

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.: 10/6376

Dato: 17.02.2011

Høring - endring av prioriteringsforskriften - Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet

Det vises til høringsbrev av 25. november 2010 vedrørende ovenstående, og vi takker for anledningen til å uttale oss i saken.

Høringsdokumentet har vært sendt til relevante organisasjonsledd i Legeforeningen og høringssvaret er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Legeforeningen støtter en klarere regelfesting av retten til helsehjelp for personer som oppholder seg ulovlig i Norge, og vi finner det i utgangspunktet positivt at departementet tar initiativ til et slikt arbeid. Vi trekker frem som særlig positivt at rettigheter til svangerskapsomsorg og abort presiseres. Det er også bra at barns rettigheter søkes tydeliggjort med forskriften, men vi viser samtidig til våre mer utførlige merknader om dette under.

Vi har notert oss at departementet med forslaget kun sikter å klargjøre og presisere det departementet anser er gjeldende rett. Vi bemerker uansett at rettighetene slik de i forslaget presiseres etter vårt syn ikke går langt nok, både ut fra et humanistisk og legeetisk synspunkt og ut fra hvordan forslagene kan etterleves i praksis. Som vi kommer tilbake til finner vi det spesielt vanskelig å se hvordan rettighetene til den aktuelle gruppen reelt sett kan ivaretas all stund det ikke er foreslått noen endringer med hensyn til finansiering av helsehjelpen.

Bakgrunn – noen generelle merknader

Det er store utfordringer knyttet til definisjon og tallfesting av gruppen som forslaget omhandler. Det er samtidig grunn til å anta at forslaget i stor grad gjelder personer som har større sykkelighet enn gjennomsnittsbefolkningen. Dette baserer vi på at det vil være en del personer fra land med dårligere vaksinedekning, land der alvorlige infeksjoner som tuberkulose er mer utbredt, og at migrasjonens natur i seg selv gir både fysisk og psykisk helserisiko. Situasjonen som ”papirløs” gir i seg selv risiko for dårligere nettverk og kontrollmekanismer som normalt beskytter sårbare grupper som barn, gravide og alvorlig syke.

Det norske samfunnet har historisk sett bygd sin suksess i bekjempelse av folkehelseproblemer på et egalitært helsetilbud basert på primærhelsetjenesten med lav eller ingen selvkostnad for forebygging og behandling. Det er risiko for at det dannes undergrupper i samfunnet som på grunn av illegitimt opphold i landet ikke får ta del i viktige helsetjenester, og på samme tid også unndrar seg og sine barn fra forebyggende og kontrollerende tiltak som vaksine og smittekontroll.

Erfaringene fra et års drift av Helsecenteret for papirløse migranter i Oslo viser at gruppen har behov for nødvendig helsehjelp som ikke blir ivarettatt og at behovet i gruppen er stort. Vi vil i denne sammenheng også vise til Legeforeningens rapport «Likeverdig helsetjeneste? - Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere» kap. 11 fra 2008:

- Myndighetene må sørge for at personer uten lovlig opphold kan få dekket sitt behov for nødvendige helsetjenester, også utover øyeblikkelig hjelp.
- Helsepersonells taushetsplikt gjelder også overfor papirløse innvandrere. Den aktuelle gruppen må gjøres kjent med sine rettigheter, herunder om helsepersonells taushetsplikt og helsevesenets organisering generelt.
- Barn i gruppen papirløse innvandrere er en særlig utsatt gruppe. Rettighetene til papirløse innvandrerbarn må bli tydeliggjort.
- Det må etableres praktiske ordninger for hvordan gruppen skal få tilgang til relevant helsehjelp og medisiner. Dette må utredes i lys av den økte bruk av elektronisk kommunikasjon i helsevesenet. Kjent fødselsnummer må ikke bli en forutsetning for at meldinger skal kunne sendes og identifiseres i systemet.

Menneskerettigheter. Yrkesetiske dilemma.

Til grunn for forskriftsendringen ligger en vurdering av hvor langt menneskerettighetene som Norge er forpliktet til, går i forhold til rettighetene man har i kraft av å ha lovlig opphold i Norge.

Legeforeningen deler ikke umiddelbart departementets fortolkning av den europeiske menneskerettighetskonvensjonen og FNs barnekonvensjon. Legeforeningen mener at papirløse migranter i prinsippet skal ha rett og tilgang til helsetjenester på lik linje med den øvrige befolkningen så lenge de befinner seg i landet. Når det særlig gjelder barns rettigheter drøftes dette i nedenfor i punktet "Særlig om barns rettigheter".

Vi finner grunn til å fremheve at konvensjonspraksis fastslår innholdet av statens forpliktelser overfor utlendinger uten lovlig opphold. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Huntⁱ fastslår i sin rapport Mission Sweden at en må skille mellom borgerrettigheter (som valgbarhet, stemmerett etc.) og menneskerettigheter som uttrykt i menneskerettskonvensjonene. Sistnevnte må forstås dit hen at alle som oppholder seg innen riket må ha rett til bl.a. helsetjenester, mat, klær, bolig.

Videre har man i General Comment No 14. (2000)ⁱⁱ til artikkel 12 klart uttrykt at helsetjenestene må være tilgjengelige til alle både fysisk og med rett til å bruke dem, samt at det gis økonomisk mulighet til å bruke tjenesten. Det er sentralt at rettighetene må være kjent for så vel tjenesteytere som tjenestemottakere.

Ut fra menneskerettskonvensjoner og etiske regler vil leger (og annet helsepersonell) i utgangspunktet være forpliktet til å tilby samme omfang av helsetjeneste til alle som ber om det. Spørsmål knyttet til personer som oppholder seg ulovlig i landet er ikke omtalt (og neppe påtenkt) i slike tekster. Reglene gjelder imidlertid generelt og det er svært vanskelig for helsepersonell å "sortere" tilbud ut fra en persons juridiske oppholdsrettigheter. At legers helsetjenester ytes etter *pasientens behov* og ikke primært styres av andre forhold er for øvrig avgjørende for befolkningens tillit til leger og helsevesen.

Helsehjelp og innvandringspolitikk; forholdet til utlendingsloven

Etter vårt syn må man se helsepolitikk og helseetikk separat fra innvandringspolitikk. Det er avgjørende å skille mellom rett til helsehjelp så lenge mennesker oppholder seg i landet, og rett til opphold i landet som reguleres av utlendingsloven. Håndhevelse og iverksettelse av de juridiske vedtak som har med opphold i landet å gjøre, må skilles fra helsetilbudet til de personer som oppholder seg i samfunnet, uavhengig av deres status i forhold til utlendingsloven.

Legeforeningen finner etter dette at helsevesenet ikke kan eller bør tillegges en kontrollfunksjon for hva slags helsehjelp som kan gis i forhold til hjemsendelsestidspunktet for personer som oppholder

seg ulovlig i landet. Departementet mener det ikke er nødvendig å sette i gang behandling av tilstander som kan vente 2 til 3 uker, og anfører at dette vil gi den syke rimelig tid til å reise til hjemlandet og få behandling der. Leger kan imidlertid ikke pålegges det ansvaret det er å innhente opplysninger om når den syke skal sendes ut og bruke det som grunnlag for om behandling skal settes i verk eller ikke. Dette bryter med grunnleggende legeetik.

Personer som oppholder seg ulovlig i landet bør i utgangspunktet ha samme rett til helsehjelp som dem som oppholder seg lovlig, så lenge de er i landet, både ut fra etiske prinsipper om likebehandling og fordi det i praksis er vanskelig å skille mellom helsehjelp som kan eller ikke kan vente. Det å ha en sykdom eller funksjonsnedsettelse kan derimot ikke gi en automatisk rett til opphold eller at det helsetilbudet de får mens de er i Norge nødvendigvis skal være norm for den standarden de må få i hjemlandet dersom de utvises fra Norge.

I hvor stor grad sykdom eller funksjonsnedsettelse skal ha betydning for om en person skal få opphold på humanitært grunnlag må være gjenstand for en individuell vurdering av myndighetene, ut fra en sakkyndig vurdering av helsetilstanden og kjennskap til hva som kan tilbys i hjemlandet.

Avgrensningen til "helsehjelp som er nødvendig og ikke kan vente"

Forslaget bygger på et skille mellom "helsehjelp som er nødvendig og ikke kan vente" og nødvendig helsehjelp på annet grunnlag. Et slikt skille er meget vanskelig, med svært uklare grenser som gjør det vanskelig å forholde seg til i praksis; for eksempel er ikke kroniske infeksjoner nevnt. Medisinsk sett er det ikke nødvendigvis begrunnelse for å skille "nødvendig helsehjelp" fra kun å forholde seg til den helsehjelp som er " helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller svært sterke smerter."

Ubehandlet sykdom vil ofte forverres over tid, og vil uansett ende opp som tilstander som ikke kan vente, samtidig som behandlingsutsiktene ofte blir dårligere hvis man venter med behandlingen. Eksempelvis kan de smittefarlige sykdommene ha et ulmende forløp som ikke gir direkte ø-hjelp situasjoner, for eksempel langvarig hoste ved tuberkulose. Mange i den aktuelle gruppen vil ha kroniske sykdommer som krever lengre tids oppfølging. Tatt i betraktning av at mange, tross påbud om å reise fra landet, likevel vil oppholde seg i lenger tid i Norge, vil man på denne måten gjøre det umulig for disse å få adekvat helsehjelp. Dette vil stride imot akseptert legeetik som sier at enhver skal få behandling uansett sosial status, posisjon, etnisk tilhørighet etc.

I praksis vil for øvrig enhver førstegangs konsultasjon måtte oppfattes som øyeblikkelig hjelp eller noe som "ikke kan vente", da det er først i løpet av en slik konsultasjon at legen kan ha noen formening om grad av hast og betydning for helsen. Denne vurderingen vil uansett ofte være meget subjektiv og vanskelig å ta stilling til.

I primærhelsetjenesten forholder man seg ellers til et stort antall lidelser, tilstander og skader som ikke kan karakteriseres som livstruende, men som likevel er så plagsomme at det er uetisk å ikke behandle dem. Hvis ikke disse personene har en fastlegeordning eller tilsvarende, vil de sannsynligvis oppsøke legevakt i mye større grad enn det som er hensiktsmessig. Legevakt er i mange tilfeller ikke et hensiktsmessig tilbud for deres problemer. Spesielt er dette viktig når det gjelder smittevern og alvorlige psykiske lidelser der organisering av tolketjenester kan være påkrevd.

Vi vil også peke på at en stor gruppe ikke har noen utreisdato, og det vil sannsynlig være situasjoner der planlagt utreise ikke er kjent for helsetjenesteyter. Vi vil også peke på at for en del av de pasientene der vurdering i forhold til den foreslåtte forskriftsformuleringen vil være relevant, vil pasienten neppe være transportdyktig med mindre man definerer det som en pasienttransport.

Nærmere om finansieringsproblematikken

Det er ikke knyttet økonomi til ordningen. Man har lagt til grunn at tjenestemottakerne fortsatt selv skal betale for tjenestene, men at man ikke kan kreve forhåndsbetaling.

Argumentasjonen som brukes, er at turister og andre som oppholder seg kortvarig også må betale selv og at *"slikt unntak vil stride mot den allmenne rettsfølelse."* I forhold til dette mener vi at departementet ikke tar hensyn til at bestemmelsen omfatter grupper som vanskelig kan sammenliknes hva gjelder økonomisk kapasitet, og at argumentasjonen derfor ikke strekker til.

Det er etter Legeforeningens syn en alvorlig svakhet ved forslaget at det ikke foreslås noen endringer i dagens regelverk hva gjelder finansiering. Vi peker på at manglende finansiering nettopp må anses å være et hovedproblem ved gjeldende regelverk, og viser om dette til Tilsynsmeldingen 2009 fra Statens helsetilsyn (s 32):

"Eit hovudproblem er at rett til helsehjelp ikke gir rett til finansiering. I éin situasjon skal hjelpa riktignok vere gratis; ved smiteverntiltak mot allmennfarleg smittsam sjukdom, men ellers kan legar, poliklinikkar og sjukehus krevje full betaling for helsehjelpa. Dette gjer at mange unnlet å søkje hjelp. I praksis skjer det atskilleg gratisbehandling, men dette er basert på filantropi hos enkelthelsepersonell og institusjonar."

For dem som ikke er i stand til å betale må det sikres finansiering. Rettigheter som av økonomiske grunner er uopnåelige, kan ikke sies å være generelle menneskerettigheter. Som vi vil utdype nedenfor mener Legeforeningen at det må innføres en ordning der behandler har anledning til å få refundert både egenandeler og honorar for denne pasientgruppen.

Begrunnelsen for lav eller ingen egenbetaling for nødvendig helsehjelp i Norge har vært at egenbetaling er et reelt hinder for tilgang. Denne begrunnelsen må antas i høyeste grad å gjelde personer uten lovlig opphold i landet, da vi må anta at mange i gruppen har større økonomiske problemer enn lavinntektsgruppene av norske statsborgere. Vi må også anta at innkreving av egenbetaling vil være vanskelig både fordi disse personene ofte vil ha ukjent adresse, og fordi sanksjonsmulighetene er små. Et system der det er den enkelte behandler som skal ta den økonomiske belastningen ved å behandle disse personene, er ikke akseptabel, og det gjør tilgangen på legetjenester usikker. Vi nevner i forbindelse med dette at de fleste fastleger allerede i dag gjør mye "pro bono" arbeid for svake grupper, men frikortordningen og det faktum at NAV i noen tilfeller betaler begrenser tapet på den enkelte pasient. Med denne nye gruppen ubemidlede vil man ikke ha disse ordningene. I tillegg til egenbetalingen hos lege vil betaling for tiltak som tolketjenester, medikamenter og vaksiner måtte avklares på en måte som tar hensyn til de etiske og folkehelsemessige sidene av saken.

Vi ser det som like naturlig at pasienter i gruppen får helsetjenester på samme økonomiske vilkår som de med lovlig opphold, som at papirløse barn ikke avkreves skolepenger når de får gå på skolen. Vi bemerker også at andre land, bl.a. Nederland, har etablert refusjonsordninger for den aktuelle gruppen. Pasienter som har betalingsevne, skal betale selv; dersom de ikke kan det, kan tjenesteyter søke offentlig refusjon.

Som vi har vært inne på vil pasienter med kroniske sykdommer ikke innlemmes i retten til helsehjelp. Et praktisk argument departementet kan ta med i sin vurdering er at dette er pasienter, som ved å gå ubehandlet, vil kunne ende opp som intensivpasienter. De vil da ha rett til hjelp, men vil utgjøre en potensielt større kostnad enn de ville gjort med adekvat behandling i utgangspunktet.

Legeforeningen anser at finansiering bør være en *statlig* forpliktelse, blant annet fordi dette er personer som ikke har tilknytning til kommune eller som ofte flytter mellom kommuner. En løsning i så måte kan være at det gjøres nødvendige tekniske tilpasninger i refusjonstakstene for primærhelsetjenesten, og at det tilsvarende opprettes dekkende DRG-takster innenfor spesialisthelsetjenesten.

En mulig modell for den praktiske håndtering er at det etableres en sentral statlig oppgjørsordning, for eksempel under HELFO. Til denne ordningen kan for eksempel betalingskrav som etter rimelige

innfordringsforsøk ikke er betalt eller krav med ukjent adressat, bli innsendt. Organet (f eks HELFO) vil da overta videre administrering av kravet samt besørge at tjenesteyter gis refusjon i henhold til fastsatte takster.

Legeforeningen bemerker at det under enhver omstendighet bør være slik at personer som får innvilget opphold på et senere tidspunkt ikke skal måtte betale for den helsehjelp man måtte ha fått før man fikk opphold. En annen bestemmelse vil kunne gi til dels svært urimelige utslag.

Særlig om barns rettigheter

Det er i utgangspunktet meget positivt at barns rettigheter søkes tydeliggjort og at deres rettigheter i stor grad likestilles med personer med lovlig opphold.

Departementet anerkjenner i høringsnotatet barns rettigheter etter barnekonvensjonen, men det oppstilles like fullt avgrensninger: *”Departementet foreslår at retten begrenses noe. Det må ved avgjørelsen av om helsehjelp skal gis, på samme måte som ved vurderingen av voksne, ses hen til at barnet er ulovlig i landet og således forutsettes å forlate det i løpet av kort tid. Behandlinger som uten særlige konsekvenser kan utsettes, faller således utenom retten.”* At barn ikke har rett til fastlege blir understreket i notatet.

Med dette presiseres at barn som oppholder seg ulovlig i Norge ikke har samme rett til helsehjelp som andre barn. At barn på denne måten straffes finner Legeforeningen svært uheldig. I tillegg til å være en sårbar gruppe, kan barn ikke holdes ansvarlig for sitt opphold i landet. I praksis vil det ofte kunne være vanskelig å vite hvor langt tidsrom barnet reelt sett vil bli i landet, selv om det foreligger et vedtak eller en plan om snarlig utreise. Bare av den grunn er bestemmelsen uheldig. Hvis Norge skal oppfylle forpliktelsene i barnekonvensjonen, må det dessuten legges inn en finansieringsordning som rent faktisk sikrer barn som oppholder seg ulovlig i landet nødvendig helsetjeneste.

Barns rett til helsekontroll etter kommunehelsetjenesteloven er meget viktig. Oppfølging og kontroll med barnas helse og utvikling gjennom helsestasjonene og skolehelsetjenesten er avgjørende for at myndighetene skal kunne ivareta sine forpliktelser til å sikre disse barnas rett til helse og utvikling, samt vern mot misbruk og omsorgssvikt. Helsestasjonene er også et viktig kontaktpunkt i forhold til veiledning og bistand til foreldrene ved sykdom hos barnet, i mangel av rett til fastlege.

Funksjonshemmede barns rett til særskilt omsorg og habilitering er ikke diskutert i forslaget. Det ligger i habiliteringsarbeidets natur at langvarig oppfølging ofte er nødvendig, og ut fra departementets forslag ser vi at det i slike tilfeller vil oppstå uklarheter i forhold til begrensninger i retten til helsehjelp. Habilitering av funksjonshemmede barn i tidlige livsfaser er meget viktig for å fremme best mulig utvikling, både tidlig og senere i livet, og ved manglende rett til habiliteringstjenester kan utviklingspotensial gå tapt. Funksjonshemmede barns spesielle behov og rettigheter er nedfelt i Barnekonvensjonens artikkel 23, som også er gjeldende norsk lov. Vi mener derfor at departementet bør presisere hvilke rettigheter barn uten lovlig opphold skal ha til habilitering.

Rett til helsehjelp for andre utsatte grupper

Departementet foreslår at psykisk ustabile personer som utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Utover dette vil hovedreglen gjelder også for psykisk syke, altså slik at rett til helsehjelp ved psykiske lidelser kun gjelder øyeblikkelig hjelp og hjelp som ”er helt nødvendig og ikke kan vente”.

Ofte vil en sykdoms akuttbehandling henge nøye sammen med mulighetene for oppfølging. Spesielt gjelder dette psykiske lidelser der behandlingsallianse, som må bygges opp fra første møte, er sentralt. Helsehjelp som ikke kan gis utover det mest nødvendige blir derfor mangelfull.

Legeforeningen mener at nødvendig helsehjelp til psykisk syke ikke skal begrenses til psykisk helsevern for dem som utgjør fare for seg selv eller andre eller, og for øvrig til øyeblikkelig hjelp og akutt hastesituasjonene. Også ved psykisk sykdom som kan forverres dersom personen ikke kommer til behandling, må det gis rett til nødvendig behandling.

Forutsetningene for at helsehjelp skal fungere, er at mottaker har råd til å bruke tjenesten og at den oppleves som trygg. Smittevernperspektivet og psykisk helseperspektivet under bokstav d) og f) må, for at det skal fungere hensiktsmessig, baseres nettopp på dette. Skal man oppdage psykisk syke som er til fare for seg selv eller andre, eller personer med allmennfarlige smittsomme sykdommer, må gruppen ha god tilgang til primærhelsetjeneste. Helst bør de kunne ha fastlege, da alternativet i kommunehelsetjenesten vil være legevakt. På legevakten vil pasientene kunne bli avvist fordi det ikke dreier seg om øyeblikkelig hjelp. Lov om helsetjeneste i kommunene benytter begrepet ”Bor eller midlertidig oppholder seg” i forhold til hvem som har rettigheter.

Diverse

Personnummer er viktig for entydig identifikasjon innen helsetjenesten. For at den aktuelle gruppen skal kunne få tjenester på en trygg måte, foreslås at det etableres en identifikasjonsmulighet til bruk i helsetjenesten. For eksempel kan utstedelse av et helsekort med løpenummer som pasienten kan bruke for enhetlig identifikasjon vurderes. Helsepersonell bør kunne gis mulighet til å utstede dette.

Med hilsen
Den norske legeforening



Geir Riise
Generalsekretær



Anne Kjersti Befring
Direktør
Forhandlings- og helserettsavdelingen

Saksbehandler: Aadel Heilemann

<http://www.humanrights.se/upload/files/2/Rapporter%20och%20seminariedok/Hunt%20report%202007.pdf>

ii [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)