



IMDi

Integrerings- og
mangfoldsdirektoratet

Kommunenes utgifter til helsetjenester i 2025

Rapport fra Beregningsutvalget 2026



Kommunenes utgifter til helsetjenester i 2025

Rapport fra Beregningsutvalget 2026

imdi.no

ISBN: 978-82-8246-205-1 (pdf)

Utgitt: 30. september 2026

Innholdsfortegnelse

1. Sammen drag	3
2. Innledning	5
2.1. Bakgrunn og formål	5
2.2. Organisering	5
3. Metode og gjennomføring	7
3.1 Kartlagte utgifter og inntekter	7
3.2 Kartleggingsmetode	8
3.3 Kvalitet og representativitet	9
4. Resultater for 2025	14
4.1 Hovedfunn	14
4.2 Fordeling av utgiftene	15
5. Analyse av resultatet	25
5.1 Sammensetningen av målgruppen i 2025	25
5.2 Organisering og finansiering	28
5.3 Avgrensning mellom utgifter som dekkes av integreringstilskuddet og utgifter som dekkes av den ordinære helsefinansieringen	28
5.4 Avgrensning mellom kartlegging av utgifter til helsetjenester og ordinære kartlegging	30
6. Konklusjon og anbefalinger	31
6.1 Konklusjon	31
6.2 Anbefalinger	31
Kilder	32
Vedlegg	33
Vedlegg 1. Spørreskjema	33
Vedlegg 2. Veileder	33

1. Sammendrag

Beregningsutvalget for kartlegging av kommunenes utgifter til bosetting og integrering av flyktninger og personer med opphold på humanitært grunnlag har for året 2025 gjennomført en kartlegging av utgifter til helsetjenester. Kartleggingen omfattet de delene av kommunenes utgifter til helsetjenester som skal dekkes av integreringstilskuddet. Kartleggingen omfattet ikke de utgiftene som kommunene får dekket gjennom den ordinære helsefinansieringen, som taksering og refusjoner fra HELFO.

Beregningsutvalget har av ressursmessige og metodiske årsaker ikke kartlagt utgifter til helsetjenester årlig. Utvalget har i stedet prisjustert et beløp for utgifter til helsetjenester som ble anslått for 1995 (Berg et al., 1997). Det var derfor behov for en særskilt kartlegging av utgifter til helsetjenester, for å undersøke om kommunene får dekket utgiftene.

Hovedformålet med kartleggingen av 2025 var å få en oppdatering av de reelle merutgiftene til helsetjenester for målgruppen som skal dekkes av integreringstilskuddet. Et tilleggsformål var å få frem variasjonen i kommunenes utgifter, og forhold som kan forklare denne variasjonen.

Kartleggingen omfattet flere ulike helsetjenester, som for formålet ble gruppert i fire kategorier. De fire kategoriene helsetjenester er: 1. Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser, 2. Allmenne helsetjenester for hele befolkningen, 3. Aldersavgrensede helsetjenester, og 4. Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet. Restkategorien 5. Andre utgifter omfatter utgifter som ikke er med andre steder.

Resultatet av kartleggingen er en gjennomsnittlig utgift til helsetjenester per person i målgruppen for 2025 på 8 832 kroner, som er 44 158 over 5 år. Kartleggingsresultatet er marginalt lavere enn om Beregningsutvalget hadde fortsatt å prisjustere det tidligere beløpet for 2025.

Et hovedfunn i alle kartleggingene til Beregningsutvalget er at det er stor variasjon i utgiftsnivå mellom kommunene. Dette er også tilfellet i denne kartleggingen. Den laveste gjennomsnittlige utgiften til helsetjenester blant kommunene er vel en tredjedel (35,6 prosent) av den høyeste. Det er stor variasjon i utgiftsnivå mellom kommunene på samtlige utgiftsområder. Det er en tendens til at de kommunene som har høyest utgifter til egne tjenester for flyktninger (kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser), også får høyest utgifter totalt, men bildet er ikke entydig.

Variasjonen i kommunenes merutgifter til helsetjenester som skal dekkes av integreringstilskuddet henger sammen med ulikheter i person- og alderssammensetning,

antall og type helsesaker, ulik organisering og bruk av den ordinære helsefinansieringen. I noe mindre grad skyldes variasjonen også grensedragningen mellom utgifter til helsetjenester og utgifter i den ordinære kartleggingen, og enkelte forskjeller i beregningsmetoder.

Utgifter til helsetjenester har ikke tidligere vært kartlagt på samme måte som det er gjort for 2025. Beregningsutvalget har gjennom hele kartleggingen lagt stor vekt på kvalitetssikring av innrapporterte tall og resultater. Kartleggingen omfattet en høy andel av målgruppen, og et relativt representativt kommuneutvalg. Det kan være en svakhet at to kommuner med mange i målgruppen, Oslo og Bærum, ikke var omfattet av kartleggingen.

Beregningsutvalget vurderer kvaliteten på kartleggingen som god, og at den gir et godt grunnlag for å fastsette nivået på utgifter til helsetjenester. Kartlagte utgifter til helsetjenester inngikk i de samlede utgiftene i den ordinære kartleggingen av 2025¹, og vil bli prisjustert i de kommende, ordinære kartleggingene. Kartleggingen av utgifter til helsetjenester bidro også til å trekke opp en klarere linje mellom utgifter til rene helsetjenester og de utgiftene som ellers inngår i den ordinære kartleggingen.

Beregningsutvalget vurderer at det ikke er nødvendig å kartlegge utgifter til helsetjenester hvert år. Utvalget anbefaler at man heller følger med på hvordan de mest variable utgiftene til helsetjenester utvikler seg i årene fremover. Dersom antallet og sammensetningen av målgruppen i kommunene endrer seg vesentlig i de neste årene, kan en forenklet kartlegging være å undersøke om det er store endringer innenfor kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser og kategori 4 Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet.

¹ [Kommunenes utgifter til bosetting og integrering av flyktninger og nyankomne innvandrere i 2025 | IMDi](#)

2. Innledning

2.1. Bakgrunn og formål

Beregningsutvalget skal hvert år kartlegge kommunenes utgifter til bosetting og integrering av flyktninger som omfattes av integreringstilskuddsordningen. I kommunenes utgifter inngår integreringstiltak og administrasjon av disse, sosialhjelp, introduksjonsstønad, ventestønad, inkl. etablering, og helsetjenester.

Tidlig på 1990-tallet var utgifter til helsetjenester inkludert i Beregningsutvalgets årlige kartlegginger, på lik linje med andre utgifter til integreringstiltak og administrasjon av disse. Utgiftene til helsetjenester sprikte imidlertid voldsomt mellom kommunene. På slutten av 1990-tallet fikk derfor noen forskere i oppdrag å undersøke omfanget av utgiftene (Berg et al., 1997). Forskerne anslo utgiftene til helsetjenester til å være i gjennomsnitt 15 000 kroner per flyktning over 5 år. Dette beløpet var mindre enn for øvrige innbyggere, og ble blant annet tilskrevet lav gjennomsnittlig alder i flyktninggruppen.

Det anslåtte beløpet for utgifter til helsetjenester ble lagt til grunn i Beregningsutvalgets videre kartlegginger, og ble årlig prisjustert med kommunal deflator. Fordi kommunal deflator har vært noe høyere enn økningen i utgiftene til bosetting og integrering, har beløpet for utgiftene til helsetjenester økt litt mer enn de utgiftene som faktisk har blitt kartlagt hvert år.

Mye har forandret seg på flyktningefeltet siden slutten av 1990-tallet, og det var behov for å undersøke om det prisjusterte beløpet fortsatt dekket kommunenes utgifter til helse-tjenester. Kommunene har bosatt andre flyktninggrupper, antallet og sammensetningen av helsesaker har endret seg, og det har de siste årene vært en annen alderssammensetning enn tidligere, med flere eldre flyktninger.

Hovedformålet med kartleggingen av 2025 var å få en oppdatering av hva som er de reelle utgiftene til helsetjenester for målgruppen, som kan inngå i de samlede utgiftene som skal dekkes av integreringstilskuddet. Et tilleggsformål var å belyse variasjonen i kommunenes utgifter, og forhold som kan forklare denne variasjonen.

2.2. Organisering

Beregningsutvalget er et partssammensatt utvalg med representanter fra stat og kommune. Kartleggingen av utgifter til helsetjenester ble gjennomført som en tilleggskartlegging til den ordinære kartleggingen, som gjennomføres hvert år. Beregningsutvalget oppnevnte våren 2025 en arbeidsgruppe for å gjennomføre tilleggskartleggingen.

Arbeidsgruppen bestod av:

- Benedicte Falch-Monsen, IMDi, utvalgsleder
- Bjørn Holden, IMDi, fagdirektør
- Nina Gran, Kommunesektorens organisasjon (KS), fagsjef
- Anita Ekle Kildahl, KS, økonomirådgiver
- Rune Bye, KS, avdelingsdirektør
- Tor Håkon Skomsvold, Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus, direktør

Xavier Taylor Larsen (IMDi) bistod i kartleggingen fra Beregningsutvalgets sekretariat.

3. Metode og gjennomføring

Dette kapittelet beskriver metode og gjennomføring av kartleggingen. De ulike delkapitlene beskriver henholdsvis kartlagte utgifter og inntekter (3.1), kartleggingsmetoden (3.2) og kartleggingens kvalitet og representativitet (3.3).

3.1 Kartlagte utgifter og inntekter

Kartleggingen omfattet de merutgiftene kommunene har til helsetjenester for personer som utløser integreringstilskuddet², og som kommunene ikke får dekket gjennom det ordinære finansieringssystemet (rammefinansiering, basistilskudd, takster/refusjoner fra HELFO, øremerkede tilskudd).

Kartleggingen ble basert på hvordan utgiftene blir rapportert og gruppert i KOSTRA.³ Utgiftene som ble kartlagt inngår i 8-9 ulike KOSTRA-funksjoner, hvorav noen omfatter flere delhelsetjenester. KOSTRA-funksjonene er på et for overordnet nivå til å kunne beregne de konkrete utgiftene. De forskjellige deltjenestene ble derfor kartlagt separat for å finne utgifter til målgruppen.

Beregningsutvalget vurderte at det kunne være utfordrende for kommunene å identifisere korrekte utgifter til målgruppen. For å fange opp utgiftene på enkleste måte, ble det gjort en pedagogisk forenkling. Kartleggingen ble delt inn i fire kategorier av helsetjenester.

De fire kategoriene helsetjenester som ble kartlagt er: 1. Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser, 2. Allmenne helsetjenester for hele befolkningen, 3. Aldersavgrensede helsetjenester, og 4. Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet. Restkategorien 5. Andre utgifter omfatter utgifter som ikke er med andre steder.

Kategori 1 omfatter annet forebyggende helsearbeid (KOSTRA 233) og overgangsordninger før målgruppen går over i det ordinære systemet (KOSTRA 233 og 241).

² Flyktninger og personer med opphold på humanitært grunnlag, personer med midlertidig kollektiv beskyttelse, personer som har kommet på familieinnvandring med disse og barn født inntil seks måneder etter at mor er bosatt i en kommune.

³ [Veileder til kontoplanen i KOSTRA for 2025 - regjeringen.no](https://regjeringen.no)

Kategori 2 omfatter diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering (KOSTRA 241), herunder fastleger, kommunale legekontor og andre legetjenester, legevakt, fysioterapeut, ergoterapeut og psykisk helsearbeid.

Kategori 3 omfatter helsestasjons- og skolehelsetjenesten (KOSTRA 232), samt svangerskaps- og barselsomsorgstjenesten (KOSTRA 232).

Kategori 4 omfatter vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem (KOSTRA 253), vedtak om helsetjenester i hjemmet – personellbase/ambulerende tjenester (KOSTRA 257 og 258).

Kategori 5 omfatter andre helseutgifter, herunder aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv. (KOSTRA 234 og 253), tilbud til personer med rusproblemer (KOSTRA 243) og helserelaterte felleskostnader.

Kommunene mottar ulike typer tilskudd og andre inntekter som bidrar til å dekke noen av utgiftene til helsetjenester for innbyggerne og målgruppen. Inntektene skulle trekkes fra under den helsetjenesten hvor utgiftene påløp.

Det vises til spørreskjema (vedlegg 1) og veiledning (vedlegg 2) for en nærmere beskrivelse av hvilke utgifter og inntekter som inngikk i kartleggingen.

3.2 Kartleggingsmetode

Kartleggingen foregikk gjennom bruk av spørreskjema og systematisk veiledning i 20 utvalgte kommuner.

Opplegget for kartleggingen av utgifter til helsetjenester i 2025 ble utarbeidet i god tid i forkant av kartleggingsåret. Hensikten var å sikre en felles forståelse på forhånd av hva som skulle kartlegges, og hvordan kartleggingen konkret kunne gjennomføres på en best mulig måte, og med minst mulig ressursbruk for kommunene.

Alle kommunene ble invitert til et oppstartseminar september 2024. Deretter ble det gjennomført møter med hver av de 20 kommunene for å diskutere hvordan kartleggingen kunne gjøres så treffsikker som mulig i den enkelte kommune. Det ble utpekt seks dybdekommuner som fikk en egen rolle med å vise vei i hvordan kartleggingen kunne gjennomføres. Det ble også opprettet en referansegruppe, bestående av kontaktene fra de seks dybdekommunene, forskere, kommuneoverleger og fylkeshelsesjefer.

Beregningsutvalget utarbeidet et eget spørreskjema og en fylldig veileder for kartleggingen, som begge ble kvalitetssikret med kommunene og referansegruppen. Det vises til vedlegg 1 og 2 for henholdsvis spørreskjema og veileder.

Våren 2026 hadde Beregningsutvalget møter med hver kommune om det foreløpige kartleggingsresultatet i kommunen. Deretter gikk Beregningsutvalget gjennom endelige

utfylte kartleggingsskjema fra alle kommunene, og hadde en oppfølgingsrunde med hver av dem. Det foreløpige resultatet av kartleggingen ble diskutert med kommunene på sommerseminaret. Det endelige resultatet fra kartleggingen ble også lagt frem for referansegruppen.

Beregningsutvalget la gjennom hele kartleggingen stor vekt på kvalitetssikring av innrapporterte tall og resultater.

Veilederen for kartleggingen omtaler ulike fremgangsmåter for å beregne målgruppens relative ressursbruk:

1. Noen kommuner har regnskapstall for utgifter nyttet til målgruppen. I slike tilfeller er det ikke nødvendig å oppgi en prosentandel. Ingen av kommunene i utvalget har regnskapstall til alle deler av kartleggingen.
2. Kommunene vurderer direkte hvor mange årsverk i den aktuelle tjenesten som benyttes til betjening av målgruppen. Deretter beregner kommunene hvor stor andel dette utgjør av tjenestens totale antall årsverk.
3. Kommunene fremskaffer opplysninger om hvor mange klienter som finnes totalt og hvor mange av disse som tilhører målgruppen. Deretter foretar kommunene en vekting ut fra hvor mye tid i gjennomsnitt brukes per klient i målgruppen sett i forhold til gjennomsnittet for øvrige klienter.

I veiledningen var Beregningsutvalget tydelige på at kommunene så langt det lot seg gjøre skulle identifisere de faktiske utgiftene til målgruppen, fremfor å beregne andeler av den aktuelle tjenestens årsverk eller klienter. Beregningsutvalget erfarte at det var krevende å identifisere de faktiske utgiftene til målgruppen, og understreker at det er en viss usikkerhet knyttet til de utgiftene som er beregnet.

For å beregne gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen ble kommunenes totale utgifter til helsetjenester delt på kommunenes totale antall personer i målgruppen. Beløpet ble multiplisert med fem for å få en gjennomsnittlig utgift for femårsperioden hvor flyktningene utløser integreringstilskudd (bosettingsåret og fire påfølgende år).

3.3 Kvalitet og representativitet

En samlet vurdering av kvaliteten og representativiteten av kartleggingen av 2025 omfatter flere forhold: Kvaliteten på kartleggingen av 2025 sammenlignet med den første kartleggingen av utgifter til helsetjenester, målgruppens representativitet og kommunenes representativitet.

Kvalitet på kartlegging av 2025 sammenlignet med kvalitet på kartlegging av 1995

Beregningsutvalgets ordinære kartlegging gjennomføres årlig, og gir dermed et rimelig sikkert bilde av utviklingen i utgifter over tid. Kartleggingen av utgifter til helsetjenester har derimot karakter av en engangskartlegging, når det har gått 30 år mellom opprinnelige kartlegging av 1995 og denne kartleggingen av 2025. Det har vært viktig for utvalget å sikre god kvalitet på kartleggingen av 2025, for å få et bedre grunnlag enn kartleggingen av 1995.

Kartleggingen av 1995 (Berg et al., 1997) omfattet syv utvalgskommuner. Kartleggingen la relativt stor vekt på å fremskaffe gode kvalitative data, blant annet gjennom intervjuer med 58 helsearbeidere i de sju kommunene. Resultatet viste store forskjeller i utgifter mellom de syv kommunene. Gjennomsnittlig utgift per flyktning i kartleggingsåret varierte fra 1 680 kroner (Sund) til 3 780 kroner (Molde). Det ble konkludert med at utgifter til helsetjenester i gjennomsnitt var 15 000 kroner per flyktning over 5 år. Dette tilsvarte to tredjedeler av utgiften til helsetjenester for øvrige innbyggere, og ble forklart med at flyktningene i gjennomsnitt var yngre enn den øvrige befolkningen. Kartleggingen av 1995 dekket i hovedsak de samme type utgifter til helsetjenester som kartleggingen av 2025. En liten forskjell var at utgifter til førstegangshelseundersøkelse ved bosetting, og utgifter til forebyggende tiltak inngikk i 1995. Det har etter 1995 skjedd enkelte endringer i den generelle finansieringen av helsetjenester i kommunene, som gjør det vanskelig å sammenlikne resultatet direkte med kartleggingen av 2025.

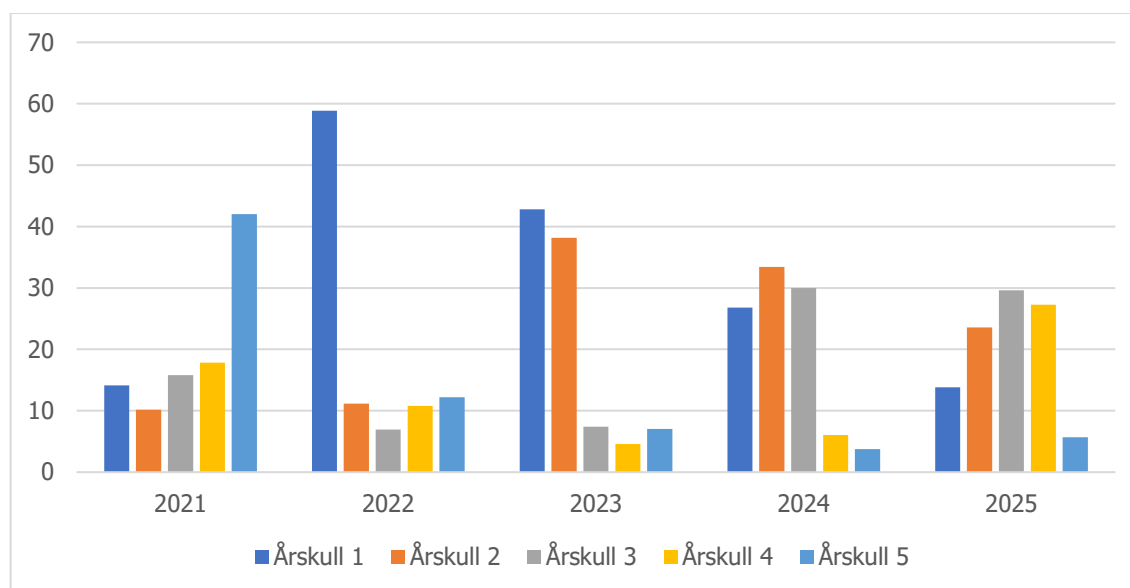
Det er en fordel i 2025 at de samme kommunene som deltar i den ordinære kartleggingen også deltar i kartleggingen av utgifter til helsetjenester, fordi de er kjent med metodene, har et etablert system for å kartlegge på andre områder, og har oversikt over målgruppen. Beregningsutvalgets vurdering er at kartleggingen av 2025 gir et bedre grunnlag for å fastsette utgiftene til helsetjenester enn den opprinnelige kartleggingen av 1995.

Målgruppens representativitet

Antallet personer som utløste integreringstilskudd i 2025 var 100 025 på landsbasis. Av disse bodde 28 809 personer eller 28,8 prosent i de 22 utvalgskommunene som deltok i den ordinære kartleggingen av 2025. 20 av de 22 kommunene som deltok i den ordinære kartleggingen av 2025, deltok i kartleggingen av utgifter til helsetjenester. Det bodde 20 996 personer eller 21,0 prosent i de 20 kommunene som deltok i kartleggingen av utgifter til helsetjenester. Det kan være en svakhet at store kommuner med mange i målgruppen, Oslo og Bærum, ikke deltok i kartleggingen. Beregningsutvalget vurderer likevel dekningen av målgruppen som god.

Figur 1 viser fordelingen av målgruppen på de fem årskullene i integreringstilskudds-perioden de siste fem årene.

Figur 1. Fordeling av målgruppen på årskull. 2021-2025. Prosent.



Kilde: IMDi og SSB

I Beregningsutvalgets ordinære kartlegginger har fordelingen av målgruppen på de fem årskullene i integreringstilskuddsperioden betydning for utgiftsnivået og hvilke utgiftskategorier som påløper. De ordinære kartleggingene utgjør en tidsserie, som bidrar til at eventuelle skjevheter mellom årskullene jevner seg ut over tid. Dette gjelder imidlertid ikke når det går 30 år mellom hver kartlegging av utgifter til helsetjenester. Da blir fordelingen av målgruppen på de fem årskullene dette ene kartleggingsåret (2025) viktigere.

I kartleggingsåret 2025 er fordelingen av målgruppen på de fem årskullene den jevneste på flere år, etter flere år med veldig mange bosatte flyktninger. Hovedvekten av målgruppen er i årskull 2, 3 og 4. En jevnere fordeling gjør at de fem årskullene innvirker mer likt på resultatet. Ett årskull eller et par årskull får ikke uforholdsmessig innvirkning på resultatet. Hadde for eksempel utgiftene til helsetjenester blitt kartlagt i 2022, hadde ett stort årskull 1 dominert.

I de ordinære kartleggingene er det noen kategorier utgifter som knytter seg til de første årskullene, og som påløper tidlig i integreringstilskuddsperioden. Dette er også tilfellet i kartleggingen av utgifter til helsetjenester, og gjelder utgifter til førstegangs-helseundersøkelser ved bosetting, samt utgifter til forebyggende tiltak som ofte settes inn i en tidlig fase. Beregningsutvalget har bestemt at disse utgiftene skal medtas i den årlige, ordinære kartleggingen, fordi størrelsen på disse utgiftene kan svinge mye fra år til år. Disse utgiftene inngår derfor ikke i kartleggingen av utgifter til helsetjenester. Det vises til nærmere omtale av avgrensning mellom kartlegging av utgifter til helsetjenester og ordinære kartlegging i kapittel 5.

Et sentralt spørsmål i vurderingen av om utgiftsnivået i 2025 vil være representativt for utgiftsnivået også fremover, er om det er trekk ved målgruppen som er særskilte for 2025. Målgruppen i 2025 består i all hovedsak av ukrainere med midlertidig kollektiv beskyttelse. De fire årskullene fra og med 2022-kullet, hvor flertallet er ukrainere med kollektiv

beskyttelse, utgjør om lag 94 prosent av målgruppen. 2021-kullet, hvor flertallet er overføringsflyktninger og tidligere asylsøkere, utgjør kun 6 prosent av målgruppen. Selv om ukrainere med kollektiv beskyttelse dominerer, er det vanskelig å peke på trekk ved målgruppen som tilsier at utgiftene til helsetjenester ikke er rimelig representative. Det vises til nærmere beskrivelse av målgruppens sammensetning i kapittel 5.

Kommunenes representativitet

20 av de 22 kommunene som deltok i den ordinære kartleggingen av 2025, deltok i kartleggingen av utgifter til helsetjenester. Beregningsutvalget er særlig fornøyd med at så mange som 20 kommuner gjennomførte. Oslo og Bærum hadde ikke kapasitet og ressurser til å delta i kartleggingen av utgifter til helsetjenester i 2025.

De 20 kommunene vurderes som representative for kommunene som bosetter flyktninger i landet, med hensyn til målgruppen, geografi, kommunetyper, og til dels kommunestørrelse.⁴ Små kommuner er svakt underrepresentert.

Nærmere om Oslo

Kommuner med mange personer i målgruppen har større betydning for resultatet enn kommuner med få i målgruppen. Det at Oslo ikke deltok i kartleggingen av utgifter til helsetjenester, kan tenkes å ha hatt en viss betydning for sluttresultatet, selv om representativiteten for øvrig er god.

Folkehelseinstituttet skriver i sin rapport om flyktningers helsetjenestebruk i 2022 og 2023: «Forskjellen mellom Oslo og Bergen representerer et ytterpunkt i materialet, og illustrerer forskjellene på kommuner med og uten flyktninghelsetjeneste godt. I Oslo har nylig bosatte flyktninger i snitt om lag dobbelt så mange registrerte kontakter som i Bergen. Bergen har en egen flyktninghelsetjeneste, mens i Oslo er oppgavene fordelt til ulike legekontorer avhengig av bydel, der kommunen tilbyr én gratis time for den frivillige 3 månedersundersøkelsen» (Helland et al., 2025, ss. 40-41).

Siden Oslo ikke deltok i kartleggingen av utgifter til helsetjenester, innhentet ikke Beregningsutvalget konkrete opplysninger om organiseringen av helsetilbudet for flyktninger i Oslo. Men for ordens skyld forespurte utvalget Oslo kommune om hvilke typer særskilte helsetjenester kommunen har til flyktninger den første tiden etter bosetting, og hvorvidt tjenestene takseres og refunderes av HELFO på ordinær måte, eller om det påløper merutgifter som ikke dekkes av den ordinære finansieringen.

Oslo kommune opplyste at migrasjonshelse i hovedsak er integrert i primærhelsetjenestene i kommunen, unntatt tilbudet om helseundersøkelse, som er et frivillig helsetilbud til nyankomne flyktninger, asylsøkere og familieegjenforente. Førstegangshelseundersøkelser

⁴ Se også vedlegg 11 i Beregningsutvalgets rapport for den ordinære kartleggingen av 2025.

takseres ikke, heller ikke når det gjennomføres av fastleger, og er derfor en merutgift for Oslo kommune. Kommunen har ikke opplysninger om andre særskilte helsetiltak, som kun er organisert for målgruppen den første tiden etter bosetting, og hvor det ikke takseres.

Dersom Oslo hadde deltatt i kartleggingen, og hadde en lavere gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen i kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser, kunne gjennomsnittlig utgift i kartleggingen ha blitt noe lavere. På den annen side kan det tenkes at Oslo som storby med det beste helsetilbudet i landet, har bosatt relativt flere kostnadskrevende helsesaker, som kunne gitt en større gjennomsnittlig utgift i kategori 4 Vedtak om helseinstitusjon/sykehjem og vedtak om helsehjelp i hjemmet.

Hvilken betydning det samlet sett har for kartleggingsresultatet at Oslo ikke deltok, er det vanskelig for utvalget å vurdere uten at det innhentes nærmere opplysninger om organisering og finansiering.

4. Resultater for 2025

Dette kapittelet beskriver nærmere resultatet av kartleggingen. Kapittelet beskriver først hovedfunnene (4.1), og deretter fordelingen av utgiftene på de ulike utgiftsområdene (4.2).

4.1 Hovedfunn

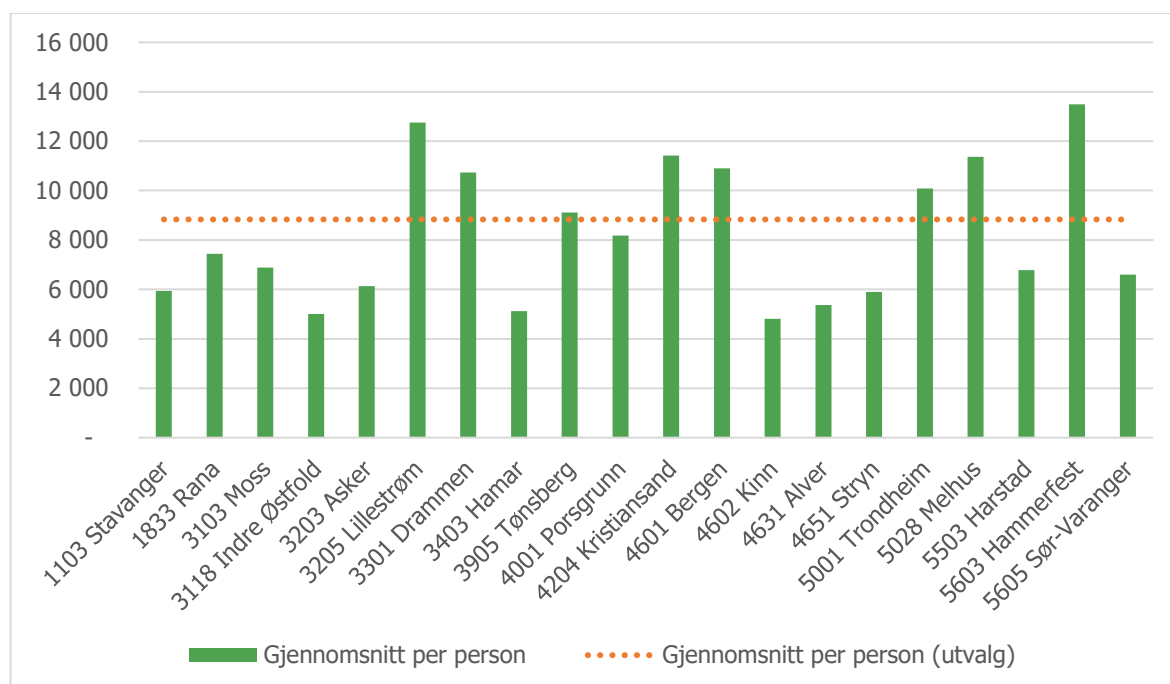
20 utvalgskommuner hadde totalt 196 919 013 kroner i utgifter til helsetjenester i 2025. De samme kommunene oppga 22 297 personer i målgruppen for integreringstilskuddet. Dette gir en gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen på 8 832 kroner, som er 44 158 over 5 år. En videre prisjustering av det gamle beløpet ville gitt 44 955 kroner over fem år. Forskjellen mellom kartleggingsresultatet og det prisjusterte beløpet er altså minimal.

Det er et hovedfunn i alle kartleggingene til Beregningsutvalget at det er stor variasjon⁵ i utgiftsnivå mellom kommunene. Dette er tilfellet i denne kartleggingen også. Den laveste gjennomsnittlige utgiften blant kommunene er vel en tredjedel (35,6 prosent) av den høyeste. Det er også stor variasjon i utgiftsnivå mellom kommunene på de enkelte utgiftsområdene. En sammenligning av variasjonen totalt med variasjonen på de enkelte utgiftsområdene viser en viss utligningseffekt; hvis ikke utgiftene kommer ett sted, så kommer de gjerne et annet sted.

Figur 2 viser gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen, for hver kommune. Den stiplede linjen viser gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen for hele utvalget.

⁵ Variasjon er her målt både som (uvektet) variasjonskoeffisient og relativ interkvartilbredde. Dette er spredningsmål hvor hver kommune i utvalget teller like mye, og som tillater sammenligning både av variasjonen totalt og på tvers av utgiftsområder. Utvalget av kommuner er lite og målene brukes kun for en relativ rangering av variasjonen totalt og på de ulike utgiftsområdene. Rangeringen endrer seg også noe avhengig av hvilket mål som brukes, og av hvorvidt kommuner med null i utgifter lukes ut, men det generelle mønsteret er det samme. Gjennomsnittlig utgift for utvalget ellers omtalt er et vektet gjennomsnitt.

Figur 2. Gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen 2025. Kroner.



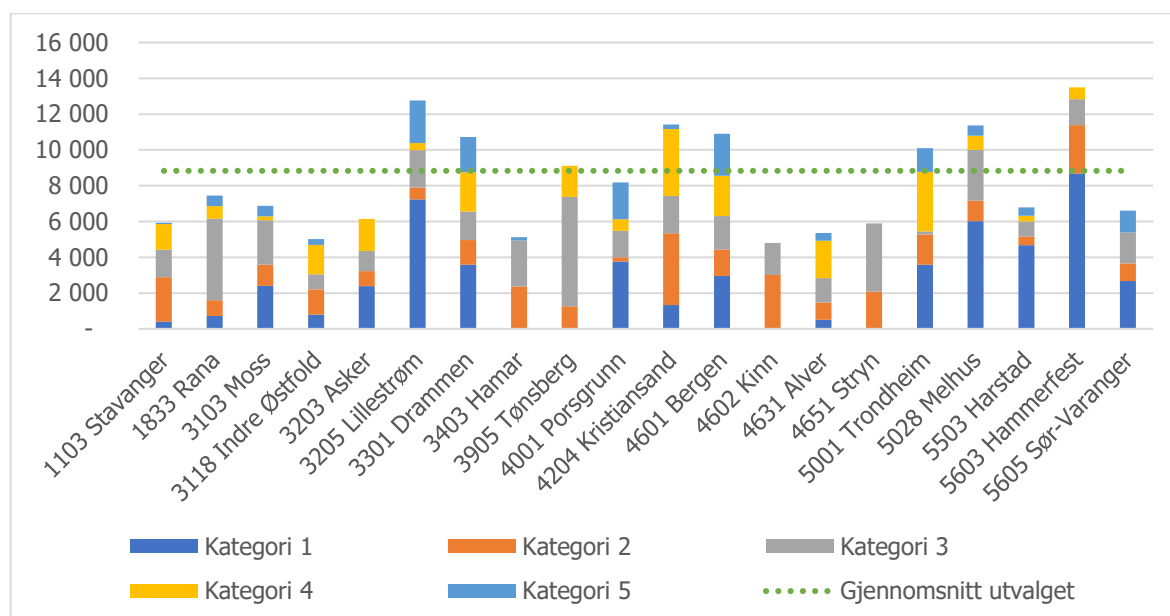
Kilde: Beregningsutvalget

4.2 Fordeling av utgiftene

Det er også store forskjeller i hvordan kommunenes utgifter fordeler seg på de ulike kategoriene helsetjenester. I kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser, varierer kommunenes andel av utgiftene fra 0,0 til 69,1 prosent. I kategori 2 Allmenne helsetjenester for hele befolkningen, varierer det fra 2,8 til 62,6 prosent. I kategori 3 Aldersavgrensede helsetjenester, varierer det fra 1,7 til 67,2 prosent. I kategori 4 Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet, varierer det fra 0,0 til 39,0 prosent.

Figur 3 viser gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen, for hver kommune, fordelt på de ulike kategoriene helsetjenester. Den stiplede linjen viser gjennomsnittlig utgift for alle helsetjenestene per person i målgruppen for hele utvalget.

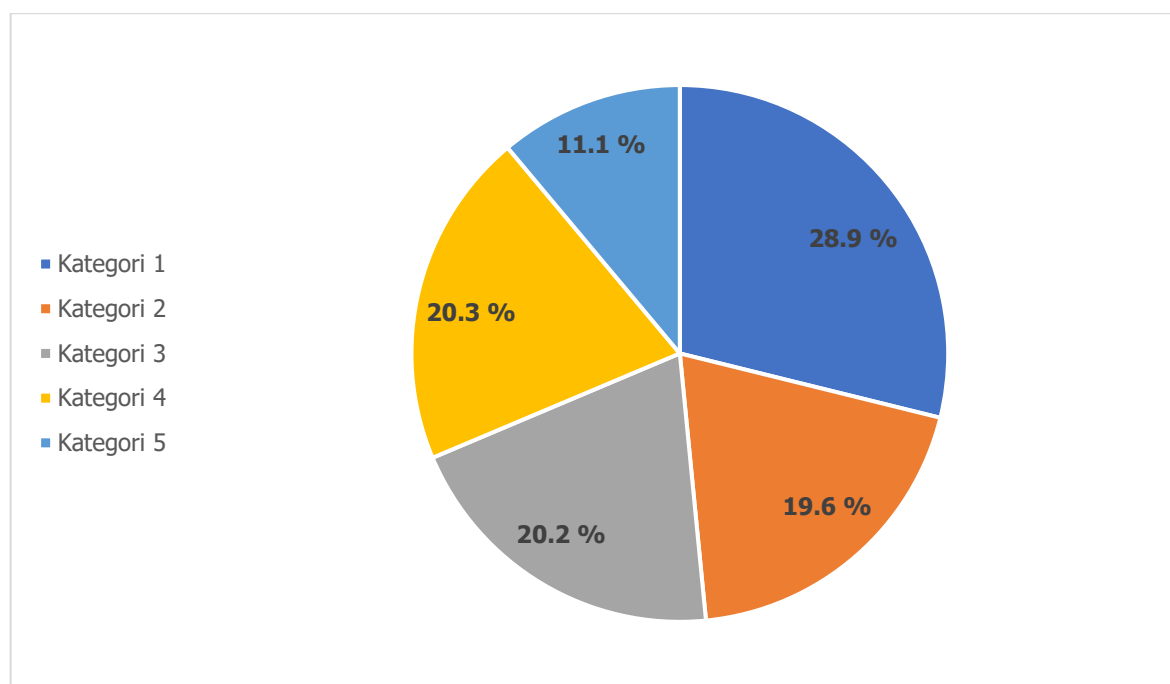
Figur 3. Gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen, fordelt på kategori helsetjeneste. 2025. Kroner.



Kilde: Beregningsutvalget

Figur 4 viser de totale utgiftene som er kartlagt, fordelt på de ulike kategoriene helsetjenester.

Figur 4. Totale utgifter fordelt på kategori helsetjeneste. 2025. Prosent.



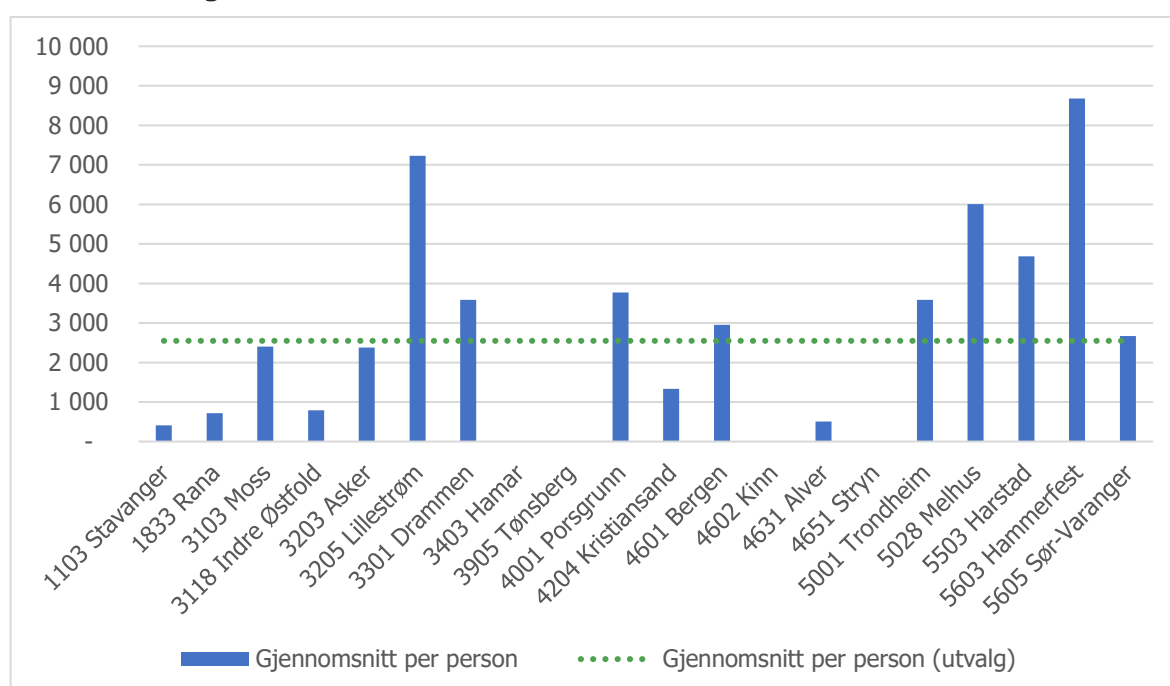
Kilde: Beregningsutvalget

Kategori 1 er det største utgiftsområdet, og utgjør nærmere 29 prosent av utgiftene. De andre hovedkategoriene utgjør en relativt lik andel av utgiftene på om lag 20 prosent hver. Restkategorien 5 utgjør 11 prosent av utgiftene.

Kategori 1. Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser

I kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser, er gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen 2 548 kroner. Figur 5 viser gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen i kategori 1, for hele utvalget (stiplet linje) og for hver kommune.

Figur 5. Gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen i kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser. 2025. Kroner.



Kilde: Beregningsutvalget

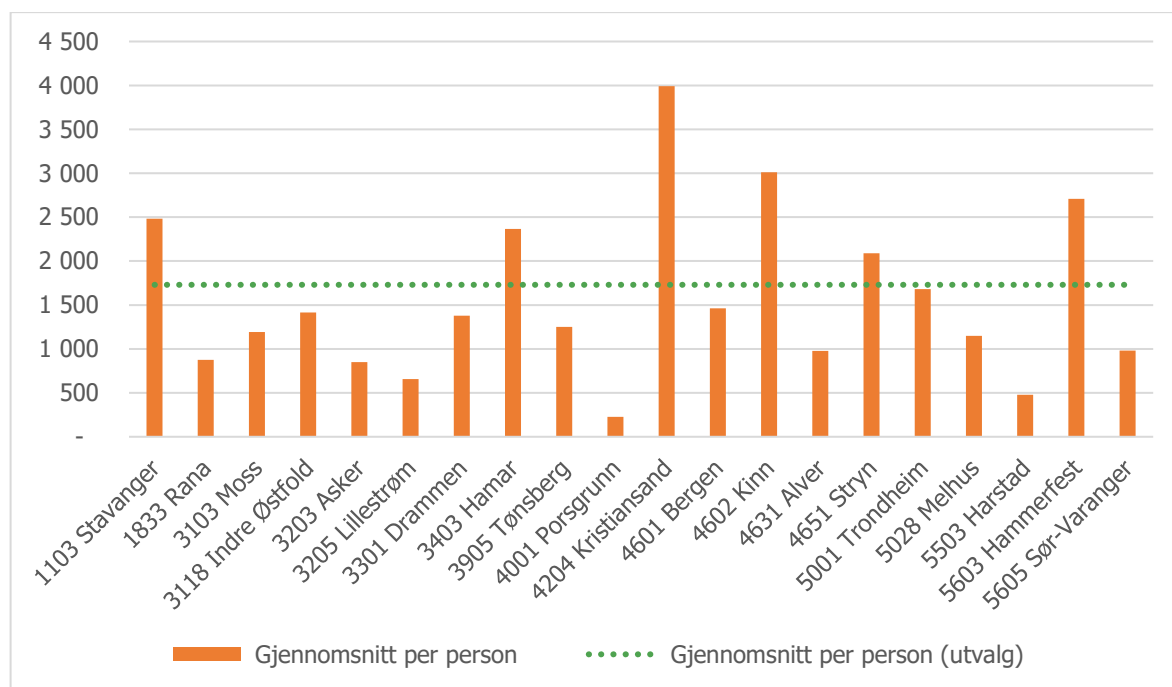
Det er stor variasjon mellom kommunene i gjennomsnittlig utgift i kategori 1. Av de fire hovedkategoriene, er det i kategori 1 og kategori 4 Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet, det er størst variasjon i gjennomsnittlig utgift mellom kommunene.

Det er også en tendens at de kommunene som har høyere gjennomsnittlig utgift totalt, også har høyere gjennomsnittlig utgift i kategori 1. Og tilsvarende at de kommunene som har lavere gjennomsnittlig utgift totalt, har lavere gjennomsnittlig utgift i kategori 1. Blant de åtte kommunene som ligger over gjennomsnittet for utvalget totalt, er det seks kommuner som også ligger over gjennomsnittet for utvalget i kategori 1. Men dette bildet er ikke entydig, og utvalget på 20 kommuner er lite.

Kategori 2. Allmenne helsetjenester for hele befolkningen

I kategori 2 Allmenne helsetjenester for hele befolkningen, er gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen 1 730 kroner. Figur 6 viser gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen i kategori 2, for hele utvalget (stiplet linje) og for hver kommune.

Figur 6. Gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen i kategori 2 Allmenne tjenester for hele befolkningen. 2025. Kroner.



Kilde: Beregningsutvalget

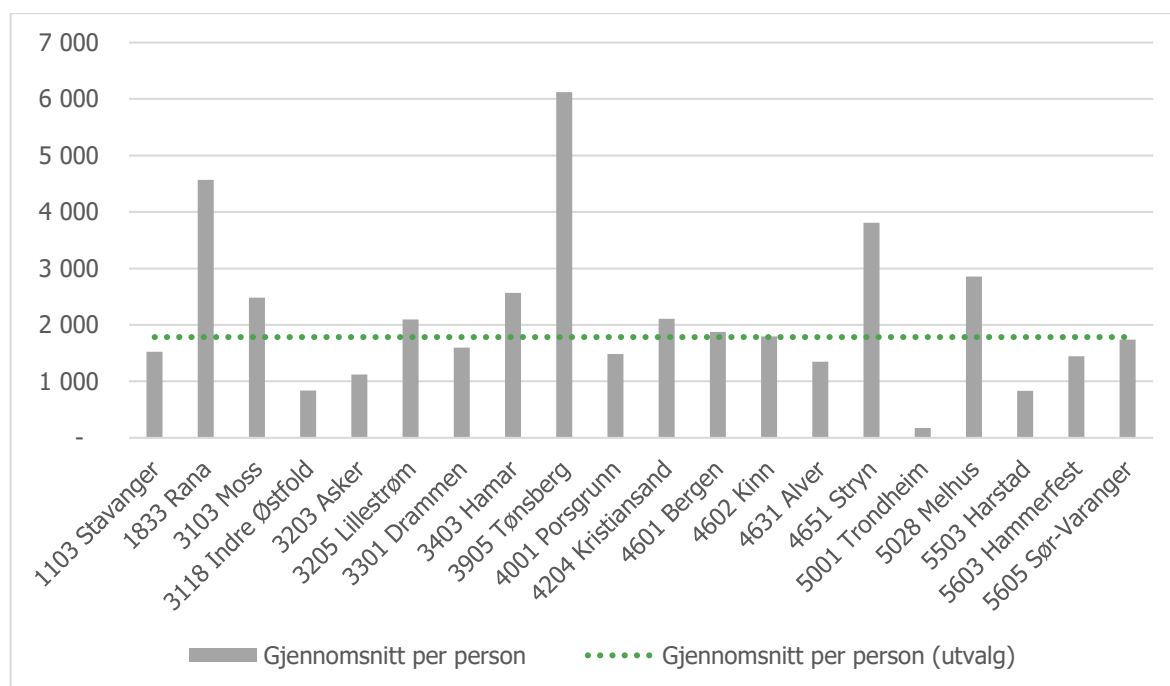
Det er stor variasjon i gjennomsnittlig utgift også i kategori 2, men i mindre grad enn i kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser. Det skyldes at kategori 2 i større grad omfatter standardiserte tjenester for alle innbyggere, slik som fastlege, legevakt, fysioterapi og ergoterapi.

Det er også en tendens at de kommunene som ligger over gjennomsnittet for utvalget i kategori 1, ligger under gjennomsnittet for utvalget i kategori 2, og vise versa. En mulig forklaring på dette er at forskjeller i organisering slår inn. Alle kommuner som bosetter flyktninger har noen utgifter til helsetjenester for flyktninger, og må gjøre noe ekstra den første tiden etter at flyktningene er bosatt. Organiseringen har betydning for hvor utgiftene kommer. Kommer ikke utgiftene ett sted, vil de til en viss grad komme et annet sted.

Kategori 3. Aldersavgrensede helsetjenester

I kategori 3 Aldersavgrensede helsetjenester, er gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen 1 784 kroner. Figur 7 viser gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen i kategori 3, for hele utvalget (stiplet linje) og for hver kommune.

Figur 7. Gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen i kategori 3 Aldersavgrensede helsetjenester. 2025. Kroner.

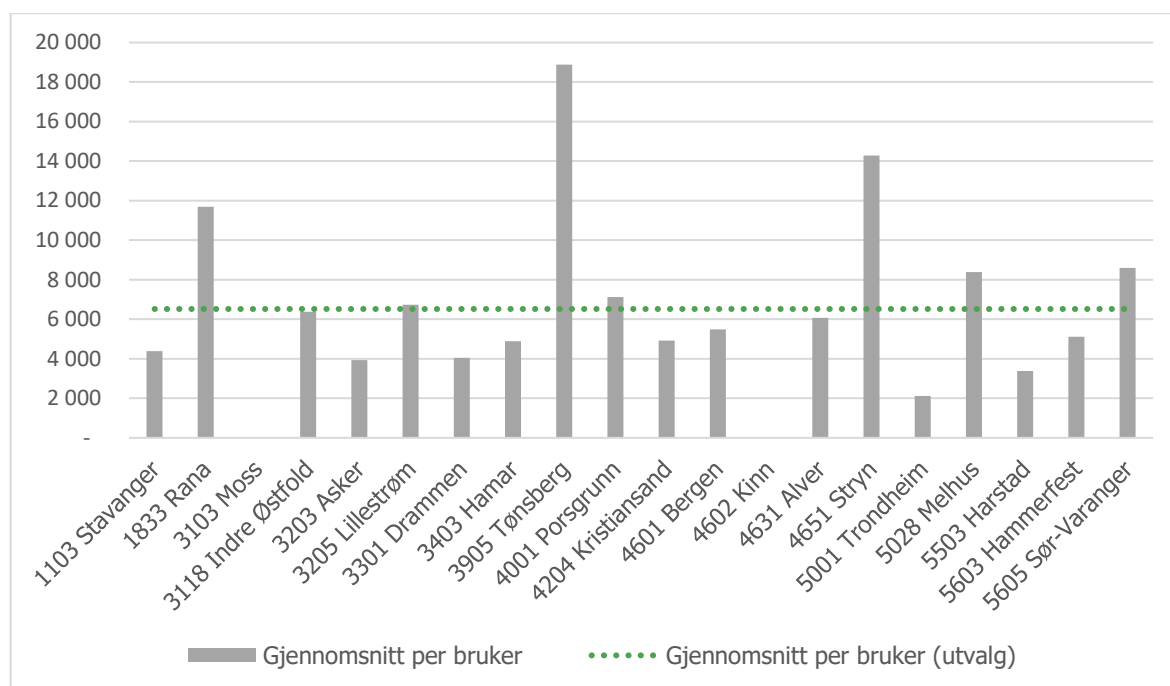


Kilde: Beregningsutvalget

Kategori 3 er et annet område hvor det er relativt mindre variasjon i gjennomsnittlig utgift. Det skyldes at dette er obligatoriske tjenester for alle i aldersgruppene, slik som helsestasjon og skolehelsetjeneste. Noen kommuner skiller seg derimot ut med høyere utgifter i kategori 3 enn de øvrige kommunene. Dette har sammenheng med organisering, hvor noen kommuner har organisert flere helsetjenester for målgruppen i kategori 3, som andre kommuner har tatt med i kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser eller kategori 2 Allmenne tjenester for hele befolkningen.

I motsetning til figur 7, som viser gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen, viser figur 8 gjennomsnittlig utgift per bruker i målgruppen. Fordi et avgrenset antall innenfor målgruppen mottar tjenester i kategori 3, kan gjennomsnittlig utgift per bruker være et mer presist mål for utgiftsnivået enn gjennomsnittlig utgift per person.

Figur 8. Gjennomsnittlig utgift per bruker i målgruppen i kategori 3 Aldersavgrensede helsetjenester. 2025. Kroner



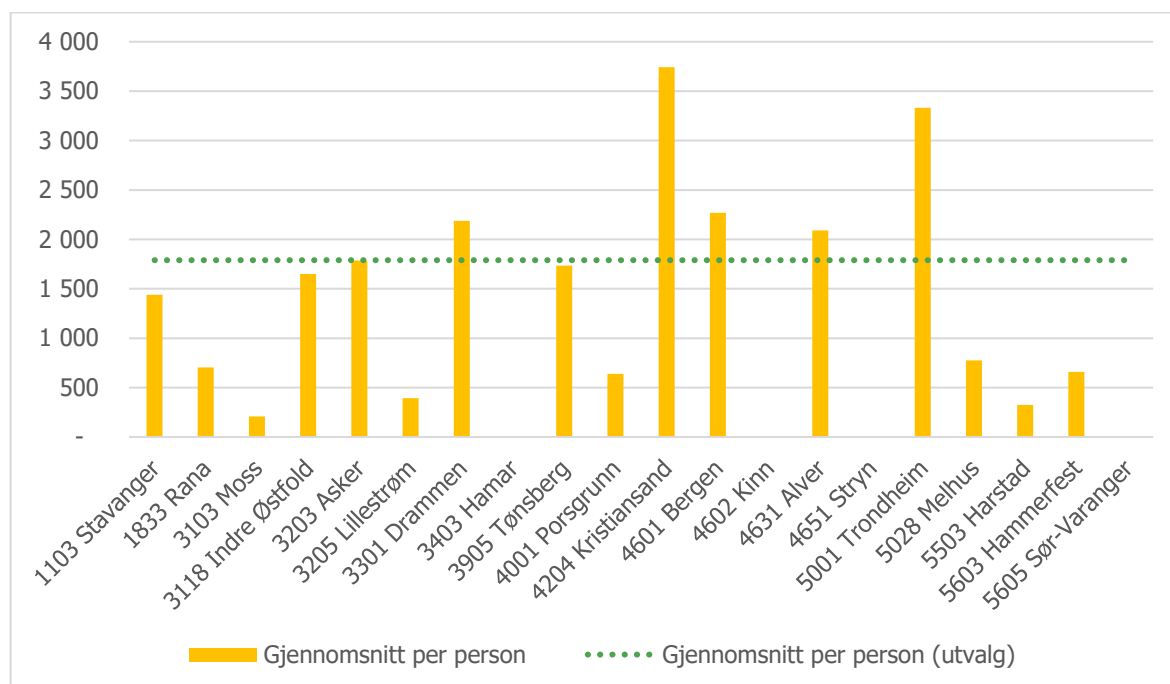
Kilde: Beregningsutvalget

For kategori 3 er det en viss sammenheng mellom gjennomsnittlig utgift per bruker og gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen. De tre kommunene som her har høyest gjennomsnittlig utgift per bruker, har også høyest gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen. Dette kan ha sammenheng med at det dreier seg om obligatoriske tjenester for alle i aldersgruppen, og at det ikke er veldig store forskjeller mellom kommunene i hvor stor andel personer i målgruppen som er i de aktuelle aldersgruppene.

Kategori 4. Vedtak om plass på helseinstitusjon/ sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet

I kategori 4 Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet, er gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen 1 789 kroner. Figur 9 viser gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen i kategori 4, for hele utvalget (stiplet linje) og for hver kommune.

Figur 9. Gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen i kategori 4 Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet, i utvalgskommunene. 2025. Kroner.



Kilde: Beregningsutvalget

I kategori 4 er variasjonen mellom kommunene i gjennomsnittlig utgift igjen relativt større. Her vil forskjeller mellom kommunene i antallet kostnadskrevende helsesaker, blant annet med behov for helsehjelp i hjemmet, og særlig antallet eldre flyktninger med behov for sykehjemsplass, i stor grad styre utgiftene. Organisering og andre faktorer vil ha mindre betydning. De fleste av kommunene har konkret oversikt over disse brukerne, derunder hvor mange timer tjenester de har mottatt.

Kommunene mottar betydelige særskilte tilskudd til denne gruppen. Totalutgiftene for helsesaker er vesentlig høyere enn det som fremkommer under kategori 4, fordi det er netto utgifter som kartlegges.

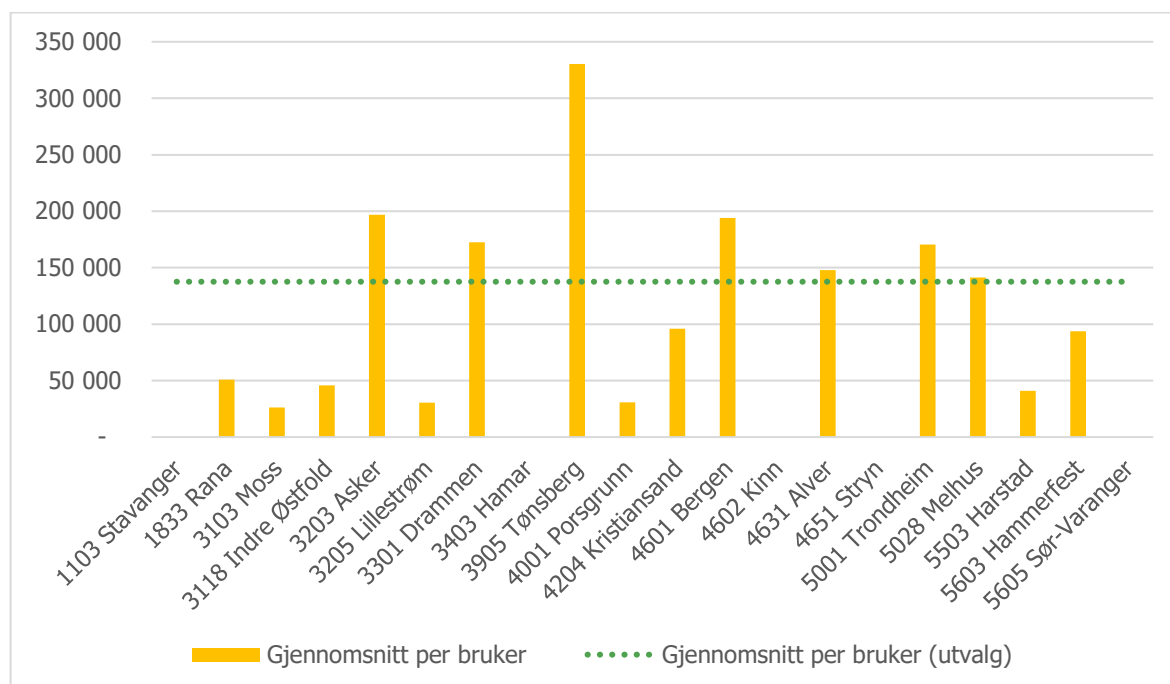
I kategori 4 er det stor forskjell på gjennomsnittlig utgift og medianutgift, hvor gjennomsnittlig utgift er mer enn dobbelt så stor som medianutgiften. Den store forskjellen skyldes at noen store kommuner trekker gjennomsnittlig utgift mye opp. Dette igjen skyldes en relativt større andel personer i målgruppen med behov for kategori 4 tjenester i de store kommunene. Det skyldes ikke at utgiften per bruker er høyere på del 4 i de store kommunene (se figur 10 under).

Det kan være flere årsaker til at de store kommunene har en større andel personer i målgruppen med behov for kategori 4 tjenester. En forklaring kan være at de største bykommunene har et bedre helsetilbud, og derfor bosetter relativt flere med omfattende behov. En annen forklaring er at kommuner har litt forskjellig policy på hvorvidt de vil bosette krevende helsesaker. En tredje forklaring er at det noen steder er etablert særskilte

mottak for helsesaker som (verts)kommunen bosetter fra. Enkelte ganger er det også tilfeldigheter som spiller inn på hvor mange personer med behov for tjenester under kategori 4 som en kommune bosetter.

I motsetning til figur 9, som viser gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen, viser figur 10 gjennomsnittlig utgift per bruker i målgruppen. Fordi et avgrenset antall innenfor målgruppen mottar tjenester i kategori 4, kan gjennomsnittlig utgift per bruker være et mer presist mål for utgiftsnivået enn gjennomsnittlig utgift per person.

Figur 10. Gjennomsnittlig utgift per bruker i målgruppen i kategori 4 Vedtak om plass på sykehjem og helsetjenester i hjemmet. 2025. Kroner.

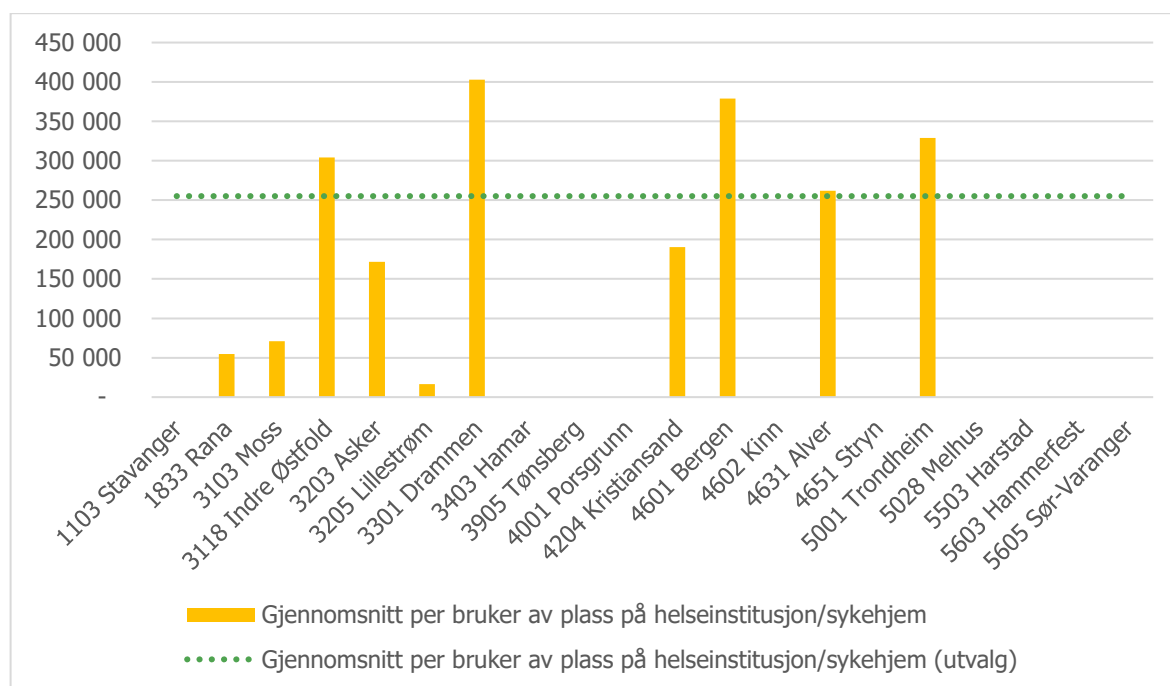


Kilde: Beregningsutvalget

I kategori 4 vil det være ganske forskjellig gjennomsnittlig utgift per bruker avhengig av om det gjelder sykehjemsplasser som normalt utløser høye utgifter, eller om det gjelder helsetjenester i hjemmet som normalt utløser vesentlig lavere utgifter. Her ser vi at kommuner som har høye utgifter per person i målgruppen ikke nødvendigvis har høye utgifter per bruker, fordi det kan dreie seg om mange brukere i hjemmet med relativt lave utgifter. Motsatt kan en kommune ha svært høye kostnader per bruker på sykehjem, men når dette dreier seg om et fåtall, så blir gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen lav.

Figur 11 ser kun på utgiftene til helseinstitusjon/sykehjem, og viser gjennomsnittlig utgift per bruker av plass. Figuren viser at enkeltbeboere har stor innvirkning på kommunenes utgifter til sykehjemsplass. Det er veldig variabelt i hvilken grad kommunene har personer i målgruppen på sykehjem, og flere kommuner har ingen. Kommunenes utgifter til sykehjemsplass varierer tilsvarende.

Figur 11. Gjennomsnittlig utgift per bruker i målgruppen av plass på helseinstitusjon/sykehjem. 2025. Kroner.

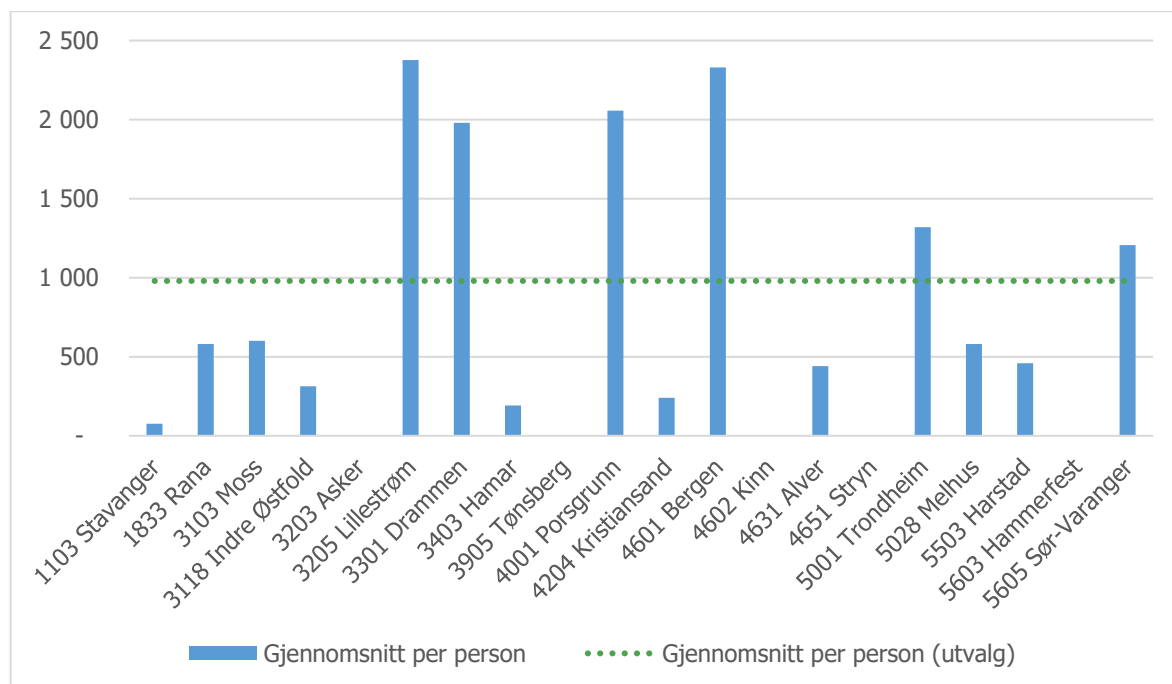


Kilde: Beregningsutvalget

Andre utgifter

I kategori 5 Andre utgifter, er gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen 980 kroner. Figur 12 viser gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen i kategori 5, for hele utvalget (stiplet linje) og for hver kommune.

Figur 12. Gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen i kategori 5 Andre utgifter. 2025. Kroner.



Kilde: Beregningsutvalget

Kategori 5 omfatter administrasjon og utgifter som ikke er ført under de fire utgiftsområdene. Noen kommuner har ført utgiftene til tolk og administrasjon her, mens andre kommuner har fordelt slike utgifter under de fire hovedkategoriene. Dette er hovedårsaken til at gjennomsnittlig utgift varierer mye på dette området.

5. Analyse av resultatet

Dette kapittelet gir en analyse av kartleggingsresultatet.

Det er flere faktorer som påvirker gjennomsnittlig utgiftsnivå, variasjon i utgiftsnivå og fordeling av utgiftene. Dette omfatter sammensetningen av målgruppen (5.1), organisering og finansiering (5.2), avgrensningen mellom utgifter som dekkes av integreringstilskuddet og utgifter som dekkes av den ordinære helsefinansieringen (5.3), samt avgrensningen mellom kartleggingen av utgifter til helsetjenester og den ordinære kartleggingen (5.4). I mindre grad kan også forskjeller i beregningsmetoder mellom kommunene ha hatt betydning. Utvalget har kvalitetssikret så langt det er mulig, at det ikke er gjort beregninger som ikke kan begrunnes med forhold i den enkelte kommune.

5.1 Sammensetningen av målgruppen i 2025

En faktor av betydning for utgiftsnivået, variasjonen i utgiftsnivå og fordelingen av utgifter er sammensetningen av målgruppen i 2025.

Særlig målgruppens helsebehov og alderssammensetning antas å ha betydning for utgiftene til helsetjenester. Det vil alltid være store individuelle forskjeller i flyktningers behov for helsetjenester, og det gis egne tilskudd for flyktninger med funksjonsnedsettelse mv. og for eldre flyktninger for å kompensere for særskilte merutgifter.

Målgruppens helsebehov

Målgruppen i 2025 består hovedsakelig av ukrainere med midlertidig beskyttelse, og det er få overføringsflyktninger og tidligere asylsøkere.

Det foreligger etter hvert mange undersøkelser om ukrainernes helse, både i hjemlandet, blant de som har flyktet, og også etter at de har vært en tid i Norge. Det er blant annet pekt på at ukrainere, sammenlignet med andre innbyggere i Norge, har dårligere tannhelse, høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer, høyere forekomst av enkelte smittsomme sykdommer og også antibiotika-resistens (Labberton et al., 2023, s. 5; FHI, 2023). Kommunene som deltok i kartleggingen ga for øvrig uttrykk for at endringen i ukrainernes helsebehov fra 2022 til 2025 er i tråd med tidligere erfaringer med ankomst av flyktninggrupper: De som kom først var gjerne friskere og mer ressurssterke, og etter hvert kom grupper med større behandlingsbehov og eldre.

Psykiske reaksjoner både før, under, og etter flukten har bidratt til psykiske helsebehov. Av om lag 2 100 ukrainske flyktninger i Norge, oppga 65 prosent at de har opplevd psykiske helseutfordringer, og 28 prosent at de har hatt behov for psykologtjenester i Norge, mens ca. 14 prosent har fått tilbud (Hernes et al., 2025, s. 9).

I kartleggingen av utgifter til helsetjenester oppga kommunene derimot at i underkant av 1 prosent av personene i målgruppen benytter seg av psykiske helsetjenester som medfører merutgifter. Denne svært lave andelen kan tyde på psykologtjenester er underrapportert. I veilederen for kartleggingen ble kommunene bedt om å være oppmerksomme på utgifter til psykolog fordi slike tjenester ikke alltid er vedtaksbasert og derfor kan gå under radaren.

Andelen av førstegangsbosatte med særlige behov økte jevnt fra 2021 til 2025, fra 1,2 prosent til 5,0 prosent. Denne økningen gjenspeiles ikke i utviklingen i andelen av målgruppen for integreringstilskuddet som fikk utbetalt ekstratilskudd i samme periode, som sank fra 2,9 prosent i 2021 til 0,9 prosent i 2023, før den igjen økte til 1,3 prosent i 2025. Andelen av utbetalte ekstratilskudd som var tilskudd 2, gikk ned fra om 80,4 prosent i 2021 til 75,3 prosent i 2025. Disse indikatorene må tolkes med varsomhet av flere grunner. Særlige behov inkluderer alt fra mindre behov for tilrettelegging til større og mer ressurskrevende behov. Et relativt lavt antall førstegangsbosatte i 2021 øker også usikkerheten dette året. Søknadsfristen for ekstratilskuddet på inntil 18 måneder (24 mnd. med utsettelse) innebærer en tidsforskyvning mellom budsjettåret og utbetalingsåret. Dette innebærer at IMDi i mange saker utbetaler tilskuddet i året etter budsjettåret. Videre vil det være naturlig at det utbetales flere tilskudd 1 i perioder med mange bosatte, da tilskudd 1 kun innvilges ved førstegangssøknad. Regelverket for utbetaling av ekstratilskuddet har også endret seg i denne perioden.

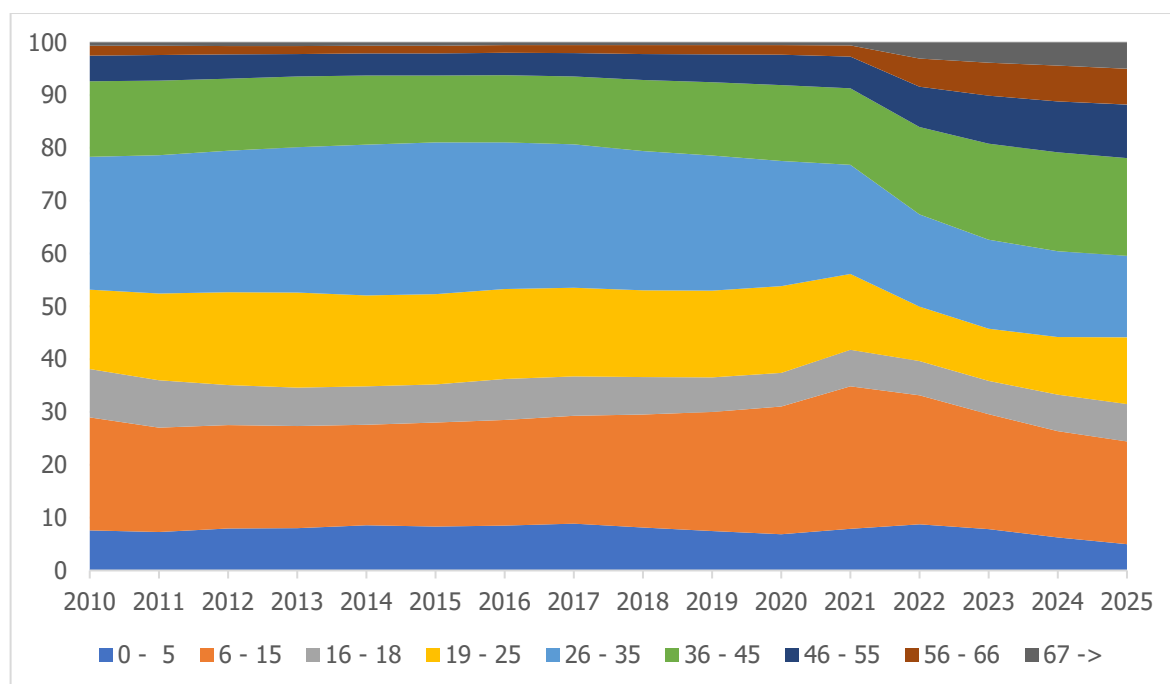
Oppsummert er kunnskapsomfanget om ukrainernes helsebehov mer omfattende enn for tidligere flyktninggrupper. Det er derfor vanskelig å si noe sikkert om hvorvidt helseutfordringene, og dermed potensielt kommunenes merutgifter til helse, er større, mindre eller på om lag samme nivå for målgruppen i 2025 sammenlignet med tidligere år. Det er liten grunn til å anta at helsebehov, og dermed kommunenes merutgifter til helse, er mindre for målgruppen i 2025 enn for tidligere år.

Målgruppens alderssammensetning

Behovet for helsetjenester øker med alder. Hovedforklaringen i forrige kartlegging for 1995 på at utgiftene til helsetjenester var lavere for flyktninger enn for den øvrige befolkningen, var en lav gjennomsnittlig alder og lav andel eldre over 67 år blant flyktningene.

Figur 13 viser alderssammensetningen for målgruppen i perioden 2010-2025.

Figur 13. Alderssammensetning for målgruppen. 2010-2025. Prosent.



Kilde: Beregningsutvalget

Figuren viser at målgruppen i 2025 har en litt høyere gjennomsnittlig alder enn målgruppen i tidligere år. Fra 2021 til 2025 økte gjennomsnittlig alder årlig fra 24,3 år til 31,4 år. Andelen av målgruppen i alle aldersgrupper over 35 år har økt fra 2021 til 2025. Andelen eldre flyktninger over 67 år, som erfaringsvis kan ha større behov for helsetjenester hjemmet og for sykehjemsplass, har økt betydelig fra 0,6 prosent i 2021 til 5,0 prosent i 2025. Det er for eksempel en liten tendens til at kommuner i utvalget med en høyere andel eldre over 67 år i målgruppen, har høyere utgifter i kategori 4. Andelen 0-5 år, som er målgruppen for helsestasjon, har derimot gått litt ned, blant annet fordi ukrainske kvinner i Norge får færre barn enn kvinner for øvrig.

I hvilken grad de eldste flyktningene har kommet på sykehjem er av stor betydning for kommunenes utgifter. Et flertall av kommunene som deltok i kartleggingen meldte at de eldste flyktningene ikke har kommet på sykehjem ennå, men at det kan komme mange om noen år. En stor andel av de eldre er bosatt sammen med familiemedlemmer som tar ansvar for dem, og disse eldre belaster derfor foreløpig i mindre grad kommunale budsjetter. Det er rimelig å anta at det her vil påløpe større utgifter senere, når de eldste med større behov etter hvert kommer inn i kommunale helsetiltak.

Omtrent tre fjerdedeler av beboerne på sykehjem i Norge er 80 år eller eldre (Hoen & Abrahamsen, 2026). Selv om andelen flyktninger over 67 år er høyere enn noen gang, er det foreløpig relativt få som er over 80 år. Om lag 12 prosent av målgruppen 67 år eller eldre var 80 år eller eldre i 2025. I og med at det kun er bosatte de 5 siste årene som utgjør målgruppen for integreringstilskuddet, vil utgifter til sykehjem for mange eldre flyktninger påløpe senere.

5.2 Organisering og finansiering

En annen faktor av betydning for utgiftsnivået, variasjonen i utgiftsnivå og fordelingen av utgifter, er organisering og finansiering. Av særlig betydning er i hvilken grad kommunene tar flyktningene direkte til fastleger og får det meste av utgiftene dekket, eller om de har en stor egen migrasjonshelsetjeneste hvor det meste i startfasen blir merutgifter.

Det er ikke ulogisk at de kommunene som bruker den ordinære finansieringen maksimalt, altså de kommunene som i størst grad takserer og får refusjon fra HELFO, er de kommunene som får de laveste merutgiftene. Dette kan også umiddelbart synes å være den beste fremgangsmåten for å håndtere utgiftene. Samtidig kan det være rasjonelt med en egen migrasjonshelse i en situasjon med et økende antall flyktninger. Hva som er beste fremgangsmåte vil avhenge av situasjonen og behovene.

Beregningsutvalget har ikke systematisk undersøkt rasjonale i at flere kommuner ikke benytter taksering av legetjenester for nyankomne flyktninger. Men noen av kommunene peker på situasjonsbestemte, praktiske og administrative årsaker: Lavere kapasitet og stabilitet på pasientlister, krav om at legetjenesten skal kunne benyttes av alle innbyggere, administrering og drift, og behovet for raske og treffsikre tiltak, som både sikrer kapasitet og kvalitet på helsetjenestene for et uvanlig høyt antall nyankomne flyktninger.

5.3 Avgrensning mellom utgifter som dekkes av integreringstilskuddet og utgifter som dekkes av den ordinære helsefinansieringen

En tredje faktor av betydning for utgiftsnivået, variasjonen i utgiftsnivå og fordelingen av utgifter er avgrensningen mellom utgifter som dekkes av integreringstilskuddet og utgifter som dekkes av den ordinære helsefinansieringen.

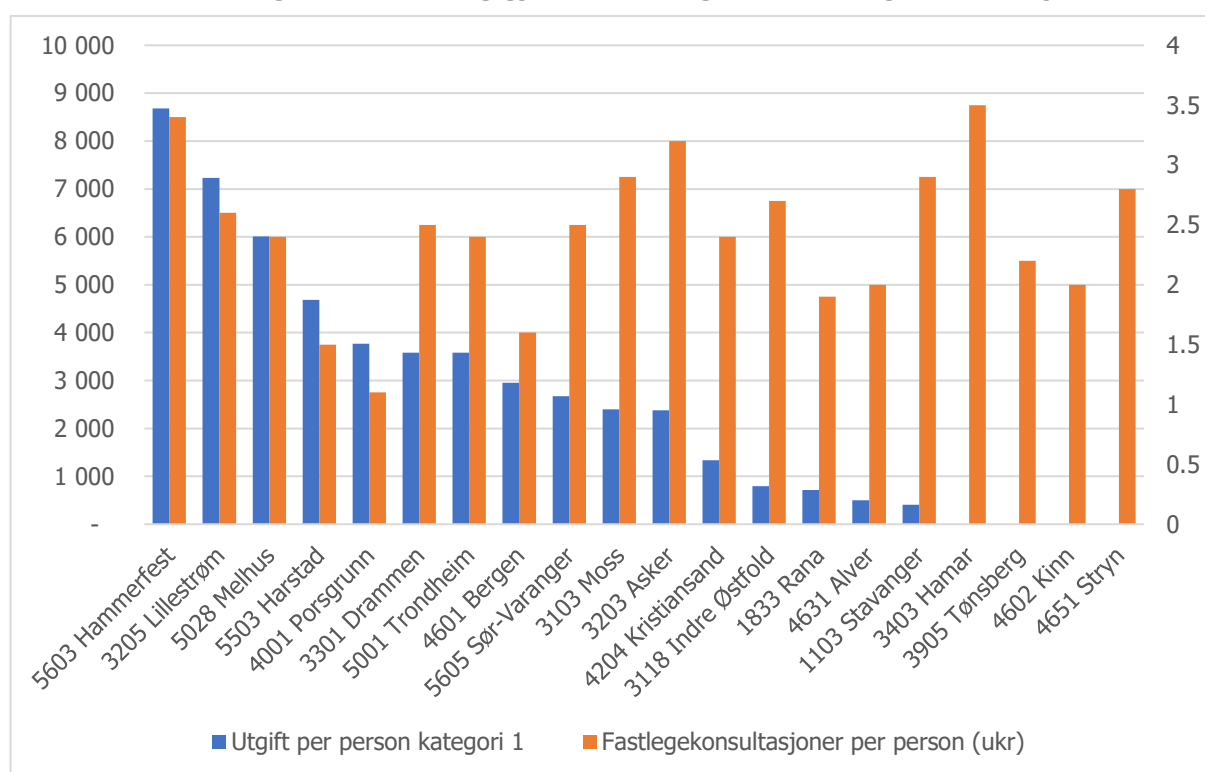
Kartleggingen av utgifter til helsetjenester omfattet ikke utgifter som kommunene får dekket gjennom den ordinære helsefinansieringen, som taksering og refusjoner fra HELFO. For å få hele bildet av flyktnings helsetjenestebruk, burde kartleggingen av utgifter til helsetjenester også ses i sammenheng med flyktnings bruk av tjenester dekket av den ordinære helsefinansieringen.

Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomførte i 2025 en undersøkelse av helsetjenestebruk blant flyktninger i 2022 og 2023 (Helland et al., 2025). Undersøkelsen viste at flyktninger sammenlignet med øvrig befolkning, hadde et underforbruk av legetjenester de første årene etter bosetting (Helland et al., 2025, s. 5). Undersøkelsen viste også at flyktninger hadde flere fastlegekonsultasjoner per person kommuner uten antatt flyktninghelsetjeneste, enn i

kommuner med antatt flyktningehelsetjeneste (Helland et al., 2025, ss. 46-47). Resultatet henger sannsynligvis sammen med at FHI sin undersøkelse ikke omfatter de tjenestene som Beregningsutvalget kartlegger, som genererer de merutgiftene som dekkes av integreringstilskuddet.

Figur 14 sammenstiller gjennomsnittlig utgift per person i kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser (primærakse) og antall fastlegekonsultasjoner per person blant flyktninger fra Ukraina (sekundærakse). Hypotesen om at kommuner med hyppig fastlegekontakt har lavere utgifter til migrasjonshelse kan i beste fall sies å stemme for 15 av kommunene, mens 5 av kommunene har både høye utgifter til migrasjonshelse og hyppig fastlegekontakt. Sammenstillingen må tolkes med varsomhet, fordi utvalget er lite, og ettersom Beregningsutvalgets kartlegging er for 2025 og FHIs undersøkelse er for 2022 og 2023.

Figur 14. Gjennomsnittlig utgift per person i målgruppen i kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser og gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner.



Kilde: Beregningsutvalget, Helland et al. (2025) og supplerende data fra FHI

5.4 Avgrensning mellom kartlegging av utgifter til helsetjenester og ordinære kartlegging

En siste faktor av betydning for utgiftsnivået, variasjonen i utgiftsnivå og fordelingen av utgifter er bokføringen og fordelingen av utgifter mellom kartleggingen av utgifter til helsetjenester og den ordinære kartleggingen. Fordelingen av utgifter har ikke betydning for det samlede resultatet av de to kartleggingene, men har isolert sett betydning for resultatet i kartleggingen av utgifter til helsetjenester.

Beregningsutvalget skal fange opp alle merutgifter som skal dekkes av integreringstilskuddet, men det er ikke en krystallklar grense mellom den ordinære kartleggingen og kartleggingen av utgifter til helsetjenester. På noen punkter kan fordelingen av utgifter diskuteres.

Noen kommuner har opplevd at det tidligere har vært gråsoner mellom hvilke utgifter som var forutsatt å inngå i det prisjusterte beløpet for helsetjenester og hvilke utgifter som skulle medtas i den ordinære kartleggingen. Forebyggende tiltak og rusomsorg var inkludert i utgiftene til helsetjenester som ble kartlagt for 1995, og inngikk dermed i det prisjusterte beløpet, samtidig som slike utgifter de senere år i noen grad har vært medtatt i den ordinære kartleggingen.

For kartleggingen av 2025 og fremover besluttet Beregningsutvalget at forebyggende tiltak og førstegangshelseundersøkelser skal med i den ordinære kartleggingen, blant annet fordi volumet her kan variere mye fra år til år, og derfor bør kartlegges årlig. Dersom forebyggende tiltak og førstegangshelseundersøkelser hadde vært inkludert i kartleggingen av utgifter til helsetjenester, ville disse ha vært høyere.

Kartleggingen av utgifter til helsetjenester bidro til å trekke opp en klarere linje mellom utgifter til rene helsetjenester og de utgiftene som ellers inngår i den ordinære kartleggingen. I noen tilfeller identifiserte også kommunene nye utgifter som skulle ha vært med i den ordinære kartleggingen tidligere. For disse kommunene bidro kartleggingen av utgifter til helsetjenester til at enkelte utgifter økte i den ordinære kartleggingen.

6. Konklusjon og anbefalinger

Dette kapittelet gir en kort konklusjon (6.1), og anbefaling for hvordan utgifter til helsetjenester bør behandles videre (6.2).

6.1 Konklusjon

Beregningsutvalgets vurdering er at kartleggingen av 2025 gir et godt grunnlag for å fastsette nivået på utgifter til helsetjenester, og er et bedre grunnlag enn det utvalget hadde i den tidligere kartleggingen av utgifter til helsetjenester. Beregningsutvalget legger derfor det nye beløpet til grunn for utgiftsåret 2025.

Kartleggingen omfattet en høy andel av målgruppen i 2025 (om lag 21 prosent), og et relativt representativt kommuneutvalg. Det kan være en svakhet at store utvalgskommuner med mange i målgruppen, Oslo og Bærum, ikke var omfattet av kartleggingen. Det er store forskjeller i utgiftsnivå mellom kommunene. Det er en tendens at de kommunene som har høyere gjennomsnittlig utgift totalt, også har høyere gjennomsnittlig utgift i kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser.

6.2 Anbefalinger

De 20 kommunene som deltok opplevde kartleggingen som nyttig, og var fornøyde med opplegget. Kartleggingen var likevel relativt omfattende, og opplevdes som ressurskrevende. Kommunene har ulike synspunkter på hvorvidt kartleggingen av utgifter til helsetjenester bør gjentas, og eventuelt hvor ofte.

Noen kommuner forventet høyere utgifter, og mener at resultatet kan bli mer korrekt dersom den gjentas. Andre mener at kvaliteten på kartleggingen var så god at det ikke er nødvendig med en ny, omfattende kartlegging. Flere av kommunene påpekte at endringer i sammensetningen av målgruppen over tid kan få betydning for fremtidig utgiftsnivå.

Utvalgets vurdering er at det ikke er nødvendig å kartlegge utgifter til helsetjenester årlig. Derimot anbefaler utvalget å følge med på hvordan de mest variable utgiftene til helsetjenester utvikler seg i årene fremover. Variasjonen i utgiftsnivå synes å være særlig stor i kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser, og kategori 4 Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet. I kategori 2 Allmenne helsetjenester for hele befolkningen og kategori 3 Aldersavgrensede tjenester i større grad er standardiserte tjenester som varierer mindre mellom kommunene og endrer seg mindre fra år til år. Dersom antallet og sammensetningen av målgruppen i kommunene endrer seg vesentlig de neste årene, kan en forenklet kartlegging være å undersøke om det er store endringer innenfor kategori 1 og kategori 4.

Kilder

- Berg, B., Lauritsen, K., Halsteinli, V. & Olsen, T. (1997). *Toppen av isfjellet? Beregning av kommunale helseutgifter for flyktninger i integreringsfasen*. SINTEF.
https://www.nb.no/maken/item/URN:NBN:no-nb_digibok_2021070948032/open
- Folkehelseinstituttet. (2023, 31. oktober). *Flyktninger fra Ukraina: Informasjon om helse- og smittevern*. <https://www.fhi.no/sm/asylsokeres-helse/flyktninger-fra-ukraina/>
- Helland, Y., Skyrud, K. D., Labberton, A. S. & Indseth, T. (2025). *Helsetjenestebruk blant flyktninger etter bosetting i Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/contentassets/a0590329998e47c6a9ef36b120df8e9b/helsetjenestebruk-blant-flyktninger-etter-bosetting-i-norge-rapport-2025.pdf>
- Hernes, V., Aasland, A., Deineko, O., Myhre, M. H., Myrvold, T. & Hjelle, M. U. (2025). *Integration trajectories and future prospects: Experiences and perceptions of Ukrainian refugees and municipal refugee services in Norway (2024-2025)*. Norwegian Institute for Urban and Regional Research.
https://www.imdi.no/globalassets/rapporter/2026/25_16983-1-ukrafly-report-2025-678501_1_1.pdf
- Hoen, B. T., Abrahamsen, D. R. (2026, 21. september). *Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge*. Statistisk Sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sykehjem-og-hjemmetjenesten-i-norge>
- Labberton, A. S., Hansen, T.M., Skogheim, T. S. & Helland, Y. (2023). *Healthcare needs among refugees from Ukraine arriving in Norway during 2022*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/contentassets/5c31f2a616fa451e97675f4c0fb755e6/healthcare-needs-among-refugees-from-ukraine-arriving-in-norway-during-2022-report-2023.pdf>

Vedlegg

Vedlegg 1. Spørreskjema

Vedlegg 2. Veileder

Kartlegging av kommunens utgifter til helse for flyktninger som utløser integreringstilskudd i 2025

Kommune:

Generell informasjon

Kartleggingen utføres av Beregningsutvalget på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Områdene som kartlegges i undersøkelsen er annet forebyggende helsearbeid (del 3), overgangsordninger for målgruppen går over i det ordinære systemet (4), diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering (5), helsestasjons- og skolehelsetjenesten (6), svangerskaps- og barselsomsorgstjenesten (7), vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem (8), vedtak om helsetjenester i hjemmet - personellbase (9) og vedtak om helsetjenester i hjemmet - ambulerende tjenester (10).

Beregningsutvalget kartlegger netto driftsutgifter. Det betyr at statstilskudd, refusjoner, salgs- og leieinntekter og andre inntekter skal trekkes fra. Gule felter i skjema gjelder hele befolkningen og er veiledende for identifisering av utgifter til målgruppen. De må ikke fylles inn.

Beregningsutvalget anbefaler at kommunen tidlig utpeker en kontaktperson for kartleggingen, som vil ha ansvaret for å koordinere innsamlingen av opplysningene i kommunen. Se også del 3 i veileder til skjema. Dersom det skulle være spørsmål som gjelder undersøkelsen eller selve utfyllingen av skjemaet send gjerne e-post til denne adressen: beregningsutvalget@imdi.no.

Kommunen oppfordres til å legge ved utdypende forklaringer i angitte felt og egne regneark der aktuelt.

Denne undersøkelsen gjelder regnskapsåret 2025.

Målgruppen i denne undersøkelsen er den samme som i hovedundersøkelsen. Forsikre dere om at antaller er det samme i begge undersøkelser.
* Flyktninger og familiegjenforente med disse som er førstegangsbosatt i landet i perioden 1.1.2021 - 31.12.2025.
* Personer med opphold på humanitært grunnlag førstegangsbosatt i landet i perioden 1.1.2021 - 31.12.2025, samt familiegjenforente med disse i perioden 1.1.2023 - 31.12.2025.
* Barn født inntil 6 måneder etter at mor er bosatt i en kommune, omfattes av målgruppen for integreringstilskudd.

Enslige mindreårige i målgruppen er definert som:
* Førstegangsbosatte i landet i perioden 1.1.2021 - 31.12.2025 som utløste integreringstilskudd i 2025 og utløste særskilt tilskudd ved bosetting av enslige mindreårige flyktninger i 2025

Husk at personer bosatt i 2020 ikke skal være med i denne kartleggingen.

1. MÅLGRUPPEN

1.1 Hvor mange personer er i målgruppen?

IMDi

Kommunen

a) Antall pr. 1.1

b) Antall pr. 31.12

c) Antall ukrainere i målgruppen pr. 1.1

d) Antall ukrainere i målgruppen pr. 31.12

1.2 Hvor mange var enslige mindreårige i målgruppen?

a) Antall enslige mindreårige pr. 1.1

b) Herav enslige mindreårige med følgeperson

c) Antall enslige mindreårige pr. 31.12

d) Herav enslige mindreårige med følgeperson

e) Antall enslige mindreårige 0-16 år pr. 31.12

f) Antall enslige mindreårige 17-20 år pr. 31.12

1.3 Hvor mange i målgruppen er førstegangsbosatt i kartleggingsåret?

a) Totalt:

b) Enslige mindreårige:

c) Herav enslige mindreårige med følgeperson

2. ORGANISERING AV HELSETJENESTER FOR FLYKTNINGER

2.1 Har kommunen en egen flyktninghelsetjeneste?

Sett kryss

Ja

Nei

2.2 Beskriv kort hvordan helsetjenestene til målgruppen er organisert i kommunen:

2.3 Hvordan fører kommunen tolkeutgifter knyttet til helsetjenester?

Sett kryss

På ulike funksjoner:

På en funksjon:

Hvor i skjema og på hvilke(n) funksjon(er)?

2.4 Hvordan er informasjon om tolkeutgifter til målgruppen tilgjengelig for kommunen, og hvordan kan denne informasjonen brukes i kartleggingen (er informasjonen spesifisert på språk, tjenested o.l.)? Beskriv:

Fremgangsmåter for å beregne målgruppens relative ressursbruk

A) Noen kommuner har regnskapstall for utgifter nyttet til målgruppen. I slike tilfeller er det ikke nødvendig å oppgi prosentandel.

B) En direkte vurdering av hvor mange årverk i den aktuelle tjenesten som benyttes til betjening av målgruppen. Deretter beregnes hvor stor andel dette utgjør av tjenestens toale antall årverk.

C) Det fremskaffes opplysninger om hvor mange klienter som finnes totalt og hvor mange av disse som tilhører målgruppen. Deretter foretas en vektning ut fra hvor mye tid i gjennomsnitt brukes per klient i målgruppen sett i forhold til gjennomsnittet for øvrige klienter.

Eksempel på utregning med en samlet vekt på 1,25:
Helsestasjonstjenesten i kommunen har 2 000 klienter. Av disse er 100 i målgruppen. Ved hjelp av kvalifisert skjønn antar vi at hver klient i målgruppen både har høyere besøksfrekvens, og bruker lengre tid på hver konsultasjon. Dette kan medføre at helsepersonellet bruker inntil 1,25 ganger mer tid på målgruppen enn gjennomsnittsklienten. Det er naturlig at annet tidsbruk for ansatte og andre driftsutgifter ikke skal vektes tilsvarende som direkte klienttid. Av de 100 som er i målgruppen, kom 30 sent på året, og får mindre enn halvårseffekt. Den samlede andelen av den brukerrettede tiden bør ta hensyn til dette. Ut fra dette kan vi sette opp følgende regnestykker:

Andel av kapasitet uten vektning:
(2000 * x)/100 = 100 X = 5 prosent
Brukere i målgruppen utgjør 5 prosent av den brukerrettede tiden.

Andel med vektning:
70 brukere i målgruppen vektes med 1,25, pga. noe mere tidsbruk.
(2000 * x)/100= 70 X = 3,5 prosent 3,5 * vekt 1,25 = 4,375

30 i målgruppen vektes med 1,25, men dette deles med 2 for å finne halvårseffekten, det gir en vekt på 0,625. Vi legger til grunn at de i gjennomsnitt har et halvt års botid i bosettingsåret.
(2000 *x)/100 = 30 X = 1,5 prosent 1,5 * 0,625 = 0,9375

Samlet vektet andel av brukerrettet tjenestekapasitet blir da 4,375 + 0,9375 = 5,3125 prosent.

I dette eksempelet kommer vi frem til at tilnærmet 5,3 prosent av samlet brukerrettet kapasitet ved helsestasjonstjenesten ble brukt på målgruppen.

Spørsmål

Svar

Veiledning

Utvalget ønsker utdypende informasjon om organisering av helsetjenester for flyktninger. Ta gjerne i bruk et eget dokument/vedlegg. Se også veileder del 2, pkt. 2.2 for utdypende informasjon.

MIGRASJONSHELSE HVOR DET ER AVSATT EGNE RESSURSER

3. ANNET FOREBYGGENDE HELSEARBEID

3.1 Innledende helseundersøkelser for innvandrere, asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente m.m.

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av innledende helseundersøkelser i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

3.2 Øvrig arbeid knyttet til annet forebyggende helsearbeid

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av øvrig forebyggende helsearbeid i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

3.3 Regnskapstall for annet forebyggende helsearbeid

Annet forebyggende helsearbeid	Driftsutgifter og driftsinntekter samlet ført på funksjon 233	Herav driftsutgifter og -inntekter til målgruppen	Enslike mindreårige i målgruppen
Lønn og sosiale utgifter (art 010 - 099)			
Andre driftsutgifter (art 100 - 480, men ikke 290)			
Brutto driftsutgifter	0	0	0
Brutto driftsinntekter (art 600 - 890, men ikke 729 og 790)			
Netto driftsutgifter	0	0	0

3.4 Beskriv hvordan kommunen har kommet frem til utgiftene til målgruppen under dette punktet. Bruk arkfaner/vedlegg for å spesifisere utgifter og vise beregninger.

4. OVERGANGSORDNINGER FØR MÅLGRUPPEN GÅR OVER I DET ORDINÆRE SYSTEMET

4.1 Overgangsordninger før målgruppen går over i det ordinære systemet

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av overgangsordninger i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

4.2 Regnskapstall for overgangsordninger før målgruppen går over i det ordinære systemet

Overgangsordninger før målgruppen går over i det ordinære systemet	Driftsutgifter og driftsinntekter samlet	Herav driftsutgifter og -inntekter til målgruppen	Herav enslike mindreårige i målgruppen
Lønn og sosiale utgifter (art 010 - 099)			
Andre driftsutgifter (art 100 - 480, men ikke 290)			
Brutto driftsutgifter	0	0	0
Brutto driftsinntekter (art 600 - 890, men ikke 729 og 790)			
Netto driftsutgifter	0	0	0

4.3 Beskriv hvordan kommunen har kommet frem til utgiftene til målgruppen under dette punktet. Bruk arkfaner/vedlegg for å spesifisere utgifter og vise beregninger.

ALLMENNE HELSETJENESTER FOR HELE BEFOLKNINGEN

5. DIAGNOSE, BEHANDLING, HABILITERING OG REHABILITERING

5.1 Fastleger, kommunale legekontor og andre legetjenester

Er det ventetid på å få tildelt fastlege? Eventuelt hvor lenge? Kommenter:

5.2 Legevakt

Veiledning

For målgruppen er det under funksjon 233 mest aktuelt å kartlegge hvilke utgifter kommunen har til innledende helseundersøkelser for flyktninger, smittevern, tuberkulosekontroll, vaksinasjon, informasjonsarbeid m.m. Eventuell finansiering av tuberkuloseundersøkelse skal trekkes fra.

Det varierer i hvilken grad kommunene har utgifter av noe omfang under funksjon 233. Dette avhenger også av regnskapsføring og hvordan kommunen har valgt å fordele helseutgifter mellom funksjonene 232, 233 og 241 i KOSTRA.

Se veileder del 2, pkt. 2.3 for utdypende informasjon om utgifter og inntekter som skal føres i denne delen av skjema.

Spørsmål

Svar

Veiledning

Gule felter i kartleggingsskjema gjelder hele befolkningen og er veiledende for identifisering av utgifter til målgruppen. De må ikke fylles inn.

Veiledning

Flere kommuner har overgangsordninger før målgruppen går over i det ordinære systemet. Det kan være migrasjonsleger og annet helsepersonell som utgjør et mellomtrinn mellom kartleggingsdelen under funksjon 233 og fastlege under funksjon 241, og som bistår flyktningene videre i systemet. Kriteriet er at utgiftene ikke dekkes av takstsystemet for fastleger/refusjonsordninger fra HELFO.

Veiledning

Gule felter i kartleggingsskjema gjelder hele befolkningen og er veiledende for identifisering av utgifter til målgruppen. De må ikke fylles inn.

Veiledning

Dette er allmenne helsetjenester som retter seg mot alle innbyggere og hele befolkningen. Stordelen av disse utgiftene dekkes av den ordinære helsefinansieringen gjennom fastlegeordningen, taksering og refusjoner fra HELFO. Dette er utgifter som derfor ikke inngår i denne kartleggingen. Det er kun de tilleggskostnadene som kommunene har til vår målgruppe vi skal kartlegge.

Se veileder del 2, pkt. 2.3 for utdypende informasjon om utgifter og inntekter som skal føres i denne delen av skjema.

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av legevakt i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

5.3 Fysioterapi, ergoterapi

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av fysioterapeut, ergoterapeut i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

5.4 Psykisk helsearbeid

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av psykisk helsearbeid i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

5.5 Regnskapstall for diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering

Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering	Driftsutgifter og driftsinntekter samlet ført på funksjon 241
Lønn og sosiale utgifter (art 010 - 099)	
Andre driftsutgifter (art 100 - 480, men ikke 290)	
Brutto driftsutgifter	0
Brutto driftsinntekter (art 600 - 890, men ikke 729 og 790)	
Netto driftsutgifter	0

Herav driftsutgifter og -inntekter til målgruppen	Enslige mindreårige i målgruppen
0	0
0	0

5.6 Beskriv hvordan kommunen har kommet frem til utgiftene til målgruppen under dette punktet. Bruk arkfaner/vedlegg for å spesifisere utgifter og vise beregninger.

ALDERSAVGRENSEDE HELSETJENESTER

6. HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN

6.1 Helsestasjonstjeneste for barn 0 til 5 år

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av helsestasjonstjeneste for barn 0 til 5 år i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

6.2 Helsestasjonstjeneste for ungdom

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av helsestasjonstjeneste for ungdom i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

6.3 Skolehelsetjeneste (grunn- og videregående opplæring)

Spørsmål

Svar

Veiledning

Gule felter i kartleggingsskjema gjelder hele befolkningen og er veiledende for identifisering av utgifter til målgruppen. De må ikke fylles inn.

Veiledning

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan være noe ulikt organisert i kommunene, blant annet i hvilken grad tjenestene er samlet eller adskilt, og i hvilken grad de er geografisk inndelt, og spesialisert.

Funksjon 232 omfatter både helsestasjon 0-5 år, helsestasjon for ungdom, og skolehelsetjeneste 6-20 år, inkludert vaksinasjonsprogram, og jordmor- svangerskap barseltjeneste (som er omtalt nedenfor i en egen skjemadel). Det dreier seg altså både om ulike deltjenester og tjenester som retter seg mot helt ulike aldersgrupper, hvor ressursbruk til vår målgruppe antagelig må vurderes på ulike måter, eventuelt med ulik vektning. Her kan det med fordel benyttes egne exelark/hjelpeskjemaer for hver av disse enkelttjenestene for å beregne utgiftene til målgruppen. Se faner som er lagt inn under skjemadelen.

Se veileder del 2, pkt. 2.3 for utdypende informasjon om utgifter og inntekter som skal føres i denne delen av skjema.

Spørsmål

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av skolehelsetjeneste i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

6.4 Regnskapstall for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	Driftsutgifter og driftsinntekter samlet
Lønn og sosiale utgifter (art 010 - 099)	
Andre driftsutgifter (art 100 - 480, men ikke 290)	
Brutto driftsutgifter	0
Brutto driftsinntekter (art 600 - 890, men ikke 729 og 790)	
Netto driftsutgifter	0

Herav driftsutgifter og -inntekter til målgruppen	Enslige mindreårige i målgruppen
0	0
0	0

Svar

Veiledning

Gule felter i kartleggingsskjema gjelder hele befolkningen og er veiledende for identifisering av utgifter til målgruppen. De må ikke fylles inn.

6.5 Beskriv hvordan kommunen har kommet frem til utgiftene til målgruppen under dette punktet. Bruk arkfaner/vedlegg for å spesifisere utgifter og vise beregninger.

7. SVANGERSKAPS- OG BARSELSOMSORGSTJENESTEN

7.1 Svangerskaps- og barselsomsorgstjenesten

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av svangerskaps- og barselsomsorgstjeneste i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

7.2 Regnskapstall for svangerskaps- og barselsomsorgstjenesten

Svangerskaps- og barselsomsorgstjenesten	Driftsutgifter og driftsinntekter samlet
Lønn og sosiale utgifter (art 010 - 099)	
Andre driftsutgifter (art 100 - 480, men ikke 290)	
Brutto driftsutgifter	0
Brutto driftsinntekter (art 600 - 890, men ikke 729 og 790)	
Netto driftsutgifter	0

Herav driftsutgifter og -inntekter til målgruppen	Enslige mindreårige i målgruppen
0	0
0	0

Veiledning

Dette er i skjemaet skilt ut som et eget område for å tydeliggjøre at det dreier seg om egne oppgaver, selv om det tilhører funksjon 232 og ofte er organisert sammen med helsestasjonstjenesten.

Se veileder del 2, pkt. 2.3 for utdypende informasjon om utgifter og inntekter som skal føres i denne delen av skjema.

Veiledning

Gule felter i kartleggingsskjema gjelder hele befolkningen og er veiledende for identifisering av utgifter til målgruppen. De må ikke fylles inn.

7.3 Beskriv hvordan kommunen har kommet frem til utgiftene til målgruppen under dette punktet. Bruk arkfaner/vedlegg for å spesifisere utgifter og vise beregninger.

VEDTAK OM Plass på Helseinstitusjon/Sykehjem og VEDTAK OM Helsetjenester i Hjemmet

8. VEDTAK OM Plass på Helseinstitusjon/Sykehjem

8.1 Helseinstitusjon/sykehjem

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av helseinstitusjon/sykehjem i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

8.2 Regnskapstall for vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem

Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem	Driftsutgifter og driftsinntekter samlet ført på funksjon 253
Lønn og sosiale utgifter (art 010 - 099)	
Andre driftsutgifter (art 100 - 480, men ikke 290)	
Brutto driftsutgifter	0
Brutto driftsinntekter (art 600 - 890, men ikke 729 og 790)	
Netto driftsutgifter	0

Herav driftsutgifter og -inntekter til målgruppen	Enslige mindreårige i målgruppen
0	0
0	0

Veiledning

Kommunene bes opplyse om hvor mange flyktninger i målgruppen for integreringstilskuddet som eventuelt er i institusjon/på sykehjem, fordelt på eldre over 67 år og yngre funksjonshemmede.

Ved beregning av utgifter kan kommunene benytte enhetskostnader for netto driftsutgifter per institusjonsplass slik det rapporteres i KOSTRA. Inntekter fra egenandeler ved opphold i institusjon skal trekkes fra utgiftene.

Veiledning

Gule felter i kartleggingsskjema gjelder hele befolkningen og er veiledende for identifisering av utgifter til målgruppen. De må ikke fylles inn.

8.3 Beskriv hvordan kommunen har kommet frem til utgiftene til målgruppen under dette punktet. Bruk arkfaner/vedlegg for å spesifisere utgifter og vise beregninger.

9. VEDTAK OM HELSETJENESTER I HJEMMET - PERSONELLBASE

9.1 Helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie)

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av helsetjenester i hjemmet i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

9.2 Regnskapstall for hjemmetjenester - personellbase knyttet til bofellesskap/samløkaliserte omsorgsboliger

Hjemmetjenester - personellbase knyttet til bofellesskap/samløkaliserte omsorgsboliger	Driftsutgifter og driftsinntekter samlet ført på funksjon 257	Herav driftsutgifter og -inntekter til målgruppen	Enslige mindreårige i målgruppen
Lønn og sosiale utgifter (art 010 - 099)			
Andre driftsutgifter (art 100 - 480, men ikke 290)			
Brutto driftsutgifter	0	0	0
Brutto driftsinntekter (art 600 - 890, men ikke 729 og 790)			
Netto driftsutgifter	0	0	0

9.3 Beskriv hvordan kommunen har kommet frem til utgiftene til målgruppen under dette punktet. Bruk arkfaner/vedlegg for å spesifisere utgifter og vise beregninger.

10. VEDTAK OM HELSETJENESTER I HJEMMET - AMBULERENDE TJENESTER

10.1 Helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie)

Antall personer i målgruppen som benyttet seg av helsetjenester i hjemmet i 2025

Er dette telling eller et anslag?

Sett kryss

Telling

Anslag

Beskriv målgruppens bruk av tjenesten:

10.2 Regnskapstall for hjemmetjenester - ambulerende virksomhet med mer

Hjemmetjenester - ambulerende virksomhet med mer	Driftsutgifter og driftsinntekter samlet ført på funksjon 258	Herav driftsutgifter og -inntekter til målgruppen	Enslige mindreårige i målgruppen
Lønn og sosiale utgifter (art 010 - 099)			
Andre driftsutgifter (art 100 - 480, men ikke 290)			
Brutto driftsutgifter	0	0	0
Brutto driftsinntekter (art 600 - 890, men ikke 729 og 790)			
Netto driftsutgifter	0	0	0

10.3 Beskriv hvordan kommunen har kommet frem til utgiftene til målgruppen under dette punktet. Bruk arkfaner/vedlegg for å spesifisere utgifter og vise beregninger.

11. HELSERELATERTE FELLESKOSTNADER OG ANDRE ELSEUTGIFTER IKKE FØRT ANDRE STEDER

11.1 Regnskapstall for felleskostnader

Spesifikasjon av felleskostnader (angi funksjon)	Brutto driftsutgifter	Brutto driftsinntekter	Netto driftsutgift samlet for tiltaket	Beregningsfaktor	Herav netto driftsutgift knyttet til målgruppen
Økonomi og regnskap					
Ikt					
Administrasjon					
Personal					
Servicetorget					
SUM	0	0	0		0

Eventuelle merknader - beskriv tiltakene og begrunn beregningsfaktor:

11.2 Regnskapstall for andre kostnader som ikke er ført andre steder i skjemaet

Spesifikasjon av andre kostnader (angi funksjon)	Brutto driftsutgifter	Brutto driftsinntekter	Netto driftsutgift samlet for tiltaket	Ev. beregningsfaktor	Herav netto driftsutgift knyttet til målgruppen
SUM	0	0	0		0

Eventuelle merknader - beskriv tiltakene og begrunn eventuell beregningsfaktor:

Veiledning

Omfatter helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie.

Se veileder del 2, pkt. 2.3 for utdypende informasjon om utgifter og inntekter som skal føres i denne delen av skjema.

Veiledning

Gule felter i kartleggingsskjema gjelder hele befolkningen og er veiledende for identifisering av utgifter til målgruppen. De må ikke fylles inn.

Veiledning

Ambulerende tjenester omfatter helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie.

Se veileder del 2, pkt. 2.3 for utdypende informasjon om utgifter og inntekter som skal føres i denne delen av skjema.

Veiledning

Gule felter i kartleggingsskjema gjelder hele befolkningen og er veiledende for identifisering av utgifter til målgruppen. De må ikke fylles inn.

Veiledning

Kommunens helseutgifter skal i utgangspunktet være ført på de ovennevnte tjenestene. Dersom kommunen har andre helseutgifter som ikke er ført på disse tjenestene, bes de spesifiseres her. Dette gjelder også tolkeutgifter som ikke er ført under de ulike funksjonene.

Dersom det påløper felleskostnader som ikke har blitt fordelt mellom helsetjenestene under de forskjellige funksjonene, kan dette gjøres her pkt 11.1.

Inntekter som heller ikke er trukket fra under den enkelte helsetjeneste, kan også føres i denne skjemadelen.

Se veileder del 2, pkt. 2.4 for utdypende informasjon om utgifter som skal føres i denne delen av skjema.

Spørsmål

Svar

Opplysningene er gitt av:

Navn

Telefon

E-post



Beregningsutvalget



Veileder til kartlegging av helseutgifter

I forbindelse med Beregningsutvalgets kartlegging av kommunenes utgifter i 2025 til bosetting av integrering av flyktninger og personer med opphold på humanitært grunnlag.

Denne veilederen har tre deler. Del 1 er en generell introduksjon til kartleggingen av helseutgifter. Del 2 utdyper de ulike delområdene i kartleggingsskjemaet. Del 3 gir anbefalinger og praktiske råd om hvordan kommunene bør gripe an helsekartleggingen.



Innholdsfortegnelse

DEL 1 Generell introduksjon til kartlegging av helseutgifter	3
1.1 Hensikt og bakgrunn for kartlegging av helseutgifter i 2025.....	3
1.2 Utgifter til den enkelte helsetjeneste under hver KOSTRA-funksjon	3
1.3 Avgrensing av utgiftsområder som skal kartlegges	4
Utgifter til helsetjenester og utgifter til omsorgstjenester.....	4
Utgifter til helsetjenester og utgifter til tannhelse.....	5
Andre avgrensninger	6
1.4 Metoder for å identifisere kostnader til helsetjenester.....	6
Regnskapstall, prosjektrengskap, konteringsstreng – fremgangsmåte A.....	7
Identifisere antall årsverk (faktisk ressursbruk) – fremgangsmåte B	7
Anslag på andel av tjenestekapasitet ut fra andelen brukere i målgruppen – fremgangsmåte C	7
1.5 Vekting	8
1.6 Oversikt over tilskudd og andre inntekter som skal trekkes fra	9
DEL 2 Utdyping av de ulike delområdene i skjemaet	11
2.1 Målgruppen	13
2.2 Organisering av helsetjenestene – kommunebilde	14
2.3 Kartlegging av helsetjenestene – fire hovedkategorier	14
Kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser	14
Kategori 2 Allmenne helsetjenester for hele befolkningen	15
Kategori 3 Aldersavgrensede helsetjenester	18
Kategori 4. Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet	19
2.4 Andre helseutgifter og helserelaterte felleskostnader	22
Andre helseutgifter	22
Helserelaterte felleskostnader	22
DEL 3 Praktiske råd for kartleggingen av helseutgifter	23
3.1. Praktiske råd	23
3.2. Vedr. bruk av personlister over målgruppen.....	24

DEL 1 Generell introduksjon til kartlegging av helseutgifter

1.1 Hensikt og bakgrunn for kartlegging av helseutgifter i 2025

Helseutgifter til flyktninger har ikke vært kartlagt siden 1997 og ble da anslått til 15 000 kroner per flyktning i 5-årsperioden for integreringstilskuddet. Av ressursmessige og metodiske årsaker har ikke helseutgifter inngått i de årlige kartleggingene. Helseutgiftene har vært prisjustert årlig på bakgrunn av kartleggingen fra 1997. Beregningsutvalget mener at det er behov for en oppdatert kartlegging av helseutgiftene. Hensikten er å få en oppdatering av hva som i dag er de reelle utgiftene til helsetjenester for målgruppen.

Kartleggingen omfatter de helseutgifter til flyktninger i 5-årsperioden som kommunene ikke får dekket gjennom det ordinære finansieringssystemet (rammefinansiering, basistilskudd, takster/refusjoner fra HELFO¹, øremerkede tilskudd), dvs. de merutgiftene kommunene har til helsetjenester som skal dekkes av integreringstilskuddet.

Kartleggingen vil ta utgangspunkt i utgiftene i 2025, med innrapportering i 2026. En kartlegging av helseutgifter omfatter flere praktiske og metodiske spørsmål, og må derfor planlegges i god tid. Planlegging, veiledning og avklaring med kommunene vil derfor foregå i 2024 og 2025. Kartleggingen vil kreve et samarbeid mellom kommunalt ansatte med kompetanse på regnskap, helse og flyktninger, og med representanter fra Beregningsutvalget. Etter at kartleggingen er ferdig gjennomført første halvår 2026, vil utvalget vurdere hvordan et nytt beløp for helseutgifter kan fastsettes. Utvalget vil også vurdere om det er grunnlag for å bruke det til videre prisjustering eller om helseutgifter bør kartlegges over flere år.

1.2 Utgifter til den enkelte helsetjeneste under hver KOSTRA-funksjon

Kartleggingen av de kommunale helseutgiftene er i utgangspunktet basert på hvordan utgiftene blir rapportert og gruppert i KOSTRA. Jamfør [KOSTRA-veileder for 2025](#) datert 1.11.2024. KOSTRA-funksjonene er imidlertid på et for overordnet nivå til å kunne beregne de konkrete utgiftene. KOSTRA-funksjonene består av ulike deltjenester og oppgaver, hvor ressursbruken til målgruppen kan variere mye mellom de ulike deltjenestene.

Rapporteringen av utgifter må derfor skje på et lavere nivå. De forskjellige tjenestene må kartlegges separat for å finne utgifter til målgruppen. Inndelingen i kartleggingsskjemaet er bevisst gjort noe mer finmasket enn i KOSTRA, for å gjøre det lettere å rapportere på den enkelte tjenesten. I tillegg anbefales kommunene å bruke hjelpeskjemaer/regneark for hver tjeneste/deltjeneste. Dette vil gi en bedre oversikt over hvordan utgiftene til målgruppen framkommer. Se de konkrete eksemplene under omtalen av hver KOSTRA-funksjon nedenfor

¹ [Helfo - for helseaktører](#)

i denne veilederen, og hjelpearkene som er lagt inn i kartleggingsskjemaet. I de forskjellige skjemadelene er det henvist til de KOSTRA-funksjonene hvor de aktuelle utgiftene oftest blir ført. Det kan imidlertid variere noe fra kommune til kommune hvor enkelte utgifter føres i regnskap og KOSTRA. Kommunene bes blant annet være oppmerksom på utgifter til psykisk helsevern, hvor det ikke er noen eksplisitt KOSTRA-funksjon. Det avgjørende er at samtlige helseutgifter som kommunen har til flyktninger kommer med, en gang, uansett hvor det er ført. Dette gjelder både at det ikke er ført flere ganger i helseskjema, men også et de samme utgiftene ikke er tatt med i skjema for hovedundersøkelsen.

For å kvalitetssikre at samtlige kommunale helseutgifter kommer med, kan et tips være å benytte de konkrete KOSTRA-artene som inneholder helseutgifter, og kjøre ut en totaløkonomirapport fordelt på KOSTRA-funksjoner, og deretter ta kontakt med ansvarlige i de kommunale tjenesteområdene, og spørre om de har tiltak for noen i målgruppen.

1.3 Avgrensing av utgiftsområder som skal kartlegges

Hvilke helsetjenester kommunen har ansvar for og skal tilby, kommer frem av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3.2. Det er til sammen mange ulike helsetjenester, som kan gjenfinnes under de ulike KOSTRA-funksjonene i kartleggingsskjemaet.

I utgangspunktet er det hvilken lov de ulike tjenester og tiltak er hjemlet i som avgjør hvorvidt utgiftene skal inngå i helsekartleggingen eller ikke. Tiltakene som medtas må være hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (som også omfatter psykisk helse). Tjenester og tiltak som er hjemlet i lov om sosiale tjenester skal ikke medtas, heller ikke økonomisk stønad til medisiner og egenandeler.

Utgifter til helsetjenester og utgifter til omsorgstjenester

Det er noen gråsoner mellom utgifter til helsetjenester og utgifter til omsorgstjenester. Det gjøres ikke noe eksplisitt skille mellom utgifter til helsetjenester versus til omsorgstjenester i KOSTRA, og noen av KOSTRA-funksjonene omfatter både helsetiltak og omsorgstiltak. Her må kartleggingen av helseutgifter avgrenses opp mot den kartleggingen som gjøres i hovedundersøkelsen, slik at ikke samme utgifter tas med to ganger. Se nærmere presiseringer under kap. 2.3, s. 21.

Helsekartleggingen av 2025 i 2026 er en anledning til å gå opp grenseoppgangen mot omsorgstiltak som ligger inne i hovedundersøkelsen, og også foreta en oppdatering av hva som defineres som omsorg og hva som skal defineres som helse. Dette for at både konkretiseringen og avgrensingen skal bli så presis som mulig, særlig dersom helseutgifter senere skal prisjusteres og ikke kartlegges hvert år. I kartleggingen bør det derfor kvalitetssikres at alle utgifter til både helse og omsorg som dekkes av integreringstilskuddet inngår i kartleggingen, dvs. at alle utgifter medtas, men bare en gang.

I hovedundersøkelsen inngår nettoutgifter for 1) Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom,



nedsatt funksjonsevne, alder eller av andre årsaker, 2) Hjemmetjeneste/personlig assistanse (som tidligere ble kalt hjemmehjelp) som ikke er helsetjeneste, men ofte gis samtidig, 3) Avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid, 4) Støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av nedsatt funksjonsevne, alder eller sosiale problemer, 5) Plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til de som har behov for det på grunn av nedsatt funksjonsevne og 6) Lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. I tillegg anses 7) Aktiviseringstjenester (funksjon 234) som en praktisk bistandstjeneste som skal inngå i Hovedundersøkelsen og 8) Utgifter til rustjenester (funksjon 243) som ytes som en praktisk bistandstjeneste inngår i hovedundersøkelsen.

Enkelte forebyggende helsetiltak inngår fra før som en utgift i hovedundersøkelsen, og det som der allerede er tatt med som utgifter til forebyggende helsetiltak, skal ikke medtas som en utgift en gang til, men kan gjerne markeres og inngå i oversikten over utgifter for å få frem helheten, og kvalitetssikre at alt er med.

Kommunalt rusarbeid er definert som en omsorgstjeneste/praktisk bistandstjeneste, som inngår i hovedundersøkelsen, og ikke som en helsetjeneste. I den grad flyktninger med rusproblemer mottar helsetjenester, skal utgiften tas med under den enkelte helsetjeneste. Når tiltak mot rus omfatter helsetjenester som fastlege eller hjemmesykepleie, vil helseutgiftene normalt inngå i disse helsetjenestene. Utgifter til rustjenester skal altså ikke medtas i denne helsekartleggingen, men inngå i hovedundersøkelsen.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for opioidavhengighet (heroin m.m.) er en del av Tverrfaglig spesialisert rusbehandling innenfor den statlige Spesialisthelsetjenesten, og utgifter skal normalt dekkes av Helseforetakene. Utgifter til LAR skal derfor ikke medtas i denne helsekartleggingen, med mindre kommunene kan dokumentere netto merutgifter til personer i målgruppen.

Hjemmetjenester og andre omsorgstjenester som under KOSTRA-funksjonene 253, 257 og 258 ikke er definert som rene helsetjenester gjennom vedtak i helse- og omsorgsloven, skal ikke medtas i denne kartleggingen. Det må imidlertid presiseres at helseutgifter ifølge definisjonen til SSB, basert på retningslinjer fra OECD, også omfatter de delene av utgiftene til pleie- og omsorgsformål og rusmiddelomsorg som kan spesifiseres som helseutgifter.

Utgifter til helsetjenester og utgifter til tannhelse

Vedr. utgifter til tannhelse: Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten, og dekker utgiftene til tannhelse for barn og unge voksne fra 0-24 år, finansiert gjennom det statlige inntektssystemet for fylkeskommunene (jamfør Lov om tannhelsetjeneste, fra 1.7.2024). Ansaret omfatter ikke unge voksne 19-24 år med midlertidig oppholdstillatelse. Kommunale utgifter til tannhelse/tannlege for flyktninger over 18 år skal som hovedregel medtas i hovedundersøkelsen (og bokføres som sosialhjelp, ventestønad mm.), og inngår derfor ikke i denne kartleggingen av utgifter til kommunale helsetjenester.



Andre avgrensninger

Utgifter til helsetiltak som er hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenesten vil normalt være et statlig ansvar gjennom de regionale helseforetakene, og skal ikke medtas, med mindre det er former for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, hvor kommunen har utgifter til den enkelte flyktning, som ikke dekkes på annen måte.

Utgifter til spesialpedagogiske tjenester inngår ikke i kartleggingen av helseutgifter. Enkelte av KOSTRA-funksjonene som inngår i kartleggings skjemaet, inneholder mer enn helsetjenester, og spørsmål om avgrensning omtales også under den enkelte funksjon nedenfor i denne veiledningen.

1.4 Metoder for å identifisere kostnader til helsetjenester

Det er de faktiske kostnadene til helseutgifter som kommunen har til flyktninger i 2025 som skal kartlegges, uavhengig av om det anses utilstrekkelig eller å utgjøre et bedre tilbud enn nødvendig, i forhold til behov, lovverk og anbefalinger. Beregningsutvalgets mandat er å kartlegge faktisk utgifter, ikke å foreta en kvalitativ vurdering om ressursinnsatsen er tilstrekkelig og av god kvalitet. For analysene sin del er det imidlertid viktig å peke på flaskehalser, prioriteringsutfordringer, og eventuelle oppbyggings- og nedbyggingsutfordringer i tjenestene. Kommunene kan derfor gjerne opplyse om det dersom tilbudet av ulike årsaker har vært for knapt i forhold til behovene, eller også om tilbudet har vært bedre og ressursinnsatsen større enn det man i ettertid anser som nødvendig.

Vi ønsker opplysninger om driftsutgifter og inntekter til kommunale helsetjenester for personer i målgruppen, både de konkrete utgiftene som brukes til egne tiltak rettet mot målgruppen, og i noen tilfeller andelen av utgifter som knytter seg til målgruppens bruk av tjenester som gis til alle innbyggere eller definerte aldersgrupper.

Kommunale helseutgifter defineres her som netto driftsutgifter til helsetjenester. Det betyr at statlige øremerkede midler som tilskudd og øvrige inntekter ført på den enkelte helsetjeneste skal trekkes fra når utgiftene beregnes. Integreringstilskudd til flyktninger skal imidlertid ikke trekkes fra. Der hvor integreringstilskuddet gjennom interne overføringer er ført som inntekt på helsetjenester skal denne inntekten derfor holdes utenfor. Se punkt 1.6 nedenfor om aktuelle tilskudd.

Kostnader som skal inkluderes omfatter både personalkostnader og andre kostnader. Beregningsutvalget vil i sine beregninger av kommunenes totale kostnader også kunne kommentere forholdet til den generelle finansieringen av helsetjenester for alle innbyggere. Kommunene skal i kartleggingen imidlertid ikke forholde seg til finansieringen av helsetjenester gjennom inntektssystemet, innbyggertilskudd mv.

Grovt sett er det tre metoder kommunene kan benytte for å identifisere helseutgifter til målgruppen:

Regnskapstall, prosjektrekskap, konteringsstreng – fremgangsmåte A

I kartleggingen ønsker vi i størst mulig grad å identifisere de faktiske utgiftene til flyktninger innenfor de ulike helsetjenestene og oppgavene («nedenfra og opp»). Fremfor å gjøre grove anslag på målgruppens andel av de totale kostnadene, basert på befolkningsandeler mv. («ovenfra og ned»).

Noen kommuner vil kunne ha faktiske regnskapstall for noen utgifter til målgruppen. Erfaringsvis har de fleste kommunene fra før i mindre grad konkrete regnskapstall for utgifter til målgruppen innenfor de forskjellige tjenestene. Utvalgskommunene oppfordres til i større grad å etablere konteringsstreng og prosjektrekskap for helseutgiftene i 2025. Erfaringer tyder på at selv om kommuner etablerer kontostreng for å føre utgifter til målgruppen på eget objekt, kan dette i praksis være utfordrende å følge opp for alle de involverte tjenestene og enhetene. Blant annet kan det være vanskelig å skille mellom flyktninger i målgruppen og de som er i asylmottak, for de kommunene som har dette. Det er derfor ønskelig at dette tas opp med de involverte kommunale etatene, i samråd med controller. Utvalget vil sammen med seks «dybdekommuner» innhente erfaringer på hva som kan være god praksis for å registrere utgifter underveis for 2025.

Identifisere antall årsverk (faktisk ressursbruk) – fremgangsmåte B

Kommunen kan finne faktisk ressursbruk ved å identifisere hvor mange årsverk innenfor hver helsetjeneste som blir brukt til målgruppen. Og deretter beregne hvor stor del dette utgjør av totalt antall årsverk innenfor hver tjeneste. For noen kommuner og tjenester lar det seg erfaringsvis gjøre å vurdere direkte hvor mange årsverk innenfor de aktuelle tjenestene som brukes på målgruppen – det vi kaller fremgangsmåte B.

Metoden har vært mest brukt i mindre kommuner med oversiktlig organisering av tjenestene til målgruppen. I mindre kommuner kjenner man i stor grad til personene i målgruppen, og har bedre oversikt over bruken av helsetjenester. I store kommuner har det oftere vært gjort beregninger over andelen brukere i målgruppen. Bedre oversikt over personer i målgruppen som kan kobles mot fagsystemene, vil her være nyttig. Beregningsutvalget oppfordrer kommunen til, så langt som mulig å slå opp i fagsystemer der det er vedtaksbaserte helsetjenester, for å finne kostnader og inntekter knyttet til målgruppen.

Anslag på andel av tjenestekapasitet ut fra andelen brukere i målgruppen – fremgangsmåte C

Kommunene kan bruke opplysninger om målgruppen sin del av det totale antallet brukere i den enkelte tjeneste for å beregne kapasitetsandelen. Først finner kommunene opplysninger om hvor mange klienter/brukere det er totalt innenfor hver helsetjeneste, og deretter hvor mange av disse som tilhører målgruppen innenfor hver tjeneste. Dersom tidsbruken er en annen enn for øvrige brukere, kan vekting vurderes.

1.5 Vekting

På samme måte som det gjøres for enkelte tjenesteområder i hovedundersøkelsen, kan det også for enkelte helsetjenester være aktuelt å vekte ressurser brukt til målgruppen, sammenlignet med gjennomsnittlig ressurser brukt på øvrige brukere. For helsestasjon kan det for eksempel tenkes at det går mer tid per konsultasjon fordi det skal gis mer informasjon og eventuelt brukes tolk. Det kan også tenkes at det er høyere besøksfrekvens. Enkelte kommuner har pekt på at målgruppen i noe større grad enn andre ikke møter opp til avtalt tid på helsestasjon. Dette er faktorer som i sum kan tilsi vekting på funksjon 232. Kommunen kan vurdere å vekte andelen av ressurser som går med til målgruppen ut fra hvor mye tid som i gjennomsnitt blir brukt per klient sett i forhold til gjennomsnittet for de øvrige brukerne. Det er normalt bare tidsbruk/klientid som vektet, øvrige driftsutgifter (unntatt bruk av tolk) vil normalt være lik for alle brukere. Eksempler på vekting gis i skjema.

Hvorvidt en kommune bruker mer eller mindre tid og ressurser på en flyktning enn en «ordinær» innbygger, innenfor de ulike helsetjenestene, er imidlertid et empirisk spørsmål som kommunen må basere på konkrete erfaringer. Aldersfordelingen i flyktninggruppen sett i forhold til befolkningen ellers kan også ha betydning for andelen av ressursbruken innenfor hver helsetjeneste som går med til målgruppen. Kommunen bør også vurdere nedtrekk når andelen av år 1 i målgruppen benytter tjenestene bare deler av året på grunn av kortere botid i bosettingsåret.

Eksempel på fremgangsmåte for å finne målgruppens andel av utgifter på helsestasjon:

1. Dersom man ikke kjenner til hvor mange årsverk som benyttes til målgruppen på helsestasjon, kan man ta utgangspunkt i kommunens totale utgifter til helsestasjon for barn 0-5 år.
2. Finne frem til målgruppens andel av barn i aldersgruppen 0-5 år, ut fra hvor mange brukere som finnes totalt og hvor mange av disse som tilhører målgruppen
3. Foreta en vekting ut fra hvor mye tid i gjennomsnitt som brukes per bruker i målgruppen sett i forhold til gjennomsnittet for øvrige brukere.

Eksempel på utregning med en samlet vekt på 1,25:

Helsestasjonstjenesten i kommunen har ca. 2 000 brukere. Av disse er 100 i målgruppen. Ved hjelp av kvalifisert skjønn antar vi at hver bruker i målgruppen både har noe høyere besøksfrekvens, og bruker lengre tid på hver konsultasjon. Dette kan medføre at helsepersonellet bruker inntil 1,25 ganger mer tid på målgruppen enn gjennomsnittsbrukeren. Det er naturlig at annet tidsbruk for ansatte og andre driftsutgifter ikke skal vektet tilsvarende som direkte brukertid. Av de 100 som er i målgruppen, kom 30 sent på året, og får mindre enn halvårseffekt. Den samlede andelen av den brukerrettede tiden bør ta hensyn til dette. Ut fra dette kan vi sette opp følgende regnestykker:

Andel av kapasitet uten vekting:

$$(2000 * x)/100 = 100 \quad X = 5 \text{ prosent}$$



Brukere i målgruppen utgjør 5 prosent av den brukerrettede tiden.

Andel med vekting:

70 brukere i målgruppen vektes med 1,25, pga. noe mere tidsbruk.

$(2000 * x)/100 = 70$ $X = 3,5$ prosent $3,5 * \text{vekt } 1,25 = 4,375$

30 i målgruppen vektes med 1,25, men dette deles med 2 for å finne halvårseffekten, det gir en vekt på 0,625. Vi legger til grunn at de i gjennomsnitt har et halvt års botid i bosettingsåret.

$(2000 * x)/100 = 30$ $X = 1,5$ prosent $1,5 * 0,625 = 0,9375$

Samlet vektet andel av brukerrettet tjenestekapasitet blir da $4,375 + 0,9375 = 5,3125$ prosent.

I dette eksempelet kommer vi frem til at tilnærmet 5,3 prosent av samlet brukerrettet kapasitet ved helsestasjonstjenesten ble brukt på målgruppen.

1.6 Oversikt over tilskudd og andre inntekter som skal trekkes fra

Kommunene skal i denne kartleggingen ikke forholde seg til grunnfinansieringen gjennom inntektssystemet, innbyggertilskudd og Folketrygden, samt Fastlegeordningen.

Kommunene mottar ulike typer tilskudd og andre inntekter som bidrar til å dekke noen av utgiftene til helsetjenester for innbyggerne og målgruppen. Inntektene skal trekkes fra under den helsetjenesten hvor utgiftene påløper. Hvis det er inntekter som ikke er trukket fra under den enkelte helsetjeneste, kan disse føres i den siste skjemadelen.

Fastlegeordningen finansieres av ulike kilder. Staten bidrar gjennom folketrygdens takster, kommunene yter tilskudd¹ og pasientene betaler egenandeler. Kommunens utbetaling av basistilskudd til fastlegene skal dekkes gjennom det ordinære inntektssystemet.

Tilleggs kostnader til fastleger som kommunene kan dokumentere at de har til målgruppen inngår i kartleggingen. Se nærmere omtale under kategori 2, s. 16.

IMDi gir etter søknad et særskilt tilskudd for å dekke utgifter til flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller adferdsvansker. Hvis helseutgifter som medtas i denne undersøkelsen helt eller delvis dekkes av IMDi's tilskudd, skal beløpet føres som inntekt i skjemaet. Det er helsedelen av tilskuddet som går til å dekke de kartlagte helseutgiftene som skal tas med. Tilskuddet kan tas med som en inntekt der hvor utgiften er ført (dersom dette er vanskelig å få til, kan alternativt inntektene fra tilskuddet føres opp sammen med øvrige tilskudd i et eget punkt til slutt i skjemaet).

¹ Pasienttilpasset basistilskudd ble innført fra 1. mai 2023, og tilskuddet justeres etter kjønn, alder og tidligere bruk av fastleger, og sentralitet og sosioøkonomi i bostedskommunen



Kommunene vil normalt ha god oversikt over tunge brukere av helsetjenester som kommer inn under Helsedirektoratets tilskuddordning for ressurskrevende brukere, fordi tiltakene i slike tilfeller er basert på enkeltvedtak etter loven. IMDi's særskilte tilskudd er utformet slik at det i utgangspunktet skal dekke utgifter opp til innslagspunktet for Helsedirektoratets tilskudd til ressurskrevende brukere, så lenge de er i målgruppen for integreringstilskuddet år 1-5. Egenandeler kommunene har utover denne finansieringen skal tas med. Vi skal frem til de konkrete nettokostnadene for eventuelle tunge brukere i målgruppen, etter at tilskuddene er trukket fra.

Det gis også i 2025 tilskudd til kommunene på til sammen 463 600 000 kroner til styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjeneste, og hoveddelen av tilskuddet skal dekke lønnsrelaterte utgifter til helsesykepleier, jordmor, lege, fysioterapeut, psykolog, helsesekretær m.m. Målgruppens andel av denne inntekten skal trekkes fra på funksjon 232.

DEL 2 Utdyping av de ulike delområdene i skjemaet

Helseutgiftene som skal kartlegges, rapporteres på åtte KOSTRA-funksjoner. Og under hver KOSTRA-funksjon kan det være flere delhelsetjenester. Dette kan oppleves som omfattende.

For vårt formål kan vi forenklet si at det dreier seg om fire hovedkategorier av helsetjenester, og hvor kartleggingsmetodene vil kunne variere:

1. Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser

Den første kategorien, som er et naturlig startpunkt, er Flyktningehelse/ Migrasjonshelse eller andre egne tiltak til flyktninger mv., hvor det er avsatt egne ressurser (ført på funksjon 233). Her skal vi ha med ressursandelen som brukes på vår målgruppe. I tillegg eventuelle merutgifter til overgangsordninger før målgruppen går over i det ordinære systemet, slik som migrasjonsleger mv. (gjerne ført på 241) som ikke dekkes av takstsystemet for fastleger.

2. Allmenne helsetjenester for hele befolkningen

I den andre enden av skalaen har vi kategorien allmenne helsetjenester som retter seg mot alle innbyggere og hele befolkningen (ført på 241). Stordelen av utgiftene her inngår ikke i kartlegging fordi de dekkes av den ordinære helsefinansieringen gjennom fastlegeordningen, taksering og refusjoner fra HELFO. Det er tilleggskostnader kommunen har til vår målgruppe vi skal ha tak i. Målgruppen kan forsvinne litt i mengden, og det kan være vanskelig å anslå kostnader direkte. Det gjelder særlig legevakt.

3. Aldersavgrensede helsetjenester

Den tredje kategorien er helsetjenester som retter seg mot avgrensede aldersgrupper. Det gjelder 0-5 år på helsestasjon, 6-20 år i skolehelsetjeneste, og også svangerskaps- og barselsomsorgstjenesten. Her mottar vår målgruppe samme tjenester som andre, men tidsbruken kan variere. Og skal det anslås en stykkpris, må vi vite antallet i målgruppen som mottar hver tjeneste.

4. Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet

Den fjerde kategorien er helsetjenester som enten gis på helseinstitusjon/ sykehjem (funksjon 253) eller i hjemmet (funksjon 257 og 258). Her vil det foreligge vedtak enten om institusjonsplass eller om et visst timeantall helsehjelp i hjemmet. Utgiftene går frem av vedtakene. Kommunen skal ha oversikt over hvilke personer i målgruppen som mottar disse tjenestene.

Det er denne 4-delte hovedinndelingen vi benytter i Veileder og Skjema.

Dette er også illustrert på neste side.

1. Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser • Et naturlig startpunkt er Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser til målgruppen. • Ressursandelen som brukes på vår målgruppe i 5-årsperioden skal med. • Og merutgifter til overgangsordninger før målgruppen går over i det ordinære systemet og får fastlege. • Dekkes ikke utgiftene på annen måte, skal de med.	2. Allmenne helsetjenester for hele befolkningen • Stordelen av utgiftene her dekkes av den ordinære helsefinansieringen • Det er tilleggskostnader kommunen har til vår målgruppe vi skal ha tak i. • Målgruppen kan i noen tilfeller være vanskelig å identifisere, slik som legevakt.
3. Aldersavgrensede helsetjenester • Helsestasjon 0-5 år, Skolehelsetjeneste 6-20 år, Svangerskap/barselomsorg • Målgruppen mottar samme tjenester som alle andre i aldersgruppene • Tids- og ressursbruk kan variere • Vite antallet i vår målgruppe som mottar hver av tjenestene.	4. Vedtak om plass på sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet • Helsetjenester på helseinstitusjon/sykehjem eller i hjemmet. • Vedtak om sykehjemsplass eller om timeantall helsehjelp i hjemmet. • Omfanget av helsetjenester vil fremgå av vedtakene. • Ha oversikt over personer i målgruppen som mottar tjenestene

Innenfor hver kategori, tar kartleggingen av helseutgifter utgangspunkt i hvordan utgiftene rapporteres i KOSTRA. Kartleggingen omfatter følgende KOSTRA-funksjoner:

232 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten
233 Annet forebyggende helsearbeid
241 Diagnose behandling, habilitering og rehabilitering
234 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv
243 Tilbud til personer med rusproblemer
253 Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem
257 Vedtak om helsetjenester i hjemmet – personellbase
258 Vedtak om helsetjenester i hjemmet – ambulerende tjenester

KOSTRA-funksjonene blir sortert under de fire hovedkategoriene i veileder og skjema.

Helsetjenestene under funksjonene 241 og 232/233 vil antagelig utgjøre de største utgiftsområdene. Mens det vil variere hvor store helseutgifter det er under de andre funksjonene.

Det er mange ulike helsetjenester som er listet opp under hver KOSTRA-funksjon. Funksjonene omfatter ulike deltjenester og oppgaver, og ressursbruken til målgruppen kan variere mye mellom de ulike helsetjenestene. Det vil derfor være hensiktsmessig om kommunene benytter hjelpeskjemaer/regneark for å få frem utgiftene til målgruppen for den enkelte tjeneste/oppgave. Se arkfanene som er lagt inn i kartleggingsskjemaet for enkelte av tjenestene (kommunen må gjerne legge til flere arkfaner etter behov). Det er viktig at det fremgår hvordan kommunen har kommet frem til utgiftene til målgruppen for hver enkelt tjeneste, derunder hva som er lagt til grunn for de enkelte beregningene. Det vil variere



hvilken av de 3 Fremgangsmåtene (omtalt under punkt 1.4) som er mest hensiktsmessig og realistisk å benytte for å identifisere utgiftene på de ulike helsetjenestene under hver av de 8 KOSTRA-funksjonene.

Gule felter i kartleggingsskjema gjelder hele befolkningen og er veiledende for identifisering av utgifter til målgruppen. De må ikke fylles inn.

Alle tolkeutgifter til helsetjenester for målgruppen skal tas med, og enten markeres som tolkeutgifter under hver funksjon, eller tas med under skjemadel 11. Felleskostnader.

Nedenfor omtaler vi noen problemstillinger under hver enkelt skjemadel som kommunene bør være oppmerksomme på ved utfylling av kartleggingsskjemaet. Det dreier seg om noen forhold rundt relevans, avgrensing, beregning av utgifter m.m. og andre oppklarende opplysninger som kan være nyttige å huske på ved utfylling av skjemaet. Oppmerksomhetspunktene er også kort påpekt i selve kartleggingsskjemaet.

2.1 Målgruppen

Målgruppen for kartlegging av utgifter til helse vil være nøyaktig den samme som i hovedundersøkelsen for 2025. Altså alle flyktninger og familieegjenforente til disse som er i målgruppen for integreringstilskuddet år 1-5 i kartleggingsåret, som utløser tilskudd for 2025. Det vil si de som er bosatt i perioden 1.1.2021 til 31.12.2025. Dere vil ha oversikt over de som har kommet i 2021, 2022, 2023 og 2024, og etter hvert de som kommer i løpet av 2025.

Både antallet i, og sammensetningen av, målgruppen i kartleggingsåret vil ha betydning for helseutgiftene. Bakgrunnsvariabler å være oppmerksom på er blant annet

- a. fordelingen på nasjonalitetsgrupper (ukrainere, overførings-flyktninger og tidligere asylsøkere),
- b. fordelingen av målgruppen på årskull 1-5, og om det er flere helseutgifter som påløper i starten av perioden, og om helseutgiftene reduseres gradvis,
- c. eventuelle spesifikke helseutfordringer for de ulike gruppene,
- d. ulike kulturelle erfaringer med og forventninger til, og behov for informasjon om, helsetilbud og -system,
- e. personer med nedsatt funksjonsevne og andre som utløser særskilte utgifter og tilskudd,
- f. aldersfordelingen, hvor for eksempel andelen eldre over 67 år kan ha stor betydning for utgifter til pleie og omsorg, og andelen 0-5 år har betydning for helsestasjonstjenester.

De kommunale helsetjenestene er dels rettet inn mot hele befolkningen, og delvis mot bestemte aldersgrupper, og det vil være en fordel om kommunene har oversikt over aldersfordelingen i målgruppen i 2025. IMDi vil være behjelpelig med å fremskaffe statistikk om målgruppen, og bistå kommunene i å ta ut personlister som grunnlag for kartleggingen.



Kommunene har allerede nå ved inngangen til 2025, oversikt over årskull 2-5 som ble bosatt i årene 2024, 2023, 2022 og 2021, og kan begynne å gjøre seg et bilde av målgruppen, når det gjelder behov og alderssammensetning mm., før det siste kullet kommer inn i 2025.

Merk at kommunens helseutgifter til personer i asylmottak, dersom kommunen også er vertskommune for asylmottak, **ikke** skal medregnes. Det skal heller ikke utgifter til personer som ikke er bosatt i kommunen.

Et generelt spørsmål som utvalget må vurdere er i hvilken grad 2025 kan sies å være et representativt år med hensyn til gjennomsnittsutgifter per person i målgruppen, ut fra flyktningsgruppens sammensetning, flyktingenes behov for helsetjenester, tilbudet i kommunene, mm.

2.2 Organisering av helsetjenestene – kommunebilde

I denne skjemadelen ber vi om en kort, enkel og relevant oversikt av hvordan kommunehelsetjenesten er organisert, både de helsetjenestene som er rettet inn mot hele befolkningen (inkludert flyktninger), og det som fremstår som særskilt organisering, tiltak og ressurser som kun er rettet inn mot målgruppen. Inntrykket er at det meste av helsetjenestene til flyktninger inngår som en del av de ordinære helsetjenestene til hele befolkningen (inkludert det som er rettet inn mot ulike aldersgrupper), men at det kan variere mellom kommunene i hvilken grad det er etablert særskilte tilbud til flyktninger, som for eksempel egen flyktingehelsetjeneste eller sentre for migrasjonshelse mv. Dette kan ha betydning for hva som er beste metoder for utgiftsberegning (se del 1, punkt 1.4).

Av dette kommunebildet bør det framgå hvilke kommunale etater/enheter som har ansvar for de forskjellige helsetjenestene som er aktuelle for målgruppen, og med referanse til de ulike KOSTRA-funksjonene. Vi ber dere også oppgi kontaktpersoner for de ulike tjenestene. Kommunene bes også opplyse om det eventuelt er tatt noen organisatoriske grep for å håndtere helsetjenester for målgruppen på en effektiv måte.

2.3 Kartlegging av helsetjenestene – fire hovedkategorier

Kategori 1 Migrasjonshelse hvor det er avsatt egne ressurser

Et naturlig startpunkt for kartleggingen er utgiftene til

Flyktingehelsetjeneste/Migrasjonshelse eller andre egne tiltak til flyktninger mv., hvor det er avsatt egne ressurser til målgruppen. Det er ressursandelen som brukes på vår målgruppe i 5-årsperioden som skal identifiseres. Utgifter til asylsøkere og andre flyktninger/innvandrere skal ikke tas med.

Her skal også føres merutgifter til overgangsordninger før målgruppen går over i det ordinære systemet, slik som migrasjonsleger mv. som ikke dekkes av takstsystemet for fastleger.



Annet forebyggende helsearbeid – funksjon 233

For målgruppen er det under funksjon 233 mest aktuelt å kartlegge hvilke utgifter kommunen har til innledende helseundersøkelser for flyktninger, smittevern, tuberkulosekontroll, vaksinasjon, informasjonsarbeid m.m. Eventuell finansiering av tuberkuloseundersøkelse skal trekkes fra.

Smittesporing og sanering av smittekilde kan også føres her, dersom kommunen har hatt denne type utgifter.

Det dreier seg om annet forebyggende arbeid enn det som inngår i funksjon 232 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten og Svangerskaps- og barsel- omsorgstjenesten. Dette er forebyggende oppgaver, listet opp i punktene a-g i KOSTRA-veilederen, som utføres i den kommunale helse og omsorgstjenesten og som ikke er medregnet i hovedundersøkelsen.

Det varierer i hvilken grad kommunene har utgifter av noe omfang under funksjon 233. Dette avhenger også av regnskapsføring og hvordan kommunen har valgt å fordele helseutgifter mellom funksjonene 232, 233 og 241 i KOSTRA.

Overgangsordninger før målgruppen går over i det ordinære systemet – funksjon 233/241

Flere kommuner har overgangsordninger før målgruppen går over i det ordinære systemet. Det kan være migrasjonsleger og annet helsepersonell som utgjør et mellomtrinn mellom kartleggingsdelen under funksjon 233 og fastlege under funksjon 241, og som bistår flyktningene videre i systemet. Kriteriet er at utgiftene ikke dekkes av takstsystemet for fastleger/ refusjonsordninger fra HELFO.

Kategori 2 Allmenne helsetjenester for hele befolkningen

Det er allmenne helsetjenester som retter seg mot alle innbyggere og hele befolkningen. Stordelen av disse utgiftene dekkes av den ordinære helsefinansieringen gjennom fastlegeordningen, taksering og refusjoner fra HELFO. Dette er utgifter som derfor ikke inngår i denne kartleggingen. Det er kun de tilleggskostnadene som kommunene har til vår målgruppe vi skal kartlegge. Målgruppen kan være vanskelig å identifisere, og det kan være vanskelig å anslå kostnader direkte. Det gjelder særlig legevakt.

Diagnose behandling, habilitering og rehabilitering – funksjon 241

Funksjon 241 er den av helsefunksjonene i KOSTRA som i størst grad er rettet inn mot hele befolkningen og mot alle aldersgrupper. Dette kan gjøre det utfordrende å finne utgifter til målgruppen direkte, og også målgruppens andel av de helsetjenestene som inngår.

Stordelen av kommunenes helseutgifter på funksjon 241 dekkes imidlertid av den ordinære helsefinansieringen gjennom basistilskudd/fastlegeordningen, taksering og refusjoner fra HELFO. Kostnadene som dekkes gjennom dette ordinære finansieringssystemet inngår derfor ikke i kartleggingen. Det er kun tilleggskostnader kommunen har til vår målgruppe som skal kartlegges.



Funksjonen består av flere deltjenester som det kan være hensiktsmessig å kartlegge hver for seg på hjelpeskjemaer, for å beregne utgifter til målgruppen på hver enkelt tjeneste. Se inndelingen i faner i skjemadelen.

Utgifter til funksjon 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering skal i hovedsak omfatte basistilskudd fastleger (per capita tilskudd), eventuelle kommunale legekantor inkludert sykepleiere og annet personell på helsesenter/lekantor, legevakt, turnusleger (for eksempel tilskudd og utgifter til veiledning), fysioterapi (med avtale og kommunalt ansatte i fysioterapi praksis), inkludert hjelpefunksjoner til fysioterapeuter, ergoterapi, inkludert hjelpefunksjoner til ergoterapeuter, psykisk helsearbeid (kan også være ført på andre funksjoner).

Fastleger, kommunale legekantor og andre legetjenester

Hovedregelen i fastlegeordningen er at fastlegen er selvstendig næringsdrivende, men andelen kommunalt ansatte fastleger er økende. Kommuner som kun har private fastleger, har ingen kommunale utgifter til fastleger.

Fastlegeordningen finansieres av ulike kilder. Staten bidrar gjennom folketrygdens takster, kommunene yter tilskudd (basistilskudd) og pasientene betaler egenandeler.¹ Så langt dette dreier seg om utgifter til ordinære fastleger i kommunen, så antar vi at det - i utgangspunktet - ikke vil være noen forskjell på utgifter til fastlege for flyktninger og andre innbyggere. Utvalget vil for øvrig innhente tall på hva som er kommunenes gjennomsnittsutgifter til fastleger nasjonalt.

Hovedspørsmålet på dette området vil være hvordan kommunene kan identifisere eventuelle tilleggskostnader som kommunen har til fastleger for målgruppen. Eksempler på slike merutgifter er tolkeutgifter ved legekonsultasjon, at det er behov for legetjenester som det ikke takseres for, og eventuelt kommunalt tilskudd ut over basistilskuddet dersom kommunen må opprette en ny fastlegehjemmel ene og alene på grunn av antallet flyktninger. I de kommunene hvor første helsekartlegginger utføres på fastlegekantor, bør det sjekkes om det påløper andre utgifter som det ikke takseres for, for eksempel til annet helsepersonell, utstyr, vaksiner mv. Tilleggskostnader til fastleger som kommunene kan dokumentere at de har på grunn av målgruppen, inngår i kartleggingen.

Utgifter som kommunen i like stor grad har for alle innbyggere, og som ikke dekkes for noen, skal ikke medtas. Dette er utgifter som gjelder hele befolkningen, og som ikke dekkes gjennom den ordinære finansieringen. Dersom det er utgifter som kommunen kun har til målgruppen flyktninger, og som ikke dekkes på annen måte, skal utgiftene tas med. Dersom det er gråsoner tilfeller, vil utvalget vurdere om utgiftene skal tas med eller ikke.

¹ Klientførte egenandeler kommer med i utbetalt sosialhjelp. Ikke-klientførte egenandeler medtas i pkt. 3.5 i Hovedundersøkelsen.



Regelverket fra HELFO er nylig endret slik at flyktninger og andre som mangler fastlege får det automatisk når fastlege blir ledig. Dette har bidratt til kortere ventetid på fastlege. Kommunene kan velge mellom automatisk fordeling av fastlege via HELFO eller manuell fordeling hvor kommunen tar ansvar for fordelingen.¹ Her kan organiseringen variere noe fra kommune til kommune. En del kommuner har etablert ordninger for flyktningehelse/migrasjonshelse som ivaretar flyktninger den første tiden, før de overføres til fastlege. I andre kommuner blir flyktningene ivaretatt av fastleger fra de bosettes, og i enkelte kommuner kan det også forekomme at flyktninger benytter legevakt mer enn fastlege i starten. Og en del flyktninger er ukjent med fastlegeordningen, og mere vant til å dra direkte til spesialister. Antakeligvis kan bruken av fastlege variere fra kommune til kommune.

Dersom fastleger utfører arbeid på legevakt, helsestasjon, skolehelsetjeneste eller andre kommunale helsetjenester, skal relevante utgifter for legetjenester til målgruppen tas med under den deltjenesten hvor oppgavene utføres.

Legevakt

Det vil erfaringsvis være utfordrende å identifisere alle brukerne fra målgruppen som benytter legevakt, med mindre dette registreres særskilt for kartleggingsåret 2025. Noen kommuner kan ha et journalsystem og kan gjøre journalsøk og se om personer i målgruppen har brukt legevakt, eventuelt for en andel av målgruppen. Og kan ut fra dette anslå faktiske utgifter. For å beregne utgifter til målgruppen til legevakt, kan det alternativt brukes fremgangsmåte C (se del 1, punkt 1.4 foran), ved at kommunen kan bruke opplysninger om målgruppen sin del av det totale antallet brukere i den enkelte tjeneste for å beregne kostnadsandelen. Utgifter som takseres/refunderes av HELFO til behandlende lege og/eller legevakt/kommune skal ikke inngå i utgiftsberegningen. Det vil derfor ikke være grunnlag for å vekte målgruppens bruk av legevakt, verken konsultasjonslengde eller hyppighet, dersom merutgifter ved lengre tidsbruk dekkes gjennom taksering og refusjon fra HELFO.

En del kommuner har interkommunalt samarbeid om legevaktstjeneste, der det for 2025 er avtalt en bestemt kostnad for året 2025 for den enkelte kommune, ut fra en fordeling av totalutgiftene mellom kommunen, for eksempel basert på folketall. I slike tilfeller vil det kunne være enklest å legge til grunn den andelen flyktninger utgjør av befolkningen i kommunen, når kostnaden skal beregnes, dersom dette kan sies å være den faktiske kostnaden for kommunen ut fra samarbeidsavtalen.

Fysioterapeut, ergoterapeut

Kommunene har ingen utgifter til private fysioterapeuter, fordi utgiftene dekkes gjennom refusjon fra HELFO. For kommunalt ansatte fysioterapeuter vil det foreligge vedtak som indikerer kostnaden.

¹ [https://www.helfo.no/fastlegeordninga/Tildeling-av-fastlege-til-innbyggjarar-utan-plass-pa-fastlegeliste-\(ufordelte\)](https://www.helfo.no/fastlegeordninga/Tildeling-av-fastlege-til-innbyggjarar-utan-plass-pa-fastlegeliste-(ufordelte))

Dersom kommunene ikke har konkret oversikt over målgruppens bruk av fysioterapi og ergoterapi på individnivå, bør kommunen vurdere om målgruppens bruk av disse tjenestene er på om lag samme nivå som befolkningen for øvrig, eller om den er mindre eller større. Anslagene bør være basert på erfaringer med målgruppens bruk av tjenestene så langt det er kjent. Fysioterapeuter og ergoterapeuter kan i stor grad være kommunalt ansatte, men også private, eventuelt med avtaler med kommunen.

Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid kan omfatte ulike tiltak hjemlet i loven. Mange kommuner fører utgiftene på funksjon 241, men utgiftene kan også være ført på andre funksjoner som 232. Kommunene bør være oppmerksom på det ved enkelte såkalte «lavterskeltjenester», som for eksempel psykolog, ikke alltid foreligger vedtak, og at dette kan variere fra kommune til kommune. Slike utgifter kan derfor bli oversett.

Kategori 3 Aldersavgrensede helsetjenester

Dette er helsetjenester som retter seg mot avgrensede aldersgrupper. Det omfatter 0-5 år på helsestasjon, 6-20 år i skolehelsetjeneste, og svangerskaps- og barselsomsorgstjenesten. Her mottar vår målgruppe i utgangspunktet samme tjenester som andre innbyggere, men tidsbruken kan variere. Dersom det skal anslås en stykkpris, må vi finne antallet i målgruppen som mottar hver tjeneste.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten – funksjon 232

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan være noe ulikt organisert i kommunene, blant annet i hvilken grad tjenestene er samlet eller adskilt, og i hvilken grad de er geografisk inndelt, og spesialisert.

I de kommuner hvor første helsekartlegging mv. finner sted på helsestasjon, skal utgiftene tas med under egne tiltak kategori 1.

Funksjon 232 omfatter både helsestasjon 0-5 år, helsestasjon for ungdom, og skolehelsetjeneste 6-20 år, inkludert vaksinasjonsprogram, og jordmor- svangerskap barseltjeneste (som er omtalt nedenfor i en egen skjemadel). Det dreier seg altså både om ulike deltjenester og tjenester som retter seg mot helt ulike aldersgruppe, hvor ressursbruk til vår målgruppe antagelig må vurderes på ulike måter, eventuelt med ulik vektning. Her kan det med fordel benyttes egne Excel-ark/hjelpeskjemaer for hver av disse enkelttjenestene for å beregne utgiftene til målgruppen. Se faner som er lagt inn under skjemadelen.

Det benyttes gjerne tolk ved konsultasjoner på helsestasjoner, og alle tolkeutgifter skal tas med, og enten markeres som tolkeutgifter under funksjon 232, eller tas med under skjemadel 12. Fellesutgifter.

Dersom helsestasjoner har oppgaver i forhold til forebyggende barnevern, skal disse utgiftene ikke tas med i helsekartleggingen.



Helsestasjoner kan ha avtaler med HELFO om direkte oppgjør, noe som betyr at de får refusjon fra HELFO for tjenester de utfører. Det gis ikke refusjon fra HELFO for tjenester innenfor skolehelsetjenesten. Dersom kommunene i 2025 mottar Tilskudd til styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjeneste, til lønnsrelaterte utgifter til helsesykepleier, jordmor, lege, fysioterapeut, psykolog, helsesekretær mm., så skal målgruppens andel av denne inntekten trekkes fra på funksjon 232.

En stor del av utgiftene under funksjon 232 er erfaringsvis knyttet til helsestasjonstjenesten for barn 0-5 år, og gjennomføring av helseundersøkelser mm. Dersom det på helsestasjon går med mer tid per konsultasjon for flyktninger enn for andre, fordi det skal gis mer informasjon og eventuelt brukes tolk mm., kan kommunen vurdere å vekte andelen av ressurser som går med til målgruppen. Det er normalt bare tidsbruk/klientid som vektet, øvrige driftsutgifter (unntatt bruk av tolk) vil normalt være lik for alle brukere.

Svangerskaps- og barselsomsorgstjenesten – funksjon 232

Dette er i skjemaet skilt ut som et eget område for å tydeliggjøre at det dreier seg om egne oppgaver, selv om det tilhører funksjon 232 og ofte er organisert sammen med helsestasjonstjenesten. Det omfatter kommunale helsetjenester til målgruppen ved graviditet, svangerskapskontroll, jordmortjeneste og barselsomsorgstjeneste.

Her kan kommunen for eksempel innhente en oversikt over antall fødsler i målgruppen, og ta utgangspunkt i lønns- og driftsutgifter til jordmor eller en stykkpris/gjennomsnittskostnad for ressursbruk per fødsel, samt eventuelle ekstrakostnader ved behov for tolk mm.

Kategori 4. Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem og vedtak om helsetjenester i hjemmet

KOSTRA-funksjonene 253, 257 og 258 omfatter omsorgstjenester og noen helsetjenester. Det som defineres som helseutgifter skal medtas i helsekartleggingen. Hva som defineres som helseutgifter vil fremgå av vedtakene kommunen fatter.

Under kategori 4 er det to typer kommunale vedtak som vil medføre helseutgifter: 1. Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem. 2. Vedtak om helsetjenester i hjemmet.¹ Omfanget av helsetjenester vil fremgå av vedtakene. Kommunen vil ha oversikt over hvilke personer i målgruppen som omfattes av hvilke vedtak.

Merutgifter til omsorgstiltak for målgruppen, som ikke er definert som helsetjenester, skal medtas i hovedundersøkelsen. Se opplisting av omsorgstiltak nedenfor.

¹ Etter pasient- og brukerrettighetsloven paragraf 2-7 skal det fattes enkeltvedtak bl.a. om plass i institusjon, herunder sykehjem, og helsetjenester i hjemmet, mv. Vedtaket skal utformes slik at det fremgår hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder.



Vedtak om plass på helseinstitusjon/sykehjem – funksjon 253

Som helseinstitusjon i denne helsekartleggingen regnes sykehjem (langtids- og korttidsopphold) og døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.

Det er kun for helseinstitusjoner/sykehjem at kostnader per plass skal medtas i denne helsekartleggingen. Ved beregning av utgifter til helseinstitusjon/sykehjem for personer i målgruppen kan kommunene benytte enhetskostnader for netto driftsutgifter per plass slik det rapporteres i KOSTRA.

Kommunen vil fatte et vedtak om plass/opphold på sykehjem mv.¹ Kommunene vil kunne ha ulike avdelinger på sykehjem med differensierte satser, som avhenger av beboernes behov for oppfølging. Kommunene vil i vedtakene om plass/opphold på sykehjem ikke skille mellom helsetjenester og omsorgstjenester. Fordi plass på sykehjem i stor grad tildeles på grunn av helsesituasjon, skal denne utgiften i sin helhet tas med i helsekartleggingen (slik det også ble gjort i den opprinnelige helsekartleggingen). Inntekter fra egenandeler ved opphold i institusjon skal trekkes fra utgiftene. I de tilfeller hvor flyktninger ikke har midler til egenandel, kan kostnadene bli høyere enn for andre beboere.

Enhetskostnader til plasser/opphold på alle andre institusjoner, omsorgsboliger mv. tas med i hovedundersøkelsen. Dette omfatter andre institusjoner som barneboliger (heldøgns helse- og omsorgstjenester for personer under 18 år), aldershjem/omsorgsboliger/bo- og servicesenter, og heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, regnes ikke som helseinstitusjon, og utgifter til målgruppen skal medtas i hovedundersøkelsen. Det omfatter også omsorgsboliger og andre tilpassede boliger som bofellesskap, trygdeboliger eller lignende, som ikke faller inn under definisjonen på institusjoner. Merutgifter knyttet til opphold i slike institusjoner eller omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjenester skal føres i hovedundersøkelsen.

Utgifter til helsetjenester til beboere på slik institusjoner, omsorgsbolig mv. skal medtas i helsekartleggingen, når det foreligger individuelle vedtak om helsetjenester «i hjemmet» for den enkelte beboer, og føres på funksjon 257/258 (se omtale under neste deloverskrift).²

Kommunene bes opplyse om hvor mange flyktninger i målgruppen for integreringstilskuddet som eventuelt er på helseinstitusjon/sykehjem, fordelt på eldre over 67 år og yngre med nedsatt funksjonsevne. Det er viktig at kommunene skiller mellom eldre over 67 år og eventuelle yngre flyktninger med nedsatt funksjonsevne på sykehjem/helseinstitusjon. Erfaringsvis kan enhetskostnadene variere og være vesentlig høyere for yngre med nedsatt funksjonsevne. Tidligere har det vært relativt få flyktninger i målgruppen over 67 år, og med behov for plass på sykehjem/helseinstitusjon. Andelen eldre flyktninger over 67 år i

¹ Plass i institusjon, herunder sykehjem, er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 1. ledd nr. 6 c

² Helseutgifter til beboere på institusjoner som ikke defineres som helseinstitusjon/sykehjem, og heller ikke kommer inn under definisjonen «i hjemmet», skal uansett medtas

målgruppen har imidlertid økt de senere årene. Og kommunene bes være oppmerksom på at det kan være flere over 67 år med behov for institusjonsplass enn tidligere, og se hen til aldersfordelingen blant flyktninger på listene over målgruppen.

Vedtak om helsetjenester i hjemmet – personellbase/ambulerende tjenester – funksjon 257/258

Med «i hjemmet» menes pasientens opprinnelige hjem eller omsorgsbolig, bofellesskap, trygdebolig eller andre private eller kommunale tilpassede boliger som ikke er institusjon. Helsetjenester som den enkelte mottar i hjemmet kan blant annet være hjemmesykepleie, fysioterapi og ergoterapi. Legetjenester og andre helsetjenester som beboer oppsøker utenfor hjemmet, regnes ikke som helsetjeneste i hjemmet, heller ikke i de tilfeller lege og annet helsepersonell kommer hjem til beboer, og helseutgifter som det eventuelt ikke takseres for skal i slike tilfeller tas med under den enkelte helsetjeneste omtalt tidligere.

Funksjon 257 dreier seg om personellbase som er knyttet til /samlokalisert med omsorgsboliger eller bofellesskap. Mens under funksjon 258 er personellbasen ambulerende og ikke lokalisert på samme sted som brukernes bolig.

Kommunene vil ha oversikt over hvilke personer i målgruppen som mottar hvilke helsetjenester i hjemmet, og hvor mange timer dette utgjør i løpet av kartleggingsåret 2025, basert på de enkeltvedtak som er fattet etter loven.¹ Basert på kostnader og timespris for den enkelte helsetjeneste, kan det beregnes hvilke utgifter kommunen har.

Avgrensing til hovedundersøkelsen/øvrige kartlegging

Merutgifter til annen tjenesteyting for målgruppen enn det som her er definert som helsetjenester, inngår ikke i helsekartleggingen. Merutgifter til omsorgstjenester skal inngå i hovedundersøkelsen. Det dreier seg blant annet om utgifter til følgende tiltak som tidligere var hjemlet i sosialtjenestelovens § 4.2, og som nå er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3.2.:

- Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse (BPA), til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, nedsatt funksjonsevne, alder mm.
- Hjemmetjeneste/personlig assistanse (som tidligere ble kalt hjemmehjelp) som ikke er helsetjeneste, men ofte gis samtidig
- Avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,
- Støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av nedsatt funksjonsevne, alder eller sosiale problemer,
- Plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til de som har behov for det på grunn av nedsatt funksjonsevne,
- Lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,

¹ Helsetjenester i hjemmet er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 1. ledd nr. 6 a

- Tilbud til personer med rusproblemer (funksjon 243), se omtale under 2.4
- Aktiviseringstjenester (funksjon 234), se omtale under 2.4

2.4 Andre helseutgifter og helserelaterte felleskostnader

Andre helseutgifter

Kommunens helseutgifter skal i utgangspunktet være dekket av de ovennevnte tjenestene. Kommunen kan likevel ha helseutgifter på de følgende tjenestene/KOSTRA-funksjonene.

Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv. – funksjon 234, jf. 253

Aktiviseringstjenester er en typisk praktisk bistandstjeneste, og ikke helsetjeneste. Det omfatter for eksempel ulike typer dagaktivitetstilbud for eldre, og personer med fysisk og psykisk funksjonsnedsettelse, og kan være mer varige tilbud for voksne og eldre personer som trenger det. Denne type aktiviseringstjenester skal inngå i hovedundersøkelsen.

Kommunen kan likevel vurdere om det under denne funksjonen påløper rene helseutgifter til målgruppen basert på vedtak om helsetjeneste i helse og omsorgsloven. Slike utgifter vil imidlertid normalt medtas under den enkelte helsetjeneste.

Tilbud til personer med rusproblemer – funksjon 243

Kommunalt rusarbeid er definert som en omsorgstjeneste/praktisk bistandstjeneste, som inngår i hovedundersøkelsen, og er ikke en helsetjeneste. I den grad flyktninger med rusproblemer mottar helsetjenester, skal utgiften tas med under den enkelte helsetjeneste. Når tiltak mot rus omfatter helsetjenester som fastlege eller hjemmesykepleie, vil helseutgiftene normalt inngå i disse. Utgifter til rustjenester som ytes som en praktisk bistandstjeneste, og inngår i hovedundersøkelsen, skal altså ikke medtas i denne helsekartleggingen.

Helserelaterte felleskostnader

Dersom det påløper felleskostnader som ikke har blitt fordelt mellom helsetjenestene under de forskjellige funksjonene, kan dette alternativt gjøres i et eget punkt til slutt i skjemaet.

I henhold til KOSTRA-veilederen for 2025 skal felleskostnader og -inntekter i størst mulig grad fordeles og føres opp under de forskjellige KOSTRA-funksjonene.

Med felleskostnader menes i denne sammenheng ledelse, stabsfunksjoner og administrasjon, som er helserelaterte, og som ikke er medtatt i hovedundersøkelsen. Dette kan for eksempel være ført på KOSTRA-funksjon 120.

Tolkeutgifter som ikke er medtatt under den enkelte funksjon kan også føres her.

DEL 3 Praktiske råd for kartleggingen av helseutgifter

3.1. Praktiske råd

Kommunene oppfordres til å planlegge og tilrettelegge for kartleggingen av helseutgifter i 2025, slik at de er godt forberedt til innrapporteringen i 2026. Fremgangsmåtene for kartleggingen og hvordan den i praksis skal gjennomføres fremgår av veilederen og skjemaet. Når kommunene i 2025 skal forberede seg og lage et praktisk opplegg, er det noen punkter det kan være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i:

1. Tidlig rigging av internt samarbeid

Kartleggingen vil kreve et internt samarbeid mellom flere avdelinger og tjenester, og mellom kommunalt ansatte med kompetanse på regnskap, helse og flyktninger (og med representanter fra Beregningsutvalget). Det anbefales at det utpekes kontaktpersoner som har overblikk og konkret kunnskap på disse områdene. Det bør være et konkret samarbeid mellom den som koordinerer den ordinære kartleggingen, og den som koordinerer kartleggingen på helseområdet, hvis det er to forskjellige personer. Ressurspersoner innenfor de mest aktuelle helsetjenestene bør identifiseres og involveres tidlig i 2025.

2. Oversikt over relevante tjenester og organisering

Vi anbefaler at kommunen lager en enkel oversikt over hvordan helsetjenester til flyktninger i målgruppen er organisert i kommunen, derunder hvilke tjenester som gis innenfor ordinære tjenester til hele befolkningen/befolkningsgrupper, og hvilke tjenester som gis gjennom særskilt organisering og ressursavsetting for flyktninger.

3. Tidlig oversikt over målgruppen som skal inngå i kartleggingen

Oversikt over målgruppen er et nødvendig utgangspunkt for kartleggingen. IMDi hjelper kommunen å ta ut lister med oversikt over personer som utløser integreringstilskudd i 2025, det vil si personer som er bosatt i årene 2025, 2024, 2023, 2022 og 2021, og som bor i kommunen i 2025. Kommunen bør danne seg et foreløpig bilde av målgruppens helsebehov og -profil, særskilte helsesaker, alderssammensetning mm. Vi anbefaler at når det ev. bosettes nye flyktninger med helsebehov i 2025 bør helsetjenestene bli orientert om dette i løpet av året. Kommunen bør, på samme måte som i hovedundersøkelsen, tenke gjennom hvordan målgruppen (flyktninger som utløser integreringstilskudd) skal avgrenses i forhold til beboere på statlige mottak, flyktninger som har vært bosatt ut over 5 år, arbeidsinnvandrere og øvrige befolkningsgrupper.

4. Gjennomgang av skjema og veileder

De involverte ressurspersonene bør gå gjennom kartleggingsopplegget tidlig på året i 2025, slik det fremgår av Veilederen og Skjemaet fra Beregningsutvalget.

5. Vurder hvordan utgiftene kan fanges opp og beregnes

Med utgangspunkt i kommunens organisering (2), oversikt målgruppen (3) og kartleggingsopplegget (4), bør kommunen diskutere hvordan utgiftene til de ulike helsetjenestene kan fanges opp på beste og enkleste måte (jamfør fremgangsmåter beskrevet under punkt 1.4. i denne veilederen). Er det mulig å knytte kostnader til enkeltpersoner i målgruppen ved for eksempel journaloppslag og kryssing av Excel-lister? Er det eventuelt det mulig å identifisere årsverk i tjenestene, eller beregne anslag av de samlede utgiftene? Allerede innledningsvis bør kommunene vurdere hvorvidt flyktningene i målgruppen får de samme tjenestene og bruker dem på linje med andre innbyggere, og om det ekstra tiltak for flyktninger i målgruppen.

6. Ta ut en totaloversikt over KOSTRA-funksjoner med utgifter til helse

For å sikre at samtlige kommunale helseutgifter kommer med, kan et tips være å kjøre ut en totaløkonomirapport på KOSTRA-funksjoner som inneholder helseutgifter. Videre kan man ta kontakt med de kommunale tjenesteområdene, og sjekke om de har tiltak for noen i målgruppen.

7. Ta kontakt med Beregningsutvalget!

Beregningsutvalget vil gjerne ha en dialog med kommunene og bistå så godt vi kan om spørsmål og problemstillinger i kartleggingsopplegget. Dette for at kartleggingen skal kunne gjøres så effektivt og sammenliknbart som mulig. Ta kontakt med oss i utvalget på beregningsutvalget@imdi.no når dere har behov for bistand og avklaringer.

3.2. Vedr. bruk av personlister over målgruppen

Kommunene har tilgang til å ta ut personlister over målgruppen fra IMDi tilskudd og IMDi nett. IMDi er behjelpelige med å vise hvordan slike lister kan tas ut og filtreres. IMDi har hatt demonstrasjon i Teams-møter og opptak er lagret og tilgjengelig i Teams-rommet for kartleggingene.

IMDi fikk for et par år siden gjennomført en utredning om grunnlaget for å behandle personopplysninger i forbindelse med kartleggingsarbeidet. IMDi har et rettslig grunnlag (PVF 6) for å samle inn og behandle personopplysninger. Utredningen og departementet konkluderte med at kommunene har et rettslig grunnlag for å behandle personopplysninger i forbindelse med kartleggingsarbeidet. Det begrunnes med at personopplysninger samlet inn til formålet «utbetaling av tilskudd» (i dette tilfellet integreringstilskudd og tilskudd til opplæring i norsk og samfunnskunnskap), kan viderebehandles knyttet til analyse av det opprinnelige formålet. Kommunene er selvstendig behandlingsansvarlig for den behandlingen som skjer internt, og må sørge for trygg oppbevaring og deling av personopplysningene, og kun dele dem med de det er nødvendig for kartleggingsformålet.



En mulig fremgangsmåte her kan for eksempel være å få hjelp av IT til å opprette et arbeidsområde med begrensninger i tilgang. På arbeidsområdet kan det opprettes en egen mappe som kartleggingskoordinatoren «eier» og har tilgang til, gjerne som «sikker sone». I mappen kan det videre opprettes ulike undermapper for de ulike tjenestene som skal kartlegges, hvor et fåtall kontaktpersoner i hver enkelt tjeneste kun har tilgang til den enkelte undermappen. Dette blir dermed et arbeidsområde hvor kartleggingskoordinatoren har full tilgang, og hvor kontaktpersonene har delvis tilgang. Området kan også brukes til lagring av lister hentet fra ulike fagsystem: det muliggjør at man kan jobbe sammen i de ulike dokumentene, og kartleggingskoordinatoren kan hente informasjonen som trengs. Personlister bør ikke sendes på e-post. Da kan de lett komme på avveie. Ta kontakt hvis dere har spørsmål til dette!



IMDi

Integrerings- og
mangfoldsdirektoratet

imdi.no