommuner. Det vil da ikke være mulig å bygge opp god kompetanse om ordningen hos alle som skal behandle saker. Dette problemet kunne avhjelpes ved å utforme verktøy for å understøtte saksbehandlingen, slik man har gjort i Danmark. Likevel mener vi at både likebehandling og ressursutnyttelse ganske sikkert ville svekkes ved overføring av ansvaret til kommunene. Hvis man skal trekke på erfaringene fra Danmark, må man ta hensyn til at Danmark har færre kommuner enn Norge og med høyere folketall i hver kommune.

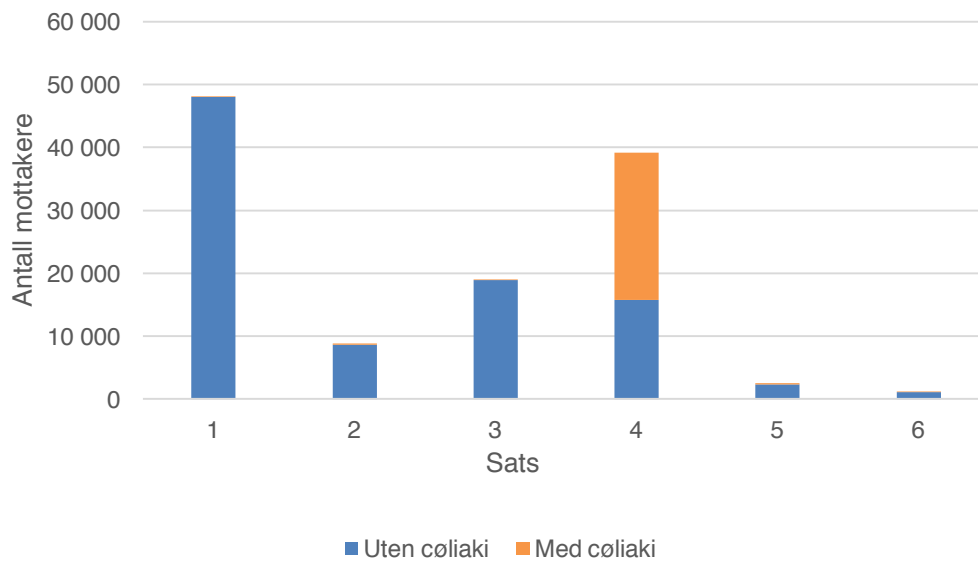
Antall og nivå på satser?

Fordelen med mange satser er at egenfinansiering, dvs. differansen mellom faktiske merutgifter og kompensasjon gjennom grunnstønad, reduseres. Hvis man klarer å beregne faktiske merutgifter korrekt, mener vi dette også er den mest rettferdige løsningen. Speilbildet vil selvsagt være økte offentlige utgifter.

Ulempen med mange satser er at dette vil kunne føre til strengere krav til dokumentasjon, fordi det vil kreves økt presisjon for å treffe riktig sats. Vedtak om sats bygger til en viss grad på skjønnsvurdering. Det som er "godt nok" som dokumentasjon for riktig sats er strengere jo færre satser man har. Intervjuene tyder ikke på at de fleste interesseorganisasjonene er opptatt av å ha mindre avstand mellom satsene.

Figur 6-2 viser fordeling av grunnstønadmottakerne på satser. I figuren er antall mottakere med cøliaki markert særskilt. Grunnen er at vi regner det som såpass sannsynlig at satsen for glutenfri diett blir endret, at man bør ta dette inn over seg når man drøfter konsekvenser av andre endringer i ordningen.

Figur 6-2: Fordeling av grunnstønadmottakere på sats. Utgangen av 2016.



Tabell 6-1 viser satsene i grunnstønadsordningen. Vi kjenner ikke til hva som opprinnelig å til grunn for fastsettelse av disse satsene. Det er ikke noe enkelt mønster i satsene, f.eks. ved at differansen eller forholdstallet mellom satsene er det samme mellom hvert trinn.

Tabell 6-1: Satsstrukturen for grunnstønad. 2017.

	Sats 1	Sats 2	Sats 3	Sats 4	Sats 5
Stønad per måned (kr)	670	1 023	1 342	1 977	2 679
Differanse fra satsen under (kr)		353	319	635	702
Relativ forskjell fra satsen under		53 %	31 %	47 %	36 %

Når en sats blir lite brukt, er det nærliggende å se om det kan være riktig å øke intervallet mellom denne satsen og satsene over og/eller under. Sats 2 blir lite brukt. Når man også ser bort fra personer med cøliaki, er det, utenom denne sats 2, et kontinuerlig fall i bruken av ulike satser. Dette kan tale for at sats 1 skal bør senkes og/eller sats 3 heves. Imidlertid er det prosentvise spranget fra sats 1 til sats 2 større enn mellom noen av de andre satsene. Dette taler isolert sett for at man ikke bør senke sats 1, uten også å gjøre andre endringer. Spranget fra sats 2 til sats 3 er lite i prosent. Dette kan tale for at sats 3 heves noe. I så fall vil flere stønadstilfeller falle ned til sats 2.

En annen mulighet å senke sats 2 slik at mange flyttes fra sats 1 til den nye sats 2. Avstanden mellom sats 1 og sats 2 er imidlertid allerede ganske lite (353 kroner). Likevel vil vi foreslå at man gjør en slik endring. I hvert fall vil dette gjøre at sats 2 blir noe mer brukt og at sprangene i satsstrukturen får en jevnere prosentvis stigning. Sats 4 bør ut fra samme tenkemåte senkes noe.

Egenfinansieringen av merutgiftene som delvis dekkes med grunnstønad avhenger av forholdet mellom individenes faktiske utgifter og satsene i

grunnstønaden. De som ikke når opp til sats 1 kan ha opptil 669 kroner i måneden i egenfinansiering. Dette tilsvarer 3,5 prosent av minstesats for uføretrygd. Sprangene mellom de øvrige satsene tilsvarer mellom 1,6 og 3,6 prosent av minstesatsen for uføretrygd.

Vi oppfatter spørsmålet om nivået på laveste sats og antall satser som et verdispørsmål og ikke egnet for en analyse med samfunnsvitenskapelige metoder.

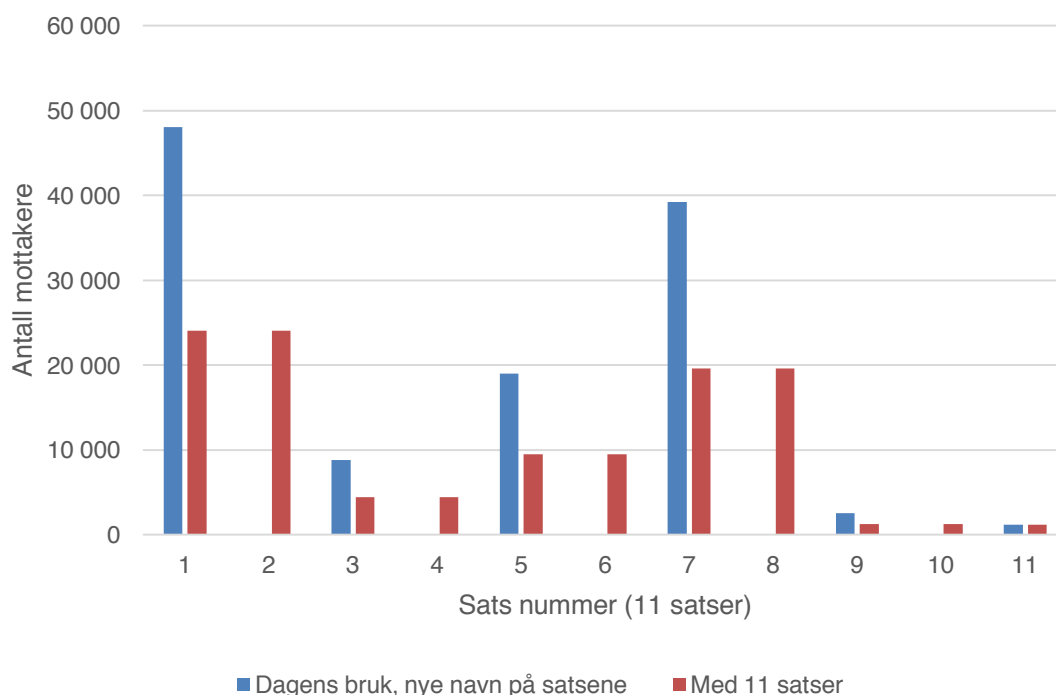
Enkelte av de vi har intervjuet har tatt til orde for at det bør innføres flere satser i grunnstønadsordningen. Dette kan skje ved at

- Innfører én eller flere satser under dagens sats 1
- Innfører flere satser mellom dagens sats 1 og sats 6
- Innfører én eller flere satser som er høyere enn dagen sats 6

Det er også mulig å gjøre flere av disse endringene samtidig. Vi vil her drøfte konsekvensene av dette for utgiften til ordningen.

Vi har sett på konsekvensene av å innføre en ny lavere minstesats i ordningen. Problemet med å anslå virkningene av en slik endring er at vi ikke har noe grunnlag for å anslå hvor høye merutgiftene er for de som oppfyller de andre vilkårene for grunnstønad, men har merutgifter lavere enn sats 1. Hvis man innfører en nye nedre sats på kr. 335 per måned (tilsvarende halvparten av dagens sats 1) og antar at det vil være like mange som får den satsen som dagens laveste sats, får man vel 48 000 nye brukere av ordningen, og de vil sammenlagt få 193 mill.kr. per år (basert på bruken i 2016). I tillegg kommer at forvaltningskostnadene vil øke. Hvis forvaltningskostnadene per sak holdes uendret, ville kostnadene øke med omlag 8 mill.kr.

Figur 6-3: Illustrasjon av forutsetning om bruk ved innføring av 11 satser



Figur 6-3 illustrerer forutsetningene i en simulering av konsekvensene av å innføre nye satser midt mellom dagens satser. Sats 1 og sats 6 ligger fast. Vi har forutsatt at halvparten av de som i dag får sats 1, i stedet får den nye sats 2 og tilsvarende for dagens sats 2-5. Bruk av sats 6 endres ikke.

Vi har tatt utgangspunkt i bruken i 2016. En slik endring, ville med våre forutsetninger om fordelingen av mottakerne på de nye satsene, øke utgiftene til grunnstønad med 183 mill.kr. (fra 1 858 til 2 041 mill.kr.) eller med 10 prosent.

Til slutt har vi sett på konsekvensene av å innføre en ny øvre sats. Hvis man forutsetter en ny sats på 4 000 kr. per måned og antar at halvparten av de som i dag får sats 6, i stedet får den nye høye satsen, vil merutgiften bli under 1 mill.kr.

Dekning av egenandeler

Personer som har rett til grunnstønad vil som følge av sin tilstand også kunne ha merutgifter til egenandeler til bl.a. helsetjenester, TT-kort, praktisk bistand i hjemmet, mv. I sum kan disse merutgiftene bli betydelige. Når disse merutgiftene ikke dekkes, mener vi dette ikke harmonerer med intensjonen bak grunnstønadsordningen.

På den andre siden har egenandeler for tjenester som delvis betales over offentlige budsjetter en samfunnsmessig begrunnelse, utover å begrense budsjettutgiftene. Begrunnelsen er at egenandelene gjør at mulige brukere av tjenestene får et insentiv til å begrense bruken av tjenestene. Bruk av de fleste av disse tjenestene er behovsvurdert, men egenandeler kan bidra til å redusere behovet for rasjoneringsmekanismer.

Vi mener at man her står overfor et uløselig dilemma: Enten må man bryte med intensjonen bak grunnstønadsordningen (å dekke merutgifter knyttet til varig sykdom eller skade) eller med egenandelsordningene (begrense etterspørselen etter de aktuelle tjenestene). Vi ser ikke noe faglig grunnlag for å vurdere hvilket hensyn som bør veie tyngst.

Revurdering av innvilgningsårsaker i tidligere vedtak

Det er særlig vanskelig for saksbehandlerne å revurdere saker som ble behandlet før 2011. Dette da denne dokumentasjonen ikke er tilgjengelig elektronisk. Det er i noen tilfeller vanskelig å få tak i de opprinnelige saksmappene og det er stor forskjell på hvordan sakene ble behandlet i sin tid. Sakene er krevende da det i mange tilfeller er vanskelig å se hvilke vurderinger som ligger bak plassering i sats.

Saksbehandlerne opplever saker hvor det er tydelig at vedkommende ikke burde fått vedtak om grunnstønad eller er plassert i en høy sats. De opplever imidlertid at de ikke har mulighet til å endre tildelingen da det ikke har skjedd en vesentlig endring de forhold som har vært avgjørende for innvilgning av grunnstønad eller størrelsen på slik stønad. Det er presisert i rundskrivet at nye regler eller praksisendringer ikke kan ha tilbakevirkende kraft. Dette gjelder de tilfeller hvor brukeren har mottatt grunnstønad til ekstrautgifter som det i dag ikke gis stønad til, og ekstrautgiftene og de medisinske forholdene ikke har endret seg vesentlig.

Dette medfører at det er tilfeller hvor vedkommende åpenlyst ikke ville fått grunnstønad hvis saken var blitt behandlet for første gang med dagens regler, men hvor saksbehandlerne, på grunn av tidligere (mangelfulle) vurderinger, ikke har mulighet til å gjøre endringer. Dette gjelder flere formål, men støtte til drift av teksttelefon og i særlige tilfeller vanlig telefon trekkes frem som særlig utfordrende. Regelverket åpner for en revurdering av saker hvor brukerens merutgifter og/eller medisinske forhold har endret seg vesentlig sammenliknet med innvilgelsen. Vi anbefaler at det gjøres en ny vurdering av slike saker hvor det er helt åpenbart at brukerens merutgifter har endret seg etter innvilgelse.

Litteratur

Arbeids- og velferdsdirektoratet (2017) : *Rundskriv til folketrygdens § 6-3 Grunnstønad*. Sist endret 30.6.2017.

<https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/6-3-grunnst%C3%B8nad>

Aziz, Imran, et al. "A UK study assessing the population prevalence of self-reported gluten sensitivity and referral characteristics to secondary care." *European journal of gastroenterology & hepatology* 26.1 (2014): 33-39.

Helde, Ingunn (2017): "Grunnstønad i endring: "Økte utgifter, færre mottakere", Arbeid og velferd//2//2017

Hjorthol, R. M.fl. (2014): "Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2013/14 – nøkkelrapport". TØI-rapport 1383/2014

Kora (2016): "Undersøgelse af merudgiftsydelse på voksenområdet og børne-/unge-området"

Lebwohl, Benjamin, Jonas F. Ludvigsson, and Peter HR Green. "State of the Art Review: Celiac disease and non-celiac gluten sensitivity." *The BMJ* 351 (2015).

Lionetti, Elena, et al. "Re-challenge Studies in Non-celiac Gluten Sensitivity: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Frontiers in Physiology* 8 (2017).

Løvik, Astrid (1998): "Kostnad ved bruk av glutenfri kost – en kostnadsberegning utført for Statens ernæringsråd høsten 1998". Upublisert

Nanayakkara, Wathsala S., et al. "Efficacy of the low FODMAP diet for treating irritable bowel syndrome: the evidence to date." *Clinical and experimental gastroenterology* 9 (2016): 131.

SIFO (2017): Referansebudsjett for forbruksutgifter 2017

Skodje, Gry, et.al. (2017): "Fructan, Rather Than Gluten, Induces Symptoms in Patients With Self-reported Non-celiac Gluten Sensitivity", *Gastroenterology*, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016508517363023?via%3DiHub>

SSB (1993): "Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker. Systematisk del. Norsk utgave av ICD-9". NOS C 107

