

## HelseDirektoratets og Utlendingsdirektoratets gjennomgang og vurdering av finansieringsmodellen for helse- og omsorgstjenester i transittmottak

Vi viser til oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet om finansiering av helse- og omsorgstjenester i transittmottak. HelseDirektoratet og Utlendingsdirektoratet er bedt om å beskrive dagens rammer og situasjon for finansiering av helse- og omsorgstjenester i transittmottak, samt utviklingen over tid, gråsoner og utfordringer med dagens system. I lys av utfordringene med dagens system anbefaler direktoratene enkelte endringer for å tydeliggjøre ansvarsdelingen og for å klargjøre finansieringen av helsetjenester til asylsøkere.

### Innhold

1.	Dagens system – helse- og omsorgstjenester, organisering og finansiering.....	2
1.1	Hvilke helsetjenester skal ytes til asylsøkere i ankomstfasen? .....	2
1.2	Hvem har ansvar for å yte helsetjenestene? .....	3
1.2.1	Tuberkulosekontroll.....	4
1.2.2	Forebyggende helseundersøkelse til asylsøkere .....	6
1.3	Hvordan finansieres helsetjenestene? .....	6
1.3.1	Kommunale helsetjenester .....	6
1.3.2	Spesialisthelsetjeneste.....	10
1.3.3	Tuberkulosekontroll.....	10
2.	Utviklingen over tid – innkvarteringsprosessen, helsetilbudet og finansiering av helsetjenester i transittfasen .....	11
2.1	Helsetilbudet til asylsøkere i transittfasen over tid.....	11
2.2	Finansiering av helsetjenester i transittfasen over tid .....	11
2.3	Innkvarteringsprosessen over tid.....	12
2.3.1	Den ordinære innkvarteringsprosessen.....	12
2.2	Dagens innkvarteringsprosess – ved høye ankomster .....	13
3.	Gråsoner og utfordringer ved dagens system .....	16
3.1	Når får man status som asylsøker og når får asylsøkere trygdedekning? .....	16
3.2	Hva ligger i UDIs ansvar?.....	17

3.3	Hvem skal finansiere helsetjenestene i ankomstsentrene? .....	19
3.3.1	Hva er ansvarsforholdene mellom PU og UDI i ankomstsentrene? .....	19
3.3.2	Hvem skal finansiere de nye funksjonene for helsetjenesten i ankomstsentrene? .....	19
3.4	Hvem skal sørge for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i helsetjenestene til asylsøkere i ankomstfasen?.....	19
3.4.1	Kommunale helsetjenester – akutt helsehjelp.....	20
3.4.2	Tuberkulosekontroll.....	20
3.5	Hvilke tjenester skal gis til asylsøkere i midlertidig akuttinnkvartering?.....	21
3.6	Er det risiko for dobbeltfinansiering eller er helsetjenestene til asylsøkere underfinansierte?	21
3.6.1	Utgifter for spesialisthelsetjenester .....	23
3.7	Grensedragningen mellom helsetjenester og omsorgstjenester .....	23
4	Direktoratenes anbefalinger til departementene – hva bør gjøres fremover? .....	24

## 1. Dagens system – helse- og omsorgstjenester, organisering og finansiering

På grunn av de høye asylankomstene den siste tiden har det skjedd flere endringer i innkvarteringsprosessen<sup>1</sup>, som igjen har medført et behov for endringer i helsetilbudet til asylsøkere. Helsemyndighetenes anbefalinger knyttet til helsetilbudet for asylsøkere baserer seg ikke lenger på hvilken fase (type mottak) asylsøkeren befinner seg i, men på deres oppholdstid i Norge<sup>2</sup>.

Begrepsbruken har endret seg de siste ukene. Både utlendings- og helsemyndighetene benytter seg i mindre grad av begrepet «*transittfase*». Begrepet er blitt delvis erstattet med «*ankomstfase*» eller «*ved ankomst*», og direktoratene benytter derfor de nye begrepene i dette svarbrevet der det er hensiktsmessig.

Direktoratene gjør for øvrig oppmerksom på at asylsøkere ikke har plikt til å bo i asylmottak, og at enkelte bor privat. Direktoratene har ikke sett på finansieringsordningen for helsetjenester til asylsøkere utenfor mottak, da dette ikke anses som en del av oppdraget.

### 1.1 Hvilke helsetjenester skal ytes til asylsøkere i ankomstfasen?

Alle asylsøkere har plikt til å gjennomgå en tuberkuloseundersøkelse innen 2 uker<sup>3</sup> etter ankomst til Norge, jf. tuberkuloseforskriften §§ 3-1 og 3-2. Tuberkuloseundersøkelsen består av lungerøntgen<sup>4</sup> og blodprøvetaking (IGRA). På grunn av betydelige problemer med gjennomføringen av tuberkuloseundersøkelsen har Folkehelseinstituttet (FHI), etter råd fra den nasjonale tuberkulosekomitéen, besluttet at det fra 9. november 2015 foretas en midlertidig endring. Ny midlertidig praksis er at asylsøkere som kommer fra land uten høy forekomst av tuberkulose, slik som

<sup>1</sup> Nærmere omtalt i punkt 2.3

<sup>2</sup> Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente – oppdatert 12.11.2015

<sup>3</sup> Helsemyndighetene anbefaler at tuberkuloseundersøkelsen blir gjennomført to dager etter ankomst til Norge

<sup>4</sup> Enslige mindreårige asylsøkere under 15 år og medfølgende barn gjennomfører IGRA-testen først, og det er kun barn med mistanke om tuberkulosesmitte etter blodprøvetaking som gjennomfører lungerøntgen.

Syria og Iran, ikke behøver å ta blodprøven IGRA i tillegg til lungerøntgen. For asylsøkere fra land med høy forekomst av tuberkulose kan IGRA-undersøkelsen utsettes inntil tre måneder etter ankomst.

Asylsøkere har rett til nødvendige helsetjenester fra kommunen og rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, se pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2a, jf. forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riktet § 2 første ledd bokstav b. Asylsøkere har også rett til fastlege, jf. forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2.

Ankomstfasen skal imidlertid være kortvarig og helsetjenestetilbudet i transittmottak<sup>5</sup> er derfor innrettet mot forhold som krever hurtig avklaring og oppfølging (akutt helsehjelp). I henhold til Helsedirektoratets veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente IS-1022<sup>6</sup> (heretter kalt Helsedirektoratets veileder) er formålet med helsetjenestetilbudet ved ankomst<sup>7</sup> å

- gjennomføre obligatorisk tuberkuloseundersøkelse (røntgen av lungene og blodprøvetaking),
- identifisere og følge opp umiddelbare behandlingstrengende sykdommer eller tilstander (akutt helsehjelp),
- vurdere om kjente helsemessige forhold krever tilrettelegging ved innkvartering i ordinære mottak, og
- vaksinere, hvis mulig, mot polio (IPV) og meslinger, kuma og røde hunder (MMR)

Asylsøkere har ikke rett til omsorgstjenester, jf. forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riktet § 6 tredje ledd. Begrensningen gjelder imidlertid kun for voksne asylsøkere. Asylsøkende barn (under 18 år) har rett til både helse- og omsorgstjenester, jf. forskriften § 4. Direktoratene viser i den forbindelse til brev av 9. juli 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Justis- og beredskapsdepartementet, der HOD har kommet til frem til at § 4 – som gir barn rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen – skal gå foran § 6 som unntar asylsøkere fra omsorgstjenester etter pasient- og rettighetsloven § 2-1 a annet ledd.

## **1.2 Hvem har ansvar for å yte helsetjenestene?**

### *Helsetjenester til asylsøkere generelt*

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer som oppholder seg i helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, jf. spesialisthelsetjenesteloven 2-1a.

Kommunene skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester<sup>8</sup> til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Kommunene har primæransvaret for at asylsøkere får de helsetjenester de har krav på i henhold til loven, og ved behov skal helsetjenesten i kommunen henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten. Kommunene står fritt i organiseringen av helsetjenestene til asylsøkere innenfor rammene av helse- og omsorgstjenesteloven. Helsedirektoratet er faglig rådgiver og nasjonal fagmyndighet innen helse og har utarbeidet en veileder om helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente

---

<sup>5</sup> Nå endret til «ved ankomst»

<sup>6</sup> Se punkt 2

<sup>7</sup> Veilederen er blitt oppdatert i henhold til dagens innkvarteringsystem og begrepene «helsetjenester i transittfasen eller i transittmottak» er blitt erstattet med «helsetjenester ved ankomst»

<sup>8</sup> Asylsøkere over 18 år har som nevnt i punkt 1.1 ikke rett til omsorgstjenester

(IS-1022) som gir en oversikt over de lovpålagte oppgavene og faglige anbefalinger om hva som er god praksis på fagfeltet.

### *Helsetjenester i transittfasen<sup>9</sup>*

I transittfasen skal UDI finansiere og sørge for gjennomføringen av helsetilbud til asylsøkere, mens helsemyndighetene har det faglige ansvaret. UDI sine oppgaver er ikke lovregulert, men er slått fast i rapport<sup>10</sup> av 16. juni 2003 fra Kommunal- og regionaldepartementet (KRD) om ansvars plassering, organisering og finansiering av nødvendig helsehjelp i transittmottak (heretter kalt KRDs rapport fra 2003). Arbeidsgruppen bestod av KRD, Helsedepartementet, UDI og Nasjonalt folkehelseinstitutt, og ble nedsatt i tilknytning til innkjøp av nytt røntgenutstyr til Tanum transittmottak.

Med transittfasen menes fasen inntil førstegangshelseundersøkelse og asylintervju er foretatt, jf. Justis- politidepartementets brev<sup>11</sup> av 23. juli 2010 vedrørende avklaring av omfang av helsetilbud til asylsøkere med særskilte behov (heretter kalt JDs brev av 2010). I tillegg ser Justisdepartementet det ikke som ønskelig at UDI finansierer helsetilbud til asylsøkere etter transittfasen utover det som gis i vertskommunetilskudd.

#### **1.2.1 Tuberkulosekontroll**

Alle kommuner og regionale helseforetak skal ha et tuberkulosekontrollprogram<sup>12</sup> som skal inneholde tiltak<sup>13</sup> for å

- oppdage personer i kjente risikogrupper som er smitteførende eller kan bli det
- sikre at personer med tuberkulose gis behandling og oppfølging
- beskytte usmittede i kjente risikogrupper mot tuberkulosesmitte
- gi tilbud om forebyggende behandling for å hindre utvikling av tuberkulosesykdom hos smittede personer

Aktuelle tiltak etter gjeldende anbefalinger<sup>14</sup> kan være testing og vaksinasjon, klinisk undersøkelse, herunder supplerende undersøkelser som røntgen av lungene og blodprøver, adekvat behandling og oppfølging.

Kommunen har primæransvar for gjennomføring av tuberkulosekontrollen, jf. smittevernloven § 7-1. Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer, eller motvirke at de blir overført, skal utgjøre et eget område i kommunens helseplan. Kommunen skal organisere og tilrettelegge arbeidet slik at kommunelegen kan utføre tillagte oppgaver etter smittevernloven og tuberkuloseforskriften<sup>15</sup>. Kommunen har ansvaret for etablering, tilrettelegging, gjennomføring og oppfølging av tuberkulosekontrollprogrammet, og skal sørge for at det inngår som en del av kommunenes internkontrollsystem, jf. tilsynsloven § 3.

---

<sup>9</sup> UDIs ansvar er definert i henhold til transittfasen, mens dagens innkvartering og helsetilbud i mindre grad baserer seg på begrepet «transittfase».

<sup>10</sup> se vedlegg II

<sup>11</sup> se vedlegg III

<sup>12</sup> Jf. tuberkuloseforskriften § 2-1

<sup>13</sup> Se tuberkuloseforskriften § 2-2

<sup>14</sup> Jf. tuberkuloseforskriften §§ 2-1 til 2-4

<sup>15</sup> Se tuberkuloseforskriften § 4-2

Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen i helseregionen er sikret nødvendig kompetent spesialisthelsetjeneste, jf. smittevernloven § 7-3. Foretaket skal utarbeide en plan for sine tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer, herunder tuberkulose.

Tuberkulosekontrollprogrammet skal fremgå av smittevernplanen. De regionale helseforetakene har ansvaret for gjennomføring av tuberkulosekontrollprogrammet i spesialisthelsetjenesten, og for å vurdere henvisninger fra primærhelsetjenesten i kommunene og andre som er pålagt å utføre tuberkulosekontroll etter tuberkuloseforskriften § 3-1.

Alle asylsøkere skal gjennomgå en tuberkuloseundersøkelse ved bruk av lungerøntgen og blodprøvetaking (IGRA), se likevel nærmere omtale av ny midlertidig praksis i punkt 1.1. Den kommunale helsetjenesten skal henvise asylsøkerne til regionalt helseforetak for gjennomføring av røntgenundersøkelse, mens spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby IGRA-test<sup>16</sup>. Det regionale helseforetak skal gjennomføre og vurdere de medisinske undersøkelsene, samt informere kommunehelsetjenesten<sup>17</sup> om resultatet av undersøkelsene. I Oslo er det derimot inngått særskilt avtale med Oslo kommune om utførelsen av tuberkuloseundersøkelsen. Kommunehelsetjenesten i Oslo gjennomfører både lungerøntgen og blodprøvetaking (IGRA) før helseforetaket (Ullevål sykehus) analyserer prøvene og informerer kommunehelsetjenesten om resultatene.

Asylsøkere med funn på lungerøntgen som er typiske for lungetuberkulose og som i tillegg har typiske symptomer på tuberkulose, skal henvises til sykehuset for øyeblikkelig helsehjelp på grunn av mistanke om lungetuberkulose (aktiv tuberkulose). Asylsøkere med funn på lungerøntgen som er forenlig med tuberkulose eller som har symptomer på tuberkulose skal innkvarteres i enerom på mottak (såkalt helsehold) frem til mikrobiologisk avklaring foreligger, se tabellen under.

		Funn på lungerøntgen	
		-mistanke om aktiv tuberkulose	-forenlig med, men ikke er typisk for TB
<b>Symptomer på tuberkulose?</b> (langvarig hoste, nattesvette, feber eller framstår som syk)	<b>Ja</b>	Henvises som ø-hjelp. Oppholder seg på enerom fram til transport bortsett fra nødvendige ærend. Kirurgisk munnbind under transport, ellers ikke.	Sover på enerom eller familierom (med allerede eksponerte) fram til mikrobiologisk avklaring. Ikke bevegelsesinnskrenkning eller munnbind. Instrueres i god hostehygiene.
	<b>nei</b>	Sover på enerom eller familierom fram til mikrobiologisk avklaring. Ikke bevegelsesinnskrenkning eller munnbind. Instrueres i god hostehygiene.	Kan være på flermannsrom fram til mikrobiologisk avklaring. Ikke bevegelsesinnskrenkning eller munnbind.

Asylsøkere med tuberkulosesmitte skal begynne behandling så raskt som mulig. Behandlingen varer i minst 6 måneder og består av en intensiv fase og en oppfølgende fase – behandling med medisiner på sykehus og behandling med medisiner på mottak observert av helsepersonell som følges opp med kontroller hos legen. Smitteførende pasienter er som hovedregel innlagt på sykehus til de anses smittefrie – vanligvis i 2-3 uker. Etter utskrivelse fra sykehus bør asylsøkeren overføres til et mottak

<sup>16</sup> Både lungerøntgen og IGRA-testing er spesialisthelsetjenester

<sup>17</sup> Helseforetaket skal informere kommunehelsetjenesten som henviste pasienten om resultatet uavhengig av om pasienten har flyttet

lokalisert i nærheten av en spesialisthelsetjeneste med kompetanse på å behandle tuberkulose frem til intensivfasen er over og helst behandlingstiden ut. Asylsøkere med tuberkulose i andre organer (ikke smitteførende – latent eller ekstrapulmonal tuberkulose) bør også innkvarteres i mottak i nærheten av spesialisthelsetjenesten med kompetanse på behandlingen av tuberkulose. Asylsøkere som blir utskrevet fra sykehus innkvarteres derfor i tilrettelagte mottaksplasser.

Tuberkulosebehandlingen etter utskrivelse fra sykehuset gis som direkte observert behandling (DOT) av enten helsepersonell på mottaket eller av kommunehelsetjenesten, mens den medisinske oppfølgingen hele tiden skjer i spesialisthelsetjenesten. Effektiv behandling forutsetter tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten som starter behandling, og kommunehelsetjenesten som har ansvaret for at pasienten tar alle medisinene.

Hvis asylsøkeren med tuberkulose i andre organer (ikke smitteførende – latent) er blitt flyttet til en ny kommune skal kommunehelsetjenesten oversende resultatet av tuberkuloseundersøkelsen og pasientjournal til kommunelegen i den nye oppholdskommunen uavhengig av samtykke, slik at de kan gi nødvendig oppfølging til asylsøkeren. Pasienter som utredes for mulig tuberkuløs sykdom, eller som får behandling for aktiv tuberkulose vil normalt få bli i landet inntil utredningen eller behandlingen er avsluttet.

### **1.2.2 Forebyggende helseundersøkelse til asylsøkere**

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene tilbyr en forebyggende helseundersøkelse (inkludert tilbud om testing for HIV, hepatitt og syfilis) til alle asylsøkere innen tre måneder etter ankomst, for å kartlegge deres helsetilstand og behov for psykisk og fysisk oppfølging.

Helseundersøkelsen bør i tillegg til legeundersøkelsen inkludere samtale med sykepleier. Det må vurderes om asylsøkeren tilhører en av risikogruppene. Helseundersøkelsen er en god anledning for helsepersonell til å gi informasjon til asylsøkere om deres rett til helsehjelp og helsetjenester, og om hvordan man de kan få hjelp ved sykdom.

## **1.3 Hvordan finansieres helsetjenestene?**

Kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester finansieres gjennom statlige overføringer til kommunene<sup>18</sup> og helseforetakene<sup>19</sup>, gjennom refusjonsordninger<sup>20</sup> og gjennom egenbetaling fra pasienten. Overføringene fra staten er basert på innbyggertall i kommunen eller helseregionen og andre objektive kriterier, og skal dekke de gjennomsnittlige utgiftene per innbygger. Refusjonene og egenbetalingene skal derimot dekke utgifter til den enkelte konsultasjon og behandling.

### **1.3.1 Kommunale helsetjenester**

#### **a) Kommunenes helseutgifter**

Kommunene betaler et årlig driftstilskudd til fastleger<sup>21</sup> og fysioterapeuter som har avtale med kommunen. Kommunen kan avtale driftstilskudd med andre helseprofesjoner. Kommunene betaler også et driftsbidrag til egen legevakt eller interkommunal legevakt, som skal gi nødvendig akutt helsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen.

<sup>18</sup> Rammeoverføringer fra staten til kommunen (inntektssystemet)

<sup>19</sup> Basisbevilgninger fra staten til helseforetakene

<sup>20</sup> Refusjoner fra folketrygden (HELFO) og eventuelt refusjoner fra staten gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF)

<sup>21</sup> størrelsen på driftstilskuddet er basert på antall listepasienter

Kommunens driftstilskudd til leger og andre helseprofesjoner er regulert og avhenger av antall listepasienter. Kommunens bidrag til legevaktordning er ikke regulert, og kommunen har frihet til å fastsette størrelsen, så lenge legevaktordningen drives forsvarlig og i henhold til gjeldende lover og forskrifter.

#### **b) Finansiering av helsetjenestene i kommunen**

Kommunale helsetjenester finansieres *i sin alminnelighet* gjennom en kombinasjon av

- rammeoverføringer fra staten til kommunen,
- refusjoner fra folketrygden (HELFO), og
- egenbetaling fra pasientene

Rammeoverføringene fra staten til kommunene er basert på den enkelte kommunes utgiftsbehov per innbygger i forhold til landsgjennomsnittet, og beregnes ved hjelp av kostnadsnøkler bestående av objektive kriterier. Helse- og omsorgstjenester til befolkningen i kommunen, herunder utgifter til drift av legevakt, tilskudd til fastleger og forebyggende helsearbeid, inngår i beregningen av kommunens utgiftsbehov per innbygger.

#### **c) Finansiering av kommunale helsetjenester til asylsøkere**

Asylsøkere inngår ikke i grunnlaget for beregningen av kommunenes utgiftsbehov; det er kun folkeregistrerte personer som inngår i beregningsgrunnlaget. Personer som er bosatt i Norge registreres i Folkeregisteret med et fødselsnummer, se folkeregisterloven § 4. Asylsøkere regnes ikke som bosatt; det er først etter at personen har fått innvilget beskyttelse (asyl) eller oppholdstillatelse på humanitært grunnlag at han eller hun regnes som bosatt i Norge, jf. forskrift om folkeregistrering § 4-2 tredje ledd. Asylsøkere tildeles derfor ikke fødselsnummer<sup>22</sup>. Kommunenes helseutgifter til asylsøkere dekkes følgelig ikke gjennom de ordinære rammeoverføringene fra staten til kommunene.

Staten ved UDI gir derfor kommuner med asylmottak et vertskommunetilskudd som skal dekke de gjennomsnittlige merutgiftene til helse, barnevern, tolk og administrasjon for asylsøkere i mottak. Fra og med 2011 er også tilskudd til dekning av heldagsbarnehageplass for 4- og 5-åringer lagt inn i vertskommunetilskuddet<sup>23</sup>.

Kommunale helsetjenester til asylsøkere finansieres gjennom en kombinasjon av

- vertskommunetilskuddet,
- refusjoner fra folketrygden (HELFO), og
- egenbetaling fra brukere

#### *Vertskommunetilskudd<sup>24</sup>*

Vertskommunetilskuddet skal kompensere kommunen for manglende rammeoverføringer fra staten for beboere i mottak<sup>25</sup>. Tilskuddet skal sikre at beboerne i mottak får de tjenestene de har krav på, og

---

<sup>22</sup> Asylsøkere kan få utstedt et såkalt D-nummer, som dokumenterer blant annet trygderettigheter, men dette gir ikke grunnlag for folkeregistrering.

<sup>23</sup> Bakgrunnen er at tilskudd til barnehagedrift nå inngår i rammeoverføringen til kommunene, se omtale i NOU 2010:11 I velferdsstatens venterom punkt 13.4

<sup>24</sup> UDI betaler vertskommunetilskudd til kommuner med ankomstsenter, akuttinnkvartering, ankomstmottak, transittmottak og ordinært mottak. Det utbetales derimot ikke tilskudd til kommuner med PU-innkvartering.

sette kommunene i stand til å dimensjonere sitt tjenesteapparat i tråd med de oppgavene som skal løses. Det skal som tidligere nevnt dekke kommunenes gjennomsnittlige merutgifter til helse, barnevern, tolk og administrasjon for asylsøkere i mottak, samt utgifter til heldagsbarnehageplass for asylsøkerbarn mellom 4 og 5 år. UDI utbetaler vertskommunetilskudd<sup>26</sup> til alle kommuner med asylmottak<sup>27</sup> og akuttinnkvarteringsplasser.

Vertskommunetilskuddet består av en grunnsats per kommune per år, og en sats per mottaksplass. Det utbetales kun én grunnsats per kommune per år, uavhengig av antall mottak i kommunen. Satsene per mottaksplass varierer for de ulike typene mottaksplass. Følgende satser gjelder for 2015<sup>28</sup>

- grunnsats per kommune – NOK 492 592
- sats per plass i ordinært og transittmottak<sup>29</sup> – NOK 7 560
- sats per plass for enslige mindreårige – NOK 13 965
- sats per plass i tilrettelagt avdeling (tidligere forsterket plass) – NOK 128 385
- barnehagetilskudd per barn per måned – NOK 11 114

### *Refusjoner fra HELFO*

Asylsøkere er medlemmer av folketrygden og har blant annet rett til ytelser etter folketrygdloven kapittel 5 (hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester)<sup>30</sup>, jf. forskrift om trygdedekning for asylsøker og deres familiemedlemmer § 2 første ledd.

Trygdedekningen for asylsøkere gjelder fra det tidspunkt det er søkt om asyl<sup>31</sup> og frem til asyl eller oppholdstillatelse i Norge blir gitt, eller frem til datoen for beslutning om å nekte oppsettende virkning på klage over avslag eller, dersom det er gitt oppsettende virkning, datoen for endelig avslag på klagen, jf. § 2 annet ledd. Stønad ved helsetjenester ytes etter vanlige regler. Personer som innvilges oppholdstillatelse i Norge er ordinære medlemmer i folkeregisteret, jf. folketrygdloven § 2-1.

Når fastlegen eller legevaktlegen gir behandling til en asylsøker skal folketrygden (gjennom refusjon fra HELFO) dekke en del av legehonoraret i henhold til gjeldende takster fastsatt i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. HELFO gir ikke stønad til rent forebyggende undersøkelse av lege eller annet helsepersonell. Forebyggende undersøkelser, som HELFO ikke utbetaler refusjoner for, er for eksempel helsekontroller på helsestasjonen, barnevaksinasjonsprogrammet og obligatorisk tuberkuloseundersøkelse for asylsøkere.

### *Egenbetaling fra pasientene*

Pasientene skal betale en egenandel av legehonoraret, som utgjør forskjellen mellom den

---

<sup>25</sup> Uavhengig av om de har søknad om beskyttelse til behandling, fått innvilget oppholdstillatelse eller fått endelig avslag

<sup>26</sup> Vertskommunetilskudd går fra post 60 i UDIs budsjett

<sup>27</sup> I tillegg til vertskommunetilskuddet kan kommunen søke Fylkesmannen om tilskudd til opplæring av asylsøkere i skolepliktig alder

<sup>28</sup> se vedlegg 1 til UDIs rundskriv – RS 2011-025 Tilskudd til vertskommuner for asylmottak og omsorgssenter. Regjeringen har i tilleggsnummeret til statsbudjettet for 2016 foreslått å øke satsene i vertskommunetilskuddet.

<sup>29</sup> Akuttinnkvartering og ankomstsenter regnes som transittmottak

<sup>30</sup> Med unntak av ytelser etter § 5-13 (engangsstønad ved fødsel utenfor institusjon)

<sup>31</sup> Forskrift om trygdedekning for asylsøkere m.m. er ikke blitt oppdatert etter innføringen av ny utlendingslov i 2010 hvor det ble innført begrepsendringer, blant annet ble «asyl» erstattet med «beskyttelse»



honorarsats som til enhver tid gjelder etter avtale mellom staten og Den norske legeforening<sup>32</sup>, og folketrygdens refusjonssats, jf. forskrift om egenandel for kommunal helse- og omsorgstjenester § 11. Barn under 16 år er fritatt fra å betale egenandel for offentlige helsetjenester. Det gjelder en beløpsgrense for hvor mye en pasient skal betale for godkjente egenandeler i løpet av et kalenderår. Når pasienten har nådd den fastsatte beløpsgrensen kan han eller hun få et frikort<sup>33</sup>. Frikortet innebærer at folketrygden (HELFO) dekker egenandeler utover egenandelstak. Asylsøkere har rett til frikort på lik linje med andre med trygderettigheter i Norge.

Mange asylsøkere har ingen egne midler og mottar økonomiske ytelser fra UDI i henhold til UDIs rundskriv om reglementet for økonomiske ytelser til beboere i mottak (pengereglementet)<sup>34</sup>. De økonomiske ytelsene<sup>35</sup> (basisutbetalingene) skal dekke beboernes personlige utgifter, herunder egenandelen for helsetjenester. Ytelsene utbetales kun til asylsøkere som bor i mottak, og satsene varierer avhengig av hvilken asylsaksprosedyre saken behandles etter, status i asylsaken, hvilken type mottaksplass personen har, samt personens alder og familiekonstellasjon, se vedlegg 1 til pengereglementet for gjeldende satser.

#### **d) Finansiering av helsetjenester til asylsøkere i transittmottak**

I tillegg til vertskommunetilskudd, refusjon fra HELFO og egenbetaling fra brukere får de fleste kommunene med transittmottak særskilt tilskudd fra UDI.

UDI har helseavtale<sup>36</sup> med Oslo kommune om finansiering og drift av helsehjelp til asylsøkere i ankomsttransittmottaket på Refstad. Avtalen regulerer antallet asylsøkere per år som kommunen skal gi helsetjenester til, samt størrelsen på økonomisk kompensasjon som UDI skal betale kommunen per år. Avtalen tar høyde for variasjoner i antall asylankomster, og vesentlige endringer i asylankomstene åpner for at det inngås særskilt avtale med dekning av kommunens merutgifter. UDI kan på sin side kreve reforhandling av avtalen dersom antallet asylsøkere som gis helsehjelp ligger an til å bli vesentlig lavere enn det som er avtalt. UDI har tilsvarende helseavtaler med enkelte vertskommuner for avlastningstransittmottak.

I forbindelse med etableringen av ankomstsentrene i Østfold og Finnmark, er UDI i ferd med å inngå helseavtaler med både

- helseforetakene (Sykehuset Østfold og Kirkenes sykehus) om gjennomføring og finansiering av tuberkuloseundersøkelsene for asylsøkere i spesialisthelsetjenesten, og
- kommunene Råde og Sør-Varanger om gjennomføring og finansiering av helsetjenester til asylsøkere i ankomstsentrene, samt kommunehelsetjenestens oppgaver i tuberkulosekontrollprogrammet

Det er UDIs intensjon at både helseforetakene og kommunene med ankomstsenter dekker sine utgifter så langt det er mulig gjennom de ordinære finansieringsordningene innenfor helsesektoren.

---

<sup>32</sup> Norsk Fysioterapeutforbund eller andre helseprofesjonsforbund som det er inngått avtale med

<sup>33</sup> Det finnes to frikortordninger, en for egenandelstak 1 og en for egenandelstak 2. De gjelder for ulike helsetjenester.

<sup>34</sup> Se RS 2008-035

<sup>35</sup> Økonomiske ytelser etter pengereglementet går fra post 70 i UDIs budsjett

<sup>36</sup> Utgifter fra helseavtalene går fra post 21 i UDIs budsjett

UDI vil således kun betale for helseforetakenes og kommunenes merutgifter til helsetjenester for asylsøkere.

I tillegg dekker UDI utgifter til egenandel for nødvendig akutt lege- og tannlegebehandling og eventuelle reiseutgifter for asylsøkere i transittmottak i henhold til pengereglementet<sup>37</sup>.

#### **e) Finansiering av omsorgstjenester til asylsøkere**

Voksne asylsøkere har ikke rett til omsorgstjenester og skal gis et tilrettelagt botilbud av UDI<sup>38</sup>. Enkelte asylsøkere har imidlertid så store pleie- og omsorgsbehov at de ikke kan bo i asylmottak. For å sikre dem et forsvarlig botilbud, har UDI inngått rammeavtale<sup>39</sup> om plass i private eller kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner.

### **1.3.2 Spesialisthelsetjeneste**

Spesialisthelsetjenester finansieres gjennom en kombinasjon av basisbevilgninger fra Staten (Helse- og omsorgsdepartementet), egenbetaling fra pasienter, refusjoner fra Staten gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) og refusjon fra HELFO.

I likhet med rammeoverføringer til kommunene vil asylsøkere ikke inngå i grunnlaget for beregningen av det regionale helseforetaks basisbevilgning.

#### **a) Poliklinisk helsehjelp**

Helseforetakets honorar for helsehjelp som utføres poliklinisk og honoraret til privat medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet med avtalerøntgen består av en egenandel fra pasienten og refusjon fra HELFO<sup>40</sup>. For at refusjon skal kunne kreves skal undersøkelsen være rekvirert av en lege mv.<sup>41</sup> I tillegg kan det gis refusjon når pasienten på egen hånd oppsøker sykehusets akuttfunksjon for øyeblikkelig hjelp og hvor denne akuttfunksjonen finner det nødvendig å undersøke eller behandle vedkommende.

#### **b) Dag- og Døgnbehandling (innleggelse)**

Innleggelse ved spesialisthelsetjenesteinstitusjoner finansieres gjennom en kombinasjon av basisbevilgning fra staten og refusjoner gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF). Dag- og døgnbehandling ved psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling blir finansiert gjennom basisbevilgningen og poliklinikkrefusjoner (se omtalen i punkt a).

Dersom en asylsøker blir akuttinnlagt ved et somatisk sykehus, blir han eller hun registrert med et pasientnummer (ikke fødsels- eller personnummer) som registreres i Norsk Pasientregister (NPR). Pasientnummer, diagnose og prosedyrekoder danner grunnlag for ISF-refusjon til helseforetaket.

### **1.3.3 Tuberkulosekontroll**

Den obligatoriske tuberkuloseundersøkelsen for asylsøkere er en forebyggende helseundersøkelse som gjennomføres uavhengig av om det foreligger mistanke eller indikasjon på tuberkulosesmitte.

<sup>37</sup> Egenandelene dekkes over post 70, reiseutgiftene dekkes over post 21.

<sup>38</sup> Asylsøkere kan etter søknad få plass i tilrettelagte avdelinger, men det finnes kun et begrenset antall slike plasser.

<sup>39</sup> Rammeavtale om kjøp av omsorgstjenester til asylsøkere går fra post 21 i UDIs budsjett

<sup>40</sup> Jf. forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter.

<sup>41</sup> Psykolog, tannlege, jordmor, fysioterapeut, kiropraktor eller manuellterapeut

HELFO utbetaler kun refusjon for tuberkuloseundersøkelse som utføres på bakgrunn av mistanke om tuberkulosesmitte, og personer som har plikt til å gjennomføre tuberkuloseundersøkelsen skal ikke betale egenandel, jf. tuberkuloseforskriften § 4-9.

Kommunen skal i utgangspunktet dekke alle utgifter knyttet til gjennomføringen av tiltak i tuberkulosekontrollprogrammet som utføres av kommunehelsetjenesten, mens helseforetaket har plikt til å dekke alle utgifter knyttet til gjennomføringen av tiltak i tuberkulosekontrollprogrammet som utføres av spesialisthelsetjenesten i eller utenfor helseforetak.

UDI har imidlertid finansieringsansvar for asylsøkere i transittfasen, og skal følgelig dekke kommunenes og helseforetakenes utgifter knyttet til den obligatoriske tuberkuloseundersøkelsen. UDI har blant annet opprettet egne mottaksplasser som er tilrettelagte for asylsøkere med tuberkulosesmitte og som skal følges opp gjennom direkte observert behandling (DOT)<sup>42</sup>.

## **2. Utviklingen over tid – innkvarteringsprosessen, helsetilbudet og finansiering av helsetjenester i transittfasen**

### **2.1 Helsetilbudet til asylsøkere i transittfasen over tid**

Helsetilbudet til asylsøkere i transittfasen har i liten grad endret seg over tid, og består av en ankomstundersøkelse der asylsøkeren skal testes for tuberkulosesmitte (obligatorisk tuberkuloseundersøkelse) og få akutt helsehjelp til umiddelbart behandlingstrengende sykdommer eller tilstander. I tillegg skal helsepersonell vurdere om kjente helsemessige forhold hos asylsøkeren krever spesiell tilrettelegging ved innkvartering i ordinære mottak. Dette følger av NOU 2011:10 I velferdsstatens venterom, om mottakstilbudet for asylsøkere (heretter kalt NOU 2011:10) – kapittel 25 om asylsøkere og helsetjenester. Helsetilbudet til asylsøkere ble frem til nylig delt inn i to faser – helsetjenester i transittfasen og helsetjenester i ordinære mottak<sup>43</sup>.

På grunn av de høye asylankomstene den siste tiden har det skjedd enkelte endringer i innkvarteringsprosessen, som omtales nærmere nedenfor. Dette har medført et behov for å gjøre endringer i helsetilbudet til asylsøkere. På grunn av betydelige problemer med gjennomføringen av tuberkuloseundersøkelsen ble det fra 9. november 2015 innført en ny midlertidig praksis for tuberkuloseundersøkelsen, se nærmere omtale i punkt 1.1. I tillegg deles helsetilbudet til asylsøkere ikke lenger inn i transittfasen og ordinære mottak. Helseledelse gir ikke lenger anbefalinger basert på hvilken fase (type mottak) asylsøkeren befinner seg i, men ut fra deres oppholdstid i Norge. For eksempel anbefaler helsemyndighetene at

- alle asylsøkere gjennomfører tuberkuloseundersøkelsen innen to dager etter ankomst til Norge
- alle barn under 15 år som oppholder seg på store ankomstsentre får tilbud om MMR-vaksine ved ankomst

### **2.2 Finansiering av helsetjenester i transittfasen over tid**

---

<sup>42</sup> Se nærmere omtale i punkt 1.2.1

<sup>43</sup> Jf. NOU 2011:10 punkt 25.2 og Helseledelse IS 1022 fra 2003,2010 og 2014.

Finansiering av helsetilbudet til asylsøkere følger sektoransvarsprinsippet og finansieres i hovedsak på samme måte som for den øvrige befolkning, med unntak av to spesialordninger – vertskommunetilskuddet og finansiering av helsetjenester i transittfasen<sup>44</sup>.

Frem til begynnelsen av 1990-årene fikk kommunene refundert sine utgifter til helsetjenester for asylsøkere. Etter at denne refusjonsordningen falt bort, ble vertskommunetilskuddet<sup>45</sup> innført. En nærmere omtale av endringene i vertskommunetilskuddet over tid gis i NOU 2010:11 punkt 13.4 og 16.6.

Etter ordningen med refusjon av kommunenes utgifter til asylsøkere falt bort på 1990-tallet inngikk i tillegg UDI avtale med Bærum kommune om finansiering og drift av helsetjenester til asylsøkere på Tanum transittmottak. Avtalen omfattet helsehjelp til inntil 10 000 asylsøkere per år som UDI betalte et fastsatt beløp. Beløpet var indeksregulert og i 2002 mottok Bærum kommune NOK 4 541 322<sup>46</sup>. En nærmere omtale av den opprinnelige avtalen mellom UDI og Bærum kommune om helsehjelp til asylsøkere på Tanum transittmottak gis i KRDs rapport fra 2003 punkt 3.3. Ankomsttransittmottaket på Tanum ble lagt ned i 2010 og flyttet til Refstad i Oslo. UDI har i dag helseavtale med Oslo kommune om et tilsvarende tilbud ved Refstad ankomsttransittmottak. UDI har også helseavtale med enkelte vertskommuner for avlastningstransittmottakene, se omtalen i punkt 1.3.1 bokstav d.

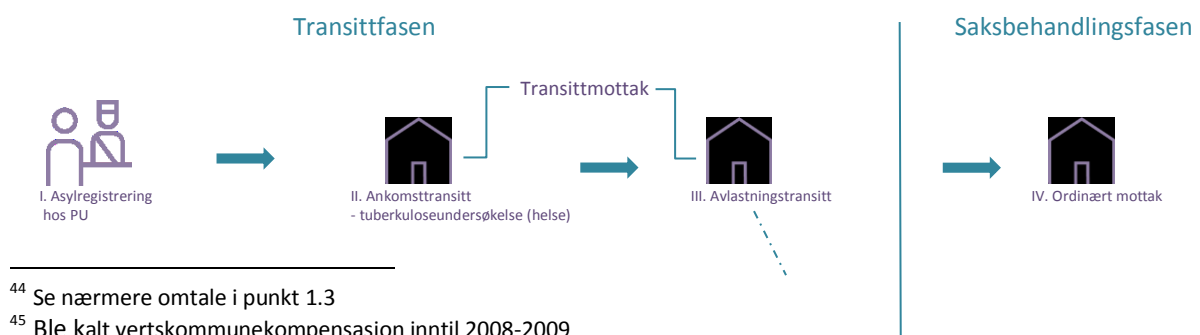
## 2.3 Innkvarteringsprosessen over tid

Mottakssystemet skal være fleksibelt, og det er derfor nødvendig å ha en dynamisk innkvarteringsprosess. Innkvarteringsprosessen kan variere både av hensyn til å opprettholde en effektiv gjennomstrømning i mottakssystemet og for å sikre at alle nyankomne asylsøkere får et botilbud.

### 2.3.1 Den ordinære innkvarteringsprosessen

Den ordinære innkvarteringsprosessen består av to deler – en transittfase og en saksbehandlingsfase. Asylsøkere er i transittfasen frem til den innledende saksbehandlingen ( de obligatoriske aktivitetene i ankomstfasen, eventuell aldersundersøkelse og asylintervju) er gjennomført. Deretter flytter asylsøkerne til ordinære mottak, og befinner seg i saksbehandlingsfasen. I saksbehandlingsfasen behandler utlendingsmyndighetene utlendingsaken – søknad om beskyttelse (UDI), eventuell klage på avslag (UNE), bosetting (IMDi), assistert retur (UDI) eller tvangsretur (PU).

Den **ordinære** innkvarteringsprosessen er slik



<sup>44</sup> Se nærmere omtale i punkt 1.3

<sup>45</sup> Ble kalt vertskommunekompensasjon inntil 2008-2009

<sup>46</sup> Jf. KRDs rapport fra 2003 punkt 3.3 (side 10)

- informasjon om rettigheter (NOAS)
- sengetett og klespakke (mottak)
- eiendeler fryses ned i 48 timer



## I. Asylregistrering hos PU

Nyankomne asylsøkere enten møter opp selv hos Politiets utlendingsenhet (PU) eller sendes til PU av lokalt politidistrikt for å gjennomføre asylregistreringen. Etter at søknad om beskyttelse er registrert transporteres asylsøkeren til ankomsttransittmottak. Asylsøkere med behov for akutt helsehjelp kjøres til legevakten før innkvartering i mottak.

## II. Ankomsttransitt

Asylsøkere oppholder seg i ankomsttransittmottak<sup>47</sup> i kort tid (3-5 virkedager). På grunn av behovet for rask gjennomstrømning i ankomsttransitt får asylsøkerne kun tilbud om akutt helsehjelp. For å få frigjort plasser flyttes asylsøkerne videre til et avlastningstransitt så raskt som mulig etter at de har

- gjennomført lovpålagt tuberkuloseundersøkelse
- fått tilbud om nødvendige vaksiner etter anbefaling fra FHI
- fått informasjon fra Norsk organisasjon for asylsøkere (NOAS) om rettigheter og plikter under asylsaksbehandlingen
- fått utdelt sengetøys- og klespakke
- fått tilbake sine eiendeler som er blitt fryst ned i 48 timer for å forebygge spredning av skadedyr

## III. Avlastningstransitt

Asylsøkere oppholder seg i avlastningstransittmottak<sup>48</sup> inntil asylintervjuet er gjennomført. Deretter flytter de videre til et ordinært mottak. Asylsøkere skal få tilbud om akutt helsehjelp fra kommunen.

## IV. Ordinært mottak

Asylsøkere bor i ordinære mottak<sup>49</sup> frem til de blir bosatt i en kommune eller forlater<sup>50</sup> Norge etter endelig avslag på søknad om beskyttelse. Asylsøkere skal få tilbud om nødvendige helsetjenester fra kommunen, mens personer med endelig avslag og utreiseplikt kun får øyeblikkelig helsehjelp<sup>51</sup>.

Det gjøres imidlertid **unntak** fra den ordinære innkvarteringsprosessen for personer som inngår i hurtigprosedyrer. Personer i 48 timers-prosedyren (åpenbart grunnløs søknad) oppholder seg i utgangspunktet i ankomsttransitt frem til de returneres til hjemlandet av politiet. Personer i Dublin-prosedyren blir så langt som mulig værende i avlastningstransitt frem til retur til ansvarlig medlemsland.

## 2.2 Dagens innkvarteringsprosess – ved høye ankomster

<sup>47</sup> Enslige mindreårige asylsøkere under 15 år bor i omsorgssenter som Barne-, familie- og ungdomsetaten (Bufetat) har ansvar for. Enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år bor i egne asylmottak som UDI har ansvar for, og det finnes egne ankomsttransittmottak for enslige mindreårige.

<sup>48</sup> Avlastningstransittene befinner seg på Østlandsområdet og det finnes egne avlastningstransitter for enslige mindreårige asylsøkere mellom 15-18 år.

<sup>49</sup> Det finnes egne avdelinger og mottak for enslige mindreårige mellom 15-18 år.

<sup>50</sup> Personer med endelig avslag har utreiseplikt og forlater Norge enten selv, gjennom assistert retur eller gjennom tvangsretur.

<sup>51</sup> Jf. forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket §§ 3 og 5

UDI gjør, og har alltid gjort, unntak fra den ordinære innkvarteringsprosessen i tider med høye ankomster. Unntak gjøres for å opprettholde gjennomstrømningen og fleksibiliteten i mottakssystemet, slik at alle nyankomne asylsøkere får et botilbud.

I de siste månedene har det kommet betydelig flere asylsøkere til Norge enn tidligere. For å sikre alle nyankomne et botilbud, er det blitt opprettet mange midlertidige akuttinnkvarteringsplasser (over 10 000 plasser i midten av november). I akuttinnkvarteringsplassene får asylsøkere et botilbud inkludert mat<sup>52</sup>.

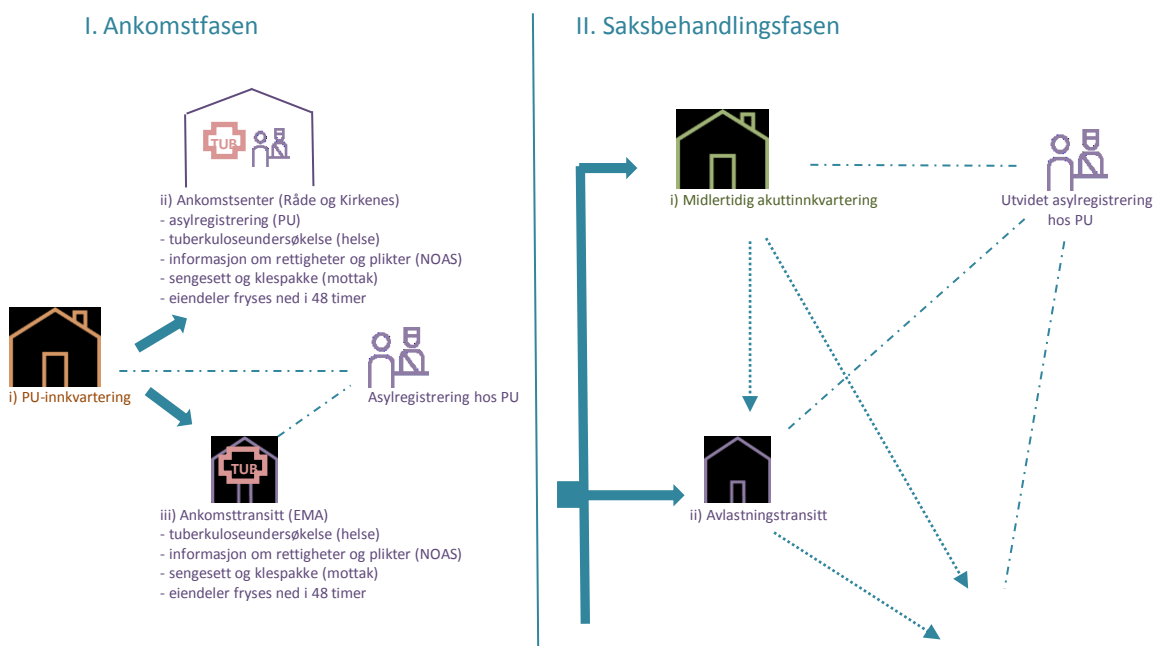
For å effektivisere den innledende innkvarteringsfasen har UDI nå opprettet to ankomstsentre (Råde i Østfold og Kirkenes i Finnmark). Her har man samlet asylregistreringen hos PU, tuberkuloseundersøkelsen og de obligatoriske aktivitetene – som vanligvis gjennomføres i ankomsttransitt – på ett sted.

Innkvarteringsprosessen i dagens situasjon kan variere av hensyn til kapasitet, gjennomstrømning og fleksibilitet i mottakssystemet. Hovedprioriteten i dag er å finne et botilbud til alle nyankomne asylsøkere. Dagens innkvarteringsprosess har derfor ikke lenger en transittfase i tradisjonell forstand, og UDI mener det er mer hensiktsmessig å dele prosessen inn i en ankomstfase og en saksbehandlingsfase.

I ankomstfasen skal asylsøkeren gjennomføre følgende obligatoriske aktiviteter:

- registrere sin søknad hos PU
- gjennomføre lovpålagt tuberkuloseundersøkelse
- få tilbud om nødvendige vaksiner<sup>53</sup> etter anbefaling fra FHI
- få informasjon fra NOAS om rettigheter og plikter under asylsaksbehandlingen
- få utdelt sengetøys- og klespakke
- få tilbake sine eiendeler som er blitt fryst ned i 48 timer for å unngå spredning av skadedyr

Dagens innkvarteringsprosess er omtrent slik



<sup>52</sup> Akuttinnkvarteringsplasser kan være i hytter, leiligheter, hotellrom mv.

<sup>53</sup> FHI anbefaler sterkt (må anses som et pålegg) at alle barn under 15 år som oppholder seg i store ankomstsentre får tilbud om vaksinasjon mot meslinger, kuma og røde hunder (MMR)



## I. Ankomstfasen

### i) PU-innvartering

Asylsøkere som kommer til Oslo, og som PU ikke kan registrere med det samme, gis tilbud om plass i såkalt PU-innvartering<sup>54</sup> frem til asylregistrering er gjennomført. PU registrerer søknaden om beskyttelse i løpet av 1-5 dager etter ankomst. Etter registreringen gjennomføres tuberkuloseundersøkelsen og de andre obligatoriske aktivitetene i ankomstfasen (se omtale over). På denne måten frigjøres nødvendige plasser til nyankomne asylsøkere i PU-innvartering. Asylsøkere skal få akutt helsehjelp, men de gjennomfører ikke tuberkuloseundersøkelsen før etter asylregistrering er gjennomført.

PU har i utgangspunktet ansvar for å skaffe innvartering før asylregistrering og for å dekke utgiftene til innvartering og eventuelle akutte helsetjenester som ytes. UDI er imidlertid blitt instruert om å skaffe og finansiere PU-innvartering til asylsøkere som kommer til Oslo (Tøyen) og ikke kan registreres med det samme. PU har fortsatt ansvar for innvartering frem til asylregistreringen er gjennomført for asylsøkere som melder seg alle andre steder i Norge enn Oslo.

### ii) Ankomstsenter

Dette er en ny organisering av ankomstfasen som ble innført i oktober 2015. UDI har opprettet to ankomstsenter (Østfold og Finnmark), og det er tenkt at alle nyankomne asylsøkere – med unntak av enslige mindreårige asylsøkere – etter hvert skal registreres i et av disse sentrene. Ordningen er imidlertid i oppstartsfasen og det vil ta tid før kapasiteten kan unyttes fullt ut. Asylsøkere skal oppholde seg i ankomstsenter inntil de har gjennomført alle de obligatoriske aktivitetene i ankomstfasen (se omtale over).

### iii) Ankomsttransitt

UDI prøver å unngå at enslige mindreårige asylsøkere oppholder seg i de store ankomstsentrene. Enslige mindreårige som kommer til Østlandet foretar asylregistreringen hos PU på Tøyen i Oslo, og bor i egne asylmottak eller omsorgssenter<sup>55</sup>. Enslige mindreårige over 15 år innkvarteres først i et ankomsttransittmottak for enslige mindreårige, hvor de skal gjennomføre tuberkuloseundersøkelsen, eventuell aldersundersøkelse og de andre obligatoriske aktivitetene i ankomstfasen (se omtale over). Enslige mindreårige asylsøkere som kommer til Finnmark gjennomfører de obligatoriske aktivitetene i ankomstsenteret i Kirkenes.

## II. Saksbehandlingsfasen

### i) Midlertidig akuttinnvartering

I påvente av plass i avlastningstransitt eller ordinært mottak oppholder asylsøkere seg i akutte innkvarteringsplasser. Utvalgte grupper av asylsøkere skal gjennomføre en utvidet asylregistrering hos PU.

<sup>54</sup> Antall PU-innvarteringer varierer i antall, men de har vært oppe i over 1200 plasser

<sup>55</sup> Enslige mindreårige asylsøkere under 15 år bor i omsorgssenter som Barne-, familie- og ungdomsetaten (Bufetat) har ansvar for. Enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år bor i egne asylmottak som UDI har ansvar for.

På grunn av kapasitetsutfordringer flyttes enkelte asylsøkere direkte til akuttinnkvarteringsplasser etter asylregistrering hos PU. Disse asylsøkerne gjennomfører tuberkulosekontrollen enten i ankomsttransittmottak på Refstad eller hos lokale helsemyndighetene<sup>56</sup>.

**ii) Avlastningstransitt**

I påvente av plass i ordinært mottak oppholder asylsøkere seg i en avlastningstransitt<sup>57</sup>. Utvalgte grupper av asylsøkere skal gjennomføre en utvidet asylregistrering hos PU. De fleste asylsøkere i dag vil ikke gjennomføre asylintervju før etter flytting til et ordinært mottak.

**iii) Ordinært mottak**

Asylsøkere har tilbud om å bo i ordinære mottak<sup>58</sup> frem til de blir bosatt eller forlater Norge etter endelig avslag på søknad om beskyttelse (reiser selv, assistert retur eller tvangsretur). Utvalgte grupper av asylsøkere skal gjennomføre en utvidet asylregistrering hos PU. De fleste asylsøkere i dag vil gjennomføre asylintervjuet først under oppholdet i ordinært mottak. Asylsøkere skal få tilbud om nødvendige helsetjenester. UDI jobber kontinuerlig med å få opprettet flere ordinære mottak.

### 3. Gråsoner og utfordringer ved dagens system

Dagens regelverk, organisering og finansiering av helsetjenester til asylsøkere i transittmottak har utfordringer og gråsoner. Enkelte problemstillinger omtales nærmere i det følgende.

#### 3.1 Når får man status som asylsøker og når får asylsøkere tryggedekning?

Personer som kommer til Norge for å søke om beskyttelse skal straks etter ankomst møte hos PU for å registrere sin søknad om beskyttelse. Personer som melder seg hos andre myndigheter, som for eksempel lokalt politidistrikt, toll eller UDI, skal henvises til PU som kompetent myndighet. Hittil har asylsøkere blitt registrert hos PU hvor de har fått utstedt et asylsøkerbevis før de ble transportert til et ankomsttransittmottak.

I dagens situasjon med betydelig høyere asylankomster enn tidligere har PU ikke kapasitet til å registrere alle nyankomne asylsøkere fortløpende. Mange av asylsøkerne blir derfor innkvartert i midlertidige overnattingssteder (såkalt PU-innkvartering) før asylregistreringen er gjennomført. I utlendingsrettslig forstand regnes alle personer som møter hos Politiets utlendingsenhet for å søke om beskyttelse som asylsøkere, selv om deres søknad om beskyttelse ikke blir registrert med det samme. Begrunnelsen for dette er at personen har meldt seg til kompetent myndighet med den hensikt å søke om beskyttelse i Norge, og vedkommende kan ikke lastes for den manglende asylregistreringen som følge av kapasitetsproblemer hos norske myndigheter. Asylsøkerens rett til innkvartering etter utlendingsloven § 95 forutsetter ikke at søknaden om beskyttelse er blitt

---

<sup>56</sup> Asylsøkere i akuttinnkvartering på Østlandet skal gjennomføre tuberkuloseundersøkelsen på ankomsttransittmottaket på Refstad, mens asylsøkere i akuttinnkvartering i Nord-Norge gjennomfører kontrollen hos helseforetaket i regionen der akuttinnkvarteringen befinner seg.

<sup>57</sup> Det finnes egne avlastningstransittmottak for enslige mindreårige.

<sup>58</sup> Det finnes egne ordinære mottak for enslige mindreårige.



registrert. PU har derfor ansvar for å skaffe innkvartering til asylsøkere før asylregistreringen er gjennomført (PU-innkvartering)<sup>59</sup>.

Flere av asylsøkerne har behov for helsehjelp mens de oppholder seg i PU-innkvartering. Det er imidlertid uklart om HELFO har hjemmel til å refundere utgifter til behandling av asylsøkere i PU-innkvartering i henhold til forskrift om trygdedekning for asylsøkere m.m., når status som asylsøker ikke lar seg dokumentere, for eksempel gjennom asylsøkerbeviset. Uten asylsøkerbevis som kan dokumentere asylsøkerstatus, er det ikke mulig å skille denne gruppen fra personer uten lovlig opphold, og som ikke har trygderettigheter i Norge.

Spørsmålet som reiser seg, er om asylsøker i folketrygdlovens forstand forutsetter at asylregistrering er gjennomført, slik at personen kan dokumentere sin status som asylsøker og dermed sin rett til trygdedekning.

Det er en forutsetning for retten til ytelser etter folketrygdlovens kapittel 5 (refusjon av utgifter til helsetjenester) at pasienten er medlem i trygden. Asylsøkere er medlemmer av folketrygden med rett til ytelser fra det tidspunktet det er søkt om asyl, jf. forskrift om trygdedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer § 2 annet ledd. Denne nære koplingen mellom trygdetilhørighet og rett til stønad innebærer at pasienter som ikke er registrert som bosatt i Norge må dokumentere sin rett for å utløse refusjon fra folketrygden (HELFO). Det er også fast forvaltningspraksis at personer som ikke er medlemmer av folketrygden må dokumentere sin rett til å motta helsetjenester på folketrygdens bekostning, slik som pasienter fra EØS-land som mottar helsetjenester i Norge i henhold til Rådsforordning (EØS) Nr. 883-2004 (EØS-avtalens trygdeforordning). Dersom retten til trygdedekning ikke kan dokumenteres, vil HELFO ikke kunne gi refusjon fra folketrygden. Etter direktoratenes oppfatning må dokumentasjonskravet praktiseres enhetlig av utførere og HELFO for de ulike gruppene med trygderettigheter, herunder asylsøkere.

### **3.2 Hva ligger i UDIs ansvar?**

Direktoratene mener det er uklart hvor langt UDI sitt ansvar for finansiering og gjennomføring strekker seg, og på hvilket tidspunkt UDIs ansvar for henholdsvis gjennomføring og finansiering opphører. Uklarheten skyldes på den ene siden ulik og til dels motstridende begrepsbruk i sentrale dokumenter som ligger til grunn for dagens ansvarsdeling mellom helse- og utlendingsmyndighetene. På den andre siden er UDIs gjennomføringsansvar knyttet til transittfasen – en fase med et varierende innhold og lengde – som gjør det vanskelig å fastslå på hvilket tidspunkt UDIs ansvar opphører. Dette er særlig tydelig med den ankomstsituasjonen vi har nå.

Vi mener grensegangen mellom utlendingsmyndighetens sektoransvar og helsemyndighetenes sektoransvar ikke er tilstrekkelig utredet<sup>60</sup>.

### ***Inkonsekvent begrepsbruk – uklar ansvarsdeling mellom helse- og utlendingsmyndighetene***

KRDs rapport fra 2003 om helsetjenester i transittmottak slår fast at helsemyndighetene har ansvar for det faglige innholdet i helsetjenestene til asylsøkere, mens utlendingsmyndighetene (UDI) i

---

<sup>59</sup> Med unntak av PU-innkvartering i Oslo som UDI har ansvar for etter instruks fra JD

<sup>60</sup> I KRDs rapport fra 2003 punkt 1.4 anbefaler arbeidsgruppen blant annet at omfanget av og innholdet i nødvendig helsehjelp i transittmottak vurderes nærmere.

*hovedsak har det økonomiske ansvar og sørger for gjennomføringen*, som ledd i sitt generelle ansvar for mottak av asylsøkere<sup>61</sup>. Det fremgår samtidig av rapporten<sup>62</sup> at *kommunene har ansvar for å organisere og sørge for at helsetjenesten til asylsøkere i mottak blir utført*, på linje med den øvrige befolkningen. Utlendingsmyndighetene (ved UDI) bidrar til finansieringen gjennom vertskommunetilskuddet som gis til kommuner med mottak, og som skal dekke kommunenes gjennomsnittlige utgifter til helse, barnevern, tolketjenester, administrasjon og heldagsbarnehageplass til asylsøkerbarn mellom 4 og 5 år.

JDs brev fra 2010 slår derimot fast at *UDI skal organisere og finansiere helsetilbud til asylsøkere i transittfasen*, mens helsemyndighetene har det faglige ansvaret for helsetilbudet.

Direktoratene viser til at KRDs rapport fra 2003 ikke omtaler nærmere hva som er forskjellen mellom UDIs ansvar for å «sørge for gjennomføringen» og kommunens ansvar for å «organisere og sørge for at helsetjenestene (...) blir utført». I tillegg inneholder JDs brev fra 2010 enda en annen beskrivelse av ansvarsdelingen mellom helse- og utlendingsmyndighetene i transittfasen. Direktoratene påpeker at beskrivelsene av ansvarsdelingen er til dels motstridende, og vi mener derfor at det er uklart hva UDI egentlig har ansvar for i transittfasen.

#### ***Dynamisk transittfase – uklar når UDIs ansvar opphører***

UDI har ansvar for helsetjenestene (gjennomføring/organisering og finansiering) i transittfasen. Justisdepartementet har definert transittfasen som fasen inntil førstegangs helseundersøkelse<sup>63</sup> og asylintervju er foretatt, jf. JDs brev fra 2010. I tillegg ser Justisdepartementet det ikke ønskelig at UDI finansierer helsetilbud til asylsøkere etter transittfasen utover det som gis i vertskommunetilskudd.

Direktoratene gjør oppmerksom på at denne definisjonen er upresis og uhensiktsmessig. Førstegangs helseundersøkelse<sup>64</sup> (nå forebyggende helseundersøkelse for asylsøkere) gjennomføres først etter at asylsøkeren har flyttet fra transittmottak til et ordinært mottak, og han eller hun er følgelig ikke lenger i transittfasen. Helsetjenestene som skal ytes i transittfasen, og som vi antar Justisdepartementet sikter til i sitt brev fra 2010, er den lovpålagte tuberkuloseundersøkelsen og nødvendig akutt helsehjelp.

Direktoratene viser videre til at enkelte asylsøkere blir innkvartert i ordinære mottak også før de har gjennomført asylintervju. Dette gjøres særlig i tider med høye asylankomster av hensyn til fleksibilitet og gjennomstrømning i mottakssystemet for å sikre at alle nyankomne asylsøkere får et botilbud. Innholdet og lengden på transittfasen kan variere for de ulike søkergruppene. For eksempel kan asylsøkere som tilhører en gruppe med høy innvilgelsesprosent bli flyttet til ordinære mottak raskt etter ankomst og før asylintervjuet er gjennomført. På denne måten kan asylsøkere som tilhører en gruppe med høy avslagsprosent holdes tilbake i transittmottakene for å lette politiets arbeid med en eventuell tvangsretur.

---

<sup>61</sup> Se punkt 3.1 siste avsnitt (side 8)

<sup>62</sup> Se punkt 4.1 sjetten avsnitt (side 15)

<sup>63</sup> Førstegangshelseundersøkelse har nå endret navn til helseundersøkelse for asylsøkere

<sup>64</sup> I en tidligere utgave av Helsedirektoratets veileder ble kommunene anbefalt å foreta en helseundersøkelse for å kartlegge asylsøkernes helsetilstand og eventuelt behov for helsetjenester snarest mulig etter ankomst til ordinært mottak

Transittfasen har alltid vært dynamisk, og kan variere både over tid og for ulike søkergrupper. I dagens situasjon med meget høye asylankomster kan det også stilles spørsmål om transittfasen egentlig finnes lenger. Det viktigste i dag er å finne et botilbud til alle nyankomne, og asylsøkere innkvarteres hvor det er ledig plass i mottakssystemet uavhengig av hvor i asylprosessen de befinner seg<sup>65</sup>. Direktoratene mener derfor at dagens definisjon av UDIs ansvar ikke gir tilstrekkelige avklaringer på de nye problemstillingene som oppstår som følge av en ny ankomstsituasjon og en delvis ny organisering i ankomstfasen.

Direktoratene mener derfor at det ikke er hensiktsmessig å definere UDIs ansvar ut fra asylsøkerens opphold i transittfasen.

### **3.3 Hvem skal finansiere helsetjenestene i ankomstsentrene?**

PU har, som tidligere omtalt i punkt 2.2, ansvar for å finansiere akutt helsehjelp til asylsøkere i PU-innkvartering, mens UDI har ansvar for å finansiere helsetjenestene i transittfasen.

#### **3.3.1 Hva er ansvarsforholdene mellom PU og UDI i ankomstsentrene?**

Etableringen av de nye ankomstsentrene i Østfold og Vest-Finnmark, der asylregistreringen hos PU og de obligatoriske aktivitetene i ankomstfasen er samlet på ett sted, har medført endringer i rekkefølgen på de obligatoriske aktivitetene i ankomstfasen. Asylsøkerne i ankomstsentrene kan få tilbud om akutt helsehjelp før asylregistreringen er gjennomført. Denne endringen reiser spørsmålet om UDI skal ha ansvaret for å finansiere helsetjenestene alene, eller om PU bør finansiere deler av helsetjenestene i ankomstsentrene.

#### **3.3.2 Hvem skal finansiere de nye funksjonene for helsetjenesten i ankomstsentrene?**

Helsemyndighetene har det faglige ansvar og skal sørge for at helsetilbudet til asylsøkere er forsvarlig. På grunn av det store antallet asylsøkere som skal bo under samme tak (opptil 1000 personer i Råde) anbefaler helsemyndighetene at helsepersonell er til stede i ankomstsentrene for å sikre forsvarlige helsetjenester til asylsøkere. Det er ikke tenkt at helsepersonell skal undersøke alle nyankomne asylsøkere, men de skal observere slik at behov for akutt helsehjelp avdekkes og følges opp så raskt som mulig, også hos personer som ikke oppsøker hjelp av eget initiativ. Dette innebærer en ny funksjon<sup>66</sup> for kommunehelsetjenesten hvor de skal drive oppsøkende virksomhet (observasjon, identifisering og oppfølging) overfor personer som ikke selv tar kontakt.

Direktoratene mener det ikke er klart om merutgiftene til tjenesten utelukkende skal finansieres gjennom særskilt betaling fra utlendingsmyndighetene og refusjoner fra HELFO, eller om det også kan forventes at kommunen skal bruke en del av vertskommunetilskuddet til å dekke deler av kostnadene til slik oppsøkende virksomhet.

### **3.4 Hvem skal sørge for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i helsetjenestene til asylsøkere i ankomstfasen?**

Både kommunene og de regionale helseforetakene har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i helselovgivningen<sup>67</sup>. Dette innebærer at kommunen og helseforetaket skal planlegge både omfanget

<sup>65</sup> Se nærmere redegjørelse for innkvarteringsprosessen i punkt 2

<sup>66</sup> I Råde skal denne funksjonen ivaretas av den kommunale legevakten som har etablert et eget kontor i ankomstsenteret

<sup>67</sup> Jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd

av og innholdet i helsetjenestene ut fra det antall personer de kan forvente, oppholder seg i kommunen eller helseregionen.

### **3.4.1 Kommunale helsetjenester – akutt helsehjelp**

Kommunene har en lovpålagt plikt til å ha en legevaktordning, og både etablerings- og driftskostnadene finansieres gjennom rammeoverføringene fra staten. Dimensjoneringen av og kostnadene for legevakten vil bero på kommunens innbyggertall og andre objektive kriterier. Et «normalnivå» er 3-5 årsverk per 10.000 innbyggere for legevakter med unntak av de aller minste.

Asylsøkere inngår ikke i beregningsgrunnlaget for rammeoverføringer fra staten til kommunene, men vertskommunetilskuddet fra UDI skal kompensere for de manglende rammeoverføringene for denne gruppen. Vertskommunetilskuddet skal sette kommunene i stand til å planlegge og dimensjonere sitt tjenesteapparat i tråd med de oppgavene som skal løses.

Direktoratene mener at det er rimelig å forvente at kommuner med mottak bruker deler av vertskommunetilskuddet til å sørge<sup>68</sup> for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i helsetjenesten til asylsøkere i ankomstfasen.

Det er imidlertid uklart om vertskommunetilskuddet vil dekke alle nødvendige kostnader til kommuner med store ankomstsenter og transittmottak. Slike mottak har flere mottaksplasser som erfaringsmessig innebærer større smittefare og større behov for akutt helsehjelp enn i ordinære mottak. Kommuner med ankomstsenter og transittmottak forventes derfor å ha større kostnader med å oppjustere kapasiteten på helsetjenester enn kommuner med ordinære mottak. Ankomstsenter og transittmottak har også en betydelig større gjennomstrømning enn ordinære mottak, noe som ikke uten videre kompenseres for gjennom vertskommunetilskuddet. Utgifter til helsetjenester er i større grad drevet av antall personer enn antall plasser. Mottak med høy gjennomstrømning vil derfor ha høyere utgifter enn mottak med lav gjennomstrømning, selv om antall plasser er likt. Tilskuddet utbetales imidlertid per plass og ikke per asylsøkere, og satsen for transittplasser er lik satsen for ordinære mottaksplasser.

UDI bør derfor bistå kommunene med store ankomstsentre og transittmottak økonomisk slik at de raskt kan dimensjonere helsetjenestene i tråd med de nye behovene. UDI bør dekke kommunenes merutgifter knyttet til helsetjenester ved etablering av store ankomstsenter eller transittmottak. Med merutgifter menes kostnader som ikke dekkes gjennom de alminnelige finansieringsordningene<sup>69</sup>.

### **3.4.2 Tuberkulosekontroll**

Kommunehelsetjenesten og helseforetakene skal ha et tuberkulosekontrollprogram (se nærmere omtale i punkt 1.2.1). Kostnadene til å forvalte programmet får kommunene og helseforetakene finansiert gjennom henholdsvis rammeoverføringer og basisbevilgninger. Asylsøkere inngår ikke i beregningsgrunnlaget for rammeoverføringer og basisbevilgninger fra staten. I motsetning til

---

<sup>68</sup> Gjennom nødvendig oppbemanning og utvidelse eller nyetablering av helselokaler

<sup>69</sup> Rammeoverføringer, vertskommunetilskudd, refusjoner og egenbetaling

kommunene får helseforetakene ikke kompensasjon for de manglende bevilgningene for denne gruppen gjennom særtilskudd<sup>70</sup>.

Direktoratene mener derfor at det ikke kan forventes at helseforetakene planlegger for spesialisthelsetjenester som kun unntaksvis skal ytes til befolkningen i helseregionen, men som skal ytes til alle asylsøkere. UDI har følgelig ansvar for å dekke helseforetakenes merutgifter til tuberkuloseundersøkelser for asylsøkere. Med merutgifter menes kostnader som ikke kan dekkes gjennom de alminnelige finansieringsordningene.

Det er imidlertid behov for å klargjøre hvilke deler av tuberkulosekontrollprogrammet som må anses finansiert gjennom de ordinære finansieringsordningene (rammeoverføringer og basisbevilgninger), hvilke aktiviteter i kommunehelsetjenesten som skal finansieres gjennom vertskommunetilskuddet og hva som krever særskilt finansiering fra UDI.

### **3.5 Hvilke tjenester skal gis til asylsøkere i midlertidig akuttinnkvartering?**

På grunn av vedvarende høye asylankomster vil asylsøkere måtte oppholde seg i midlertidige akuttinnkvarteringer over lengre tid (flere uker og måneder). Ankomstfasen skal være kortvarig og helsetjenestetilbudet i akuttinnkvarteringen er derfor hovedsakelig innrettet mot forhold som krever hurtig avklaring og oppfølging (akutt helsehjelp). Lengre oppholdstid innebærer imidlertid at vertskommunene for akuttinnkvartering etter hvert vil ha ansvar for å yte de samme helsetjenestene<sup>71</sup> til asylsøkere som vertskommuner for ordinære mottak. Helsemyndighetene anbefaler for eksempel at asylsøkere får tilbud om en forebyggende helseundersøkelse innen tre måneder etter ankomst<sup>72</sup>. I tillegg har asylsøkere rett til nødvendige helsetjenester og fastlege.

### **3.6 Er det risiko for dobbeltfinansiering eller er helsetjenestene til asylsøkere underfinansierte?**

Kommunene og helseforetakene skal yte nødvendige helsetjenester til alle som oppholder seg lovlig i kommunen eller helseregionen. I tillegg skal de yte øyeblikkelig helsehjelp til de med ulovlig opphold i Norge. For å kunne ivareta denne oppgaven mottar kommunene og helseforetakene overføringer fra staten – enten i form av rammeoverføringer, basisbevilgninger eller særtilskudd – som skal dekke deres forventede kostnader til helsetjenester.

Det finnes flere tilskuddsordninger som omhandler målgruppen asylsøkere. Disse forvaltes av ulike offentlige organer, og i ulike sektorer. Det er i dag to tilskuddsordninger som er ment å kompensere for de ekstra utgiftene kommunene pålegges gjennom å tilby lovpålagte tjenester til asylsøkere som bor på asylmottak i kommunen – vertskommunetilskudd og tilskudd til grunnskoleopplæring av barn og unge i asylmottak. Det er blitt gjennomført flere evalueringer<sup>73</sup> av vertskommunetilskuddet, men alle evalueringene har utelukkende sett på de to tilskuddsordningene. Man har følgelig aldri utredet hvorvidt også andre finansieringsordninger<sup>74</sup> benyttes eller bør benyttes til å dekke tjenestene til asylsøkere. En av evalueringene<sup>75</sup> viste blant annet at kommunene opplever at de ulike

---

<sup>70</sup> Kommuner med mottak får et vertskommunetilskudd

<sup>71</sup> Og andre tjenester, slik som skole og barnevern

<sup>72</sup> Se Helsedirektoratets veileder IS 1022

<sup>73</sup> Fire ble gjennomført på vegne av UDI, én på vegne av KS og én på vegne av Justis- og beredskapsdepartementet. Den siste evalueringen ble gjennomført av Rambøll i 2013 på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet.

<sup>74</sup> For eksempel rammeoverføringer fra staten, refusjonsordning for utgifter til barnevernstiltak og toppfinansieringsordninger for ressurskrevende personer

<sup>75</sup> Beregningsutvalget kartlagte, på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og UDI, vertskommunenes utgifter for mottak for asylsøkere for regnskapsåret 2006.

tilskuddordningene knyttet til asylsøkere er vanskelige å orientere seg i, samtidig som ordningene ikke i tilstrekkelig grad er samordnet.

Direktoratene mener grensedragningen mellom ordinære helsetjenester og helsetjenester som skal gjennomføres og finansieres av UDI er uklar. Som en konsekvens av dette er det også uklart om de ulike finansieringsordningene er samordnet i tilstrekkelig grad, slik at helsetjenester til asylsøkere hverken blir dobbeltfinansiert eller er underfinansiert. Kommunale helsetjenester

Direktoratene mener at det er behov for å klargjøre nærmere hvilket omfang (dimensjonering) på legevaktjenester og andre kommunale helsetjenester som kan anses finansiert gjennom rammeoverføringer, hvilket omfang som anses finansiert gjennom vertskommunetilskuddet, hvilke kostnader som skal dekkes gjennom refusjoner fra HELFO, og hvilke kostnader som gjenstår for særskilt finansiering fra UDI.

#### **a) Rammeoverføringer og vertskommunetilskudd**

Kommunene skal yte akutt helsehjelp og andre nødvendige helsetjenester til personer som oppholder seg i kommunen. For å ivareta disse oppgavene skal kommunen drifte en legevakt – som skal yte akutt helsehjelp – og gi et årlig driftstilskudd til fastleger og andre helseprofesjoner de har avtale med – som skal yte nødvendige helsetjenester.

Kommunene får dekket sine forventede utgifter til helsetjenester gjennom rammeoverføringene fra staten. Vertskommunetilskuddet fra UDI skal kompensere for de merutgiftene vertskommuner har til blant annet helsetjenester for asylsøkere, slik at kommunene også får dekket sine gjennomsnittlige helseutgifter for denne gruppen. Direktoratene mener det er uklart om beregningsgrunnlaget for henholdsvis rammeoverføringene og vertskommunetilskuddet er samordnet, og om vertskommunetilskuddet kompenserer for de manglende rammeoverføringene fullt ut, eller om det er risiko for at kommunale helsetjenester for asylsøkere er underfinansierte.

Direktoratene gjør videre oppmerksom på at enkelte kommuner får både vertskommunetilskudd og rammeoverføringer fra staten for personer med oppholdstillatelse som fortsatt oppholder seg i mottak i påvente av bosetting. Så lenge den som har fått innvilget oppholdstillatelse oppholder seg på et mottak, inngår han eller hun i beregningsgrunnlaget for utgiftsbehovet til kommunen hvor mottaket er lokalisert. Etter at personen er blitt bosatt, regnes han eller hun med i utgiftsbehovet til bosettingskommunen. Det kan imidlertid gå inntil ett år fra oppholdstillatelse er gitt til han eller hun inngår i grunnlaget for utgiftsbehovet i oppholdskommunen, som følge av at grunnlaget for å fastsette utgiftsbehovet kun oppdateres én gang årlig (per 1. juli). For eksempel medregnes personer som har fått innvilget oppholdstillatelse etter 1. juli 2015 ikke i utgiftsbehovet til helse- og omsorgstjenester i 2016.

#### **b) Refusjoner fra HELFO, egenandel fra pasienten og særskilt betaling fra UDI**

Helsepersonell får refundert deler av utgiftene for nødvendige helseundersøkelse og andre helsetjenester som ytes til asylsøkere, mens resten av utgiftene dekkes gjennom egenandelen fra pasienten. UDI dekker asylsøkernes egenandel til nødvendige helsetjenester ved behov, enten direkte til helsetjenesten eller gjennom økonomiske ytelser (basisytelser) til beboere i mottak.

Direktoratene legger til grunn at UDI ikke skal dekke utgifter som kan søkes refundert fra HELFO. UDI opplever likevel at kommunene forventer å få dekket også utgifter som kan dekkes gjennom

refusjoner fra HELFO. Det er usikkert om dette skyldes manglende kunnskap hos kommuner om mulighetene for refusjon eller om kommunene søker å få dekket alle utgiftene på enklest mulig måte gjennom utbetalinger fra UDI.

### **3.6.1 Utgifter for spesialisthelsetjenester**

Helseforetakene skal yte nødvendige spesialisthelsetjenester – enten poliklinisk eller gjennom innleggelse – til personer som oppholder seg i helseregionen. Direktoratene mener at det er uklart i hvilken grad spesialisthelsetjenester til asylsøkere i ankomstfasen kan anses dekket gjennom de alminnelige finansieringsordningene (basisbevilgninger, refusjoner fra ISF, refusjoner fra HELFO og egenandelen fra pasienten), og hvilke kostnader som gjenstår og bør dekkes gjennom særskilt betaling fra UDI.

### **3.7 Grensedragningen mellom helsetjenester og omsorgstjenester**

Voksne asylsøkere, har som nevnt under punkt 1.1, rett til nødvendige helsetjenester, men ikke rett til omsorgstjenester. Denne begrensningen er en videreføring av skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester som gjaldt i helselovgivning frem til 2012, da helse- og omsorgstjenester var regulert i ulike lover. Lovendringene fra 2012 hadde som formål å gi et bedre grunnlag for å fremme samhandling mellom tjenestene i kommunen. For å oppnå dette opphevet man det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. Dette vanskeliggjør dagens ansvarsdeling og praktiseringen av de begrensningene fastsatt i forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Det fremgår ikke klart av gjeldende lov og forskrift hvilke tjenester asylsøkere har rett til og hvilke de ikke har rett til.

Asylsøkernes manglende rett til sosiale tjenester ble ikke drøftet i Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat til ny helse- og omsorgslov. I lovproposisjonen<sup>76</sup>, som ble fremmet i statsråd 8.4.2011, begrunnes begrensningen med at asylsøkere vil få tilbud om innkvartering og avhjelping av spesielle behov av utlendingsmyndighetene, da fortrinnsvis i asylmottak, men også i spesialtilpassede løsninger som finansieres av utlendingsmyndighetene dersom det er behov for det. Det er med andre ord lagt opp til at asylsøkere som har behov for omsorgstjenester mottar slike tjenester som en del av tilbudet ved mottaket, og da bekostet av utlendingsmyndigheten (UDI).

Denne ansvarsdelingen mellom helsemyndighetene og utlendingsmyndighetene forutsetter imidlertid et praktiserbart skille mellom helsetjenester og omsorgstjenester. Siden mottakene ikke utfører helse- og omsorgsfaglige oppgaver, er det fortsatt den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller private helsetjenestetilbydere som yter nødvendige omsorgstjenester til asylsøkere. I praksis innebærer dette at Utlendingsdirektoratet har ansvar for å finansiere nødvendige omsorgstjenester til asylsøkere, da de færreste har egne midler. Utlendingsdirektoratet skal derimot ikke finansiere helsetjenester til asylsøkere i ordinære mottak utover det som gis i vertskommunetilskudd.

Direktoratene mener at grensedragningen mellom kommunale helse- og omsorgstjenester er vanskelig å praktisere, og vil i noen grad være avhengig av hvordan tjenesten er organisert i den enkelte kommune. Det vises i denne forbindelse til tjenester som ytes av fysioterapeut, som ut fra

---

<sup>76</sup> Se Prop. 91 L (2010-2011) punkt 29.5.2 side 346 høyre spalte

organiseringen kan anses som både helse- og omsorgstjenester. Som følge av dette er det vanskelig å fastslå når utlendingsforvaltningens finansieringsansvar inntreffer.

#### **4 Direktoratenes anbefalinger til departementene – hva bør gjøres fremover?**

I lys av de utfordringene og gråsonene som dagens finansieringsordning for helsetjenester til asylsøkere innebærer (se nærmere omtale i punkt 3), mener direktoratene at det er behov for å tydeliggjøre hva UDI har ansvar for og hva dette ansvaret innebærer.

Vi anbefaler derfor at departementene:

##### **I) Presiserer grensegangen mellom utlendingsmyndighetenes sektoransvar og helsemyndighetenes sektoransvar for helsetjenester i ankomstfasen**

Direktoratene viser til punkt 3.2 og synes ikke det er hensiktsmessig å definere UDIs ansvar for å gjennomføre helsetjenester ut fra asylsøkerens opphold i transittfasen. Vi foreslår at UDIs ansvar gjennomføringsansvar defineres ut fra de konkrete helsetjenestene som skal ytes til asylsøkere i ankomstfasen. På denne måten blir det tydeligere når UDIs ansvar opphører, samt at ansvaret ikke er avhengig av i hvilken type mottak asylsøkeren oppholder seg. UDIs ansvar bør formaliseres i en forskrift<sup>77</sup> eller et rundskriv fra departementene.

Disse særskilt definerte helsetjenestene i ankomstfasen suppleres av de generelle helsetjenester fra kommuner og helseforetak. Direktoratene mener det er i den forbindelse behov for en nærmere gjennomgang av avgrensningen mellom de helsetjenestene i ankomstfasen som UDI har ansvar for (gjennomføring og finansiering) og kommunenes generelle ansvar for helsetjenester til asylsøkere.

Direktoratene mener videre at UDI kun skal dekke merutgifter til helsetjenester i ankomstfasen – tuberkuloseundersøkelse og akutt helsehjelp, herunder akutt tannbehandling. Med merutgifter menes kostnader som ikke dekkes gjennom andre finansieringsordninger – overføringer fra staten (rammeoverføringer og vertskommunetilskuddet), refusjoner eller egenbetaling. Kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester, som ikke medfører merutgifter, finansieres av kommunene og de regionale helseforetak selv.

##### **II) Tydeliggjør hva UDIs gjennomføringsansvar innebærer**

Direktoratene viser til at asylsøkere skal gjennomføre en rekke obligatoriske aktiviteter i ankomstfasen. Av hensyn til god gjennomstrømning og fleksibilitet i mottakssystemet, er det viktig at disse aktivitetene gjennomføres så raskt og effektivt som mulig. Det bør derfor tydeliggjøres at UDIs gjennomføringsansvar gir UDI adgang til å forutsette at kommunen dimensjonerer helsetilbudet til asylsøkere i ankomstfasen på en måte som ikke hindrer gjennomstrømningen og fleksibiliteten i mottakssystemet. Det er imidlertid kommunehelsetjenestens ansvar å organisere den daglige driften og gjennomføringen av helsetjenestene. Dette innebærer at kommunen har ansvar for å vurdere

---

<sup>77</sup> For eksempel gjennom endringer i forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket



hvilken kompetanse og hvor mye helsepersonell som er nødvendig for å levere den avtalte mengden undersøkelse per dag eller år.

Helsetjenester i ankomstfasen skal blant annet omfatte «identifisering og oppfølging av umiddelbare behandlingstrengende sykdommer eller tilstander (akutt helsehjelp)» og «vurderinger av om kjente helsemessige forhold krever tilrettelegging ved innkvartering i ordinære mottak». Når de kommunale helsetjenester samlokaliseres og tilbys til dels parallelt med de tjenester UDI har et gjennomføringsansvar for, oppstår uklarheter om hvilke aktiviteter som faller inn under «helsetjenester» UDI har gjennomføringsansvar for, og hvilke aktiviteter kommunen i kraft av helselovgivningen har et «sørge for ansvar» for. Denne utfordringen kan delvis avhjelpes dersom UDIs ansvar defineres ut fra aktiviteter som skal ytes til helsesøkere i ankomstfasen.

### **III) Avklarer om de ulike finansieringsordningene (vertskommunetilskudd, rammeoverføringer og basisbevilgninger) er samordnet og hvilke merutgifter krever særskilt dekning fra UDI**

Direktoratene viser til punkt 3.6 mener det er uklart om de ulike finansieringsordningene er samordnet. Vi foreslår derfor at det utredes nærmere om kommunene og helseforetakene kompenseres for manglende overføringer fra staten for denne gruppen fullt ut, eller om det foreligger en risiko for at kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester til asylsøkere er underfinansierte. Det bør i den forbindelse utredes nærmere hvilke merutgifter kommuner og helseforetak har ved å tilby helsetjenester til asylsøkere

### **IV) Presiserer ansvarsforholdene for helsetjenester i ankomstsentrene**

Direktoratene viser til punkt 3.3 mener det er uklart om PU har et delt finansieringsansvar for helsetjenester i ankomstsentrene, og om merutgiftene til oppsøkende virksomhet utelukkende skal finansieres gjennom særskilt betaling fra utlendingsmyndighetene og refusjoner fra HELFO, eller om det også kan forventes at kommunen skal bruke en del av vertskommunetilskuddet til å dekke deler av kostnadene til slik oppsøkende virksomhet.

### **V) Tydeliggjør asylsøkernes trygderettigheter i perioden frem til asylregistrering hos PU er gjennomført**

Direktoratene viser til punkt 3.1 og mener det er uklart om «asylsøker» i folketrygdlovens forstand forutsetter at asylregistrering er gjennomført, slik at personen kan dokumentere sin asylsøkerstatus og dermed sin rett til trygdedekning. Direktoratene er kjent med at helseforetak har sendt ut informasjon om at personer uten trygdedekning skal betale behandlings- og forpleiningsutgifter selv<sup>78</sup>, og at de anser asylsøkere uten dokumentasjon på sin status som person uten trygdedekning. HELFO vil også vanskelig kunne gi refusjon når trygderettighetene ikke kan dokumenteres.

Asylsøkernes trygderettigheter i perioden frem til asylregistrering er gjennomført bør derfor presiseres. Det må videre tydeliggjøres overfor foretak, kommuner og HELFO hva som skal være praksis i saker der personen som får behandling mv. ikke kan dokumentere sin status som asylsøker.

---

<sup>78</sup> Se blant annet spesialisthelsetjenesteloven § 5-3

## **VI) Vurderer om ansvaret for gjennomføring og finansiering av omsorgstjenester bør likestilles med ansvaret for helsetjenester**

Direktoratene viser til punkt 3.7 og mener det ikke er hensiktsmessig å opprettholde skillet mellom helse- og omsorgstjenester for voksne asylsøkere når lovendringene ellers har hatt til formål å oppheve dette skillet. Vi viser i den forbindelse til utvalgets flertall i NOU 2011:10 som anbefaler at *«asylsøkere gis rett til sosiale tjenester etter § 4 – 2 i sosialtjenesteloven, og at retten til tilsvarende tjenester videreføres i ny kommunal helse- og omsorgslov»*<sup>79</sup>.

En slik endring forutsetter imidlertid en gjennomgang og samordning av eksisterende finansieringsordninger, slik som toppfinansieringsordningene for ressurskrevende personer (som også omfatter asylsøkere), for å sikre at kommunene får dekket sine nødvendige utgifter for omsorgstjenester til asylsøkere. Direktoratene mener fullfinansiering av omsorgstjenester til asylsøkere er viktig for å sikre effektive og gode prosesser med kommunene ved opprettelse av nye asylmottak.<sup>80</sup>

## **VII) Utreder alternative modeller for finansiering av helsetjenester til asylsøkere**

I lys av de utfordringene og gråsonene som dagens finansieringsordning for helsetjenester til asylsøkere innebærer (se nærmere omtale i punkt 3), mener direktoratene at det er behov for å utrede alternative finansieringsmodeller for helsetjenester til asylsøkere.

Departementene bør for eksempel vurdere om finansieringen i all hovedsak bør skje gjennom helsebudsjettet, slik at finansieringen følger helsesektorens «sørge for ansvar». En slik modell vil være mulig etter modernisering av folkeregisteret, hvor alle asylsøkere skal få tildelt et D-nummer på tidspunktet for asylregistreringen<sup>81</sup>. Vi antar at asylsøkere med D-nummer kan inngå i beregningsgrunnlaget for rammeoverføringer og basisbevilgninger fra staten, slik det er tilfelle i dag for nordiske borgere og EØS-borgere med D-nummer. En engangsstønad ved opprettelse av mottak kan kompensere for eventuelle etableringskostnader og de manglende rammeoverføringene det første året på grunn av tidsforskyvninger i beregningsgrunnlaget.

Et annet alternativ er at finansieringen, slik som i dag, i hovedsak skal skje gjennom utlendingsforvaltningens budsjett, men med enkelte endringer. For eksempel bør man vurdere om satsene i vertskommunetilskuddet for plasser i transittmottak og ordinære mottak skal differensieres, eller om det skal utbetales en engangsstønad ved opprettelsen av store ankomstsenter eller ankomstmottak.

## **VIII) Gi målrettet informasjon om finansieringsordninger og finansieringsansvaret til alle relevante aktører**

Direktoratene mottar mange enkelthenvendelser fra ulike aktører med spørsmål om finansieringsansvar for helsetjenester til asylsøkere. Vi anbefaler at direktoratene sammen utarbeider kortfattet informasjon om finansieringsordninger og finansieringsansvaret for denne

<sup>79</sup> Se punkt 25, særlig punkt 25.5.9

<sup>80</sup> Asylsøkere inngår som sagt ikke i beregningsgrunnlaget til rammeoverføringene fra staten til kommune

<sup>81</sup> UDI og Skattedirektoratet er i gang med arbeidet og endringene skal etter planen tre i kraft 1.1.2017.

gruppen til alle relevante aktører, slik som kommunene, helseforetakene, mottak, driftsoperatører, fylkesmennene, HELFO, medisinske kompetansesentre og NAV.