

GRUNNSTØNAD I ENDRING: ØKTE UTGIFTER, FÆRRE MOTTAKERE

Av: Ingunn Helde¹

Sammendrag

I denne artikkelen rettes søkelyset mot en av de mindre kjente ordningene i folketrygden – grunnstønad. Denne ytelsen er ment for personer som har nødvendige ekstrautgifter på grunn av varig sykdom, skade eller lyte; ekstrautgifter som friske personer ikke har. Folketrygdens totale utgifter til grunnstønad var i 2016 på nær 1,9 milliarder kroner.

Siden begynnelsen av 2000-tallet har to motstridende tendenser blitt stadig tydeligere. Den ene tendensen er at det blir stadig færre grunnstønadmottakere. I perioden 2003 til 2016 sank antallet stønadmottakere fra nær 134 000 til under 119 000. Nedgangen er særlig sterk blant mottakerne av den laveste satsen.

Samtidig har årsakene til at personer får innvilget grunnstønad endret seg. Mens ekstrautgifter til transport tidligere var den viktigste innvilgningsårsaken, har fordyret kosthold ved diett nå seilt opp som hovedårsak blant de nye stønadmottakerne. De fleste nye mottakere av grunnstønad får nå innvilget stønaden på grunn av cøliaki og andre glutenintoleranser. Denne gruppen mottar som oftest en av de forhøyede satsene, stort sett sats 4.

Utviklingen reiser flere spørsmål både om regelverket og praktiseringen av dette. Enkelte av kriteriene som må oppfylles for å få grunnstønad er nå utdaterte. Det kan også tenkes at inngangsvilkåret for å få grunnstønad ved glutenintoleranser uten cøliaki er for liberalt, ettersom det ikke finnes gode tester som kan fastslå diagnosen. I tillegg bør det kanskje vurderes om satsen for dem som lever på glutenfri kost ligger på riktig nivå, altså om ekstrautgiftene for dem som lever på glutenfri kost er like høye i dag som de var tidligere.

.....
¹ Takk til Marianne N. Lindbøl for bistand med data og til Vegard von Wachenfeldt for gode innspill vedrørende diagnosebruken.

Innledning

Grunnstønadsordningen er ment for personer som har «nødvendige ekstrautgifter på grunn av varig sykdom, skade eller lyte». Dette er en av de eldre ordningene i folketrygden, men den er samtidig blant de mindre kjente.

Det er generelt lite oppmerksomhet om grunnstønadsordningen. De siste årene har det imidlertid vært store endringer både i bruken av ordningen og i sammensetningen av brukerne. Innledningsvis i artikkelen ses det nærmere på bakgrunnen for at ordningen ble innført. Så presenteres noen sentrale lovendringer i årenes løp samt hovedtrekkene ved dagens regelverk, før det gis en deskriptiv framstilling av hvordan bruken av ordningen har utviklet seg, spesielt i perioden fra 2003 til 2016. Avslutningsvis dreies diskusjonen mot spørsmålet om dagens grunnstønadsordning fortsatt treffer målgruppen den er ment å hjelpe.

Historien starter i 1936

Allerede på midten av 1930-tallet ble det tatt til orde for at personer med bestemte medisinske lidelser skulle få økonomisk kompensasjon for å dekke ekstra utgifter og pleiebehov som den aktuelle lidelsen medførte. I 1936 kom Loven om hjelp til blinde og vanføre, en behovsprøvd stønadsordning for de to nevnte gruppene (Rikstrygdeverket 1975). «Hjelpen» ble gitt som et fast månedlig beløp; noe høyere for de som var bosatt i bykommuner enn i landkommuner. Retten til hjelp inntrådte fra fylte 21 år, eventuelt 23 år dersom en fortsatt var under utdanning, mens personer som ble blinde etter fylte 65 år ikke var omfattet av loven (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2014). Loven ble erstattet av separate ordninger for grunnstønad og hjelpestønad da uføretrygdloven trådte i kraft fra 1961.

I uføretrygdloven ble det skjelnet mellom ervervsmessig og medisinsk uførhet. Mens uføretrygden var ment å kompensere for bortfalt arbeidsinntekt ved ervervsmessig uførhet, ble grunnstønaden en «uavhengig stønadsform for de ekstrautgifter mange uføre har i det daglige liv». ¹ For grunnstønadsordningen var imidlertid kriteriet medisinsk uførhet, og ytelsen skulle helt

eller delvis dekke nødvendige ekstrautgifter for personer med varig sykdom, skade eller lyte. I tillegg ble ordningen med hjelpestønad opprettet for å kompensere for en bestemt type ekstrautgifter, pleie- og tilsynsutgifter. Selv om begge ordningene sorterte under uføretrygden, kunne man dermed få en eller begge ytelsene innvilget uten å være ervervsmessig ufør og mottaker av uføretrygd.

Ettersom både grunn- og hjelpestønaden gir refusjon av ekstrautgifter ved varig sykdom, skade eller lyte, ses ordningene ofte i sammenheng. I denne artikkelen fokuseres det imidlertid på grunnstønadsordningen.

Folketrygden innføres

Siden grunnstønaden ble innført i 1961 har det vært foretatt en rekke endringer i regelverket, både utvidelser og innskrenkninger. Opprinnelig hadde ordningen 3 satser, og gjaldt kun personer som fylte vilkårene etter fylte 15 år og før fylte 70 år. Ekstrautgifter til transport ble kun dekket i forbindelse med arbeid eller opplæring.

Folketrygdloven fra 1966 medførte at grunnstønaden ble inkorporert i folketrygden fra 1967. Da fikk også barn under 15 år rett til ytelsen. Det kunne i teorien gis grunnstønad til enhver ekstrautgift av betydning, men dette var likevel ikke praksis. Fra 1971 ble ordningen endret til å omfatte andre transportutgifter enn bare ved arbeid eller opplæring. Samme år ble også ordningen utvidet til 5 satser, mens den i perioden 1983–1988 i tillegg omfattet to særsetser for diabetikere. 70-årsgrensen ble delvis opphevet i 1979.²

Med innføringen av folketrygden ble stønadsattsene endret fra å utgjøre fastsatte beløp, til å utgjøre en prosentvis andel av folketrygdens grunnbeløp (G). I 1967 utgjorde grunnstønadsattsene henholdsvis 12, 18 eller 24 prosent av G. Selv om andelen av G kunne bli endret, ble sammenhengen opprettholdt fram til 1981. Siden den gang er satsene blitt fastsatt én gang i året.

¹ Sitat fra forarbeidene – Ot.prp. 22 (1959) – gjengitt i Arbeids- og velferdsdirektoratet (2014).

² Loven ble endret slik at grunnstønad også kunne gis til personer som var fylt 70 år, med unntak av til dekning av transportutgifter. Begrunnelsen for å beholde 70-årsgrensen for transportformål var at man ønsket å prioritere utbygging av kommunale transportordninger for funksjonshemmede (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2014).

Regelverk for grunnstønad

Ifølge folketrygdloven (§ 6-3) kan det ytes grunnstønad til personer som på grunn av varig sykdom, skade eller lyte (misdannelser) har nødvendige ekstrautgifter. Med ekstrautgifter menes utgifter som friske personer ikke har, og som ut fra den medisinske tilstanden antas å være løpende i 2-3 år eller mer. Grunnstønaden skal ikke kompensere engangsutgifter, og omfatter kun ekstrautgifter i forbindelse med:

- a. drift av tekniske hjelpemidler
- b. transport
- c. hold av førerhund
- d. teksttelefon eller i særlige tilfeller vanlig telefon
- e. bruk av proteser, støttebandasjer o.l.
- f. fordyret kosthold ved diett
- g. slitasje på klær og sengetøy

Det er ingen aldersgrense unntatt for ekstra utgifter til transport, som kun dekkes dersom funksjonsevnen ble nedsatt før fylte 70 år. Med «ekstra» utgifter til transport menes at man må benytte annen og dyrere transport enn andre som bor på samme sted.

Stønaden gis etter seks satser. For å få innvilget grunnstønad må ekstrautgiftene minimum tilsvare laveste sats 1. Har en person ekstrautgifter under flere av punktene kan disse summeres. Har flere familiemedlemmer ekstrautgifter på grunn av sykdom, kan familien ses under ett og innvilges grunnstønad ut fra nivået på familiens samlede ekstrautgifter.

Satser for grunnstønad i 2016

Ordinær sats:

Sats 1: 8 040 kroner per år / 670 kroner per måned

Forhøyet sats:

Sats 2: 12 276 kroner per år / 1 023 kroner per måned

Sats 3: 16 104 kroner per år / 1 342 kroner per måned

Sats 4: 23 724 kroner per år / 1 977 kroner per måned

Sats 5: 32 148 kroner per år / 2 679 kroner per måned

Sats 6: 40 152 kroner per år / 3 346 kroner per måned

Dagens regelverk

I 1997 ble folketrygdloven fra 1966 avløst av en ny folketrygdlov. Grunnstønadsordningen ble da flyttet til et eget kapittel for grunnstønad og hjelpestønad. Selv om intensjonen i ny folketrygdlov stort sett var å videreføre tidligere bestemmelser og praksis, ble ordlyden strammet inn slik at grunnstønadsordningen gikk fra å omfatte «enhver ekstrautgift» av betydning, til å gjelde syv bestemte utgiftstyper (se faktaboks

Regelverk for grunnstønad). Personer med andre ekstrautgifter fikk ikke lenger rett til grunnstønad (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2014).

Kravet om at søkeren må ha gjennomgått hensiktsmessig behandling ble opprettholdt. Behandlingen må være avsluttet eller kommet så langt at det kan fastslås at den medisinske lidelsen blir varig. I praksis innebærer det at lidelsen – og ekstrautgiftene – må vedvare i 2-3 år eller mer. Det kan imidlertid lempes på dette kravet dersom særlige grunner tilsier det, f.eks. hvis ekstrautgiftene er spesielt tyngende eller dersom søker forventes å dø før det er gått to år.

Det kreves også en årsakssammenheng mellom den medisinske lidelsen og de utgiftene det søkes grunnstønad for. I tillegg må ekstrautgiftene være nødvendige (se faktaboks *Regelverk for grunnstønad*).

For hver av de aktuelle utgiftstypene er det utarbeidet til dels omfattende retningslinjer for hvilke tilfeller som er berettiget til ytelsen. Ved enkelte typer utgifter er det også angitt hvilken sats som skal benyttes (se faktaboks *Om retningslinjene*). Innebærer en persons medisinske tilstand at vedkommende har ekstrautgifter knyttet til flere av formålene som ordningen dekker, kan grunnstønad innvilges etter flere punkter, for eksempel både til transport og til hold av førerhund. Grunnstønadsordningen er for øvrig bare en av flere ordninger som dekker utgifter ved sykdom, skade eller lyte. Personer som får dekket sine ekstrautgifter via en annen lov eller forskrift er ikke berettiget til grunnstønad.³

Fra 1997 ble ordningen utvidet fra 5 til 6 satser. En viktig innstramning skjedde på omtrent samme tid: diabetikere mistet retten til grunnstønad i 1996 (for nye tilfeller) og 1998 (for de resterende stønadmottakerne). I de etterfølgende årene er det bare blitt foretatt mindre endringer. Grunnstønad til vanlig telefon ble behovsprøvd fra 2000 og avvirket for mobiltelefon fra 2001.

³ Andre ordninger som dekker dette formålet er folketrygdlovens kapittel 5 Stønad ved helsetjenester og kapittel 10 Hjelpemidler. I tillegg dekkes formålet delvis også av Helse- og omsorgstjenesteloven, Lov om sosiale tjenester samt en rekke ulike ordninger for transport. Disse ordningene blir ikke omtalt her.

Om retningslinjene

I rundskrivet til folketrygdens § 6-3 (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2016) er forutsetningene for å få innvilget grunnstønad for de ulike utgiftstypene nærmere beskrevet:

a. Drift av tekniske hjelpemidler

Gjelder ofte strømutfgifter til drift av elektriske hjelpemidler som rullestol eller seng. Slike utgifter vil normalt ikke kunne nå opp i sats 1 alene, men kan sammen med andre ekstrautgifter gi grunnlag for stønad. Det samme gjelder ekstrautgifter til batterier til høreapparater, internettoppkobling, blekkpatroner og ark. Også disse utgiftene kan sammen med andre ekstrautgifter gi rett til grunnstønad.

b. Transport

I vurderingen tas det utgangspunkt i billigste transportalternativ. Det må avklares om søkeren av medisinske grunner er avskåret fra å benytte offentlig transport eller ikke. Nødvendighetsvilkåret gjelder både transportformålene, avstander og reisehyppighet. De ekstra transportutgiftene som dekkes er differansen mellom nødvendige utgifter vedkommende har som syk og utgiftene søkeren ville hatt som frisk/ikke funksjonshemmet. Transportutgifter man uansett ville hatt er ikke stønadsberettigede, selv om de er blitt mer tvingende etter at sykdommen inntraff. Det gis ikke grunnstønad til anskaffelse av bil eller andre transportmidler.

c. Hold av førerhund

Synshemmede som har fått innvilget førerhund etter folketrygdlovens § 10-7¹ anses å ha ekstrautgifter som overstiger et beløp svarende til grunnstønads sats 3. Det ytes derfor grunnstønad etter sats 3.

d. Teksttelefon eller i særlige tilfeller vanlig telefon

Døve eller sterkt tunghørte kan innvilges teksttelefon der-

.....

¹ Folketrygdlovens § 10-7: Stønad for å kompensere for utgifter til bedring av arbeidsevnen og funksjonsevnen i dagliglivet.

som vedkommende ikke kan nyttiggjøre seg vanlig telefon, og dersom teksttelefon er et nødvendig og hensiktsmessig hjelpemiddel for å bedre funksjonsevnen. Utgiftene til drift av teksttelefon antas minst å svare til sats 1. Grunnstønad til vanlig telefon (fasttelefon) ytes kun i særlige tilfeller til personer som er helt avhengige av telefon for å kunne kommunisere med omverdenen, og som i tillegg har svært dårlig økonomi (dvs. tilsvarende folketrygdens minstepensjon). Den medisinske tilstanden må medføre en betydelig ekstra bruk av telefonen.

e. Bruk av proteser, støttebandasjer o.l.

Bruk av proteser, støttebandasjer (*ortoser*) eller støttekorsett kan medføre ekstrautgifter, blant annet i form av økt klesslitasje. I disse tilfellene innvilges sats 1 uten nærmere vurdering. Høyere sats kan likevel tilstås.

f. Fordyret kosthold ved diett

Behovet for spesialdiett for den aktuelle diagnosen må være vitenskapelig dokumentert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Dietten må avhjelpe den aktuelle sykdommen og være fastsatt av spesialist. For noen diagnoser gis det rett til en direkte plassert sats, ettersom personer med disse diagnosene anses som en ensartet gruppe med like høye ekstrautgifter. Blant disse diagnosene kan nevnes Cystisk fibrose, medfødte stoffskiftesykdommer som behandles med proteinreduerte dietter, samt cøliaki og såkalt non-cøliaki glutenintoleranse. Barn under 15 år med disse diagnosene får innvilget sats 2, 3 eller 4 avhengig av diagnose og alder. Personer over 15 år innvilges sats 4.

g. Slitasje på klær og sengetøy

Gjelder ekstraordinær slitasje som følge av uvanlig ofte vasking eller at selve bruken medfører ekstra slitasje. Det kan foreligge stønadsberettigede ekstrautgifter også til drift av vaskemaskin og tørketrommel, i form av strømutfgifter og utgifter til vaskemidler.

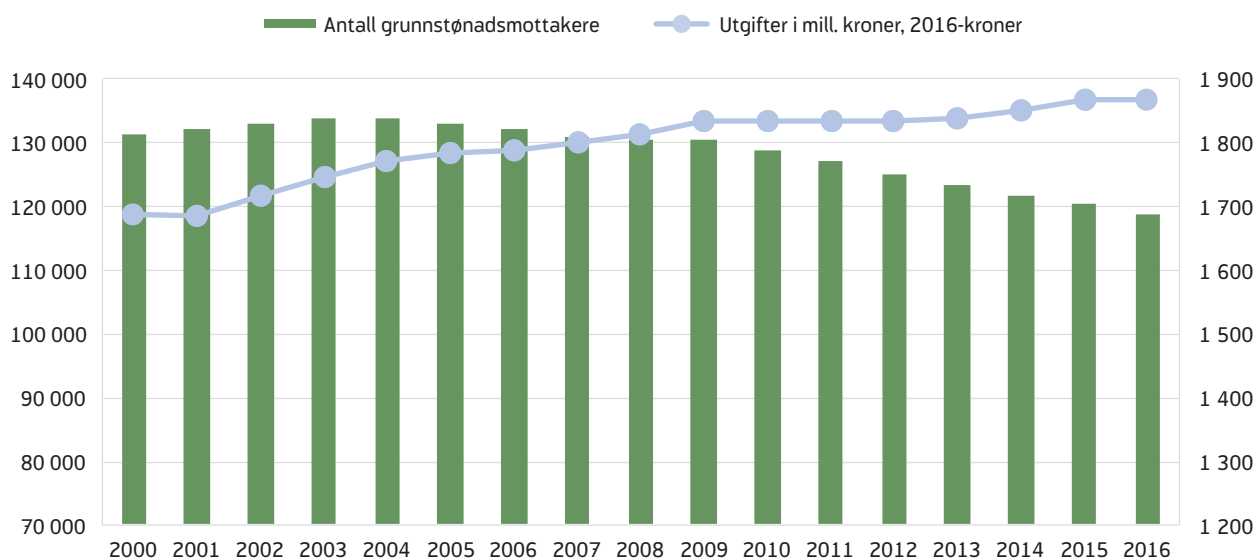
Fra 2003 har det vært krevd vitenskapelig dokumentasjon av at spesialdiett er nødvendig for den aktuelle diagnosen. Senere på 2000-tallet ble også praksisen strammere ved dekning av transportutgifter.

Sterk vekst frem til 1990-tallet

Like etter at folketrygden ble innført i 1967 mottok om lag 6 300 personer grunnstønad, som tilsvarte 0,2 prosent av hele befolkningen. Ti år senere var antallet kommet opp i 48 100. En medvirkende årsak til denne veksten var trolig regelendringen i 1971 som medførte at også andre transportutgifter enn ved arbeid og utdanning kunne dekkes. I 1986 passerte antallet

grunnstønadmottakere 100 000, og økningen fortsatte jevnt og trutt frem til 1996 da antallet passerte 140 000. Det er vanskelig å trekke fram noen enkelt forklaring på denne utviklingen, men den delvise opphevingen av 70-årsgrensen i 1979 kombinert med økt levealder er trolig blant årsakene. Regelendringen for diabetikere i 1996 og 1998 medførte imidlertid at om lag 10 000 stønadmottakere mistet ytelsen. Deretter økte antallet igjen frem til 2003/2004, før utviklingen snudde. I de etterfølgende årene har vi sett en kontinuerlig nedgang i antallet grunnstønadmottakere (figur 1). Mens nær 134 000 personer mottok grunnstønad i desember 2003, var tallet ved utgangen av 2016 kommet ned i under 119 000, det laveste antallet siden

Figur 1. Antall grunnstønadmottakere per desember (venstre akse), og folketrygdens utgifter til grunnstønad i millioner 2016-kroner (høyre akse)



Kilde: NAV

begynnelsen av 1990-tallet. Nedgangen i antallet stønadmottakere fra 2003 til 2016 var på 11 prosent, til tross for at vi samtidig hadde en befolkningsvekst. Andelen i befolkningen med grunnstønad falt dermed enda sterkere, fra 2,9 til 2,3 prosent, en nedgang på nesten en firedel.

Til tross for nedgangen i antall stønadmottakere har folketrygdens utgifter til grunnstønadsordningen fortsatt å øke. I perioden 2003 til 2016 steg de årlige utgiftene fra 1,4 milliarder kroner til nær 1,9 milliarder (figur 1). Målt i 2016-kroner⁴ innebærer dette en utgiftsvekst på 7 prosent.

At utgiftene stiger samtidig som antallet stønadmottakere synker, tyder på at dagens stønadmottakere får en høyere ytelse enn de som tidligere hadde grunnstønad. Utviklingen i gjennomsnittlig ytelse bekrefter dette. Målt i 2016-kroner økte de gjennomsnittlige utgiftene per mottaker fra 12 900 i 2003 til 15 600 kroner i 2016. En alternativ måte å vise utviklingen på, er ved å bruke gjennomsnittlig utbetalt beløp per år som andel av sats 1 samme år. I 2003 utgjorde sats

1 en årlig ytelse på 6 540 kroner. Stønadmottakerne fikk da i gjennomsnitt en ytelse som tilsvarte 162,8 prosent av sats 1. Tretten år senere var sats 1 økt til 8 040 kroner, og gjennomsnittlig utbetalt beløp utgjorde 194,4 prosent av sats 1. Gjennomsnittlig ytelse økte dermed med om lag 20 prosent i løpet av denne perioden.

I resten av artikkelen fokuseres det på årsakene til denne utviklingen og hva som skiller dagens grunnstønadmottakere fra de som mottok den samme stønaden tidligere på 2000-tallet.

Færre menn og færre barn

Som for andre helse relaterte trygdeytelser er det flere kvinner enn menn som mottar grunnstønad. Fra 2003 til 2016 har kvinneandelen økt fra 57 til 59 prosent. Siden 2003 har det vært en nedgang i antallet grunnstønadmottakere både for kvinner og menn, henholdsvis 15 prosent færre menn og 9 prosent færre kvinner.

Aldersfordelingen viser dessuten at nedgangen har vært særlig stor blant de yngste. Mens det i 2003 var 17 500 grunnstønadmottakere i aldersgruppen 0–17 år, var tallet redusert til 12 600 i 2016, en nedgang på hele 28 prosent. Med en befolkningsvekst i denne

⁴ Utgiftene i 2016-kroner fremkommer ved å dividere utgiftene for hvert år med sats 1 for det aktuelle året, og multiplisere med sats 1 for 2016.

Datagrunnlag og definisjoner

Data er hentet fra NAVs utbetalingsregistre, som utgjør grunnlaget for grunnstønadsstatistikken. Foruten stønadsmottakernes kjønn, alder og bosted, finnes her opplysninger om hvilken grunnstønadsatts de mottar og eventuell hjelpestønad. I tillegg er det koblet på opplysninger om pensjonsstatus og pensjongivende inntekt fra andre av NAVs registre.

Det er benyttet data per desember for perioden 2000–2016 der dette er tilgjengelig. For 2016 er inntektsopplysninger enda ikke tilgjengelig, så i stedet benyttes G-regulerte 2015-tall for inntekt. Andelen stønadsmottakere i befolkningen er beregnet per desember hvert år i forhold til folkemengden 1. januar året etter.

Opplysninger om innvilgningsårsak og diagnose er registrert i en egen rutine, og er koblet på for årene 2003 og 2014–2016. Det er i alt syv innvilgningsårsaker kodet a)-g), som tilsvarer kriteriene for hvilke typer ekstrautgifter ordningen dekker (se faktaboks *Regelverk for grunnstønad*). Diagnosene i datamaterialet er klassifisert i henhold til kodeverket ICD-10.

De første årene etter at grunnstønadsordningen ble etablert var det ikke obligatorisk å innrapportere opplysninger om innvilgningsårsak og diagnose. For om lag 30 prosent av de nåværende stønadsmottakerne mangler derfor fortsatt kode for innvilgningsårsak, mens om lag 16 prosent mangler opplysninger om diagnose. Mange av disse stønadsmottakerne har hatt ytelsen i mange år. Fra desember 2013 gikk NAV over til elektronisk innrapportering av diagnose og innvilgningsårsak i saksbehandlingssystemet. Disse opplysningene er nå obligatoriske, så kodene må alltid påføres i nye saker. For de tre siste årene har vi dermed fått et langt mer fullstendig statistikkgrunnlag enn tidligere. For personer med flere innvilgningsårsaker (flere typer ekstrautgifter) eller flere diagnoser telles kun den viktigste. I statistikken som presenteres i denne artikkelen fokuseres det på grunnstønadmottakere med registrert innvilgningsårsak og diagnose. De som mangler slike opplysninger holdes utenfor.

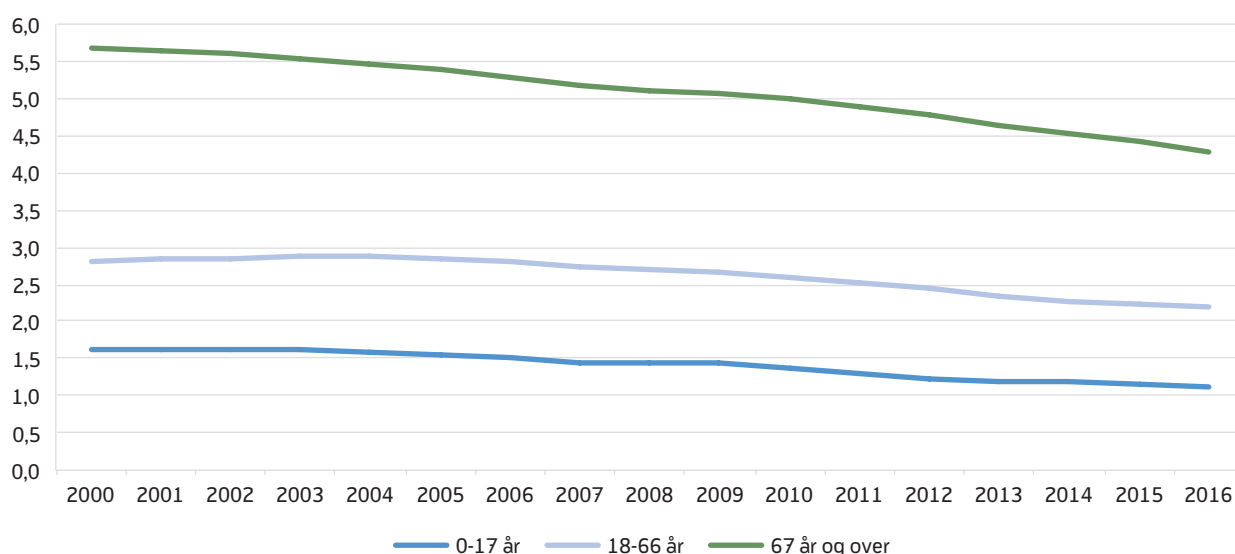
Folketrygdens utgifter til grunnstønad er hentet fra NAVs stønadsregnskap.

aldersgruppen på om lag 4,5 prosent i samme periode, har andelen barn og unge med grunnstønad i befolkningen sunket fra 1,6 prosent i 2003 til 1,1 prosent i 2016 (figur 2), en reduksjon på nær en tredel.

I motsatt ende av aldersskalaen har antallet stønadsmottakere over 67 år ligget stabilt på mellom 31 000 og 33 000 i hele perioden. Fra omkring 2010 begynte

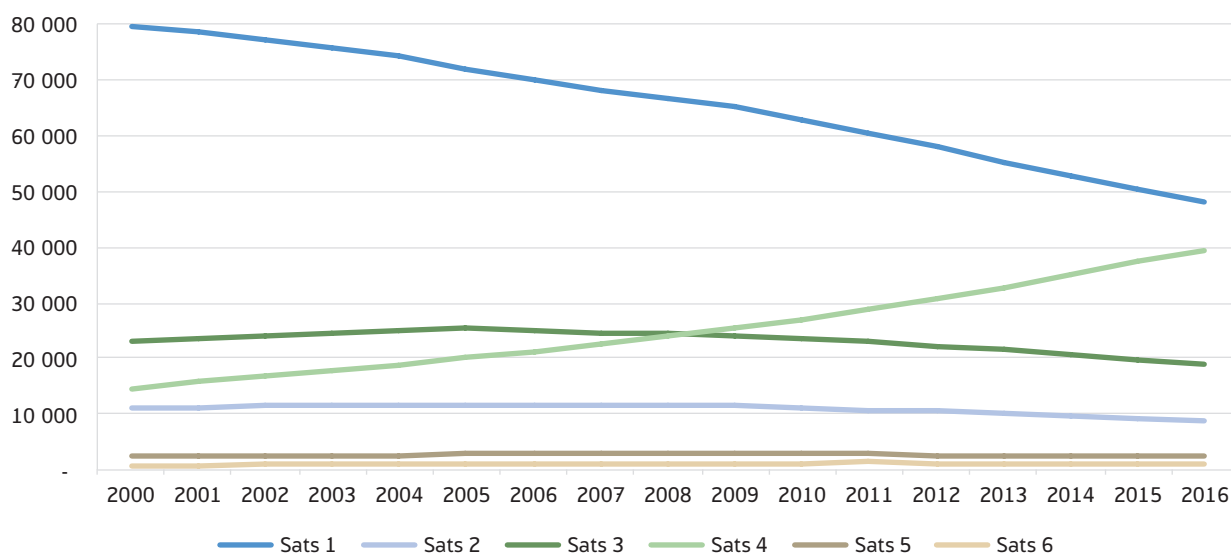
imidlertid eldrebølgen å gjøre seg gjeldende, og andelen over 67 år har vist en tiltakende økning etter hvert som de store fødselskullene fra etterkrigstiden passerer 67 år. Befolkningen i denne aldersgruppen har økt med om lag 27 prosent siden 2003. Andelen i denne aldersgruppen som mottar grunnstønad har dermed gått ned fra 5,5 prosent i 2003 til 4,3 prosent i 2016. Selv om nedgangen i prosentpoeng er størst for den eldste

Figur 2. Andel av befolkningen som mottar grunnstønad, etter alder. Prosent. Desember 2000–2016



Kilde: NAV

Figur 3. Grunnstønadmottakere etter sats. Desember 2000–2016



Kilde: NAV

aldersgruppen, er den prosentvise nedgangen i befolkningsandelen med grunnstønad høyere blant de yngste.

Færre med sats 1, flere med sats 4

Som nevnt ytes grunnstønad nå etter 6 satser. Sats 1 – ofte omtalt som *ordinær sats* – er lavest, mens de forhøyede satsene 2–6 utgjør fra 1,5 til 5 ganger ordinær sats. I 2016 utgjorde ordinær sats 8 040 kroner per år, eller 670 kroner i måneden (se faktaboks *Satser for grunnstønad i 2016*).

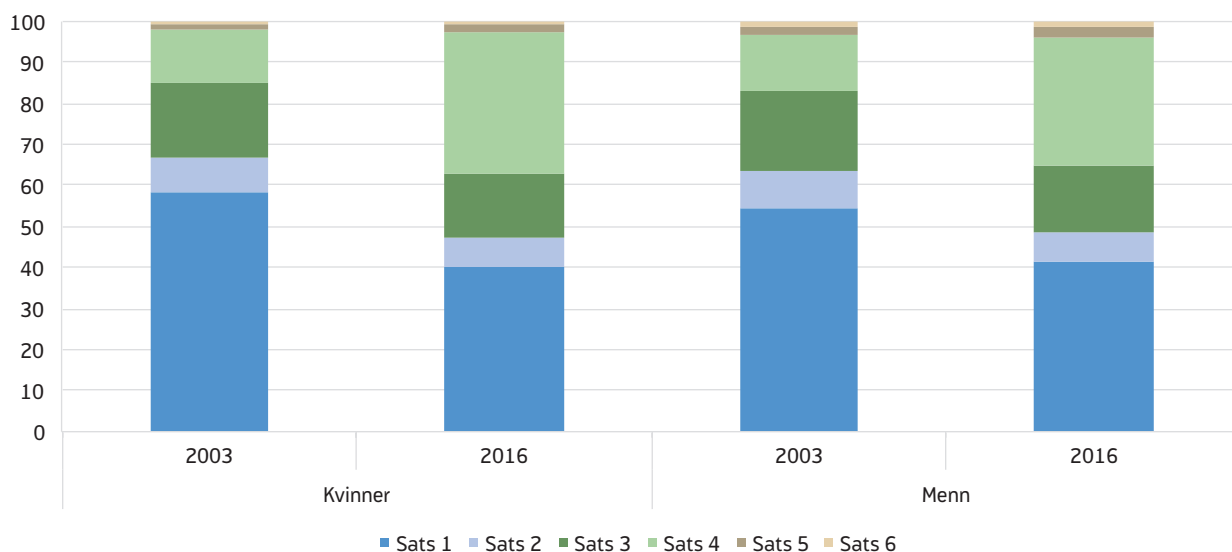
Siden begynnelsen av 2000-tallet har vi observert en stor forskyvning i bruken av disse satsene (figur 3). Sats 1 er riktignok fortsatt den mest brukte satsen. Men mens det i desember 2000 var 79 500 grunnstønadmottakere med ordinær sats, er antallet falt til 48 100 ved utgangen av 2016. Andelen stønadmottakere med sats 1 har dermed falt fra 60 prosent til 40 prosent. I samme periode økte antallet med sats 4 kontinuerlig fra 14 500 i 2000 til 39 200 i 2016, en økning på hele 170 prosent. Mens sats 3 tidligere var den nest vanligste satsen, har sats 4 hatt denne posisjonen siden 2009. Det er på grunn av denne endringen at utgiftene til grunnstønad har økt, samtidig som antallet stønadmottakere totalt har sunket. Både antallet og andelen stønadmottakere med sats 2 og 3 har gått noe ned, særlig de siste ti årene. Andelen med

de to høyeste satsene har derimot i hele perioden ligget stabilt på 3 prosent. Dette tyder på at mottakerne av de to høyeste satsene generelt har store helseproblemer, og at de kan være tildelt en høy grunnstønadssats på grunn av kombinerte formål.

Endringen i satsfordelingen har gitt litt forskjellige utslag for kvinner og menn, og for ulike aldersgrupper. En sammenlikning av fordelingen ved utgangen av 2003 med satsfordelingen i 2016, viser at det før nedgangen i antall stønadmottakere tok til for alvor var en litt høyere andel kvinner enn menn med ordinær sats. Samtidig var det en litt lavere andel kvinner med sats 4. I 2016 er dette bildet snudd: andelen med sats 1 er høyest blant menn, mens andelen med sats 4 er høyest blant kvinner (figur 4). I løpet av denne perioden har antallet kvinner med grunnstønad sats 4 økt med 141 prosent, mens økningen blant menn var på 94 prosent.

Endringen ses enda tydeligere blant de yngste. Mens 63 prosent av grunnstønadmottakerne i aldersgruppen under 18 år mottok den laveste satsen i 2003, var andelen falt til 29 prosent i 2016. Også for dem med sats 2 eller 3 falt andelen noe, mens gruppen med sats 4 økte fra 17 prosent til 58 prosent (figur 5). En tilsvarende endring i satsfordelingen ses for de to øvrige aldersgruppene, men langt fra like sterk. Blant dem mellom

Figur 4. Grunnstønadmottakere prosentfordelt etter kjønn og sats. Desember 2003 og 2016



Kilde: NAV

18 og 67 år har også sats 4 overtatt som den nest vanligste satsen. For dem over 67 år er det imidlertid fortsatt flere med sats 3 enn sats 4. I den eldste aldersgruppen er fremdeles over halvparten mottakere av sats 1.

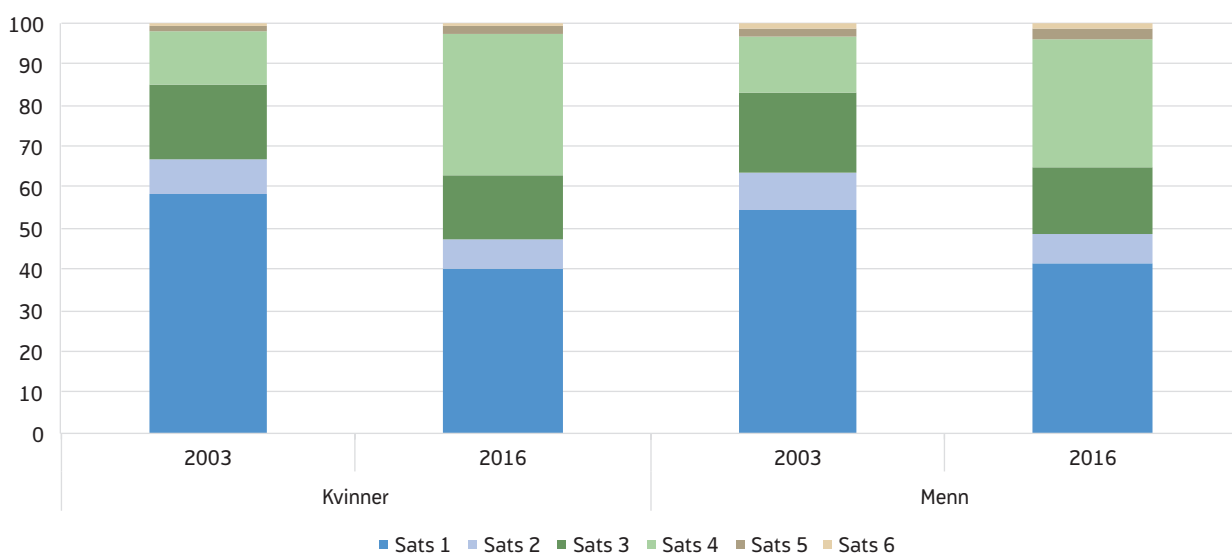
Ser vi fremover i tid, er det – dersom regelverket holdes uendret – sannsynlig at det vil fortsette å bli stadig færre med sats 1 og flere med sats 4. Av de nye grunnstønadmottakerne i 2016 fikk hele 3 av 4 personer innvilget sats 4, mens kun 15 prosent fikk innvilget laveste sats.

Fordyret kosthold ved diett stadig vanligere

Endringene i bruken av sats 1 og 4 tyder på at de som nå innvilges grunnstønad får ytelsen av andre årsaker enn tidligere, til tross for at det bare har vært mindre endringer og presiseringer i regelverket på 2000-tallet.

Fordelingen av innvilgningsårsaker for de grunn-

Figur 5. Grunnstønadmottakere prosentfordelt etter alder og sats. Desember 2003 og 2016



Kilde: NAV

stønadmottakerne vi har registrert slike opplysninger om, viser riktignok at ekstra utgifter til transport fortsatt er den vanligste årsaken til å få innvilget grunnstønad. I alt 4 av 10 har grunnstønad til dette formålet (tabell 1). Men hovedårsaken til den sterke veksten av personer med sats 4 er at fordyret kosthold ved diett er blitt en mye vanligere innvilgningsårsak. De fleste som får grunnstønad til dekning av denne typen ekstrautgifter blir nemlig tildelt sats 4 (se faktaboks *Om retningslinjene*). Mens det i 2003 var 11 prosent med denne innvilgningsårsaken, var andelen tredoblet i 2016.

Tabell 1. Grunnstønadmottakere med registrert innvilgningsårsak, prosentfordelt etter årsak. Desember 2003 og 2016

	2003	2016
I alt	100,0	100,0
Drift av tekniske hjelpemidler	1,4	2,1
Transport	37,1	40,6
Hold av førerhund	0,1	0,1
Teksttelefon eller i særlige tilfeller vanlig telefon	9,8	3,5
Bruk av proteser, støttebandasjer o.l.	1,2	1,6
Fordyret kosthold ved diett	11,2	34,3
Slitasje på klær og sengetøy	24,3	15,1
Andre ekstrautgifter ⁵	15,0	2,6

Kilde: NAV

Når vi ser på fordelingen av nye stønadmottakere de siste tre årene, blir bildet enda tydeligere: mens 2 av 3 fikk innvilget grunnstønad på grunn av fordyret kosthold i 2014 og 2015, var andelen hele 80 prosent i 2016 (tabell 2). De andre innvilgningsårsakene er knapt i bruk lenger. Samtidig fikk nesten alle nye mottakere med fordyret kosthold som innvilgningsårsak sats 4 – over 90 prosent hvert år.

Transport er for øvrig blitt tredje vanligste innvilgningsårsak, etter slitasje på klær og sengetøy. Dette har delvis sammenheng med innstramminger i forhold til

bilbruk. Personer som fikk innvilget stønad til anskaffelse av bil⁶ fikk tidligere også grunnstønad sats 3 til drift av denne. Det ble ikke lagt vekt på om vedkommende tidligere hadde dekket sitt transportbehov ved egen bil, og dermed om bruk av bil faktisk kunne anses som en ekstrautgift. Denne praksisen ble endret i 2005, slik at grunnstønad til drift av egen bil i dag bare innvilges dersom bilen faktisk er en ekstrautgift (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2016). I tillegg ble ordningen med støtte til kjøp av bil i «gruppe 1» (ordinære personbiler) strammet inn fra 2015, ved at det for søknader etter dette tidspunkt kun gis stønad til kjøp av biler til bruk i arbeid og utdanning og ikke lenger til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet.⁷ Færre enn tidligere får dermed innvilget grunnstønad til transport.

Tabell 2. Nye grunnstønadmottakere med registrert innvilgningsårsak, prosentfordelt etter årsak. 2014–2016

	2014	2015	2016
I alt	100,0	100,0	100,0
Drift av tekniske hjelpemidler	0,4	0,7	0,6
Transport	11,8	11,9	6,2
Hold av førerhund	0,3	0,4	0,2
Teksttelefon eller i særlige tilfeller vanlig telefon	0,1	0,0	0,1
Bruk av proteser, støttebandasjer o.l.	3,3	3,6	4,7
Fordyret kosthold ved diett	67,1	66,9	79,8
Slitasje på klær og sengetøy	17,1	16,4	8,4

Kilde: NAV

Cøliaki og andre glutenintoleranser er vanligste diagnose blant nye mottakere

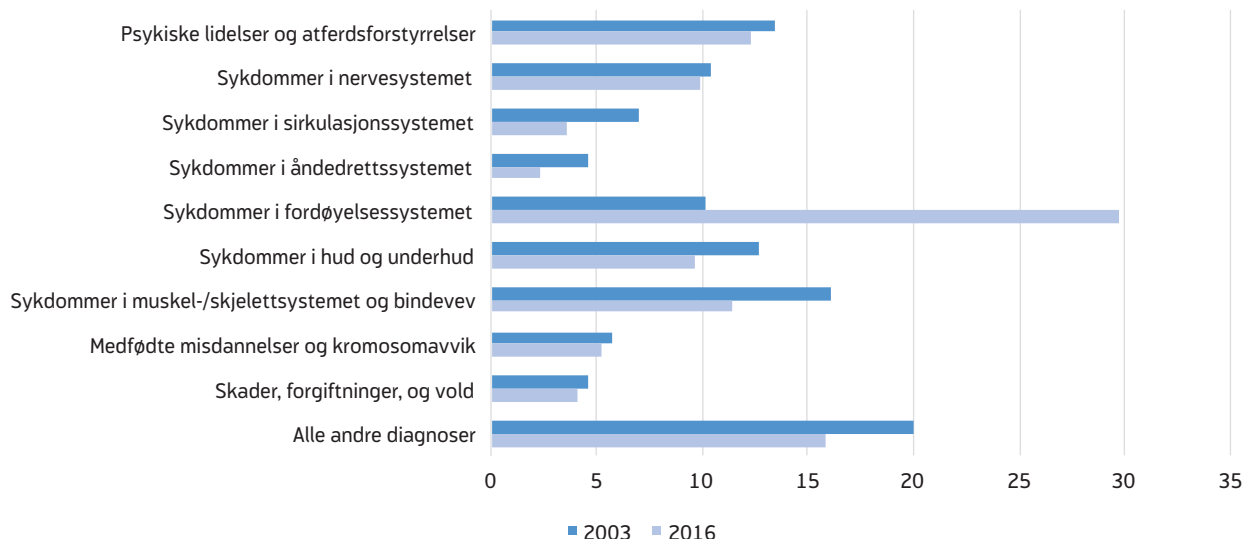
Ettersom fordyret kosthold ved diett er blitt vanligere som innvilgningsårsak, er det naturlig nok også endringer i diagnosefordelingen blant grunnstønadmottakerne. For de mottakerne vi har diagnoseopplysninger om, er andelen med sykdommer i fordøyelsessystemet tredoblet fra 10 prosent i 2003 til 30 prosent i 2016. Ved utgangen av 2016 utgjorde dette i alt 29 500 personer. Alle andre

⁵ Før 1997 kunne grunnstønad innvilges til «enhver ekstrautgift» av betydning. Personer som før 1997 fikk innvilget grunnstønad til dekning av andre ekstrautgifter enn de nå gjeldende kriteriene, har beholdt sin ytelse, men er registrert med «andre ekstrautgifter» som innvilgningsårsak.

⁶ Kilde: Folketrygdlovens § 10-5 Stønad til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet eller § 10-6 Stønad til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet.

⁷ Kilde: Folketrygdlovens § 10-7, Forskrift av 7. mars 2003 nr. 290 om stønad til motorkjøretøy eller annet transportmiddel.

Figur 6. Grunnstønningmottakere med registrert diagnose, prosentfordelt etter de største diagnosegruppene. Desember 2003 og 2016



Kilde: NAV

diagnosegrupper har hatt en nedgang i perioden, både i antall og i andel (figur 6).

De fleste som får grunnstønning på grunn av sykdommer i fordøyelsessystemet, har diagnosen cøliaki eller andre glutenintoleranser.⁸ Ser vi på den siste treårsperioden, er tendensen svært entydig: over 60 prosent av de nye stønningmottakerne er registrert med cøliaki eller andre glutenintoleranser (figur 7). Og i 2016 befant hele 74 prosent av de nye grunnstønningmottakerne seg i denne gruppen. Den nest største gruppen er personer med såkalte hyperkinetiske forstyrrelser, eller adferdsforstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsårene. Denne gruppen utgjorde imidlertid ikke mer enn 3 prosent av de nye grunnstønningmottakerne i 2016. Den tredje største gruppen ligger stabilt på om lag 2 prosent, og består av personer som har foretatt amputasjoner, hovedsakelig av bein.

⁸ Her definert som personer registrert med K90, K90.0 og K90.4 i kategorien K90 Intestinal malabsorpsjon. Personer med andre glutenintoleranser enn cøliaki kan også være registrert under diagnosen K52.2 Allergisk og diettbettinget gastroenteritt og kolitt eller K58 Irritabel tarmsyndrom, men disse diagnosene omfatter også andre matintoleranser.

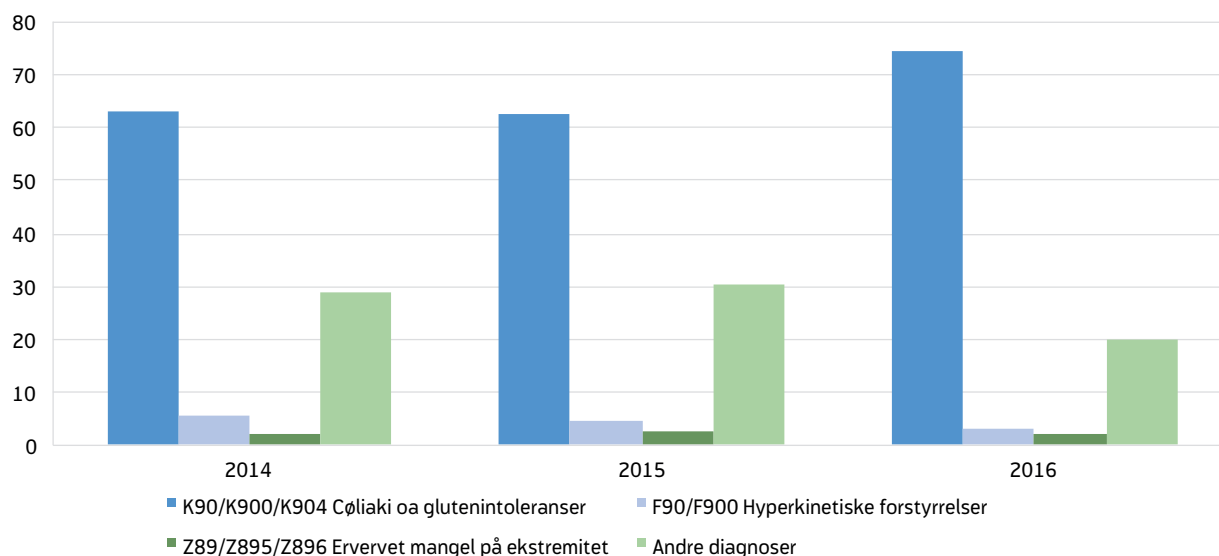
Hvorfor denne veksten i glutenintoleranser?

Cøliaki er en autoimmun kronisk tarmsykdom som utløses av gluten, et protein som finnes i korn av hvete, rug og bygg. Sykdommen er den vanligste matvareintoleransen i den vestlige verden, og antas å forekomme hos rundt 1 prosent av befolkningen i Norge. Dette skulle tilsi om lag 50 000 personer, noe flere enn de 29 500 personene som i 2016 fikk grunnstønning på grunn av sykdommer i fordøyelsessystemet. Man antar imidlertid at under halvparten av de som har sykdommen har fått diagnosen stilt, og at mange går rundt med unødvendige plager.⁹ Det kan antas at for personer med cøliaki er økt kjennskap til sykdommen og bedre diagnostikk blant årsakene til veksten i antall grunnstønningmottakere.

De siste årene har det generelt vært økende oppmerksomhet rundt plager etter inntak av kornholdig mat, også blant personer uten cøliaki. Plagene kalles gjerne glutenintoleranse uten cøliaki eller non-cøliaki glutensensitivitet (NCGS). I oktober 2002 ble det tatt inn et avsnitt om dette i rundskrivet, og presisert at: «Dersom det er fastslått at det foreligger non-cøliaki eller glutenintoleranse

⁹ Kilde: Norsk helseinformatikk på <https://www.nhi.no/sykdommer/barn/magetarm/coliaki-oversikt/>, hentet 5. mai 2017.

Figur 7. Nye grunnstønadmottakere, prosentfordelt etter diagnose. De 3 vanligste diagnosene. Desember 2014–2016



Kilde: NAV

vil behandlingen være den samme som ved cøliaki, en glutenfri diett. Det vil kunne tilstås grunnstønad etter sats som ved cøliaki uten nærmere dokumentasjon av ekstrautgiftene». ¹⁰ Personer med NCGS fikk dermed rett til sats 4 på lik linje med personer med cøliaki. For denne gruppen er det sannsynlig at veksten i antall grunnstønadmottakere har sammenheng med medias og befolkningens økende opptatthet av helse og kosthold de siste årene, og ikke minst en økt interesse for hva som er et sunt kosthold. Imidlertid finnes det ikke noen egen diagnose for dette i kodeverket ICD-10. Det ser dermed ut som om personer med NCGS i stor grad registreres på samme diagnosekode som cøliaki. Resultatet er at NAV verken har tilfredsstillende opplysninger om hvor mange grunnstønadmottakere som reelt har cøliaki, eller om hvor mange som har andre glutenintoleranser. Vi vet heller ikke hvordan fordelingen er blant de om lag 2 500 personene som hvert år i perioden 2014–2016 har fått innvilget grunnstønad med disse diagnosekodene. Men det er grunn til å tro at andelen med NCGS er høy.

Store fylkesvise forskjeller

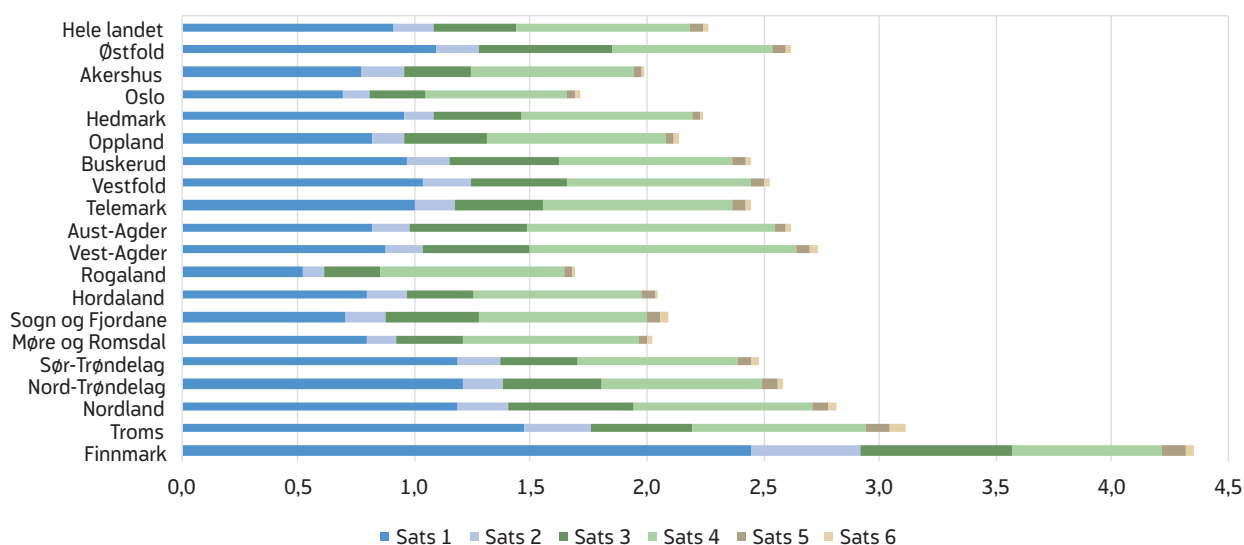
Utviklingen de senere årene har bidratt til at det nå er relativt store fylkesvise forskjeller i bruken av grunnstønad. Mens i gjennomsnitt 2,3 prosent av befolkningen hadde grunnstønad i 2016, varierte andelen fra 1,7 prosent i Oslo og Rogaland til 4,4 prosent i Finnmark.

For satsene 2, 3, 5 og 6 er den fylkesvise variasjonen lav. Forskjellene kommer til syne særlig i bruken av sats 1, men også sats 4. Rogaland har høyest andel stønadmottakere med sats 4 (47 prosent). Det er likevel Agderfylkene som har flest sett i forhold til befolkningen, i alt 1,1 prosent av befolkningen i de to fylkene har sats 4. Finnmark ligger på topp i bruk av sats 1, både i forhold til andelen grunnstønadmottakere som har denne satsen (56 prosent) og som andel av befolkningen (2,5 prosent). I Rogaland mottok kun 0,5 prosent av befolkningen laveste sats i 2016 (figur 8).

Det er vanskelig å si noe sikkert om årsaken til de fylkesvise forskjellene. Fylkenes befolkningssammensetning med hensyn til alder er neppe nok til å forklare forskjellene. Dette kan tyde på at det er fylkesvise forskjeller for eksempel i diagnostisering av cøliaki og andre glutenintoleranser. For grunnstønad til transportformål har bosettingsmønster og tilgang til

¹⁰ Kilde: Referat fra Trygderetten 10. oktober 2003, på http://www.trygderetten.no/ikbViewer/Content/35_077/0_302_346.pdf

Figur 8. Andel grunnstønadmottakere i befolkningen, etter fylke og sats. Prosent. Desember 2016



Kilde: NAV

kollektivtransport betydning, og bidrar trolig til den lave bruken i Oslo sammenliknet med mer spredtbygde fylker.

Målgruppen «de uføre» ikke lenger i flertall

Som nevnt innledningsvis var grunnstønadsordningen opprinnelig ment å dekke ekstrautgifter på grunn av medisinsk uførhet. Det ble ikke stilt krav om at grunnstønadmottakerne også måtte være ervervsmessig uføre. Det er likevel en nær sammenheng mellom de to uførhetsdefinisjonene, og det samme kan sies om bruken av de to ordningene. På slutten av 1990-tallet og fram til 2010 var andelen grunnstønadmottakere med uføretrygd høy, på om lag 40 prosent. Men siden den gang har andelen falt. I 2016 var 1 av 3 grunnstønadmottakere uføretrygdet. Noe av nedgangen må ses i lys av den begynnende eldrebølgen som har medført at mange av grunnstønadmottakerne har gått over i alderspensjonistenes rekker. Andelen grunnstønadmottakere som også mottar alderspensjon har derfor økt litt i samme periode. Fortsatt er likevel uføretrygdene de som i størst grad mottar grunnstønadssatsene 2, 3, 5 og 6. Av de med høyeste sats 6 er i alt 2 av 3 uføretrygdet. Det samme gjelder 57 prosent av stønadmottakerne med sats 5. Dette er ikke uventet ettersom de høyeste satsene ofte gis til perso-

ner med flere typer ekstrautgifter. Det må antas at personer som oppfyller flere av kriteriene for grunnstønad også har økt sannsynlighet for å bli uføretrygdet.

Ut fra utviklingen de siste årene er det neppe uventet at grunnstønadmottakerne uten alderspensjon eller uføretrygd nå utgjør den største gruppen, på nær 40 prosent av stønadmottakerne. Men heller ikke denne gruppen ser helt ut som før.

Flere unge grunnstønadmottakere uten hjelpestønad

Som tidligere nevnt har både antallet og andelen barn og unge med grunnstønad gått noe ned fra 2003 til 2016. En mer markant endring ser vi i bruken av grunnstønad kombinert med hjelpestønad. Barn og unge som i dag får grunnstønad, ser ikke ut til å ha samme behov for ekstra tilsyn og pleie i hjemmet som jevnaldrende barn med grunnstønad hadde tidligere. Mens 12 500 av grunnstønadmottakerne under 18 år også hadde hjelpestønad ved utgangen av 2003, var antallet falt til 5 100 13 år senere. Regnet som andel av mottakerne i denne aldersgruppen var det en reduksjon fra 71 prosent til 40 prosent. Noe av reduksjonen kan trolig forklares med økt barnehagedekning og utbyggingen av skolefritidsordninger. Barn med nedsatt funksjonsevne har for-

trinnsrett ved barnehageopptak.¹¹ Kommunene er dessuten pliktige til å ha et tilbud om skolefritidsordning før og etter skoletid for barn med særskilte behov til og med 7. årstrinn.¹² Barn som tidligere hadde behov for ekstra tilsyn og pleie i hjemmet på grunn av sin medisinske tilstand, får dermed i større grad dekket dette behovet helt eller delvis av barnehage og skolefritidsordning. Mens 1 av 5 grunnstønadmottakere under 18 år hadde ordinær hjelpestønad i 2003, var det samme bare tilfellet for 1 av 20 i 2016.

Den store endringen ses også her for de med grunnstønad sats 4. I 2003 hadde halvparten av barn og unge med grunnstønad sats 4 hjelpestønad i tillegg. I 2016 gjaldt dette bare 13 prosent (tabell 3). Årsaken er åpenbar: også blant de yngste får mange nå grunnstønad på grunn av fordyret kosthold, og disse barna trenger ikke ekstra tilsyn og pleie i samme grad som de barna som tidligere fikk sats 4. Blant nye grunnstønadmottakere i denne aldersgruppen hadde i alt 80 prosent fordyret kosthold som innvilgningsårsak i 2016.

Tabell 3. Andel grunnstønadmottakere 0–17 år som også mottok hjelpestønad, etter sats. Prosent. Desember 2003 og 2016

	2003	2016
I alt	71,5	40,2
Grunnstønad sats 1	74,0	82,9
Grunnstønad sats 2	68,5	64,6
Grunnstønad sats 3	95,8	66,8
Grunnstønad sats 4	50,1	12,7
Grunnstønad sats 5	96,7	84,5
Grunnstønad sats 6	99,2	97,0

Kilde: NAV

Flere har pensjonsgivende inntekt

Helse og levekår henger ofte sammen i en negativ sirkel der sykdom skaper fattigdom, og fattigdom skaper sykdom. Det er derfor positivt at det fra utgangen av 2003 til utgangen av 2016 har vært en liten økning i andelen grunnstønadmottakere med egen pensjonsgivende inntekt (ikke vist i figur). Den største end-

ringen er imidlertid blant stønadmottakere som har alderspensjon. I denne gruppen har andelen med pensjonsgivende inntekt økt fra 3 prosent til nær 13 prosent. Veksten er trolig en konsekvens av pensjonsreformen fra 2011, som medførte at mange fikk muligheten til å ta ut alderspensjon samtidig som de fortsatte å jobbe. Blant grunnstønadmottakerne med uføretrygd er det derimot ingen endring. 1 av 3 hadde pensjonsgivende inntekt begge år. I aldersgruppen under 18 år har andelen økt svakt fra 3 prosent til 5 prosent, noe som kan ha sammenheng med at aldersgrensen for å tjene opp pensjonsgivende inntekt ble senket fra 17 til 13 år fra og med 2010.

Antallet grunnstønadmottakere over 18 år uten alderspensjon eller uføretrygd har økt med 13 prosent fra 2003 til 2016. I denne gruppen har nesten alle pensjonsgivende inntekt. Andelen med inntekt over 4 G har også økt litt, fra 55 til 58 prosent. Det blir altså relativt flere voksne med en medisinsk tilstand som gir rett til grunnstønad, uten at tilstanden går ut over deres mulighet til å være i jobb. Igjen er det nærliggende å peke på at dette særlig har sammenheng med veksten i antall stønadmottakere som får innvilget ytelsen på grunn av fordyret kosthold.

Virker ordningen etter hensikten?

Da den første stønadsordningen for blinde og vanføre ble innført på midten av 1930-tallet, var det en helt annen brukergruppe man hadde i tankene enn i dag. Statens Sentralstyre for Vanføreforsorgen utarbeidet i 1937 følgende oversikt over «årsaker til vanførhet» i Norge: «20,4 % skyldes poliomyelitt. 24,8 % skyldes ryggmargssykdommer og andre nervesykdommer. 19,0 % giktskykdommer. 7,2 % ulykker. 6,8 % medfødte misdannelser. 6,7 % tuberkulose i ben og ledd. 15,1 % forskjellige andre sykdommer.» (Gjengitt av Listou 1952.)

Takket være den medisinske utviklingen de siste tiårene, er det i dag helt andre diagnoser som gir enkeltpersoner rett til å få dekket ekstrautgifter utover det friske personer har. Det kan derfor være grunn til å spørre om dagens grunnstønadsordning fortsatt trefrer den målgruppen den er ment å treffe?

¹¹ Kilde: Barnehageloven, § 13, hentet fra Lovdata 2.3.2017.

¹² Kilde: Informasjon om Skolefritidsordningen på https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/grunnopplaring/artikler/skolefritidsordningen-sfo/id434_946, hentet 2.3.2017

Forskningsstiftelsen ECON fikk i 2005 i oppdrag av Arbeids- og sosialdepartementet å evaluere grunnstønadsordningen. Deres hovedkonklusjon var da at: «Grunnstønadsordningen er en rimelig treffsikker ordning for å kompensere for nødvendige og varige ekstrautgifter som funksjonshemmede og kronisk syke har» (ECON 2005).

Det er ikke selvsagt at denne konklusjonen fortsatt gjelder i dag. Siden kriteriene for å få grunnstønad ble vedtatt i 1997, har den teknologiske utviklingen bidratt til at enkelte av de ekstrautgiftene ordningen dekker er blitt uaktuelle. Telefon som innvilgningsårsak er i praksis avvirket. Teksttelefoner produseres ikke lenger, og er erstattet av mobiltelefoner og datamaskiner. Produkt- og prisutviklingen på dette området har medført at mobiltelefoner, datamaskiner og nettbrett er noe «alle» har, så stønad til mobiltelefon ble avvirket i 2001. Søknader om grunnstønad til telefon får dermed i dag nesten alltid avslag. Det gis imidlertid støtte til reparasjon av de få teksttelefonene som fortsatt finnes. Ekstrautgifter til drift av tekniske hjelpemidler er redusert fordi strømutfordringene forbundet med disse i dag er minimale. Ekstrautgiftene ved bruk av proteser, støttebandasjer o.l. er heller ikke veldig høye lenger, fordi protesene som lages i dag ikke sliter så mye på klærne at det kan regnes som en ekstrautgift. Flere av de gjeldende kriteriene for å få tilkjent grunnstønad er altså til dels utdaterte nå i 2017.

De siste årene har fordyret kosthold ved diett vært den dominerende årsak til innvilget grunnstønad. For denne utviklingen kan det imidlertid pekes på noen dilemmaer, blant annet i tilknytning til innvilgelsen av grunnstønad ved non-cøliaki glutensensitivitet (NCGS). Det hevdes at så mange som 5–7 prosent av befolkningen har denne tilstanden, en langt høyere befolkningsandel enn anslaget for personer med cøliaki.¹³ Veksten i antall grunnstønadmottakere med diett som innvilgningsårsak har særlig økt i årene etter at også personer med NCGS fikk rett til grunnstønad. Selv om NAV ikke har eksakte tall på hvor mange

som har fått innvilget grunnstønad på grunn av NCGS, antar vi at antallet er betydelig.

Et annet dilemma er at det i loven presiseres at «Nødvendigheten av spedialdiett for den aktuelle diagnosen må være vitenskapelig dokumentert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis».¹⁴ Men NCGS er per i dag ikke regnet som en dokumentert eller alminnelig anerkjent diagnose i de medisinske fagmiljøene. De siste årene har en gruppe australske forskere fått mye omtale. I en studie fra 2011 konkluderte de med at gluten kunne gi mageproblemer hos pasienter uten cøliaki. Forskerteamet var likevel ikke helt sikre på sine egne resultater og gikk grundigere til verks i et nytt eksperiment. Når de i 2013 publiserte resultatene fra oppfølgingsstudien, konkluderte de med at de ikke kunne se noen klar sammenheng mellom inntak av gluten og mageproblemer hos deltakerne. Mange av deltakerne som forventet at de skulle bli dårlige opplevde at de ble dårlige, men det var tilfelle både når de fikk en diett med og uten gluten (Biesiekierski m.fl. 2013).

I tillegg mangler undersøkelser og laboratorieprøver som kan bekrefte NCGS. I regelverket presiseres det at: «Vurdering hos spesialist, samt et gjennomført provokasjonsopplegg er nødvendig for å stille diagnosen» (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2016). Men i tilbakemeldinger til NAV har det vært uttrykt bekymring for at en del av disse provokasjonstestene ikke gjennomføres på tilfredsstillende måte. Tatt i betraktning at det ikke finnes anerkjente medisinske tester som kan bekrefte diagnosen, kan det kanskje stilles spørsmål ved om inngangsvilkåret for å få grunnstønad ved NCGS praktiseres for liberalt.

De siste årene har det for øvrig skjedd store endringer både i folks kosthold, i kostholdsradene som gis fra ulike hold og i matvarebransjen. Lettere tilgang til alternative matvarer for dem som må leve på ulike spedialdietter og økt konkurranse mellom butikkjedene, kan ha bidratt til at det ikke nødvendigvis er så store merkostnader knyttet til å skulle etterleve ulike dietter som tidligere, verken for personer med cøliaki eller andre. Det er derfor ikke sikkert at de reelle

¹³ Kilde: Informasjon fra Norsk Cøliakiforening på <http://www.ncf.no/hva-er-coliaki/andre-former-for-glutenintoleranse>, hentet 21.mai 2017

¹⁴ Folketrygdlovens § 6-3, første ledd, bokstav f.

ekstraavgiftene ved fordyret kosthold er like høye som før. I den forbindelse kan det nevnes at Danmark har avvirket ordningen med «merutgiftskompensasjon» for de fleste med cøliaki, med den begrunnelse at diett ikke kan sidestilles med medisinsk behandling.¹⁵ I Sverige har barn opp til 16 år med cøliaki rett til en «livsmedelsanvisning». De kan hente ut glutenfrie matvarer fra apotek for opptil 90 dager av gangen, mot en egenandel på 120 kroner hver gang. I tillegg har omtrent halvparten av landstingene beskjedne former for støtte til personer over 16 år.¹⁶ Sett i forhold til våre naboland er grunnstønadens sats 4 – på 23 724 kroner i året – en svært god kompensasjon.

Hvorvidt dagens grunnstønadsordning fortsatt treffer målgruppen som ordningen er ment å hjelpe kan virke litt uklart. Det blir stadig færre stønadmottakere totalt, delvis på grunn av innstramminger i praksis og delvis fordi flere av kriteriene for stønad er blitt utdaterte. Samtidig trekkes grunnstønaden i retning av å bli en ordning primært for personer med cøliaki og andre glutenintoleranser. Med den utviklingen vi har sett de siste årene er det kanskje på tide å vurdere grunnstønadsordningen på nytt.

Referanser

Arbeids- og velferdsdirektoratet (2014) *Rundskriv til folketrygdlovens kapittel 6 – Generell del*. Sist endret 13.05.2014. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/rettskildene-intern/Rundskriv/generell-del-kapittel-6>.

Arbeids- og velferdsdirektoratet (2016) *Rundskriv til folketrygdlovens § 6–3 Grunnstønad*. Sist endret 14.10.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/rettskildene-intern/Forside/Folketrygdloven/kapittel-6->.

Biesiekierski, Jessica R., Simone L. Peters, Evan D. Newnham, Ourania Rosella, Jane G. Muir, Peter R. Gibson (2013) *No Effects of Gluten in Patients With Self-Reported Non-Celiac Gluten Sensitivity After Dietary Reduction of Fermentable, Poorly Absorbed, Short-Chain Carbohydrates*. Tilgjengelig fra [http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(13\)00702-6/abstract](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(13)00702-6/abstract).

ECON (2005) *Evaluering av grunnstønadsordningen*. Utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet. ECON-rapport nr. 2005–064.

Listou, Eline (1952) *Oversikt over vanføreforsorgen i Norge*. Særtrykk av «Sosialt arbeid» nr. 2–1952.

Ot.prp. nr. 6 (1970–71) *Om lov om endringer i lov om folketrygd av 17. juni 1966*. Oslo: Sosialdepartementet.

Rikstrygdeverket (1975) *Historisk oversikt over stønad til uføre. 1967–1972*. Oslo: Rikstrygdeverket.

St.meld. nr. 26 (1960–61) *Om tiltak som er truffet for å forberede gjennomføringen av lovene om attføringshjelp og uføretrygd av 22. januar 1960*. Oslo: Sosialdepartementet.

.....
¹⁵ Kilde: Informasjon fra Dansk Cøliaki Forening på <http://www.celiaki.dk/dk/merutgiftsberegningrettigheder/>, hentet 4. mai 2017.

¹⁶ Kilde: Informasjon fra Svenska Celiakiförbundet på <http://www.celiaki.se/leva-med-celiaki/livsmedelsanvisning-och-kontanter-sattning/>, hentet 4. mai 2017.

