

Retten til helsehjelp

Ofre for menneskehandel uten lovlig opphold; hvilken rett har de til helsehjelp etter folkeretten og etter norsk rett?

Kandidatnummer: 333

Veileder: Marit Halvorsen

Leveringsfrist: 25. april 2006

Til sammen 17 757 ord

24.04.2006

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-----------------|--|------------------|
| <u>1</u> | <u>INNLEDNING</u> | <u>1</u> |
| 1.1 | Tema og problemstilling | 1 |
| 1.2 | Avgrensninger | 3 |
| 1.3 | Begreper og definisjoner | 5 |
| 1.3.1 | Menneskehandel | 5 |
| 1.3.2 | Begrepene ”lovlig” og ”ulovlig opphold” - utlendingers rettsstilling i Norge | 6 |
| 1.3.3 | Helsehjelp | 7 |
| 1.3.4 | Allmennhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste | 8 |
| 1.4 | Systemet for organisering og finansiering av helsetjenesten | 9 |
| 1.5 | Rettskilder | 11 |
| <u>2</u> | <u>HENSYN OG PROBLEMSTILLINGER</u> | <u>13</u> |
| 2.1 | Likhet og rettferdighet | 13 |
| 2.2 | Humanitet og medmenneskelighet | 14 |
| 2.3 | Hensyn til barns beste | 14 |
| 2.4 | Hensynet til samfunnet | 15 |
| 2.4.1 | Samfunnsøkonomiske hensyn | 15 |
| 2.4.2 | Innvandringspolitiske hensyn | 15 |
| 2.4.3 | Hensynet til befolkningens helse og sikkerhet | 16 |
| 2.5 | Enkelte typetilfeller der det er rimelig at samfunnet påtar seg ansvaret | 16 |
| 2.6 | Andre hensyn | 17 |
| 2.7 | Hensynene sett i sammenheng | 18 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 3 | <u>HVILKE RETTIGHETER TIL HELSEHJELP FØLGER AV FOLKERETTEN OG Menneskerettighetene</u> | 19 |
| 3.1 | Verdenserklæringen om menneskerettighetene artikkel 25 og ØSK artikkel 12 | 19 |
| 3.2 | Barnekonvensjonen | 22 |
| 3.3 | Andre konvensjonsbestemmelser | 25 |
| 3.4 | Palermoprotokollen og Europarådets konvensjon om tiltak mot menneskehandel | 28 |
| 4 | <u>RETT TIL HELSEHJELP ETTER NORSK LOV</u> | 30 |
| 4.1 | Hovedlinjer | 30 |
| 4.2 | Retten til øyeblikkelig hjelp fra allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten | 32 |
| 4.2.1 | Retten til å få utført helsetjenester ved øyeblikkelig hjelp | 32 |
| 4.2.2 | Retten til å få dekket utgiftene til helsehjelp ved øyeblikkelig hjelp | 35 |
| 4.3 | Retten til allmennhelsetjenester utover øyeblikkelig hjelp | 37 |
| 4.3.1 | Retten til å få utført allmennhelsetjenester | 37 |
| 4.3.2 | Retten til å få dekket utgiftene til allmennhelsetjenester | 42 |
| 4.4 | Rett til spesialisthelsetjenester utover øyeblikkelig hjelp? | 43 |
| 4.4.1 | Rett til å få utført spesialisthelsetjenester? | 43 |
| 4.4.2 | Rett til å få dekket utgiftene til spesialisthelsetjenester? | 46 |
| 4.5 | Retten til å bli tatt under tvungent psykisk helsevern | 46 |
| 4.6 | Smittevernloven | 48 |
| 4.6.1 | Retten til å få utført helsetjenester i forbindelse med smittevern | 48 |
| 4.6.2 | Retten til å få dekket utgiftene ved helsehjelp i forbindelse med smittevern | 53 |
| 4.7 | Abortloven | 54 |
| 4.7.1 | Retten til å få utført et abortinngrep | 54 |
| 4.7.2 | Foreligger en rett til å få dekket utgiftene ved et abortinngrep? | 55 |
| 4.7.3 | De lege ferenda | 56 |

| | | |
|-----------------|--|------------------|
| 4.8 | Barns rettsstilling | 58 |
| 4.9 | Ulovfestede nødrettsbetraktninger | 59 |
| <u>5</u> | <u>AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER</u> | <u>61</u> |
| <u>6</u> | <u>LITTERATURLISTE</u> | <u>62</u> |
| <u>7</u> | <u>KILDEHENVISNINGER</u> | <u>64</u> |
| <u>8</u> | <u>VEDLEGG</u> | <u>69</u> |

1 Innledning

1.1 Tema og problemstilling

Jeg vil i det følgende søke å avklare i hvilken grad ubemidlede ofre for menneskehandel uten lovlig opphold i landet har rett til helsehjelp.

Menneskehandel kan betraktes som vår tids slavehandel. Det er antatt at rundt 120 000 kvinner trafikkeres til Vest-Europa for utnyttelse i prostitusjon hvert år, sannsynligvis er mellom 10 - 30 % av disse barn.¹ Kriminelle nettverk som organiserer menneskehandel for utnyttelse i prostitusjon har også etablert seg i Norge. Tall fra Pro Sentret viser at rundt 500 kvinner fra områder der menneskehandel er ”vanlig” (Nigeria, Øst og Sør-Øst Europa) solgte seksuelle tjenester i Oslo i regi av en tredjeperson.² Det er imidlertid usikkert å si hvor mange av disse som faktisk var ofre for menneskehandel i henhold til Palermo-protokollen (se nedenfor punkt 1.3.1)

Ofre for menneskehandel kan ha lovlig opphold, men flere oppholder seg også ulovlig i landet av ulike grunner. Noen ganger har visumet utløpt, andre ganger er det snakk om ulovlig innreise eller brudd på vilkår for oppholdstillatelsen (se punkt 1.3.2 om begrepene lovlig og ulovlig opphold).³

Ofre for menneskehandel kan ha særlige behov for helsehjelp, særlig i forhold til helsemessige konsekvenser som følge av prostitusjon eller andre overgrep.

¹ Redd Barna 2004 s 3

² Misje 2005 s 30

³ Regjeringens handlingsplan mot menneskehandel s 8. Finnes på

http://odin.dep.no/filarkiv/251306/handlingsplan_mot_menneskehandel.pdf

En rett til helsehjelp vil for en person uten midler være nært tilknyttet spørsmålet om hvem som skal bære kostnadene knyttet til helsehjelpen. Få leger vil nok fraskrive seg ansvaret for en pasient han eller hun mener trenger medisinsk hjelp. Foreligger ingen rett til å få dekket kostnadene til helsehjelp, vil den enkelte lege kunne komme i et dilemma, der det moralske aspektet i dette på en måte står i strid med det lovmessige.

Helse- og omsorgsdepartementet forsøkte i fjor å kartlegge i hvilken grad helseforetakene i Norge faktisk ytet helsehjelp til personer uten lovlig opphold.⁴ Problemet er imidlertid at sykehusenes pasientsystemer ikke skiller mellom lovlig og ulovlig opphold, blant annet Helse Sør opplyser at dette er opplysninger som de normalt ikke har mulighet til å innhente.⁵ Eksempelvis hadde Helse Sør 1 150 tilfeller av øyeblikkelig hjelp, og 939 tilfeller der de hadde ytt helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp til selvbetalende pasienter i 2004, syv av disse var til barn.⁶ Helse Sør tapsførte 3,75 millioner kroner som følge av denne behandlingen. Fra de andre helseforetakene var tallene mindre utfyllende.⁷

Om en skal gi helsehjelp til personer uten lovlig opphold er et tema med sterke politiske, etiske og rettslige aspekter. Det berører i stor grad Norges innvandringspolitikk. Det er uttrykt bekymring for at rettigheter til helsehjelp vil oppmuntre til ”helseturisme”. Å ikke gi helsehjelp kan generelt utgjøre et pressmiddel for å få personer som er uvillige til å reise fra landet til å samarbeide om sin retur til hjemlandet. Det etiske aspekt har flere sider. I hvilken grad det er etisk forsvarlig at helsepersonell avviser syke personer på grunn av deres oppholdsstatus er en side av saken. Hvorvidt det er riktig at helsepersonell på denne måten skal bidra til gjennomføringen av statens innvandringspolitikk, eller omvendt, om

⁴ Brev fra HOD til helseforetakene av 2. august 2005, *vedlegg 1*

⁵ Brev fra Helse Sør til HOD av 31. august 2005, *vedlegg 2*

⁶ Tallene refererer til antall tilfeller det er ytt hjelp og ikke antall pasienter, så en pasient kan ha blitt fulgt opp med flere etterfølgende konsultasjoner. Som selvbetalende pasienter registreres de som ikke er medlemmer av folketrygden, ikke er under E111 og som ikke er konvensjonspasienter (se nedenfor)

⁷ Brev fra Helse Øst til HOD av 9. november 2005, brev fra Helse Vest til HOD av 8. september 2005 og e-post fra Helse Nord til HOD av 14. november 2005, *vedlegg 2*

det er riktig at offentlig ansatte helsearbeidere skal kunne ”sabotere” statens politikk, er en annen side. De rettslige aspekter innebærer hvilke rettigheter til helsehjelp som faktisk kan utledes av folkeretten/menneskerettighetene og av gjeldende norsk rett.

1.2 Avgrensninger

I følge UDI kan personer som oppholder seg i Norge ulovlig, deles inn i fire hovedgrupper; 1) personer som etter eget ønske har tatt seg ulovlig inn i landet uten å gi seg til kjenne, 2) personer som har blitt ført inn i landet som offer for menneskehandel, 3) personer som har kommet som arbeidstakere eller på turistvisum og ikke reiser ut etter at tillatelsen har opphørt og 4) personer som har fått avslag på søknad om asyl og ikke har reist ut av landet.⁸

Denne oppgaven behandler kun retten til helsehjelp for gruppe 2; personer som har blitt ført inn i landet som offer for menneskehandel. At en har å gjøre med et offer for menneskehandel, vil kunne ha betydning for hvilke hensyn som må tillegges vekt ved fastsettingen av deres rettstilling.

Det kan likevel være vanskelig å skille mellom gruppene i praksis. Kompleksiteten i det kriminelle forholdet, ofrenes selvforståelse og andres forståelse av problemstillingene, kan gjøre det vanskelig å identifisere et offer for menneskehandel.⁹ En studie gjort av FaFo av kvinner fra Øst-Europa utsatt for menneskehandel, viser at kvinnens mulighet til å bryte ut av prostitusjonen beror vel så ofte på kvinnens egen forståelse av situasjonen som faktiske hindre.¹⁰ Noen av dem kan anses for å ha ”tatt seg inn i landet frivillig”, vitende om at de kommer for å prostituere seg, men opplever at de mister kontrollen over eget liv på veien.¹¹

⁸ Artikkel av Trygve Nordby, direktør i UDI, 2. februar 2005. Finnes på <http://www.udi.no/templates/Uttalelse.aspx?id=7003>

⁹ Misje 2005 s 31-32

¹⁰ Brunovskis 2004 s 85 flg

¹¹ Ibid i.c.

Andre har regelrett blitt kidnappet og ført mot sin vilje inn i landet, noe tilfellet i dommen av Borgarting lagmannsrett av 8. november 2005 er et stygt eksempel på.¹²

Det er uansett viktig å huske at de fleste ofre for menneskehandel kontrolleres sterkt psykisk av bakmennene, ofte ved trusler og manipulasjon, men også ved bruk av fysisk vold. De blir gjerne fortalt at de skylder penger knyttet til transportkostnader, dokumenter, bestikkelser og lignende. Nettverkene befinner seg både i kvinnenes hjemland og i Norge. Flere psykologiske faktorer er med på å hindre at de oppsøker hjelp, jeg skal ikke gå inn på disse her.¹³ Skulle de være sterke nok til å ta det skritt å oppsøke hjelp fra myndighetene eller andre, kan de risikere sanksjoner både mot seg selv og sin familie.¹⁴ Mange kommer fra land med mye korrupsjon, og kan derfor ha liten tillit til at deres interesser blir ivaretatt dersom de oppsøker hjelp. En del av de personer som er utsatt for menneskehandel søker etter hvert asyl. Om disse faller under hovedgruppe 1, 2 eller 4 er dermed ikke så godt å si.

For å få helhet i fremstillingen, har jeg valgt å behandle også slike problemstillinger som kan fremtre noe hypotetiske for denne gruppens behov. Eksempelvis vil nok kvinner utsatt for menneskehandel sjelden i praksis gjennomføre et svangerskap. Problemstillinger som knytter seg til svangerskap og fødsel mener jeg er så viktige problemstillinger at de ikke kan utelates.

Oppgaven omhandler ikke rettstillingen til personer som har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter). Dette gjelder borgere fra Norden, resten av EØS-området, Sveits, Tyrkia, Australia, Chile, USA og Quebec.¹⁵ Disse vil befinne seg i en annen rettstilling enn personer som er fra land uten slik

¹² LB-2005-58617

¹³ Matei 2005 s 42-44

¹⁴ Regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2005-2008) s 4 (se note 3)

¹⁵ Rettskilder for Trygdeetaten, Hovednr. 42 – Trygdeavtaler. Finnes på <http://rundskriv.trygdeetaten.no/rtv/lpext.dll?f=templates&fn=main-j.htm>

konvensjonsavtale, da de i mange henseende (på de områder avtalen regulerer) har den samme retten til helsetjenester som norske borgere.

1.3 Begreper og definisjoner

1.3.1 Menneskehandel

Jeg legger til grunn den definisjon av menneskehandel som er brukt i tilleggsprotokollen til FNs konvensjon mot grenseoverskridende organisert kriminalitet, for å forebygge, bekjempe og straffe handel med mennesker, særlig kvinner og barn (Palermo-protokollen), som ble ratifisert av Norge i september 2003. Palermo-protokollens artikkel 3, litra a, definerer handel med mennesker som:

”...rekruttering, transport, overføring, husing eller mottak av personer, ved hjelp av trusler om bruk av vold eller bruk av vold eller andre former for tvang, av bortføring, av bedrageri, av forledelse, av misbruk av myndighet eller av sårbar stilling eller av å gi eller å motta betaling eller fordeler for å oppnå samtykke fra en person som har kontroll over en annen person, med sikte på utnytting. Utnytting skal som et minimum omfatte utnytting av andres prostitusjon eller andre former for seksuell utnytting, tvangsarbeid eller tvangstjenester, slaveri eller slaveriliknende praksis, trelldom eller fjerning av organer”

Menneskehandel kjennetegnes etter dette av tre hovedelementer: utnyttelse, tvang/forledelse og forflytning. Er tvangs-/forledelseselementet til stede, er det irrelevant om det foreligger samtykke fra offeret for menneskehandel (litra b). Gjelder det barn (person under 18 år), vil man alltid legge til grunn at tvangs-/forledelseselementet er til stede, og her er det også selvfølgelig irrelevant om det foreligger samtykke fra barnet (litra c og d).

1.3.2 Begrepene "lovlig" og "ulovlig opphold" - utlendingers rettsstilling i Norge

Utlendingers rettsstilling i Norge reguleres i utgangspunktet av utlendingsloven (utlendl).¹⁶ Lovens formål er blant annet å "gi grunnlag for kontroll med inn- og utreise og med utlendingens opphold i riket i samsvar med norsk innvandringspolitikk", jf. § 2. Utlending er definert som "enhver som ikke er norsk statsborger", jf. § 48.

Hovedregelen er at alle utlendinger som skal oppholde seg i Norge i mer enn tre måneder må ha oppholdstillatelse, jf. utlendl § 6. Jf. § 5 kan oppholdstillatelse gis dersom det foreligger særskilt grunnlag for det, dette kan for eksempel være asyl, humanitære grunner, familiegjening, arbeid eller studier.¹⁷ En utlending som ikke har slik oppholdstillatelse som kreves etter utlendl § 6, har ulovlig opphold.

Utlendl § 3 sier noe om hvilken rettsstilling utlendinger normalt har under opphold i Norge. Bestemmelsen ble i 1995 endret ved at ordet «lovlige» ble tilføyd, slik at den nå lyder slik: *Dersom ikke noe annet følger av gjeldende rettsregler, har utlending under sitt lovlige opphold i riket samme rettigheter og plikter som norske statsborgere.*¹⁸

I forarbeidene til endringsloven uttales blant annet:

"Utlendingslova sjølv gir føresegner om rettsstillinga til utlendingar på det området lova regulerer. I tillegg er § 3 i lova ein «generalklausul» om rettsstillinga til utlendingar også på område som ikkje blir regulerte av utlendingslova. Føresegna innfører eit prinsipp om likestilling mellom utlendingar og norske borgarar som alminneleg regel, og fungerer samtidig som eit tolkingsprinsipp for andre lover og rettsreglar. Utlendingar som er i Noreg, er sjølv sagt underlagde all lovgiving som gjeld her i landet. Det følgjer av

¹⁶ Lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her, av 24. juni 1988 nr 64

¹⁷ Forskrift om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsforskriften), av 21. desember 1990 nr 1028

¹⁸ Lov 30. juni 1995 nr. 49 (endringslov)

gjeldande rettsreglar at utlendingar dels har same rettsstilling som norske borgarar, dels ulik".¹⁹

Det vises videre til at bestemmelsen ikke sier noe om rettstillingen til utlendinger uten lovlig opphold. Bestemmelsen har altså først og fremst betydning som tolkingspresumsjon i favør av likestilling mellom utlendinger med lovlig opphold og norske statsborgere. For personer uten lovlig opphold gjelder det ingen bestemt generell tolkningspresumsjon. Deres rettstilling vil kunne fremgå direkte av en lov, men i de fleste tilfeller må det avgjøres ut fra en tolkning av hver enkelt lov. Ordlyden i § 3 vil således kunne innebære at som et utgangspunkt vil en rett kun gjelde utlendinger som har lovlig opphold. Det vil være mulig å komme frem til at også utlendinger uten lovlig opphold bør få denne retten, dersom nærmere bestemte grunner tilsier det.²⁰

1.3.3 Helsehjelp

Jeg vil i det følgende benytte samme definisjon av helsehjelp som i pasientrettighetsloven § 1-3: "handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell". Denne definisjonen har både et medisinsk element (det kreves at hjelpen har medisinske formål) og et institusjonelt element ("utført av helsepersonell"). Abortinngrep omfattes av denne definisjonen i pasientrettighetsloven.²¹ (Det har imidlertid vært en debatt i juridisk teori om abort først og fremst bør anses som et helsetilbud eller som et velferdstilbud).²²

¹⁹ Ot.prp.nr.13 (1994-95) s 11

²⁰ Ibid s 16

²¹ Syse (pas) 2004 s 108

²² Se for eksempel Syse 1993 s 95-97

1.3.4 Allmennhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste

Det er ikke gitt noen legaldefinisjon verken av begrepet ”allmennhelsetjeneste” eller begrepet ”spesialisthelsetjeneste”. I pasientrettighetsloven er begrepet ”helsetjenesten” definert som ”primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten” (§ 1-3). Begrepet ”allmennhelsetjeneste” må anses å være den funksjonelle tilnærmingen til den del av helsetjenesten som kalles ”primærhelsetjenesten”.²³ Helsetjenestebegrepet omfatter både virksomhet som er offentlig eid, privateid og offentlig drevet, og privateid og privatdrevet der det foreligger avtale med stat og kommune.²⁴

Denne del av helsetjenesten som kalles allmennhelsetjenesten reguleres av kommunehelsetjenesteloven. Både allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste, sykepleie og jordmortjeneste faller under kommunens ansvar etter loven, og disse må også omfattes av begrepet ”allmennhelsetjeneste”, jf. § 1-3.

Den del av helsetjenesten som kalles spesialisthelsetjenesten reguleres av spesialisthelsetjenesteloven.²⁵ Spesialisthelsetjenester omfatter blant annet sykehustjenester og undersøkelse og behandling av medisinske spesialister.

Kjønstad viser til at skillet mellom allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i stor grad faller sammen med sontringen mellom behandling utenfor og behandling i institusjon. Allmennhelsetjenester gis imidlertid også i form av opphold i sykehjem, og spesialisthelsetjenester gis også ved poliklinikker, ved private institutter, av privatpraktiserende legespesialister, og av kliniske psykologer.²⁶

²³ Syse (pas) 2004 s 109

²⁴ Ibid i.c.

²⁵ Kjønstad 2005 s 139

²⁶ Ibid s 139-140

1.4 Systemet for organisering og finansiering av helsetjenesten

Jeg skal her gi en kort oversikt over hvordan helsetjenesten er organisert og finansiert i Norge.

Kommunene har ansvaret for allmennhelsetjenesten, jf. khl § 1-1. Allmennhelsetjenesten er organisert både ved opprettelse av kommunale stillinger og ved inngåelse av avtaler med privatpraktiserende helsepersonell. Utgiftene ved allmennhelsetjenesten dekkes av kommunen, jf. khl § 5-1. Utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen skal delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen. De fleste slike avtaler vil være fastlegeavtaler, og det kommunale tilskudd skjer ved at kommunen utbetaler et ”per capita”-tilskudd for hver person på legens liste. Også andre helsearbeidere kan ha slik avtale med kommunen, eksempelvis fysioterapeuter og jordmødre.

Som en delvis finansiering av de kommunale helsetjenestene gis det også stykkprisrefusjon fra folketrygden, jf. khl § 5-2 og ftl kapittel 5, se nedenfor.²⁷ Det vanlige er at leger har inngått en avtale om direkte oppgjør fra trygden, slik at pasienten ikke trenger å betale noe annet når han er hos legen enn det som utgjør en eventuell egenandel, se nedenfor. Det gjeldende årlige tak for egenandel for blant annet legehjelp, laboratorieprøver, radiologiske undersøkelser og behandling, psykologhjelp og viktige legemidler er kr 1 615, utover dette beløp er man fritatt for å betale egenandel.²⁸

Ansvaret for spesialisthelsetjenesten tilligger staten, jf. sphlsl § 2-1. Norge er inndelt i fem helseregioner, Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Sør og Helse Øst. I hver helseregion er det et regionalt helseforetak som på vegne av staten planlegger og organiserer spesialisthelsetjenesten. Staten er eier av de regionale helseforetak, som igjen står som eier av helseforetakene (sykehusene) i regionen. Hvert regionale helseforetak og

²⁷ Lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19

²⁸ Forskrift om egenandelstak 1 av 18. april 1997 nr. 334 §§ 2 og 4

hvert helseforetak er altså selvstendige rettssubjekter, men eies alene av staten og styres av Helse- og omsorgsdepartementet. Dette innebærer at forvaltningsrettslige regler og prinsipper til en viss grad kan få anvendelse på deres virksomhet.²⁹

De regionale helseforetakenes inntekter består av ulike typer tilskudd fra staten som Stortinget har bevilget. Poliklinikker får også godtgjørelse fra staten per konsultasjon.³⁰

En del av den statlige spesialisthelsetjenesten utenfor institusjon består av privatpraktiserende spesialister som har avtale med et regionalt helseforetak om driftstilskudd. Delvis blir også disses virksomhet finansiert ved stykkprisrefusjoner fra folketrygden, jf. ftrl § 5-4, annet ledd.

Der helsetjenester delvis finansieres ved refusjon fra folketrygden, stilles det som hovedregel krav om at pasienten er medlem av folketrygden, jf. ftrl § 5-2. Et vilkår for medlemskap er at vedkommende har lovlig opphold, jf. ftrl § 2-1. Det som gir krav på stønad er ”nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd”. Det ytes ikke stønad dersom det gjelder et ”inngrep som vesentlig er begrunnet i kosmetiske hensyn”, og heller ikke til behandling av ”påregnelige følger av slike inngrep”, jf. ftrl § 5-1. Trygden kan i tillegg yte bidrag etter § 5-22 når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover, og det er bestemt i forskrift at rikstrygdeverket skal fastsette nærmere retningslinjer her.³¹ Rikstrygdeverkets retningslinjer er i utgangspunktet uttømmende. Reiser saken problemstillinger av prinsipiell karakter, kan imidlertid Rikstrygdeverket vurdere saken nærmere.³²

²⁹ Eckhoff og Smith 2003 s 91-92

³⁰ Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak av 1. desember 2000 nr. 1389

³¹ Forskrift om bidrag til visse helsetjenester, av 18. april 1997 nr 332

³² RSK 1997-05 01 nr. 43: Rundskriv til ftrl § 5-22

Pasienten vil nesten alltid måtte betale egenandel, både for allmennhelsetjenester og spesialisthelsetjenester. Nevner jeg ikke annet, vil dette være forutsatt i det følgende.

1.5 Rettskilder

Menneskerettighetene har i økende grad fått relevans ved tolkningen av norsk rett de siste tiårene. Ved menneskerettsloven (mrl), inkorporeres den europeiske menneskerettskonvensjon av 4. november 1950 (EMK), FNs konvensjon om sosiale og politiske rettigheter av 16. desember 1966 (SP), FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 16. desember 1966 (ØSK), og FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989 (Barnekonvensjonen).³³ Disse konvensjonene gjelder som norsk lov jf. mrl § 2, og i tilfelle motstrid mellom bestemmelser i disse konvensjonene og nasjonale bestemmelser skal konvensjonsbestemmelsen gå foran jf. mrl § 3. Alle inneholder de bestemmelser som kan være av betydning for denne oppgavens problemstilling. FNs verdenserklæring om menneskerettighetene, som ble vedtatt av FNs generalforsamling 10. desember 1948, inneholder også bestemmelser som berører retten til helse, denne er imidlertid ikke inkorporert i norsk rett på samme måte som de ovennevnte konvensjonene.

To internasjonale konvensjoner retter seg spesielt mot menneskehandel. Den ene er Palermo-protokollen, se punkt 1.3.1. Den andre er Europarådets konvensjon om tiltak mot menneskehandel som Norge undertegnet 16. mai 2005.³⁴ Sistnevnte trår i kraft når ti stater har undertegnet den, på det nåværende tidspunkt har åtte stater undertegnet.

Viktige norske lovbestemmelser på helserettens område er pasientrettighetsloven (pasl) § 2-1, kommunehelsetjenesteloven (khl) § 2-1 og spesialisthelsetjenesteloven (sphlsl) § 3-1, som regulerer de generelle rettigheter til allmenn- og spesialisthelsetjenester. Av andre lover vil jeg nevne folketrygdloven, abortloven, smittevernloven (smittel) og psykisk

³³ Lov om styrking av menneskerettighetene i norsk rett, av 21. mai 1999 nr. 30

³⁴ Council of Europe Convention on Action against Trafficking in Human Beings, Warsawa 15. mai 2005

helsevernloven (pshvl).³⁵ Utlendingsloven kan tjene som et utgangspunkt ved vurderingen av utlendingers rettstilling i Norge.

De fleste norske lovene på området er relativt nye, med omfattende forarbeider som kan tjene som tolkningsmomenter når ordlyden ikke gir et klart svar.

Helselovgivningen er i stor grad en fullmaktslovgivning, og forskrifter utgjør en omfattende og praktisk viktig del av det helserettslige regelverket. Flere av forskriftene til de helserettslige lovene er av betydning for rettstillingen til utlendinger.

Det foreligger lite rettspraksis av betydning. Dette har kanskje sammenheng med at personer uten lovlig opphold er en generelt ressurs svak gruppe med en svak og usikker rettstilling, som sjelden får praktisk mulighet til å prøve sin sak for domstolene.

Juridisk teori kan være viktig når andre rettskilder gir liten veiledning.

Som nevnt i punkt 1.3.2 vil det ikke gjelde noen presumsjon for at personer uten lovlig opphold har samme rettigheter som norske borgere under sitt opphold i Norge. Er ikke deres rettstilling uttrykkelig regulert må denne som regel bero på en konkret tolkning av vedkommende lov, og dersom det foreligger særlige grunner vil man kunne komme til at de har rettigheter på området. Reelle hensyn kan derved spille en stor rolle i lovtolkningen. Hensyn som kan gjøre seg gjeldende i forhold til ofre for menneskehandel og helse behandles straks nedenfor i punkt 2.

³⁵ Lov om svangerskapsavbrudd av 13. juni 1975 nr. 50, lov om vern mot smittsomme sykdommer av 5. august 1994 nr. 55 og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, av 2. juli 1999 nr 62

2 Hensyn og problemstillinger

De reelle hensyn kan bestå av overordnede, rettsfilosofiske idealer og de kan være betraktninger om hvis interesser er de viktigste når en skal ta en avgjørelse i en konkret sak.

Jeg vil i dette kapittelet peke på en rekke problemstillinger og hensyn som gjør seg gjeldende i forhold til personer uten lovlig opphold og om de bør gis helsehjelp uten å måtte betale for denne. Jeg har imidlertid ikke ment at dette skal utgjøre en uttømmende liste over aktuelle problemstillinger eller relevante hensyn.

2.1 Likhet og rettferdighet

Rettferdighet og likhet er begreper som går tilbake til oldtidens filosofi og rettstenkning, og begrepene står sentralt i naturrettslig tankegang.³⁶ Hva som er rettferdig vil kunne fortone seg forskjellig alt etter som hvilke standarder man setter for vurderingen, og hvor i systemet en selv befinner seg.

Norge som velferdsstat og vårt helsevesen må sies å ha sterk forankring i likhetsprinsippet. Vårt samfunn er bygd opp slik at en til en viss grad yter etter evne og får etter behov. Om dette er rettferdig kan det imidlertid være delte meninger om. En del vil hevde at det er urettferdig at noen yter mye og får lite, mens andre yter lite men får mye. Andre vil hevde at dette er det eneste rettferdige – vi har alle ulike personlige, sosiale og økonomiske forutsetninger for å lykkes og dette bør avhjelpest ved å fordele godene. Legger vi den siste synsmåten til grunn, vil det synes rettferdig å la personer som trenger det få helsehjelp, uavhengig av oppholdsgrunnlag.

³⁶ Syse 1996 s 863

Aslak Syse viser til at på helse- og sosialrettens område har hensynet til likhet og rettferdighet, og det å unngå urettferdighet, en større plass i den samfunnspolitiske debatten enn i den konkrete rettsanvendelsen. Disse hensyn inngår imidlertid som elementer i den ulovfestete myndighetsmisbrukslæren.³⁷

Nettopp fordi det kan være flere oppfatninger om hva som er rettferdig og ikke når det gjelder fordeling av goder i samfunnet, vil hensynene til likhet og rettferdighet kunne være problematiske å anvende i praksis når det gjelder slike rettsspørsmål denne oppgaven reiser.

2.2 Humanitet og medmenneskelighet

Kjønstad viser til humanitet overfor og solidaritet med syke og funksjonshemmede som en av to hovedbegrunnelser for å gi helsehjelp.³⁸ Disse hensynene vil tale for å gi helsehjelp til de som trenger det for å redde livet, bli frisk, bli kvitt plager, få en bedret livskvalitet osv. Det taler for at hjelp bør gis til dem som trenger det mest. Pasientrettighetslovens formålsbestemmelse i § 1-1 bestemmer også blant annet at ”Lovens bestemmelser skal ... ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd”, dette understreker at pasienten er utgangspunktet for all helsehjelp som tilbys, og at pasientens integritet og menneskeverd er grunnleggende verdier i de fleste av lovens bestemmelser.³⁹

2.3 Hensyn til barns beste

Det er et viktig prinsipp i norsk barnerett at der barn er involvert, skal hensyn tas til hva som er til barnets beste. Som jeg kommer tilbake til i punkt 3.2, følger dette av også av barnekonvensjonen, som gjelder uavhengig av barnets oppholdsstatus. I barneloven (bl) og i barnevernloven (bvl) er det lovfestet at barnets beste skal være det sentrale hensyn når det

³⁷ Syse 1996 s 877

³⁸ Kjønstad 2005 s 142

³⁹ Syse (pas) 2004 s 92

gjelder spørsmål som har å gjøre med foreldreansvar, samvær og inngrep fra barnevernets side.⁴⁰

Barn som opplever at en av foreldrene er syke, er ofte redde og utrygge. Dette taler for å gi helsehjelp også til personer som har omsorg for barn.

2.4 Hensynet til samfunnet

Det er flere hensyn som kan sies å ivareta samfunnets interesser når det gjelder spørsmålet i hvilken grad personer uten lovlig opphold skal gis helsehjelp. Disse er også til en viss grad innbyrdes motstridende. Jeg skal peke på noen:

2.4.1 Samfunnsøkonomiske hensyn

Det er alminnelig enighet om at offentlige ressurser må brukes fornuftig og at det må ligge et tak på utgiftene. Det ville blitt dyrt om alle som kom til Norge skulle fått ubegrenset med helsehjelp. Hvilken vekt de økonomiske hensyn skal ha, vil måtte bero på hvilke summer det er snakk om, og hvilke andre hensyn som gjør seg gjeldende.

Det kan være hensiktsmessig å gi en rask og rimelig behandling der dette kan hindre at det eventuelt må gis en dyr øyeblikkelig hjelp-behandling senere, se punkt 4.2 følgende.

2.4.2 Innvandringspolitiske hensyn

Personer som oppholder seg i landet ulovlig, bryter norsk lov. Et hensyn vil da være at en ikke skal "belønnes" for å omgå gjeldende norske lover. Det kan være at dess mindre sosiale ytelser det gis til personer uten lovlig opphold, dess mindre fristende vil det være å

⁴⁰ Lov om barn og foreldre, av 8. april 1981 nr. 7 § 48, Lov om barneverntjenester, av 17. juli 1992 nr. 100 § 4-1

oppholde seg her i landet uten oppholdstillatelse. Dette har blitt ansett som et viktig hensyn av politikere og utlendingsmyndigheter.⁴¹

Innvandrings spørsmål beror i stor grad på politiske vurderinger og det må være opp til den til en hver tid folkevalgte regjering å bestemme hvilken linje Norge skal legge seg på. En kan imidlertid spørre hvor legitimt det er å la innvandringspolitiske hensyn få stor vekt ved avgjørelsen av om syke mennesker skal gis den behandling de trenger.

2.4.3 Hensynet til befolkningens helse og sikkerhet

Et viktig hensyn når det gjelder hvorvidt en bør gi helsehjelp, er behovet for å verne om resten av befolkningen. En person med en smittsom sykdom kan smitte andre dersom vedkommende ikke får behandling. Personer med psykiske problemer kan utgjøre fare og ubehag for omgivelsene rundt seg.

2.5 Enkelte typetilfeller der det er rimelig at samfunnet påtar seg ansvaret

Enkelte ganger kan det hevdes at samfunnet i det konkrete tilfelle bør ta ansvaret for at personen trenger helsehjelp. Særlig gjelder dette dersom sykdommen/tilstanden er påført ved straffbart forhold. Det kan for eksempel være en person som er utsatt for vold under oppholdet i Norge, herunder kvinner som har blitt gravide som følge av voldtekt eller at hun har blitt tvunget/presset til prostitusjon.

Det er en anerkjent tanke i norsk rett at samfunnet har et ansvar for å søke å sikre individet mot overgrep og et ansvar for å bidra til å reparere skadene der overgrep har funnet sted. Dette har blant annet resultert i ordningen med voldsoffererstatning.⁴² Det kan også tenkes

⁴¹ Se blant annet daværende kommunalminister Erna Solbergs kronikk i Aftenposten av 14. oktober 2004, som hadde overskriften "Ulovlig opphold, men gratis kost og losji?" Finnes på <http://odin.dep.no/krd/norsk/tema/innvandring/taler/artikler/016081-090179/dok-nn.html>

⁴² Ot.prp.nr.4 (2000-2001) s 5

situasjoner der samfunnet kanskje er nærmest til å bære noe av ansvaret selv om det ikke har skjedd en straffbar handling, eksempelvis ved trafikkulykker.

Et annet ”hensyn” kan relateres til hva som er grunnen til at personen oppholder seg ulovlig. Er personen ført inn i landet mot sin vilje vil man kanskje kunne si at det norske samfunn har et ansvar overfor denne personen i større grad enn om vedkommende har kommet hit av egen fri vilje. Ofre for menneskehandel vil ikke sjelden ha kommet inn i Norge mot sin vilje, men det betyr imidlertid ikke at det er problemfritt å reise hjem igjen. De kan frykte sanksjoner fra menneskehandlerne dersom de drar tilbake. At disse da ikke får helsehjelp ved sykdom vil innebære at man ”straffer” dem for noen de reelt ikke har skylden for selv.

2.6 Andre hensyn

Å kunne komme til en god, individuell løsning for den enkelte er et generelt mål i helseretten. Tilstandens alvorlighet, helsehjelpens forventede nytteeffekt og kostnader tilknyttet helsehjelpen er de viktigste hensyn som ble fremhevet av det såkalte Lønning II-utvalget i den andre utredningen om prioriteringer innen norsk helsetjeneste.⁴³

Helsevesenets faktiske kapasitet vil også kunne være et relevant hensyn, da det å gi personer uten lovlig opphold ressurskrevende behandling vil kunne forårsake at andre må vente lengre på behandling enn de ellers hadde behøvd. Videre vil det kunne være relevant om det er snakk om en kortvarig eller langvarig behandling. Det vil medføre sløsing med ressurser å starte en langvarig behandling som må avsluttes før den var ferdig fordi vedkommende må reise ut av landet etter kort tid.

⁴³ NOU 1997: 18 s 16

2.7 Hensynene sett i sammenheng

Er hovedbegrunnelsen for å ikke gi helsehjelp til en gruppe de innvandringspolitiske hensyn jeg har nevnt over, kan det kanskje være rimelig å ikke la de samme begrensningene gjelde når disse innvandringspolitiske hensyn ikke gjør seg gjeldende. De innvandringspolitiske hensyn gjør seg for eksempel i større grad gjeldende for personer som allerede var syke før de kom til Norge, eller for personer som har kommet til Norge frivillig. Er det snakk om sykdom eller skader som har sin årsak i forhold samfunnet bør bære ansvaret for, svekkes vekten av de innvandringspolitiske hensyn ytterligere.

Som jeg skal komme til i kapittel 4 er flere begrensninger i utenlandske personers rett til helsehjelp delvis begrunnet i at det er naturlig at helsehjelp ytes i personens hjemland. Dette må innebære at forutsetningen er at disse personene uansett kommer til å få den fornødne hjelp. Der dette ikke er tilfelle, vil man imidlertid måtte spørre om forutsetningen, og med dette en del av grunnlaget for regelen, i tilfelle faller bort.

3 Hvilke rettigheter til helsehjelp følger av folkeretten og menneskerettighetene

3.1 Verdenserklæringen om menneskerettighetene artikkel 25 og ØSK artikkel 12

Det internasjonale helsearbeidet har tradisjonelt i stor grad vært overlatt Verdens Helseorganisasjon (WHO) og ikke-statlige organisasjoner. Dette er kanskje fordi mange mener helse først og fremst er et politisk og ikke juridisk anliggende.⁴⁴

Flere menneskerettslige bestemmelser kan imidlertid sies å stille krav til statene når det gjelder helsespørsmål. I hvilken grad individer kan sies å ha en konkret rett til bestemte helsetjenester etter folkeretten og menneskerettighetene er noe omtvistet.

Verdenserklæringen om menneskerettighetene artikkel 25 nevner retten til helse i forhold til nivået på levestandard. Artikkel 25 nr. 1 lyder:

Enhver har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for hans og hans families helse og velvære, og som omfatter mat, klær, bolig og helseomsorg og nødvendige sosiale ytelser, og rett til trygghet i tilfelle av arbeidsløshet, sykdom, arbeidsuførhet, enkestand, alderdom eller annen mangel på eksistensmuligheter som skyldes forhold han ikke er herre over.

Artikkel 25 nr. 2 viser til at mødre og barn har rett til spesiell omsorg og hjelp.

Norge har ratifisert verdenserklæringen, men den er ikke inkorporert i norsk rett. Grunnlovens § 110c slår imidlertid fast at myndighetene skal respektere og sikre menneskerettighetene.

Artikkel 25 sier at ”enhver har rett...”, en person må etter dette omfattes av retten til helse selv om vedkommende har ulovlig opphold i et land. Formuleringene er imidlertid svært

⁴⁴ Høstmælingen 2004 s 299-300

vage, og det er tvilsomt om bestemmelsen innebærer konkrete rettigheter til vederlagsfrie helsetjenester. Den må imidlertid kunne tjene som et tolkningsmoment og tale for å gi helsehjelp i situasjoner der også andre rettskildefaktorer trekker i den retningen.

ØSK artikkel 12 skal sikre retten til helse. Som nevnt i punkt 1.5 er ØSK inkorporert i norsk rett og har forrang i tilfelle motstrid med nasjonale regler.

Artikkel 12(1) lyder:

”Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk”.

FNs økonomiske og sosiale råd (CESCR) presiserer i sin generelle kommentar at bestemmelsen må forstås som en rett til å dra nytte av helsehjelp som er nødvendig for å realisere den høyeste oppnåelige helsestandard.⁴⁵ Begrepet tar i betraktning både individets biologiske, sosiale og økonomiske forutsetninger, og statenes tilgjengelige ressurser.⁴⁶

Det er vist til at den enkelte pasients rettskrav i henhold til bestemmelsen er begrenset, da bestemmelsen i utgangspunktet må ses i lys av ØSK artikkel 2 som slår fast at rettighetene skal realiseres over tid og avhengig av statenes økonomiske situasjon.⁴⁷ Dette kan ikke ha stor betydning hva gjelder forståelsen av Norges forpliktelser etter bestemmelsen. Norge har en generelt høy levestandard og et godt utbygd helsevesen – det er verken tid eller økonomi det skorter på.

Statene er etter bestemmelsen pålagt å sikre retten til tilgang på helsetilbud, -varer og -tjenester på et ikke-diskriminerende grunnlag, og alle skal være sikret visse minimumsrettigheter i tilfelle sykdom.⁴⁸ Det gjelder også et krav om at helsetjenester må

⁴⁵ CESCR General Comment NO 14 2000 para 8 og 12

⁴⁶ Ibid para 9

⁴⁷ Høstmølingen 2004 s 300-301

⁴⁸ CESCR General Comment NO 14 2000 para 43

være økonomisk overkommelig for alle.⁴⁹ Jf. formuleringen ”retten for enhver” må også personer uten lovlig opphold og de uten midler i utgangspunktet kunne ha rettigheter etter bestemmelsen.

Hvilken rett personer uten lovlig opphold har etter artikkel 12 vil etter dette måtte bero på to ulike vurderinger. For det første kan det være snakk om minimumsrettigheter som enhver må kunne kreve, blant annet helseomsorg i forbindelse med svangerskap og fødsel, vaksinasjon for de mest utbredte smittsomme sykdommer, egnet/passende behandling for vanlige sykdommer og skader, samt rett til å bli forsynt med essensielle legemidler.⁵⁰ CESCRs generelle kommentar tyder på at det bør være tilgang til de mest basale helsetjenester selv om en ikke har midler til å betale for dem.

Å innfortolke minimumsrettigheter innebærer ikke at stater ikke har forpliktelser som kan gå videre enn disse, CESCR har vist til at stater har en plikt til å ha et helsevesen som står i forhold til statens tilgjengelige ressurser.⁵¹ Flere juridiske forfattere har argumentert for at minimumsrettighetene ikke har et universelt innhold, men forskjellig innhold i relasjon til hvilken stat det dreier seg om.⁵²

For det andre vil en måtte vurdere om det å nekte personer uten lovlig opphold visse helsetjenester som norske borgere har krav på, utgjør diskriminering eller om det må anses å være en saklig forskjellsbehandling som følge av deres ulovlige opphold i landet. Diskrimineringsforbud følger også av andre konvensjonsbestemmelser, jeg behandler disse samlet i punkt 3.3.

Det vil kunne utgjøre overtredelse artikkel 12 dersom den konsekvent ikke tilbyr tilstrekkelig med helsetjenester til visse samfunnsgrupper, herunder personer som ikke har

⁴⁹ Ibid para 12

⁵⁰ Eide 2001 s 177

⁵¹ Ibid s 175-176 og 182

⁵² Ibid s 185

lovlig opphold.⁵³ I den industrialiserte del av verden er det en tendens til å anse personer uten lovlig opphold kun berettiget til helsehjelp i øyeblikkelig hjelp situasjoner. Brigit Toebe har vist til at dette sannsynligvis er i strid med artikkel 12, en minimumsrett til egnet behandling for vanlige sykdommer og skader må mest sannsynlig ha et videre innhold enn kun en rett til øyeblikkelig hjelp.⁵⁴

3.2 Barnekonvensjonen

Barnekonvensjonen kommer til anvendelse når personer under 18 år er involvert, jf. dens artikkel 1. Barns rett til liv og helse er ett av de fire hovedprinsipper konvensjonen bygger på. Konvensjonen setter en minstestandard for hvilke rettigheter barn skal ha, men standarden i det enkelte land skal stå i forhold til landets generelle levestandard her, jf. konvensjonens artikkel 4. Av Norge må det kunne kreves en høy standard i forhold til forpliktelsene vi har etter konvensjonen.

Artikkel 2(1) lyder:

”De stater som er parter til denne konvensjon, skal respektere og garantere de rettigheter som er fastsatt i denne konvensjon for ethvert barn innenfor deres jurisdiksjon, uten forskjellsbehandling av noe slag”

Det var under utformingen av bestemmelsen forslag om å presisere regelen i den retning at den ikke gjaldt for barn uten lovlig opphold, men dette ble ikke vedtatt. Det var heller ikke flertall for en regel som uttrykkelig ga statene rett til å bryte konvensjonen av hensyn til sin utlendingspolitikk. Barnekonvensjonen må derfor gjelde ubegrenset selv om barnet har ulovlig opphold. Videre må en stats innvandringspolitikk ha liten eller ingen vekt i spørsmål om å begrense barnets rettigheter til blant annet helsehjelp.⁵⁵

⁵³ Ibid s 181

⁵⁴ Ibid s 188-189

⁵⁵ Røsæg 1995 s 142-143

I konvensjonens artikkel 3(1) heter det at

”Ved alle handlinger som vedrører barn og som foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn”

Barnets beste er altså ikke bare et relevant hensyn, det er først og fremst barnets beste som det skal tas hensyn til (eng: ”a primary consideration”). Dette innebærer imidlertid ikke at hensynet til barnets beste alltid skal tillegges avgjørende vekt.

Barnekonvensjonens artikkel 24(1) lyder:

”Partene erkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyeste oppnåelige helsestandard og av tilbudene om behandling av sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at et barn ikke blir berøvet sin rett til adgang til slike helse- /omsorgstjenester.”

Artikkel 24(2) bestemmer at partene særlig skal bestrebe seg på å treffe tiltak blant annet for å sikre at det ytes nødvendig legehjelp og helseomsorg til alle barn, med vekt på utviklingen av primærhelsetjenesten og sørge for egnet helseomsorg for mødre før og etter fødselen.

Ordlyden i første ledd viser at dette er en relativ regel, jf. formuleringen ”**høyeste oppnåelige helsestandard**” og at barn skal kunne ”nyte godt av ... **tilbudene** om behandling av sykdom og rehabilitering”. Det var meningen at regelen skulle innebære en rett til vederlagsfrie helsetjenester, så fremt dette er mulig. Under forhandlingene var det forslag om å formulere regelen slik at ”statene skal bestrebe seg på å sikre at barn ikke blir berøvet sin rett til adgang til slike helse- og omsorgstjenester av økonomiske grunner”. Da man tok bort ordene ”av økonomiske grunner”, var dette fordi man så at økonomi ikke var eneste potensielle hinder for at et barn skal kunne dra nytte av helsetilbud.⁵⁶ Som nevnt i punkt 3.1 må Norge sies å ha en høy oppnåelig helsestandard, god økonomi og gode behandlingstilbud tilgjengelig.

⁵⁶ Detrick 1999 s 403

Barn uten lovlig opphold skal etter dette ikke forskjellsbehandles i forhold til norske barn. Dette må innebære at de som norske barn har rett til de har rett en faktisk og praktisk mulighet til å kunne henvende seg til en allmennlege for undersøkelse (eventuelt mot en egenandel) og rett til at det offentlige dekker behandling på sykehus. Barnekonvensjonen vil med dette innebære at mindreårige gravide jenter har rett til gratis abort.

Barnekonvensjonen er imidlertid ikke til hinder for at de i samsvar med utlendingslovens regler kan nektes opphold og sendes ut av landet. Det ulovlige opphold kan derfor innebære at deres opphold vil kunne anses som midlertidig, og at hvilke helsetjenester de har rett til naturlig må begrenses etter dette. Dette vil kanskje innebære at de ikke har rett til å påbegynne en langvarig behandling som vil måtte avbrytes før den er ferdig på grunn at barnet må reise ut av landet.⁵⁷ Er det lange køer for barn i Norge som trenger spesielle operasjoner, er det også nærliggende å tenke at et barn uten lovlig opphold må vente – særlig gjelder dette dersom det gjelder en sykdom eller lidelse som barnet hadde før det kom til Norge.

Artikkel 24(2) tilsier at enhver gravid kvinne (uansett alder) vil ha rett til den nødvendige svangerskapskontroll og helseomsorg etter fødselen, selv om hun oppholder seg i landet ulovlig. Har kvinnen et virus som kan overføres til barnet ved fødselen (for eksempel HIV eller herpes) må hun følgelig også gis særlig bistand før og ved fødselen for å hindre smitteoverføring.

Under svangerskapet kan flere sykdommer hos mor kan være en trussel mot fosteret, blant annet diabetes, høyt blodtrykk, mangel på viktige næringsstoffer og misbruk av alkohol og andre rusmidler. Videre kan infeksjoner under svangerskapet ha alvorlige følger for barnet. En gravid kvinne må derfor komme i en særstilling også når det gjelder helsehjelp utover kontroll som knytter seg direkte til svangerskapet. Har kvinnen sykdom eller tilstand som

⁵⁷ Redd Barna 1993 s 30

utgjør en fare for fosterets liv eller helse, tilsier barnekonvensjonen at hun må stilles på samme linje som norske kvinner når det gjelder rett til behandling og helsehjelp for dette.

3.3 Andre konvensjonsbestemmelser

Verdenserklæringen artikkel 5 og EMK artikkel 3 gir et folkerettslig vern mot tortur og umenneskelig og nedverdiggende behandling. Særlig EMK artikkel 3 har i flere saker vært påberopt i forbindelse med helsespørsmål av forskjellige slag.

I en sak der en utenlandsk borger blant annet påberopte seg at hennes levevilkår i Latvia var i strid med EMK artikkel 3, uttalte domstolen at konvensjonen ikke kunne forstås slik at den garanterte rett til gratis medisinsk assistanse eller rett til å kreve økonomisk støtte fra en stat til å opprettholde en viss levestandard. For å være i strid med artikkel 3, måtte vedkommendes levevilkår være av et ”minimum level of severity”, dette var imidlertid ikke tilfellet i denne saken.⁵⁸

Noen saker fra EMD og Kommisjonen vedrørende artikkel 3 gjelder spørsmålet om utvisning av syke utlendinger fra landet innebærer brudd på artikkel 3, fordi det i tilfelle utvisning vil bli gitt ingen eller ikke adekvat behandling i vedkommendes hjemland.

To av sakene gjaldt personer med aids som skulle utvises etter narkotikalovbrudd (D mot Storbritannia og BB mot Frankrike).⁵⁹ I begge sakene fikk klager jevnlig avansert behandling som ikke kunne fortsette i hjemlandet, og henholdsvis Domstolen og Kommisjonen fant at utvisning på grunn av dette ville krenke EMK artikkel 3. I D mot Storbritannia viste Domstolen til at det var uomstridt at utvisning ville påskynde klagerens død og øke hans lidelse (selv om forholdene i mottakslandet ikke i seg selv krenket bestemmelsen, ville utsendelse utsette han for reell risiko for å dø under de mest smertefulle (”distressing”) omstendigheter). Domstolen understrekte at avgjørelsen ikke

⁵⁸ Sak 40772/98 av 28. oktober 1999

⁵⁹ Dom av 2. mai 1997 og RJD 1998 s 2595

innebar at utlendinger som skulle utvises etter sonet straff, kan utlede en generell rett etter artikkel 3 til å bli i landet for å dra nytte av medisinsk hjelp.

Saken Bensaid mot UK gjaldt en algerisk statsborger som led av en psykisk sykdom og som gjorde gjeldende at han etter utvisning ikke kom til å få den nødvendige behandling i Algerie.⁶⁰ Domstolen fant likevel at legemidler for sykdommen var tilgjengelig i Algerie, og at det også fantes muligheter for adekvat hjelp og pleie der. At forholdene ikke kom til å bli like gode i Algerie som i Storbritannia var ikke avgjørende. Artikkel 3 var ikke overtrådt.

Der EMD har kommet til at utvisning vil stride mot artikkel 3, kan dette tale for at også det å nekte behandling i tilsvarende tilfelle ville stride mot artikkel 3. Å pålegge en stat å innvilge opphold med den følge at de skal fortsette behandling, må vel anses som mer inngripende enn det kreve behandling for en som allerede er her. I den siste saken la domstolen vekt på at det reelt sett fantes muligheter for adekvat hjelp i den siste saken, så det å fullstendig nekte behandling i et slikt tilfelle ville nok stride mot artikkel 3.

På den annen side vil en slik regel i sin videste forstand kunne innebære at bare en person er syk nok og kommer seg inn i landet, vil vedkommende ha rett til å dra nytte av helsetilbudet her. Dette er nok ikke tilfellet. I sakene fra Domstolen og Kommisjonen hadde personen det gjaldt opprinnelig hatt lovlig opphold. Jeg vil anta at det vil kunne være relevant i vurderingen av hvilke rettigheter en person uten lovlig opphold har etter artikkel 3 å ta hensyn til om personen allerede var syk da vedkommende kom til Norge, hva som er grunnen til at personen oppholder seg i Norge, lengden av oppholdet og de praktiske muligheter for at vedkommende drar tilbake til sitt eget land samt om han/hun kan få behandling der.

⁶⁰ Dom av 6. februar 2001

Å ikke tilby gratis abort til ofre for menneskehandel i prostitusjon som blir gravide som følge av overgrep relatert til menneskehandelen, vil etter min mening kanskje kunne anses som umenneskelig eller nedverdiggende behandling etter artikkel 3. For en kvinne utsatt for menneskehandel vil det å gjennomføre et svangerskap kunne fremtre som en faktisk umulighet. Det kan være at menneskehandlerne legger stort psykisk press på henne til å avbryte svangerskapet, eventuelt at de uansett vil hindre henne i å slutte prostitusjonen. Der hun grunnet mangel på de nødvendige midler overlates til å utføre en farlig illegal abort, taler mye for at dette må rammes av artikkel 3.

Det kan kanskje se ut til at Høyesterett har forutsatt at det å ikke gi behandling for diabetes frem til en utvist person er ute av landet, vil innebære overtredelse av artikkel 3. I en Høyesterettsavgjørelse fra 2003 om et utvisningsvedtaks forhold til EMK artikkel 3, ble det lagt vekt på at ”*de gjennomføringer av utvisningen som er forsøkt, har alle skjedd under betryggende forhold og hvor As særlige behov for medisiner og kostkontroll forårsaket av hans sukkersyke har vært ivarettatt. Det er heller ingen fare for at disse behov ikke vil bli oppfylt etter en gjennomført utvisning til Ghana, hvor denne sykdommen er vel kjent og kan behandles*”.⁶¹

Flere av menneskerettighetskonvensjonene inneholder diskrimineringsforbud. Verdenserklæringen om menneskerettigheten artikkel 7 og SP artikkel 26 forbyr diskriminering på generelt grunnlag. Verdenserklæringen om menneskerettighetene artikkel 2, EMK artikkel 14 og ØSK artikkel 2 (og SP artikkel 2) forbyr i tillegg diskriminering på de områdene konvensjonen regulerer. Som nevnt i punkt 3.1 innebærer også ØSK artikkel 12 et krav om ikke-diskriminering. Diskrimineringsforbudet i barnekonvensjonens artikkel 2 har jeg behandlet i punkt 3.2.

Diskriminering forutsetter at det skjer en forskjellsbehandling. Forskjellsbehandling innebærer imidlertid ikke automatisk at det foreligger diskriminering. Forskjellsbehandling

⁶¹ Rt 2003 s 375 (punktavsnitt 42 og 43)

forutsetter at det er tale om like tilfeller (eller sammenlignbare situasjoner) som behandles ulikt. Det foreligger diskriminering dersom forskjellsbehandlingen ikke har en objektiv eller rimelig grunn eller er uforholdsmessig inngripende.⁶²

Hvorvidt det foreligger diskriminering av personer uten lovlig opphold dersom disse nektes helsetjenester, beror på en vurdering av om deres ulovlige opphold utgjør en objektiv eller rimelig grunn til å behandle dem annerledes enn norske borgere, eventuelt utlendinger som har lovlig opphold. Er det en objektiv eller rimelig grunn, må det så tas stilling til om forskjellsbehandlingen likevel må anses å være uforholdsmessig inngripende.

At en person ikke har lovlig opphold i landet, er nok som regel en objektiv eller rimelig grunn til å nekte vedkommende ytelser som norske borgere ellers har krav på. Særlig gjelder dette der det er snakk om å få ytelser som helsetjenester uten å betale kostnadene ved disse selv. Mer praktisk er vurderingen om forskjellsbehandlingen er uforholdsmessig inngripende. Her må det gjøres en konkret vurdering. At det er snakk om et offer for menneskehandel må kunne spille en stor rolle i denne vurderingen. Det samme må grunnen til at personen trenger helsehjelp, omkostningene for samfunnet ved å gi helsehjelpen og de helsemessige konsekvensene for vedkommende om han/hun ikke gis helsehjelpen.

3.4 Palermoprotokollen og Europarådets konvensjon om tiltak mot menneskehandel

Palermo-protokollens formål er i følge dens artikkel 2 blant annet å forebygge og bekjempe handel med mennesker med særlig vekt på kvinner og barn, og å beskytte og bistå ofre for menneskehandel, med full respekt for deres menneskerettigheter.

Statene skal ”vurdere å gjennomføre tiltak med sikte på fysisk, psykisk og sosial restitusjon av ofre for handel med mennesker...”, jf. artikkel 3, og de skal herunder særlig sørge for medisinsk, psykologisk og materiell bistand til ofre. Ved anvendelse av denne

⁶² Høstmølingen 2004 s 304

bestemmelsen skal statene ”ta hensyn til hvilken alder, hvilket kjønn og hvilke særlige behov ofrene for handel med mennesker har, særlig hvilke særlige behov barn har”.

Europarådets konvensjon om tiltak mot menneskehandel legger til grunn en tilsvarende definisjon av begrepet menneskehandel som Palermoprotokollen, jf. dens artikkel 4. Dens formål er å forebygge og bekjempe menneskehandel og beskytte ofrenes menneskerettigheter, jf. artikkel 1.

Konvensjonens artikkel 12 bestemmer at partene skal gjennomføre alle nødvendige tiltak for å bistå ofre for menneskehandel i deres fysiske, psykiske og sosiale bedringsprosess. Hva angår helsetjenester skal slik bistand **minst** innebære psykologisk hjelp (eng: standards of living capable of ensuring their subsistence, through such measures as: ... psychological and material assistance;”) og adgang til medisinsk krisehjelp. Det fremgår av tredje ledd at dette gjelder selv om personen oppholder seg ulovlig i landet, ytterligere krav til medisinsk bistand gjelder når offeret for menneskehandel oppholder seg lovlig i landet.

Regjeringen utarbeidet i 2005 en ny handlingsplan mot menneskehandel (Regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2005-2008)).⁶³ Et av punktene (punkt 10) går ut på å ”bedre adgang til helse- og sosialtilbud for ofre for menneskehandel”. Det skal i henhold til denne utarbeides en oversikt over ulike gruppers behov for hjelp, og utvikles kortfattet informasjon om aktuelle sykdommer og tilbud om helsehjelp på ulike språk. Formuleringen ”vurdere å gjennomføre tiltak” i Palermo-protokollens artikkel 3 innebærer at det er lite trolig at enkeltindivider kan utlede noen konkrete rettigheter til helsetjenester av denne. Den må imidlertid kunne anvendes som et tolkningsmoment ved tolkingen av norske lover. At Norge har ratifisert en konvensjon som har til formål å bistå ofre for menneskehandel kan kanskje utgjøre et moment i vurderingen av om det foreligger ”særlige grunner” til at en person uten lovlig opphold skal anses å ha visse rettigheter (se punkt 1.3.2).

⁶³ (Se note 3)

4 Rett til helsehjelp etter norsk lov

4.1 Hovedlinjer

Staten og kommunene har påtatt seg viktige oppgaver tilknyttet befolkningens helse; det offentlige helsevesenets omfattende virksomhet på dette området bidrar til at vi kan karakterisere Norge som en velferdsstat. Helsevesenets tilbud om helsetjenester er en del av samfunnets fellesgoder.

For å ta stilling til hvilken rett personer uten lovlig opphold har til helsehjelp, er det naturlig først å se kort på norske borgeres rettsstilling.

I hvilken grad en pasient har rett til helsehjelp, reguleres av flere ulike regelsett. Juridiske forfattere har skilt mellom tre ulike rettstillinger en kan ha som pasient; en kan ha en ubetinget rett til helsehjelp, en (delvis) betinget rett til helsehjelp, og ingen særskilt rett til helsehjelp.⁶⁴

En ubetinget rett til helsehjelp innebærer at det offentlige må sørge for å skaffe tilveie tilstrekkelige ressurser for å oppfylle sin rettsplikt. Rett for borgerne og rettsplikt for det offentlige vil som regel bare foreligge når det følger av lov, eller av forskrift som har hjemmel i lov. En ubetinget rett til helsehjelp innebærer også at vedkommende vil ha adgang til å bringe saken inn for domstolene og få dom for at det offentlige plikter å yte helsehjelp.

En betinget rett til helsehjelp vil innebære en rett til å stå i kø. Mulighetene for pasienten til å få hjelp, vil her avhenge av vedkommendes behov, hvor stort samfunnets tilbud er, hvor

⁶⁴ Warberg 1995 s 175-176

mange andre som er interessert i denne form for helsehjelp, deres behov, andre kjennetegn ved søkerne og hvilke momenter det legges vekt på ved tildelingen av helsehjelp.⁶⁵

For personer uten lovlig opphold er utgangspunktet imidlertid at disse ikke har rett til ytelser fra den norske stat. Som nevnt i punkt 1.4 gjelder ikke den lovfestede presumsjonen i utlendl § 3 om at utlendinger i utgangspunktet stilles likt med norske borgere, for dem. Det må imidlertid kunne legges til grunn at de ikke er helt rettsløse. Enkelte rettigheter kan kanskje utledes av menneskerettighetskonvensjonene, se punkt 3. I situasjoner der norske borgere har en ubetinget rett til helsehjelp, må det for det første tas stilling til om personer uten lovlig opphold har eller kan ha rett til å få utført helsetjenester i samme situasjon. For det andre må det tas stilling til om disse eventuelt har krav på å få utgiftene for dette dekket av det offentlige. I situasjoner hvor norske borgere kun har en betinget rett til helsehjelp, blir imidlertid spørsmålet om det er noe, eventuelt hva, som ”betinget” en rett for personer uten lovlig opphold til å få utført helsehjelp, og videre om de eventuelt har rett til å få utgiftene dekket av det offentlige.

I det følgende vil jeg således først drøfte retten til å få utført helsetjenester og deretter retten til å få utgiftene til dette dekket, først i forhold til øyeblikkelig hjelp-situasjoner og deretter i forhold til situasjoner som ikke omfattes av øyeblikkelig hjelp.

Barns rettsstilling behandles i punkt 4.8. Mine drøftelser i punktene 4.2 til 4.7 omhandler voksnes rettsstilling.

⁶⁵ Kjønstad 2005 s 142

4.2 Retten til øyeblikkelig hjelp fra allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

4.2.1 Retten til å få utført helsetjenester ved øyeblikkelig hjelp

Lovgivningen inneholder to hovedbestemmelser om øyeblikkelig hjelp.⁶⁶ Etter hlpsl § 7 skal helsearbeidere ”straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig”. Sykehus og fødestuer skal ”straks” motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp ”når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig”, jf. splhsl § 3-1, første ledd. Videre foreligger en tilsvarende plikt til å ta imot psykiatriske øyeblikkelig hjelp pasienter for de helseinstitusjoner og avdelinger som er utpekt av regionale helseforetak til dette, jf. splhsl § 3-1, annet ledd.

Plikten etter hlpsl § 7 påhviler ”helsepersonell”, begrepet er nærmere definert i hlpsl § 3 og omfatter først og fremst personell med autorisasjon, lisens, eller som er ansatt i helsetjenesten og gir helsehjelp som følge av sin stilling. Det er altså den enkelte helsearbeider innen allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som har en plikt, herunder leger, tannleger, jordmødre, sykepleiere, ambulansarbeidere m.v.⁶⁷ Plikten etter splhsl § 3-1 påhviler institusjonen.

I tillegg til disse to bestemmelsene som spesielt omhandler øyeblikkelig hjelp, pålegger khl § 2-1 kommunen plikt til å sørge for nødvendig helsehjelp fra allmennhelsetjenesten for alle som oppholder seg i kommunen, se punkt 4.3.1. Dette innebærer at kommunen har en plikt til å sørge for at øyeblikkelig hjelp ytes til de som trenger det, herunder ansette tilstrekkelig med helsepersonell og sørge for tilstrekkelig med ressurser til å dekke behovet.

Det gjelder ikke noe unntak fra pliktbestemmelsen i hlpsl § 7 eller splhsl § 3-1 for noen persongrupper. Det ville være både støtende og upraktisk å tolke disse bestemmelsene slik

⁶⁶ Ibid s 145

⁶⁷ Befring og Ohnstad 2001 s 65

at det bare forelå plikt til å hjelpe personer som hadde lovlig opphold i landet. Om kommunens plikt etter khl § 2-1, se punkt 4.3.1.

Pasl § 2-1(1) første punktum, slår fast at ”pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp”. Dette gjelder hjelp fra både allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Jf. § 1-2 gjelder loven for ”alle som oppholder seg i riket”, men med adgang til unntak for personer som ikke er norske statsborgere eller som ikke har fast opphold i riket. Forskriften som er gitt i medhold av denne bestemmelsen, prioriteringsforskriften, gjør ikke unntak fra bestemmelsen om øyeblikkelig hjelp for noen persongrupper.⁶⁸ Spørsmålet blir så om det at en person har ulovlig opphold tilsier at vedkommende likevel skal være unntatt fra denne bestemmelsen.

I forarbeidene til pasientrettighetsloven uttalte Stortingets sosialkomité at de la til grunn at retten til øyeblikkelig hjelp gjaldt uavkortet for personer som ikke er norske statsborgere eller som ikke har fast opphold i riket.⁶⁹ Rettsstillingen til personer uten lovlig opphold ble heller ikke drøftet her. Å unnta personer som ikke har lovlig opphold ville imidlertid ikke bare være støtende, det ville stride mot Norges internasjonale forpliktelser, se punkt 3.1. Det må være klart at også personer uten lovlig opphold har en rett til å få utført helsetjenester ved øyeblikkelig hjelp.

Innholdet i retten til øyeblikkelig hjelp svarer til helsepersonells og helseinstitusjonenes hjelpeplikt etter hlpsl § 7 og splhsl § 3-1.⁷⁰ Vilkåret i hlpsl § 7 er at hjelpen må antas å være ”påtrengende nødvendig”, dette er et strengt vilkår.⁷¹ Bestemmelsen er ment som en plikt til å hjelpe pasienten ut av en akutt situasjon. Det kan være snakk om å redde liv, avverge alvorlig helseskade, hindre vesentlig forverring av helsetilstanden, gjenopprette

⁶⁸ Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd, 1. des. 2000 nr 1208

⁶⁹ Inst.O.nr.91 (1998-1999) s 16

⁷⁰ Kjønstad 2005 s 145-146

⁷¹ Ibid s 148

vitale funksjoner eller hindre sterke smertetilstander. At en alvorlig smertetilstand også kan omfattes av plikten til øyeblikkelig hjelp, innebærer imidlertid ikke en rett for pasienten til permanent smertelindring.⁷²

Faren for liv gjelder også andres liv, det henspeler på pasienter som er i en slik psykisk tilstand at vedkommende representerer en fare for andre, for eksempel i forbindelse med en psykose. I slike tilfeller er det kun snakk om å avhjelpe situasjonen, det er ikke aktuelt å benytte denne bestemmelsen som grunnlag for tvangsinnleggelse, se punkt 4.5.⁷³

For det psykiske helsevernet er det nærmere bestemt i forskrift hva som i hovedsak utløser plikt for institusjoner etter splhsl § 3-1 andre ledd til å yte øyeblikkelig hjelp.⁷⁴ Det sentrale er også her at pasientens tilstand oppfattes som ”livstruende eller meget alvorlig, eller pasienten på grunn av sin sinnstilstand anses å være til vesentlig fare for andre”.

Når pasienten har fått tilstrekkelig hjelp og faren er over, eller når pasienten er døende uten at det kan ytes adekvat hjelp, opphører plikten og således også retten til mer helsehjelp etter bestemmelsene om øyeblikkelig hjelp.⁷⁵

Når det foreligger en øyeblikkelig hjelp-situasjon beror hovedsakelig på helsearbeiderens faglige skjønn, dette gjør det vanskelig å si noe konkret om hvor grensen for øyeblikkelig hjelp-plikten går. Plikten etter hlpsl § 7 går imidlertid kun så langt som helsearbeiderens evner strekker seg, og pasientens rett avhenger således av hvilken hjelp helsearbeideren evner å gi.

Typiske øyeblikkelig hjelp-situasjoner vil være alvorlige psykoser, alvorlige skader, mistanke om livstruende infeksjoner (hjernehinnebetennelse, lungebetennelse og lignende),

⁷² Ot.prp.nr.13(1998-1999) s 215-217

⁷³ Ibid i.c.

⁷⁴ Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet, 21. desember 2000 nr. 1409

⁷⁵ Befring og Ohnstad 2001 s 67

akutte mavesmerter, akutte brystmerter med mistanke om hjerteinfarkt eller blodpropp til lungene, akutte og store vaginalblødninger osv. At en kvinne er i ferd med å føde (har veer) vil nok av de fleste leger vurderes som en øyeblikkelig hjelp-situasjon. Det samme vil situasjoner der kvinner vil ha en rett til abort fordi svangerskapet medfører en overhengende fare for kvinnens liv eller helse, jf. abortlovens § 10. Dette kan for eksempel være i tilfeller av svangerskap utenfor livmoren.

4.2.2 Retten til å få dekket utgiftene til helsehjelp ved øyeblikkelig hjelp

For utgifter til helsehjelp fra allmennhelsetjenesten bestemmer i utgangspunktet khl § 5-1 at ”kommunen skal dekke utgiftene ved helsetjeneste den har ansvaret for”.

Før kommunehelsetjenesteloven var det staten som hadde den sentrale ansvarlige ledelse av og kontroll med hele landets helsetjeneste. Statens ansvar var imidlertid begrenset til et økonomisk ansvar for å dekke utgifter medgått til helsehjelp, gjennom folketrygden. De offentlige leger hadde en plikt til å yte legehjelp i den utstrekning de hadde kapasitet, og både offentlige og privatpraktiserende leger hadde en plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. En av de vesentlige endringer som skjedde i og med kommunehelsetjenesteloven var at kommunene ble pålagt en plikt til å skaffe alle nødvendig helsehjelp, innenfor det de hadde personell, utstyr og økonomisk evne til. Det var meningen at folketrygden fortsatt skulle stå for finansieringen av allmennhelsetjenesten, men dels skulle finansieringen skje ved rammetilskudd til kommunen, trygdens organer skulle med dette ikke ha befatning med de enkelte behandlingstilfeller som skjedde i kommunal regi.⁷⁶ Spørsmålet er om en pasient kan kreve å få dekket utgiftene til øyeblikkelig hjelp til tross for at vedkommende ikke er medlem av folketrygden og til tross for at vedkommende har ulovlig opphold.

At refusjoner fra folketrygden er en faktisk finansieringskilde, gjør at folketrygdens system i seg selv kan tale mot at personer som ikke er medlemmer, og derved heller ikke bidrar til finansieringen gjennom betaling av skatt og lignende, skal få dekket utgifter til

⁷⁶ Ot.prp.nr.36 (1980-1981) s 121-122

helsetjenester. På den annen side er folketrygden og hele vårt velferdssamfunn basert på likhets- og rettferdighetstanken som jeg kort har pekt på i punkt 2.1, og nettopp de personer som trenger ytelse mest, vil ofte også være de som ikke har mulighet til å bidra.

Ordlyden i khl § 5-1 taler klart for at det er kommunens ansvar å dekke disse utgiftene. En forutsetning eller vilkår om medlemskap i folketrygden er ikke formulert i loven.

Forarbeidene på sin side taler for at folketrygdens regler skal være bestemmende for når pasienten skulle ha rett til å få dekket utgiftene til medisinsk behandling.⁷⁷

Kommunehelsetjenestelovens karakter av å være en rettighetslov taler for at slike begrensninger bør gå frem av lovens ordlyd. Kjønstad har vist til at en innskrenkende tolkning av rettighetsbestemmelsene på helserettens område lett kan komme i strid med legalitetsprinsippet.⁷⁸ Utgangspunktet må være at kommunen har ansvaret for å dekke utgifter til allmennhelsetjenester, også for personer som ikke er medlem av folketrygden.

Særlige grunner som taler for at dette også bør gjelde ofre for menneskehandel uten lovlig opphold kan for det første sies å være at personen ikke har kommet til landet av fri vilje, eller oppholder seg i landet fordi de utnyttes i kriminell virksomhet. Norges menneskerettslige forpliktelser etter ØSK artikkel 12 taler også for at slik behandling skal dekkes av det offentlige, se punkt 3.2.

Når det gjelder dekning av utgifter til spesialisthelsetjenester, bestemmer splhsl § 5-3 at ”pasient uten bosted i riket skal dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene selv”.

Hovedregelen er altså at personer uten lovlig opphold ikke skal få dekket utgifter til øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Kan ikke pasienten dekke utgiftene selv, skal de dekkes av vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter, jf. splhsl § 5-3.

Plikten for helsepersonell og sykehus til å yte øyeblikkelig hjelp vil imidlertid ikke forsvinne selv om pasienten ikke har midler til å betale med. Har ikke pasienten midler til å

⁷⁷ Ot.prp.nr.36 (1980-1981) s 121-122

⁷⁸ Kjønstad 2005 s 56

betale med, og heller ingen eiendeler å ta dekning i ved en eventuell tvangsfullbyrdelse, vil dette innebære at regningen i praksis ikke betales. Det vil heller ikke være rom for å nekte å yte øyeblikkelig hjelp ved en senere anledning selv om pasienten har utestående regninger fra tidligere. Personer uten lovlig opphold må altså ha en ubetinget rett til øyeblikkelig hjelp, til tross for at de ikke har midler til å betale regningen etterpå.

4.3 Retten til allmennhelsetjenester utover øyeblikkelig hjelp

4.3.1 Retten til å få utført allmennhelsetjenester

Jf. pasl § 2-1(1) andre punktum har pasienten ”rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten”. Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf. § 1-1. Jf. khl § 2-1 har enhver som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, rett til ”nødvendig helsehjelp”. Denne bestemmelsen gir i utgangspunktet rettskrav på en minstestandard av helsehjelp fra kommunen.⁷⁹ Det er kommunen som er forpliktet etter bestemmelsen i khl § 2-1, det påhviler ingen plikt etter denne bestemmelsen på den enkelte helsearbeider som er ansatt i kommunen.⁸⁰

Det er ikke gjort unntak fra regelen i pasl § 2-1 om retten til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten i prioriteringsforskriften. Som ovenfor må det bero på en tolkning om en person uten lovlig opphold kan ha rettigheter her.

Hovedbegrunnelsen for en regel om at man kunne søke helsehjelp i den kommune man midlertidig oppholdt seg, var at man ikke ville begrense retten til fritt legevalg. Departementet mente også at en rigid håndheving av et prinsipp som begrenset kommunens plikt til å yte hjelp til egne innbyggere, ikke ville kunne fungere ” i dagens samfunn, med

⁷⁹ Rt. 1990 s. 874 (Fusa-dommen) s 887

⁸⁰ Ot.prp.nr.66 (1981-1982) s 30-31

pendlere, feriegjester osv...”.⁸¹ Stortingets sosialkomité oppsummerte dette slik: ”*Den enkelte har altså en legal rett til helsehjelp i den kommune han til enhver tid oppholder seg, uansett om det er fordi han har sin bopel der, eller oppholdet skyldes ferier, arbeid, tilfeldig gjennomreise, skolegang eller lignende*”.⁸²

Av forarbeidene til pasientrettighetsloven fremgår det at det heller ikke var intensjonen at det skulle være hjemmel for i forskrift å unnta personer som ikke er medlem av folketrygden eller har fast opphold i riket fra retten til ”nødvendig helsehjelp”. Stortingets sosialkomité uttalte om bestemmelsen at: ”*Komiteen forutsetter at forskriften ikke innsnevrer rettigheten slik at en fratar disse helt nødvendig helsehjelp*.”⁸³

At man ikke har villet vedta en regel som gir forskriftshjemmel til å unnta noen grupper helt fra retten til nødvendig helsehjelp, åpner for tanken at det kan være aktuelt at også personer uten lovlig opphold kan ha rettigheter etter en slik regel. At personen det gjelder ikke egentlig har et reelt valg i forhold til å bli eller å reise ut av landet, må være en grunn som kan tilsi at vedkommende må gis det som etter en helsefaglig vurdering anses som ”nødvendig helsehjelp”, til tross for at oppholdet ikke er lovlig. I samme retning trekker det faktum at det her er snakk om mennesker som er utsatt for kriminelle handlinger, og som samfunnet må anses å ha et ansvar for. ØSK artikkel 12 innebærer at personer uten lovlig opphold kan ha rett til helsetjenester også utover de akutte situasjoner, se punkt 3.2, denne vil uansett ha forrang foran khl § 2-1, jf. mrl § 3 jf. § 2.

Halvorsen viser til at begrepet ”nødvendig helsehjelp” gir anvisning på en rettslig standard.⁸⁴ En rettslig standard er et uttrykk som lovgiver tar inn i lovteksten for at bestemmelsen skal kunne anvendes forskjellig i ulike situasjoner og til ulike tider. En kan da åpne for en tolkning som kan variere med tiden, etter som blant annet etiske standarder

⁸¹Ibid s 12-19

⁸² Inst.O.nr.7 (1982-1983) s 11

⁸³ Inst.O.nr.91 (1998-1999) s 16

⁸⁴ Halvorsen 2004 s 147

utvikles og andre sider av samfunnet forandrer seg. Den rettslige standarden ”nødvendig helsehjelp” markerer at det må skje en avveining, og at denne avveiningen skal skje mellom enkeltpersoner og fellesskapet, og på bakgrunn av vurderinger knyttet til hva som er medisinskfaglig forsvarlig.

Dels viser begrepet til hva som er medisinsk sett nødvendig for pasientens funksjon og bedring, det vil si pasientens behov etter en helsefaglig vurdering. Dels viser det også til politiske og samfunnsøkonomiske overveielser: hva slags typer helsehjelp anses som så nødvendig at det skal ytes på samfunnets bekostning? Dels innebærer den også et forvaltningsrettslig krav om likebehandling og saklighet i fordelingen av tjenestene.⁸⁵

Pasientens behov etter en helsefaglig vurdering må etter dette være det sentrale utgangspunkt når en skal fastsette innholdet i begrepet ”nødvendig helsehjelp”. At det er ”nødvendig” helsehjelp en har rett til, gir anvisning på et strengt krav. En må være i en situasjon hvor man har behov for hjelp, for at hjelp kan kreves. En viss vekt må også legges på hvor nyttig det er for pasienten å få helsehjelp. En helsehjelp som har liten nytteevne, er sjelden nødvendig.⁸⁶

Sosialkomiteens uttalelser om at en eventuell forskrift ikke måtte frata personer **helt nødvendig** helsehjelp tyder imidlertid på at det kan ha vært meningen at en må tolke begrepet ”nødvendig helsehjelp” på en annen måte når det er snakk om personer som kun har midlertidig opphold i landet.

Hva som er ”nødvendig” under et midlertidig opphold vil ofte være helsetjenester av et mindre omfang enn det som er ”nødvendig” for en som oppholder seg i landet i lengre perioder, og som regel vil det jo ikke omfatte langvarige behandlinger. Det går frem av forarbeidene at den gruppen som hovedsakelig er drøftet i forhold til midlertidig opphold i

⁸⁵ Ibid i.c.

⁸⁶ Kjønstad 2005 s 155

landet er turister.⁸⁷ At det naturlige er at turister mottar mer langvarige behandlinger, og også dyrere og ressurskrevende behandlinger som det ikke haster med, i sitt hjemland, er vel noe de fleste vil være enige om.

Det som skiller ofre for menneskehandel fra turister, er i denne forbindelse at det ikke nødvendigvis er ”naturlig” at de reiser hjem og får behandling i sitt eget land. Det kan være at de frykter sanksjoner fra bakmennene. Familien er som regel dårlig stilt økonomisk og sosialt i hjemlandet. Dette gjør det mindre nærliggende å tolke begrepet ”nødvendig helsehjelp” innskrenkende for disse.

Det faktum at en person ikke har lovlig opphold vil også være et element som en må ta hensyn til når en fastsetter hva som må anses som ”nødvendig helsehjelp”. Dette kan innebære at dersom det er lange køer og mange som venter på undersøkelse og behandling fra allmennhelsetjenesten, bør de som ikke har lovlig opphold kanskje måtte vente. Det samme kan gjelde dersom det gjelder lidelser som personen hadde før vedkommende kom til Norge, på den annen side vil dette hensynet miste en del av sin vekt når det er en person som ufrivillig har blitt fraktet til Norge.

Helseproblemer som skyldes det forhold at personen er et offer for menneskehandel, må komme i en særstilling. Vi har å gjøre med ofre for kriminelle handlinger. Norge som del av det internasjonale samfunn og som rettstat har et ansvar for å hindre at slik kynisk utnyttelse av mennesker ikke skjer. Der samfunnet sviker i å hindre dette, må det til en viss grad stå til ansvar for og avhjelpe konsekvensene utnyttelsen har hatt for ofrene. Norge har videre forpliktet seg internasjonalt gjennom flere konvensjoner, både til å søke å forhindre forekomsten og straffeforfølge gjerningsmennene, men også til å beskytte og bistå ofrene, se punkt 3.4.

⁸⁷ NOU 1992: 8 s 81

Jf. hlpsl § 4 skal helsepersonell ”utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. Dette krav til forsvarlighet er en rettslig standard, som ikke bare stiller teknisk-faglige krav, men også etiske krav til yrkesutøvelsen.⁸⁸ Dette må være et viktig tolkningsmoment når det gjelder å sette grensen for hva slags hjelp som skal ytes.

Noen medisinske tilstander kan over tid utvikle seg til en alvorlig tilstand dersom de ikke behandles eller følges opp. Det kan være snakk om personer som har en insulintrengende diabetes eller betydelig forhøyet blodtrykk som kan resultere i hjerteinfarkt eller hjerneslag. På et punkt må man gripe inn før det er for sent. Det kan da spørres om det er i samsvar med forsvarlighetskravet i hlpsl § 4 å vente til en pasient kolliderer eller er døden nær før man gjør noe, dersom man vet med rimelig sikkerhet at dette kommer til å skje. I de situasjoner det med andre ord kun er et spørsmål om tid før pasienten vil trenge øyeblikkelig hjelp, vil forsvarlighetskravet tale sterkt for at en bør yte denne hjelpen før pasienten kommer i en situasjon der liv og helse er i akutt fare.

Plager jeg vil tro kan være vanlige hos kvinner utsatt for menneskehandel er urinveisinfeksjon, soppinfeksjon i underlivet, bakteriell vaginose og lignende. Dette er ufarlige tilstander, men kan være ekstremt plagsomme. De kan imidlertid lett påvises og som regel behandles enkelt. Plagene kan ha nær sammenheng med prostitusjonen kvinnene er i. Dette taler for at kvinner utsatt for menneskehandel i det minste bør ha rett til underlivsundersøkelse og eventuelt utskrivning av resept på antibiotika m.v.

Undersøkelse og behandling for de fleste kjønnssykdommer vil omfattes av smittevernloven, som jeg behandler i punkt 4.6.

⁸⁸ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s 37-38

4.3.2 Retten til å få dekket utgiftene til allmennhelsetjenester

Min drøftelse av khl § 5-1 i punkt 4.2.3 om adgangen til å få dekket utgifter for helsehjelp ved øyeblikkelig hjelp fra kommunehelsetjenesten vil i utgangspunktet gjelde også her. Som nevnt innebar kommunehelsetjenesteloven at det offentlige fikk plikt til å sørge for at alle fikk nødvendig helsehjelp. Det ble med dette et skille mellom oppgjørsformen for helsehjelp som gis av kommunalt ansatt og privatpraktiserende helsepersonell som har avtale med kommunen, se punkt 1.4.

Ofte vil det at det offentlige dekker utgiftene, være forutsetningen for at personen det er snakk om kan motta helsehjelp. Selv om innvandringspolitiske hensyn i utgangspunktet taler mot at personer uten lovlig opphold gis helsehjelp uten å måtte betale for dette, må som nevnt i punkt 2.7 disse hensyn få mindre vekt når det er snakk om ofre for menneskehandel, som ikke akkurat kan sies å være i Norge for å utnytte seg av helsesystemet her. Å nekte dem å dekke utgifter til helsetjenester for at de skal forlate landet, vil sjelden ha effekt da det som regel er bakmennene som regulerer dette. For øvrig viser jeg også til de reelle hensyn jeg har anført i punkt 4.3.1 som hensyn for en rett til få allmennhelsetjenester utført, de samme hensyn gjør seg gjeldende ved spørsmålet om utgiftene til disse skal dekkes.

Der det at det offentlige dekker utgiftene vil innebære eneste mulighet for at helsehjelp kan gis, taler også Norges forpliktelser etter Verdenserklæringen artikkel 25 og ØSK artikkel 12 for en slik tolkning av khl § 5-1. Særlig gjelder dette i tilfeller hvor undersøkelse og/eller behandling ikke utgjør de store kostnadene. Der den nødvendige helsehjelp kun går ut på en undersøkelse, utskrivning av resept (eventuelt en blå resept der legemidlene ikke er av de dyreste og sykdommen over lengre tid kan føre til alvorligere tilstander – se ovenfor drøftelsen av forsvarlighetskravet i punkt 4.3.1) mener jeg en med god grunn kan tolke khl § 5-1 dit hen at kommunen bør dekke disse utgiftene også for personer uten lovlig opphold dersom disse ikke har midler.

4.4 Rett til spesialisthelsetjenester utover øyeblikkelig hjelp?

4.4.1 Rett til å få utført spesialisthelsetjenester?

Spesialisthelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelse som gir pasienter rett til nødvendige spesialisthelsetjenester. Splhsl § 2-1 slår imidlertid fast at ”staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste”.

Etter pasl § 2-1(2) første punktum har pasienter ”rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten”, men denne bestemmelse er begrenset til å gjelde når pasienten har fast bopel eller oppholdssted i riket, er medlem av folketrygden eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat, jf. prioriteringsforskriften § 1.

Heller ikke norske pasienter har en ubetinget rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, i pasl § 2-1(2) andre punktum slås det fast at retten er betinget av at pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Begrunnelsen for å gi hjemmel for å unnta personer som ikke er norske statsborgere eller som har midlertidig opphold, var at en annen løsning ville kunne åpne for at personer som ikke har et like godt tjenestetilbud i sitt hjemland, kommer til Norge for å få behandling her. Dette ville kunne påvirke kapasiteten i helsetjenesten, og således også helsetjenestens mulighet til å innfri rettighetene overfor personer bosatt i Norge.⁸⁹

Det klare utgangspunkt er altså at det ikke foreligger rettigheter til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, verken for personer med midlertidig opphold i landet (og som ikke er medlem av folketrygden) eller for personer uten lovlig opphold. Helseproblemer som skyldes det forhold at personen er et offer for menneskehandel, må imidlertid komme i en særstilling også når det er snakk om spesialisthelsetjenester, jeg viser til min drøftelse i punkt 3.4 og 4.3.1. De færreste ofre for menneskehandel kan sies å ha kommet til Norge for å dra nytte av helsevesenet her, og det er ikke nødvendigvis mulig for dem å dra tilbake til sitt eget land for å få behandling. Jeg vil også peke på at selv om kapasitetshensyn ellers

⁸⁹ Syse (pas) 2004 s 102

utgjør et sterkt hensyn mot at personer uten lovlig opphold skal ha rettigheter på området, vil dette først og fremst gjøre seg gjeldende for behandling som er langvarig og ressurskrevende. Såfremt helsevesenet har kapasitet, og de ovennevnte hensyn også taler for, vil det kanskje her også være en åpning for at også personer uten lovlig opphold kan få utført helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten?

Som det fremgår av kapittel 3, vil Norges menneskerettslige forpliktelser i enkelte tilfeller kunne innebære at staten må tilby spesialisthelsetjenester til enkeltindivider. Både EMK artikkel 3 og ØSK artikkel 12 gjelder som norsk lov, og har forrang foran både spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. En person som er alvorlig aids-syk vil kanskje etter dette ha rett til behandling som sikrer at ikke vedkommende dør en smertefull og nedverdiggende død (se punkt 3.3).

Retten til å få et tilbud i det frivillige psykiske helsevern vil bero på reglene for spesialisthelsetjenester. Der personen det er tale om har en psykisk lidelse og kan utgjøre en fare for andre (men vilkårene for tvang ikke er tilstede), taler hensynet til samfunnet for at det gis et tilbud om behandling i det psykiske helsevern. (Retten til å bli tatt under tvungent psykisk helsevern vil jeg behandle nedenfor i punkt 4.5.) Kvinner utsatt for menneskehandel for utnyttelse i prostitusjon kan ha vært utsatt for forferdelige overgrep, mange av dem utvikler posttraumatisk stressyndrom o.a. Norges forpliktelser etter Palermo-protokollen taler for at disse bør få psykologisk og psykiatrisk hjelp til å komme over traumene.

Som nevnt i punkt 4.2 vil personer uten lovlig opphold ha rett til øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten, og sykehus og helsepersonell innen spesialisthelsetjenesten vil ha en plikt til å yte helsehjelp dersom denne må anses som ”påtrengende nødvendig”. Det kan imidlertid være vanskelig å konkret fastslå hva som faller under øyeblikkelig hjelp-plikten. Warberg har argumentert for at alvorlige syke pasienter som risikerer å dø eller få alvorlig helseskade dersom de ikke snart kommer under behandling, med gode grunner må anses

å kvalifisere som øyeblikkelig hjelp-pasienter, selv om behandlingsbehovet ikke er helt akutt som i klare øyeblikkelig hjelp-tilfeller.⁹⁰

En gruppe pasienter som i denne sammenheng trekkes frem, er alvorlig kreftsyke pasienter som må vente i uker eller måneder på behandling. Der pasienten har kreft med spredning, innebærer hver dag en risiko for en farlig sykdomsutvikling. Enkelte slike tilfeller ligger så nær opp til de ”klassiske øyeblikkelig hjelp-tilfellene” at det er naturlig å anvende øyeblikkelig-hjelp regelen analogisk. (En annen gruppe pasienter Warberg fremhever er eldre, svake pasienter med lårhalsbrudd, men dette er lite praktisk for den persongruppen jeg behandler.)

Warberg viser imidlertid til at det vil være et skjønnsspørsmål om en i slike tilfeller bruker øyeblikkelig hjelp-regelen analogisk eller utvidende. Ordlyden i hpsl § 7 om at helsepersonell har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp inntreffer når behovet er ”påtrengende nødvendig”, rommer mer enn kun de akutte situasjoner. Videre vil det som nevnt være opp til den enkelte leges faglige skjønn om det foreligger en øyeblikkelig hjelp situasjon eller ikke. Denne vurderingen vil derved kunne bero på den enkelte leges erfaring og forutsetninger, men også på den konkrete situasjon. Om en velger å se det slik at slike situasjoner ikke omfattes om regelen om øyeblikkelig hjelp, vil de imidlertid kanskje representere eksempler på tilfeller der situasjonens alvorlighet taler for å gi spesialisthelsetjenester utover øyeblikkelig hjelp til ofre for menneskehandel uten lovlig opphold?

Rettigheter til spesialisthelsetjenester i forbindelse med smittevern vil jeg behandle nedenfor i punkt 4.6.

⁹⁰ Warberg 1995 s 185-186

4.4.2 Rett til å få dekket utgiftene til spesialisthelsetjenester?

Pasienter som ikke har bosted i riket, skal i utgangspunktet dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene for spesialisthelsetjenester selv, jf. splhsl § 5-3, (se punkt 4.2.2).

Utgiftene til spesialisthelsetjenester vil som regel være så høye at ubemidlede personer ikke har mulighet til å dekke disse. Det ofre for menneskehandel måtte tjene på prostitusjon går til menneskehandlerne, som ofte har krav om at de skal tjene inn et visst beløp hver dag. Det de måtte beholde selv er et minimum. Forutsetningen for at eventuelle spesialisthelsetjenester kan gis, vil for ubemidlede som regel være at utgiftene til dette dekkes. I de tilfeller hvor den enkelte lege må vurdere om det må skje en utvidende anvendelse av regelen om øyeblikkelig hjelp, må det på samme måte være opp til legen å vurdere om behandlingen må gis til tross for at pasienten ikke har midler til å betale, med den konsekvens at helseinstitusjonen må risikere å dekke utgiftene. Dette må være en konkret vurdering av det enkelte tilfelle, og kan neppe sies å være en rett personer uten lovlig opphold har.

Der en kan utlede en eventuell rett til spesialisthelsetjenester fra EMK eller ØSK vil disse kanskje i enkelte tilfelle innebære at helsehjelp bør gis uten at pasienten må betale for dem.

4.5 Retten til å bli tatt under tvungent psykisk helsevern

Psykisk helsevernloven regulerer etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, både det frivillige og tvungne vernet.

”Tvungent psykisk helsevern” er definert i § 1-3 og omfatter all undersøkelse, behandling, pleie og omsorg fra spesialisthelsetjenesten på grunn av psykisk lidelse når dette gjøres uten at personen har samtykket.

Loven regulerer kun spesialisthelsetjenestens tilbud, og regulerer ikke rettstillingen til personer som ikke har et pågående tilbud eller tiltak under ansvar av

spesialisthelsetjenesten. Det er behandlingsforholdet som reguleres av psykisk helsevernloven.

Lovens personlige virkeområde drøftes ikke i forarbeidene. Dette må innebære at hvilke personer som faller inn under lovens virkeområde i utgangspunktet må være de samme som for spesialisthelsetjenesten, se punktene 4.2.1 og 4.4.1. Selv om utgangspunktet for spesialisthelsetjenester som nevnt i 4.4.1 er at utlendinger som ikke er medlem i folketrygden og herunder personer uten lovlig opphold ikke har rett til behandling, kan det gjøre seg gjeldende særlige forhold for pasienter som oppfyller vilkårene til tvungent psykisk helsevern.

Som regel vil tvungent psykisk helsevern besluttes etter en innleggelse ved øyeblikkelig hjelp, som en forlengelse av en akutt situasjon, eventuelt for å hindre at en akutt situasjon oppstår. Her vil man i stor grad måtte legge til grunn de samme betraktninger som ved vurderingen av hvorvidt en skal gi øyeblikkelig hjelp fra det psykiske helsevernet. Det kan for eksempel være suicidale personer som med stor sannsynlighet vil forsøke å ta livet sitt dersom de ikke får hjelp.

Utgjør en person fare for andre på grunn av sin psykiske lidelse taler også hensynet til samfunnet sterkt for at tvungent psykisk helsevern bør skje uavhengig av personens oppholdsstatus. De fleste er nok enige i at en så langt det er mulig må forhindre situasjoner av den typen som skjedde 3. august 2004, da en 41 år gammel psykotisk mann gikk amok med kniv på en trikk i Oslo – en mann ble drept og flere ble skadet.

Vilkårene for tvungent psykisk helsevern går frem av § 3-3. Personen det gjelder må for det første ha en alvorlig sinnslidelse, dette innebærer i hovedsak personer med klare, aktive psykoser samt visse svært manifesterede avvikstilstander av ikke-psykotisk karakter der funksjonssvikten er like stor som ved psykoser.⁹¹ I tillegg må ett av følgende tilleggsvilkår være tilstede: det tvungne psykiske helsevern må sies å være nødvendig enten fordi

⁹¹ Syse (psyk) 2004 s 53

pasienten ellers vil få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert eller det er stor sannsynlighet for at pasienten i meget nær fremtid vil få sin tilstand i betydelig grad forverret, eller vedkommende utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Med mindre personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse, må også det tvungne psykiske helsevern etter en helhetsvurdering fremtre som klart beste løsning for vedkommende.

Phlsvl § 3-1 bestemmer at tvungent psykisk helsevern enten kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for dette forhold, eller som tvangsvern uten slikt døgnopphold.

Splhsl § 5-3 siste ledd bestemmer at staten skal dekke utgifter til tvungent psykisk helsevern. Det går frem av bestemmelsen at dette også gjelder dersom pasienten ikke har fast opphold (bosted) i riket, siste ledd fremtrer som et unntak fra hovedregelen i første ledd om at pasient som ikke har bosted i riket skal dekke utgiftene selv, se punkt 4.4.2. At det er snakk om tvangsbestemmelser taler for at staten dekker disse utgiftene også der det gjelder en person uten lovlig opphold.

4.6 Smittevernloven

4.6.1 Retten til å få utført helsetjenester i forbindelse med smittevern

Smittevernlovens formål er å ”verne befolkningen mot smittsomme sykdommer”, jf. dens § 1-1. Lovens kapittel 5 gir hjemmel for omfattende tvangstiltak overfor enkeltpersoner, mens kapittel 6 inneholder mer rene rettighetsbestemmelser om smittevernhjelp.

Loven kommer til anvendelse når det er tale om ”smittsomme sykdommer”, men må først og fremst sies å være praktisk når det er tale om ”allmennfarlige smittsomme sykdommer”. ”Smittsom sykdom” defineres i § 1-3 og omfatter sykdommer (eller ”smittebærertilstander”) forårsaket blant annet av virus, bakterier, sopp m.v. Med hjemmel i § 1-3(2) har Helse- og omsorgsdepartementet bestemt i forskrift hvilke smittsomme

sykdommer som skal regnes som ”allmennfarlige smittsomme sykdommer”.⁹² Dette gjelder blant annet HIV-infeksjon, flere kjønnsykdommer som klamydia, gonoré og syfilis, samt SARS, tuberkolose og Hepatitt A, B, C, D og E (for å nevne noen).

§ 1-2 bestemmer at lovens bestemmelser ”gjelder for enhver som oppholder seg i Norge”. Den gjelder altså uavhengig av den enkeltes statsborgerskap eller varigheten av oppholdet. I forarbeidene uttales at ”*hovedprinsippet må etter departementets syn være at utenlandske statsborgere skal behandles på samme måte, og gis samme rettigheter som norske. I den grad det gjøres unntak fra dette gjennom forskrifter, må dette kun gjelde for opphold av klart midlertidig karakter. Begrensningene må dessuten i hovedsak gjelde inngrep, ikke ytelser.*”⁹³ Spørsmålet blir som ovenfor om det at en person har ulovlig opphold innebærer at de likevel må unntas fra å ha plikter og rettigheter etter loven. Dette er ikke drøftet i forarbeidene. Lovens formål taler sterkt for at den i utgangspunktet må gjelde også for disse (en person kan være smittsom uavhengig av en oppholdsstatus). At en person ikke har lovlig opphold vil imidlertid kanskje ha betydning ved vurderingen av rekkevidden av rettighetsbestemmelsene, se nedenfor.

Jf. § 5-1(1) har en person som har mistanke om å være smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, plikt til å gi beskjed til og oppsøke lege for undersøkelse. Det er ikke nødvendig å ha symptomer, det er tilstrekkelig at man har vært i en klar smitteutsatt situasjon for å ha plikt etter denne bestemmelsen. En plikter videre å gjennomgå de undersøkelser som etter legens faglige vurdering er nødvendige for å få bekreftet eller avkreftet smitten, men disse er begrenset til mindre inngripende undersøkelser.⁹⁴ Annet ledd innebærer en plikt til å gi nødvendige opplysninger om hvem smitten kan være overført fra.

⁹² Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer, av 1. januar 1995 nr. 100

⁹³ Ot.prp.nr.91 (1992-1993) Vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) s 27

⁹⁴ Ibid s 155

Er det nødvendig for å forebygge eller motvirke smitte skal legen be en smittet person om å la seg undersøke av lege, og motsetter personen seg slik undersøkelse, kan det gjøres vedtak om at vedkommende legges inn på sykehus til legeundersøkelse og eventuelt til kortvarig isolering, jf. § 5-2. Det kan bare gjennomføres for å klarlegge om allmennfarlig smittsom foreligger og det er nødvendig for å motvirke smitte til andre, og såfremt undersøkelsen kan skje uten fare. Kravet om nødvendighet må først og fremst antas å være oppfylt der selve smitteoverføringsfaren er stor, slik at en kan iverksette vaksinasjoner og lignende. Det vil sjelden være oppfylt der overføringen skjer ved direkte kontakt, for eksempel via blod.⁹⁵ At undersøkelsene må kunne skje uten fare relateres både til undersøkelsenes art og fare for den smittede personen, og til smittefaren for legen og andre i en eventuell undersøkelsessituasjon.⁹⁶

Er det nødvendig for å forebygge eller motvirke smitte skal legen be en smittet person om å la seg isolere, motsetter personen seg isolering kan det gjøres vedtak om at vedkommende skal legges inn på sykehus til isolering, jf. § 5-3. Dette gjelder bare dersom andre tiltak har vært forsøkt eller det er overveiende sannsynlig at slike ikke vil føre frem, og det etter en helhetsvurdering er den klart mest forsvarlige løsningen i forhold til faren for smitteoverføring og den belastningen som tvangsinngrepet må antas å medføre, og det er overveiende sannsynlig at andre ellers vil bli smittet. Isoleringstiden kan forlenges etter tre uker med opptil seks uker om gangen inntil et år fra første vedtak. Det kan i sammenheng med forlengelse av isoleringstiden vedtas tvungen medikamentell behandling. Vilåret er at behandlingen kan redusere isolasjonstiden vesentlig, den må kunne gjøre personen smittefri, og være uten fare eller større ubehag.

Det følger av smittel § 6-1(1) første punktum, at ”enhver har rett til nødvendig smittevernhjelp”. Det vises i andre punktum til at ”smittevernhjelp er å anse som en del av rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 første og annet ledd”. For norske borgere og andre som har

⁹⁵ Krogsrud 1995 s 133

⁹⁶ Ibid s 134

fulle rettigheter under denne bestemmelsen, vil etter dette smittevernhjelp neppe være noe annet eller mer enn den rett til helsehjelp som i utgangspunktet følger av disse lovene. Bestemmelsen i § 6-1(1) kan likevel for personer uten lovlig opphold tilsi en betydelig utvidelse av retten de har til helsehjelp etter de generelle bestemmelser som gjelder for allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Første ledd gjelder uansett om en person er smittet eller ikke. Hva som anses som smittevernhjelp må forutsettes å omfatte både tiltak for at den enkelte kan beskytte seg mot å bli smittet, og tiltak for at den enkelte ikke skal overføre smitte til andre.

Andre ledd fastsetter imidlertid mer konkrete rettigheter for personer som er smittet eller står i fare for å bli smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom. Første punktum gir rett til smittevernhjelp i form av vaksinasjon, informasjon og ”annen nødvendig forebyggende hjelp” for personer som er i fare for å bli smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom. Det skal legges til grunn en faglig vurdering av om en person står i fare for å bli smittet. Bruken av begrepet ”grunn til å anta” innebærer at det neppe kreves mye for at kravet til fare skal være oppfylt, også når det kan være tvil om det egentlig foreligger en fare for overføring av smitte skal den enkelte i utgangspunktet ha rett etter bestemmelsen. Personer som er smittet har rett til medisinsk vurdering og utredning (diagnostikk), behandling, pleie og ”annen nødvendig smittevernhjelp”, jf. annet punktum.

Ved tolkningen av hva som er ”nødvendig smittevernhjelp” i første ledd vil det kunne ha relevans at en person ikke har lovlig opphold, eventuelt er i Norge kun for kort tid. Dette gjelder også tolkningen av uttrykket ”annen nødvendig forebyggende hjelp” og ”annen nødvendig smittevernhjelp” i annet ledd.

Krogslund viser til at utlendinger med midlertidig opphold i landet ikke vil ha krav på mer helsehjelp (smittevernhjelp) enn det som er nødvendig for at vedkommende kan forlate

landet og reise til sitt hjemland.⁹⁷ Det er her imidlertid tilsynelatende forutsatt at det å reise til sitt hjemland er aktuelt. Rettighetsbestemmelsene i smittevernloven tjener først og fremst som et effektivt samfunnsvern. Begrensning av rettigheter som ellers ville ført til mindre smittefare er lite i tråd med lovens formål, og lite gunstig sett fra et samfunnsmessig synspunkt.

Utgangspunktet for retten til smittevernhjelp for smittede personer er at den aktuelle smittevernhjelpen må føre til en sannsynlig reduksjon eller bortfall av mulighet for overføring av sykdommen fra vedkommende. Retten til behandling vil altså være begrenset til den behandling som har effekt i forhold til å gjøre vedkommende smittefri, annen behandling omfattes ikke.⁹⁸ Kronisk smitteførende personer vil etter bestemmelsen kun ha rett til nødvendig pleie og opplæring og tilrettelegging av hygieniske rutiner i dagliglivet for å motvirke faren for overføring av smittestoff til andre.

I forarbeidene er det forutsatt at for eksempel en prostituert som står i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom som for eksempel HIV, vil ha rett til hjelp eller bistand til bolig, utdanning eller arbeid dersom dette medfører at faren for overføring av smitte vesentlig reduseres eller faller bort. "Øvrig forebyggende smittevernhjelp" vil altså i utgangspunktet underlegges en forholdsvis vid fortolkning. På samme måte skal i følge forarbeidene "annen nødvendig smittevernhjelp" tolkes utvidende, og tilbud som kan bidra vesentlig til at vedkommende kommer under behandling som kan gjøre han/hun smittefri, omfattes. Det er imidlertid tvilsomt om en kan legge til grunn en like vid fortolkning når det gjelder utenlandske prostituerte uten lovlig opphold. I verste fall kunne dette medført at en ved å sørge for å la seg smitte, fikk rett til bolig og å bli forsørget resten av livet. Uansett vil nok de største problemene for ofre for menneskehandel heller være av praktisk art, ikke minst det å bryte med menneskehandlerne. Tilgang på kondomer og lignende vil uansett klart omfattes.

⁹⁷ Ibid s 153

⁹⁸ Ibid s 157

4.6.2 Retten til å få dekket utgiftene ved helsehjelp i forbindelse med smittevern

Som nevnt i punkt 4.6.1 vil ”nødvendig smittevernhjelp” være å anse som en del av rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Derfor vil mine drøftelser i punktene 4.3.2 og 4.4.2 være utgangspunktet for drøftelsen her.

Smittel § 6-2 slår videre fast at ”*Departementet kan bestemme at tjenester eller tiltak etter loven skal være gratis for den som er i fare for å bli smittet med smittsomme sykdommer, eller som allerede er det*”. Det er klart forutsatt i forarbeidene til denne bestemmelsen at smittevernhjelp ved allmennfarlige smittsomme sykdommer skal være gratis.⁹⁹

Det ytes det stønad fra folketrygden for undersøkelse og behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer, dette gjelder både helsehjelp fra allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, likevel ikke helsehjelp fra helseinstitusjoner som ikke utføres poliklinisk.¹⁰⁰ Stønaden ytes selv om vedkommende ikke er medlem av folketrygden, og for slik undersøkelse og behandling skal det heller ikke betales noen egenandel. Vilåret for at slik stønad skal ytes er at pasienten har grunn til å anta seg smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom eller legen får mistanke om at pasienten har en slik sykdom.

Hensynet til resten av samfunnet taler sterkt for at smittevernhjelp skal gis, uavhengig av om en person kan betale for dette. Det er viktig å sørge for at færrest mulig blir smittet av slike sykdommer, både for å verne om andre enkeltpersoner og for å hindre en epidemi. Hensynet gjør seg gjeldende både i tilfeller der en person er smittet, men også i tilfeller der en person står i fare for å bli smittet – mye taler for at det gis både behandlende og forebyggende smittevernhjelp uten at pasienten må betale for dette uavhengig av personens

⁹⁹ Ot.prp.nr.91 (1992-1993) s 96 og 167-168

¹⁰⁰ Jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos leger av 27. juni 2005 nr. 776 § 3 nr. 7, forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, 1. desember 2000 nr. 1389 § 3 nr. 7, forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter, 27. juni 2003 nr. 959 § 4 nr. 7

oppholdsstatus. For ofre for menneskehandel i prostitusjon er dette kanskje særlig viktig, prostitusjonen innebærer at de er i nærkontakt med flere kunder daglig, dette tilsier en meget stor smittefare for denne gruppen.

4.7 Abortloven

4.7.1 Retten til å få utført et abortinngrep

Kvinner har rett til selvbestemt abort før 12. uke, jf. abortlovens §§ 2, 5 og 6. De regionale helseforetak har plikt til å organisere sykehustjenesten slik at kvinnen innen helseregionen til enhver tid kan få utført abort, jf. lovens § 14.

Etter 12. uke har kvinnen rett til abort på visse vilkår, oppregnet i lovens § 2(3). Disse er blant annet at svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse eller at det kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon, at det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet, at kvinnen ble gravid som følge av et seksuelt overgrep, eller at kvinnen er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad. Om abort skal nektes eller tillates, avgjøres av en nemnd sammensatt av to leger, men i praksis er det imidlertid svært sjelden at abort nektes dersom kvinnen selv ønsker en abort.

Etter utgangen av 18. svangerskapsuke kan et svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det, jf. lovens § 2(6).

Svangerskapet kan alltid avbrytes dersom det medfører ”overhengende fare for kvinnens liv eller helse”, jf. § 10.

Abortlovens regler er ikke avgrenset mot noen grupper av personer. Dens stedlige virkeområde er ikke nevnt i loven. Det må bero på en tolkning om den likevel må anses å ikke gjelde for kvinner som oppholder seg ulovlig i landet.

Abort utgjør en ubetinget rett for norske kvinner (sannsynligvis også for utenlandske kvinner med lovlig opphold, jf. utlendl § 3). Der kvinnens helsetilstand begrunner en abort, utgjør dette et sterkt hensyn for at denne retten også tilfaller kvinner som oppholder seg ulovlig.

Det foreligger et klart tidspress i abortsituasjonen. Dels er det lovfestede tidsgrenser for når abort lovlig kan utføres, dels kan det gjøres gjeldende at de etiske "betenkeligheter" ved abort blir verre jo lenger i utviklingsstadiet fosteret er kommet. Sannsynligheten for komplikasjoner er også mindre dersom abort tas tidlig i svangerskapet. Tidspresset kan sies å utgjøre et argument for at en kvinne som oppholder seg i Norge, bør ha adgang til å ta abort her.

Abort er også et inngrep som krever relativt lite ressurser.

Å ha en rettighetslovgivning som gjør det mulig å unngå de uverdige og farlige illegale abortene var og er et tungt hensyn for den abortlovgivningen vi har i dag, og dette taler også for at kvinner som oppholder seg her ulovlig har de samme rettighetene.

4.7.2 Foreligger en rett til å få dekket utgiftene ved et abortinngrep?

Det er forutsatt i loven at et abortinngrep i utgangspunktet skal være gratis. For kvinner som er medlem av folketrygden, ytes det stønad fra trygden for utgifter til abortinngrep etter honorartakst, det vil si at det ikke skal innebære egenandel for kvinnen.¹⁰¹

Reglene som gjelder for utgifter fra spesialisthelsetjenesten, vil i utgangspunktet også gjelde for abortinngrep. Det ytes ikke stønad til utgifter ved abort så lenge ikke kvinnen er

¹⁰¹ Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, 1. desember 2000 nr. 1389 § 3

medlem av folketrygden. Det medfører at kvinner som ikke har lovlig opphold, må betale utgifter ved et abortinngrep selv (så fremt det ikke er tale om en øyeblikkelig hjelp-situasjon, se punkt 4.2.1).

4.7.3 De lege ferenda

Kvinner som er ofre for menneskehandel utsettes for daglige overgrep ved at de utnyttes i prostitusjon. Overgrep skjer imidlertid også ved at de presses/tvinges til å ha seksuell omgang med bakmennene eller deres venner. Jeg vil her påpeke at det kan foreligge et overgrep selv om ikke vi snakker om voldtekt i ”tradisjonell forstand”. Eksempler der dette også er straffesanksjonert er der gjerningsmannen har utvist grov uaktsomhet, jf. bestemmelsen om grov uaktsom voldtekt i strl. §192. I følge forarbeidene har denne bestemmelsen særlig betydning i ”tilfeller hvor voldsanvendelsen eller den truende atferden har vært relativt beskjeden, eller hvor offeret på grunn av rus eller frykt ikke har vært i stand til å motsette seg den seksuelle omgangen”.¹⁰² Videre vil jeg nevne straffebestemmelsen som rammer det å skaffe seg seksuell omgang ved misbruk av avhengighetsforhold i strl. § 193. Avhengighetsforhold kan her for eksempel bestå i følelsen av å være i takknemlighetsgjeld, eller økonomisk avhengighet, for eksempel ved at kvinnen tror at hun står i et gjeldsforhold til bakmennene.¹⁰³

Pro Sentret opplyser at mens det er en mindre praktisk problemstilling at utenlandske prostituerte blir gravide med kunder, er det flere eksempler på at disse kvinnene har blitt gravide med en av bakmennene eller venner av disse. I hvilken grad dette i det konkrete tilfelle må anses som frivillig seksuell omgang, kan nok diskuteres.

Pro Sentret opplyser at det i praksis sjelden fremstår som et alternativ for disse kvinnene å gjennomføre svangerskapet slike tilfellene. Avdelingssykepleier Joakim Hauge ved Pro Sentret uttalte i Dagsavisen 7. august i fjor at bakmennene til de kvinner som er ofre for

¹⁰² Ot.prp.nr.28 (1999-2000) s 30-31

¹⁰³ NOU 1997: 23 s 43-46 og ot.prp.nr.28 (1999-2000) s 112-113

menneskehandel, ofte krever at de skal jobbe inn en bestemt sum hver dag.¹⁰⁴ Et abortinngrep koster i underkant av 7 000 kr, og dersom de skal tjene inn et slikt beløp i tillegg vil dette innebære en ekstra stor byrde for disse kvinnene. Det forhold at en kvinne må utsette kroppen sin for denne ekstra belastningen mens hun i tillegg er gravid er noe mange finner støtende, med dette som begrunnelse har blant annet politikerne Inga Marte Torkildsen (SV), Brit Hildeng (AP) og Marit Arnstad (SP) argumentert for at utenlandske prostituerte bør sikres gratis abort.¹⁰⁵

I praksis er alternativet at de tar abort på illegal måte, for eksempel ved å føre skarpe gjenstander inn i skjeden. Ved slike illegale inngrep kan viktige anatomiske strukturer ødelegges for alltid, og risikoen for infeksjoner er stor. På det illegale markedet omsettes det også piller som igangsetter medisinske aborter. Det er imidlertid liten mulighet for kvinnene til å sjekke kvaliteten av disse, eller til å vite hvordan de brukes.

Som nevnt i punkt 4.3.1 må det norske samfunn ha et særlig ansvar for å avhjelpe konsekvenser som overgrep som følge av menneskehandelen har for ofrene. Hva enten kvinnene blir gravide med bakmenn eller med kunder, er det uholdbart at de etter slike overgrep kan være overlatt til å i desperasjon utføre livsfarlige illegale aborter.

Min drøftelse relaterer seg til kvinner som er ofre for menneskehandel, men i praksis kan det være vanskelig å skille fra utenlandske prostituerte som ikke kan sies å være ofre for menneskehandel. Det kan være at en regel om gratis abort vil bidra til at utenlandske prostituerte reiser til Norge for å ta abort her. For samfunnet er likevel kostnadene ved slike inngrep relativt lave, og etter mitt syn må dette hensynet komme i andre rekke.

¹⁰⁴ Artikkelen ”Må prostituere seg for å få råd til abort”. Finnes på <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article1688849.ece>

¹⁰⁵ Artikkelen ”Vil gi gratis abort til prostituerte” i Dagsavisen 9. august 2005. Finnes på <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article1690419.ece>

4.8 Barns rettsstilling

Jeg viser her først og fremst til punkt 3.3 der jeg behandler barnekonvensjonen, som tilsier at de samme regler for norske barn i utgangspunktet også gjelder for barn uten lovlig opphold.

Barnevernloven gjelder i utgangspunktet for alle barn som oppholder seg i landet, jf. dens § 1-2. Dette gjelder selv om barnet ikke er norsk statsborger eller barnet ikke er bosatt her. Lovens forhold til utlendingsloven er drøftet i forarbeidene, der det vises til at det er utlendingslovens regler som avgjør om et barn skal få opphold i landet.¹⁰⁶ Det er tilsynelatende forutsatt at mens barnet oppholder seg i Norge hva enten oppholdet er lovlig eller ulovlig, vil imidlertid barnevernloven få anvendelse så langt den passer, med den følge at barnevernsmyndighetene har ansvaret for barnets ve og vel frem til det eventuelt sendes ut av landet, i samsvar med lovens §§ 3-1 og 3-2. Dette innebærer at barneverntjenesten har plikt til å samarbeide med helsetjenesten og påse at barnet får nødvendig helsehjelp, jf. § 3-2(2).

Khl § 2-2 innebærer en utvidelse av barns rett til nødvendig helsehjelp fra allmennhelsetjenesten, da barn etter denne bestemmelsen har rett til helsekontroll i den kommune barnet bor i eller midlertidig oppholder seg. Bestemmelsen må ses i sammenheng med bestemmelsen i khl § 1-3 om kommunens ansvar for helsestasjoner. Virksomheten til helsestasjonene skal ha forebyggende karakter.

Svangerskapskontroll av gravide på helsestasjonene omfattes av khl § 2-2.¹⁰⁷ For gravide som ønsker å gjennomføre svangerskapet, viser jeg til det jeg har sagt om barnekonvensjonens artikkel 24(2) i punkt 3.2.

¹⁰⁶ Ot.prp.nr.44 (1991-1992) s 18

¹⁰⁷ Molven 2002 s 92-93

I pasientrettighetsloven er barn gitt særlige rettigheter når de oppholder seg i institusjon. Dette innebærer både en rett til samvær med foreldre etter pasl § 6-2, en rett til aktivitetstilbud etter § 6-3, og en rett til opplæring etter § 6-4. Det er ikke gitt hjemmel for å unnta noen grupper av personer (eller barn) fra reglene i kapittel 6. Videre tar reglene først og fremst sikte på å tilpasse situasjonen til barn som allerede er tilbudt helseytelser, dette tilsier at reglene også må gjelde barn uten lovlig opphold under deres eventuelle opphold på institusjon. Også her må imidlertid rettighetene ses i lys av at barnets opphold kan være av en midlertidig karakter, for eksempel reglene om opplæring kan nok etter forholdene måtte tolkes innskrenkende for disse. En rett til samvær med foreldre for barn utsatt for menneskehandel uten lovlig opphold kan neppe innebære en rett til å hente foreldrene til Norge.

Det er gitt en forskrift om barns opphold på helseinstitusjon med hjemmel i splhsl § 3-6, som blant innebærer at barn fortrinnsvis skal innlegges på egne barneavdelinger som er utformet og utstyrt slik at de er tilpasset barns behov, samt at de ikke skal legges på rom med voksne som er i en medisinsk tilstand som kan virke skremmende på dem.¹⁰⁸

4.9 Ulovfestede nødrettsbetraktninger

Norske myndigheter har gjentatte ganger uttalt at det er adgang til å yte hjelp på ulovfestet grunnlag. Begrepsbruken har vært forskjellig. I brev fra Sosial- og helsedirektoratet av 19. desember 2003 heter det at *”Samfunnet som sådan har imidlertid et generelt ansvar for å yte akutt, livsnødvendig hjelp i en nødssituasjon. Dette følger av alminnelige nødrettsbetraktninger. Dette innebærer at en person kan ha krav på hjelp i form av sosiale tjenester i spesielle, akutte situasjoner uavhengig av oppholdets lovlighet.”*

I brev fra Arbeids- og sosialdepartementet til landets kommuner, datert 4. oktober 2004, vises det til sistnevnte brev. Departementet presiserer så videre at *”dette innebærer at ingen skal sulte eller fryse i hjel, og at sosialtjenesten må yte livsnødvendig hjelp i en akutt*

¹⁰⁸ Forskrift av 1. desember 2000 nr 1217

*krisesituasjon, også til personer uten lovlig opphold. Dette er ikke regulert i loven eller forskriften, men følger av ulovfestede betraktninger om plikt til å hjelpe mennesker i nød”.*¹⁰⁹

Der hjelp av denne typen har vært omtalt, har det som hovedregel vært snakk om retten til sosiale tjenester. Som jeg har pekt på tidligere vil det imidlertid kunne være glidende overganger mellom hva som må anses som sosiale tjenester og hva som anses som helsetjenester, jf. mitt eksempel i innledningen.

Det fremgår av forarbeidene til sosialtjenesteloven at ”også utlendinger som oppholder seg midlertidig i landet, og som er ute av stand til å sørge for sitt livsopphold, har krav på hjelp”. Det vises så til sosiallovutvalgets utredning, der utvalget uttaler ”kravet går imidlertid neppe lenger enn til at vedkommende får økonomiske midler til å forlate riket og tilstrekkelig til livsopphold inntil dette kan skje. Dersom vedkommende har behov for akutt hjelp av annen karakter, må også dette ytes, men noe krav på permanent hjelp har vedkommende ikke”.¹¹⁰

Det rettslige begrepet ”nødrett” tar utgangspunkt i det syn at ”nød bryter alle lover”.¹¹¹ Den sivilrettslige nødrett innebærer en rett for personer i en nødssituasjon til å på gitte vilkår handle på en annen og avvikende måte enn det normene for normalsituasjonen tillater. Nødrettsbetraktninger vil i denne forbindelse innebære at sosialtjenesten og helsetjenesten vil ha adgang til å gå utenfor de gjeldende regler for når de skal innvilge sosial- eller helsehjelp, for å oppfylle en plikt som må antas å gjelde om å hjelpe mennesker i nød. Dette vil bero på en konkret vurdering av det enkelte tilfelle.

¹⁰⁹ Finnes på <http://odin.dep.no/aid/norsk/sosial/046041-110002/dok-bn.html>

¹¹⁰ Ot.prp.nr.29 (1990-1991) s 22

¹¹¹ Andorsen 1999 s 4 flg

5 Avsluttende betraktninger

I Regjeringens Handlingsplan mot menneskehandel vises det til at personer uten lovlig opphold kun har rett til øyeblikkelig hjelp.¹¹² I Norges tredje rapport til FNs komité for barnets rettigheter viste imidlertid Barne- og familiedepartementet til at retten til nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven gjelder uavhengig av om personen det gjelder har lovlig opphold i landet. (Disse uttalelser er ikke begrenset til å gjelde kun barn). Det vises imidlertid til at retten til nødvendig helsehjelp for disse vil si at de har rett til øyeblikkelig hjelp, men at forsvarlighetskravet for helsepersonell gjør at de i helt spesielle situasjoner trolig også vil få behandling ut over øyeblikkelig hjelp-tilfellene.¹¹³ Myndighetenes uttalelser om nødrett fremtrer også som meget snevre unntak som beror på konkrete vurderinger i akutte situasjoner.

Som det fremgår av min drøftelse vil jeg si at dette innebærer en påfallende streng tolkning av de gjeldende lovbestemmelser, særlig av retten til ”nødvendig helsehjelp” etter kommunehelsetjenesteloven. Sannsynligvis kan dette sies å være i strid med Norges forpliktelser etter ØSK artikkel 12 og EMK artikkel 3.

¹¹² (Se note 3) s 10

¹¹³ Barne- og familiedepartementet s 38 og 39

6 Litteraturliste

- Andorsen, Kjell V. *Strafferettslig nødrett*. Oslo, 1999
- Barne- og familiedepartementet (Rapport). *Barnets rettigheter: Norges tredje rapport til FNs komité for barnets rettigheter – 2003*.
- Befring, Anne Kjersti. *Helsepersonelloven med kommentarer*. Anne Kjersti Befring og Bente Ohnstad. Bergen, 2. utg. 2001
- Brunovskis, Anette. *Crossing borders. An Empirical Study of Transnational Prostitution and Trafficking in Human Beings*. Anette Brunovskis og Guri Tyldum, FaFo, 2004
- Danelius, Hans. *Männskliga rättigheter i europeisk praxis*. Stockholm, 2002
- Detrick, Sharon. *A Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child*. Haag, 1999
- Eckhoff, Torstein. *Forvaltningsrett*. Torstein Eckhoff og Eivind Smith. Oslo, 7. utgave, 2003
- Eide, Asbjørn (ed.). *Economic, Social and Cultural Rights: A textbook*. Redigert av Asbjørn Eide, Catarina Krause og Allan Rosas. 2. utg. Haag, 2001
- Halvorsen, Marit. "Nødvendig helsehjelp" som redskap for prioriteringer. I: Lov og Rett. Nr. 3, 2004, s. 143-156
- Høstmælingen, Njål. *Internasjonale menneskerettigheter*. Oslo, 2003
- Kjønstad, Asbjørn. *Helserett: pasienters og helsearbeideres rettsstilling*. Oslo, 2005
- Krogstad, Børge. *Smittevernloven: Kommentarutgave*. Oslo, 1995
- Matei, Iana. *Profile of the victims*. (Foredrag). I: *Report from the seminar on trafficking and human rights (Oslo 02.05.05)* s 42-44. Finnes på <http://www.prosentret.no/images/stories/handel%20med%20mennesker/report%20seminar%20on%20trafficking%20and%20human%20rights.pdf>
- Misje, Turid. *Towards a rights based approach to protect the victims of trafficking; protection of rights of trafficked women in Norway*. (Foredrag) I: *Report from the seminar on trafficking and human rights (Oslo 02.05.05)* s 28-34. (Se webadresse

på Matei, Iana).

Molven, Olav. *Helse og jus: En innføring for helsepersonell*. Oslo, 2002

Møse, Erik. *Menneskerettigheter*. 2002

Redd Barna. *Barnekonvensjonen: Rettigheter for barn i Norge*. 1993

Redd Barna. *Responding to Child Trafficking*. 2004. Finnes på

<http://www.childcentre.info/projects/traffickin/dbaFile11301.pdf>

Røsæg, Erik. *Asylsøkerbarns sosiale rettigheter*. I: Lov og Rett. 1998, s 141-159

Syse, Aslak (pas). *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. Oslo, 2. utg. 2004

Syse, Aslak (psyk). *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. Oslo, 2004

Syse, Aslak. *Abortloven*. Oslo, 1993

Syse, Aslak. *Likhets- og rettferdighetsargumentasjons rettskildemessige vekt ved prøving av vedtak om utmåling av tjenester på helse- og sosialrettens område*. I: Tidsskrift for rettsvitenskap. 1996, s 862-882.

Warberg, Lasse A. *Norsk helserett*. Oslo, 1995

Warberg, Lasse A. *Juss og smittevern: Rettsregler, rettigheter og samfunnsvern*. Oslo, 1998

7 Kildehenvisninger

Forarbeider til lover

NOU 1991:7 Spesialisthelsetjenesten m.m.

NOU 1992: 8 Lov om pasientrettigheter

NOU 1997: 18 Prioritering på ny

NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Ot.prp.nr.36 (1980-1981) Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene

Ot.prp.nr.66 (1981-1982) Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene

Ot.prp.nr.29 (1990-1991) Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven)

Ot.prp.nr.44 (1991-1992) Om lov om barneverntjenester (barnevernloven)

Ot.prp.nr.91 (1992-1993) Vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)

Ot.prp.nr.13 (1994-1995) 1. om mellombels lov om arbeidsløye eller opphaldsløye til personar frå Bosnia-Hercegovina 2. om lov om endringar i lov 24. juni 1988 nr. 64 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven) m.v.

Ot.prp.nr.10 (1998-1999) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m

Ot.prp.nr.12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Ot.prp.nr.13 (1998-1999) Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)

Ot.prp.nr.99 (1998-1999) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)

Ot.prp.nr.28 (1999-2000) Om lov om endringer i straffeloven mv. (seksuallovbrudd)

Ot.prp.nr.4 (2000-2001) Om lov om erstatning fra staten for personskade voldt ved straffbar handling m.m. (voldsoffererstatningsloven)

Ot.prp.nr.63 (2002-2003) Pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m. (endringslov)

Innst.O.nr.7 (1982-1983) Innstilling fra sosialkomiteen om 1. Lov om helsetjenesten i kommunene, 2. lov om endringer i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg, 3. Lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i

kommunene (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene).
Innst.O.nr.91 (1998-1999) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter
(pasientrettighetsloven)

Norske lover

- 1975 Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven) av 13. juni 1975 nr. 50
- 1981 Lov om barn og foreldre (barnelova) av 8. april 1981 nr. 7
- 1982 Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) av 19.
november 1982 nr. 66
- 1988 Lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven) av 24.
juni 1988 nr. 64
- 1991 Lov om sosiale tjenester m.v. (Sosialtjenesteloven) av 13. desember 1991 nr. 81
- 1992 Lov om barneverntjenesten (Barnevernloven) av 17. juli 1992 nr. 100
- 1994 Lov om vern mot smittsomme sykdommer (Smittevernloven) av 5. august 1994
- 1995 Lov om endringer i lov av 24. juni 1988 nr. 64 om utlendingers adgang til riket og
deres opphold her (utlendingsloven) m.v. av 30. juni 1995 nr. 49
- 1997 Lov om folketrygd (folketrygdloven) av 28. februar 1997 nr. 19
- 1999 Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett
(menneskerettighetsloven) av 21. mai 1999 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999

nr. 61

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2. juli 1999 nr. 62

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63

Forskrifter

Forskrift om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsforskriften),
21. desember 1990 nr 1028

Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v., 4. desember 1992 nr. 915

Forskrift til lov om vern mot smittsomme sykdommer: Om allmennfarlige smittsomme
sykdommer, 1. januar 1995 nr. 100

Forskrift om tryggedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer, 15. april 1997 nr.
315

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk
utstyr, 18. april 1997 nr. 330

Forskrift om bidrag til visse helsetjenester, 18. april 1997 nr. 332

Forskrift om egenandelstak 1, 18. april 1997 nr. 334

Forskrift til lov om pasientrettigheter: Forskrift om prioritering av helsetjenester,
rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet
og om dispensasjons- og klagenemnd, 1. desember 2000 nr 1208

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 1. desember 2000 nr 1217

Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige
helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale
helseforetak, 1. desember 2000 nr. 1389

Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet, 21. desember 2000 nr. 1409

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private
medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter, 27. juni 2003 nr. 959

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, 27. juni
2005 nr. 776

Rundskriv m.m.

Rundskriv fra Rikstrygdeverket RSK 1997-05 01 nr. 43
Rettskilder for trygdeetaten, Hovednr. 42 – Trygdeavtaler
Regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2005-2008)

Konvensjoner, resolusjoner, etc

Universal declaration of human rights, Paris 10. desember 1948

Norsk tittel: Verdenserklæringen om menneskerettighetene, 1948

European convention for the protection of human rights and fundamental freedoms, Roma
4. november 1950.

Norsk tittel: Den europeiske menneskerettighetskonvensjon, 1950

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16. desember 1966.

Norsk tittel: Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle
rettigheter

International Covenant on Civil and Political Rights, 16. desember 1966.

Norsk tittel: Den internasjonale konvensjonen om sivile og politiske rettigheter

Convention on the Rights of the Child, 20. november 1989

Norsk tittel: FNs konvensjon om barnets rettigheter.

Protocol to prevent, suppress and punish trafficking in persons, especially women and
children, supplementing the United Nations Convention against transnational
organized crime, Palermo, desember 2000

Norsk tittel: Protokoll for å forebygge, bekjempe og straffe handel med mennesker, særlig kvinner og barn, som supplerer de forente nasjoners konvensjon mot grenseoverskridende organisert kriminalitet

Council of Europe Convention on Action against Trafficking in Human Beings, Warsawa,
16. mai 2005

Norsk tittel: Europarådets konvensjon om tiltak mot menneskehandel

Generelle kommentarer

CESCR General Comment No 14: The right to the highest attainable standard of health

Norske publiserte rettsavgjørelser

Rt. 1990 s. 874 (Fusa-dommen)

Rt 2003 s 375

Upubliserte rettsavgjørelser

LB-2005-58617 [Lovdata online] Borgarting Lagmannsrett – Dom. 8. november 2005

LF-2005-71379 [Lovdata online] Frostating Lagmannsrett – Dom. 27. februar 2006

Avgjørelser fra den europeiske menneskerettighetsdomstol og kommisjonen

Dom av 2. mai 1997 (D mot Storbritannia)

RJD 1998 s 2595 (BB mot Frankrike)

Sak 40772/98 dom av 28. oktober 1999

Dom av 6. februar 2001 (Bensaid mot Storbritannia)

8 Vedlegg

Vedlegg 1: Brev fra HOD til de regionale helseforetakene av 2. august 2005

Vedlegg 2: Brev fra de regionale helseforetakene til HOD av 31. august 2005, hhv fra Helse Sør av 31. august 2005, Helse Øst av 9. november 2005, Helse Vest av 8. september 2005 og Helse Nord (e-post) av 14. november 2005

Tillegg til litteraturlisten

Dagsavisen. (Artikkel) *Må prostituere seg for å få råd til abort*. 2005. Finnes på

<http://www.dagsavisen.no/innenriks/article1688849.ece>

Dagsavisen. *Vil gi gratis abort til prostituerte*. 2005. Finnes på

<http://www.dagsavisen.no/innenriks/article1690419.ece>

Nordby, Trygve (Artikkel) *Ulovlig opphold*. 2005. Finnes på

<http://www.udi.no/templates/Uttalelse.aspx?id=7003>

Solberg, Erna. *Ulovlig opphold, men gratis kost og losji?* (Kronikk i Aftenposten) 2004,

Finnes på <http://odin.dep.no/krd/norsk/tema/innvandring/taler/artikler/016081-090179/dok-nn.html>

Offentlige dokumenter

Brev fra Arbeids- og sosialdepartementet til landets kommuner. 2004. Finnes på

<http://odin.dep.no/aid/norsk/sosial/046041-110002/dok-bn.html>

VEDLEGG 1



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

U 08/1

De regionale helseforetakene

Deres ref

Vår ref
200405794-/MSL

Dato
02.08.2005

Informasjon om helseforetakenes praksis når det gjelder helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker nærmere opplysninger vedrørende i hvilken utstrekning helseforetakene yter helsehjelp til personer uten lovlig opphold i landet og personer på midlertidig opphold (turister og andre) som ikke er trygdet etter folketrygdloven med rett til stønad ved helsetjenester eller er omfattet av gjensidig avtale med annet land om rett til helsetjenester ved helseforetakene. Vi har behov for opplysninger om antall øyeblikkelig-hjelp tilfeller årlig når det gjelder ovennevnte gruppe. Vi ber også om opplysninger om hvorvidt det i enkelte tilfeller ytes helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp til disse personene og hvor mange tilfeller dette dreier seg om årlig. Vi ber spesielt om opplysninger om hvorvidt og eventuelt i hvilken utstrekning det ytes helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp til barn i denne gruppen.

Avslutningsvis ber vi om opplysninger om hvilke beløp som i det enkelte år i perioden 2002, 2003 og 2004 ble fakturert denne gruppen og hvilke beløp som ble tapsført. Vi ber også om en kort redegjørelse for praksis når det gjelder innkreving/tapsføring overfor denne gruppen.

Vi ber om at ovennevnte opplysninger sendes oss innen utgangen av august måned.

På forhånd takk for hjelpen og fortsatt god sommer.

Med vennlig hilsen

Lise Forfang e.f.
avdelingsdirektør

Marianne Skjellanger Lappi
rådgiver

Postadresse

Kontoradresse

Telefon
22 24 90 90
Org no.

Telefaks

Saksbehandler
Marianne Skjellanger
Lappi
22 24 83 64

983 887 406

Besøksadresse:
 Grenland Næringspark
 Leirvollen 21a
 3736 SKIEN

Postadresse:
 Helse Sør RHF
 Pb. 2825 Kjorbekk
 3702 SKIEN

Telefon: 35 91 26 00
 Telefaks: 35 91 26 01
 E-post: post@helse-sor.no
 Org.nummer: 983658741

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement

Postboks 8011 Dep
 0030 Oslo

| Helse- og omsorgsdepartementet | |
|--------------------------------|----------------------|
| Saksnr.: 200405794 | Dok.nr.: 8 |
| Arkivkode: 399 | Journ.datn 2/9-05 |
| Avd.: HRA | Saksbeh.: |
| U.off.: | |

Vår referanse
 2005/6 - 4012/2005 / MHH
 321

Deres referanse
 200405794-/MSL

Dato
 31.08.2005

Informasjon om helseforetakenes praksis når det gjelder helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge

Vi viser til deres brev av 02. august der det bes om informasjon om helseforetakenes praksis når det gjelder helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge. Her følger en sammenfatning av de opplysningene vi har mottatt fra foretaksgruppen i Helse Sør.

Helseforetakene tolker bestillingen å omfatte selvbetalende pasienter, dvs ikke E111. De har ikke grunnlag for å si hvor mange av disse som evt. oppholder seg ulovlig i Norge, da de normalt ikke får opplysninger om dette ved innkomst eller under oppholdet. De kan normalt heller ikke innhente disse opplysningene hos politiet eller utlendingsmyndighetene. Det er i pasientsystemene heller ikke lagt opp til å skille mellom personer med lovlig opphold i Norge og personer uten lovlig opphold.

Vi er ikke bedt om å skille mellom innleggelser og polikliniske konsultasjoner når vi rapporterer antall tilfeller. Som tabellen viser har Sykehuset Telemark HF, Psykiatrien i Vestfold og Blefjell sykehus skilt mellom polikliniske konsultasjoner og innleggelser. Sykehuset i Vestfold HF har ikke tallmateriale som viser helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp. Sykehuset Buskerud HF har rapportert sum av konvensjonspasienter og selvbetalende, da det ikke kan skille mellom disse gruppene i sine systemer.

Vi gjør oppmerksom på at tallene som gjelder elektiv behandling ikke angir antall pasienter, men antall behandlinger/konsultasjoner. En pasient kan ha blitt fulgt opp med flere etterfølgende konsultasjoner/kontroller.

I 2004 var det 1.150 tilfeller av øyeblikkelig hjelp til denne pasientgruppen i Helse Sør. Av helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp er det rapportert 939 tilfeller, 7 av disse til barn.

Helseforetakene har gitt opplysninger om hvilke beløp som er fakturert og tapsført i perioden 2002-2004. Inntekter for konvensjonspasienter og selvbetalende pasienter føres hos de fleste på separate

konti. I føring av tap skilles ikke mellom konvensjonspasienter og selvbetalende pasienter i alle foretak.

Helse Sør har ikke gjennomført en planmessig standardisering av praksis for innkreving/tapsføring overfor denne gruppen da dette ikke har vært ansett som vesentlig for Helse Sør sin økonomiske situasjon. De enkelte foretaks behandling av dette er gjengitt nedenfor.

Rikshospitalet Radiumhospitalet HF

Faktura sendes pasient, forsikringsselskap, pårørende eller folketrygden for utenlandssaker EØS/Norden. Etter forfall (som normalt er 20-30 dager) blir det utsendt to purringer. Dersom kravet ikke blir innfridd, oversendes det til ordinær inkasso via inkassobyrå. I de tilfellene hvor man ikke lykkes med å oppnå dekning for kravet, blir det vurdert av ledelsen for avskrivning. De vanligste årsakene til at beløpet må tapsføres er at pasienten ikke er forsikret, pasienten ikke har midler til å betale, oppgitte personalia/adresse viser seg å være feil slik at en ikke lykkes med å fremme kravet eller at pasienten er død.

Sykehuset Buskerud HF

For konvensjonspasienter og selvbetalende pasienter sendes det regning på 100% DRG. Tap føres reelt, enten ved at man ikke har opplysninger nok om bosted til å sende regning, krav som etter inkassobehandling ikke kan innkreves eller etter vurdering av oppholdet om det er mulig å innkassere.

Sykehuset Telemark HF

Det eksisterer rutiner i dag hvordan vi skal registrere konvensjonspasienter og pasienter fra land utenfor konvensjonsområde (selvbetalende). Krav for konvensjonspasienter sendes Folketrygdkontoret for utenlandssaker (FFU). Det forutsetter gyldig EØS-dokumentasjon fra pasienter og at behandlingen er øyeblikkelig hjelp. Dersom disse kravene ikke er oppfylt, må pasienten regnes som selvbetalende.

For selvbetalende pasienter sendes krav til pasienten eller pasientens forsikringsselskap. Før forsikringsselskapene utbetaler vil de som oftest ha en detaljert oversikt hva den enkelte behandling koster. Dette er mer likt slik de gjør i USA, og ikke i Norge der vi kun har en samlesum for behandlingen, DRG. Ubetalte regninger sendes til inkasso dersom de ikke betales etter purringer. Ubetalte fakturaer vurderes individuelt mht når de skal avskrives.

Sørlandet Sykehus HF

Det tas ut rapporter over selvbetalende pasienter hver uke. Rapportene kontrolleres og pasientene blir fakturert snarest mulig etter at kodingen er ferdig. Pasienten blir purret månedlig og en del krav oversendes Kreditorforeningen for videre oppfølging.

Sykehuset i Vestfold HF

Fakturaene blir purret. Det gjøres en vurdering av kravet 3-4 ganger i året. Krav som anses som lite sannsynlig at vil bli innbetalt, blir tapsført etter 1-2 år.

Psykiatrien i Vestfold HF

Faktura sendes til Folketrygdkontoret for utenlandssaker. Når den del er avsatt som tap skyldes det krav på dokumentasjon som ikke er innfridd.

Ringerike sykehus HF

Praksis når det gjelder innkreving er at hvis pasienten ikke har betalt ved forfall, sendes


1. purring med 14 dagers betalingsfrist. Dersom dette ikke blir betalt, sendes ny purring med 1 ukes betalingsfrist, og hvis dette kravet ikke innfris kontaktes inkassobyrå for innkreving. Fordringer eldre enn 3 mnd. bokføres som tap.

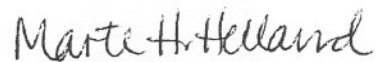
Blefjell sykehus HF

Faktura sendes forsikringsselskap når pasienten har forsikringsbevis, ellers sendes faktura hjem til pasienten. Her blir det tapsføring når kravet ikke lar seg innkassere.

Vedlagt følger tabeller som viser antall tilfeller pr år (tallene er fra 2004) og fakturerte og tapsførte beløp i perioden 2002-2004.

Med vennlig hilsen


Mona Storbrua
Konsernregnskapssjef


Marte Helen Helland
Controller

Helse- og omsorgsdepartementet
 Vedlegg 1/2
 S.nr. 200403794-8

Antall tilfeller pr år (tall fra 2004)

| | Øyeblikkelig hjelp | | | Helsehjelp utover ØH | | | Helsehjelp utover ØH til barn | | |
|--|--------------------|--------------|-------------|----------------------|--------------|------------|-------------------------------|--------------|----------|
| | poliklinikk | inneliggende | totalt | poliklinikk | inneliggende | totalt | poliklinikk | inneliggende | totalt |
| Sykehuset Telemark HF | 75 | 66 | 141 | 41 | 5 | 46 | 2 | 1 | 3 |
| Psykiatrien i Vestfold HF | 150 | 1 | 151 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sørlandet sykehus HF ¹⁾ | | | 234 | | | 5 | | | 0 |
| Sykehuset i Vestfold HF ^{1) 2)} | | | 13 | | | | | | |
| Sykehuset Buskerud HF ^{1) 3)} | | | 73 | | | 8 | | | 1 |
| Ringerike sykehus HF ¹⁾ | | | 60 | | | 0 | | | 0 |
| Blefjell sykehus HF | 229 | 74 | 303 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF | | | 175 | | | 878 | | | 3 |
| TOTALT | | | 1150 | | | 939 | | | 7 |

1) Antall tilfeller omfatter både polikliniske konsultasjoner og inneliggende.

2) Mangler tallmateriale for helsehjelp utover ØH for denne gruppen.

3) Tallene omfatter både konvensjonspasienter og selvbetalende, mangler system for å skille disse.

Helse- og omsorgsdepartementet
 Vedlegg 2/2
 S.nr. 200405794 - 8

Fakturerte og tapsførte beløp 2002-2004

| Helseforetak | 2002 | | 2003 | | 2004 | |
|--|------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| | fakturert | tapsført | fakturert | tapsført | fakturert | tapsført |
| Sørlandet sykehus HF ¹⁾ | 764 877 | 123 623 | 920 475 | 186 767 | 875 341 | 262 568 |
| Psykiatrien i Vestfold HF ²⁾ | 0 | 0 | 38 225 | 0 | 124 102 | 112 102 |
| Sykehuset Telemark HF | 604 509 | 35 227 | 496 603 | 147 510 | 397 911 | 320 133 |
| Sykehuset i Vestfold HF ²⁾ | 336 900 | 150 000 | 334 600 | 125 000 | 469 500 | 214 700 |
| Sykehuset Buskerud HF ²⁾ | 1 389 000 | 265 000 | 2 492 000 | 511 000 | 1 968 000 | 853 000 |
| Ringerike sykehus HF | 432 163 | 99 197 | 749 304 | 94 583 | 746 263 | 208 088 |
| Blefjell sykehus HF ^{2) 3)} | | | 998 590 | 0 | 713 668 | 0 |
| Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF ⁴⁾ | 6 139 700 | 1 500 000 | 4 966 700 | 1 400 000 | 10 017 800 | 1 600 000 |
| TOTALT | 9 667 149 | 2 173 047 | 10 996 497 | 2 464 860 | 15 312 585 | 3 570 591 |

1) Tallene for tap gjelder selvbetalende inneliggende pasienter, polikliniske pasienter er ikke med.

2) Tallene gjelder både konvensjonspasienter og selvbetalende utlendinger.

3) Mangler tall fra 2002 grunnet skifte av regnskapssystem. Ingen tapsføring i 2003 og 2004 da bokføring skjedde når pengene kom inn

4) Tallene for fakturert gjelder selvbetalende pasienter, tapsført omfatter selvbetalende og konvensjonspasienter.

Helsedepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

| Helse- og omsorgsdepartementet | |
|--------------------------------|--------------------|
| Saksnr.: 200405794 | Dok.nr.: 17 |
| Arkivkode: 399 | Samg.no: 161105 |
| Avd.: HRA | Ansvarlig: KBD |
| U.off.: | |

Vår ref:
200400591-7/324
Saksbehandler:
Christel Grønqvist Meyer, tlf. 62 58 55 58

Deres ref:

Dato:
09.11.2005

Behandling av utenlandske pasienter i norske sykehus

Vi viser til forespørsel vedrørende opplysninger om helseforetakenes praksis når det gjelder helsehjelp til personer uten lovlig opphold ti Norge.

Forespørsel er videresendt til helseforetakene. Tilbakemeldingene fra dem er at det ikke er mulig å skille mellom pasienter med lovlig og ulovlig opphold i dagens PAS-systemer. Det registreres kun om det er utenlandske pasienter uten konvensjonsavtale.

Det er Ullevål universitetssykehus som har registrert flest utenlandske pasienter. I 2004 var det 72 som var innlagt og 144 som ble behandlet poliklinisk. Asker og Bærum hadde til sammenligning 12 resp 8. Men ingen kan ta ut statistikk over antall pasienter med ulovelig opphold.

Med vennlig hilsen
Helse Øst RHF

Kristin Lossius
Kristin Lossius
konst fagdir

Christel G. Meyer
Christel Grønqvist Meyer
spesialrådgiver

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

| Helse- og omsorgsdepartementet | |
|--------------------------------|----------|
| Saksnr: | 10 |
| 200405794 | |
| 399 | 12.09.05 |
| MSL | MSL |
| Utskrift: | |

Vår ref.:
2003/238 - 2947/2005Deres ref.:
200405794-/MSLSaksbehandler:
Ingvill Skogseth , 51 96 38 12Dato:
08.09.2005

Informasjon om praksis i helseføretaka når det gjeld helsehjelp til personar utan lovleg opphald i Noreg

Vi viser til brev frå Helse- og omsorgsdepartementet dagsett 2. august 2005 med spørsmål om praksis når det gjelder helsehjelp til personar utan lovleg opphald i Noreg.

Generelle rutinar

Personar med midlertidig opphald frå nordiske land som det ikkje blir kravd noko form for dokumentasjon frå, blir registrert med adresse som person frå land med konvensjonsavtale.

Personar med midlertidig opphald frå land som det berre blir kravd dokumentasjon i form av pass, blir registrert som person frå land med konvensjonsavtale med krav om pass som dokumentasjon. Det blir tatt kopi av passet.

Personar med midlertidig opphald frå land som det blir kravd dokumentasjon i form av gyldig EØS - skjema, blir registrert som person frå land med konvensjonsavtale med aktuelt EØS-skjema som dokumentasjon. Det blir tatt kopi av EØS-skjemaet. Dersom pasienten ikkje kan legge fram gyldig EØS-skjema blir han registrert som sjølvbetalande pasient og rekninga blir sendt direkte til pasienten.

Personar med midlertidig opphald frå land utan nokon avtale blir registrert som sjølvbetalande pasient. Det blir tatt kopi av pass. Dersom pasienten har forsikring blir det tatt kopi av forsikringsdokumenta. I dei tilfella pasienten har forsikring blir rekninga sendt til forsikringsselskapet. Dersom pasienten ikkje har forsikring blir rekninga sendt til pasienten.

For personar med midlertidig opphald i Noreg er det berre aktuelt med øyeblikkeleg hjelp.

Når det gjeld krav frå helseføretak i Helse Vest som blir fakturert mot utanlandske personar eller forsikringsselskap/arbeidsgivarar m.m. har vi ikkje statistikk på kven som har opphaldsløyve eller ikkje.

I 2002 og tidligare blei krav mot utanlandske pasientar ikkje reskontrofert, berre balanseført. Dette gjer det litt meir komplisert å finne igjen alle krava. Rutinar for tapsføring har også endra seg.

Krava blir restkontoført, men må purrast manuelt. Det blir ofte mykje e- post og faks- korrespondanse med pasient og/ eller forsikringsselskap. Det blir også ein del retur av faktura og purringar på grunn av ukjent/ falsk adresse.

Oversending til inkasso må gjerast manuelt. Også her blir det mykje arbeid med å svare på spørsmål og å oppfylle stadig nye krav om spesifikasjonar på opphald, seng og mat, medisinar, sjukepleieknader, legekostnader, rehabilitering med vidare.

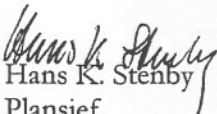
Inntekter

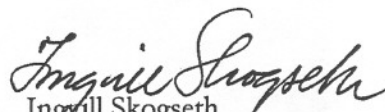
Inntekter frå sjølvbetalande eller av gjensidige avtalar er samla for helseføretaka i Helse Vest ca 10 millionar kroner per år.

Tapsført

Samla for Helse Vest RHF reknar vi at ca 1 million kroner årleg blir tapsført for pasientar som ikkje er trygda etter folketrygdlova eller er omfatta av gjensidig avtale med andre land.

Med helsing


Hans K. Stenby
Plansjef


Ingvill Skogseth
seniorrådgjevar

Helse- og omsorgsdepartementet
 Einar Gerhardsens plass 3
 Postboks 8011 dep.
 0031 Oslo

| Helse- og omsorgsdepartementet | |
|--------------------------------|--------------------|
| Saksnr.: 200405794 | Dok.nr.: 7 |
| Arkivkode: 399 | Journ dato: 010905 |
| Avd.: HRAE | Ses. steb.: MSK |
| U.off.: | |

PRAKSIS KNYTTET TIL UTENLANDSKE PERSONER UTEN LOVLIG OPPHOLD I NORGE

Viser til brev av 02.08.05 vedrørende praksis når det gjelder helschjelp til personer uten lovlig opphold i Norge.

Helse Nord har, ved fristens utløp, mottatt tilbakemelding fra Universitetssykehuset i Nord Norge. Tilbakemelding fra de øvrige helseforetak ettersendes Helse- og omsorgsdepartementet, så snart de er oss i hende.

Vennlig hilsen


 Trude Grønlund
 Kst. Fagdirektør

Arnborg Ramsvik
 Rådgiver

Vedlegg: Brev fra UNN HF av 23.08.05



Helse- og omsorgsdepartementet
Mottatt 1
D.Nr. 200505794 - 7

Helse Nord
v/ Arnborg Ramsvik

8038 Bodø

Tromsø 23.08.2005

PRAKSIS KNYTTET TIL UTENLANDSKE PERSONER UTEN LOVLIG OPPHOLD I NORGE

Viser til brev av 09.08.2005.

Pkt 1 a) Vi registrere ikke i DIPS om pasienter som får behandling på UNN har lovlig opphold i landet eller ikke. Vi kan derfor ikke si noe om i hvor stor utstrekning slike pasienter får behandling på UNN. Sannsynligvis er det kun snakk om en "håndfull", dersom vi i det hele tatt har behandlet pasienter uten lovlig opphold i landet.

Pkt 1 b)

I 2004 hadde vi 22 pasienter uten konvensjonsavtale, 2 av disse var elektive. T.o.m. 15.08.2005 har vi hatt 19 pasienter uten konvensjonsavtale, 1 elektiv. Mer enn halvparten av disse vare russiske.

Pkt 2) 20 pasienter fra land uten konvensjonsavtale fikk øhj. behandling i 2004, pr 15.05.05 har 18 fått øhj. behandling.

Pkt 3) 1-2 pasienter fra land uten konvensjonsavtale blir elektivt behandlet årlig.

Pkt 4) Det har ikke vært barn blant disse gruppene.

Pkt 5) Vi har ikke tall for 2002 og 2003 pga at vi har fått nytt regnskapssystem. Det ble totalt utfakturert til selvbetalende pasienter i 2004 kr 5 853 285,-. Pr juni 2005 var det utfakturert til selvbetalende pasienter kr 1 116 876. I 2004 ble det tapsført 529 377,- og pr august 2005 er det tapsført 196 339.

Pkt 6) Vi sender faktura til pasient/agent. Dersom betaling uteblir, går saken til inkasso.

Vennlig hilsen

Jorunn Lægland
Økonomisjef

UNN HF
Spesialpsyk. avd - Asgård Bygg 6
Postboks 6124
9291 Tromsø

Besøksadresse:
Asgård Bygg 6
Asgård

Kontonr:
4700.04.02008

Org nr:
983 974 899

Avd tlf: 776 27791
Avd fax: 776 27789
Avd e-post: spesialpsykiatrisk.avdeling@unn.no

Internett:
www.unn.no