



# Reduksjon i ytelser under institusjonsopphold

---

Rapport 2026 - 08

Proba-rapport nr. 2026-08, Prosjekt nr. 24075

ISSN: 1891-8093

AG/GMV/SK/AFJ/SEA, AMM, 30.04.2026

--

Offentlig

--

# Reduksjon i ytelser under institusjonsopphold

Utarbeidet for Arbeids- og inkluderingsdepartementet

## Forord

Pasienter i statlige helseinstitusjoner som mottar ytelser fra folketrygden kan få disse ytelsene avkortet fordi de samtidig mottar naterytelser fra institusjonen. Ordningen har eksistert svært lenge, men har tidligere ikke vært underlagt ekstern utredning. Denne rapporten er en kartlegging av ordningen og en vurdering av innretningen.

Gro Malene Vestøl, Ane Først Juel, Saliha El-Amrani og Synne Klingenberg har deltatt i prosjektet. Anne May Melsom har kvalitetssikret sluttrapporten. Audun Gleinsvik har ledet prosjektet.

Vi takker informantene som har deltatt i intervjuer samt Nav og FHI som har bidratt med uttrekk fra sine fagsystemer. Informasjonen dette har gitt oss, har vært helt avgjørende for arbeidet, blant annet fordi det finnes lite offentlig dokumentasjon om hvordan reglene fungerer.

ISSN: 1891-8093

Audun Gleinsvik, Oslo, 30. april 2026



# Innhold:

|  |    |
|--|----|
| SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER .....   | 1  |
| 1 INNLEDNING .....   | 6  |
| 1.1 Bakgrunn.....  | 6  |
| 1.2 Leserveiledning .....  | 7  |
| 2 PROBLEMSTILLINGER .....  | 8  |
| 3 METODER.....   | 10 |
| 3.1 Forskningsdesign .....   | 10 |
| 3.2 Datakilder .....   | 10 |
| 3.2.1 Innledende intervjuer .....  | 10 |
| 3.2.2 Intervjuer med ansatte i et utvalg helseinstitusjoner .....  | 10 |
| 3.2.3 Datauttrekk fra Nav og annen statistikk .....  | 11 |
| 3.2.4 Avslag på tilgang til data fra NPR .....   | 11 |
| 4 REGELVERKET FOR REDUKSJON I YTELSE .....   | 12 |
| 4.1.1 Formålet med reglene .....   | 12 |
| 4.1.2 Reduksjon av ytelsene .....  | 12 |
| 4.1.3 Unntak ved boutgifter .....  | 13 |
| 4.1.4 Unntak for forsørgere .....  | 14 |
| 4.1.5 Unntak for personkretsen «epileptikere, psykiatriske pasienter og psykisk utviklingshemmede i institusjon» ..... | 15 |
| 4.1.6 Oppsummering og sammenligning .....  | 15 |
| 5 FORVALTNINGEN – HOVEDTREKK .....   | 16 |
| 5.1.1 Regler og rutiner for innhenting av data om innleggelser.....  | 16 |
| 5.1.2 Saksflyt i Nav .....   | 17 |
| 5.1.3 Innrapportering til forvaltningsenhetene i Nav.....  | 19 |
| 6 KONSEKVENSER FOR PASIENTENE .....  | 23 |
| 6.1 Økonomien til mottakere av ytelser fra folketrygden .....  | 23 |
| 6.1.1 Inntektsnivået til brukerne.....   | 23 |
| 6.1.2 Boforhold og gjeld .....   | 25 |
| 6.2 Hva får pasientene under innleggelse på helseinstitusjon? .....  | 25 |
| 6.2.1 Pasientenes utgifter under innleggelse.....  | 26 |
| 6.2.2 Bistand til mestring av økonomien.....   | 26 |
| 6.3 Omfanget av avkorting .....  | 28 |
| 6.4 Konsekvenser for pasientene .....  | 30 |
| 6.4.1 Virkninger for gjennomføring av behandling og for helse .....  | 30 |
| 6.4.2 Opplevelse av urettferdighet og marginalisering .....  | 31 |
| 6.4.3 Hjemreiser og aktiviteter .....  | 32 |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 6.4.4  | Problemer med å betjene gjeld og beholde eller skaffe bolig .....            | 33 |
| 6.4.5  | Pasienter som rammes særlig hardt av avkorting .....                         | 33 |
| 6.4.6  | Krav om tilbakebetaling .....  | 34 |
| 6.5    | Synspunkter på dagens regelverk og forvaltning .....                         | 34 |
| 6.6    | Ønsker avklaring av hjemmelsgrunnlag .....                                   | 35 |
| 6.6.1  | Forskjeller mellom somatikk og psykiatri .....                               | 35 |
| 6.6.2  | Forskjeller mellom ytelser .....   | 36 |
| 6.6.3  | Ulik praksis ved Nav-kontor .....  | 36 |
| 6.6.4  | Ulik praksis i helseinstitusjonene .....                                     | 37 |
| 7      | DRØFTING AV MODELLER FOR AVKORTING .....                                     | 38 |
| 7.1    | Målformulering .....   | 38 |
| 7.2    | Enkelte prinsipielle, juridiske og etiske spørsmål .....                     | 38 |
| 7.2.1  | Samme avkortingsbeløp for alle? .....  | 39 |
| 7.2.2  | Forskjeller mellom ytelsene .....  | 39 |
| 7.2.3  | Tre måneders varighet .....  | 39 |
| 7.2.4  | Unntak for somatiske institusjoner .....                                     | 40 |
| 7.2.5  | Betaling for helsehjelp .....  | 40 |
| 7.2.6  | Inntektsgrunnlag .....   | 40 |
| 7.2.7  | Personvern .....   | 41 |
| 7.2.8  | Innleggelse på tvang .....   | 41 |
| 7.2.9  | Samtykkekompetanse .....   | 41 |
| 7.2.10 | Hvordan beregne eventuell innsparing i boutgifter? .....                     | 41 |
| 7.2.11 | Forholdet til helseregisterloven og regjeringens digitaliseringsstrategi.... | 42 |
| 7.3    | Vurdering av dagens regler for utmåling .....                                | 42 |
| 7.3.1  | Simulering av avkorting .....  | 43 |
| 7.3.2  | Verdien av fri kost og losji .....   | 46 |
| 7.3.3  | Også avkorting for losji? .....  | 49 |
| 7.3.4  | Forsørgelsesbyrde .....  | 51 |
| 7.3.5  | Sammenligning med kommunale institusjoner .....                              | 52 |
| 7.3.6  | Oppsummering .....   | 55 |
| 8      | MULIGE MODELLER .....  | 57 |
| 8.1    | Generelt om egenskaper ved modellene .....                                   | 57 |
| 8.1.1  | Alternativ 1: Avkorting for kost - differensiert .....                       | 58 |
| 8.1.2  | Alternativ 2: Egenbetaling for kost – ikke differensiert .....               | 58 |
| 8.1.3  | Alternativ 3: Ingen avkorting eller egenbetaling .....                       | 58 |
| 8.2    | Virkning for folketrygdens utgifter .....                                    | 59 |
| 8.2.1  | Avkorting ved dagens modell .....  | 59 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 8.2.2 | Utgiftsreduksjon ved alternative avkortingsordninger..... | 62 |
| 8.2.3 | Oppsummering.....   | 64 |
| 8.3   | Forvaltning .....   | 64 |
| 8.4   | Forvaltningskostnader .....                               | 66 |
| 9     | SAMFUNNSØKONOMISK VURDERING .....                         | 71 |
| 9.1   | Tallfestede virkninger .....                              | 71 |
| 9.2   | Virkning for helse.....                                   | 72 |
| 9.3   | Fordelingsvirkninger og rettferdighet .....               | 73 |
|       | LITTERATUR.....   | 75 |



# Sammendrag og konklusjoner

## Resymé

Dersom personer som mottar ytelser fra folketrygden blir lagt inn på statlige helseinstitusjoner, skal ytelsen fra folketrygden som hovedregel avkortes. Begrunnelsen er at de får kost og losji av institusjonen, og dermed lavere utgifter til livsopphold. Vi finner en rekke svakheter i dagens regler for avkorting. Blant annet er det ikke sammenheng mellom målene for ordningen og reglene for omfang av avkorting. Det er også ulike og ubegrunnede forskjeller i avkortingsreglene for de ulike ytelsene og det er flere unntaksbestemmelser som gir urimelig forskjellsbehandling mellom pasientene. Vi foreslår to modeller for avkorting som vil øke omfanget av avkorting, men fordele byrden på langt flere pasienter, slik at de aller fleste av de som får avkorting, får mindre avkorting per dag enn med dagens regler.

Dagens system for forvaltning gjør at reglene ikke blir implementert fullt ut, blant annet fordi en del aktører i helsesektoren finner modellen uakseptabel ut fra personvern hensyn. Vi anbefaler å etablere automatisk datadeling mellom helsesektoren og Nav, men dette vil eventuelt kreve endringer i regelverket for bruk av helsedata.

## Bakgrunn

Avkortingsreglene har eksistert lenge og har ikke vært endret på mange år. De har heller ikke vært evaluert eller utredet. Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) – som har ansvar for forvaltningen av Folketrygdloven og dermed også avkortingsreglene – har bestilt oppdraget.

Ytelsene som kan avkortes er arbeidsavklaringspenger (AAP), uføretrygd, sykepenger, alderspensjon og etterlatteytelser (etterlattepensjon, omstillingsstønad og barnepensjon). Avkortingen slår inn når pasienten har vært innlagt i tre måneder.

## Problemstilling

Oppdraget omfatter:

- en kartlegging av hvilke natutytelser pasienter får mens de er innlagt i spesialisthelsetjenesten
- en kartlegging av økonomien til mottakere av ytelser fra folketrygden
- en vurdering av regelverket for avkorting av ytelser ved innleggelse

I løpet av prosjektet har vi sett at dagens forvaltning av avkortingsreglene har svakheter. I tilknytning til vurdering av regelverket og mulige alternative modeller er muligheter og begrensninger i forvaltningen viktige premisser for anbefaling av løsninger.

## Metoder og kilder

Våre analyser og vurderinger er basert på:

- dokumentstudier
- statistikk fra SSB og Nav
- uttrekk fra Norsk Pasientregister (NPR) og Navs fagsystem
- intervjuer med ansatte i spesialisthelsetjenesten, Nav, pasient- og brukerorganisasjoner samt ansatte i andre forvaltningsorganer

Vi søkte om tilgang til koblede, anonymiserte individdata fra NPR og Nav, men fikk avslag fordi prosjektet ligger utenfor målet for NPR.

Vurderingen av dagens regelverk og alternative modeller bygger blant annet på utredningsinstruksen og en samfunnsøkonomisk analyse.

## Konklusjoner og tilrådinger

### *Pasientenes naturalytelser*

Intervjuer med ansatte i spesialisthelsetjenesten viser at pasientene vanligvis ikke får annet enn kost og losji. I enkelte behandlingstilstander innenfor rus og psykiatri kan behandlingen inkludere elementer som kan medføre utgifter for pasienten, herunder hjemreiser.

### *Verdien av naturalytelsene*

Statistikk viser at forbruk på mat og bolig henger sammen med husholdningenes sammensetning og inntektsnivå. I tillegg er det stor individuell variasjon. Utgifter per voksen er lavere for par enn for enslige. Blant aleneboende er utgifter til mat i gjennomsnitt 126 kr per dag (2022-tall, omregnet til 2024-priser) og til bolig 509 kr. Blant par er utgiftene per voksen henholdsvis 114 og 332 kr. Særlig utgiftene til bolig er betydelig lavere per voksen i par enn for enslige.

Forbruket per voksen er høyere i husholdninger med barn, men det er uklart om dette bare skyldes at de voksne også dekker barnas matutgifter. Vi har lagt til grunn at reduksjonen i matutgiftene som følge av at en voksen er fraværende fra husholdningen ikke avhenger av om det er barn i husholdet.

Forbruk til mat og bolig er henholdsvis 107 og 439 kr blant personer i den laveste inntektskvartilen og 155 og 617 kr i den øverste kvartilen.

### *Den økonomiske situasjonen til mottakere av ytelse*

Vi har ikke data om økonomien til pasienter som mottar ytelse fra folketrygden, og bygger isteden på statistikk fra SSB om alle som mottar disse ytelsene. I gjennomsnitt har mottakerne av ytelsene relativt lave inntekter. De lever også i husholdninger med lavere inntektsnivå enn den øvrige befolkningen. Sammenlignet med resten av befolkningen er det også færre som eier egen bolig. De aller fleste har likevel pantsikret gjeld. Flertallet har også usikret gjeld.

### *Målet for avkorting*

En vurdering av dagens regler og alternative modeller for avkorting må bygge på et mål for hva man vil oppnå. Avkortingsreglene mangler et klart definert mål, men stortingsdokumenter peker på at det er urettferdig at mottakerne skal motta full ytelse samtidig som de har gratis kost og losji fra behandlingstilstanden. Vi tolker dette som at avkortingen skal reflektere den innsparingen pasientene nyter godt av som følge av at de får naturalytelser.

### *Vurdering av dagens avkortingsregler*

Vi har ikke funnet noe dokumentasjon på hva dagens avkortingsregler bygger på, men vi mener de ikke er egnet til å sikre avkorting i samsvar med målet vi beskriver over fordi:

- Mottakere med like stor, men ulik type ytelse, kan få forskjellig avkorting
- Det er unntaksbestemmelser knyttet til forsørgelsesbyrde og om mottakeren har «faste nødvendige utgifter», for eksempel til bolig. Unntaksbestemmelsene gir ikke samme utslag for alle ytelser, og vi mener utslagene ofte ikke reflekterer betydningen av forsørgelsesbyrde eller utgifter som pasienten ikke kan redusere under innleggelsen
- Avkortingen er inntektsavhengig, men tar kun hensyn til ytelse fra folketrygden, ikke andre former for inntekt

Innleggelse på somatiske institusjoner er unntatt. Dette er begrunnet i praktiske hensyn: Det er svært få innleggelse med varighet over tre måneder i somatiske sykehus, og ressursbruken ville ikke stå i rimelig forhold til fordelene av avkorting.

Vi tolker avkortingsreglene slik at de er innrettet med sikte på å kompensere for innsparing knyttet til utgifter. Dette bygger vi på at de fleste mottakerne som faktisk får avkorting, vil få

avkorting som langt overstiger utgifter til mat for én voksen. Basert på rimelighetsbetraktninger, mener vi det må være få pasienter som faktisk reduserer sine boutgifter mens de er innlagt.

Avkorting slår først inn etter tre måneder. Vi antar at reduksjonen i matutgifter i husholdningen pasienten tilhører må slå inn mye raskere enn dette. Vi har ikke informasjon om hvor lang tid det tar å redusere boutgifter, men antar at dette varierer sterkt.

#### *Sammenligning med egenbetaling ved opphold i kommunale institusjoner*

Kommunene kan kreve egenandel for opphold i kommunale institusjoner, herunder sykehjem. Reglene skiller mellom lang- og korttidsopphold. Langtidsopphold innebærer ofte at brukeren får institusjonen som bosted. Dette kan forklare at egenbetaling er høy for slike opphold og at den kan overstige avkorting som en ville fått i statlig helseinstitusjon. Egenbetalingen er inntektsavhengig. Også yrkesinntekt hensyntas i utmålingen.

Ved korttidsopphold kan kommunene kreve egenbetaling opptil et visst beløp per dag, fra første dag. Taket er på 205 kr per dag.

### **Forvaltning av avkortingsreglene**

#### *Saksgang*

Nav har ansvar for avkorting. Nav har ikke tilgang til informasjon om inn- og utskrivninger i helseinstitusjonene, men har brukt sin fullmakt til å pålegge alle utenom somatiske institusjoner å melde alle inn- og utskrivninger til Nav. Nav sjekker om pasienter med opphold over tre måneder har ytelser fra folketrygden og om de har forsørgelsesbyrde. Pasientene med sykepengar eller uføretrygd varsles om at de kan få avkorting. Pasienter med AAP eller alderspensjon får avkorting. Alle disse pasientene får informasjon om at de kan melde inn faste, nødvendige utgifter til bolig, mv. Hvis Nav får dokumentasjon av faste utgifter, fattes endelig vedtak om avkorting og eventuelt etterbetaling for AAP-mottakere og alderspensjonister.

#### *Hensynet til personvern*

Systemet over innebærer at Nav får helseinformasjon om mange pasienter – også pasienter som ikke har vært innlagt i over tre måneder og/eller som har en ytelse fra folketrygden. Noen sykehus og helseforetak har uttrykt at de mener systemet er problematisk ut fra personvern hensyn, og enkelte har meddelt at de ikke vil be ansatte følge Navs pålegg om å melde inn alle innleggelser.

I intervjuer med ansatte, har vi også fått informasjon om at enkelte mener at de må spørre pasientene om samtykke før de eventuelt informerer Nav om innleggelsen.

#### *Helsearbeidernes opplevelser og vurderinger*

Flere av informantene oppfattet det som rettferdig at pasientene trekkes tilsvarende innsparing de nyter godt av, men mange er likevel kritiske til dagens system. De er i særlig bekymret for pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer. Mange av disse har dårlig økonomi og økonomistyring. For dem kan avkorting føre til betydelig stress og svakere behandlingsresultater. Dette skaper også stress og annet ubehag for de ansatte.

### **Vurdering av alternative modeller**

Vi har utformet tre alternativer til dagens modell. Det ene alternativet er å fjerne all avkorting. I de to andre foreslår vi å avkorte kun basert på reduksjoner i pasientenes utgifter til mat. Grunnen til at vi anbefaler å gå bort fra å avkorte for reduserte bokostnader, er at vi mener det trolig er få som reduserer sine boutgifter som følge av innleggelser, og at det vil være vanskelig og ressurskrevende å lage et godt forvaltningssystem for slike utgifter:

- Alternativ 1: Avkorting for mottakere av ytelser fra folketrygden, gradert ut fra husholdningens sammensetning og inntekt

- Alternativ 2: Avkorting eller egenbetaling for alle pasienter og med samme sats for alle
- Alternativ 3: Ingen avkorting/egenandel

Somatiske sykehus bør ikke være unntatt avkorting.

Politiske dokumenter begrunner avkorting med at det ikke er rettferdig at folketrygden betaler full ytelse mens man får naturytelser. Vi mener at det heller ikke er rettferdig at bare mottakere av ytelser fra folketrygden skal «betale for» naturalytelser som muliggjør reduserte forbruksutgifter. Alternativ 2 reflekterer dette synet. Man kan også tenke seg et annet alternativ der alle betaler, og der betalingen er gradert ut fra husholdningens sammensetning og inntektsnivå. Et slikt alternativ kombinerer alternativ 1 og 2 over.

Vi har ikke data som viser omfanget av avkorting i dag. Fra Nav har vi fått data som viser at 70 prosent av AAP-mottakerne med lange innleggelser får vedtak om avkorting. AAP-mottakere skal slippe avkorting hvis de har faste utgifter. Vi mener derfor at de fleste som får vedtak om avkorting senere får refundert beløpet. Data vi har fått fra Nav reflekterer ikke hvor mange som får refusjon, og vi kjenner derfor ikke omfanget av dette.

Vi har anslått omfanget av avkorting i dag, gitt at alle som skal ha avkorting faktisk får det. Videre har vi brukt intervjuene til å etablere forutsetninger om ressursbruken i forvaltningen.

Vi anbefaler å erstatte dagens manuelle rutiner i forvaltningen med automatisert datadeling mellom helsesektoren og Nav slik at forvaltningen blir automatisert. Prosjektet omfatter ikke en juridisk vurdering, men vi konkluderer likevel med at datadeling vil kreve en endring i helseregisterforskriften og kanskje også en endring i helseregisterloven. Datadeling vil eliminere mye av personvernrisikoen i forvaltningen. Vi har ikke grunnlag for å beregne kostnadene ved å etablere og drifte datadeling og automatisert saksbehandling, men antar at det vil redusere ressursbruken sammenlignet med manuelle rutiner.

*Tabell 1: Nøkkeltall og anslag på samfunnsøkonomiske effekter av dagens system og to alternative modeller*

|  | Dagens system | Alternativ 1 | Alternativ 2 |
|--|---------------|--------------|--------------|
| Antall opphold som gir avkorting (tusen) | 2,1           | 131          | 166          |
| Antall oppholdsdøgn (tusen)              | 240,7         | 1 787        | 2 262        |
| Omfang avkorting (mill.kr)               | 102           | 205          | 226          |
| Forvaltningskostnader (mill. kr)         | 3             | 26           | 36           |
| Skattekostnad                            | -20           | -36          | -38          |
| Nytte-kostnad                            | 17            | 10           | 2            |

Anslaget for omfang av avkorting i dagens system bygger på en urealistisk forutsetning om at reglene blir fulgt fullt ut. Særlig manglende innmelding av innleggelser til Nav fører til avvik, men vi har ikke grunnlag for å tallfeste dette.

Anslagene for antall opphold og oppholdsdøgn tar hensyn til at dagens system og alternativ 1 kun gjelder mottakere av ytelser fra folketrygden og dagens system, bare for personer uten forsørgelsesbyrde. I alternativ 1 og 2 er antall relevante opphold mye høyere enn i dagens ordning, mest fordi «karenstid» før avkorting er redusert fra 89 til 6 dager, men også fordi somatiske sykehus er inkludert. I alternativ 2 er egenbetaling/avkorting satt til 100 kr per dag. I alternativ 2 er gjennomsnittlig egenbetaling 115 kr per dag.

Det tre nederste linjene angir anslag på samfunnsøkonomiske virkninger. Anslaget for forvaltningskostnader bygger på dagens til dels manuelle rutiner. Datadeling og maskinell behandling vil trolig kunne redusere kostnadene betydelig, og mest i alternativ 1 og 2.

Man kan også modifisere alternativ 1 og 2 ved å kutte karensdager og la avkorting/egenbetaling slå inn etter én dag. Dette vil gjøre at anslagene i tabell 1 for både omfang av avkorting, forvaltningskostnader, skattekostnad knyttet til disse alternativene øker med 127 prosent. Uten karensdager blir anslått nytte-kostnad høyere med alternativ 1 enn med dagens system.

I tillegg til de tallfestede virkningene, vil avkorting ha negative virkninger i form av stress og kanskje redusert behandlingsutbytte. For de som får avkorting, kan dagens system, med meget omfattende avkorting for enkelte pasienter, trolig gi mer alvorlige virkninger enn de alternative modellene.

I alternativ 2, kan egenbetaling på behandlingsstedet, slik man har for poliklinisk behandling i dag, være et alternativ til avkorting. Modellen vil ligge innenfor det handlingsrommet kommuner har i bruk av egenandeler ved korttidsopphold. I denne modellen vil hele forvaltningen kunne overlates til helseinstitusjonene. Basert på intervjuene, mener vi likevel at en slik løsning vil kunne oppfattes som mer belastende for pasientene, og vi anbefaler derfor at Nav avkorter ytelsene for de som har ytelser og sender betalingskrav til de som ikke har ytelser.

# 1 Innledning

Det har i mange år vært ordninger med avkorting av ytelser fra folketrygden for pasienter med lange opphold i statlige helseinstitusjoner. Det er ulike avkortingsregler for ulike ytelser. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har initiert en gjennomgang av reglene, blant annet med sikte på å harmonisere de ulike ytelsene.

## 1.1 Bakgrunn

Folketrygdloven har regler om reduksjon av ytelser under opphold i institusjon under statlig ansvar med fri kost og losji (eller «fri forpleining»), jf. folketrygdloven §§ 8-53, 11-25, 12-19, 19-21, 20-22, 17-13 og 18-8. Reglene gjelder også for opphold i private institusjoner hvor det offentlige finansierer oppholdet, men ikke for opphold i kommunale institusjoner. Uføretrygd og pensjoner blir ikke redusert ved opphold i somatiske sykehusavdelinger, mens sykepenger og arbeidsavklaringspenger skal reduseres også ved slikt opphold. Ytelsene blir ikke redusert de første tre månedene med innleggelse, men i påfølgende måneder. Reglene for avkorting varierer mellom ytelsene. Det er unntaksregler for mottakere som forsørger ektefelle eller barn og for mottakere som har faste og nødvendige utgifter til bolig.

Reglene for reduksjon i ytelser under institusjonsopphold har i liten grad vært endret siden slike regler ble tatt inn i folketrygdloven av 1966. I 1966 ble avkorting regulert gjennom midlertidige regler. Ordinære regler ble vedtatt etter forslag i Ot.prp. nr. 20 (1970–71).

Dagens regler for avkorting ble revurdert i forbindelse med innføring av ny uføretrygd i 2014. Hovedtrekk i avkortingsreglene ble omtalt i Prop. 66 L (2013–2014). I proposisjonen omtales behov for harmonisering av avkortingsreglene på tvers av ulike ytelser. Proposisjonen beskriver harmonisering av regler for:

- Hvilke institusjoner som faller innenfor avkortingsreglene
- Varighet av opphold som utløser avkorting
- Særregler ved forsørgelse
- Særregler ved faste og nødvendige utgifter

Bestemmelser om avkortingsbeløp eller satser ble imidlertid ikke fullt ut harmonisert. Det samme gjaldt regler om konsekvensene for avkorting hvis mottakeren har forsørgelsesbyrde og/eller «faste og nødvendige utgifter».

I Prop. 66 L (2013–2014) s. 39 begrunnes reglene med at det ikke er rimelig at en pensjonist skal kunne motta uavkortede ytelser til livsopphold over lang tid samtidig som staten betaler for kost og losji.

Det finnes ikke sikker kunnskap om hvor store besparelser pasienter har som følge av innleggelse. Dette skyldes særlig at en ikke kjenner størrelsen på utgiftene som faller bort under innleggelse.

Forskjellsbehandlingen av pasienter som oppholder seg på somatisk sykehus og pasienter som oppholder seg på andre institusjoner har dessuten vært kritisert ved en rekke anledninger. I forbindelse med Innst. 528 S (2020-2021) vedtok Stortinget følgende:

Stortinget ber regjeringen utrede endringer i folketrygdlovens regler om reduksjon av ytelser under opphold i institusjon, herunder forskjellen mellom innlagte i somatiske og psykiatriske institusjoner, og komme tilbake til Stortinget med forslag til endringer som sikrer likebehandling av pasientgrupper.

Anmodningsvedtaket ble fulgt opp i Prop. 1 S (2023–2024). AID varslet at de ville gjennomgå regler og praksis for lavere reduksjon ved boligutgifter. I et senere svar til Stortinget skrev den daværende Arbeids- og inkluderingsministeren at departementet også ville gjennomgå andre sider ved regelverket om reduksjon i ytelser, blant annet reduksjonsgradene.

Denne utredningen er en del av denne gjennomgangen av regelverket.

AID ønsker å utforme mer enhetlige, rettferdige og treffsikre regler om reduksjon i ytelser under opphold på helseinstitusjon. Et sentralt premiss for oppdraget er at ytelser til livsopphold fortsatt skal reduseres under opphold på institusjon med fri kost og losji. Reduksjonen skal omtrent tilsvare besparelsen knyttet til slikt opphold.

## 1.2 Leserveiledning

I kapittel 2 omtaler vi problemstillingene og i kapittel 3 metodene og kildene i prosjektet.

I kapittel 4 beskriver vi dagens regler og forvaltningssystemet, slik det er ment å virke. Kapitlet inneholder også simuleringer av dagens avkortingsregler for fiktive mottakere/pasienter.

I kapittel 5 gjengir vi funn og resultater knyttet til både forvaltningen av ordningen, hva pasientene får under innleggelse, erfaringene og synspunkter fra ansatte i helsesektoren samt statistikk om den økonomiske stilingen til mottakerne av de relevante ytelsene.

Kapittel 6 inneholder drøftinger av en del prinsipielle spørsmål – noen som følger direkte av oppdragsbeskrivelsen fra AID og andre som springer ut av funnene i vårt arbeid.

I kapittel 7 drøfter vi hvilken faktisk innsparing pasientene har som følge av naturytelser under oppholdet, og vi drøfter dagens avkortingsregler opp mot denne innsparingen. Videre sammenligner vi avkortingsreglene for statlige institusjoner opp mot reglene for kommunale. Vi drøfter også styrker og svakheter ved dagens system for innrapportering og hvilke alternativer man kan se for seg.

I kapittel 8 presenterer vi tre alternativer til dagens regler og forvaltningssystem, og gjør en kost-nyttevurdering ved disse sammenlignet med dagens ordning.

## 2 Problemstillinger

AID ønsket en vurdering av hva som er et hensiktsmessig nivå på ytelser til livsopphold ved opphold på helseinstitusjoner med fri kost og losji, og fra hvilket tidspunkt en bør redusere dem. Departementet ønsket også en vurdering av unntakene fra reduksjon i ytelser, og om en bør innføre nye unntak.

Vi har brutt ned de overordnede problemstillingene i følgende evalueringsspørsmål:

### Kartlegging av ytelser ved innleggelse

- a) Hva får pasientene dekket når de blir innlagt på ulike typer statlige helseinstitusjoner?
- b) Hvilken bistand mottar pasientene til å håndtere privatøkonomien og når?

### Kartlegging av økonomien til personer som mottar ytelser til livsopphold

- c) Hva er nivået på inntekt, herunder samlet husholdningsinntekt, til brukerne?
- d) Hvordan fordeler inntekten seg på ulike typer inntekt og hvordan varierer dette mellom ulike typer ytelse (uføretrygd, AAP, sykepenger etc.) og type helsehjelp (somatikk vs. psykiatri)?
- e) Hvor stor og hva slags type gjeld har brukerne?
- f) Basert på husholdningens sammensetning og inntektsnivå, hvor store utgifter vil brukerne og husholdningen ha til varer og tjenester som blir dekket av institusjonen?
- g) I hvilken grad kan man redusere (netto)utgiftene ved langvarig innleggelse, f.eks. ved utleie/fremleie av bolig og salg/utleie av eiendeler?
- h) Når oppstår besparelser og hvor lang tid trenger pasientene til å områ seg?
- i) Hva er fordelingsvirkningene av innleggelse? Er nettovirkningen av ytelsene fra institusjonen og avkortingen av ytelsen positiv eller negativ for pasienten/husholdningen?

### Vurdering av regelverket

- j) Er det hensiktsmessig med regler om minstenivå på redusert ytelse, og hvilket nivå bør de settes til?
- k) Er det behov for ulike reduksjonsgrader for ulike ytelser?
- l) Bør variasjonen i reduksjonsgrad være like stor som i dag?
- m) Er det hensiktsmessig at ytelsene ikke reduseres i det hele tatt dersom mottakeren forsørger ektefelle eller barn?
- n) Er det hensiktsmessig med en konkret vurdering av reduksjonen dersom mottakeren har faste og nødvendige boligutgifter?
- o) Bør en innføre nye unntak?

I vurdering av regelverket avveier vi ulike kriterier opp mot hverandre:

- Rettferdighet: Hvor godt kommer pasientene ut økonomisk sammenlignet med om de ikke var blitt innlagt? Er det noen som kommer særlig dårlig ut? Hvordan kan regelverket skjerme disse?
- Nytte og kostnader: Hvor mye bidrar reduksjon i ytelser til å redusere skattekostnader? Hvor mye vil det koste å forvalte ulike avkortingsregler?

I tillegg er det et mål at reglene skal være enkle slik at de som kan oppleve avkorting av ytelser forstår bakgrunnen og utmålingen.

I dag er det betydelig manuelt arbeid knyttet til forvaltningen av avkortingsreglene. Vi har derfor vurdert reglene for avkorting under to ulike alternativer for forvaltningsprosedyre:

- Dagens prosedyre
- Prosedyre med automatisert datadeling mellom spesialisthelsetjenesten og NAV
- Betaling på institusjonen

I avsnitt 3.2 omtaler vi at metodebruken måtte endres underveis i prosjektet fordi vi fikk avslag på søknad om tilgang til individdata fra Norsk Pasientregister (NPR). På grunn av manglende datatilgang, har vi ikke kunnet gi gode svar på en del spørsmål om kvantitative forhold.

## 3 Metoder

### 3.1 Forskningsdesign

Problemstillingene i dette oppdraget er delvis deskriptive. Vi belyser dem i hovedsak gjennom statistikk og data fra intervjuer. Andre problemstillinger er normative og knyttet til hvor godt dagens system for avkorting fungerer samt fordeler og ulemper ved alternative ordninger. Analyser av disse problemstillingene bygger på Utredningsinstruksen og anbefalte metoder for samfunnsøkonomiske analyser. Vurderinger av fordeler og ulemper ved ulike tiltak (system for avkorting eller egenbetaling) bygger på statistikk og intervjudata. Videre har vi brukt simuleringer for å anslå virkningene av ulike alternativer knyttet til tiltakene.

### 3.2 Datakilder

#### 3.2.1 Innledende intervjuer

I starten av prosjektet intervjuet vi representanter fra Nav, Folkehelseinstituttet og utvalgte pasient- og brukerorganisasjoner. Vi forsøkte også å få et intervju med Helsedirektoratet, men lyktes ikke med å komme i kontakt med relevante fagpersoner.

I Nav har vi intervjuet representanter for Nav Arbeid og ytelser (AAP, uføretrygd og sykepenges) og Nav Familie- pensjonsytelser (alderspensjon, gjenlevendepensjon og barnpensjon). Formålet med disse intervjuene var å innhente kunnskap om hvordan Nav forvalter regelverket om reduksjon i ytelser som følger av opphold på statlig helseinstitusjon, herunder gangen i saksbehandlingen og hvordan unntaksbestemmelsene vurderes. Alle informantene hadde sentrale roller knyttet til forvaltningen av ytelsene, slik som fagkoordinatorer og/eller nettverksdrivere for fagnettverk. Det finnes fagnettverk for ulike ytelser og pensjoner. Fagnettverkene har ansvar for at Nav forstår og praktiserer regler likt over hele landet. De har også ansvar for felles rutiner, avklaring av faglige problemstillinger og å eventuelt løfte problemstillinger videre til direktoratet. Informantene hadde omfattende erfaring med forvaltning av regelverket for AAP og uføretrygd. For sykepenges og alderspensjon hadde informantene derimot bare kjennskap til noen få saker, selv etter å ha forhørt seg i sine nettverk. I slike tilfeller svarte informantene med utgangspunkt i foreliggende rutinebeskrivelser.

Vi har også intervjuet ansatte i Arbeids- og velferdsdirektoratet om den digitale løsningen for rapportering av institusjonsopphold og om mulighet for datadeling mellom Nav og helsesektoren. Det siste var også tema i intervjuet med Folkehelseinstituttet.

Som en del av de innledende intervjuene har vi også intervjuet fire pasient- og brukerorganisasjoner. Formålet med disse intervjuene var å innhente erfaringer og synspunkt fra organisasjonene, samt å ivareta sårbare gruppers perspektiver i oppdraget.

#### 3.2.2 Intervjuer med ansatte i et utvalg helseinstitusjoner

Vi har intervjuet ansatte i 12 helseinstitusjoner. Blant disse er fire statlige psykiatriske sykehusavdelinger eller -seksjoner. To av dem har sikkerhetspsykiatriske enheter, én driver også rusbehandling. Vi har også inkludert tre ideelle rusbehandlingsinstitusjoner, én ideell psykiatrisk institusjon og én privat behandlingsinstitusjon innenfor rus og psykiatri. I tillegg har vi gjennomført intervjuer med ansatte ved én statlig somatisk rehabiliteringsinstitusjon og to statlige somatiske sykehusavdelinger som tilbyr rehabilitering. Vi har også hatt et kort intervju med en juridisk rådgiver i et regionalt helseforetak.

Vi har gjennomført ett intervju ved hver institusjon, med leder og/eller sosionom(er). Noen av sosionomene vi har intervjuet jobber også med behandling av pasienter. Formålet med intervjuene var å innhente kunnskap om:

- Rutiner for å melde ifra til Nav om institusjonsopphold og hvordan dette gjøres
- Hva institusjonen dekker av kost/losji og eventuelle andre utgifter ved innleggelse
- Hva slags bistand institusjonene yter ifm. reduksjon av folketrygdtytelse (økonomisk veiledning, bistand med å fremskaffe nødvendig dokumentasjon, o.l.)
- Hvilke konsekvenser regelverket har for pasientene og behandlingsløpet
- Synspunkt på dagens regelverk og eventuelle behov for justeringer

De fleste intervjuene ble gjennomført digitalt og noen ble gjennomført fysisk ved helseinstitusjonene.

### 3.2.3 Datauttrekk fra Nav og annen statistikk

Som tallgrunnlag har vi brukt nøkkeltall Nav har hentet ut sine fagsystemer, blant annet knyttet til innmeldinger om innleggelse som kan utløse avkorting, samt om faktisk avkorting av enkelte ytelser. I tillegg har vi brukt statistikk og registerdata fra SSB, både faste tabeller og registeropplysninger SSB gjør tilgjengelige for forskning og analyse gjennom løsningen microdata.no.

### 3.2.4 Avslag på tilgang til data fra NPR

Vi planla også å bruke individdata fra Norsk Pasientregister, koblet mot data fra NAV og SSB. Slike data ville kunnet gi informasjon blant annet om relevante innleggelse og pasientenes NAV-ytelser, andre inntektsforhold og husholdningens sammensetning. Vi søkte Helsedataservice (FHI) om tilgang til data, men fikk avslag. Avslaget ble begrunnet i at formålet til prosjektet ikke ligger innenfor bestemmelsene i Norsk pasientregisterforskriften. Vi klaget på avslaget, men avslaget ble opprettholdt av Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.

Enkelte problemstillinger som vi planla å belyse med bruk av individdata er belyst gjennom statistikk, men manglende individdata har hatt betydelige negative konsekvenser for robustheten i flere av resultatene og konklusjonene i prosjektet. Blant annet har vi ikke kunnet gi presise beskrivelser av den økonomiske stillingen blant mottakere av ytelse fra folketrygden som er innlagt i statlige helseinstitusjoner, og vi har måttet bruke flere usikre forutsetninger for å beregne både omfanget av avkorting i dag og konsekvenser av alternative modeller.

## 4 Regelverket for reduksjon i ytelser

I dette kapitlet beskriver vi regelverket for reduksjon i ytelser og hovedtrekkene i hvordan Nav praktiserer det.

I folketrygdloven (ftrl.) er det som tidligere nevnt bestemmelser om reduksjon i ytelser fra folketrygden for opphold i institusjon under statlig ansvar med fri kost og losji (eller fri «forpleining»). Reglene gjelder også for opphold i private institusjoner hvor det offentlige finansierer oppholdet, men ikke for opphold i kommunale institusjoner. Uføretrygd og pensjoner blir ikke redusert ved opphold i *somatiske* sykehusavdelinger, mens sykepenger og arbeidsavklaringspenger blir redusert også ved slikt opphold.

Folketrygdloven har separate bestemmelser om avkorting for de ulike ytelsene:

- sykepenger (§ 8-53)
- arbeidsavklaringspenger (§ 11-25)
- uføretrygd (§ 12-19)
- ytelser til gjenlevende ektefelle og tidligere familiepleier (§ 17-13)
- barnpensjon (§ 18-8)
- alderspensjon (§ 19-21 og § 20-22)

Enkelte deler av bestemmelsene har felles innhold på tvers av ytelsene, mens andre deler er ulike for de ulike ytelsene.

Visse hovedtrekk gjelder for alle ytelsene:

1. Reduksjon utløses av opphold på statlig finansierte institusjoner med fri kost og losji
2. Reduksjon utløses først etter tre måneder (etter innleggelsesmåneden)
3. Ved reinnleggelse etter mindre enn tre måneder reduseres ytelsen fra første dag

De fleste av de nevnte paragrafene har også bestemmelser om at personer som forsørger ektefelle eller barn, eller har faste og nødvendige boutgifter ikke skal få reduksjon, eller skal få en mindre reduksjon. Formuleringen av forsørgeransvar for barn varierer imidlertid mellom ytelsene.

### 4.1.1 Formålet med reglene

Reglene for reduksjon i ytelser under institusjonsopphold har stort sett vært de samme siden de ble tatt inn i folketrygdloven av 1966.

Da uføretrygd erstattet uførepensjon, ble det foretatt en vurdering av reglene om reduksjon av pensjoner. Reglene ble foreslått i Prop. 66 L (2013–2014). I Prop. 66 L (2013–2014) s. 39. begrunnes reglene med at det ikke er rimelig at en pensjonist skal kunne motta uavkortede ytelser til livsopphold over lang tid samtidig som staten betaler for kost og losji. Tilsvarende begrunnelse finnes i andre proposisjoner og innstillinger, for eksempel Innst. 111 L (2016–2017) s. 8. Reglene om reduksjon av ytelser er dermed ment å forhindre dobbeltkompensasjon fra det offentlige for utgifter til livsopphold.

I Prop. 66 L (2013–2014) begrunnes unntak for personer som oppholder seg i somatiske sykehusavdelinger med at slike opphold er av kortere varighet. I Prop. 1 S (2023–2024) vurderte departementet at antallet opphold i somatiske sykehusavdelinger som varer i over fire måneder er så lavt at de administrative kostnadene knyttet til en lovendring vil være høye i forhold til potensialet for besparelser.

Vi har ikke funnet noen begrunnelse for at reglene skal variere på tvers av ytelser.

### 4.1.2 Reduksjon av ytelsene

Det er ulike regler for reduksjon av ytelsene. Sykepenger og AAP reduseres i utgangspunktet med 50 prosent, mens uføretrygd og alderspensjon reduseres til 14 prosent av ytelsen under

oppholdet. Det er en minstesats for gjenværende ytelse på 0,5 G for sykepenge og 0,45 G for uføretrygd, men ingen minstesats ved mottak av AAP. Minstenivået for alderspensjon er 22,5 prosent av minste pensjonsnivå/garantipensjon med høy sats. Ytelser til gjenlevende ektefelle og tidligere familiepleier skal under oppholdet utgjøre 0,45 G, mens barnepensjon skal utgjøre 0,1 G til barn som har mistet en av foreldrene og 0,45 G dersom barnet er foreldreløst.

Trygderetten har tatt stilling til om forståelsen av vilkåret «under opphold» krever fysisk tilstedeværelse på institusjonen eller om det er tilstrekkelig å være innlagt. I en sak for Trygderetten som gjaldt alderspensjon kom flertallet til at det er hvorvidt vedkommende faktisk oppholder seg på institusjonen som skal legges til grunn, og ikke at man er formelt innlagt (TRR-2023-2231). Flertallet fant støtte for dette synet i den «naturlige forståelsen av ordlyden» og at formålet med reglene er at man ikke skal få utgifter til mat, bolig og lignende dekket av staten to ganger. Trygderetten vurderte at alderspensjonen ikke skulle reduseres de dagene den innlagte var hjemme på permisjon eller lignende. Saken ble behandlet videre i Eidsivating lagmannsrett (LE-2025-70053) som kom til motsatt resultat. I sammendraget av dommen heter det:

*Lagmannsrettens flertall fant at formell innleggelse var avgjørende, og at reduksjon kunne gjøres uavhengig av fraværsdager, med henvisning til lovens system og formålet om å unngå dobbeltfinansiering. Mindretallet mente imidlertid at ordlyden og formålet ikke åpnet for reduksjon ved fysisk fravær.*

Anke er fremmet til behandling i Høyesterett.

Det uklart for oss hvordan Nav forstår vilkåret om «under opphold i en institusjon». I Navs rundskriv til ftrl. kap. 12 står det (pr. mars 2026) blant annet at vilkåret ikke er oppfylt «hvis tiden som tilbringes i og utenfor institusjon er like lang». I Navs rundskriv til ftrl. kap. 11 står det (pr. mars 2026) at arbeidsavklaringspengene *skal* reduseres ved faste permisjoner, med henvisning til en tidligere kjennelse fra Trygderetten, TRR-2015-4084.

### 4.1.3 Unntak ved boutgifter

I alle bestemmelsene, bortsett fra §11-25 om arbeidsavklaringspenge, heter det at det *kan* bestemmes at ytelsen ikke skal reduseres, eller reduseres *mindre*. Vilkåret er at «medlemmet etter innleggelsen fortsatt har *faste* og *nødvendige* utgifter til bolig.» (*vår utheving*).

For uføretrygd og pensjoner er reglene om boligutgifter presisert i forskrift om beregning av uføretrygd og pensjon mv. under opphold på institusjon. I forskriftens § 2 heter det at:

Tillegg gis dersom det er nødvendig for at mottakeren skal kunne beholde boligen. Det kan gis tillegg for renter og avdrag av lån på boligen, og husleie når leieavtalen er langvarig. Det kan videre gis tillegg for andre faste utgifter knyttet til boligen. Dette gjelder blant annet utgifter til forsikringer, kommunale avgifter og nødvendig oppvarming.

Hvis mottakeren har hjemmeboende ektefelle, skal tillegget fastsettes ut fra en utgiftfordeling som baseres på ektefellenes inntekter før innleggelsen. Utgiftene fordeles mellom ektefellene i forhold til inntektenes størrelse.

Av forskriften fremgår det at det kan gis et *tillegg* til redusert trygd og pensjoner. I en kjennelse fra 2025, kom Trygderetten til at *tillegget* for faste utgifter kan utbetales som et bruttobeløp som mottaker må skatte av, slik at tillegget blir lavere enn dokumentert husleie (TRR-2025-4266).

I § 11-25 om arbeidsavklaringspenge heter det derimot at arbeidsavklaringspengene *ikke skal* reduseres dersom «medlemmet har faste utgifter som er *nødvendige* for at han eller hun skal kunne *beholde* bolig og *annet*» (*vår utheving*). I Navs rundskriv til ftrl. kap. 11 heter det

at «arbeidsavklaringspengene ikke skal reduseres hvis medlemmet har faste og nødvendige utgifter til bolig eller andre eiendeler».

Konsekvensene av å ha faste utgifter til bolig varierer dermed mellom ytelsene. For de som mottar AAP, kan faste boutgifter gjøre at de slipper avkorting, mens for de andre ytelsene kan konsekvensen også bli mindre avkorting.

Lovens ordlyd åpner i utgangspunktet ikke for å gjøre unntak i reduksjon ved betjening av annen gjeld enn boliglån eller andre utgifter. For mottakere av AAP åpnes det imidlertid for å gjøre unntak for å beholde bolig *og annet*. Trygderetten har flere ganger uttalt at reglene ikke åpner for skjønsmessige vurderinger eller å unnlate reduksjon av rimelighetshensyn (TRR-2022-1548, TRR-2018-614).

Trygderetten har lagt til grunn at hva som regnes som «bolig» må vurderes utfra «boligens art og egenskaper, tiltenkt formål og hva den er registrert som ved bygging». Dette innebærer for eksempel at hytte brukt som eneste bolig ikke omfattes av unntaksbestemmelsen om faste og nødvendige utgifter til bolig ved mottak av uføretrygd (TRR-2022-1548).

I en kjennelse som gjaldt reduksjon av AAP, vurderte imidlertid Trygderettens flertall at vilkåret om å «beholde bolig» ikke var til hinder for å gi full ytelse uten reduksjon også der boligen var anskaffet underveis i institusjonsoppholdet (TRR-2020-1389). Det ble vektlagt at botrening med gradvis tilbakeføring til egen leilighet er en del av behandlingen ved institusjonen.

Trygderetten har også vurdert at boligutgiftene må være av en viss størrelse for at unntaksbestemmelsen skal gjelde (TRR-2018-611).

I Navs rundskriv om uføretrygd heter det at:

Det forutsettes at NAV utviser et visst skjønn i vurderingen av disse sakene, gjerne i samarbeid med institusjonen. Hensikten med bestemmelsen er at den uføretrygdede skal kunne beholde bolig, så lenge det er mulighet for at vedkommende kan bli utskrevet fra institusjonen. Dersom det er klart at oppholdet vil bli av lang varighet, bør utleie av hus/leilighet forsøkes.

#### 4.1.4 Unntak for forsørgere

Ytelsen skal som nevnt ikke reduseres dersom vedkommende forsørger ektefelle eller barn.<sup>1</sup>

I alle bestemmelsene, bortsett fra § 11-25 om arbeidsavklaringspenger, er vilkåret om forsørgeransvar for barn formulert som «forsørger barn». I § 11-25 er tilsvarende vilkår «har krav på barnetillegg». Barnetillegg til AAP ytes til personer som «forsørger barn», jf. § 11-20. Ettersom barnetillegg ikke er behovsprøvd for AAP-mottakere, er vår forståelse at vilkårene «forsørger barn» og «har krav på barnetillegg» i praksis vil være sammenfallende.

I Navs rundskriv til folketrygdloven kap. 11 om arbeidsavklaringspenger presiseres det at personer som betaler barnebidrag, og ikke har barn boende i husholdningen, regnes som forsørgere og har krav på barnetillegg.

Hva som menes med «å forsørge ektefelle» fremgår etter hva vi kan se ikke av reglene i folketrygdloven. I Navs rundskriv til kap. 12 og 20 fremgår det at «med forsørget ektefelle menes i denne sammenheng at ektefellen ikke har inntekt, inkludert kapitalinntekter, som overstiger folketrygdens grunnbeløp, og at ektefellen ikke mottar uføretrygd, avtalefestet pensjon som nevnt i § 3-19, alderspensjon, eller ikke har rett til hel alderspensjon, jf. § 3-24.»

---

<sup>1</sup> Ingen av disse unntakene gjelder barnepensjon. For gjenlevendepensjon er det unntaksregel for forsørgere av barn

(§ 3-24 ble opphevet 20. desember 2024.) Tilsvarende tolkning finnes i rundskrivet til kap. 11.

Av ftrl. § 1-5 fremgår det at bestemmelser om ektefelle i loven også gjelder for samboere, dersom paret har eller har hatt felles barn eller tidligere har vært gift med hverandre.

#### 4.1.5 Unntak for personkretsen «epileptikere, psykiatiske pasienter og psykisk utviklingshemmede i institusjon»

I forskrift om adgang til å utbetale ureduisert ytelse for visse persongrupper i institusjon er det gjort unntak for personkretsen «epileptikere, psykiatiske pasienter og psykisk utviklingshemmede i institusjon» (jf. § 1). Forskriften gjelder kun uføretrygd og pensjoner, ikke sykepenger eller AAP, jf. forskriftens § 3 første ledd. Vilkåret for å få utbetalt ureduisert ytelse uten hinder av reduksjonsbestemmelsene i folketrygdloven er "at vedkommende har avtalt med institusjonen at han eller hun skal betale en del av boutgiftene, og at institusjonen har påtatt seg å organisere trening for å øve opp evnen til å leve et mer selvstendig liv, så som å bo i egen bolig og å dekke sine utgifter selv". Det må foreligge en skriftlig avtale jf. forskriftens § 2.

#### 4.1.6 Oppsummering og sammenligning

I Tabell 4-1 oppsummerer vi hovedtrekk i avkortingsreglene for de de ytelsene som er mest brukt.

Tabell 4-1: Hovedtrekk i avkortingsreglene for AAP, uføretrygd, sykepenger og alderspensjon. 2024

|   | AAP            | Uføretrygd                                      | Sykepenger                                      | Alderspensjon<br>enslig                         | Alderspensjon<br>gift                           |
|---|----------------|---|---|---|---|
| Hovedregel,<br>avkorting                | 50 %           | 86 %  | 50 %  | 86 %  | 86 %  |
| Begrensning;<br>ytelsen skal<br>utgjøre | -              | > 45% av G                                      | >50% av G                                       | >22,5% av<br>minste pensjon,<br>høy stats       | >22,5% av<br>minste pensjon,<br>høy stats       |
| Minstesats                              |                | 55 001  | 61 113  | 52 115  | 52 115  |
| Betydning av<br>forsørgelses-<br>byrde  | Ikke avkorting | Ikke avkorting                                  | Ikke avkorting                                  | Ikke avkorting                                  | Ikke avkorting                                  |
| Betydning av<br>boutgifter              | Ikke avkorting | Kan bestemme<br>mindre eller<br>ingen avkorting | Kan bestemme<br>mindre eller<br>ingen avkorting | Kan bestemme<br>mindre eller<br>ingen avkorting | Kan bestemme<br>mindre eller<br>ingen avkorting |

I avsnitt 6.3 presenterer vi noen simuleringer av avkorting for fiktive mottakere av ytelser fra folketrygden.

## 5 Forvaltningen – hovedtrekk

I dette kapitlet presenterer vi resultater knyttet til forvaltningen av avkortingsreglene, både hos Nav og helseinstitusjonene. Resultatene er basert på dokumentgjennomgang og intervjuer.

Det er Nav som forvalter avkortingsreglene. Nav har selv registre som viser hvem som mottar de relevante ytelsene samt hvor mye de skal ha – før avkorting.

For å foreta korrekt avkorting, har Nav behov for informasjon om:

- Mottakeren er innlagt på en statlig helseinstitusjon i mer enn tre måneder og dessuten om mottakeren legges inn på nytt innen tre måneder etter foregående opphold
- Om mottakeren har forsørgelsesbyrde og/eller «faste, nødvendige boutgifter», samt ektefellens/partnerens inntekt dersom pasienten skal få avkorting for losji

For å få informasjon om en mottaker er innlagt, har Nav pålagt alle helseinstitusjonene å gi Nav informasjon om alle innleggelser og utskrivninger, slik at Nav kan identifisere om pasienten har en ytelse fra folketrygden og om innleggelsen varer mer enn tre måneder. I sine registre, har Nav informasjon om ytelsen og om pasienten bor med egne barn (har forsørgelsesbyrde). Men Nav har ikke informasjon om annen forsørgelsesbyrde (om pasienten betaler barnebidrag eller forsørger voksne). Videre har Nav ikke informasjon om «nødvendige, faste utgifter». Hvis Nav finner at pasienten har en ytelse fra folketrygden, innleggelsen har hatt varighet over tre måneder og pasienten ikke har barn under 18 år i husholdningen, må Nav skaffe informasjon om annen forsørgelse og/eller faste utgifter, slik at Nav kan fatte, endelig korrekt vedtak om avkorting.

Saksflyten i Nav varierer mellom ytelsene. Dette beskriver vi i avsnitt 5.1.3. Reglene for innmelding er beskrevet i avsnitt 5.1.1. Avsnittet beskriver også at ulike nivåer i helsesektoren har hatt innsigelser mot plikten til innmelding, og til dels også har erklært at de ikke vil oppfylle forpliktelsen til innmelding.

### 5.1.1 Regler og rutiner for innhenting av data om innleggelser

Nav har vanligvis ikke tilgang til informasjon om innleggelser eller boutgifter. Det er derfor regler og systemer for at Nav skal kunne innhente informasjon som grunnlag for korrekt avkorting. I folketrygdloven § 21-4 femte ledd heter det:

Arbeids- og velferdsetaten kan pålegge helseinstitusjoner, fengsler og boformer for heldøgns omsorg og pleie å gi rutinemessige meldinger om innskriving og utskrivning av klienter.

Nav har pålagt alle «helseinstitusjoner og boformer for heldøgns omsorg og pleie med fri kost og losji under statlig ansvar eller tilsvarende institusjon i utlandet» å rapportere alle innleggelser og utskrivninger, uavhengig av oppholdets varighet og om pasienten mottar en ytelse fra folketrygden. Det har vært en del utveksling av synspunkter og informasjon mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og enkelte helseforetak om innrapporteringsplikten.

Pålegget fra Nav er dårlig dokumentert. I en epost datert 1. desember 2022 fra Nav til Sykehuset Østfold skriver Nav blant annet:

Vi har forsøkt å finne det aktuelle pålegget for din virksomhet. Etter etableringen av Nav har arkivene til de lokale Trygdekontorene blitt avlevert til Arkivverket. Vi har derfor ikke lykkes med å fremskaffe det tidligere gitte pålegget for din virksomhet.

I likelydende brev av 18. og 21. januar 2023 til henholdsvis Helse Førde HF og Sykehuset i Østfold skriver Nav at:

Arbeids- og velferdsetaten ved Arbeids- og velferdsdirektoratet pålegger mottaker av dette brevet om rutinemessig å gi meldinger om alle innskriving og utskrivning av klienter. Dette er uavhengig av om vedkommende mottar en folketrygdytelse fra Arbeids- og velferdsetaten eller ei.

Rutinemessig innebærer at det skal gis melding fortløpende og uten ytterligere oppfordring. Melding skal gis inntil pålegget trekkes tilbake.

Ytterligere informasjon om hvilke opplysninger som det skal gis melding om, og hvor dette skal sendes fremgår av våre nettsider på [nav.no](https://www.nav.no)

<https://www.nav.no/no/samarbeidspartner/meld-fra-til-nav-om-hvem-som-oppholder-seg-i-institusjonen#chapter-1>

Nav henviser verken til tidligere kommunikasjon om pålegget, rundskriv eller lignende.

Helse Vest (i brev av 14.3.25) og Sykehuset i Østfold har ved flere anledninger, herunder i epost av 8. juni 2022 fra advokat Anne Cathrine Strekerud Gjøs til Nav, i sin tur stilt spørsmål ved om folketrygdloven § 21-4 femte og sjette ledd gir hjemmel til utlevering av pasientopplysninger i det omfang pålegget fra Nav lyder. Helse Vest skriver at de ikke vil overholde plikten til innrapportering, og viser til hensynet til personvernet:

(...) de grunnleggende prinsippene for behandling av personopplysninger som er inntatt i norsk lovgivning. Bl.a. viser vi til prinsippet om formålsbegrensning – det skal kun samles inn og behandles opplysninger for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål. Videre viser vi til prinsippet om dataminimering. Prinsippet stadfester at det kun kan behandles personopplysninger som er adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålene de behandles for (...) På grunnlag av det ovennevnte vil ikke våre helseforetak etterkomme pålegget fra NAV i sin nåværende form.

Vi vil helt avslutningsvis gjøre oppmerksom at pålegget i sin nåværende form innebærer et betydelig administrativt merarbeid for helseforetakene.

Videre sendte HOD 19. august 2024 et brev til AID om «Spørsmål knyttet til utlevering av personopplysninger fra helseforetak til NAV». I brevet ber HOD AID om å:

vurdere rekkevidden av folketrygdloven § 21-4 femte og sjette ledd. Vi ber om at det særlig vurderes om hjemmelen også kan omfatte en rutinemessig rapporteringsplikt av alle inn- og utskrivninger, uavhengig av om personen får utbetalinger fra NAV eller ikke.

Videre skriver HOD at

Helseforetakene legger ... til grunn at de ikke har tilstrekkelig hjemmel til å utlevere personopplysninger i det omfang NAV ber om.

Brevet fra HOD tyder på at helseforetakene har sluttet å rapportere innleggelsler i det omfang Nav ber om.

Vi har bedt om innsyn i videre kommunikasjon om saken, men merinnsyn ble avslått med begrunnelse i offentleglova § 15, tredje ledd.

I avsnitt 5.1.3 beskriver vi helseinstitusjonenes praktisering av forpliktelsen til innmelding.

## 5.1.2 Saksflyt i Nav

Når en institusjon melder fra om institusjonsopphold via Navs digitale løsning, blir dette registrert i Navs institusjonsregister (INST2). Fra INST2 sendes det så ut beskjed til aktuelle forvaltningsenheter i Nav om å vurdere eventuell reduksjon av ytelse. Det er ulike forvaltningsenheter i Nav som er involvert, avhengig av hvilken ytelse saken gjelder. Nav Arbeid og ytelser har ansvar for arbeidsavklaringspenger, uføretrygd og sykepenger, mens

Nav Familie og pensjonsytelser forvalter alderspensjon, barnepensjon og gjenlevendepensjon. Heretter omtaler vi enhetene samlet som «forvaltningsenhetene».

Det hender at helseinstitusjoner melder ifra om institusjonsopphold via brev. Da registrerer Nav oppholdet manuelt i sine registre. Det hender også at veiledere på Nav-kontor får informasjon om at brukere er innlagt på institusjon. I slike situasjoner skal veileder melde ifra til forvaltningsenheten om dette.

### **Vurdering av forsørgeransvar**

Unntaket om forsørgeransvar gjelder alle ytelsene og pensjonene.

Når forvaltningsenhetene får beskjed om at en mottaker er innlagt på statlig helseinstitusjon, og institusjonsoppholdet nærmer seg tre måneder, starter de med å undersøke om bruker har forsørgeransvar for ektefelle eller barn.

Informantene i Nav som arbeider med AAP og uføretrygd forteller at de starter med å undersøke om bruker har barn, og i så fall om barnet bor hos brukeren eller om brukeren på annen måte bidrar i å forsørge barnet. Skriftlig bidragsavtale eller fastsatt bidrag via Nav regnes som forsørgelse av barnet. Disse opplysningene er tilgjengelig i Navs systemer.

Ifølge informantene har de få saker med alderpensjon, sykepenges, barnepensjon og gjenlevende pensjon som omhandler reduksjon av ytelse grunnet opphold på statlig helseinstitusjon. Informantene vil derfor ikke uttale seg om hva som er vanlig saksbehandlingspraksis, men beskriver hvordan de har vurdert enkelte saker eller hvordan de ville vurdert slike saker. Informanten for sykepenges forklarer at de ville vurdert unntak på samme måte som på AAP og uføretrygd (beskrevet over). For gjenlevendepensjon og barnepensjon er det ifølge informanten den som bor med barnet, og som har hovedomsorgen for barnet, som omfattes av unntaksbestemmelsen. Her skiller praksisen seg noe fra AAP og uføretrygd, der også brukere som ikke bor med barnet, men som «på annen måte bidrar til forsørgelse av barnet», er omfattet av unntaksbestemmelsen. Informanten på gjenlevendepensjon og barnepensjon forteller at de i slike saker sjekker om bruker har barn, og om de er bosatt på samme adresse. Disse opplysningene finnes i Navs systemer. Det er sjeldent at brukere som mottar barnepensjon selv har barn under 18 år.

Ifølge informanten er det også sjeldent at brukere med alderpensjon har barn under 18 år, og de kan derfor ikke uttale seg om saksbehandlingspraksisen på dette området. Unntaksbestemmelsen om forsørgelse av ektefelle gjelder for AAP, uføretrygd, sykepenges og alderspensjon. Verken reglene for barnepensjon eller gjenlevendepensjon sier noe om forsørgelse av ektefelle.

For brukere med AAP og uføretrygd baseres vurderingen av forsørgeransvar for ektefelle hovedsakelig på opplysninger om ektefelle og ektefelles inntekt i Navs systemer. Dersom opplysningene mangler, og bruker mener hen omfattes av unntaksbestemmelsen, kan bruker sende inn dokumentasjon som viser at vilkårene for unntaksbestemmelsen er oppfylt. Unntaksbestemmelsen gjelder også samboere med felles barn. Ifølge informantene ville de ha vurdert brukere med sykepenges på samme måte

Dersom forvaltningsenhetenes undersøkelse tilsier at bruker forsørger barn eller ektefelle, reduseres ikke ytelsen. I slike tilfeller noterer forvaltningsenhetene relevante opplysninger i saken og ferdigstiller oppgaven, uten å gjøre endringer i ytelsen. Dersom bruker ikke har forsørgeransvar, vil unntaksbestemmelsen om boutgifter være aktuell å vurdere.

### **Vurdering av boutgifter**

Unntaksbestemmelsen om boutgifter gjelder alle de nevnte ytelsene og pensjonene. Vurderingen av boutgifter varierer noe mellom de ulike ytelsene.

Informantene som jobber med AAP, uføretrygd og alderspensjon forteller at de, dersom undersøkelsene deres tilsier at brukeren ikke har forsørgeransvar, fatter vedtak om reduksjon av ytelsen og reduserer ytelsen fra og med fjerde innleggelsesmåned. Nav sender

ikke varsel om reduksjon i forkant. I vedtaket informerer Nav om muligheten for å søke om unntak fra reduksjon dersom brukeren har boutgifter.

Dersom dokumenterer boutgifter, og disse blir godkjent av Nav, fatter Nav et endringsvedtak som omgjør reduksjonen. Nav har informert oss om at mottakere av uføretrygd gis et tillegg (mindre reduksjon av ytelsen) tilsvarende dokumenterte utgifter til bolig. Ved beregningen av tillegget, tas det imidlertid hensyn til andre inntekter enn uføretrygden. Dersom andre inntekter, herunder tjenestepensjon eller kapitalinntekt, overstiger mottakerens boutgifter, får mottakeren full reduksjon i ytelsen.

Hvis mottakeren har ektefelle eller samboer, skal tillegget knyttet til boutgifter tilsvare mottakerens andel av parets samlede inntekt.

Informanten som jobber med gjenlevendepensjon og barnpensjon forteller at de sender varsel om reduksjon i ytelse dersom undersøkelsene deres tilsier at brukeren ikke har forsørgeransvar. I varselet får brukeren informasjon om unntaksbestemmelsen om boutgifter, og tre ukers frist til å sende inn dokumentasjon på eventuelle boutgifter. Dersom Nav ikke har mottatt slik dokumentasjon innen fristen, reduseres ytelsen fra og med fjerde måned. Informanten som jobber med sykepenges, forteller at de også ville sendt varsel om reduksjon før ytelsen reduseres.

Godkjent dokumentasjon på boutgifter er for eksempel leiekontrakt eller annen dokumentasjon på husleie, innboforsikring, dokumentasjon på avdrag på boliglån samt utgifter til renovasjon og vann. For varierende utgifter skal disse dokumenteres med kopi av fakturaer for de tre siste månedene.

Det varierer mellom ytelsene hvordan reduksjon i forbindelse med boutgifter beregnes, jf. beskrivelsen av unntaksbestemmelsene i avsnitt 4.1.3:

- AAP reduseres ikke dersom mottaker har boutgifter. Det gjøres dermed ingen beregning basert på de faktiske boutgiftene.
- For uføretrygd og alderpensjon blir faste boutgifter dekket gjennom et tillegg, og reduksjonen beregnes på bakgrunn av de faktiske boutgiftene. Tillegget gis for tre måneder av gangen, og brukeren må sende inn dokumentasjon på boutgifter hver tredje måned.
- Sykepenges beregnes på samme måte som på AAP. Hvis bruker har boutgifter reduseres ikke ytelsen.

For gjenlevendepensjon og barnpensjon er det ifølge informanten ikke rutiner for å ta hensyn til boutgifter. Informanten opplyser at det heller ikke har vært saker der det er kommet inn dokumentasjon på boutgifter.

### 5.1.3 Innrapportering til forvaltningsenhetene i Nav

Helseinstitusjonene som inngår i vår undersøkelse har ulike rutiner og praksis for å melde fra til Nav om institusjonsopphold. Dette gjelder både om de melder fra om alle innleggelses og om de bruker portalen Nav har etablert for formålet. De ansatte opplever til dels at de ikke har klare instruksjoner knyttet til innmelding. Grunner til at innmelding ikke gjennomføres er primært:

- Ledelsen i helseforetaket eller ved institusjonen har gitt beskjed om at de ikke skal melde innleggelses til Nav
- De mener det er unødig å bruke tid på innmelding av innleggelses under tre måneder
- De mener at det er feil å gi andre informasjon om pasientens helseopplysninger (dvs. innleggelsen) hvis pasienten ikke samtykker.

Nedenfor beskriver vi nærmere resultatene av intervjuene om disse temaene.

## Innmelding eller ikke

Ved noen av helseinstitusjonene forteller informantene at de har rutiner og praksis om å melde fra til Nav ved innleggelse og utskrivning ved institusjonen. Blant disse forteller noen at de melder fra om alle pasienter som legges inn, mens andre bare melder fra når innleggelsestiden nærmer seg tre måneder, eller dersom det anses som sannsynlig at pasienten vil være innlagt i mer enn tre måneder

Det meldes inn til nav den dagen de kommer hit. Det meldes til NAV at de blir innlagt på langtidsopphold. (...). Det er vi som er teamledere som gjør det. Så det står på vår to do list. Vi melder ifra om alle. (Ansatt, ideell helseinstitusjon)

Ved andre institusjoner forteller informantene at de enten ikke melder fra til Nav om institusjonsopphold, eller bare gjør det dersom pasienten samtykker. I slike tilfeller må de ansatte også vurdere pasientens samtykkekompetanse. Denne praksisen begrunnes med føringer fra helseinstitusjonene eller helseforetaket om å ikke melde fra, av hensyn til personvernet.

For at denne avkortingsregelen skal inntreffe må Nav vite at pasientene er innlagt. Nav mener det er vi som helseinstitusjon som skal melde ifra, men vi har fått beskjed fra juridisk avdeling her at vi ikke kan melde på grunn av taushetsplikt. Vi kan heller ikke bruke Altinn-portalene. Har derfor oppfordret pasientene til å melde ifra. Men da sier Nav at de [pasientene] ikke har mulighet til å melde ifra. (Ansatt, statlig helseinstitusjon)

Det blir tilfeldigheter om det blir rapport. Det er litt tilfeldigheter rundt dette her, i hvert fall når Nav mener at vi skal gjøre det og helseforetak mener vi ikke skal det, og de mener vi bryter taushetsplikt hvis ikke pasientene samtykker. Vi spør Nav om ikke pasientene kan gjøre det selv, men får beskjed om de ikke kan det. Det er veldig tungvint. (Ansatt, statlig helseinstitusjon)

Hvis pasienten ikke samtykker, tar det lengre tid. Da må vi sjekke ut. Hvis personen er samtykkekompetent og nekter, har vi en samtale. Etter lovverket. Men hvis de fortsatt nekter kan vi ikke melde fra. Det har vi sjekket med jurist i (helseforetak). (Ansatt, statlig helseinstitusjon)

En del av informantene beskriver at innmeldingen ikke skjer i samsvar med Navs pålegg. Informantene som jobber i statlige helseinstitusjoner, forteller at de opplever å stå i en «skvis» mellom føringer fra helseinstitusjonene og Nav.

Det har vært frustrerende. Nav slenger til oss at det er vi som har ansvar for å melde ifra. Men så sier ledelsen her at det skal vi ikke gjøre. Blir en skvis. (Ansatt, statlig helseinstitusjon)

Mange opplever at de kommer i en vanskelig posisjon hvis pasientene ikke samtykker, ettersom pasientene risikerer å få en feilutbetalingssak. Informantene forteller at de derfor bruker en del tid på å forklare og veilede pasientene, slik at de er klar over regelverket. Det varierer likevel om pasientene samtykker til at den ansatte kan melde ifra.

Flere problematiserer også ansvarsforholdene, ettersom institusjonene har ansvar for å melde ifra samtidig som det er pasientene som har det juridiske og økonomiske ansvaret ved en feilutbetalingssak. Enkelte stiller også spørsmål ved om Nav vurderer samtykkekompetanse ved opprettelse av feilutbetalingssaker i forbindelse med dette regelverket.

I vårt datamateriale ser det ut til at det hovedsakelig er de private/ideelle helseinstitusjonene som har rutiner og praksis om å melde fra til Nav om institusjonsopphold, mens de offentlige i større grad har fått føringer fra sykehusene eller helseforetakene om å ikke melde fra til Nav, eller bare gjøre det dersom pasienten samtykker.

Vi har gjennomført intervju ved to statlige somatiske rehabiliteringsinstitusjoner. Ved disse institusjonene finnes det verken rutiner eller praksis for å melde fra til Nav. Informantene forteller at dette heller ikke har vært gjenstand for interne diskusjoner. Ved den ene institusjonen gir informanten uttrykk for at de ikke oppfatter å ha noen forpliktelse til å melde fra til Nav.

### **Bruk av portalen eller brev for innmelding**

Innrapporteringen er manuell. De som bruker den digitale portalen på nav.no, logger seg inn med personlig elektronisk signatur (BankId, el.) og skriver pasientens personnummer samt dato for innleggelse og – senere – dato for utskrivning.

Ved helseinstitusjonene som har rutiner for å melde fra til Nav om institusjonsopphold, forteller flere informanter at de har inntrykk av at saksbehandlingen i Nav fungerer bedre etter at den digitale løsningen for innrapportering ble innført. Informantene viser til at pasientene nå stort sett får avkortet ytelsen når institusjonen melder fra til Nav om institusjonsopphold, i motsetning til tidligere, da avkortning ikke alltid ble gjennomført, selv om det ble meldt fra. I noen tilfeller medførte dette at pasienter fikk tilbakebetalingskrav i etterkant.

Vi har alltid sendt brev til Nav, før gjorde vi det skriftlig. Da kom det ikke alltid frem til de som jobber med uføretrygd. (...) Det hendte at det ikke kom frem, og at pasienten fikk tilbakebetalingskrav. Det skjedde spesielt på uføretrygd, da brevet skulle sendes til Nav sentralt. Personer med uføretrygd har ikke noe lokalkontor. (Ansatt, ideell helseinstitusjon)

Selv om Navs pålegg ikke åpner for alternative formater på innmelding, er det en del meldinger som kommer per brev (jf. avsnitt 5.1.2).

Flere av informantene ved de statlige helseinstitusjonene forteller at de har utfordringer med tilgang til det digitale systemet for innmelding til Nav. De viser til at systemet krever innlogging med egen bankID, noe de ikke ønsker å benytte i jobbsammenheng. Disse informantene forteller at de i stedet sender brev til Nav når de skal melde fra om institusjonsopphold, fremfor å bruke den digitale løsningen.

Det er litt uklart hvordan det skal sendes inn. Det står digitalt, noe vi ikke vet hva er. Så har vi forsket litt videre på det innad i [sykehuset]. Det er ett menneske i hele i hele [sykehuset], som kan melde fra til Nav. Vi vet ikke hvem dette er. De jobber med saken. Jeg vet ikke om jeg synes det er ok å bruke min private bank-id for å sende slike meldinger. Vi sender det per brev, i posten. (Ansatt, statlig helseinstitusjon)

Det er litt misforståelse av hvem gjør hva, av roller og systemer. Jeg som seksjonsleder har ikke tilgang til Altinn. Vi skal ikke dele ut til hvem som helst. Det handler noe om personvern og hva man har lov til å ha tilgang til. (Ansatt, statlig helseinstitusjon)

### **Innrapportering fra Nav-kontorene**

Nav-veileder kan få informasjon om at en bruker de følger opp er innlagt på helseinstitusjon. Intervjuene med helseinstitusjoner tyder på at veilederne har ulik praksis for om de melder fra om dette til forvaltningsenhetene. Flere av informantene i helseinstitusjoner forteller at de erfarer at noen innleggelse meldes inn til forvaltningsenheten, andre ikke. En av informantene beskriver hvordan de erfarer at Nav-veileder kan påvirke utfallet:

Ja det er litt forskjellig. For eksempel så har AAP-veiledere oftere tettere relasjon med pasienter. Noen registrerer det inn og så blir det avkortet, men noen velger å ikke melde videre og da får ikke bruker avkortning. Så det har litt å si (ansatt, statlig helseinstitusjon)

Vi har hatt noen pasienter som blir fortvilet [over reduksjonen] og vil egentlig ut. I noen tilfeller så har vi gjerne hatt dialog med Nav, som har ansvar for oppfølging av

ytelser. Der vi har diskutert det. Pasienter som er innlagt mer enn fire måneder, Nav er klar over at det er nådd grensen, men hvis vi varsler nå skriver han seg ut. Da går Nav-veileder med på å ikke varsle. Det har vært hvis pasientene er nærmere utskrivelser. (ansatt, statlig helseinstitusjon)

## 6 Konsekvenser for pasientene

I dette kapitlet presenterer vi resultater fra undersøkelsen knyttet til økonomien til mottakere av ytelser i folketrygden, hvilke ytelser og hvilken bistand de som er innlagt i helseinstitusjon får. Vi presenterer også erfaringer og synspunkter fra brukerorganisasjoner og ansatte i helseinstitusjonene på avkortingsreglens konsekvenser for pasientene. Datakildene er intervjuer, dokumenter og datauttrekk.

### 6.1 Økonomien til mottakere av ytelser fra folketrygden

Vi viser først statistikk om hva slags husholdninger mottakerne av de ulike ytelsene bor i.

Alderspensionistene skiller seg ut ved at en høy andel bor i hushold med et par uten barn (jf. Tabell 6-1). Blant mottakerne av AAP, uføretrygd og alderspensjon, er det mindre vanlig å bo alene enn i befolkningen for øvrig. Det er naturlig nok få av alderspensjonistene som bor i hushold med egne barn. I hushold med barn, har vi kun inkludert hushold med egne barn under 18 år. Hushold med egne barn over 18 år er karakterisert som «andre». Dette er en betydelig vanligere husholdstype blant mottakere av AAP eller uføretrygd enn i befolkningen som helhet.

Henholdsvis 30 og 14 prosent av mottakerne av AAP og uføretrygd bor sammen med egne barn, og er dermed helt klart regnet som forsørgere. I tillegg kommer de som betaler barnebidrag og/eller der barn er registrert som bosatt hos den andre av foreldrene samt de som forsørger ektefelle/partner.

Tabell 6-1: Mottakerne av AAP, uføretrygd og alderspensjon – fordeling på husholdningstyper. 2024

| Husholdningstype | AAP   | Uføretrygd | Alderspensjon | Alle hushold |
|------------------|-------|------------|---------------|--------------|
| Enslige          | 26 %  | 34 %       | 32 %          | 41 %         |
| Par uten barn    | 19 %  | 27 %       | 54 %          | 24 %         |
| Enslige med barn | 6 %   | 3 %        | 0 %           | 4 %          |
| Par med barn     | 24 %  | 11 %       | 0 %           | 19 %         |
| Andre            | 25 %  | 24 %       | 13 %          | 12 %         |
| Sum              | 100 % | 100 %      | 100 %         | 100 %        |

#### 6.1.1 Inntektsnivået til brukerne

Mottakere av AAP, uføretrygd og alderspensjon lever i husholdninger som i gjennomsnitt har et ganske lavt inntektsnivå. Dette kan ses som en konsekvens blant annet av at velferdsytelsene ikke gir full kompensasjon for yrkesinntekt.

Den indikatoren som best fanger opp husholdningens forbruksmuligheter, kontrollert for husholdningens størrelse og sammensetning på barn og voksne, er inntekt etter skatt per forbruksenhet. Målt ved denne indikatoren, er det mottakerne av AAP som lever i husholdninger med lavest inntekt, mens mottakerne av alderspensjon har betydelig bedre forbruksmuligheter enn de to andre gruppene (jf. Tabell 6-2). SSB publiserer også statistikk som viser inntekt per forbruksenhet der husholdningene er rangert og delt inn i desiler. Desil 1 inneholder de 10 prosent av husholdningene med lavest inntekt per forbruksenhet. I 2023

var det 10 prosent av husholdningene som hadde inntekt per forbruksenhet<sup>2</sup> på 279 000 kroner eller lavere, mens ytterligere 10 prosent hadde mellom dette tallet og 344 000 kroner. I gjennomsnitt, plasserer hushold som mottok AAP eller uføretrygd seg i desil 3, mens husholdning med alderspensjon lå på grensen mellom desil 4 og 5.

Tabell 6-2: Mottakere av FT-ytelser – husholdningens økonomiske stilling. Gjennomsnitt, kroner, 2023

|   | AAP       | Uføretrygd | Alderspensjon |
|---|-----------|------------|---------------|
| Stønad  | 238 080   | 312 446    | 291 235       |
| Yrkesinntekt  | 131 109   | 117 658    | 288 416       |
| Skattepliktige overføringer                           | 308 737   | 348 711    | 387 506       |
| Skattefrie overføringer                               | 44 243    | 27 715     | 12 886        |
| Husholdningens inntekt etter skatt                    | 738 075   | 677 587    | 686 108       |
| Husholdningens inntekt etter skatt per forbrukerenhet | 372 356   | 380 726    | 438 555       |
| Sum gjeld   | 926 308   | 802 880    | 603 899       |
| Usikret gjeld   | 106 687   | 92 719     | 38 233        |
| Primærboligens markedsverdi                           | 2 848 550 | 2 717 975  | 3 357 622     |

Kilde: SSB, Microdata

Variasjonen er stor i alle grupper. Man kan gruppere husholdningene etter sammensetning, både etter enslig/par, antall barn og etter barnas og de voksnes alder.

Blant husholdninger med AAP-mottakere, var det aleneboende under 30 år som i gjennomsnitt hadde lavest inntekt per forbruksenhet (237 500 kroner). Der nest kommer enslige foreldre 246–284 000 kroner, avhengig av den voksnes kjønn og barnets/barnas alder. Alle disse gruppene var i gjennomsnitt innenfor desil 1 eller lavt i desil 2. Blant husholdninger som mottok AAP, var det par der mottakeren var over 45 år som hadde høyest inntekt per forbruksenhet (518 000). Gjennomsnittet for denne gruppen lå i desil 6, dvs. over median for alle husholdninger.

Standardavviket for inntekt per husholdningsenhet blant hushold som mottok AAP var i 2023 på 152 000 kroner. Hvis man forutsetter at dette inntektsnivået var normalfordelt, tilsier dette at om lag 16 prosent av disse husholdningene hadde en inntekt per forbruksenhet under 220 000. Dette er godt innenfor desil 1, dvs. de 10 prosent av husholdningene med lavest forbruksmuligheter.

Man kan lage en tilsvarende nedbryting av tallene for mottakerne av de andre ytelsene. Hovedinntrykket er at husholdninger med mottakere av uføretrygd har en noe bedre økonomisk stilling enn AAP-mottakerne. Blant disse er det enslige forsørgere som har lavest inntekt per forbruksenhet. Husholdninger med mottakere av alderspensjon er betydelig bedre

<sup>2</sup> Antall forbruksenheter er beregnet ved bruk av EUs ekvivalensskala, der første voksne får vekt lik 1, neste voksne vekt lik 0,5, mens hvert barn får vekt lik 0,3. En husholdning på to voksne og to barn har dermed 2,1 forbruksenheter i følge EU-skalaen. Kilde: [SSBs Metadata - Variabeldefinisjon - Lavinntekt, EU-ekvivalensskala](#)

stilt. Men også for denne gruppen ligger de 16 prosent husholdningene med lavest inntekt per forbruksenhet i desil 1.

Vi vil understreke at vi ikke har data for hvor mange pasienter på i spesialisthelsetjenesten som har de relevante ytelsene og om den økonomiske stillingen til disse er på linje med andre mottakere av de samme ytelsene. De tallene vi har vist over, er derfor ikke nødvendigvis representative for de som får avkorting av sin ytelse.

### 6.1.2 Boforhold og gjeld

Boforhold kan indikere hvor mange som har «faste nødvendige utgifter». Tabell 6-2 viser gjennomsnittlig boligformue i husholdningene med mottakere av ytelser fra folketrygden. Vi har også innhentet data om andel av mottakerne av ytelsene som har boligformue, pantsikret gjeld og usikret gjeld (jf. Tabell 6-3).

Tabell 6-3: Mottakere av FT-ytelser og alle hushold – andel med boligformue og gjeld. 2024

|                  | AAP  | Uføretrygd | Alderspensjon | Alle |
|------------------|------|------------|---------------|------|
| Boligformue>0    | 41 % | 51 %       | 65 %          | 69%  |
| Pantsatt gjeld>0 | 82 % | 77 %       | 65 %          | 85%  |
| Usikret gjeld>0  | 51 % | 48 %       | 40 %          | 66%  |

Kilde: SSB, Microdata

Andel med boligformue og gjeld er lavere blant mottakerne av ytelser fra folketrygden enn i befolkningen totalt. AAP-mottakerne skiller seg ut med lav andel med boligformue. Dette skyldes trolig delvis at disse i gjennomsnitt er yngre enn mottakerne av de andre ytelsene.

Von Simson (2026) undersøker boforhold blant mottakere av AAP og uføretrygd. Studien viser at andel leietakere var om lag 30 og 25 prosent i disse gruppene i 2023, mot 17 prosent i den øvrige befolkningen. De finner også at andel leietakere øker over tid blant mottakerne, men ikke i den øvrige befolkningen og at det er vanligere med trangboddhet blant mottakerne enn i den øvrige befolkningen.

Selv om det er færre boligeiere blant mottakerne av ytelser fra folketrygden understøtter statistikken inntrykket av at de aller fleste av mottakerne må ha faste utgifter til bolig.

## 6.2 Hva får pasientene under innleggelse på helseinstitusjon?

Helseinstitusjonene vi har intervjuet dekker kost og losji for innlagte pasienter. Kost inkluderer alle hovedmåltider. Enkelte institusjoner gir også andre naturalytelser og dekker utgifter som pasienten har til transport og diett i forbindelse med permisjoner og treningsreiser hjem. Noen dekker utgifter til et visst antall reiser i måneden, andre dekker ikke slike utgifter i det hele tatt. Utgifter pasienter har til hjemreiser ved permisjon er utgifter de ikke ville hatt hvis de ikke var innlagt for behandling.

Videre tilbyr noen institusjoner organiserte aktiviteter som pasientene ikke betaler for, og/eller dekker utstyr til slike aktiviteter, mens andre institusjoner ikke har en slik praksis.

Pasientene må som regel selv dekke personlige utgifter som hygieneartikler, klær og sko, røyk/snus, mobilabonnement og fritidsaktiviteter utover det institusjonen tilbyr. Enkelte pasienter kjøper også mat og drikke i tillegg til det de får av institusjonen. Én av institusjonene dekker utgifter til synstest for sine pasienter, men ikke utgifter til briller eller kontaktlinser. Informanter ved noen helseinstitusjoner forteller at de noen ganger søker

sosialhjelp eller annen støtte fra Nav på vegne av pasientene, for å dekke innkjøp av for eksempel klær, sko eller briller.

En informant ved en psykiatrisk behandlingstilstand forteller at pasientene får dekket reiser til somatiske sykehus for behandling samt egenandeler ved legebesøk. Noen forteller at også egenandeler for medisiner dekkes av institusjonen.

Ved en psykiatrisk behandlingstilstand dekkes utgifter til faste aktiviteter som bruk svømmehall og bowling, samt transport til aktivitetene, og hjemtransport innenfor bestemte tidsrom på dagen. Etter hvert som det nærmer seg utskrivelse, reduseres imidlertid denne dekningen, og pasienten må dekke flere av utgiftene selv. Denne gradvise reduksjonen er en del av behandlingssopplegget. En ansatt forklarer:

*Når det nærmer seg utskrivelse får de mer og mer ansvar for eget liv, da trekkes en del av godene tilbake på en hensiktsmessig måte. En kjempeviktig del av selvstendighetstreningen. Overgangen fra å være innlagt på lukket avdeling til å bli skrevet ut til hjemmet sitt er en stor overgang, men vi trener på den overgangen. Da er det mer utgifter på den enkelte.*

I våre analyser har vi sett bort fra andre ytelser og utgifter enn kost og losji og begrunner dette nærmere i avsnitt 5.3.

### 6.2.1 Pasientenes utgifter under innleggelse

I intervjuer med informanter ved helseinstitusjoner kommer det frem at pasienter som får avkortet ytelsene sine under institusjonsopphold fortsatt kan ha en rekke løpende og nødvendige utgifter. Dette kan være boligrelaterte kostnader som strøm og innboforsikring, som kan gi unntak fra eller reduksjon i avkortingen. Pasienter kan også ha løpende utgifter til telefonabonnement og ulike typer lån. I tillegg har mange utgifter til klær og sko, hygieneartikler, frisør og mat utover det pasientene får dekket ved institusjonen, samt utgifter til røyk, reiser hjem og utstyr til aktiviteter. Flere har også helse- og velferdsrelaterte kostnader som ikke dekkes av institusjonen, for eksempel utgifter til tannbehandling, briller og linser.

### 6.2.2 Bistand til mestring av økonomien

Helseinstitusjonene som er inkludert i denne undersøkelsen gir individuell rådgivning og bistand til pasienter for å håndtere privatøkonomien under innleggelse, men omfang og innhold varierer mellom institusjonene. Det er hovedsakelig sosionomer som gir råd og hjelp til håndtering av privatøkonomien, men behandlere eller administrativt ansatte ved institusjonen kan også være involvert. Pasientene kan i tillegg ha verge eller økonomisk forvalter som kan veilede, eller de kan motta veiledning fra Nav-veilederen sin.

Rådgivningen om privatøkonomi kan blant annet omfatte hjelp med budsjett, oversikt over utgifter og gjeld, veiledning om og bistand til søknader om ytelser fra Nav, betaling av regninger, kontakt med kreditorer for å utsette betalinger og inngå avtaler, samt kontakt med Nav om arbeidsrettet oppfølging og aktivitet. Ansatte ved institusjoner kan også gi råd om å redusere utgifter, bistand i boligrelaterte spørsmål, herunder søknad om kommunal bolig, og bistand til å søke verge eller økonomisk forvalter via Nav. Ansatte som gir økonomisk bistand, har også dialog med pårørende for å innhente fullmakter og for få bistand til å skaffe nødvendig dokumentasjon til Nav m.m. Vårt inntrykk er at sosionomer og andre som gir økonomisk veiledning ved institusjonene samarbeider med Nav, kommune, pårørende og andre aktører, både for å sikre at pasienten får nødvendig økonomisk støtte under og etter oppholdet, og for å forebygge tap av bolig og nye innleggelser.

Informantene formidler at mange pasienter i rusbehandlingstilstander og psykiatriske institusjoner har en presset økonomisk situasjon, mye gjeld og lite oversikt over egen økonomi, og at behandlingstilstandene bruker betydelige ressurser på økonomisk

veiledning. Denne ressursbruken skyldes imidlertid også avkortingsreglene og utfordringene disse skaper for pasientene.

Informantene formidler at avkortingsregelverket medfører et betydelig informasjonsbehov hos pasientene, et behov som ofte dekkes av ansatte ved behandlingsinstitusjonene. Videre forsterker avkorting behovet for økonomisk veiledning, fordi pasientene ofte har mange andre utgifter enn mat- og boligutgifter ved innleggelse, som nevnt over. Ansatte bistår pasientene med søknader til Nav om unntak fra eller reduksjon i avkorting av ytelsen på grunn av faste boutgifter, og med søknader om å få dekket spesielle utgifter. De hjelper også med søknader om sosialhjelp når pengene ikke strekker til.

Informanter ved flere rusbehandlingsinstitusjoner og psykiatriske institusjoner påpeker imidlertid utfordringer knyttet til informasjon fra Nav, blant annet om avkorting av ytelser. Mange pasienter forstår ikke innholdet i brevene de mottar, noe som kan gjøre det vanskelig for ansatte å bistå pasientene i tide.

Ved én institusjon opplever ansatte at noen av pasientene ikke gir de ansatte innsyn i egen økonomi eller avslår hjelp, enten på grunn av skam og ønske om å ordne opp selv, eller manglende tillit til de ansatte.

Informantene ved helseinstitusjonene forteller at det er vanlig å bistå pasienter med å fremskaffe dokumentasjon på boutgifter, dersom pasientene ønsker det. Det kan innebære å hjelpe dem med å skaffe oversikt over utgifter, logge inn og orientere seg i nettbank og på Nav sine nettsider, samt finne frem relevant dokumentasjon.

Det kan være å finne dokumentasjon på bolig, lånene, hjelper dem å skaffe dokumentasjon. Hjelp med å logge inn på nav og sende inn. Det er litt detaljer. (ansatt, statlig helseinstitusjon)

Informantene forteller at de i noen saker erfarer at det går greit å skaffe nødvendig dokumentasjon, mens andre saker kan det være tidkrevende. Sistnevnte skyldes blant annet at pasientene kan mangle bankID og tilgang til relevante dokumenter eller mangle oversikt over utgifter m.m. Ifølge informantene kreves det også en del samtaler med pasientene for å forklare regelverket og motivere dem til å fortsette i behandling selv om ytelsen blir redusert. Dette er tid som går på bekostning av annet behandlingsarbeid.

Noen ganger går det greit og andre ganger ikke. Det kan være litt trøblete og bli litt frem og tilbake. Dokumentasjon på boutgifter. Det er ofte noen runder. (Ansatt, ideell helseinstitusjon)

Veldig mange av våre pasienter har bolig, og må dokumentere boutgifter. Vi bruker urettmessig mye tid til å finne ut hvor mye de har i lån, boutgifter, må dokumenteres. De har kanskje ikke med seg kodebrikke. Pasientene er så dårlige, helt urealistisk at de skal håndtere det selv. (Ansatt, statlig helseinstitusjon)

For noen er det kaos og man bruker veldig mye tid, da er det snakk om mange timer i uken. For andre bruker vi mindre tid. (Ansatt, ideell helseinstitusjon)

Det er ganske mye ressurser som går med, fordi det skaper så mye frustrasjoner. Da trenger de flere samtaler med meg for å forklare, må gjerne få det forklart flere ganger. Og så en time med dokumentasjon. Har også måttet ha fellesmøter med pasientene fordi det var så mye kaos rundt dette. (Ansatt, statlig helseinstitusjon)

I noen situasjoner er det også vanskelig å dokumentere boutgifter, ifølge enkelte informanter. Noen forteller også at pasienter kan ha faste boutgifter, men på grunn av økonomiske utfordringer over tid, står ikke pasienten selv på leiekontrakt eller lånekontrakt. I slike situasjoner kan det ifølge enkelte informanter være vanskelig å dokumentere boutgifter.

Det vi har sett er at de kanskje eier bolig sammen med partner, men så står de ikke på kontrakten selv på grunn av økonomisk historikk. Da er det vanskeligere å bevise. (Ansatt, ideell helseinstitusjon)

En annen informant, som jobber på en somatisk rehabiliteringsinstitusjon erfarer på sin side at det stort sett er tilstrekkelig at institusjonen sender beskjed om at pasienten har en bolig, og at det ikke har vært krav om å legge ved dokumentasjon.

Jeg opplever at det er tilstrekkelig å skrive en melding til Nav om at de har utgifter til internett, osv., det har vært tilstrekkelig for å gå tilbake til full ytelse. En bekreftelse fra [institusjon] om at de bor i en bolig sånn og sånn. Men vi har ikke måttet vedlagt noen regninger. (Ansatt statlig rehabiliteringsinstitusjon, somatikk)

Flere stiller også spørsmål ved at pasienter med uføretrygd må sende inn dokumentasjon på utgifter hver tredje måned, mens det ikke kreves på andre ytelser.

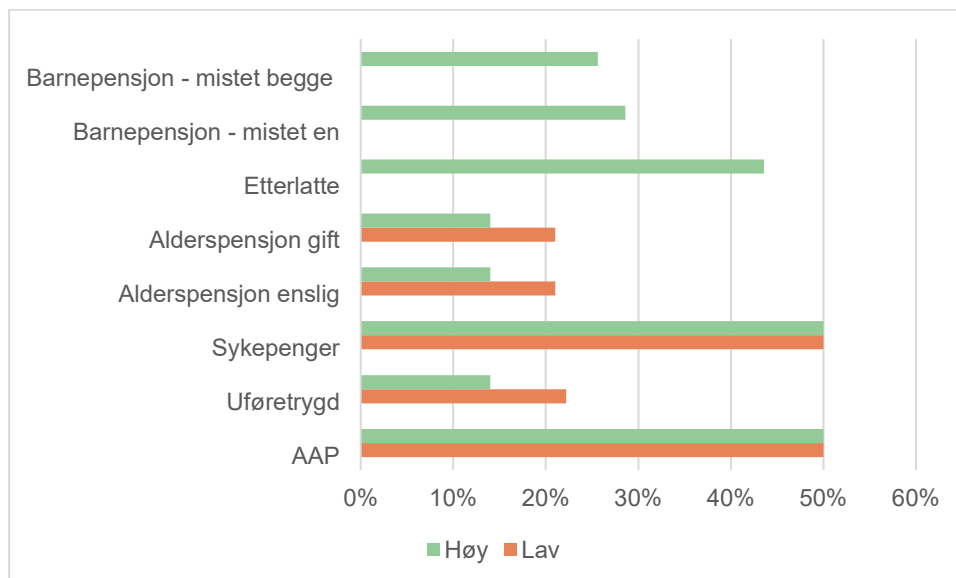
### 6.3 Omfanget av avkorting

Vi har ikke pålitelige data for faktisk avkorting av ytelser. Fra Nav har vi fått informasjon om vedtak om avkorting for AAP-mottakere. Vi oppfatter at informasjonen gjelder før innmelding av faste utgifter (se drøfting nedenfor). Nav informerer om at vedtakene innebar en gjennomsnittlig avkorting på 50 prosent av ytelsen.

I mangel av tall for faktisk avkorting, har vi simulert andelen av ytelsen som avkortes etter tre måneders innleggelse basert på noen eksempler og forutsetninger. I simuleringen for alle ytelsene utenom etterlatte- og barnepensjon har vi brukt to ulike forutsetninger om arbeidsinntekten ytelsen er basert på. «Lav» er satt til 375 000 kroner per år og «Høy» til 665 000 kroner. Disse nivåene representerer gjennomsnittslønn i nederste og sjette desil for alle arbeidstakere og kan sies å representere lavtlønn og middels lønn. Både lønnsnivåene og grunnbeløpet i folketrygden (G) gjelder 2024.

Med de eksemplene vi har sett på, er det selve avkortingssatsen som skaper de største forskjellene mellom ytelsene. Minsteytelsene («gulvet») får ingen betydning på disse nivåene på ytelsene. En annen viktig faktor er forsørgelsesbyrde: Enhver forsørgelse, også betaling av relativt moderate barnebidrag, eliminerer avkortingene for alle ytelsene. Dette skaper store forskjeller mellom mottakernes gjenstående ytelse. Tilsvarende gjelder også betydningen av boutgifter, særlig for AAP-mottakere. For de andre ytelsene er ikke reglene entydige på hvordan boutgifter påvirker avkortingene. For mottakere av uføretrygd og pensjoner skal det gis tillegg (mindre avkorting), hvis det er nødvendig for at pasienten skal beholde sin bolig. Bortsett fra for AAP, gir reglene Nav rom for skjønn i forvaltningen.

Figur 6-1: Simulering gjenværende ytelse etter avkorting. I prosent av ytelse før avkorting.



Vi har også simulert avkorting av etterlatte- og barnepensjon. Også disse ytelsene vil avkortes 50-75 prosent, men nivået på disse ytelsene er langt lavere enn de andre, og avkorting og per dag varierer mellom 84 og 437 kroner per dag, mot 1 000 kroner for uføre med høy tidligere inntekt.

Tabell 6-4 viser nivået på ytelsen pasienter sitter tilbake med etter avkorting. De som har sykepenger kommer bedre ut enn de andre, delvis fordi ytelsen før avkorting er betydelig høyere enn de andre ytelsene. Alderspensionister og uføretrygdede vil kunne få svært lav restytelse.

*Tabell 6-4: Restytelse etter avkorting. Eksempler basert på lav eller middels tidligere inntekt. Kroner per år.*

|     | AAP     | Uføretrygd | Sykepenger | Alderspension |
|-----|---------|------------|------------|---------------|
| Lav | 124 000 | 55 000     | 188 000    | 52 000        |
| Høy | 219 000 | 61 000     | 333 000    | 56 000        |

I et vedlegg drøfter vi hvor mange som ikke har forsørgelsesbyrde og/eller boutgifter. Vi mener det er få som ikke har boutgifter. Gitt at systemet med innmelding av faste utgifter fungerer etter forutsetningene, bør det derfor også være få som opplever avkorting i samsvar med våre regneeksempler. Men vi har ikke data som viser hvor godt dette systemet fungerer.

Navs fagsystemer er ikke godt egnet for å vise hvor mange som får avkorting og hvor stor avkortingen er. Vi har spurt Nav om slike data og har fått data for avkorting av AAP samt antall som får avkorting av alderspensjon. Det er ikke mulig å ta ut andre data om avkorting.

I 2024 hadde Nav i gjennomsnitt over året - informasjon om 250 AAP-mottakere som var innlagt på statlig helseinstitusjon og som hadde vært innlagt i mer enn tre måneder. Nav har opplyst at for 70 prosent av disse ble det fattet vedtak om avkorting, og at avkorting for disse i gjennomsnitt utgjorde 50 prosent av ytelsen. Hver måned i 2024 fikk anslagsvis 175 AAP-mottakere avkortet sin ytelse. Gjennomsnittlig antall AAP-mottakere med innleggelse over tre måneder – registrert hos Nav – sank gradvis fra 314 i 2020 til 250 i 2024. Nedgangen kan skyldes en faktisk reduksjon i antall innleggelser eller at tilbøyeligheten til å melde om innleggelser ble redusert.

Antall med avkorting tilsvarer om lag 0,11 prosent av antall AAP-mottakere.

I tillegg til de med innleggelse over 3 måneder, fikk Nav melding om at det var ca. 180 andre mottakere av AAP som var innlagt på sykehus i den aktuelle måneden. Som nevnt har antall med innleggelse over 3 måneder falt. Man har ikke sett tilsvarende fall i innmeldinger av innleggelser under 3 måneder.

Vi har fått tall for gjennomsnittlig utbetalt AAP til de som var innlagt, men ikke fikk avkorting, og for de med innleggelse over 3 måneder. I 2024 var gjennomsnittlig utbetaling per måned til disse to gruppene henholdsvis kr 15 685 og kr 10 802. Nav har opplyst at blant de med lange innleggelser, var det 70 prosent som fikk avkorting, og at for disse utgjorde avkortingen 50 prosent av ytelsen. Dette harmonerer rimelig godt med tallene vi har fått for gjennomsnittlig utbetalt ytelse for disse gruppene. Med disse forutsetningene kan omfanget av avkorting anslås til kr 4 883 per mottaker og vel 1,2 mill.kr per måned for mottakere av AAP. I sum over året blir avkortingen om lag 14,5 mill.kr.

Som nevnt tidligere, har vi også fått tall fra Nav om antall alderspensjonister med avkorting, men ikke hvor mye avkortingen utgjorde for disse. Antall med avkorting har økt fra 2 159 per måned i 2020 til 2 678 i 2024. I 2024 fikk 0,25 prosent av alle alderspensjonister avkorting fordi de var innlagt på institusjon. Denne andelen var ganske stabil i perioden 2020-24.

Vi finner det slående at hele 70 prosent av AAP-mottakerne med lange innleggelser tilsynelatende får avkorting. Dette skulle tilsi at bare 30 prosent av disse skal ha meldt inn

boutgifter. Trolig har de aller fleste boutgifter. Vi tror forklaringen kan ligge i hvordan forvaltningen av avkortingen for AAP-mottakere fungerer og registreres i fagsystemet i Nav. Avkorting av AAP innebærer at det først vedtas en avkorting basert på opplysninger om innleggelsen, AAP-ytelsen og familiesituasjonen. I formidling av vedtaket til mottakeren, oppgis det at hen kan melde inn boutgifter. Hvis brukeren melder inn boutgifter, fatter Nav et endringsvedtak om etterbetaling som kompensasjon for avkorting som er gjennomført. Vi mener at andelen på 70 prosent må være knyttet til andelen av de som har vært innlagt i mer enn tre måneder og som ikke har forsørgelsesbyrde. Andelen som heller ikke har boutgifter, må være langt lavere.

## 6.4 Konsekvenser for pasientene

Flere informanter i helseinstitusjonene og brukerorganisasjonene oppfatter at avkortingssystemet skaper økonomiske problemer, stress og negative helsevirkninger for en del pasienter. Dette er særlig knyttet til pasienter i rus- eller psykiatrisk behandling.

### 6.4.1 Virkninger for gjennomføring av behandling og for helse

Vårt klare inntrykk fra intervjuundersøkelsen er at avkortingsreglene, og konsekvensene disse får for pasientene, svekker utbytte av behandlingen, særlig ved behandlingsinstitusjoner for rus og psykiatri. Dette skyldes både at avkortingen skaper bekymring og stress knyttet til økonomi, gjør det vanskelig å beholde eller skaffe bolig, og vanskeliggjør gjennomføring av permisjoner og treningsreiser hjem. Avkortingen kan også begrense pasientenes muligheter til å opprettholde hverdagsrutiner og aktiviteter, og å øve på å mestre hverdagen etter utskrivelse. En ansatt ved en psykiatrisk institusjon sier følgende om avkortingsreglene:

Det skaper veldig mye ekstra. Det gjør at mange pasienter ikke klarer å fokusere på behandlingen sin og virkelig komme seg. (...) Det blir en ekstra ting som er veldig forstyrrende for behandlingen og utredningen. (Ansatt ved statlig psykiatrisk institusjon)

Også informanter fra brukerorganisasjoner på rusfeltet påpeker at avkortingen svekker pasientenes evne til og motivasjon for å være til stede i behandlingen de mottar. De erfarer at dette forringer kvaliteten på behandlingen og gir dårligere resultater. En representant for en brukerorganisasjon på psykiatrifeltet sier det slik:

Hvis behandlingen innebærer at du får dårlig økonomi og mister bolig, er det ikke en god behandling.

En representant for en bruker- og pårørendeorganisasjon på rusfeltet forteller:

Det er personer med dårlig økonomi og høy gjeld, så skal de være i døgnbehandling. Ikke klar over regelverket før de legges inn. De tenker, nå skal jeg få god hjelp. De er der 1-2 måneder, får da beskjed om avkortingen fra sosionomen og begynner å stresse. Tar kontakt med oss, eller de kontaktene jeg har fått, hva kan dere gjøre med dette. Nå bryter jeg behandlingen for jeg har ikke råd. Ikke sikkert jeg lever om et år. Det handler om et liv.

En ansatt ved en offentlig sykehusavdeling innen rus og psykiatri trekker frem:

Ja. Vi har dessverre erfaring med at pasienter avslutter behandling på grunn av at de blir avkortet. Det er det som er problemet, jeg skjønner bakgrunnen for å ha det, men når pasientene ikke har råd til å ta toget hjem på hjemme-trening, så mister man motivasjonen (Ansatt, statlig sykehusavdeling, rus og psykiatri)

Representanter for en brukerorganisasjon peker også på at avkortingsregelverket igjen kan få ringvirkninger for pårørende, som kan oppleve betydelige belastninger dersom deres nærmeste avbryter eller unnlater å oppsøke behandling.

Uforutsigbar økonomi, økt gjeld og manglende mulighet til å betale for nødvendige utgifter som følge av avkorting kan også føre til at pasienter avbryter behandlingen. Enkelte informanter ved rusbehandlingsinstitusjoner, psykiatriske institusjoner og brukerorganisasjoner rapporterer at risiko for avkorting i en del tilfeller fører til at pasienter avslutter behandlingen tidligere enn planlagt, eller velger kortere innleggelsestid for å unngå økonomiske problemer og tap av bolig. Dette gjelder særlig pasienter med dårlig økonomi og høy gjeld fra før, og pasienter som mottar uføretrygd, der avkortningen kan være så betydelig at de ikke har råd til grunnleggende utgifter under innleggelse. Flere informanter understreker at avbrutt behandling og kortere institusjonsopphold enn anbefalt kan føre til tilbakefall og nye institusjonsopphold senere. Videre viser undersøkelsen at sosionomer og behandlere ved helseinstitusjonene vi har intervjuet, bruker betydelige ressurser på å informere om regelverket og forsøke å forhindre at pasienter avslutter behandling på grunn av økonomi.

Avkorting kan også få negative konsekvenser for pasientenes liv etter utskrivelse. En ansatt ved en psykiatrisk behandling sinstitusjon forteller om hvordan trang økonomi som følge av avkorting kan gjøre det mer krevende å etablere seg på nytt utenfor institusjonen. Informanten sier:

Når [pasientene] begynner å friskne til, ser de ofte hvor ille ting har vært, hvor mye de har mista, og å da ha en kjempetrang økonomisk hverdag når de skal reetablere seg, klær, briller, fikse seg litt på håret, ordne opp i leiligheten.

Konsekvensene av avkorting for livet etter utskrivelse var også et tema i intervjuene med brukerorganisasjoner. En representant for en brukerorganisasjon sier dette om hvilke følger avkortningen kan få for personer som er tvangsinnlagt i psykiatrien:

Når jeg snakker med pasienter som er innlagt over så lang tid, så er det først når de er på vei ut at de ser at alt har falt sammen - hvorfor har ingen hjulpet meg? Det er en så krevende jobb å gjøre, at du trenger en sosionom på hver avdeling for å ivareta disse pasientene. De er såpass dårlige at de bryr seg ikke før de skal hjem. (...) de orker ikke tenke på det der ute. Noen er ikke i stand til det, andre skyver det bort. Det er mer enn nok å være tvangsinnlagt over tid, og kanskje få slippe ut. Det er en kamp mange pasienter kjenner på.

## 6.4.2 Opplevelse av urettferdighet og marginalisering

Informanter ved en del behandling sinstitusjoner for rus og psykiatri forteller også at avkortingsreglene gir mange pasienter en følelse av urettferdighet og forsterker opplevelsen av å være marginalisert. Ulik praktisering og forskjeller mellom ytelse bidrar til opplevelse av forskjellsbehandling, særlig når pasienter ved samme institusjon får ulik avkorting i sine ytelser. En ansatt ved en rusinstitusjon sier:

Det er viktig at man husker på at menneskene befinner seg innenfor de samme veggene og snakker sammen, og de opplever systemet som veldig urettferdig. (...) Det er en gruppe som opplever mye urettferdighet (Ansatt ved rusinstitusjon)

Et annet aspekt som bidrar til marginalisering, er at avkortningen kan gjøre pasienter i rus- og psykiatribehandling mer avhengige av andre. En ansatt ved en ideell rusbehandling sinstitusjon erfarer at det at pasientene må spørre Nav eller ansatte ved institusjonen om hjelp til å dekke utgifter kan forsterke følelsen av marginalisering og svekke selvfølelsen:

Du må spørre Nav eller [institusjonen] om å få hjelp, det styrker ikke selvfølelsen å måtte be om ting og forberede seg på å få nei. Det er en sårbar gruppe.

### 6.4.3 Hjemreiser og aktiviteter

Flere helseinstitusjoner erfarer at avkorting av Nav-ytelser under innleggelse begrenser pasientenes mulighet til å opprettholde hverdagsrutiner- og aktiviteter. De fleste aktiviteter, som å dra på kino, konsert eller kjøpe klær og utstyr til aktiviteter, må mange pasienter selv betale for. Dette kan bli vanskelig når ytelsene er redusert. Konsekvensene kan være at både behandlingsforløpet og pasientenes trening i ferdigheter som er viktige for å mestre livet etter utskrivelse, svekkes.

For personer med rus- og psykiatrilidelser er hverdagslivsmestring, sosial omgang og selvstendighet sentrale deler av behandlingen. Når økonomien ikke strekker til, nedprioriteres sosiale og helsefremmende aktiviteter. Dette kan føre til tap av normalitet, sosial isolasjon og dårligere forberedelse til livet utenfor institusjonen. En ansatt ved en ideell rusbehandlingsinstitusjon beskriver hvor viktig normale rutiner og aktiviteter kan være for pasientenes bedring:

Det kan virke som at systemet ute tenker at behandling er i en boble innenfor institusjonen, men det er en gammeldags måte å tenke på behandling på. Somatikk, er det kanskje mer sånn. I rus og psykiatri handler det mye om å være ute. Institusjonen er en ramme, men for å jobbe med lidelsen, må man også ut og øve på ting. Om det er å reise med kollektiv, besøke familie – dette er aktiviteter pasientene må betale for selv. Det å være i egen leilighet, tørre å gå på kafe og kino. Fysisk trening. Alt dette her, er kanskje noe av den viktigste delen av behandlingen for denne type pasienter.

Informanter ved noen av helseinstitusjonene forteller også at avkortingsreglene gjør at pasientene mister muligheten til små, men viktige gleder i hverdagen, som å kjøpe snus/røyk, en pizza, eller gi en gave. Fraværet av slike muligheter kan bidra til forverret psykisk helse, svekket motivasjon for behandling, sosial isolasjon og tap av normalitet. En ansatt ved en psykiatrisk institusjon beskriver hvordan det å miste muligheten til å kjøpe røyk kan få store konsekvenser:

Akkurat for vår pasientgruppe, det at de røyker er kanskje det minste problemet de har. Selv om det er uheldig å røyke. Hvis noen ikke har penger til røyk så blir de dårligere. Man kan si at det er selvforskyldt, men de har levd et liv med kriminalitet og rus, der røyk er det minste problemet (Ansatt ved psykiatrisk institusjon)

En del ansatte i helseinstitusjonene forteller at avkortingsreglene fører til at pasienter har utfordringer med å dekke utgifter forbundet med permisjon eller treningsreiser hjem, som er en viktig del av behandlingen og forberedelsen til livet etter utskrivelse. Dette gjelder særlig pasienter i rus- og psykiatribehandling, men også for pasienter i rehabilitering for somatiske tilstander. Utgifter ved permisjoner kan være reisekostnader, utgifter til mat og nødvendige aktiviteter under permisjon – kostnader som ofte ikke dekkes av behandlingsstedet. Flere av informantene erfarer at de må søke sosialhjelp for pasienten for at de skal kunne gjennomføre permisjoner og treningsreiser hjem.

I henhold til nyere trygderettspraksis, skal ikke ytelser reduseres for dager pasienten ikke er fysisk til stede på institusjonen. Flere informanter peker likevel på at pasienter har fått redusert sin ytelse i perioder de er hjemme på permisjon. En informant ved et somatisk rehabiliteringstilbud forteller at pasienter med behov for å være en del hjemme på permisjon derfor rammes særlig hardt. De har ingen besparelser i periodene de er hjemme, samtidig som ytelsen likevel reduseres. Utsagnene tyder enten på at forvaltningen ikke samsvarer med Trygderettens beslutning eller at informantene har misforstått betydningen av permisjon for avkortingen. Vi oppfatter at Navs rundskriv knyttet til avkorting ikke samsvarer med Trygderettens beslutning på dette området.

En representant for en somatisk brukerorganisasjon trekker frem at langvarige institusjonsopphold kan bli aktuelt for blant annet slagrammede, særlig der kommunene ikke har tilstrekkelig tilbud etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten.

#### 6.4.4 Problemer med å betjene gjeld og beholde eller skaffe bolig

Informanter ved flere behandlingsinstitusjoner for rus og psykiatri samt fra enkelte brukerorganisasjoner, beskriver at avkortingsreglene kan gjøre det vanskelig for pasienter å skaffe og beholde bolig både under og etter innleggelse. Det er av hensyn til behandlingen ønskelig at pasientene beholder egen bolig, for å sikre en stabil overgang ved utskrivelse og for å legge til rette for gjennomføring av permisjoner. En ansatt ved en rusbehandlingsinstitusjon sier:

Siden treningsturer er en del av behandling for å forberede seg er fremleie av leilighet helt uhensiktsmessig for vår del. (...) Vi ønsker at boligen skal være tilgjengelig mens de er i behandling, det er en avgjørende og viktig del av behandlingen.

Manglende mulighet til å spare opp midler under innleggelse gjør det også utfordrende å skaffe depositum eller etablere seg i ny bolig når behandlingen nærmer seg slutten. Dette medfører betydelig ekstraarbeid for sosionomer og behandlere i helseinstitusjonene, som må bistå pasientene med å ordne bolig.

Flere informanter opplever at pasienter som får avkorting ofte har mye gjeld, svak økonomistyring og utfordringer med å håndtere økonomiske forpliktelser. Når ytelsen reduseres, forverres den økonomiske situasjonen ytterligere.

Flere peker også på at Nav ikke tar hensyn til pasientenes gjeldsforpliktelser ved avkorting, og at mange må stoppe nedbetalingsavtaler under innleggelse. Dette kan føre til økte renter, inkasso og ytterligere økonomiske problemer, noe som igjen kan innvirke negativt på pasientenes bedring. En ansatt ved en rusbehandlingsinstitusjon sier:

Mange har gjeld og det er en klar holdning fra Nav at ytelsen skal ikke dekke gjeld. Men det er en stor del av folks tilbakefall. At man ikke kan se en ende på noe. At man kan bli oppgitt på det. Jeg tenker ikke at staten skal dekke gjeld for folk, men i en behandling som dette har økonomi og gjeld mye å si på muligheten til å bli rusfri og leve et ok liv. (Ansatt ved ideell rusbehandlingsinstitusjon)

Flere informanter fra brukerorganisasjonene bekrefter dette. De har inntrykk av at mange pasienter i rus- og psykiatrisk behandling har betydelig høyere gjeld etter utskrivning enn ved innleggelse, noe som reduserer muligheten for å etablere et stabilt liv etter behandling. Organisasjonene erfarer at økonomiske bekymringer og økende gjeld som følge av avkorting under innleggelse undergraver pasientenes motivasjon for behandling.

#### 6.4.5 Pasienter som rammes særlig hardt av avkorting

Mange informanter fra både helseinstitusjonene og brukerorganisasjonene trekker frem at pasienter som allerede er sårbare og har svak økonomi, rammes særlig hardt av regelverket. Brukerorganisasjonene understreker at dette er en allerede marginalisert gruppe med sammensatte utfordringer. Pasientene har ofte langvarige og alvorlige utfordringer knyttet til rus og/eller psykisk helse, da behandlingsopphold over tre måneder i stor grad foregår i døgninstitusjoner for rusbehandling og psykisk helsevern. Mange av pasientene har tilleggsvansker som gjeldsproblematikk, ustabil økonomi og bosituasjon, dårlig tannhelse og somatiske helseplager.

I tillegg fremhever noen informanter ved helseinstitusjonene at pasienter uten et støttende nettverk rundt seg blir ekstra sårbare. Noen informanter erfarer at yngre pasienter ofte har mer støtte å hente hos familie, mens eldre i større grad står alene og har færre ressurser å lene seg på, både under og etter institusjonsoppholdet.

Både informanter ved helseinstitusjoner og fra brukerorganisasjoner mener at personer som er tvangsinnlagt i psykiatrien rammes særlig hardt av avkortingsregelverket. Representanter for en brukerorganisasjon på psykiatrifeltet beskriver avkorting av ytelser som en «ekstra

straff» for personer som er tvangsinnlagt, fordi de både mister friheten og store deler av ytelsen. En informant ved en statlig psykiatrisk sykehusavdeling har et liknende synspunkt:

Spesielt dem som er på tvang er nesten det verste. Legger man seg inn frivillig, og hvis man er informert av konsekvensene økonomisk, men innleggelse på tvang, du har ikke noe valg om du skal være i institusjon. Så blir også økonomien redusert. Begge to er ille, men tvangen må være verst. (Ansatt, statlig psykiatrisk sykehusavdeling (sikkerhetsavdeling))

Den nevnte brukerorganisasjonen mener at en stor andel av pasientene som får avkortet sin ytelse mens de er innlagt i psykiatrien, er tvangsinnlagt.

#### 6.4.6 Krav om tilbakebetaling

Mottakere av ytelser fra folketrygden er forpliktet til å melde fra om forhold som påvirker grunnlaget for ytelsen.<sup>3</sup> Informanter ved noen helseinstitusjoner forteller at pasienter kan oppleve krav om tilbakebetaling fra Nav hvis innrapportering ikke skjer korrekt, noe som øker den økonomiske belastningen på pasientene.

Dette løftes også som en utfordring ved avkortingsregelverket i intervjuene med brukerorganisasjoner. En informant fra en medlems- og pårørendeorganisasjon for somatisk sykdom peker på at ikke alle mottakere forstår dette ansvaret eller de kjenner ikke til avkortingsreglene. Når Nav i ettertid oppdager et institusjonsopphold som ikke er meldt inn, kan pasienten få krav om tilbakebetaling etter at pengene er brukt. Dette rammer særlig personer med allerede presset økonomi, og kan gjøre at pasienten føler seg mistenkeliggjort, og skape frykt for politianmeldelse. Informanten mener at slike situasjoner trolig kunne vært unngått dersom institusjonene alltid meldte fra til Nav.

### 6.5 Synspunkter på dagens regelverk og forvaltning

I intervjuene med helseinstitusjoner og brukerorganisasjoner spurte vi informantene om deres synspunkter på dagens regelverk. Flere informanter gir uttrykk for at det ikke er urimelig at ytelsene avkortes, men påpeker samtidig at størrelsen på reduksjonen må stå i forhold til besparelser og gjøres likt for alle. En ansatt ved en helseinstitusjon sier:

En reduksjon er for så vidt ryddig, men det er omfanget av den reduksjonen som påvirker folk. (Ansatt, helseinstitusjon)

Også representant for en bruker- og pårørendeorganisasjon på rusfeltet understreker at det kan være rimelig med en viss avkortning for utgifter som dekkes under innleggelse, som for eksempel mat. Samtidig mener vedkommende at satsene må samsvare med faktiske matkostnader, og at pasientene i dag trekkes for mer enn det de faktisk sparer på mat. Informanten peker også på at en god del pasienter som i dag rammes av regelverket i utgangspunktet har svak økonomi på grunn av sin livssituasjon, og dermed også forholdsvis lave utgifter til mat. Det foreslås derfor at det innføres differensierte satser for mat, ut fra inntektsnivå.

Det er bred enighet blant informantene ved helseinstitusjoner om det bør gjøres unntak fra avkorting ved forsørgelse av barn/ektefelle og boutgifter. Enkelte mener at dette også bør omfatte samboer. I dag omfattes samboere med felles barn av unntaksbestemmelsen om

---

<sup>3</sup> I Folketrygdloven §21-3 heter det bl.a. «Den som mottar en ytelse, plikter å underrette etaten om endringer i forhold som kan være avgjørende for om vedkommende fortsatt har rett til ytelsen eller for å kunne kontrollere ytelsens størrelse.»

forsørgeransvar (jf. ftrl. § 1-5), Intervjuene kan dermed tyde på at dette ikke er godt nok kjent blant pasientene og helseinstitusjonen.

Flere informanter peker videre på at pasientene ofte har merutgifter i forbindelse med oppholdet og mener det bør være mulig å søke om unntak fra reduksjon også i slike situasjoner. I dag må enkelte pasienter søke økonomisk sosialhjelp for å dekke kostnader knyttet til hjemreiser og aktiviteter i forbindelse med behandling. Noen må også redusere antallet hjemreiser grunnet økonomi. Informantene erfarer at det kan være tidkrevende å søke om økonomisk sosialhjelp, at det krever ressurser både fra Nav og helseinstitusjonene, og at kommunene kan ha ulik praksis knyttet til hva de dekker.

En representant for en brukerorganisasjon på rusfeltet foreslår at det bør åpnes for skjønsmessige vurderinger av avkorting, for spesielt ressursvake grupper.

## 6.6 Ønsker avklaring av hjemmelsgrunnlag

Flere av informantene i helseinstitusjoner etterspør avklaring av hjemmelsgrunnlaget for innmelding av innleggelses til Nav, vurdering av trygdemottakernes rettigheter og plikter, og brukervedvirkning.

Vi ønsker en spesifisering av dette pålegget, hvor finner man det i lovtekst eller liknende, hvem har bestemt dette, har man drøftet den enkelte trygdemottakers rettigheter og plikter. Har man gått noen runder, hver enkelt mottaker plikter egentlig å si fra selv, det fratrar våre pasienter råderetten over sitt eget liv. Jeg synes det er veldig overgripende. Og hva med brukervedvirkningen. (Ansatt statlig helseinstitusjon)

Flere stiller også spørsmål ved om det er riktig at bestemmelsen skal gjelde pasienter som er innlagt på tvang, samt hvilket ansvar pasientene har dersom de ikke har samtykkekompetanse.

Det er et paradoks med de som er på tvang. Mange pasienter har påpekt dette, «Jeg er ikke her frivillig». Jeg blir svar skyldig. De kan heller ikke bestemme hvor lenge de skal være her. (Ansatt statlig helseinstitusjon)

Vi skal alltid informere om det, men så er de de pasientene som..noen ganger tar du imot helsehjelp i imot din vilje på tvang, og så skal du... du skal være innlagt mot din vilje og i tillegg skal vi ta pengene dine. (Ansatt statlig helseinstitusjon)

### 6.6.1 Forskjeller mellom somatikk og psykiatri

De fleste informantene ved psykiatriske institusjoner, rusbehandlingsinstitusjoner og brukerorganisasjoner opplever det som urettferdig og diskriminerende at det for enkelte ytelser er ulike regler for avkorting ved innleggelse i henholdsvis somatiske og psykiatriske institusjoner. Flere informanter mener at forskjellen ikke har en saklig begrunnelse og at den forsterker marginalisering og stigmatisering av en allerede sårbar pasientgruppe. I denne sammenhengen trekker flere informanter ved psykiatri- og rusbehandlingsinstitusjoner frem at deres pasienter ofte ikke selv har ressurser, eller pårørende og sterke interesseorganisasjoner i ryggen, og derfor i mindre grad er i stand til å kjempe sin sak enn somatiske pasientgrupper. En informant sier:

Et viktig poeng er at enten må alle få avkorting, eller så får ingen. Og hvorfor det skal være forskjell på somatikk og psykisk helse vanskelig å forstå. Det er ikke så mange lange innleggelses [på somatikk], men likevel. (ansatt, helseinstitusjon)

En ansatt ved en psykiatrisk sykehusavdeling forteller om hvilke signaler avkortingsreglene gir til pasientene:

Det er egentlig sånn at man bare må møte det, støtte [pasientene] på at dette er et urettferdig system. Mange av pasientene er obs på dette, noen legger vekt på det – hvordan er det sånn her og ikke i somatikken. Det er veldig belastende å få en psykisk sinnslidelse og så i tillegg får du ikke anerkjennelse fra samfunnet på at det er en sykdom på lik linje med en annen sykdom. Kanskje man hadde trengt akkurat det. I stedet blir de litt straffet. Det var mitt hjertesukk. (Ansatt, psykiatrisk sykehusavdeling)

I intervjuene med helseorganisasjoner pekes det også på at forståelsen av behandling innen psykiatri og rus fortsatt preges av utdaterte holdninger, hvor det ikke tas tilstrekkelig hensyn til at disse pasientene trenger å trene på hverdagsliv og sosial deltakelse, noe som kan hindres av avkortingsreglene. En representant for en brukerorganisasjon på psykiatrifeltet mener at forskjellene i reglene for pasienter ved somatiske sykehus og psykiatriske institusjoner også er i strid med diskriminerings- og menneskerettighetslovgivningen.

## 6.6.2 Forskjeller mellom ytelser

Informanter ved flere rusbehandlingsinstitusjoner og psykiatriske institusjoner beskriver et bilde der pasienter ved samme institusjon, men med ulike Nav-ytelser, får svært ulike nivåer av avkorting i ytelsen. De peker særlig på at uføretrygdede kommer klart dårligst ut: De får større avkorting, har større problemer med å dekke boutgifter, og henvises oftere til sosialhjelp, selv om de mottar en varig ytelse. Vi får også inntrykk av at pasienter med uføretrygd opplever det som vanskeligere å få redusert avkorting på grunn av faste boutgifter, og at de oftere – og mer detaljert – må dokumentere sine boutgifter, sammenliknet med pasienter med andre ytelser.

Avkorting av AAP og sykepengene framstår på den andre siden som mer håndterbar. Navs praksis knyttet til unntak fra avkorting av disse ytelsene på grunn av boligutgifter virker også mer fleksibel og mindre streng.

Ulikhetene i både regelverk og praksis mellom ulike ytelser skaper store forskjeller mellom pasienter ved samme institusjon, som kan oppleves svært urettferdig for pasientene.

## 6.6.3 Ulik praksis ved Nav-kontor

Informantene ved noen helseinstitusjoner og enkelte representanter for brukerorganisasjoner rapporterer også om forskjeller i hvordan innmeldingen av innleggelse i helseinstitusjon praktiseres mellom ulike Nav-kontor og Nav-veiledere, som nevnt i kapittel 5.1.3. En representant for en bruker- og pårørendeorganisasjon på rusfeltet har erfart at enkelte pasienter beholder full ytelse fordi deres NAV-veileder unnlater å melde fra om innleggelsen til Nav sentralt. Dette fører til ulik behandling av like tilfeller:

Av og til gir [Nav-veilederen] ikke beskjed videre til sentralt nivå om innleggelse. De står i en skvis, sender jeg melding videre, så får det konsekvenser for Per, han har det ganske bra. (Representant for en bruker- og pårørendeorganisasjon, rusfeltet)

Informanten mener også at dette kan gi ulike utslag for pasienter med ulike ytelser, fordi noen brukergrupper har en tettere relasjon til sin Nav-veileder enn andre. Noen informanter ved helseinstitusjoner deler også dette synspunktet.

Informanter ved institusjonene forteller også at innvilgelse av støtte til utgifter til treningsklær og aktiviteter virker å variere mellom Nav-kontor. En ansatt ved en rusbehandlingsinstitusjon sier:

Det er en utfordring at vi ikke finner noen rød tråd. Du får ett svar fra én kommune, og et annet svar fra en annen kommune. Pasientene snakker sammen og kjenner på urettferdighet. (Ansatt ved rusbehandlingsinstitusjon)

#### 6.6.4 Ulik praksis i helseinstitusjonene

To av brukerorganisasjonene vi har intervjuet påpeker at forskjeller i avkorting av ytelser kan henge sammen med hvilken innleggesdato institusjonen registrerer, eller at innleggelse ikke meldes til Nav. Dette kan føre til vilkårlig og ulik behandling av pasientene. Små variasjoner i registrert innleggesdato kan gi store utslag for pasientens ytelse, og vi har fått beskrivelser av ansatte ved behandlingsinstitusjoner som registrerer en annen dato for innleggelse enn den faktiske. Vi har også fått høre om ansatte som unnlater å melde fra om innleggelse for å skjerme pasientene fra økonomiske bekymringer, og slik legge til rette for bedre utbytte av behandlingen. Pasienter som får avkorting opplever dette som urettferdig. En representant for en brukerorganisasjon på psykiatrifeltet sier:

Det er jo utrolig flaks for de pasientene som ikke får den avkortningen. Det er en fordel for de pasientene hvor det glemmes, blir ikke like mange bekymringer for dem. De har større sjans til å få et godt resultat av behandlingen. Og for andre oppleves det utrolig urettferdig, du snakker kanskje med de andre pasientene der, og så har den ene fått avkortning og den andre ikke. (Representant for brukerorganisasjon, psykiatri)

## 7 Drøfting av modeller for avkorting

I dette kapitlet starter vi med en kort prinsipiell drøfting av mål for avkortingssystemet. Deretter bruker vi dette som utgangspunkt for vurdering av dagens system. Vi går så videre til en drøfting av mulige modeller for avkortingsregler og tilhørende rapportering og forvaltning i kapittel 8. Til slutt vurderer vi samfunnsøkonomiske virkninger i kapittel 9.

### 7.1 Målformulering

For å vurdere innretningen av dagens avkortingsregler, må man se reglene opp mot målet som reglene skal oppnå.

Vi har ikke funnet en eksplisitt målformulering for reglene om avkorting, men Prop. 66 L (2013–2014) begrunner reglene med at det ikke er rimelig at en pensjonist skal kunne motta uavkortede ytelser til livsopphold over lang tid samtidig som staten betaler for kost og losji.

Vi mener at formuleringen tilsier at avkorting er begrunnet i rettferdighetshensyn ved at de som får kost og losji i en helseinstitusjon bør få en avkorting slik at de ikke kommer bedre ut enn andre eller enn de ville gjort hvis de ikke var blitt syke/innlagt. «Ikke kommer bedre ut» kan tolkes på flere måter. Ved innleggelse i en statlig helseinstitusjon mottar vedkommende naturalytelser i form av kost og losji, og eventuelt andre goder. Det er ingen egenandel på statlige helseinstitusjoner. I tillegg til at pasienten får kost og losji, har de gjerne mer begrensede muligheter for livsutfoldelse, for eksempel til å reise, bruke serveringssteder, mv. Dette tilsier at pasienter har lavere forbruk enn de ellers ville hatt – og ikke bare fordi de får naturytelser.<sup>4</sup> Proposisjonens begrunnelse knytter avkorting til innsparing som følge av mottak av naturalytelser, ikke til redusert forbruk som følge av at forbruksmulighetene reduseres.

I hovedsak har vi forholdt oss til begrunnelsen i proposisjonen og har lagt denne til grunn som målbilde ved drøfting av avkortingsreglene.

Vi stiller imidlertid spørsmål ved hvorfor den økonomiske belastningen som avkorting innebærer kun skal gjelde mottakere av ytelser fra folketrygden og ikke personer som utelukkende har andre inntektskilder. Vi anbefaler derfor en revurdering av målet, slik at det ikke bare er mottakere av ytelser fra folketrygden som må dekke deler av kostnadene knyttet til naturytelser som medfører redusert utgiftsbehov for pasientene.

### 7.2 Enkelte prinsipielle, juridiske og etiske spørsmål

I oppdragsbeskrivelsen fra AID var det krav om at prosjektet skulle inkludere drøfting av en del spesifiserte spørsmål. Avsnittene 7.2.1-7.2.4 omhandler disse spørsmålene. Avsnittene 7.2.5-7.2.11 svarer ut disse spørsmålene. I tillegg har vi i arbeidet med prosjektet kommet over prinsipielle synspunkter knyttet til avkortingssystemet. I utformingen av alternative modeller for avkorting, har vi kommet over andre spørsmål som ikke bare er omhandler en avveining mellom fordeler og ulemper, men som er knyttet til annet lovverk eller til spørsmål om rettferdighet.

---

<sup>4</sup> For en del pasienter – særlig i behandling for psykiske lidelser eller rusavhengighet – er deltagelse i aktiviteter utenfor institusjonen en del av behandlingen. Slike aktiviteter medfører ofte utgifter som en del av pasientene må dekke selv, jf. avsnitt 5.3.

### 7.2.1 Samme avkortingsbeløp for alle?

Avkorting skal reflektere verdien av naturlytelser. Hvis alle får samme naturlytelser, taler dette for at avkortingsbeløpet også bør være likt for alle. Men målet med ordningen er at avkorting skal reflektere innsparingen som den enkelte har. Ettersom det er individuell variasjon i utgifter til blant annet mat, drikke og bolig bør dermed avkorting differensieres mellom individene. Vi ser ikke praktiske muligheter til å basere avkorting på det enkelte individs faktiske, tidligere utgifter. Avkorting må derfor baseres på en form for sjablong – enten et fast beløp eller et beløp som reflekterer individets inntekt og familiesituasjon.

Bruk av sjablong vil kunne gjøre at enkelte får en avkorting som overstiger det hen faktisk ville brukt på mat, drikke og eventuelt bolig. Vi mener dette er prinsipielt uheldig, og mer uheldig enn at avkorting i noen tilfeller blir for lav for personer med høyt forbruk. Vi mener dette taler for at man bør sette avkortingsbeløpet relativt lavt, for eksempel lavere enn gjennomsnittlig forbruk på goder som dekkes av naturytelsene. Dersom avkorting ikke differensieres etter husholdningens inntektsnivå og sammensetning, bør den etter vårt syn bygge på forbruket i husholdninger med lavt inntektsnivå og med flere enn én voksen.

Det er en viss variasjon i hva pasientene får av ytelser, utover kost og losji. Man kan tenke seg at avkorting tar hensyn til hva pasientene får dekket og hvilke utgifter pasientene har i tilknytning til hjemreiser og aktiviteter som er en del av behandlingen. Det er trolig ganske få pasienter som får andre goder av vesentlig verdi, og vi mener det neppe kan være hensiktsmessig å lage systemer og et forvaltningsregime for å ta hensyn til disse forholdene. Kanskje er det mer effektivt å lage retningslinjer for hva pasientene og institusjonene skal dekke av utgifter til aktiviteter og hjemreiser.

### 7.2.2 Forskjeller mellom ytelsene

Vi har ikke sett noen begrunnelse for at omfanget av avkorting skal variere mellom ytelsene og vi kan heller ikke se noen grunner til differensiering på dette grunnlaget. Forskjellsbehandlingen harmonerer heller ikke med målet for avkortingsssystemet.

Formålet med avkortingsssystemet tilsier at avkorting bør bygge på hvilken innsparing pasientene har under innleggelse. Dette begrunner ikke en forskjellsbehandling basert på hvilken ytelse pasientene har. Det kan være grunner til å skjerme enkelte mottakere som er del av en husholdning med særlig svak økonomi, men heller ikke dette tilsier type ytelse skal ligge til grunn for forskjellsbehandling.

Det er også forskjeller mellom ytelsene i hvordan forsørgelsesbyrde og «faste nødvendige utgifter» påvirker avkorting. Vi kan ikke se noen grunner til at disse forholdene bør ha ulik betydning avhengig av hvilken ytelse personen har. Betydningen av forsørgelsesbyrde og faste utgifter bør være lik for alle ytelser.

### 7.2.3 Tre måneders varighet

Vi mener at pasientenes besparelse knyttet til mat og drikke kan antas å realiseres nærmest umiddelbart etter innleggelse. Når avkorting starter først etter tre måneder – også for matutgifter – må dette begrunnes i andre hensyn enn rettferdighet. En mulig begrunnelse kan være at det blir kostbart å forvalte et system for avkorting også ved kortvarige innleggelser.

Når det gjelder boutgifter, virker det rimelig at det vil kunne ta en del tid å oppnå innsparing gjennom utleie av boligen. Det er vanskelig å si hva som er rimelig tid og dermed hvor lang karenstid man eventuelt bør ha for avkorting begrunnet i gratis losji. Hvis man skal innrette avkorting mot å kompensere for («inndra») besparelser til bolig, kan et alternativ være å kreve at pasientene rapporterer når besparelsen realiseres, slik at avkorting kan starte.

## 7.2.4 Unntak for somatiske institusjoner

Forskjellsbehandlingen av pasienter som oppholder seg i psykiatriske institusjoner eller rusinstitusjoner og pasienter som oppholder seg på somatisk sykehus har vært kritisert ved en rekke anledninger. Den 10. juni 2021 traff Stortinget følgende vedtak i forbindelse med behandlingen av Innst. 528 S (2020-2021):

«Stortinget ber regjeringen utrede endringer i folketrygdlovens regler om reduksjon av ytelser under opphold i institusjon, herunder forskjellen mellom innlagte i somatiske og psykiatriske institusjoner, og komme tilbake til Stortinget med forslag til endringer som sikrer likebehandling av pasientgrupper.»

Departementet vurderte spørsmålet, men så det ikke som hensiktsmessig å oppheve unntaket fra reduksjon i uføretrygd og pensjoner ved opphold på somatiske sykehus. Bakgrunnen var at antallet opphold i somatiske sykehusavdelinger som varer i over fire måneder er så lavt at de administrative kostnadene knyttet til en lovendring vil være høye i forhold til det lille potensialet for besparelser.

Selv om vi mener at det er prinsipielt riktig å likebehandle ulike deler av helsesektoren, kan forskjellsbehandling likevel forsvares ut fra avveining mellom fordeler og ulemper. Hvis man viderefører en tre måneders karenstid før avkorting slår inn, kan det være hensiktsmessig å videreføre unntaket for somatiske institusjoner.

## 7.2.5 Betaling for helsehjelp

Alle i Norge har rett til helsehjelp. For mange av de offentlige helsetjenestene betaler man en egenandel. Begrunnelsen for egenbetaling er formulert bl.a. i Stortingets innstilling om sammenslåing av egenandelstak: <sup>5</sup>

Folketrygdloven åpner for at brukere kan pålegges å betale egenandel for helsetjenester. Egenbetaling bidrar til å redusere de offentlige utgiftene og frigjør ressurser til andre prioriterte oppgaver.

Omfattende egenbetaling vil kunne føre til at personer med behov for helsehjelp unnlater å ta imot hjelp. Derfor er satsene for egenbetaling ganske moderate for rettighetsbaserte helsetjenester, og det er satt tak på samlet egenbetaling per år.

Naturytelser (utenom den faktiske behandlingen) ved innleggelse kan tolkes som en del av helsetjenesten eller som noe som kommer i tillegg. Man kan argumentere for at en eventuell egenbetaling for naturlytelsene ikke er en egenbetaling for helsehjelpen og at betalingen kan holdes utenfor egenandelstak. Reglene for egenandel ved korttidsopphold på kommunale institusjoner kan bygge på en slik tolkning (jf. avsnitt 7.3.5). Men man kan også tolke kost og losji som en nødvendig del av behandlingen, slik at avkortingsbeløpene skal regnes som egenandel og inkluderes i grunnlaget for frikort.

## 7.2.6 Inntektsgrunnlag

Man kan som nevnt se avkorting som en betaling for naturlytelselser. Vi mener begrunnelsen for avkorting har en svakhet ved at den bare omtaler personer som mottar ytelser fra folketrygden og denne delen av pasientenes inntekter. Vi kan ikke se noen etisk begrunnelse for hvorfor det kun er mottakerne av velferdsytelser som bør «betale for» naturlytelselser når

---

<sup>5</sup> Innst. 129 L (2020–2021) fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i folketrygdloven (sammenslåing av egenandelstak 1 og 2)

de er innlagt eller hvorfor «betalingen» kun skal baseres på inntektssikring fra folketrygden og ikke andre inntekter, herunder tjenestepensjoner eller nærings- og kapitalinntekter.

### 7.2.7 Personvern

Avkorting av ytelse fra folketrygden ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten krever at informasjon om ytelsen og innleggelsen kobles. Nav må få informasjon om relevante innleggelser. I dag skal Nav få informasjon om alle innleggelser ved relevante institusjoner, uavhengig av oppholdenes varighet og om pasienten har en ytelse fra folketrygden. Ett av prinsippene for behandling av personopplysninger (pkt. 1c i artikkel 5 i personopplysningsloven) sier at personopplysninger som «behandles» skal være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålene de behandles for («dataminimering»).

Dagens forvaltning innebærer at Nav får informasjon om mange innleggelser som ikke gir grunnlag for avkorting.

Behandling av personopplysninger er lovlig hvis den oppfyller minst ett av vilkårene i artikkel 6, §1. Vi oppfatter at Navs behandling er forankret i pkt. e:

behandlingen er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse eller utøve offentlig myndighet som den behandlingsansvarlige er pålagt

Vi mener man kan stille spørsmål ved om det er *nødvendig* at Nav får informasjon om mange innleggelser som entydig ikke gir grunnlag for avkorting. Hvis man kan etablere et forvaltningssystem som begrenser Navs tilgang til personopplysninger, uten å hindre Navs *utøvelse av offentlig myndighet*, kan en slik løsning forsvares selv om den skulle gi merkostnader eller andre ulemper sammenlignet med dagens system. Man må da begrunne eventuelle merkostnader med fordeler i form av redusert personvernrisiko.

### 7.2.8 Innleggelse på tvang

Iblant annet avsnitt 6.4.5 trakk vi fram synspunkter fra informanter som mener at personer som er tvangsinnlagt i psykiatriske institusjoner kan rammes særlig hardt og til dels urimelig ved dagens avkortingsregler. Vi tar ikke stilling til dette, men vil peke på muligheter for å unnta pasienter som er tvangsinnlagt fra avkorting eller egenbetaling.

### 7.2.9 Samtykkekompetanse

I blant annet avsnitt 5.1.3 gjenga vi også synspunkter fra ansatte ved helseinstitusjoner knyttet til innmelding av innleggelser og avkorting for pasienter som ikke har samtykkekompetanse. Synspunktene må ses i sammenheng med at en del ansatte vurderer at innleggelser ikke bør meldes til Nav før pasienten har samtykket til det.

Vi vil peke på at regelverket for egenandeler i kommunale institusjoner ikke har særlige bestemmelser knyttet til pasienter uten samtykkekompetanse, men tar ellers ikke stilling til om det er behov for slike unntak.

### 7.2.10 Hvordan beregne eventuell innsparing i boutgifter?

Dagens regler for beregning av «nødvendige, faste utgifter» knyttet til bolig kan sies å sikte mot pasientens likviditetsbehov, dvs. å sikre at pasienten skal kunne dekke sine løpende forpliktelser til strøm, forsikring, kommunale avgifter, husleie (også i sameier/borettslag) samt renter og avdrag (jf. avsnitt 4.1.3). En viktig del av bo-kostnader er knyttet til bindingen av kapital: Den som eier en bolig kunne fått en løpende avkastning på kapitalen hvis den var plassert i finansielle aktiva. Videre må avdrag på lån anses som sparing og ikke som en kostnad. Ut fra en tanke om at avkorting ikke skal gjøre det vanskelig for mottakeren/pasienten å holde på boligen under innleggelsen, er det mest treffsikkert å lage

regler som reflekterer likviditetsbehovet, slik dagens regler gjør. Men dette gjør at leietakere normalt vil komme bedre ut enn selveiere: Mens hele leietakernes boutgifter (husleien) tas i betraktning, tas det ikke hensyn til selveierens bokostnad i form av bortfall av avkastingen på kapital som er bundet i boligen.

Hvis man skal ta hensyn til bokostnader ved utmåling av avkorting, mener vi det er mest hensiktsmessig å ta hensyn til likviditetsbehovet – slik dagens regler gjør – og ikke langsiktige bo-kostnader. Dette vil være mest treffsikkert ut fra et mål om at pasienten skal klare å holde på boligen under innleggelsen.

### 7.2.11 Forholdet til helseregisterloven og regjeringens digitaliseringsstrategi

Som nevnt over framstår dagens innrapportering som mangelfull, relativt ressurskrevende, og helseforetakene og ansatte mener systemet skaper etiske dilemmaer. Rent teknisk, kan datadeling mellom helsesektoren og Nav fjerne disse ulempene og redusere risiko knyttet til personvern.

I regjeringens digitaliseringsstrategi framheves datadeling – data registreres bare én gang og deles automatisk med andre som har legitime behov og skal ha tilgang – som et innsatsområde.<sup>6</sup> Vi mener dagens forvaltning ikke er i samsvar med digitaliseringsstrategien og har derfor også vurdert om automatisert datadeling mellom helsesektoren og Nav kan bidra både til mer presis avkorting og reduserte kostnader.

En løsning for datadeling vil innebære at Nav mottar data bare hvis vilkårene for avkorting er oppfylt. I løsningen for datafangst vil en kunne bygge inn «filtre» som gjør at Nav kun mottar informasjon om innleggelser med relevant varighet og i relevant institusjon. Kilden til datafangst kunne vært Norsk pasientregister (NPR) eller registre/fagsystemer i hver av de aktuelle institusjonene.

Det er to hindre for bruk av NPR som kilde:

- NPR har ikke helt oppdaterte data for alle institusjonene
- Regler for helseregistre åpner ikke for bruk av data fra NPR til dette formålet

I §1-3 i Norsk pasientregisterforskriften heter det at

Opplysninger skal ikke brukes som grunnlag for enkeltvedtak eller andre individuelle beslutninger eller tiltak rettet mot de registrerte.

Slik vi leser helseregisterloven som gir hjemmel for forskriften, vil datadeling med sikte på avkorting av ytelser være i strid med lovens begrensninger i bruk av data fra helseregistre. Men vi gjør oppmerksom på at vi ikke har kompetanse til juridiske vurderinger, og tar forbehold om vår vurdering er korrekt.

## 7.3 Vurdering av dagens regler for utmåling

Det er en del av oppdraget å vurdere hva som er hensiktsmessig nivå på ytelser til livsopphold ved opphold på helseinstitusjoner med fri kost og losji, og fra hvilket tidspunkt ytelsene bør reduseres. Videre skal vi vurdere satsene, terskelverdier og unntaksbestemmelsene. I de politiske dokumentene om avkorting, er ordningen begrunnet i

---

<sup>6</sup> Digitaliseringsstrategien for offentlig sektor 2019–2025

fordelene pasienten får i form av naturalytelser. Vi mener derfor at avkortingen bør knyttes opp mot det pasienten kan antas å spare som følge av at hen får naturalytelser.

Som vi skal vise i avsnitt 7.3.1, gir dagens regler betydelige forskjeller i omfanget av avkortning, avhengig av hvilken ytelse pasienten har. Videre kan vi ikke se at utmåling av avkortning er knyttet opp mot beregnet innsparing som følge av fri kost og losji.

### 7.3.1 Simulering av avkortning

For å vise konsekvensene av dagens regler og forskjellene mellom avkortingsreglene for de ulike ytelsene, har vi laget noen eksempler.

Vi har først etablert forutsetninger om ytelsenes nivå. For de fleste ytelsene har vi laget to alternative inntekts-/ytelsesnivåer. Nivået på ytelsene bygger på at de fleste har ytelse som gir en viss kompensasjon for tidligere arbeidsinntekt.

Ett utgangspunkt er SSBs lønnsstatistikk. Den viser blant annet alle lønsmottakeres lønnsnivå fordelt på desiler. De 10 prosent av lønsmottakerne med lavest inntekt er i desil 1, de neste 10 prosent i desil 2, osv. Lønn er her definert ved årslønnsekvivalenter, dvs. lønnsnivået arbeidstakerne ville hatt hvis de hadde arbeidet fulltid og hele året.

Vi har brukt denne statistikken til å definere to ulike nivåer på ytelsene. «Lav» tar utgangspunkt i desil 1, mens «høy» bygger på desil 6, dvs. et nivå litt over medianen. I 2024 var gjennomsnittlig årslønn i desil 1 kr 375 500 (=«lav») og kr 665 000 i desil 6 (=«høy»). «Høy» ligger om lag på median lønnsnivå, men er samtidig nær taket for inntekt som regnes med i grunnlaget for ytelser fra folketrygden (6G=733 000 i 2024).

For å finne nivået på Nav-ytelsene (utenom alders-, etterlatte- og barnepensjon) har vi brukt reglene for utmåling av ytelsene og beregnet «lav» og «høy» ytelse på basis av de to forutsetningene om lønnsnivå.

Reglene for alders-, etterlatte- og barnepensjon bygger ikke bare på forutsetninger om lønnsnivået i en avgrenset periode, men på inntektsutviklingen over en lang periode. Vi har brukt en forenklet forutsetning om nivået på disse ytelsene (jf. Tabell 7-1).

- Alderspensjon: For «lav» ytelse har vi forutsatt en kompensasjonsgrad på 66 prosent av lønnsnivået, tilsvarende om lag kompensasjonsgraden i ytelsesbaserte pensjonsordninger for arbeidstakere med full opptjening. For «høy» ytelse har vi brukt gjennomsnittlig samlet pensjonsinntekt for alderspensjonister.<sup>7</sup>
- Etterlatte: Utmåling av ytelsen bygger på flere ulike typer forutsetning. Vi har bare brukt gjennomsnittlig utbetaling per mottaker.<sup>8</sup>
- Barnepensjon: Helt tilsvarende som for etterlatte

Satsene for «lav» for AAP og Uføretrygd er minstesatsene i 2024 for henholdsvis mottakere over 24 år og enslige.

Basert på forutsetningene om nivået på ytelsene, har vi beregnet avkortning. Beregningen bygger på en forutsetning om at personen verken har forsørgelsesbyrde eller faste, nødvendige utgifter. Resultatene er vist i Tabell 7-2. Avkortingsbeløpene viser helårseffekt, altså avkortning hvis pasienten hadde vært innlagt tre måneder året før og var innlagt hele 2024. Avkortingen er også beregnet i prosent av ytelsen, og denne andelen gjelder også ved kortere innleggelse (fra og med fjerde måned).

---

<sup>7</sup> SSB tabell 13280: Inntektsregnskap for alderspensjonister

<sup>8</sup> Jf. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/pensjon-statistikk/ytelser-til-gjenlevende>

Tabell 7-1: Forutsetninger om lønn og ytelser brukt i simulering av avkorting. Kroner

| Størrelse                           | Lav     | Høy     |
|-------------------------------------|---------|---------|
| Årslønn 2024                        | 375 511 | 665 093 |
| AAP                                 | 265 657 | 438 961 |
| Uføretrygd                          | 307 590 | 438 961 |
| Sykepenger                          | 375 511 | 665 093 |
| Alderspensjon                       | 247 837 | 397 567 |
| Etterlatte                          | -       | 126 215 |
| Barnepensjon, mistet en forelder    | -       | 42 725  |
| Barnepensjon, mistet begge foreldre | -       | 214 567 |

Avkorting varierer sterkt med hvilken ytelse pasienten har (jf. Tabell 7-2). En person med en folketrygdytelse og tidligere lav inntekt vil få ytelsen redusert med nær 253 000 kroner per år hvis vedkommende har uføretrygd, men 132 000 kroner hvis hen har AAP. Ytelsen etter avkorting vil være henholdsvis 55 000 og vel 132 000 kroner. Det er svært få som er innlagt så lenge at de får avkorting i et helt år, og disse tallene er derfor bare egnet til å illustrere nivået på avkorting og restinntekten.

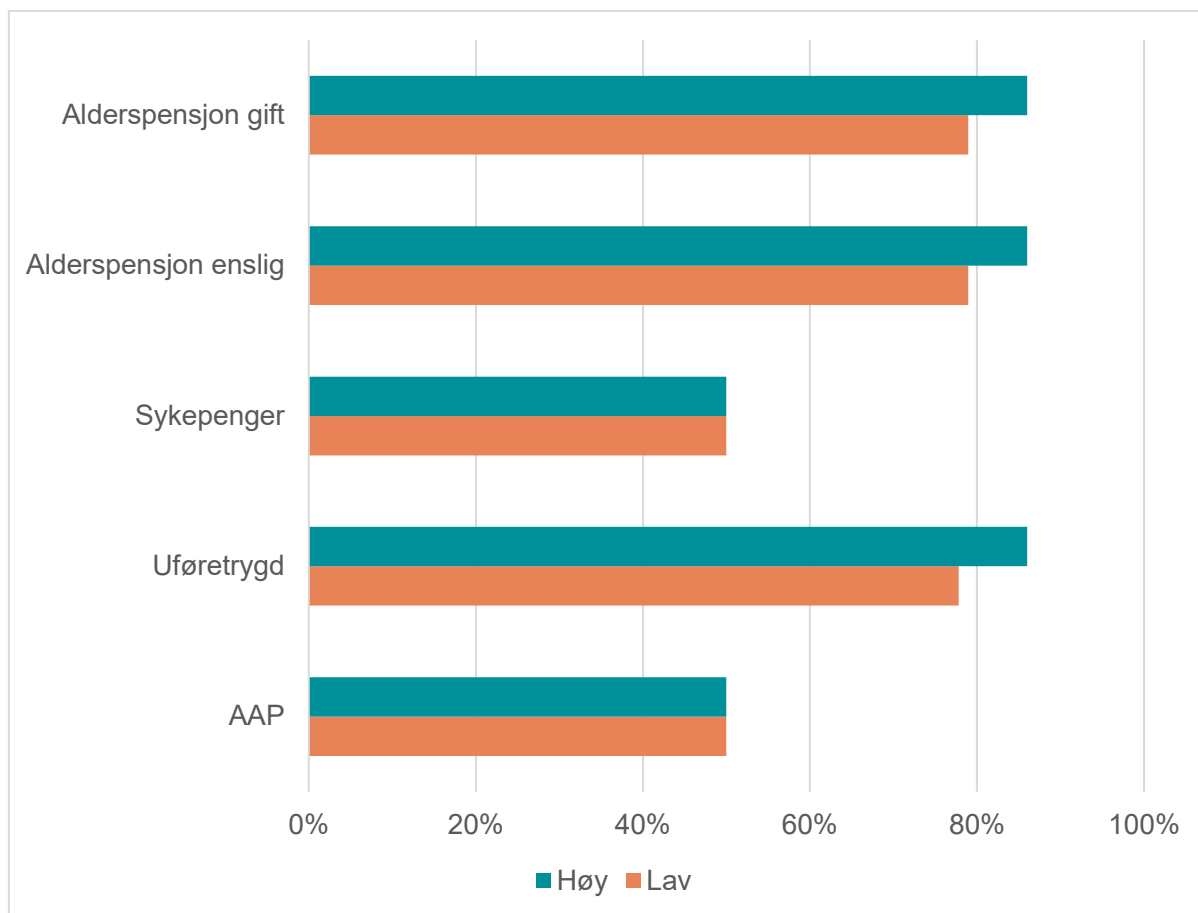
For en med «høy» inntekt vil avkorting bli nær 378 000 kroner hvis hen har uføretrygd og vel 220 000 kroner med AAP. Ytelsen etter avkorting blir henholdsvis vel 61 000 og 219 000 kroner.

Tabell 7-2: Avkorting basert på forutsetningene i Tabell 7-1 og ingen justering for nødvendige utgifter eller forsørgelsesbyrde

|   |       | AAP     | Uføretrygd | Sykepengar | Alderspensjon<br>enslig                   | Alderspensjon<br>gift                     | Etterlatte | Barnepensjon -<br>mistet en forelder | Barnepensjon -<br>mistet begge |
|---|-------|---------|------------|------------|---|---|------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Hovedregel, avkorting                       |       | 50 %    | 86 %       | 50 %       | 86 %                                      | 86 %                                      | -          | -                                    | -                              |
| Begrensning; ytelsen skal<br>utgjøre minst: | Regel | -       | > 45% av G | >50% av G  | >22,5% av<br>minste pensjon,<br>høy stats | >22,5% av<br>minste pensjon,<br>høy stats | >45% av G  | 10% av G                             | 45% av G                       |
| Ytelsen før avkorting                       | Lav   | 265 657 | 307 590    | 375 511    | 247 837                                   | 247 837                                   | -          | -                                    | -                              |
|   | Høy   | 438 961 | 438 961    | 665 093    | 397 567                                   | 397 567                                   | 126 215    | 42 725                               | 214 567                        |
| Gulv  |       |         | 55 001     | 61 113     | 52 115                                    | 52 115                                    | 55 001     |                                      |                                |
| Avkorting                                   | Lav   | 132 829 | 252 589    | 187 755    | 195 722                                   | 195 722                                   |            |                                      |                                |
|   | Høy   | 219 481 | 377 507    | 332 547    | 341 908                                   | 341 908                                   | 71 213     | 30 503                               | 159 565                        |
| Rest  | Lav   | 132 829 | 55 001     | 187 755    | 52 115                                    | 52 115                                    |            |                                      |                                |
|   | Høy   | 219 481 | 61 455     | 332 547    | 55 659                                    | 55 659                                    | 55 001     | 12 223                               | 55 001                         |
| Avkorting (%)                               | Lav   | 50 %    | 82 %       | 50 %       | 79 %                                      | 79 %                                      |            |                                      |                                |
|   | Høy   | 50 %    | 86 %       | 50 %       | 86 %                                      | 86 %                                      | 56 %       | 71 %                                 | 74 %                           |

Andelen av ytelsene som avkortes er illustrert i Figur 7-1. Den viser at med våre forutsetninger, blir avkortingen svært omfattende, men likeartet for alderspensjonister og uføretrygdede. Avkortingen blir mindre for sykmeldte og AAP-mottakere.

Figur 7-1: Simulering av avkortning av de ulike ytelsene for alternativer med lavt og middels opptjeningsgrunnlag. Prosent av ytelsen.



### 7.3.2 Verdien av fri kost og losji

Avkortingen er som nevnt begrunnet i at pasienter får naturalytelser mens de er innlagt. Som vi har redegjort for i avsnitt 5.2, får de fleste pasientene ikke annet enn kost og losji. Vi mener derfor at omfanget av avkortning bør holdes opp mot reduksjonen i pasientenes utgifter til bolig og mat og drikke.

SSB lager statistikk om husholdningenes forbruk, fordelt på utgiftsområder, husholdningstyper og inntektsnivåer. Statistikken kan belyse hvor mye en pasient kan antas å spare hvis behandlingsinstitusjonen dekker kost og losji, gitt at disse utgiftene faller bort i perioden vedkommende er innlagt.

Utgifter per person til mat og bolig avhenger både av husholdningens størrelse og sammensetning, samt husholdningens inntektsnivå. Tabell 7-3 illustrerer dette. Gjennomsnittlige utgifter til mat for en aleneboende varierer fra 34 000 til 49 000 kroner per år, avhengig av inntektsnivået.

De to kolonnene til høyre illustrerer «marginale» effekter av utvidelse av husholdet med én voksen. Differansen for matutgiftene for henholdsvis et par og en enslig i den laveste inntektskvartilen er lik 23 000 kroner. Innsparingen i matutgifter ved en innleggelse vil derfor være mindre for en person som lever i et parforhold (23 000 kroner) enn for en aleneboende (34 000 kroner).

Den publiserte statistikken fra SSB skiller bare mellom par med barn/ikke barn og ikke mellom husholdninger med ulikt antall barn. Matutgiftene til barn er høyere enn til voksne, men dette kan forklares med at «barn» her kan være flere enn ett.

Tabell 7-3: Utgifter til «Mat og alkoholfrie drikkevarer» og «Bolig, elektrisitet og brensel» for husholdningsgrupper definert ved sammensetning og inntektsnivå. Avrundet til tusen kroner. Forbrukstall for 2022, omregnet til 2024.priser

|                    | Marginal virkning av: |         |             |         |               |         |              |         |                   |        |
|--------------------|-----------------------|---------|-------------|---------|---------------|---------|--------------|---------|-------------------|--------|
|                    | Alle husholdninger    |         | Aleneboende |         | Par uten barn |         | Par med barn |         | Samboer/ektefelle |        |
|                    | Mat                   | Bolig   | Mat         | Bolig   | Mat           | Bolig   | Mat          | Bolig   | Mat               | Bolig  |
| Alle husholdninger | 76 000                | 204 000 | 46 000      | 168 000 | 83 000        | 219 000 | 121 000      | 247 000 | 37 000            | 51 000 |
| 1.inntektskvartil  | 44 000                | 158 000 | 39 000      | 145 000 | 66 000        | 176 000 | 98 000       | 208 000 | 27 000            | 31 000 |
| 2. inntektskvartil | 58 000                | 182 000 | 48 000      | 162 000 | 81 000        | 203 000 | 118 000      | 227 000 | 33 000            | 42 000 |
| 3.inntektskvartil  | 86 000                | 214 000 | 46 000      | 174 000 | 85 000        | 224 000 | 125 000      | 249 000 | 40 000            | 50 000 |
| 4. inntektskvartil | 118 000               | 268 000 | 56 000      | 203 000 | 100 000       | 267 000 | 138 000      | 299 000 | 43 000            | 64 000 |

Kilde: SSB, tabell 14157: Utgift per husholdning per år, etter inntektskvartil, statistikkvariabel, år, husholdningstype og vare- og tjenestegruppe

### 7.3.3 Også avkorting for losji?

Vi mener det kan stilles spørsmål ved om det er mange pasienter som vil kunne redusere sine boutgifter i vesentlig grad mens de er innlagt. Nedenfor drøfter vi dette.

I vurdering av hvem som får en reell nedgang i netto boutgifter (utgifter fratrukket inntekter på boligen), kan man skille mellom de som ikke har fast bolig og de som har.

De som ikke har bolig har ikke boutgifter, og de får dermed heller ikke noen reduksjon i boutgifter når de blir innlagt.

De som har bolig, kan deles inn i

- De som bor gratis (herunder vernepliktige og personer som har hel eller delvis forsørgelse fra private)
- De som leier
- De som eier

De som bor gratis, får ingen reduksjon i boutgifter hvis de blir innlagt.

De som leier, kan i teorien si opp leieforholdet fordi de er innlagt og dermed redusere sine utgifter, men vil i så fall kunne ha behov for å sikre at de har en annen bolig tilgjengelig når de blir utskrevet. Vi kan se situasjoner der dette kan være en mulighet, for eksempel innlagte som har tilgang til annen bolig hos foreldre eller andre når de blir utskrevet. Videre kan personer med uformelle leieforhold (for eksempel bofellesskap eller de som betaler for å bo hos foreldre eller annen familie) kunne si opp leieforholdet med kort frist. De som har en ordinær husleiekontrakt, vil vanligvis ha en oppsigelsestid på tre måneder.<sup>9</sup>

De som eier, kan selge boligen, men dette framstår som komplisert, tar lang tid og er kostbart, og vi antar at dette sjelden vil skje.

De som leier eller eier boligen, kan leie ut boligen, gjerne i form av kortidsutleie (jf. «delingsøkonomi»).

Trolig vil de som bor sammen med andre i parforhold, ha særlige problemer med å redusere husholdningens samlede boutgifter som følge av at den ene er innlagt.

Det er en del kontroll- og insentivproblemer knyttet til å avkorte trygdeytelser basert på faktisk innsparing i boutgifter under institusjonsopphold. Hvis avkorting settes lik innsparingen, forsvinner insentivet til å redusere boutgiftene. En ordning med delvis avkorting vil bevare noe av insentivet.

Vi har argumentert for at en eventuell innsparing vil være knyttet til uformelle leieforhold innenfor familien, vennekrets, mv. eller i form av kortidsutleie. I mange av disse tilfellene, vil det være vanskelig å kontrollere at pasienten har gitt korrekte opplysninger. Unntaket er kortidsutleie via plattformer som Airbnb, hvor leieinntekter automatisk rapporteres til skattemyndighetene. Det kan etableres deling av slike data med Nav.

I våre forslag til alternative avkortingsregler, har vi foreslått at avkortingen ikke sikter mot å reflektere verdien av innsparing knyttet til bolig.

Boutgifter utgjør typisk to til tre ganger utgiftene til mat, men varierer mer mellom ulike husholdninger, både ut fra inntekt og andre forhold – herunder geografi. I de tilfellene

---

<sup>9</sup> Minimum oppsigelsestid i hht husleieloven §9-3, men med unntak bl.a. for leieforhold der utleier bor i samme hus.

boutgiftene bortfaller under oppholdet, vil gevinsten for pasienten bli betydelig, men vi mener det vil være få slike tilfeller.

I fravær av data som kan belyse hvor mange som kan antas å redusere sine boutgifter mens de er innlagt på helseinstitusjon, har vi ikke laget anslag for konsekvensene av et avkortingsystem som sikter mot å «inndra» pasientens reduksjon i netto boutgifter under innleggelsen. Forutsetningene om tidligere inntekt og nivået på ytelsene er de samme som i 7.3.3.

Nedenfor har vi sammenlignet dagens avkorting opp mot utgifter til kost og losji hos enslige. Hvis vi alternativt hadde brukt halvparten av utgiftene hos par eller utgifter knyttet til én ekstra voksen ville utgiftene blitt lavere. I gjennomsnitt overdriver vi dermed innsparingen ved kost og losji. Grunnen er at mange pasienter vil være en del av et større hushold der innsparing ved at ett husholdningsmedlem er fraværende, er mindre.

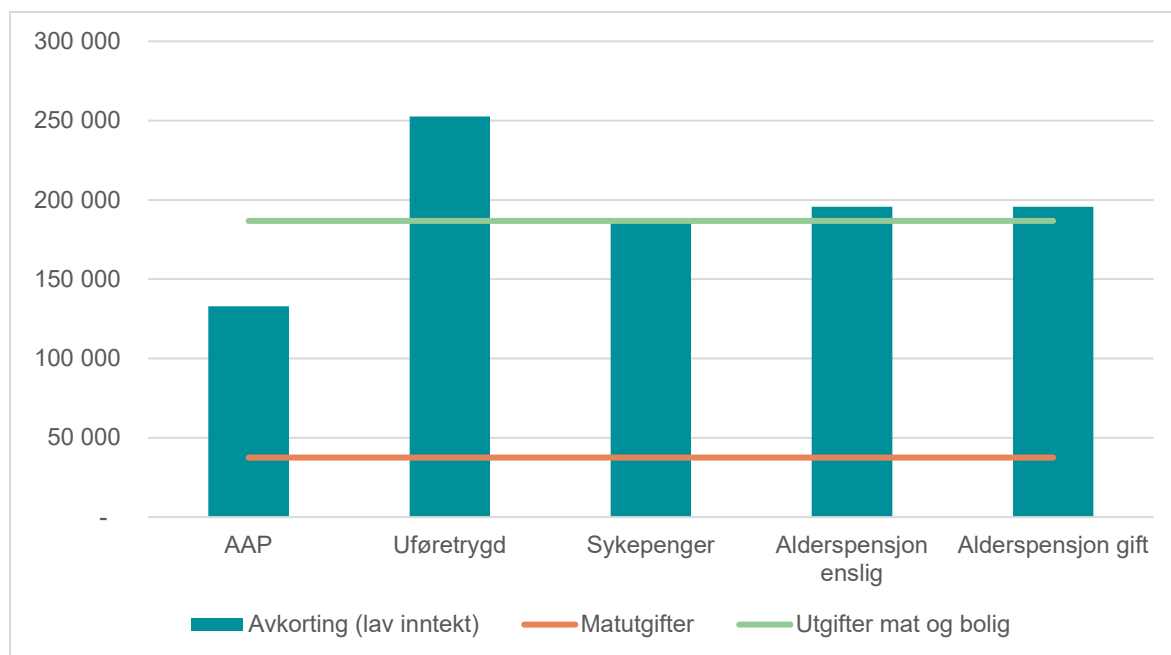
I beregningene av innsparinger fra kost og losji, har vi lagt til grunn SSBs tall for enslige, lavest kvartil for «lav inntekt» og tredje kvartil for «middels inntekt» og vi har brukt relevante prisindekser fra nasjonalregnskapet for å omregne SSBs 2022-tall til 2024-priser.

Søylene i Figur 7-2 viser avkorting av ytelser for personer med lav inntekt etter dagens (hoved-)regler samt utgifter til bare mat og sum av mat og bolig. Figuren viser at avkorting etter dagens hovedregler, langt overstiger utgifter til mat.

Avkorting av sykepenger og alderspensjon samsvarer godt med «vanlige» utgifter til mat og bolig, mens avkorting av AAP er betydelig lavere enn disse utgiftene og avkorting av uføretrygd betydelig høyere.

Vi understreker at utgiftsnivåene i figuren er representative for enslige. Hvis vi istedenfor enslige, hadde brukt marginale effekter av 1 voksen i parforhold med eller uten barn, ville den estimerte innsparing for pasientene blitt betydelig lavere.

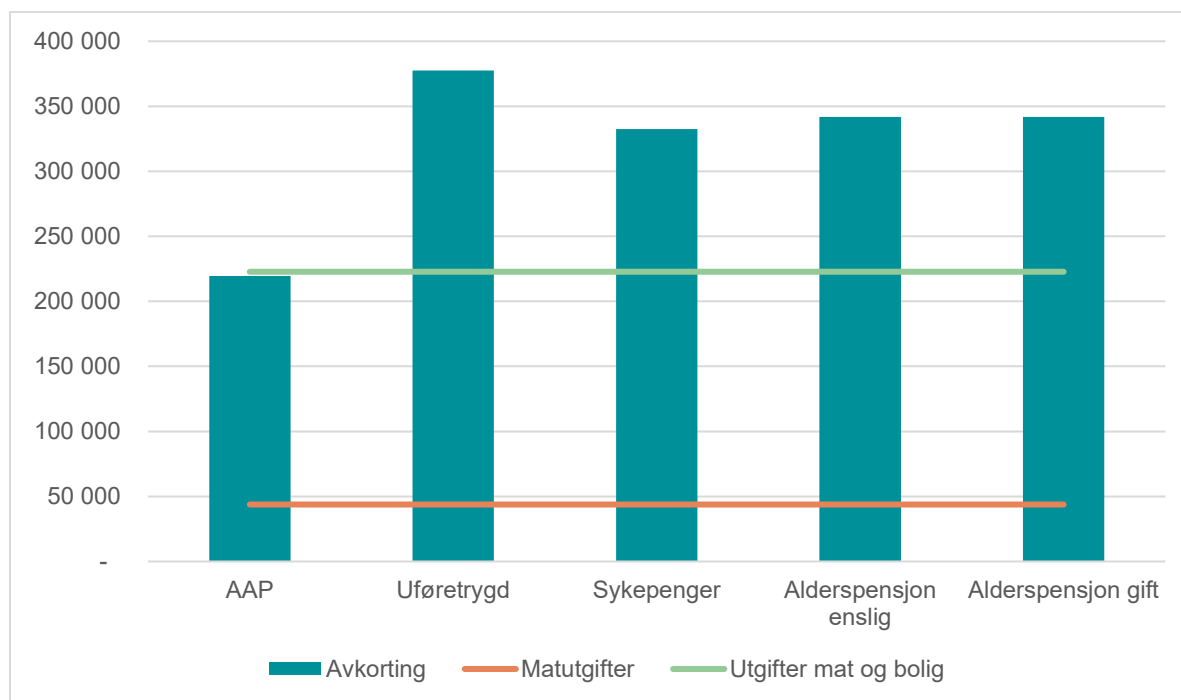
Figur 7-2: Avkorting og utgifter til mat samt sum av mat og bolig per år. Husholdninger med lav inntekt.



Figur 7-3 viser at bildet til dels er ganske annerledes for personer med middels inntekter enn for personer med lave inntekter. Det som er felles, er at avkorting langt overstiger utgifter

til mat. Det som er forskjellig, er at avkortingen overstiger sum utgifter til mat og bolig for alle ytelser bortsett fra AAP. For AAP er avkortning på nivå med utgifter til mat og bolig.

Figur 7-3: Avkorting og utgifter til mat samt sum av mat og bolig per år. Husholdninger med middels inntekt.



Kilde: SSB, tabell 14157: Utgift per husholdning per år, etter inntektskvartil, statistikkvariabel, år, husholdningstype og vare- og tjenestegruppe

### 7.3.4 Forsørgelsesbyrde

Ett spørsmål i vårt oppdrag er om det er hensiktsmessig at ytelsene ikke reduseres i det hele tatt når mottakeren forsørger ektefelle eller barn.

Vi mener at en husholdning vil redusere sine utgifter til mat og drikke hvis ett av medlemmene er fraværende. Vi kan her vise til EUs skala for å beregne forbruksenheter.<sup>10</sup> Den brukes til å sammenligne inntektsnivåer i husholdninger med ulik sammensetning. Skalaen innebærer at første voksne teller som 1, neste voksne som 0,5 og hvert forsørget barn som 0,3. Poenget er at betydningen av en ekstra voksen er uavhengig av om det er barn i husholdningen.

Denne skalaen kan brukes til å differensiere avkorting på basis av husholdningens sammensetning: Avkorting for en enslig bør være dobbelt så høy som for en voksen som har felles husholdning med andre voksne. EUs skala tilsier ikke at avkortingen bør differensieres ut fra om pasienten har barn: Første voksen regnes som 1 og neste som 0,5 forbruksenhet, uavhengig av om det er barn i husholdet. Følger man denne logikken, vil det også bli høy avkorting for enslige som forsørger barn.

<sup>10</sup>

[https://www.ssb.no/a/metadata/conceptvariable/vardok/3363/nb#:~:text=%20Forskning%20i%20SSB.%20\\*%20Ansatte.](https://www.ssb.no/a/metadata/conceptvariable/vardok/3363/nb#:~:text=%20Forskning%20i%20SSB.%20*%20Ansatte.)

Man kan også se kolonnen nest lengst til høyre i Tabell 7-3 som et anslag på hvor mye et hushold kan redusere sine utgifter til mat og drikke hvis det blir én voksen mindre i husholdet. Vi mener denne metoden – basert på SSBs forbruksundersøkelser – er mer treffsikker enn EU-skalaen hvis man skal beregne innsparing i mat og drikke. EU-skalaen gjelder alt forbruk, også forbruk med mye sterkere stordriftsfordeler (f.eks. bil, abonnementer, bolig, mv.).

Vi mener det er rimelig å anta at utgiftene til mat reduseres hvis det er færre til stede i husholdningen og at tilpasningen av utgiftsnivået kan skje ganske raskt. SSBs tall tyder ikke på at virkningen på utgiftsnivået per voksen varierer betydelig etter om det er barn i husholdningen. Vi kan derfor heller ikke se at det er grunn til å annullere avkorting fordi pasienten har forsørgeransvar. Hvis man skal ta hensyn til forsørgeransvar, bør det heller innrettes mot å sikre et minstenivå på husholdningens samlede inntekt, også i tilfeller der den innlagte forsørger andre voksne. Avkortingsreglene bør neppe utformes med sikte på situasjoner der enslige som forsørger barn legges inn; i slike tilfeller bør situasjonen ivaretas gjennom andre tiltak.

### 7.3.5 Sammenligning med kommunale institusjoner

Pasienter/beboere på kommunale helseinstitusjoner skal betale egenandel. Reglene skiller mellom kort- og langtidsopphold.

#### **Egenandel ved langtidsopphold i kommunale institusjoner**

I Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester er langtidsopphold definert som: Opphold i institusjon på ubestemt tid eller tidsavgrenset opphold når vedkommende har vært på institusjon i minst 60 døgn pr. kalenderår.

Egenandel beregnes på grunnlag av vedkommendes «inntekt» (tilsvarende alminnelig inntekt i grunnlag for inntektsskatt).<sup>11</sup> Reglene inneholder blant annet følgende bestemmelser:

- Egenandel skal ikke overstige kommunens faktiske oppholdsutgifter (ikke medregnet kapitalkostnader).
- Det er et fribeløp på kr 10 450 som ikke trekkes i egenandel.
- For inntekt over fribeløpet, men opp til G, er egenandelen 75 prosent av inntekten
- For inntekt over G, er egenandelen 85 prosent av inntekten

Tabell 7-4 viser en sammenligning av ulike elementer i reglene for avkorting ved statlige institusjonsopphold og egenandel ved kommunale institusjonsopphold. Det er ikke entydig hvilke regler som gir sterkest inntektsreduksjon. Dette avhenger av pasientens folketrygdytelse, øvrige inntekter, forsørgelsesbyrde og faste, nødvendige utgifter.

---

<sup>11</sup> Jf. Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester

Tabell 7-4: Hovedtrekk i regler for egenbetaling ved kommunale institusjoner og avkorting ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten

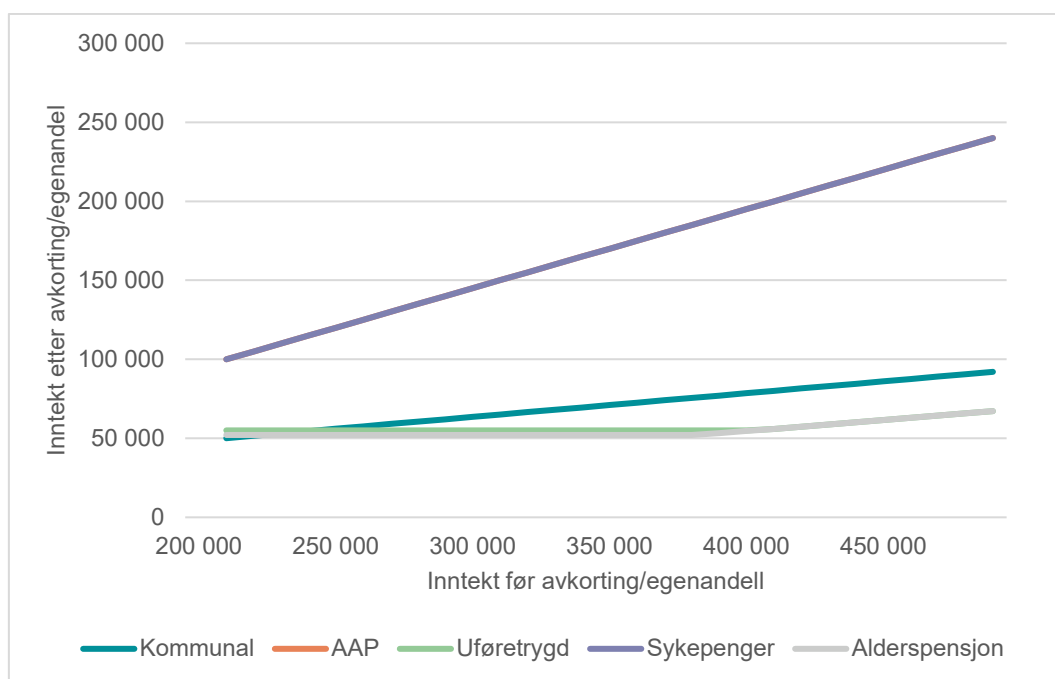
|  | Avkorting  | Egenandel, kommunale langtid  | Egenandel, kommunale korttid  | Kommentar  |
|--|--|---|---|--|
| Oppholdstid  | Reduksjon utløses først etter innleggelsesmåneden og de tre påfølgende månedene. Ved reinnleggelse etter mindre enn tre måneder reduseres ytelsen fra første dag   | Ved samlet opphold i minst 60 døgn pr. kalenderår                           | Fra dag 1   | Oppholdstid uten avkorting/egenandel er kortere i kommunale enn i statlige institusjoner   |
| Inntektsgrunnlag   | Ytelsene fra folketrygden  | All skattbar inntekt  | Ikke inntektsavhengig. Sats på 205 kroner per døgn                                  | Bredere inntektsgrunnlag kan gi høyere egenandel/avkorting ved langtidsopphold i kommunale institusjoner   |
| «Fribeløp» (beløp som ikke gir grunnlag for egenandel) eller «gulv» (laveste gjenstående ytelse) | <p>Varies mellom ytelsene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke fribeløp for AAP-mottakere</li> <li>• 0,45G (55 000 kroner) for uføretrygd og etterlattepensjon,</li> <li>• 0,5G for sykepenges (ca. 61 500 kroner)</li> <li>• 2G (ca. 244 000 kroner) for enslige alderspensjonister</li> <li>• &gt;22,5% av minste pensjon, høy stats (mindre enn 60 000 kroner)</li> </ul> | 10 450 kroner   | Ikke fribeløp   | Det er langt lavere fribeløp for langtidsopphold i kommunale institusjoner, bortsett fra AAP-mottakere. Det er ikke fribeløp ved korttidsopphold i kommunale institusjoner   |
| Prosentuelt trekk i inntekt  | <p>Varies mellom ytelsene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 prosent for AAP og sykepenges</li> <li>• 86 prosent for uføretrygd og alderspensjon</li> <li>• Det er ikke prosentuelet avkorting av etterlatte- og barnepensjon, og satsen kan derfor ikke beregnes</li> </ul>   | To transjer, på hhv 75 og 85 prosent  |   | Avkorting av uføretrygd og alderspensjon er mer omfattende enn egenandel i kommune institusjoner. Avkorting av AAP og sykepenges er mindre omfattende.   |
| Forsørgelsesbyrde og «nødvendige, faste utgifter»  | Varies mellom ytelsene, men forsørgelsesbyrde og «nødvendige faste utgifter» fører til at avkortingens reduseres eller ikke gjennomføres   | Det tas ikke hensyn til forsørgelsesbyrde eller «nødvendige faste utgifter» | Redusert egenandel ved forsørgelsesbyrde, men ikke «nødvendige faste utgifter», el. | Egenandelsberegning ved langtidsopphold tar ikke hensyn til forsørgelsesbyrde og «nødvendige faste utgifter» er dermed mer restriktiv enn avkorting av statlige ytelses. Ved korttidsopphold, reduseres egenandel hvis den forsørgede ikke har egen inntekt. |

Figur 7-4 er en sammenligning og illustrerer hvor mye pasienter på langtidsopphold i kommunale institusjoner og i spesialisthelsetjenesten har igjen etter at egenbetaling og avkorting har slått inn. Beregningene knyttet til kommunale institusjoner bygger blant annet på følgende forutsetninger:

- Pasienten får ikke avkortet ytelsen, og betaler bare egenandel.
- Personen har ikke annen inntekt enn ytelse fra folketrygden
- De som oppholder seg på statlige institusjoner har verken forsørgelsesbyrde eller nødvendige, faste utgifter

Figuren er basert på nivået på ytelsen, ikke på tidligere arbeidsinntekt.

Figur 7-4: *Inntekt etter avkorting/egenandel i spesialisthelsetjenesten eller kommunale institusjoner (langtids opphold).*



Avkorting av AAP og sykepenges er såpass lik at de ikke lar seg skille fra hverandre. Det samme gjelder alderspensjon og uføretrygd.

Med de forutsetningene vi har lagt til grunn, er det personer med alderspensjon og uføretrygd som opplever den sterkeste inntektsreduksjonen, mens de med sykepenges eller AAP har mest igjen etter avkorting/egenbetaling.

«Alderspensjon» viser regelverket for enslige: En med ektefelle ville beholdt mindre av inntekten.

Hvis vi i stedet hadde forutsatt at pasienten også har andre inntekter, ville dette gitt et like stort påslag i beregningene for alle på statlige institusjoner, men et langt mindre påslag for de på kommunale institusjoner (fordi annen inntekt inngår i grunnlaget for egenandel).

Hvis vi hadde lagt inn forutsetninger om at brukerne hadde forsørgelsesbyrde og/eller nødvendige faste utgifter, ville dette ikke påvirket avkortingens av beboere på kommunale institusjoner, men det ville gitt mindre eller ingen avkorting av ytelsene til pasienter ved statlige helseinstitusjoner.

## Egenandel ved korttidsopphold i kommunale institusjoner

Kommunen kan kreve egenandel på inntil 205 kroner per døgn for personer som har korttidsopphold på kommunale institusjoner.<sup>12</sup> Egenandel kan kreves fra første dag.

### Drøfting

Forskjellene mellom helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten og langtidsopphold ved kommunale institusjoner kan ikke bare ses som utslag av manglende konsekvens og systematikk i utforming av regelverket, men også som en konsekvens av at spesialisthelsetjenesten og kommunale institusjoner har ulike funksjoner. De fleste kommunale institusjoner er sykehjem. Institusjonene regnes som beboernes bolig. Reglene for egenandel legger derfor ikke til rette for at beboerne også skal ha en annen bolig eller forsørgeransvar.

Forskjellene mellom spesialisthelsetjenesten og korttidsopphold ved kommunale institusjoner kan, så vidt vi kan se, ikke begrunnes i forskjeller i institusjonenes funksjoner. Vi ser at det ville vært komplisert for kommunene å forvalte et regelverk basert på avkorting av statlige ytelser, men utover dette mener vi at forskjellene i regelverket i hovedsak må tilskrives manglende konsekvens i regelverksutformingen.

På grunn av helt ulike systemer for utmåling, er det vanskelig å sammenligne egenandeler ved korttidsopphold i kommunale institusjoner med opphold i spesialisthelsetjenesten. Men maksimal egenandel på kommunale institusjoner utgjør om lag dobbelt så mye som vi har lagt til grunn som utgifter til mat for personer i husholdninger med lav inntekt. Vanligvis vil forsørgelsesbyrde (og boligutgifter for AAP-mottakere) være avgjørende for hvilke regler som inndrar størst del av inntekten:

- De som får avkorting, mister vanligvis en større del av inntekten enn de ville gjort ved betaling av egenandel ved korttidsopphold i kommunal institusjon
- Mens det bare er en liten andel av innleggelsene i spesialisthelsetjenesten som gir grunnlag for avkorting, vil nesten alle korttidsopphold i kommunale institusjoner gi kommunene rett til å kreve egenandel

Reglene om egenandel for opphold i kommunale institusjoner angir maksimale egenandeler. Vi har ikke informasjon om kommunenes faktiske bruk av egenandeler ved korttidsopphold.

### 7.3.6 Oppsummering

Vi mener dagens avkortingsystem har en rekke svakheter knyttet både til avgrensninger, regler for utmåling og forvaltningssystem. Våre vurderinger bygger i hovedsak på

- Målet for ordningen
- De prinsipielle vurdering i kapittel 7.1
- Intervjuene med ansatte ved institusjoner under statlig ansvar og representanter for brukerorganisasjoner
- Simuleringene av avkortingsresultater, holdt opp mot statistikk om husholdningenes utgifter til mat og bolig (avsnitt 7.3)

De viktigste svakhetene er:

1. Det er ikke samsvar mellom målet for ordningen og reglene for utmåling

---

<sup>12</sup> Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester

2. Vi ser ikke noen god begrunnelse for avgrensinger knyttet til oppholdstid og ulike deler av spesialisthelsetjenesten
3. Det er ikke samsvar mellom virkning av forsørgelsesbyrde og faste utgifter til bolig, mv. for pasientenes innsparing og konsekvensene av disse forholdene for omfanget av avkorting
4. Det er ubegrunnede forskjeller i reglene for ulike ytelser
5. Dagens forvaltning gir svak implementering og omfattende og til dels unødig personvernrisiko
6. Pasientenes opplevelse av alvorlige økonomiske konsekvenser av avkorting kan bidra til unødig stress for pasienter og ansatte i helsetjenesten og til helseskade hos enkelte pasienter

Videre kan man se det som et selvstendig problem at avkortingsreglene ikke er harmonisert med reglene for egenbetaling ved korttidsopphold i kommunale institusjoner.

Som tidligere nevnt, ser vi heller ikke hvorfor det kun er mottakere av ytelser fra folketrygden som skal betale for naturytelser som gir reduserte private utgifter.

### **Innsparingen**

Den faktiske innsparingen for pasienten vil avhenge av en rekke ulike forhold, herunder hvor mye hen bruker på bolig og mat til vanlig og hvor mye disse utgiftene faktisk reduseres eller kan reduseres under innleggelsen. Blant forholdene som påvirker dette er den økonomiske stillingen i pasientens husholdning, husholdningens sammensetning, nivået på boligutgiftene i området, mulighetene for å leie ut boligen, mv. I tillegg reflekterer utgiftene prioriteringer i husholdningen.

Man kan i prinsippet tenke seg at avkorting baseres på husholdningens tidligere faktiske utgifter og en vurdering av mulighetene for å leie ut hele eller deler av boligen. I praksis må avkorting likevel bygge på normtall basert på statistikk for «vanlige» utgifter, eventuelt kombinert med egenerklæringer om reduksjoner i boligutgifter.

For å få mest mulig treffsikker beregning bør sjablongen helst ta hensyn til:

- husholdningens samlede inntekt, og
- husholdningens sammensetning

## 8 Mulige modeller

Vi tar utgangspunkt i målet for avkorting, slik vi tolker dette: Avkorting skal reflektere pasientens besparelse som følge av naturaltelser under innleggelsen. Som nevnt tidligere, er vi usikre på om det er rettferdig at bare mottakere av ytelse fra folketrygden skal dekke verdien av naturaltelser under opphold på sykehus. Vi har derfor også utformet forslag som innebærer at også andre pasienter skal betale for den innsparing de har som følge av naturaltelsene de mottar under oppholdet. Videre mener vi det kan argumenteres for at avkorting bør utvikles eller inngå i frikortordningene. Vi omtaler derfor også et alternativ uten avkorting, selv om dette ikke vil oppfylle målet med avkorting.

### 8.1 Generelt om egenskaper ved modellene

Det er en rekke parametre som kan inngå i definisjoner av alternative modeller. I kapittel 7 drøftet vi en del sider ved avkorting og trakk konklusjoner om kjennetegn som avkortingsreglene bør oppfylle:

- Forskjellene mellom ytelsene bør fjernes
- Forskjellene mellom somatiske institusjoner og andre bør fjernes
- Avkorting bør bygge på faktisk innsparing som følge av at pasienten får naturaltelser

Videre ser vi ingen god prinsipiell begrunnelse for å forskjellsbehandle pasienter ut fra om de har en ytelse fra folketrygden eller ikke. Videre ser vi ikke noen god prinsipiell begrunnelse for å forskjellsbehandle mellom somatiske og andre sykehus.

Vi finner at pasientene vanligvis får kost og losji, men ikke andre naturaltelser av betydning. Gratis kost gir en innsparing. Vi har lite empiri om pasientenes mulige innsparing knyttet til bokostnader, men i avsnitt 7.2.3 argumenterer vi for at det trolig er få pasienter som får vesentlig innsparing i boutgifter, og at det vil bli vanskelig og ressurskrevende å etablere et system som kan identifisere de pasientene dette gjelder. Våre modeller sikter derfor ikke inn mot å kompensere for («inndra») eventuelle reduksjoner i boutgifter.

Innsparing knyttet til gratis kost oppstår trolig nærmest umiddelbart. Vi har skissert alternativer der avkorting starter på dag 7, men drøfter også kort økonomiske konsekvenser ved avkorting fra dag 1 (etter første natt).

Utgifter til mat og bolig henger sammen med husholdningens inntektsnivå og sammensetning. Det vil derfor være mest rettferdig om avkorting eller egenbetalingen graderes på grunnlag av kjennetegn ved den enkelte husholdning. Samtidig er det enklere å etablere et system med lik avkorting/egenbetaling for alle.

I det følgende presenterer vi tre alternativer: ett alternativ med én felles sats for avkorting/egenbetaling som gjelder for alle, og ett der avkorting graderes etter pasientens eller husholdningens økonomiske stilling. Vi presenterer også ett alternativ der avkorting/egenbetaling utvikles.

I avsnitt 7.3.2 viste vi at utgiftene til mat per voksen varierer mellom par og enslige, men at reduksjonen i utgifter som følge av at én voksen er borte, ikke avhenger så mye av om det også er barn i husholdningen. Dette taler for at man kan etablere et system som skiller mellom enslige voksne og par, men at det ikke er behov for å ta hensyn til antall barn når satsene for avkorting/egenbetaling fastsettes. Vi vil her understreke at vi sikter mot at avkorting/egenbetaling ikke skal overstige faktisk innsparing som følge av

innleggelsen. Dermed skal ikke husholdningen komme dårlig ut økonomisk som følge av innleggelsen, selv om våre alternativer for avkorting/egenbetaling innføres.

En ordning for avkorting kan kun omfatte personer som mottar ytelse fra staten. Man kan også tenke seg systemer med egenbetaling for alle, slik man har i dag for poliklinisk behandling og korttidsopphold i kommunale institusjoner.

Dagens system for innrapportering er både problematisk ut fra personvernreglene, fører trolig til feil i avkorting og er ganske ressurskrevende. Ett alternativ kan være å erstatte avkorting med egenbetaling, ett annet alternativ kan være å videreføre avkorting, men basert på datadeling om innleggelse. Egenbetaling vil trolig bare være praktisk gjennomførbar dersom den begrenses til kost (og ikke losji), og dersom satsen er lik for alle, uavhengig av inntektsnivå. Basert på intervjuene med ansatte i helseinstitusjonene, er vi usikre på om egenbetaling, basert på faktura eller betaling på stedet, er hensiktsmessig. Kanskje kan avkorting, for de som har ytelse fra folketrygden, være mindre stressende for enkelte av pasientene. Vi legger til grunn at helsefaglig kompetanse trekkes inn i vurdering av dette.

Både ved videreføring av dagens regler for avkorting og ved innføring av ett av våre alternative ordninger, kan dagens innrapporteringssystem enten videreføres eller erstattes med datadeling. Videre kan man i vårt alternativ 2 også etablere egenbetaling på behandlingsstedene, uten å involvere Nav. Spørsmål om innrapportering og forvaltningskostnader drøftes i et eget avsnitt 8.3.

### 8.1.1 Alternativ 1: Avkorting for kost - differensiert

Modellen innebærer avkorting og gjelder bare for mottakere av ytelse fra folketrygden. Det er ingen forskjell mellom ytelsene. Avkorting gjelder fra og med dag 7 av innleggelsen og skiller ikke mellom somatiske sykehus og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Den er gradert ut fra pasientens inntekt.

### 8.1.2 Alternativ 2: Egenbetaling for kost – ikke differensiert

Også denne modellen omfatter kun avkorting/egenbetaling basert på innsparing fra gratis kost – ikke losji. Alle betaler like mye, uavhengig av inntektsnivå og om de har en ytelse fra folketrygden. Egenbetalingen gjelder fra dag 7 og for alle deler av spesialisthelsetjenesten.

Modellen kan etableres slik at de som har en ytelse fra folketrygden, får avkorting av ytelsen. Andre innlagte får betalingskrav fra Nav.

### 8.1.3 Alternativ 3: Ingen avkorting eller egenbetaling

Det er flere argumenter, til dels prinsipielle, men også basert på vurdering av virkningene, som taler mot å ha et system med avkorting eller egenbetaling. For det første kan man se avkorting/egenbetaling som en betaling for en helsetjeneste. Prinsippet om lik rett til helsetjenester tilsier at helsetjenester som hovedregel skal være gratis for alle. Samtidig er egenbetaling for helsetjenester i dag utbredt, dog med ganske lave satser og ordninger som begrenser den samlede utgiften («frikort»). Eksistensen av egenbetaling ved korttidsopphold i kommunale institusjoner, tilsier at det er politisk aksept for en viss betaling også fra personer som er del av en privathusholdning.

Videre vil vi vise til at flere sårbare grupper i dag i noen grad skjermes fra betaling for behandling i spesialisthelsetjenesten. Blant annet har pasienter i poliklinisk behandling innenfor rus og psykiatri betydelig lavere gebyr for å ikke møte til avtalt time,

sammenliknet med andre pasientgrupper.<sup>13</sup> Videre har barn, ungdom og unge voksne<sup>14</sup> som mottar poliklinisk behandling innen psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB), unntak for betaling av egenandel. Dette gjelder også pasienter under 30 år som får poliklinisk helsehjelp for rusavhengighet i psykiatrisk ungdomsteam (PUT).<sup>15</sup>

Det kan derfor argumenteres for at pasienter i psykiatri- og rusbehandling, som gjennomgående har lengst liggetid i institusjon og derfor i størst grad rammes av avkortingen, også bør skjermes særskilt fra avkorting av ytelser etter folketrygden ved innleggelse.

## 8.2 Virkning for folketrygdens utgifter

I dette kapitlet presenterer vi anslag på virkningene av dagens avkortingsordning og av alternative innretninger for folketrygdens utgifter.

### 8.2.1 Avkorting ved dagens modell

Vi har ikke data som direkte viser hvor mye dagens avkortingsregler bidrar til å redusere utgiftene i folketrygden. Man kan heller ikke bruke dagens regler til å anslå omfanget av avkorting. Vi kjenner blant annet ikke:

- Hvor mange av innleggelsene som rapporteres inn til Nav
- Hvor mange som får redusert (eller annullert) avkortingen fordi de har forsørgelsesbyrde eller nødvendige faste utgifter
- Hvilke ytelser pasientene har og nivået på disse

I avsnitt 6.3 omtalte vi tall vi har fått fra Nav om avkorting av ytelsene til AAP-mottakere. Vi argumenterte for at tallene måtte reflektere vedtak om avkorting før innmelding av boutgifter og ikke den endelige avkortingen inkludert etterbetalinger. Vi har derfor ikke brukt disse tallene i anslag på omfang av avkorting.

I anslaget nedenfor har vi forutsatt at andelen med forsørgelsesbyrde blant AAP-mottakere er som i befolkningen for øvrig (anslag 30 prosent av voksne bor i hushold med barn under 18 år, jf. omtale i vedlegg). Videre har vi forutsatt at 91 prosent av AAP-mottakerne har boutgifter (jf. vedlegg. Nivået på boutgiftene har stor betydning for samlet avkorting, og vi har derfor utarbeidet anslag basert på ulike nivåer på boutgiftene.

Vi vil her kommentere hver av kolonnene i Tabell 8-1:

1. **Ytelse per måned:** Dette bygger på statistikk fra Nav om antall mottakere i 2024 (4.kvartal for AAP-mottakere) og SSBs statistikk for antall som har vært sykmeldt i mer enn 3 måneder. For sykepengene har vi brukt utbetalinger dividert på antall sykmeldingsdager. For de øvrige ytelsene har vi brukt samlet utbetaling (SSBs tabell 10724) dividert på antall mottakere/sykmeldingsdager. Utbetalinger per dag/år er omregnet til månedsbeløp.

---

<sup>13</sup> Helsenorge (2026). Egenandeler og pasientbetaling på sykehus og poliklinikk. Hentet fra: <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-pa-sykehus-og-poliklinikk/>

<sup>14</sup> Dette gjelder for voksne til og med det kalenderåret de fyller 26 år.

<sup>15</sup> Helsenorge (2026). Egenandeler og pasientbetaling på sykehus og poliklinikk. Hentet fra: <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-pa-sykehus-og-poliklinikk/>

2. **Antall måneder med avkorting** bygger på data fra Norsk Pasientregister (se Tabell 8-2)) og en forutsetning om at 79 prosent av pasientene mottar en ytelse fra folketrygden (se omtale i vedlegg).
3. **Andel avkorting** gjelder avkorting før man tar hensyn til faste utgifter. Forutsetningene bygger på simuleringene i avsnitt 7.2.1.
4. **Avkorting per måned** ved full avkorting følger av pkt. 1 og 3.
5. **Avkorting før justering** forsørgelsesbyrde og faste utgifter følger av pkt. 2 og 4.
6. **Avkorting justert for forsørgelsesbyrde og faste utgifter:** I beregning av avkorting, justert for forsørgelsesbyrde og faste utgifter, har vi antatt at 30 prosent har forsørgelsesbyrde (se omtale i vedlegg), at 91 prosent av de resterende har boutgifter og at disse i gjennomsnitt har utgifter på 6 000 kroner per måned (se omtale nedenfor). Videre har vi antatt at AAP-mottakere med boutgifter ikke får avkorting, mens for mottakere av andre ytelser reduseres avkorting med samme beløp som boutgiftene.

Boutgiftene per voksen ligger i de fleste husholdninger høyere enn 6 000 kroner per måned (om lag 200 kroner per dag). Blant enslige var boutgiftene i 2024 på 500 kroner per dag (439 kroner i den laveste inntektskvartilen), og blant par med barn om lag 332 kroner per person per dag (267 kroner i den laveste inntektskvartilen).

Omfanget av avkorting er følsomt for nivået på boutgiftene. Dersom vi i stedet legger boutgiftene på 9 000 kroner per måned, reduseres anslaget for samlet omfang av avkorting fra 102 til 74 millioner kroner.

Vi understreker at anslagene over bygger på en forutsetning om at alle innleggelser over tre måneder faktisk meldes inn til Nav. Denne forutsetningen er ikke realistisk. Vi har imidlertid ikke tilstrekkelig grunnlag til å anslå hvor stor betydning mangelfull innmelding kan ha for det beregnede omfanget av avkorting. Hvis man forutsetter en lavere andel, vil omfanget av avkorting, regnet i mill. kr, reduseres tilsvarende.

Tabell 8-1: Anslag på omfang av avkorting med dagens regler.

|                         | Ytelse per måned | Måneder med avkorting | Andel avkorting | Avkorting per mndr (før faste utgifter) | Avkorting per år (mill.kr)        |   |
|-------------------------|------------------|-----------------------|-----------------|---|-----------------------------------|---|
|                         |                  |                       |                 |   | Før forsørgelse og faste utgifter | Etter justering forsørgelse og faste utgifter |
| Alderspensjoner         | 27 341           | 6 567                 | 80 %            | 21 873                                  | 144                               | 70  |
| Uføretrygd              | 29 389           | 2 307                 | 80 %            | 23 511                                  | 54                                | 27  |
| Andre pensjoner         | 9 892            | 158                   | 50 %            | 4 946                                   | 1                                 | 0   |
| Arbeidsavklaringspenger | 25 224           | 960                   | 50 %            | 12 612                                  | 12                                | 1   |
| Sykepenger              | 34 023           | 712                   | 50 %            | 17 011                                  | 12                                | 5   |
| Totalt                  |                  | 10 704                |                 | 20 823                                  | 223                               | 102   |

## 8.2.2 Utgiftsreduksjon ved alternative avkortingsordninger

Vi har foreslått to alternative avkortingsordninger (se 9.1.1 og 9.1.2). I begge alternativene er avkortingen avgrenset til å reflektere innsparing i utgifter knyttet til kost, den skal gjelde fra og med dag 7 og omfatte hele spesialisthelsetjenesten. Videre har vi forutsatt at dagens manuelle innrapportering erstattes enten av datadeling fra spesialisthelsetjenesten til Nav eller av egenbetaling til institusjonene i spesialisthelsetjenesten, slik at avkortingen/egenbetalingen faktisk blir gjennomført i praksis.

Endring i registrering av institusjonsopphold gjør at alle med opphold på 7 dager eller mer faktisk får avkortning eller må betale egenandel.

Tabell 8-2: Antall innleggelses og oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten fordelt på oppholdenes varighet. Tusen. Tall fra 2024.

|  | Totalt |               | Opphold 7 dager eller mer |               | Opphold 90 dager eller mer |               |
|--|--------|---------------|---------------------------|---------------|----------------------------|---------------|
|  | Antall | Oppholds-døgn | Antall                    | Oppholds-døgn | Antall                     | Oppholds-døgn |
| Somatisk behandling                    | 767,1  | 3 526         | 134,0                     | 992           | 0,3                        | 10            |
| Psykisk helsevern for voksne           | 47,1   | 1 032         | 23,4                      | 777           | 1,9                        | 228           |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | 15,0   | 568           | 8,8                       | 493           | 1,9                        | 207           |
| I alt                                  | 829,1  | 5 127         | 166,2                     | 2 262         | 4,1                        | 445           |
| Sum ekskl. somatikk                    | 62,1   | 1 600         | 32,2                      | 1 270         | 3,8                        | 435           |

Kilde: Norsk Pasientregister, FHI

Tabell 8-2 over viser tall fra NPR. Den viser at karenstiden på 3 måneder før avkortning slår inn, bidrar mye til å begrense omfanget av avkortning. Hvis man hadde fjernet karenstiden, slik man kan gjøre for korttidsopphold i kommunale institusjoner, ville grunnlaget for avkortning økt med 370 prosent. Også reduksjon av karenstiden til 6 dager, slik vi har lagt til grunn i alternative modeller, gir nesten en tredobling av antall oppholdsdøgn som gir grunnlag for avkortning. Videre viser tabellen at det har liten betydning for omfanget av avkortning at somatiske sykehus er unntatt fra avkortning i dag: Det er svært få innleggelses med varighet over tre måneder i denne delen av spesialisthelsetjenesten.

I tallene fra NPR er rehabilitering ved private institusjoner inkludert i tallene for somatisk behandling. Dagens regler innebærer at innleggelses ved private rehabiliteringsinstitusjoner kan gi avkortning, mens innleggelses i somatiske avdelinger er unntatt. I «Sum ekskl. somatikk» i Tabell 8-2 er private rehabiliteringsinstitusjoner også holdt utenfor, og tallet innebærer derfor en viss undervurdering av omfanget av opphold som gir grunnlag for avkortning, men denne feilen har liten virkning for våre beregninger.

Med dagens regler, er det 435 000 oppholdsdøgn som oppfyller vilkårene (varighet og type behandling/institusjon) for avkorting. I våre alternativer vil dette øke til 2,26 millioner – om lag en femdobling.

Vi har anslått at nær 80 prosent av pasientene har en ytelse fra folketrygden (jf. omtale i vedlegg). I dagens system og i alternativ 1, vil om lag 20 prosent av pasientene ikke få avkorting fordi de ikke mottar ytelser fra folketrygden. I dagens regler reduseres antallet med ytterligere 30 prosent fordi pasienten har forsørgelsesbyrde. Når man tar hensyn til ytelse og forsørgelsesbyrde reduseres antall døgn som gir grunnlag for avkorting til 241 000 med dagens regler og 1,8 millioner i alternativ 1. Hvis man videre antar at 89 prosent av pasientene har boutgifter og dermed får mindre eller ingen avkorting, reduseres antall døgn med avkorting ytterligere til 214 000 med dagens regler. I alternativ 1 og 2 er antall døgn med avkorting henholdsvis 1,8 millioner og 2,26 millioner.

Samtidig reduseres avkorting per døgn sammenlignet med nivået for dem som faktisk får avkorting i dag. I alternativ 1, forutsetter vi at avkortingssatsen i gjennomsnitt tilsvarer matutgiftene hos enslige og par uten barn i de tre laveste inntektskvartilene. Dette tilsvarer en sats på 115 kroner per dag.

I alternativ 2, skal alle betale samme egenandel/avkortingssats. For å unngå at mange får en avkorting som overstiger utgiftene de faktisk sparer, antar vi at satsen fastsettes på grunnlag av matutgiftene blant enslige og par uten barn i den laveste inntektskvartilen. Dette gir en sats på om lag 100 kroner per dag.

*Tabell 8-3: Utgifter til mat per person per dag i utvalgte husholdningsgrupper. Tall fra 2022 omregnet til 2024-priser*

|   | Enslige | (Per person) Par uten barn |
|---|---------|----------------------------|
| Laveste kvartil                           | 107     | 90                         |
| Andre kvartil                             | 133     | 111                        |
| Tredje kvartil                            | 123     | 117                        |
| Fjerde kvartil                            | 155     | 136                        |
| Gjennomsnitt av de tre laveste kvartilene | 121     | 106                        |

Kilde: SSB Tabell 14157, egne beregninger

## Alternativ 1

I dette alternativet er det langt flere innleggelser som gir grunnlag for avkorting og flere innleggelses måneder (75 000 mot 15 000 i dag). Vi anslår at 79 prosent av disse har en ytelse fra folketrygden.

En inntektsavhengig sats for avkorting for mat bør bygge på hele husholdningens inntekt og på informasjon om pasienten er enslig eller gift/samboer. I vår beregning av omfang av avkorting har vi forutsatt at halvparten av pasientene er enslige. Både de enslige og de som bor med partner fordeler seg likt på de tre laveste inntektskvartilene i SSBs statistikk om forbruksutgifter.<sup>16</sup> Denne forutsetningen bygger dels på at det er et

tak på ytelsene fra folketrygden, slik at mottakerne vanligvis vil være i midlere eller lavere inntektsgrupper. Personer med sykepenger av begrenset varighet kan være et unntak fra dette.

Med forutsetningene over, får vi en utgift til mat per person på om lag 115 kroner per dag.

Vi har anslått at 79 prosent av de innlagte har en ytelse fra folketrygden. Med disse forutsetningene vil avkorting redusere utgiftene fra folketrygden med 205 mill.kr per år, mot 102 mill.kr med full implementering av dagens regler.

## Alternativ 2

I dette alternativet skal alle innlagte pasienter betale for kost fra og med dag 7, også de som ikke mottar ytelse fra folketrygden, og alle skal betale samme sats. Som hovedregel legger vi til grunn at satsen skal settes så lavt at få pasienter vil betale mer enn sine normale utgifter til mat. Ettersom matutgiftene varierer betydelig mellom individer – og ikke bare som en funksjon av husholdningens sammensetning og inntektsnivå – må satsen derfor ligge relativt lavt.

Når alle voksne pasienter skal betale, uavhengig av om de har en ytelse fra folketrygden, anslås antallet relevante innleggelses til 166 000. Hvis man setter satsen for egenbetaling til 100 kroner per dag – på linje med matutgiftene i den lavest inntektskvartilen (jf. Tabell 8-4 – blir omfanget av avkorting 226 mill.kr per år.

### 8.2.3 Oppsummering

Tabell 8-4 oppsummerer omfanget av avkorting i de ulike modellene. Vi understreker igjen at tallene for dagens ordning ikke tar hensyn svakheter i implementeringen. Omfanget av avkorting med dagens system er derfor trolig lavere enn 46 mill.kr.

Tabell 8-4: Avkorting ved alternative modeller – antall opphold, døgn og beløp

|  | Dagens system | Alternativ 1 | Alternativ 2 |
|--|---------------|--------------|--------------|
| Antall opphold som gir avkorting (tusen) | 2,1           | 131          | 166          |
| Antall oppholdsdøgn (tusen)              | 240,7         | 1 787        | 2 262        |
| Omfang avkorting (mill.kr)               | 46            | 206          | 226          |

Man kan også tenke seg at avkorting/egenbetaling slår inn allerede første dag av innleggelsen. Dette vil øke antall oppholdsdøgn som gir avkorting fra 2,26 til 5,12 millioner (jf. Tabell 8-2) eller med 127 prosent. Med våre forutsetning ville dette gi en tilsvarende økning i omfanget og i forvaltningskostnadene. Omfanget av avkorting ville blitt 467 mill.kr med alternativ 1 og 512 mill.kr med alternativ 2.

## 8.3 Forvaltning

Forvaltning av avkorting/egenbetaling består i hovedsak av

- innhenting av informasjon som grunnlag for beregning av avkorting/egenbetaling
- vedtak om avkorting/egenbetaling
- trekk i ytelse eller egenbetaling

## Informasjonsinnhenting

Tabell 8-5 viser hovedtrekk i informasjonsbehovet. Dagens modell krever at forvalter får informasjon om pasientens ytelse fra folketrygden, men ikke øvrig inntekt. I Alternativ 1, må Nav også innhente informasjon om annen inntekt. Dette har Nav delvis tilgang til i dag. Nav har tilgang til data om yrkesinntekt, men ikke kapitalinntekt.

Tabell 8-5: Informasjonsbehov for å forvalte de ulike modellene

|  | Dagens ordning | Alternativ 1 | Alternativ 2 |
|--|----------------|--------------|--------------|
| Innleggelsen                                   | x              | x            | x            |
| Pasientens/mottakerens ytelse                  | x              | x            |              |
| Forsørgelsesbyrde/husholdningens sammensetning | x              | x            |              |
| Faste, nødvendige utgifter                     | x              |              |              |

Nedenfor vil vi beskrive hvordan informasjonsbehovet kan dekkes.

Informasjonsbehovet knyttet til innleggelser og utskrivninger dekkes i dag ved at sykehusene gir slik informasjon til Nav, enten via en elektronisk portal eller i form av brev. Data som registreres i portalen går direkte videre til de relevante forvaltningsenhetene i Nav. Når informasjonen kommer som brev, videresendes den til relevant forvaltningsenhet, som deretter registrerer opplysningene i fagsystemet.

I alternativ 1 – med differensiering av avkorting/egenbetaling – kan ikke utmålingen gjøres av spesialisthelsetjenesten, men av Nav. Sykehusene har ikke den datatilgang eller kompetanse som kreves for å gjøre vedtak basert på pasientens økonomiske stilling. I alternativ 2 er utmåling basert utelukkende på antall oppholdsdøgn, og dermed kan sykehusene beregne riktig avkorting/egenbetaling.

I alternativ 1 er det fortsatt Nav som forvalter avkortingsordningen. Dette alternativet innebærer at langt flere innleggelser enn i dag kvalifiserer for avkorting, og Nav vil ha behov for data om innleggelser også i somatiske institusjoner. Dessuten vil en kortere karenstid før avkorting slå inn gjøre at langt flere – også kortvarige – innleggelser gir grunnlag for avkorting. Dette endrer likevel ikke hvilke data Nav skal motta, ettersom Nav i dag krever informasjon også om innleggelser med kort varighet.

I alternativ 2 kan avkorting erstattes med egenbetaling. I så fall kan NAV holdes utenfor ordningen, og spesialisthelsetjenesten vil ikke lenger ha behov for å sende innleggelsesrapporter til Nav. Man kan imidlertid også velge en modell der avkorting videreføres for dem som har ytelse fra folketrygden, samtidig som det innføres egenbetaling for pasienter uten slik ytelse. I en slik kombinasjonsmodell må Nav fortsatt motta informasjon om innleggelser og om permisjoner og annet fravær. For pasienter uten ytelse fra folketrygden kan enten spesialisthelsetjenesten eller Nav stå for faktureringen av egenbetalingen.

Selv om Nav fortsatt skal ha forvaltningsansvaret, kan metoden for informasjonsoverføring mellom helsetjenesten til Nav endres. Dagens manuelle system (innregistrering i portal eller brev) kan erstattes av datadeling. Datadeling innebærer at Nav får data enten direkte fra fagsystemene i enhetene i spesialisthelsetjenesten eller fra Helsedirektoratet via Norsk Pasientregister. Vi mener at det utvilsomt vil være mindre kostnadskrevende å dele data fra NPR, enn å etablere løsninger for datadeling med hver av institusjonene. Utover dette har vi ikke funnet informasjon om de konkrete kostnadene ved datadeling.

Norsk pasientregisterforskriftens § 1-3 sier imidlertid at «Opplysninger (i registeret) skal ikke brukes som grunnlag for enkeltvedtak eller andre individuelle beslutninger eller tiltak rettet mot de registrerte». <sup>17</sup> Det vil derfor være nødvendig med en forskriftsendring hvis NPR-data skal deles med Nav og benyttes som grunnlag for avkorting. Det er også usikkert om helseregisterloven gir tilstrekkelig hjemmel for slik deling. Prosjektteamet har ikke juridisk kompetanse, og oppdraget omfatter ikke nærmere juridiske vurderinger av disse spørsmålene.

Det er som nevnt også mulig å etablere datadeling med hver av institusjonene i spesialisthelsetjenesten. Vi kjenner ikke til at dagens lovverk er til hinder for dette.

Vi har kontaktet en rekke aktører som arbeider i institusjoner som deler data digitalt for å få deres vurdering av kostnader ved en eventuell datadeling mellom spesialisthelsetjenesten og Nav. Vi har også spurt om de har informasjon om kostnader ved tidligere etablering av datadeling. Ingen av aktørene har kunnet formidle konkrete kostnadstall. Det mest informative svaret inkluderer blant annet følgende:

Hva det vil koste avhenger av en rekke faktorer fra dataforvaltning, utviklingskapasitet i virksomheten og til teknisk infrastruktur. I enkelte tilfeller kan dette være enkelt og lite kostbart å etablere og drifte. I andre tilfeller kreves utredning langs flere dimensjoner, og vi viser ofte til EIF-rammeverket for samhandling og inndelingen; juridisk, organisatorisk, semantisk og teknisk. Den tekniske delen er som regel enklest.

I tillegg har vi fått tips om en rekke kilder til beregning av nytten av datadeling.

Grunnlaget for å anslå kostnadene ved datadeling er derfor svært tynt. Datadeling kan likevel vurderes som et aktuelt alternativ selv om dagens avkortingsregler videreføres. I så fall kan kostnadene holdes opp mot våre anslag på forvaltningskostnadene (1,6-3,3 mill.kr per år, se nedenfor).

Datadeling ville dessuten også kunne bidra til mer konsekvent praktisering av avkortingsreglene og dermed til økt omfang av avkorting.

## 8.4 Forvaltningskostnader

Med forvaltningskostnadene mener vi ressursbruken på gjennomføring av avkortingsreglene. I hovedsak består ressursbruken i dag av tidsbruk. Vurdering av forvaltningskostnader bygger på informasjon fra intervjuene med ansatte i Nav og spesialisthelsetjenesten (jf. avsnitt 5.1) samt statistikk og litteratur om lønnskostnader og tidsbruk.

Man kan dele forvaltningen inn i ulike handlinger og roller. Vi mener det er hensiktsmessig å se på aktører og oppgaver hos:

- Pasientene/mottakerne av ytelser
- Helseinstitusjonene
- Forvaltningsenhetene i Nav
- Nav-kontorer

Anslag på forvaltningskostnader skal brukes i en samfunnsøkonomisk analyse, og da er kostnader hos alle aktørene relevante.

---

<sup>17</sup> Prosjektteamet har ikke juridisk kompetanse. Det er mulig at loven ikke åpner for datadeling knyttet til forvaltningen av avkorting og at det eventuelt kreves en lovendring for å legge til rette for datadeling

Dagens forvaltning består av mye manuelt arbeid, men saksbehandlere i Nav bruker også ulike digitale løsninger. I tillegg rapporterer ansatte i helseinstitusjonene om etiske dilemmaer og ubehag knyttet til deres rolle i forvaltningen. De sistnevnte ulempene behandler vi ikke som en del av kostnadene, men trekker dem inn i en samlet vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

## Nav

Nav får informasjon om en del innleggelse via registreringsportalen. Informasjonen formidles maskinelt videre til den relevante forvaltningsenheten.

Nav får informasjon om en del andre innleggelse gjennom bruk av brev. Dette krever ny registrering av informasjonen. Videre behandling av sakene blir tilsvarende som om informasjonen hadde kommet gjennom registreringsportalen.

Forvaltningsenheten får også informasjon om enkelte innleggelse fra Nav-kontor. For forvaltningsenheten blir arbeidsprosessen tilsvarende som ved informasjon via brev.

Ytelsen skal ikke avkortes hvis mottakeren har forsørgeransvar. Mottakere av AAP og uføretrygd får barnetillegg hvis de forsørger barn. Forvaltningsenheten har tilgang til informasjon om barnetillegg, og behandlingen av disse sakene blir dermed enkel. Forvaltningsenheten må innhente informasjon om mottakerne har forsørgeransvar for ektefelle, om de har boutgifter og om mottakerne av andre ytelse enn AAP og uføretrygd forsørger barn.

Vi har intervjuet enkelte aktører i Nav forvaltning om tidsbruk på behandling av saker om avkorting. De har indikert at de bruker 10-30 minutter per sak. Anslaget tar høyde for at mange saker er enkle, men at andre krever mer arbeid. Også i Nav varierer tidsbruken per sak. Vi har forutsatt at Nav ikke bruker tid på innmeldinger om opphold som er kortere enn 3 måneder.

## Helseinstitusjonene

Helseinstitusjonenes rolle og oppgaver er å melde innleggelse til Nav. I tillegg er det – ifølge våre informanter – ganske vanlig at ansatte i institusjonene innhenter informasjon om pasientens familiesituasjon og økonomi for å vurdere om innleggelsen skal meldes til Nav samt for å vurdere behov for råd, veiledning og bistand til pasientene. En del spør pasienten om samtykke før de eventuelt melder innleggelsen til Nav. Hvis personalet mener pasienten trenger veiledning og bistand – gjerne til å dokumentere faste utgifter – er det de ansatte ved institusjonen som yter disse tjenestene.

Tiden de ansatte bruker inngår som en del av vårt anslag for samfunnsøkonomiske kostnader.

Kravet fra Nav er at alle innleggelse skal meldes inn. Ved å sammenholde helsestatistikk med tallene fra Nav for antall innmeldinger, får man inntrykk av at det er en svært liten andel av innleggelse som meldes inn. Tallene vi har fått for innmeldinger gjelder imidlertid bare innmeldinger gjennom den registreringsportalen som Nav har etablert. I tillegg er det en del av institusjonene som oppgir at de sender brev om innleggelse. Dessuten hender det at det lokale Nav-kontoret melder fra til forvaltningsenheten hvis de får informasjon om at en mottaker er innlagt på helseinstitusjon. Tidsbruken per innmelding varierer mellom helseinstitusjonene og mellom sakene. Trolig er tidsbruken lavest i de institusjonene som bruker Navs portal til å registrere innleggelse, uten å varsle eller konsultere med pasienten. Andre institusjoner sender brev, noe som er mer tidkrevende, men som delvis begrunnes med at de ansatte i institusjonene ikke ønsker å bruke sin private elektroniske signatur (BankID, el.) i utøvelsen av sitt arbeid.

En del av institusjonene har rutiner for å forklare reglene og varsle pasienten. Dette krever mer tid. Andre spør om pasientens samtykke. I en del saker hjelper ansatte pasienten med å levere dokumentasjon av boutgifter.

Informantene ved helseinstitusjonene oppgir at ressursbruken per pasient/innmelding varierer betydelig, blant annet fordi ansatte i en del tilfeller har en samtale med pasientene i tilknytning til innmeldingen. På usikkert grunnlag har vi derfor lagt til grunn at helseinstitusjonene i gjennomsnitt bruker mellom 10 og 30 minutter per innmelding.

## Pasientene

Forvaltningen innebærer ikke nødvendigvis aktivitet fra pasientenes side. Helseinstitusjonene kan melde inn innleggelsen og Nav kan fatte vedtak om avkorting eller ikke avkorting på grunnlag av innmeldingen og informasjon i sine fagsystemer, uten at pasientene gjør noe. Imidlertid har de fleste pasienter boutgifter, og de kan innhente og oversende informasjon om dette til Nav. I intervjuene har ansatte ved helseinstitusjonene beskrevet at det er ganske vanlig at ansatte har samtaler med pasientene om avkorting og at de driver en form for veiledning og rådgivning knyttet til dette. I samfunnsøkonomiske analyser er det vanlig å beregne tidskostnader basert på en forutsetning om at alternativet til å delta i en aktivitet er at vedkommende ville deltatt i produksjon. For pasienter under behandling er dette ikke en rimelig forutsetning, men vi har likevel beregnet tidskostnader for pasientene fordi tidsbruk på å sette seg inn i regelverk og innhente dokumentasjon trolig oppfattes som en belastning.

## Anslag på kostnadene

Tabell 8-2 i avsnitt 8.2.1 viser antall innleggelser over hhv 6 og 89 dager. I 2024 var det 3 800 opphold med varighet over tre måneder i spesialisthelsetjenesten (utenom somatiske sykehus og barne- og ungdomspsykiatri). Det var nær 92 000 innleggelser i denne delen av spesialisthelsetjenesten totalt. Forpliktelsen til å melde fra til Nav gjaldt alle disse innleggelsene.

Vi har to datakilder som belyser hvor mange innmeldinger Nav faktisk mottar:

1. **Innmeldinger via Navs portal:** Nav fikk 4 259 meldinger om innleggelser via sin portal. I tillegg kommer et ukjent antall meldinger per brev. Vi kjenner ikke omfanget av disse. Av de meldingene som kom via portalen, gjaldt trolig en betydelig andel opphold kortere enn tre måneder.
2. **Innmeldinger for AAP-mottakere, delt på korte og lange opphold:** For AAP-mottakere har vi data for innleggelser over og under tre måneder. I gjennomsnitt hadde Nav i 2024 registrert at 434 AAP-mottakere var innlagt, hvorav 250 med opphold utover tre måneder. For hver innmelding om et langt opphold, mottok Nav 0,7 meldinger om kortere opphold.

Vedleggstabell 1 viser vårt anslag for antall mottakere av de relevante ytelsene fra folketrygden som til enhver tid er innlagt i spesialisthelsetjenesten, og som har vært innlagt i minst tre måneder. Vi anslår – på usikkert grunnlag - at dette gjelder 269 AAP-mottakere. Tallene i pkt. 2 over tyder på at Nav har informasjon om 93 prosent av disse (250 av 269). Dette forholdstallet har vi lagt til grunn i beregningene av omfanget av avkorting med dagens ordning. Vi vil samtidig understreke at det kan være grunn til å stille spørsmål ved om Nav faktisk får melding om en så høy andel av relevante innleggelser. Våre intervjuer med ansatte i spesialisthelsetjenesten, samt skriftlig dialog mellom helseforetak og Nav, gir inntrykk av at det er mange – og flere enn 7 prosent – av relevante innleggelser som ikke meldes inn.

Videre har vi i beregning av forvaltningskostnadene antatt at forholdstallet mellom antall innmeldinger og antall mottakere er det samme for andre ytelsene som for AAP. Vi har også lagt til grunn at for hver innmelding om et opphold på over tre måneder, er det 0,7 meldinger om kortere opphold. Med disse forutsetningene anslår vi at

helseinstitusjonene sender rundt 1 750 meldinger om korte opphold (<3 måneder) og 2 500 meldinger om lange opphold (≥ 3 måneder).

Vi har data for hvor mange innleggelser som registreres i Navs portal. I 2025 ble 4 259 innleggelser registrert.<sup>18</sup> Vi anslår at det er nær 3 800 innleggelser med varighet over 3 måneder i de relevante deler av spesialisthelsetjenesten. Hvis Nav får 0,7 innmeldinger om kortere opphold for hver melding om opphold over 3 måneder (jf. innmeldinger for APP-mottakere), tilsier dette at Nav får vel 6 400 meldinger totalt. Når man tar høyde for at Nav – i tillegg til meldinger gjennom portalen – også får meldinger via brev fra spesialisthelsetjenesten og fra Nav-kontor, virker anslaget på 6 400 ganske rimelig.

For å redusere eller unngå avkorting må mottakere melde inn sine faste utgifter. Nav har opplyst at om lag 70 prosent av AAP-mottakerne får sin ytelse avkortet. Isolert sett kunne dette indikere at bare 30 prosent har meldt inn faste utgifter, men vi vurderer dette som lite sannsynlig. Tallene fanger etter vårt syn ikke opp at mange først melder inn boutgifter etter at de har mottatt vedtak om avkorting. Vi har lagt til grunn at 91 prosent av de uten forsørgelsesbyrde melder inn boutgifter, og at pasienten bruker om lag 1 time på dette.

For å beregne samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til tidsbruk, har vi gjort forutsetninger om verdien av tiden til de ansatte. Vi har tatt utgangspunkt i Navs årsrapport for 2024, som gir informasjon om antall årsverk og samlede lønnskostnader i Nav. Dette gir lønnskostnader på 877 000 per årsverk. Ett årsverk tilsvarer om lag 1 695 timeverk. I tillegg kommer kostnader knyttet til lokaler, IKT, ledelse, reiser, mv. Vi har antatt at slike kostnader («overhead») tilsvarer 25 prosent av lønnskostnadene.

I alle virksomheter bruker ansatte en del av tiden på annet enn kjerneoppgaver, for eksempel koordinering, opplæring, rapportering, og sosiale aktiviteter. Nav (2013) gjengir studier av tidsbruk blant veiledere i Nav, som anslår at om lag 25 prosent av arbeidstiden brukes på slike aktiviteter. Studier fra andre land og virksomheter tyder på at dette er et realistisk anslag. Med dette som forutsetning beregner vi at én time brukt på kjerneoppgaver har en kostnad på 862 kroner. Denne timekostnaden er lagt til grunn for alle aktørene i analysen. Ved å kombinere forutsetningene om antall aktiviteter, tidsbruken per aktivitet og timekostnadene, får vi anslag gjengitt i Tabell 8-6.

Tabell 8-6: Tidskostnader i forvaltningen

|                         | Tidsbruk per sak. Minutter | Antall saker med tidsbruk | Tidsbrukskostnader (kr) |             |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|
|                         |                            |                           | Lavt anslag             | Høyt anslag |
| Nav                     | 10-30                      | 2 502                     | 429 000                 | 1 286 000   |
| Institusjonene          | 10-30                      | 4 254                     | 859 000                 | 2 241 000   |
| Pasienten/FT-mottakeren | 60                         | 751                       | 1 640 000               | 1 640 000   |
| Sum                     |                            |                           | 2 928 000               | 5 167 000   |

Vårt anslag indikerer at selv om aktivitetene inkluderer en del manuelt arbeid, må forvaltningskostnadene sies å være ganske moderate.

---

<sup>18</sup> Informasjon fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, mottatt på epost

## Forvaltningskostnadene ved alternativ 1 og 2

Våre forslag – alternativ 1 og 2 – innebærer at langt flere innleggelser vil gi grunnlag for avkorting. Datagrunnlaget vårt tyder på at spesialisthelsetjenesten i dag bare melder inn en mindre del av alle innleggelser – om lag 6 000 av 92 000 innleggelser i de relevante delene av spesialisthelsetjenesten. Hovedforklaringen ser ut til å være at det i liten grad meldes inn opphold med varighet kortere enn tre måneder.

I alternativene vi foreslår, vil antall innleggelser som gir grunnlag for avkorting øke fra om lag 3 800 til om lag 166 000. Det innebærer også en kraftig økning i antall meldinger. Selv om arbeidet med hver enkelt sak vil bli betydelig forenklet, vil trolig forvaltningskostnadene øke noe. Hvis man antar at institusjonene vil bruke 10 minutter per innmelding og Nav 5 minutter, øker forvaltningskostnadene til 25,8 mill.kr per år med alternativ 1 og 35,8 mill.kr i alternativ 2. Dette gir en forvaltningskostnad på 216 kr per sak (mot 1 000-1 700 kr med dagens modell). Reglene i disse alternativene åpner for maskinell behandling, og mener kostnadene bør kunne reduseres ytterligere. Vi har som nevnt ikke klart å finne anslag på kostnader ved å etablere og drifte løsninger med datadeling.

I alternativ 2 kommer det i tillegg kostnader til innkreving fra pasienter uten ytelse fra folketrygden. Dette gjelder nær 35 000 innmeldinger. Kostnadene ved fakturering avhenger av om utsendelsen skjer digitalt eller per brev.<sup>19</sup> Legger vi til grunn en gjennomsnittskostnad på 10 kroner per faktura (jf. Fevolden, 2023), vil fakturering av pasienter uten ytelse fra folketrygden koste om lag 0,35 mill.kr per år.

I alternativ 1 kan avkortingen gjennomføres som en løpende reduksjon i pasientens ytelse fra Nav – i hovedsak slik dette gjøres i dag. I alternativ 2, kan man enten velge betaling/innkreving på sykehuset (slik egenbetaling innkreves i dag på mange sykehus), eller man kan ha en kombinasjonsmodell der Nav avkorter ytelsene for de som mottar en folketrygd ytelse, mens øvrige pasienter betaler egenandel.<sup>20</sup>

Vi har ikke tatt hensyn til at Nav trenger informasjon om permisjoner og annet fravær fra institusjonene. Trolig kan dette ikke hentes fra NPR, og det vil derfor kunne være behov for separat innmelding av dette med alternativ 1 og hvis Nav skal delta i forvaltningen i alternativ 2,

Dersom avkortingsreglene endres i tråd med alternativ 1 eller 2, vil gevinstene ved datadeling bli betydelig større. Sammenlignet med dagens innmeldingssystem vil de årlige ressursbesparelsene øke markant.

---

<sup>19</sup> Se f.eks. <https://www.norges-bank.no/bankplassen/arkiv/2023/hvor-hoye-bor-fakturagebyrer-vare/>

<sup>20</sup> Vi mener at rent praktisk kan kanskje også innkreving sammen med skatteoppgjøret, kunne være en praktisk løsning, men dette vi har ikke undersøkt om dette er en rolle skatteetaten kan påta seg. En slik løsning brukes ikke for andre former for egenbetaling.

## 9 Samfunnsøkonomisk vurdering

Beslutning om avkortingssystemets utforming vil påvirke:

- Skattekilere (knyttet til virkninger for statens netto utgifter)
- Ressursbruk på forvaltning
- Livskvalitet og helse for pasientene
- Trivsel for ansatte i spesialisthelsetjenesten
- Fordelingsvirkninger

«Skattekilere» eller «skattekostnad» skal reflektere at beskatning kan skape uønskede insentiver, og derfor – isolert sett – kan sies å svekke økonomiens funksjonsmåte (jf. Finansdepartementet, 2005). Finansdepartementet anbefaler at skattekostnaden settes til 20 prosent av tiltakets virkning for statens netto utgifter. Vi har fulgt denne anbefalingen.

Etter vår vurdering reiser utformingen også prinsipielle spørsmål knyttet til personvern og lik rett til helsetjenester.

### 9.1 Tallfestede virkninger

I avsnitt 8.2 viste vi våre anslag for virkninger på utbetalingene fra folketrygden ved valg av ulike modeller for avkorting. Våre anslag gjelder for året 2024.

Vi anslår forvaltningskostnadene i dagens system til 1,6-3,3 mill.kr per år. Ved en videreføring av dagens system for innmelding, vil forvaltningskostnadene øke til henholdsvis 9,5 og 12 mill.kr i alternativ 1 og 2. Avskaffelse av avkorting vil selvsagt ikke gi forvaltningskostnader knyttet til avkorting.

Vi mener det er sannsynlig at etablering av datadeling mellom spesialisthelsetjenesten og Nav vil kunne redusere forvaltningskostnadene sammenlignet med en videreføring av dagens forvaltningsmodell.

Tabell 9-1: Tallfestede effekter av valg av modell for avkorting. Mill.kr 2024

|                         | Dagens modell | Alt 1 | Alt 2 | Alt 3 |
|-------------------------|---------------|-------|-------|-------|
| Reduksjon i FT-utgifter | 102           | 205   | 226   | 0     |
| Forvaltningskostnader   | 3             | 26    | 36    | 0     |
| Skattekostnad           | -20           | -36   | -38   | 0     |
| Nytte-kostnad           | 17            | 10    | 2     | 0     |

Skattekostnaden er satt til 20 prosent av netto virkninger for statens utgifter (forvaltningskostnad minus reduksjon i folketrygdens utgifter). Ettersom avkorting reduserer statens utgifter og med mer enn statens utgifter til forvaltning, blir skattekostnaden negativ.

Vi finner at nytten av avkorting overstiger kostnadene. Nytten består i at reduksjon i statens utgifter gir gevinst i form av lavere skattekostnader. Blant de vurderte modellene kommer dagens modell best ut. For begge alternativene (alternativ 1 og 2) vurderer vi det som sannsynlig at forvaltningskostnadene kan reduseres gjennom datadeling, med sterkest effekt i alternativ 2.

Alternativ 1 og 2 innebærer at det er 6 karensdager før avkorting slår inn. Hvis man i stedet starter avkorting allerede etter et døgn, vil alle anslagene for disse to

alternativene i Tabell 9-1 øke med 127 prosent slik at den samfunnsøkonomiske lønnsomheten øker til 23 mill.kr for alternativ 1 og 5 mill.kr i alternativ 2. Dermed blir anslått samfunnsøkonomisk lønnsomhet best i alternativ 1. Hvis man fjerner karensdager, slik at det blir langt flere opphold som gir grunnlag for avkorting, vil lønnsomheten av etablering av datadeling øke, fordi kostnadene ved datadeling vil være tilnærmet uavhengig av antall transaksjoner.

Det er mye usikkerhet i anslagene over. Vi mener at opp- og nedsiderisiko ikke er balansert:

- Vi mener det er høy risiko for at anslaget knyttet til dagens modell er for positivt. Grunnen er at vi tror at vår forutsetning om antall innleggelser som meldes inn er for høyt. Dermed er det også høy risiko for at anslaget for omfanget av avkorting og dermed nytte i form av redusert skattekostnad, er for høyt.
- Vi mener at datadeling og maskinell behandling av avkorting/egenbetaling bør kunne redusere forvaltningskostnadene i alternativ 1 og 2, særlig hvis man etablerer datadeling direkte mot NPR og ikke hver enkelt institusjon i spesialisthelsetjenesten.

Usikkerheten taler dermed for å velge alternativ 1 eller 2 framfor dagens modell.

## 9.2 Virkning for helse

Flere av informantene våre oppfatter at dagens avkortingsordning har negative virkninger, både for gjennomføring av behandling og for helseutviklingen hos enkelte pasienter. Mange av pasientene med lange opphold har rusproblemer og/eller psykiske lidelser, de kan ha utfordringer med å håndtere sin privatøkonomi, og flere velger å avbryte behandlingen på grunn av avkorting (jf. kapittel 6, særlig avsnitt 6.4.1 og 6.4.4). Vi har ikke grunnlag for å kvantifisere effekter for helse og livskvalitet, men mener at slike virkninger ganske sikkert forsterkes av at dagens ordning gjør at mange pasienter oppfatter at de kan få klart svekket økonomisk stilling hvis de er innlagt lenge. Selv om langt flere vil få avkorting i alternativ 1 og 2, mener vi at reduserte nivå på avkorting/egenbetalingen for den enkelte likevel vil kunne gi mindre negative konsekvenser for helse og livskvalitet. Slike virkninger vil selvsagt elimineres helt med alternativ 3, der avkorting avskaffes.

Et annet argument er knyttet til avkortingens potensielt uheldige konsekvenser for pasientenes økonomi, mulighet til å skaffe eller beholde bolig, og gjennomføre aktiviteter og permisjoner. Dette kan igjen påvirke pasientenes utbytte av behandlingen. Ansatte i helseinstitusjoner vi har intervjuet opplever at avkorting kan medføre at pasienter i psykiatrisk behandling og rusbehandling får mindre utbytte av behandlingen, og at dette kan få negative følger for helsen. Slike effekter har vi ikke grunnlag for å tallfeste, og vektleggingen av dem må derfor bygge på en skjønnsmessig vurdering.

Tidligere forskning underbygger imidlertid at avkorting av ytelser ved innleggelse i helseinstitusjon kan virke negativt på pasienters helse. Flere studier viser at høy gjeld og betalingsproblemer har negative konsekvenser for psykisk helse, se blant annet Hojman, et al. (2016), Holmgren, et al. (2018) og Ryu og Fan (2022). Sammenhengen mellom økonomi og helse kan også gå motsatt vei. Bakkeli og Drange (2024) finner i en studie fra Norge at dårlig helse kan redusere pasienters kapasitet til å håndtere egen økonomi og føre til betalingsvansker, særlig ved psykiske helseproblemer (Bakkeli og Drange, 2024). Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom, 2022) trekker også frem at det er sammenheng mellom betalingsvansker, uhåndterbar gjeld og helse, og at egenandelsordningen i Norge hindrer noen pasienter i å oppsøke og å få nødvendig helsehjelp.

## 9.3 Fordelingsvirkninger og rettferdighet

Dagens avkortningssystem kan sies å ha to typer fordelingsvirkninger:

- Fordeling mellom inntektsgrupper
- Fordeling mellom individer innenfor gruppene

I avsnitt 5.9 viste vi til statistikk som viser at husholdningene med mottakere av alderspensjon, uføretrygd og AAP i gjennomsnitt ligger i den nedre del av inntektsfordelingen. Dette er delvis en konsekvens av at disse ytelsene utmåles slik at de gir en delvis, og ikke full, kompensasjon for tidligere arbeidsinntekt. Avkortningen bidrar til at disse husholdningene får lavere inntekt.

Den individuelle effekten av avkortningen kan beskrives som følger:

- Avkortningen kan ikke sies å reflektere innsparingen pasientene får som følge av naturalytelser de får under innleggelsen. For mange av de som får avkortning, vil avkortning klart overstige innsparing, og disse personene taper på å være innlagt
- Avkortningen framstår som tilfeldig blant annet ved at relativt ubetydelige forskjeller i to personers økonomiske stilling kan gi svært ulik avkortning (for eksempel ved at ethvert barnebidrag gir unntak for avkortning)
- Avkortningen gir ubegrunnede forskjeller mellom personer som har like store, men ulik type, ytelser fra folketrygden

Vi har anbefalt at avkortningssystemet endres slik at de nevnte individuelle forskjellene fjernes, og slik at avkortningen utmåles ut fra den innsparingen pasientene har som følge av naturalytelser fra institusjonen.

Vi oppfatter omfordelingen fra grupper med relativt lav inntekt til grupper med høyere inntekt – isolert sett – som negativt. Vi mener også at betydelige negative økonomiske konsekvenser for enkeltindivider må anses som urettferdige. Avkortning bør derfor ikke overstige det individene sparer som følge av at de får naturytelser på helseinstitusjonen. I tillegg bidrar svakheter i implementeringssystemet til tilfeldige utslag, som også framstår som urettferdige.

Vi vurderer det slik at alternativ 1 og 2 i liten grad vil medføre avkortning som overstiger verdien av naturytelsene, og at disse alternativene derfor framstår alternativene som mer rettferdige.

Videre framstår alternativ 2 som mer rettferdig enn alternativ 1, fordi dette innebærer at alle pasientene får trekk eller må betale, uavhengig av hvilke inntektskilder de har.

Det er bred politisk oppslutning om at alle skal ha likeverdig tilgang til helsehjelp, uavhengig av blant annet betalingsevne. Dette innebærer imidlertid ikke at helsetjenester skal være gratis. Egenandeler er primært begrunnet i at det kan motvirke overforbruk. Samtidig skjermes kronisk syke og andre med omfattende behov for helsehjelp og medisiner gjennom egenandelstak («frikort»), og enkelte grupper er unntatt fra å betale egenandeler.<sup>21</sup>

Avkortning, eller tilsvarende betaling, kan tolkes som en betaling for helsetjenester og ikke som en betaling for andre goder. Ut fra et slikt syn, vil det være logisk å inkludere betaling for naturytelser under innleggelsen som en egenandel som omfattes av frikortordningen. I 2026, er grensen for maksimal betaling av egenandel for de fleste nordmenn kr 3 278. En slik tolkning av avkortning/betaling for mat og drikke under innleggelse vil innebære en betydelig reduksjon i omfanget av avkortning.

---

<sup>21</sup> Jf. <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/frikort-for-helsetjenester/>



# Litteratur

- Arbeids- og sosialdepartementet (2014): Forslag til enkelte tilpasninger i deler av folketrygdens regelverk som følge av innføring av ny uføretrygd. Høringsnotat
- Bouyssou, Clara G., Jørgen Dejgård Jensen, and Wusheng Yu. "Food for thought: A meta-analysis of animal food demand elasticities across world regions." *Food Policy* 122 (2024): 102581.
- Brzezicka, Justyna, and Katarzyna Kobylińska. "An analysis of the income and price elasticity of demand for housing in view of price dynamics on the residential property market." *Real Estate Management and Valuation* 29.4 (2021): 97-110.
- Digdir (2024): Rikets digitale tilstand 2019-2024. [Rikets digitale tilstand 2019-2024 | Digdir](#)
- Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet (2024): Fremtidens digitale Norge. Nasjonal digitaliseringsstrategi 2024–2030
- Fevolden, May og Knut Sandal (2023): Er fakturagebyrene for høye? <https://www.norges-bank.no/bankplassen/arkiv/2023/hvor-hoye-bor-fakturagebyrer-vare/>
- Finansdepartementet (2005): Veileder i samfunnsøkonomiske analyser
- Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester
- Grødesen, G. (2014). Hvorfor vi ofte gjør feil. En lang og kjedelig forklaring på et enkelt tema. Proba-rapport 2014-99
- Hojman, D. A., Miranda, A. & Ruiz-Tagle, J. (2016). "Debt trajectories and mental health". *Social Science & Medicine*, volum 167, ss. 54-62. Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953616304610?via%3Dihub>
- Holmgren, R., Sundström, E. N., Levinsson, H. & Ahlström, R. (2018). "Coping and financial strain as predictors of mental illness in over-indebted individuals in Sweden". *Scandinavian Journal of Psychology*, volum 60, utgave 1, ss. 50-58. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sjop.12511>
- NAV (1997): Rundskriv til ftrl: Folketrygden – en oversikt. Rundskriv 1997-05-01
- Nav (2013): Ressurskartlegging på NAV-kontor
- Proba (2022): «AAP-mottakeres brukerløp i helsetjenester og NAV», Proba-rapport 2022-3.
- Prop. 66 L (2013–2014): Endringer i folketrygdloven, lov om Statens pensjonskasse og enkelte andre lover (tilpasninger til ny uføretrygd i folketrygden og ny uførepensjonsordning for offentlig tjenstepensjon)
- Ryu, S. og Fan, L. (2022). «The Relationship Between Financial Worries and Psychological Distress Among U.S. Adults». *J Fam Econ Issues*. 2023;44(1):16-33. doi: 10.1007/s10834-022-09820-9. Epub 2022 Feb 1. PMID: 35125855; PMCID: PMC8806009.
- Ukom (2022). *Betalingsvansker – en pasientrisiko*. Rapport fra Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra: <https://ukom.no/rapporter/betalingsvansker-en-pasientsikkerhetsrisiko/sammendrag>

von Simson, Kristine, og Janis Umblijs (2026): «Boforhold blant mottakere av langvarige helserelaterte ytelser», Arbeid og Velferd 1-2026

## Vedlegg: Beregninger

I dette vedlegget gjør vi rede for grunnlaget for enkelte av forutsetningene vi har brukt i beregning av konsekvenser av ulike alternativer for avkortingsregler.

### Andel av pasientene som har en ytelse fra folketrygden

Folketrygden er rettet inn mot å sikre inntekt blant annet for eldre som har sluttet å arbeide samt for de som på grunn av varige eller midlertidige helseproblemer ikke kan arbeide. Pasienter som er innlagt i spesialisthelsetjenesten vil dermed normalt ha en ytelse fra folketrygden. Vi har antatt at følgende grupper/livssituasjoner ikke vil ha en ytelse fra folketrygden hvis de blir innlagt:

- Sykmeldte i arbeidsgiverperioden (sykmeldt <16 dager)
- Personer som lever av kapitalinntekter (har ikke yrkesinntekt)
- Personer som lever av studiestøtte, introduksjonsstønad eller sosialhjelp
- Personer som blir forsørget av andre private (ektefelle, foreldre, mv)
- Personer som ikke er bosatt i Norge
- Personer under 18 år

Det er bare personer med yrkesinntekt som får sykepengene fra folketrygden, og alle unntakene for bosatte i Norge er knyttet til manglende yrkesinntekt eller til at sykdom faller innenfor arbeidsgiverperioden. Mottakere av andre ytelsene fra folketrygden vil – som hovedregel – motta ytelsen også mens de er innlagt.

Det er i praksis ikke mulig å beregne presist hvor mange voksne som ikke har rett til støtte fra folketrygden hvis de blir syke. Ett problem er at det er overlapp mellom ulike grupperinger, f.eks. ved at mange arbeider noe og kombinerer støtte og yrkesaktivitet. Vi har brukt diverse kilder, herunder statistikk for mottakere av introduksjonsstønad, utdanningsstøtte samt data om personer med sosialhjelp som hovedinntekt for å anslå hvor mange som ikke vil få støtte fra folketrygden. Vi forutsetter at dette tilsvarer 21 prosent av de innlagte og at 79 prosent av de med innleggelse på sykehus har en ytelse fra folketrygden.

Vedleggstabell 1 viser at det årlig er om lag 3 800 innleggelse som faller innenfor avkortingsreglens avgrensninger av typer institusjon og varighet av oppholdet. Vi antar videre at 79 prosent av disse har en ytelse fra folketrygden. Dette tilsier at det er om lag 3 000 opphold som gir grunnlag for avkorting, før vurdering av unntak begrunnet med forsørgelsesbyrde og faste utgifter. Dette tilsier også at hvert år vil om lag 0,1 prosent av mottakerne av ytelsene fra folketrygden oppleve en innleggelse som kan gi grunnlag for avkorting.

### Hvilke ytelsene har pasientene?

Ettersom avkortingsreglene ikke er like for alle ytelsene, må vi gjøre forutsetninger om hvilke ytelsene de innlagte har. Vi har ingen eksplisitt informasjon om dette og må derfor bruke usikre og skjematisk forutsetninger. Det virker nærliggende å anta at ganske mange av pasientene har lange sykmeldinger. I tillegg er det mange av mottakerne av AAP som har psykiske lidelser.<sup>22</sup> Videre er det en del som har rusproblemer.<sup>23</sup> Dette er diagnoser som ofte leder til langvarige innleggelse. Dette kan tilsa at mange av de som har innleggelse som kan gi avkorting, har en av disse ytelsene.

---

<sup>22</sup> I januar 2026 hadde 44 prosent av AAP-mottakerne en psykisk lidelse, jf. [Mottakere av arbeidsavklaringspenger \(AAP\) - nav.no](#)

<sup>23</sup> Jf. Proba (2022)

Selv om vi mener at det er grunn til å tro at andelen av mottakerne som opplever lange innleggelser varierer mellom ytelsene, har vi lagt til grunn at andelen av mottakerne av ulike ytelser som er innlagt, er lik for alle ytelser. For antall mottakere av sykepenger, har vi kun inkludert de som mottar sykepenger i mer enn tre måneder.

*Vedleggstabell 1: Antall mottakere, siste publiserte tall og anslag for antall innlagte >3 måneder med de ulike ytelsene. Tusen.*

|                         | Antall mottakere | Antall mottakere med innleggelser >3 mndr. |
|-------------------------|------------------|--|
| Alderspensjoner         | 1 079            | 1 840                                      |
| Uføretrygd              | 375              | 646  |
| Andre pensjoner         | 13               | 44   |
| Arbeidsavklaringspenger | 172              | 269  |
| Sykepenger              | 75               | 199  |
| Sum                     | 1 714            | 2 999                                      |

Kilde: Nav (<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk-analyse-og-fou>) og SSB tabell 12946 og egne anslag for innleggelser

### **Andel med forsørgelsesbyrde**

SSBs statistikk «Familier og husholdninger» (tabell 10986) viser antall husholdninger med og uten barn under 18 år, fordelt på enslige og par. I tillegg er det husholdninger med voksne barn og andre husholdninger der andre voksne bor sammen – med eller uten barn. Statistikken kan brukes til å anslå andel av voksne som bor sammen med egne barn under 18 år. Man må gjøre en del usikre forutsetninger, men i hovedsak gir statistikken et godt grunnlag. I tillegg regnes personer som betaler barnebidrag som forsørgere. En del av disse bruker Nav til å formidle bidrag. 47 000 bidragspliktige er registrert i denne løsningen.<sup>24</sup> De fleste bidrag gjennomføres som en privat avtale, og det finnes ikke statistikk for hvor mange dette gjelder. Navs tall undervurderer antall bidragsbetalere, men vi har likevel brukt dette tallet i vårt anslag av antall forsørgere. Dessuten kommer personer som forsørger ektefelle. I NOU 2017:3 ble det antydnet at om lag 150 000 voksne kan anses som forsørget av ektefelle, samboer eller annen familie. Vi har lagt dette tallet til antall med forsørgelsesbyrde.

Resultatet er at vi finner at om lag 30 prosent av alle voksne har forsørgelsesbyrde.

---

<sup>24</sup> <https://arbeidogvelferd.nav.no/article/2023/12/NAV-fastsetter-barnebidraget-for-en-stadig-mindre,-mens-C3%A5rbar-gruppe>

## Vedleggstabell 2: Forutsetning i andel mottakere som har forsørgeransvar

|                                      | Antall husholdninger | Anslag voksne med forsørgeransvar |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| Aleneboende                          | 1 068                | -                                 |
| Par uten barn                        | 636                  | -                                 |
| Ektepar med barn 0-17 år             | 301                  | 601                               |
| Samboerpar med barn 0-17 år          | 187                  | 374                               |
| Mor/far med barn 0-17 år             | 108                  | 108                               |
| Enfamiliehushold med voksne barn     | 187                  | -                                 |
| Flerfamiliehushold uten barn 0-17 år | 98                   | -                                 |
| Flerfamiliehushold med barn 0-17 år  | 33                   | 49                                |
| Betaler barnebidrag                  | -                    | 47                                |
| Forsørger ektefelle                  | -                    | 150                               |
| Sum                                  | -                    | 1 330                             |
| Andeler av alle voksne               |                      | 30%                               |

### Andel med «nødvendige faste utgifter»

De aller fleste voksne har en bolig. Vi antar at unntakene er knyttet til:

- Husbanken anslår at i underkant av 6 000 personer er bostedsløse.
- Personer som bor på institusjon
- Personer som bor hos foreldre eller andre, uten å betale leie.

De som bor på kommunale institusjoner eller i fengsler får avkorting av sin ytelse etter andre regler. Mange vernepliktige har trolig normalt ikke utgifter til egen bolig, men bor hos foreldre eller andre når de har permisjon.

SSBs statistikk «Familier og husholdninger» (tabell 10986) viser at det er vel 193 000 husholdninger der voksne barn bor sammen med sine foreldre. Hvis man antar at i disse husholdningene bor det i gjennomsnitt 1,2 voksne barn, får man at vel 230 000 voksne bor hos sine foreldre. Videre anslår vi at 150 000 forsørges av egen ektefelle, og dermed trolig ikke kan sies å ha boutgifter. I tillegg kommer de bostedsløse samt om lag 9 000 vernepliktige<sup>25</sup>. I sum kan dermed om lag 390 000 personer være uten boutgifter. I tillegg kan det være mange parforhold der alle boutgifter betales kun av

---

<sup>25</sup> <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/personellopptrapping-statsbudsjettet-2025/id3056096/>

den ene. Vi bruker likevel 390 000 (=99%) som anslag på voksne som ikke har fast nødvendige utgifter.

Vi vil samtidig påpeke at de som ikke har boutgifter heller ikke slipper boutgifter hvis de blir innlagt.

