

RAPPORT

HELSEBUDSJETTKOSTNADER AV Å GI IRREGULÆRE MIGRANTER HELSE- RETTIGHETER



MENON-PUBLIKASJON NR. 83/2021

Av Simen Pedersen, Iselin Kjelsaas og Nina Bruvik Westberg



Forord

På oppdrag for Røde Kors har Menon Economics belyst i hvilken grad forslaget om å gi irregulære migranter i Norge helserettigheter øker offentlig sektor sine helsebudsjettkostnader. Vi har også vært opptatt av å vise hvordan de økte helsebudsjettkostnadene fordeler seg på kommunesektoren, helseforetakene og Helfo.

Prosjektet har vært ledet av Simen Pedersen, med Iselin Kjelsaas og Nina Bruvik Westberg som prosjektmedarbeidere. Caroline Wang Gierløff har vært kvalitetssikrer. Arbeidet er gjennomført i perioden juni – september 2021.

Våre kontaktpersoner hos Røde Kors har vært Moa Nyamwathi Lønning, Kari Fyhn, Inga Laupstad og Håvard Solbakken Therkelsen.

Vi takker Røde Kors for et spennende oppdrag.

Forsidefoto: Røde Kors

September 2021

Simen Pedersen
Prosjektleder
Menon Economics

Innhold

SAMMENDRAG	3
1 BAKGRUNN	8
2 PROBLEMSTILLINGER, AVGRENSINGER OG METODISK TILNÆRMING	9
2.1 Problemstillinger	9
2.2 Forutsetninger og avgrensinger	9
2.3 Metodisk tilnærming	10
2.4 Ansvarsforhold og begrepsavklaring i det norske offentlige helsetilbudet	11
3 PROBLEMBESKRIVELSE OG NULLALTERNATIVET	13
3.1 Problembeskrivelse	13
3.2 Nullalternativet	14
4 TILTAK SOM DET VURDERES KONSEKVENSER AV	20
5 SPESIELT OM PULLEFFEKTEN	21
6 KOSTNADER AV AT IRREGULÆRE MIGRANTER FÅR HELSERETTIGHETER	22
6.1 Gjennomsnittlig budsjettkostnad per irregulære migrant	22
6.2 Økte kostnader – kommunale helse- og omsorgstjenester	24
6.3 Økte kostnader – fylkeskommunenes tannhelsetjenester	26
6.4 Økte kostnader – spesialisthelsetjenester	27
6.5 Økte kostnader – Helfo sine refusjonsutgifter	30
6.6 Brutto økning i helsebudsjettkostnader	30
6.7 Netto økning i helsebudsjettkostnader	33
6.8 Skattefinansieringskostnader	34
6.9 Prissatte samfunnsøkonomiske kostnader	35
7 FØLSOMHETSANALYSE	36
7.1 Følsomhet 1 – Omfanget av irregulære migranter i Norge i dag	36
7.2 Følsomhet 2 – Konsekvens av høyere og lavere kostnader av dagens tilbud	37
7.3 Følsomhet 3 – Konsekvens av en annen alderssammensetning for de irregulære migrantene	38
7.4 Følsomhet 4 – Konsekvens av at de irregulære migrantene benytter seg mindre av helsetjenestene	38
8 KONKLUSJON OG DRØFTING	40
8.1 Hovedfunn	40
8.2 Andre samfunnsøkonomiske virkninger	40
8.3 Verdien av omfordeling	41
REFERANSELISTE	43
VEDLEGG 1 – SKJEMA FOR UTFYLING AV TILBYDERE AV HELSETJENESTER FOR IRREGULÆRE MIGRANTER	45
VEDLEGG 2 – OVERSIKT OVER HVEM VI HAR INTERVJUET	49

Sammendrag

Retten til helse er en grunnleggende menneskerett, som understrekes av FNs verdenserklæring om menneskerettigheter fra 1948. Menneskerettigheter og humanitære hensyn taler for at alle som bor og oppholder seg i Norge skal ha rett til helsehjelp som er nødvendig og ikke kan vente. Irregulære migranter, som bor i Norge uten gyldige papirer på oppholdstillatelse, har imidlertid begrenset rett på helsehjelp utover nødvendig helsehjelp som ikke kan vente. FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter har i sin sjette rapport om Norge kritisert Norge for brudd på menneskerettighetene ved ikke å tilby irregulære migranter helsehjelp på linje med resten av befolkningen.

Uten tilstrekkelig helsehjelp kan helseproblemer utvikle seg til større fysiske og psykiske lidelser og risiko for smitte kan øke. En konsekvens av dagens regelverk kan være at pasienter ikke får nødvendig helsehjelp eller må vente til situasjonen blir akutt nok. Det kan i mange tilfeller være mer ressurseffektivt og bedre for pasienten å gi forebyggende og tidlige tjenester istedenfor å behandle mer alvorlige og akutte helseproblemer på et senere tidspunkt.

Menon Economics anslår at helsebudsjettet øker med 31 000 kroner per år per irregulære migrant som får helserettigheter. Anslaget er basert på forutsetningen om at helserettigheter til irregulære migranter utløser de samme helsebudsjettkostnader som nordmenn i samme aldersgruppe. Basert på at de irregulære migrantene lever et liv i frykt for å bli oppdaget og returnert, er det grunn til å tro at de har dårligere helse enn de kunne hatt (Øien & Sønsterudbråten, 2011). Det taler for at irregulære migranter har dårligere helse enn nordmenn i samme aldersgruppe. De samme argumentene taler imidlertid også for at de i en situasjon med helserettigheter vil oppsøke helsehjelp i mindre grad enn nordmenn med samme helseutfordringer.

En betydningsfull usikkerhet ved våre anslag knytter seg til hvor mange irregulære migranter som oppholder seg i landet. Basert på statistikk fra helsesentrene til Røde Kors og Kirkens Bymisjon i Oslo og Bergen og anslag fra 2006 og 2011 mener vi det er sannsynlig at omfanget av irregulære migranter utgjør et sted mellom 2 000 og 18 000 personer i dag. Legger vi disse ytterpunktene til grunn, finner vi at brutto helsebudsjettkostnad av å gi irregulære migranter helserettigheter utgjør mellom 63 og 565 millioner kroner per år. Trekker vi fra kostnadene ved dagens helsetilbud som faller bort ved innføringen av tiltaket og legger til kostnaden av å trekke inn skatter, utgjør den prissatte samfunnsøkonomiske kostnaden mellom 30 og 630 millioner kroner per år.

Røde Kors har bedt Menon om å anslå helsebudsjettkostnaden

På oppdrag fra Røde Kors har Menon gjennomført en utredning som belyser i hvilken grad innføring av helserettigheter for irregulære migranter øker de offentlige helsebudsjettutgiftene, for ulikt antall av irregulære migranter. Hovedproblemstillingen er derfor: *Til ulikt antall irregulære migranter, hva er kostnadene av å gi irregulære migranter helsetjenester i tråd med rettigheter til øvrig befolkning?*

Oppdraget er avgrenset til å vurdere brutto og netto innvirkning på samfunnets budsjettkostnader til helse. For å fange opp et mest mulig riktig samfunnsøkonomisk bilde har vi valgt å starte med å anslå den isolerte budsjettkostnaden av forslaget. Helsesentrene i Oslo og Bergen og flere kommuner yter helsetjenester til målgruppen i dag. Disse tilbudene blir overflødige eller erstattet av ordinære helsetjenester til målgruppen hvis forslaget trer i kraft. Vi har derfor valgt å belyse netto økning i de samfunnsøkonomiske kostnadene, ved å trekke fra dagens helseutgifter til målgruppen.

For alle tiltak som finansieres over offentlige budsjetter skal skattefinansieringskostnaden inngå i analysen. Skattefinansieringskostnaden omfatter kostnaden ved å hente inn en ekstra skattekrone. I sammenheng med

denne utredningen vil det si at helserettigheter til papirløse øker det offentlige finansieringsbehovet, som øker behovet for skatteinntekter. Økte skatter påvirker bruken av ressurser og kan føre til at det oppstår et effektivitetstap. I tillegg påløper administrative kostnader ved skatteinnkreving. Ifølge Finansdepartementet settes skattefinansieringskostnaden til 20 prosent av økningen i det offentlige finansieringsbehovet. For å gi et mest mulig riktig bilde av de samfunnsøkonomiske kostnadene av forslaget har vi derfor valgt å legge til skattefinansieringskostnaden.

Det kan argumenteres for at forslaget om å gi irregulære migranter helserettigheter utløser andre nytte- og kostnadsvirkninger. Den viktigste ikke-prissatte virkningen er at tiltaket vil medføre en økt netto nytte for de irregulære migrantene. Netto nytten for de irregulære migrantene tilsvarer differansen mellom nytten ved å innføre helserettigheter fratrukket kostnadene de blir påført (eksempelvis egenandeler). Nyten for de irregulære migrantene er i hovedsak bedre fysisk og psykisk helse, samt besparelser knyttet til reisetid og økt trykghetsfølelse. Bedre helse kan være et resultat av behandlingen de mottar eller at behandlingen er forebyggende og dermed forhindrer verre helse på sikt, enten for dem selv eller egne barn. Bedre helse vil videre kunne påvirke egen arbeidsevne og velferden til familie og venner, osv. At helsetjenester gjøres universelt tilgjengelig, snarere enn at tilbudet avhenger av hvem de møter i helsevesenet, vil også kunne påvirke irregulære migranternes stressnivå, og dermed også mentale helse.

Tiltaket omfatter at irregulære migranter får de samme rettighetene som nordmenn

Utredningen belyser kostnader av et tiltak som omfatter å gi irregulære migranter helserettigheter i tråd med rettigheter til øvrig befolkning, omtalt som tiltaksalternativet. Tiltaksalternativet baserer seg derfor på at det innføres helserettigheter for irregulære migranter i Norge og at disse får dekket helserettigheter på lik linje med nordmenn. Man kan likevel se for seg at rettigheter nyanseres ut fra aldersgrupper (f.eks. at barn og unge prioriteres) eller ut fra type tjeneste eller nivå (f.eks. tannhelse eller kommunale helsetjenester). For å synliggjøre konsekvenser for ulike deler av forvaltningen og gi et bedre grunnlag for diskusjon har vi delt opp tiltak og vurderinger ut fra tjenester som tilbys av hhv. helseforetak, kommuner og fylkeskommuner, se tabell A.

Tabell A Nullalternativet og tiltaksalternativet

	Kommunehelse (primærhelse, legevakt mv.) og pleie og omsorg	Spesialisthelse	Tannhelse
Nullalternativet	Helsesentre (Røde Kors og Kirkens Bymisjon) har tilbud i Bergen og Oslo, og kommunene har et tilbud i Trondheim og Kristiansand.	Flere sykehus har tilbud (bl.a. finnes det slike tilbud i Oslo og Trondheim), det blir også sendt flere henvisninger fra helsesentrene til spesialisthelsetjenesten.	Helsesentre (Røde Kors og Kirkens Bymisjon) har tilbud i Bergen og Oslo.
Tiltaksalternativet – Irregulære migranter får de samme helse-rettighetene som norske innbyggere	Helsehjelp gis uavhengig av oppholdsstatus.	Helsehjelp gis uavhengig av oppholdsstatus.	Helsehjelp gis uavhengig av oppholdsstatus.*

* I praksis vil det si at barn og unge (under 18 år) mottar gratis tannhelsehjelp (finansiert via NAV) og at personer som fyller 19-20 år i behandlingsåret får dekket 75 prosent av utgiftene fra NAV. Det finnes også en rekke unntak en voksen kan søke om refusjon for.

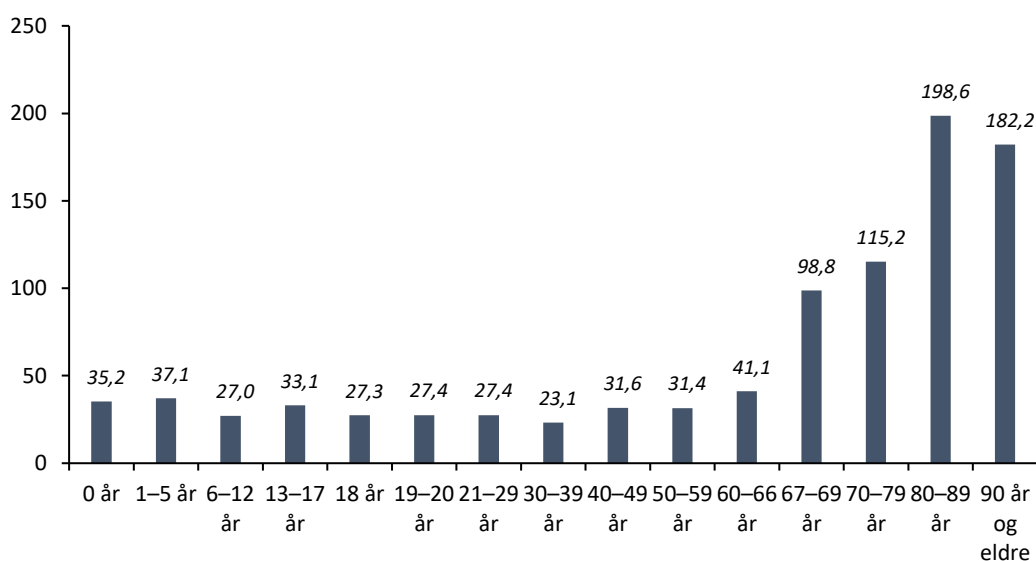
Vi anslår at hver irregulære migrant øker helsebudsjettet med 31 000 kroner per år

Et naturlig utgangspunkt for diskusjon av gjennomsnittlig budsjettkostnad per irregulære migrant er hvorvidt irregulære migranter sine helsebehov er like norske innbyggere sine helsebehov. Hvis det er tilfelle, er det mulig å ta utgangspunkt i helsekostnadene vi observerer for norske innbyggere. Basert på at de irregulære migrantene lever et liv i frykt for å bli oppdaget og returnert er det grunn til å tro at de har en dårligere helse enn nordmenn i samme aldersgruppe. De samme argumentene taler imidlertid også for at de som er i en situasjon med helserettigheter vil oppsøke helsehjelp i mindre grad enn nordmenn med samme helseutfordringer. Vi har derfor ikke faglig grunnlag for å si at irregulære migranter, i gjennomsnitt, koster helsebudsjettet mer eller mindre enn en gjennomsnittlig nordmann i samme aldersgruppe.

Et annet moment som er viktig å ta i betraktning er at sannsynligheten for dårlig helse og behov for helsehjelp i stor grad drives av alderen til den enkelte, både for norske innbyggere og irregulære migranter. Basert på tellinger fra helsesentrene i Oslo og Bergen vet vi en god del om alderssammensetningen blant de irregulære migrantene i Norge, herav hvordan alderssammensetningen blant irregulære migranter avviker fra alderssammensetningen blant norske innbyggere. Sammenliknet med norske innbyggere, er det en langt større andel i aldersgruppene 30-59 år, spesielt i gruppen 30-39 år.

Basert på gjennomgang av en rekke empiriske studier som sier noe om sammenhengen mellom nordmenns alder og behov for ulike typer helsetjenester og de faktiske helsekostnadene, finner vi at gjennomsnittlige kostnader per innbygger i ulike aldersgrupper varierer mellom 23 100 kroner (for de mellom 30 og 39 år) og 198 600 kroner (for de mellom 80 og 89 år). Figur A viser anslått gjennomsnittlig helsebudsjettkostnad for alle aldersgrupper. Legger vi til grunn aldersfordelingen til de irregulære migranter som har mottatt helsehjelp ved helsesentrene i Oslo og Bergen, finner vi at gjennomsnittlig helseutgift per person per år utgjør cirka 31 000 kroner. Til sammenligning er tilsvarende tall for den norske befolkningen 46 000 kroner.

Figur A Våre anslag på samlede gjennomsnittlige driftsutgifter til helsetjenester i 2020 per innbygger i Norge



Kilde: Menon Economics

I vår hovedberegning har vi valgt å legge til grunn at gjennomsnittlig helseutgift per person per år utgjør cirka 31 000 kroner. Det innebærer at vi baserer våre beregninger på forutsetningen om at de irregulære migrantene som har møtt opp på helsesentrene i Oslo og Bergen er et representativt utvalg av totalpopulasjonen av irregulære migranter. Årsaken til at vi har valgt å gjøre det slik er at vi ikke har andre data som fanger opp irregulære migranter sin aldersfordeling. For å synliggjøre konsekvensen av at denne forutsetningen kan være feil har vi i rapporten valgt å se nærmere på konsekvensen av at de irregulære migrantene har en annen aldersfordeling.

Den prissatte samfunnsøkonomiske kostnaden er anslått til mellom 30 og 630 millioner kroner per år

For å anslå samfunnsøkonomiske helsebudsjettkostnader må vi ta stilling til hvor mange irregulære migranter som oppholder seg i landet. Basert på statistikk fra helsesentrene til Røde Kors og Kirkens Bymisjon i Oslo og Bergen og anslag fra 2006 og 2011 mener vi det er sannsynlig at omfanget av irregulære migranter utgjør et sted mellom 2 000 og 18 000 personer i dag. Legger vi disse ytterpunktene til grunn, finner vi at brutto helsebudsjettkostnader av å gi irregulære migranter helserettigheter utgjør mellom 63 og 565 millioner kroner per år.

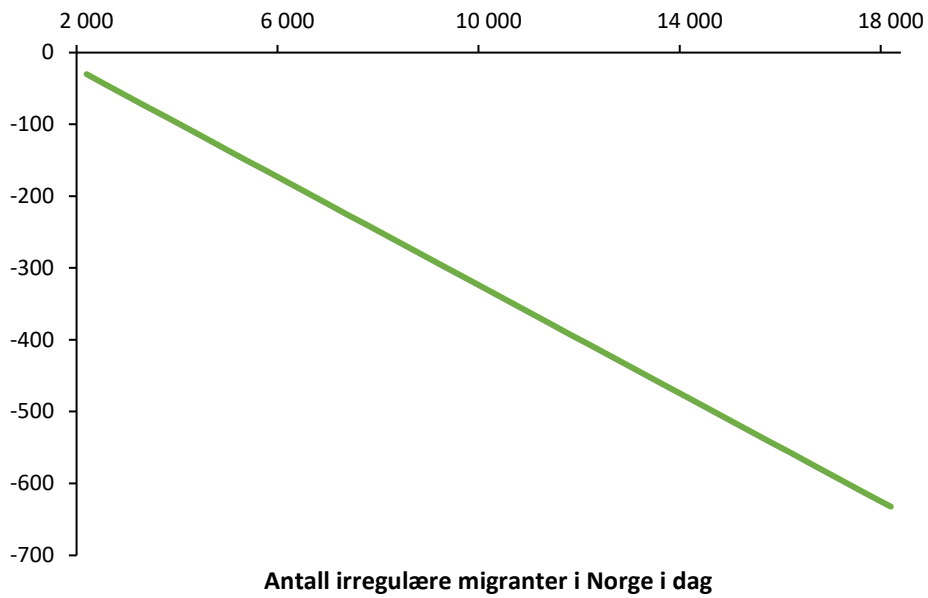
Bruttoanslagene tar ikke høyde for at det offentlige yter tjenester til irregulære migranter i dag i form av rekvireringer fra helsesentre og nødvendig helsehjelp som ikke kan vente. Vi anslår at dagens kostnad ved å yte helsetjenester til irregulære migranter utgjør 40 millioner kroner per år. For å få et mer riktig bilde av hvordan samfunnets kostnader vil øke står det sentralt å trekke fra disse kostnadene.

For alle tiltak som finansieres over offentlige budsjetter skal skattefinansieringskostnaden inngå i analysen. Skattefinansieringskostnaden er den marginale kostnaden ved å hente inn en ekstra skattekrone.

Ved å trekke fra kostnadene ved dagens helsetilbud til irregulære migranter (som faller bort ved tiltaket) fra bruttokostnaden og deretter legger til kostnaden av å trekke inn skatter finner vi at den prissatte samfunnsøkonomiske kostnaden utgjør mellom 30 og 630 millioner kroner per år. Sammenhengen mellom antall irregulære migranter i landet (den usikre størrelsen) og prissatte samfunnsøkonomiske kostnader er vist i figur B.

Figur B

Prissatte samfunnsøkonomiske kostnader for ulike nivåer av irregulære migranter som oppholder seg i Norge i dag, i millioner kroner per år



*Netto helsebudsjettkostnader pluss skattefinansieringskostnader. Kilde: Menon Economics

1 Bakgrunn

Som utgangspunkt er det bare personer som har lovlig opphold i Norge som har fulle rettigheter til helsehjelp. I tillegg til å ha lovlig opphold må man enten ha fast opphold i riket, være medlem av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester eller ha rett til helsehjelp iht. gjensidighetsavtale med annen stat som har fulle rettigheter til helsehjelp, jf. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 2.

Alle personer som oppholder seg i Norge har imidlertid rett på øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp som ikke kan vente, herunder også psykisk helsevern dersom personer er psykisk ustabile og utgjør nærliggende og alvorlig fare for seg selv eller andre, så vel som nødvendig helsehjelp før og etter fødsel, svangerskapsavbrudd og smittevernhjelp. Barn opp til 18 år uten lovlig opphold i Norge har dessuten rett til helse- og omsorgstjenester tilsvarende som for andre barn, men har ikke rett til å stå på fastlegeliste.¹

Personer over 18 år uten lovlig opphold i Norge år har gjennom helselovgivningen rett til øyeblikkelig helsehjelp og nødvendig helsehjelp som ikke kan vente mer enn tre uker, men har altså ikke tilsvarende helserettigheter som øvrig befolkning. Som utgangspunkt skal de også betale for helsehjelpen. Flere som oppholder seg i Norge får derfor ikke all helsehjelp de har behov for. Røde Kors oppgir at mange heller ikke får oppfylt rettighetene de har krav på. Begrenset tilgang til helsehjelp kan føre til at mennesker som oppholder seg i Norge ikke får hjelp til behandling og forebygging av fysiske og psykiske lidelser.

Kirkens Bymisjon og Røde Kors startet derfor opp Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo i 2009 og i Bergen i 2013/2014. Helsesentrene baserer seg på frivillig innsats fra fagpersoner som leger, sykepleiere, tannleger, sosionomer og fysioterapeuter. Helsesenteret for papirløse, Kirkens Bymisjon og Norges Røde Kors mener at alle som oppholder seg i Norge må ha rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, basert på helsefaglige vurderinger. De har derfor bedt partier om å gå inn for å sikre papirløse migranter og tilreisende EØS-borgere rett og tilgang til nødvendig helsehjelp, medisiner og tannbehandling basert på helsefaglige vurderinger.

EØS-borgere med oppholdsrett, men uten helsetrygdkort kan bevege seg fritt over landegrensene i EØS, men har begrenset tilgang på helsehjelp uten helsetrygdkort. Begrepet «papirløs» viser til migranter som mangler papirer på gyldig oppholdstillatelse. I denne rapporten bruker vi betegnelsen irregulære migranter, det vil si personer uten lovlig opphold - som oppholder seg i Norge uten gyldig oppholdstillatelse. Irregulær migrasjon er i hovedsak knyttet til avslag på asyl. En person kan imidlertid bli kategorisert som irregulær av flere årsaker, eksempelvis ved å bli i Norge utover varigheten av en tillatelse, jobbe uten å ha arbeidstillatelse eller å bli født inn i situasjonen. Selv om manglende lovlig opphold gir grunnlag for retur, er det ikke alle irregulære migranter som kan returnere til sitt hjemland verken frivillig eller med tvang. Lillevik og Tyldum (2021) identifiserte fire hovedgrupper av irregulære migranter i Norge basert på overlevelsesstrategi, i tillegg til personer i en overgangskategori (de «i fritt fall»):

- De «synlige»: personer som har fått endelig avslag på asylsøknaden, men som blir boende på mottak.
- De «avhengige»: personer som forsørges av noen med lovlig opphold i Norge.
- De «arbeidende»: personer som livnærer seg gjennom ulovlig arbeid.
- De «marginaliserte»: personer som lever av ulike former for kriminalitet eller prostitusjon.

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/innvandrere-asylsokere-og-flyktninger/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-for-personer-uten-lovlig-opphold>

2 Problemstillinger, avgrensinger og metodisk tilnærming

2.1 Problemstillinger

Røde Kors ønsker en utredning som belyser i hvilken grad innføring av helserettigheter for irregulære migranter øker de offentlige helseutgiftene, for ulike nivåer av irregulære migranter. Hovedproblemstillingen er derfor: *Til ulikt antall irregulære migranter, hva er kostnadene av å gi irregulære migranter helsetjenester i tråd med rettigheter til øvrig befolkning?* For å svare på dette spørsmålet må vi naturligvis ta stilling til og beskrive hva helserettigheter for irregulære migranter innebærer.

Det er viktig at rapporten er et reelt bidrag inn i diskusjonen om å innføre helserettigheter til irregulære migranter. For å sikre dette har vi valgt å supplere hovedproblemstillingen med følgende spørsmål basert på utredningsinstruksen (DFØ, 2018):

- Hva er problemene som skal løses med forslaget om å gi irregulære migranter helserettigheter?
- Hva er tilbudet og kostnadene ved dagens tilbud til irregulære migranter (nullalternativet)?
- Hvordan kan forslaget om å innføre helserettigheter til irregulære migranter operasjonaliseres?
- Hvilke andre positive og negative samfunnsøkonomiske effekter kan man forvente av forslaget om å introdusere helserettigheter for irregulære migranter?

Basert på hovedproblemstillingen for prosjektet legger vi mest vekt på hvordan tiltaket påvirker de offentlige helsebudsjettkostnadene. Vi anslår brutto og netto økning i det offentlige og samfunnets helsebudsjettkostnader. I tillegg omtaler vi andre ikke-prissatte kostnader og nyttevirkninger av tiltaket.

2.2 Forutsetninger og avgrensinger

Det er en utfordrende oppgave å anslå hvordan utgiftene til det offentlige helsetilbudet påvirkes av at irregulære migranter får rettigheter. Én viktig årsak er at budsjettkonsekvensene i stor grad vil avhenge av om tiltaket følges opp med mer budsjettmidler til offentlige helsetjenester. Man kan eksempelvis se for seg en situasjon der tiltaket ikke følges opp med økte overføringer til helseforetak, kommuner og fylkeskommuner. Konsekvensen av et slikt utfall, gitt dagens prioriteringskriterier, vil være at irregulære migranter sine rettigheter likestilles med nordmenn sine rettigheter. Alt annet likt er det grunn til å tro at flere nordmenn da må vente lengre på behandling, altså lengre helsekøer. Basert på problemstillingene er ikke dette et scenario vi bruker tid på, men vi kan ikke utelukke at det er en konsekvens. I gjennomføringen av dette arbeidet forutsetter vi imidlertid følgende:

- Alle nordmenn får sine helserettigheter dekket i dag og i fremtiden (selv om det i praksis kan være unntak fra dette)
- Irregulære migranter får dekket helserettigheter på lik linje med nordmenn i tiltaksalternativet

Prosjektet handler således om å si hvor mye helsebudsjettet må øke netto for å gi de irregulære migrantene de samme helserettighetene som norske innbyggere. Vi antar altså at helsebudsjettene øker til et nivå hvor helserettigheter til irregulære migranter ikke går på bekostning av helserettigheter til norske innbyggere.

Vi har valgt å avgrense prosjektet til å handle om hvordan innføringen av helserettigheter påvirker offentlige driftsutgifter innenfor helsesektoren. Vi ser dermed bort fra at innføring av helserettigheter til irregulære migranter kan utløse behov for kapasitetsøkende investeringer som må gjennomføres tidligere enn det i utgangspunktet var behov for i nullalternativet. Isolert sett taler det for at våre beregninger undervurderer den reelle

kostnaden ved å innføre rettighetene. Begrunnelsen for hvorfor vi har valgt å se bort fra disse kostnadene er todelt. Det ville krevd at vi hadde tatt stilling til hvor de irregulære migrantene oppholder seg, som det ikke finnes data på. Deretter måtte vi kartlagt kapasitet i primær- og spesialisthelsen på disse stedene. For deretter å vurdere om det er kapasitet, ville økt ventetiden og/eller utløst behov for å fremskynde investeringer. Siden vi ikke har data på hvor mange migranter som oppholder seg i landet er det en umulig oppgave.

Innføring av tiltak om å gi irregulære migranter rettigheter kan utløse andre samfunnsøkonomiske kostnads- og nyttevirkninger. Basert på det avgrensede mandatet for utredningen har vi kun valgt å systematisere og beskrive disse virkningene kvalitativt.

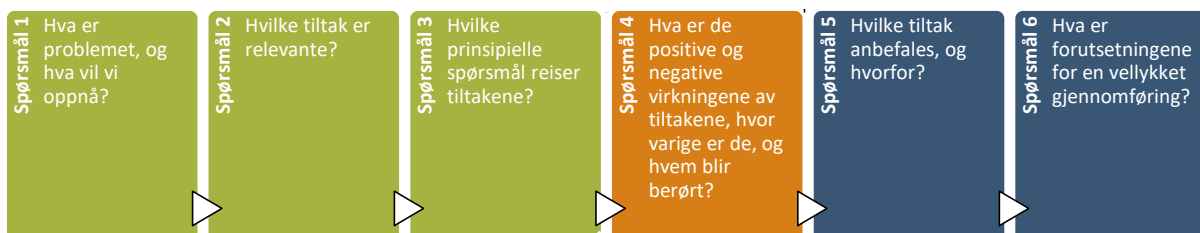
Vi har ikke gjort juridiske vurderinger av tiltaket eller vurdert behov for administrative eller tekniske endringer, eksempelvis for å kunne journalføre opplysninger om irregulære migranternes helse. Vurderinger og anslag er beheftet med stor usikkerhet.

Anslagene kan betraktes som eksempelberegninger gitt forutsetninger om bl.a. antall irregulære migranter og deres aldersfordeling. Beregningene tar utgangspunkt i ett år (2020). EØS-borgere uten helsetrygdkort er ikke omfattet av utredningen.

2.3 Metodisk tilnærming

Vår overordnede metodiske tilnærming til prosjektet er at vi innenfor prosjektmandatet forsøker å svare ut sentrale spørsmål i utredningsinstruksen, som er til bruk ved utredninger av statlige tiltak (DFØ, 2018). Instruksen omfatter at man for enhver utredning av statlige tiltak skal stille seg seks spørsmål, se Figur 2.1.

Figur 2.1 De seks spørsmålene i utredningsinstruksen



Kilde: Menon Economics basert på DFØ (2018).

Vi starter med å gi en kort beskrivelse av problemet med at irregulære migranter som oppholder seg i Norge ikke har helserettigheter i dag og beskriver nullalternativet, se kapittel 3. I kapittel 4 gjennomgår og operasjonaliserer vi hva tiltaket med å gi irregulære migranter helserettigheter vil si i praksis. Dette kapittelet kunne naturligvis inneholdt konkretisering av andre måter å løse problemet på, som styrking av eksisterende helsesentre. Vi svarer altså ikke fullt ut på spørsmål 2 i utredningsinstruksen, fordi den som et utgangspunkt skal omfatte alle relevante tiltak for å løse problemet. Årsaken til innsnevringen er at det ikke er definert innenfor mandatet av prosjektet. Det ligger heller ikke til mandatet at vi diskuterer prinsipielle spørsmål ved forslaget (spørsmål 3 i utredningsinstruksen). Vi kommer imidlertid innom prinsipielle avveininger i diskusjoner i rapporten.

Tiltaket kan innebære at flere irregulære migranter kommer til Norge enn hva som ellers ville vært tilfelle og/eller at irregulære migranter blir værende lengre i landet enn de ellers ville gjort. «Pulleffekten» av tiltaket er særskilt omtalt i kapittel 5. Kostnadene av forslaget er dokumentert i kapittel 6. I kapittelet 7 gjør vi følsomhetsanalyser

av sentrale forutsetninger. Til sist oppsummerer vi hovedfunn og drøfter kort andre samfunnsøkonomiske virkninger og omfordeling i kapittel 8.

Basert på virkningene vi prissetter og ikke prissetter er det ikke faglig grunnlag for å konkludere om tiltaket er samfunnsøkonomisk lønnsomt, eller konkludere med forutsetninger for vellykket gjennomføring. Slik sett svarer vi ikke på spørsmål 5 og 6 i utredningsinstruksen.

I prosjektet har vi intervjuet sentrale representanter fra helsesentrene til Røde Kors og Kirkens Bymisjon i Oslo og Bergen og kommunene Trondheim og Kristiansand. Hovedformålet med intervjuene har vært å få innsikt i dagens tilbud, kostnadene ved dagens tilbud (reelle kostnader og frivillig innsats) og alderssammensetningen til irregulære migranter i Norge.

Utover intervjuene har vi gjennomført en litteraturgjennomgang med hensikt å identifisere kostnaden per innbygger til kommunehelse, pleie og omsorg, tannhelse og spesialisthelsetjeneste. Vi har også innhentet, sammenstilt og analysert utgiftstall fra KOSTRA (KOMMUNE-STAT-RAPPORTERING)² og statistikk over utgifter til helseforetakene.

Vi gjennomfører ikke en fullstendig kost-nytte-analyse av innføring av helserettigheter for irregulære migranter, og forsøker dermed heller ikke å prissette eller beskrive kvalitativt omfanget av nettonytten. Det er likevel verdt å merke seg at dersom man skulle gjennomført en full samfunnsøkonomisk analyse, ville det vært naturlig å behandle nettonytten for irregulære migranter som en samfunnsøkonomisk virkning for Norge, som følge av Norges internasjonale forpliktelser over mennesker.³ Det er også verdt å merke seg at man i samfunnsøkonomiske analyser av norske samferdselsinvesteringer også medregner utenlandske trafikanters nytte.⁴

2.4 Ansvarsforhold og begrepsavklaring i det norske offentlige helsetilbudet

Det er ulike måter å definere helsetjenester på. For å ha en ryddig gjennomgang står det sentralt å tydeliggjøre ansvarsforhold og begreper. Vi starter med kommunene. Norske kommuner har ansvaret for:

- *Kommunehelsetjenester.* Kommunehelsetjenesten er en samlebetegnelse på alle helsetjenestene kommunene har ansvar for å drive. Kommunehelsetjenesten omfatter oppgaver innenfor forebyggende helsearbeid, diagnostikk og behandling og medisinsk rehabilitering.⁵ Det er flere eksempler på at pleie og omsorg defineres innenfor kommunehelse. Vi har valgt å se på kommunehelsetjenester og pleie- og omsorgstjenester hver for seg.
- *Pleie- og omsorgstjenester.* Pleie- og omsorgstjeneste er en samlebetegnelse på den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste som sørger for stell, pass og tilsyn med syke eller funksjons-

² KOSTRA er et nasjonalt rapporteringssystem som kommuner og fylkeskommuner bruker til å rapportere til staten ved Statistisk sentralbyrå.

³ FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen) og FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

⁴ Bruk av vei og helsevesenet skiller seg noe fra hverandre, da sistnevnte i større grad innebærer eksklusivitet i bruk. En lege vil ikke kunne hjelpe to pasienter samtidig, mens en veistreking kan brukes av flere samtidig (inntil et visst antall).

⁵ Braut, Geir Sverre: kommunehelsetjenesten i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 13. september 2021 fra <https://sml.snl.no/kommunehelsetjenesten>

hemmede slik at de kan få nødvendige og forsvarlige tjenester og dessuten utført daglige gjøremål og om mulig også øke evnen til å ta vare på seg selv.⁶

I det følgende bruker vi betegnelsen helse- og omsorgstjenester som fellesbetegnelse på kommunenes helse- tjenesteoppgaver.

Norske fylkeskommuner har ansvar for:

- *Tannhelsetjenesten.* Det innebærer å sikre et regelmessig og oppsøkende tannhelsetjenestetilbud til barn og unge inntil det året de fyller 18 år. Dette gjelder også personer med psykisk utviklingshemning samt til grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og som mottar hjemmesykepleie. Ungdom, inntil det året de fyller 20 år, omfattes også av lovbestemmelsen om obligatoriske tjenester fra fylkeskommunen, men disse er gitt prioritet etter de andre nevnte gruppene. I tillegg til de prioriterte oppgavene kan den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksne betalende pasienter i samsvar med den tannhelseplanen som er vedtatt for fylket.⁷

Helseforetak er en samlebetegnelse på regionale helseforetak (RHF) og helseforetak (HF) som ble opprettet etter at staten tok over ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene 1. januar 2002. Det er staten gjennom Helse- og omsorgsdepartementet som står som eier av de regionale helseforetakene. Videre er det staten gjennom de regionale helseforetakene som eier helseforetakene.⁸ Helseforetakene har overordnet ansvaret for:

- Somatiske helsetjenester
- Psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Psykisk helsevern for barn og unge
- Ambulanse og pasienttransport

Disse helsetjenestene løses i størst grad av statlige helseforetak (HF/RHF), men også av private helseinstitusjoner. I det videre omtaler vi alle helsetjenester levert av spesialister, uavhengig av om de er ansatt i offentlig eller privat virksomhet, som spesialisthelsetjenesten.

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat med et spesielt ansvar for⁹:

- Refusjon av utgifter til helseaktører for pasientbehandling
- Refusjon av utgifter til innbyggere for legemidler og medisinsk forbruksmaterieil
- Helfo gir veiledning til brukerne på nett og på telefon

⁶ Braut, Geir Sverre: pleie- og omsorgstjeneste i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 13. september 2021 fra https://sml.snl.no/pleie_og_omsorgstjeneste

⁷ Braut, Geir Sverre: tannhelsetjeneste i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 13. september 2021 fra <https://sml.snl.no/tannhelsetjeneste>

⁸ Braut, Geir Sverre: helseforetak i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 13. september 2021 fra <https://sml.snl.no/helseforetak>

⁹ Helfo (2018). *Helfos organisasjon [nettdokument]*. Tønsberg: Helfo (sist faglig oppdatert 15. februar 2019, lest 13. september 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helfo.no/om-helfo/helfos-organisasjon>

3 Problembeskrivelse og nullalternativet

3.1 Problembeskrivelse

Retten til helse er en grunnleggende menneskerett, som understrekes av FNs verdenserklæring om menneskerettigheter fra 1948. Menneskerettigheter og humanitære hensyn taler for at alle som bor og oppholder seg i Norge skal ha rett til helsehjelp som er nødvendig og ikke kan vente, noe som også ble presisert i innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen, Innst. 262 S (2020-2021). Irregulære migranter, som bor i Norge uten gyldige papirer på oppholdstillatelse, har imidlertid begrenset rett på helsehjelp utover nødvendig helsehjelp som ikke kan vente. FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter har i sin sjettede rapport om Norge kritisert Norge for brudd på menneskerettighetene ved ikke å tilby irregulære migranter helsehjelp på linje med resten av befolkningen.

Det er imidlertid politisk uenighet om spørsmålet om mennesker med ulovlig opphold skal ha helserettigheter utover nødvendig helsehjelp som ikke kan vente. Argumenter mot knytter seg bl.a. til innvandringsregulerende hensyn og at slike rettigheter gir økte kostnader (som gjør at man må prioritere noe annet ned). Det er også uklart hvor mange irregulære migranter som oppholder seg i Norge i dag og hvor stor en eventuell «pulleffekt» ville vært dersom man innførte bedre helserettigheter for irregulære migranter (se nærmere drøfting i delkapittel 5).

Det er likevel en utfordring i dag at irregulære migranter i Norge ikke har helserettigheter på linje med andre i landet. I representantforslag 46 S (2020-2021) vises det blant annet til at det er viktig for folkehelsen at alle som bor og oppholder seg i Norge har nødvendig tilgang på god helsehjelp. Uten tilstrekkelig helsehjelp kan helseproblemer utvikle seg til større fysiske og psykiske lidelser og risiko for smitte kan øke. Røde Kors og Kirkens Bymisjon har gjennom drift av Helsesenteret for papirløse sett at begrenset tilgang på helsehjelp kan få store humanitære konsekvenser og at pasienter uten hjelp til å oppdage og følge opp alvorlig sykdom og livsnødvendige medisiner ville fått alvorlige lidelser og plager. En konsekvens av dagens regelverk kan være at pasienter ikke får nødvendig helsehjelp eller må vente til situasjonen blir akutt nok. Det vil i mange tilfeller være mer ressurseffektivt og bedre for pasienten å gi forebyggende og tidlige tjenester istedenfor å behandle mer alvorlige og akutte helseproblemer på et senere tidspunkt.

Helsepersonell kan oppleve det som belastende å gi helsehjelp til irregulære migranter fordi de stilles overfor krevende utfordringer som manglende refusjonsordninger og å stå alene med problemer de ellers kunne fått bistand fra andre offentlige tjenester til (Lillevik & Tyldum, 2021). Også andre i det offentlige kan bli stående alene med vanskelige avveininger i møte med irregulære migranter. I representantforslaget vises det også til oppropet «Vi er helsepersonell. La oss gjøre jobben vår.». Når irregulære migranter har begrenset hjelp til helserettigheter, kan norsk helsehjelp stilles overfor en avveining mellom å ivareta gjeldende regelverk og fravike et grunnleggende prinsipp om å gi helsehjelp basert på behov. I oppropet vises det til at rett til helsetjenester må ta utgangspunkt i individets medisinske og psykologiske behov og ikke innvandringsregulerende hensyn. I flere tilfeller blir det opp til frivilligheten å levere tjenester til nødvendig behandling. Det bør dessuten nevnes at irregulære migranter er i en sårbar situasjon og gjerne mangler ressurser, og at de ikke nødvendigvis har mulighet til å forlate landet selv om de ønsker.

I praksis kan også rettighetene være mer begrenset enn hva lovverket legger opp til. Irregulære migranter har ikke tilgang på fastlege og de skal i utgangspunktet betale for helsetjenestene. Det er imidlertid ikke gitt at irregulære migranter har evne til å betale for helsetjenestene de har behov for, eller at de har full informasjon om sine rettigheter. Det kan bidra til at de kvier seg for å oppsøke hjelp og/eller begrense hjelpen de får. I verste

fall kan dette få konsekvenser for liv og helse, for eksempel dersom gravide kvinner vegrer seg for å oppsøke hjelpen de har krav på. Hva som er nødvendig helsehjelp og som ikke kan vente vil dessuten i mange tilfeller være krevende å vurdere, og praksis kan variere.

3.2 Nullalternativet

Nullalternativet beskriver dagens situasjon og fremtidig utvikling uten ytterligere tiltak på området, utover hva som allerede er besluttet og gitt finansiering. I dette tilfellet er det relevant å se på omfanget av irregulære migranter i Norge i dag og hvordan antallet forventes å utvikle seg fremover i tid, samt hvilke kostnader som er forbundet med tilbudt helsehjelp til irregulære migranter i dag.

Beskrivelsen av nullalternativet burde ideelt sett også omfattet en beskrivelse av kostnadene ved at irregulære migranter ikke har helserettigheter i dag. Vi har imidlertid ikke faglig grunnlag for å konkludere rundt omfanget av disse kostnadene.

Antall irregulære migranter i Norge

Det foreligger ingen oppdaterte anslag over antall irregulære migranter i Norge. I det følgende presenterer vi det som foreligger av tidligere tall samt gjør noen betraktninger rundt dagens anslag basert på et begrenset tilgjengelig tallmateriale.

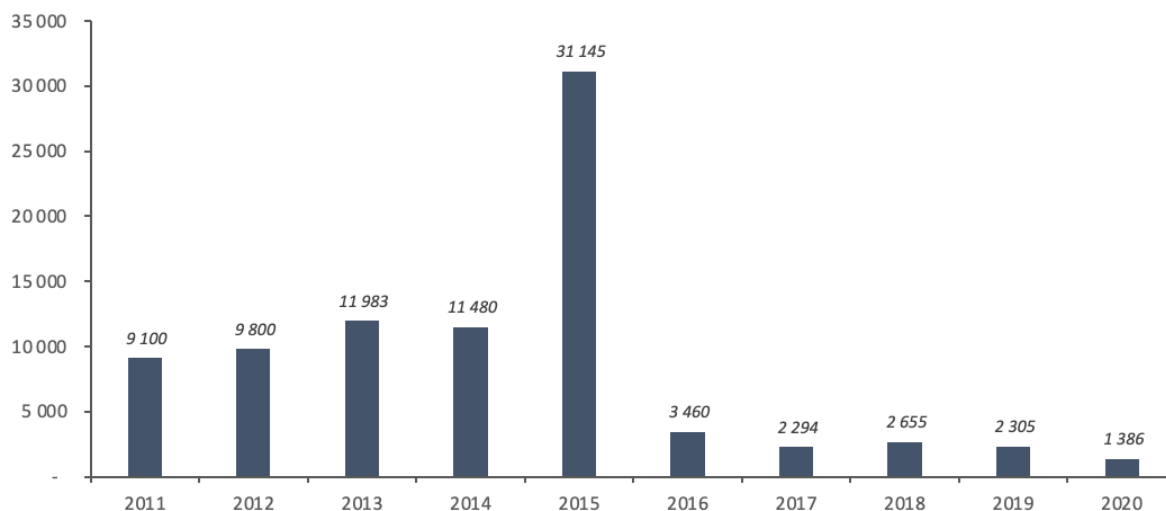
Statistisk sentralbyrå (SSB) anslø antall papirløse per 1. januar 2006 til mellom 10 500 og 31 900 personer (Zhang 2008), med et gjennomsnitt på rundt 18 200 personer. Dette tilsvarer rundt 0,4 prosent av antallet personer offisielt bosatt i Norge.¹⁰ Størsteparten ble anslått å være tidligere asylsøkere (med avslag) mens de resterende aldri hadde søkt om asyl. Anslaget er basert på en rekke kilder fra SSB og UDI, og er heftet med usikkerhet. Intervallet på antall personer gir kun et øyeblikksbilde for 2006 og reflekterer ikke nødvendigvis antallet irregulære migranter i Norge i 2021. Oxford Research (2014) la til grunn et nedre anslag på 20 900 personer med ulovlig opphold, et middels anslag på 35 400 og et øvre anslag på 62 800 for 2010 ifm. en kartlegging for Utlendingsdirektoratet og Justis- og Beredskapsdepartementet.

Det er grunn til å tro at det er fluktasjoner i antallet irregulære migranter som befinner seg i Norge. Antall irregulære migranter i ett bestemt år kan beskrives som en størrelse bestående av irregulære migranter som har kommet til landet i foregående år, pluss nyankomne irregulære migranter og fratrukket antallet irregulære migranter som forlater landet. Hva som påvirker irregulære migranternes valg om å komme til eller forlate landet vil variere fra år til år og person til person. Eksempelvis er det grunn til å tro at antall irregulære migranter økte i forbindelse med flyktningkrisen i 2015. Som vist i figuren under, økte antall asylsøkere drastisk det året. Blant de som etter hvert fikk avslag på søknaden sin, vil det være et større antall enn fra tidligere år som kan ha valgt å bli igjen i landet. Tilsvarende har andre endringer trolig medført at flere irregulære migranter har forlatt landet. Eksempelvis medførte Skatteetatens endrede praksis for utstedelse av skattekort i 2011 at færre irregulære migranter fikk fornyet sine skattekort. Dette gjorde det vanskeligere å arbeide, og påvirket trolig noen til å dra. Utvidet bruk av tvangsreturavtaler med ulike land de siste årene samt støtteordninger for å forlate landet har også trolig bidratt til at flere har dratt. Statistikken til UDI viser at omfanget av asylsøkere med avslag som bor på asylmottak har falt drastisk de siste åtte årene. Ved utgangen av juli 2021 var det 706 personer i mottak med utreiseplikt, dvs. personer med avslag om asyl (UDI, 2021). Til sammenlikning var det 4 960 personer med utreiseplikt i 2012 (Haarberg og Lystry, 2014) og 3 013 personer i 2015 (UDI, 2015). Videre har det siste halvannet års innføring av reiserestriksjoner i forbindelse med Covid-19-pandemien trolig begrenset innreisen

¹⁰ Definerert som "irregular residents population with non-EU origins".

av «nye» irregulære migranter. Vi har ikke mulighet til å tallfeste hvordan ovennevnte og andre endringer har påvirket antallet irregulære migranter i Norge.

Figur 3.1 Antall asylsøkere til Norge per år i perioden 2011-2020



Kilde: UDIs årsrapporter

En alternativ måte å angripe problemstillingen på er å ta utgangspunkt i det som foreligger av oppdatert statistikk. Det er viktig å understreke at disse tallene kun viser deler av et mer oppdatert øyeblikksbilde av antall irregulære migranter i landet.

Pasientstatistikk til de fire aktørene som per i dag tilbyr gratis primærhelsehjelp gir en indikasjon på minimumsantallet irregulære migranter. Helsesenter for papirløse i Oslo behandlet i 2020 505 pasienter. Dette er en nedgang sammenlignet med tidligere år. Særlig har antall nye pasienter falt, trolig et resultat av reiserestriksjoner både innenlands og fra utlandet som følge av pandemien. Helsesenteret for papirløse migranter i Bergen gjennomførte konsultasjoner med 566 pasienter samme år, hvorav noen vil kunne være samme person (Røde Kors, 2021). Flyktningehelseteamet i Trondheim rapporterer om at de ga helsehjelp til 120 irregulære migranter i både 2019 og 2020. Vi har ikke tilsvarende tall fra helsetilbyderne i Kristiansand kommune. Under antakelsen om at samme person ikke oppsøker tilbudene i Bergen, Oslo og Trondheim i løpet av samme år og at pasientene i Bergen i hovedsak er unike personer, tilsvarer dette totalt mellom 1 000 og 1 500 personer. Vi vet ikke hvor stor andel av pasientene som er irregulære migranter, en uvisst andel er trolig EØS-borgere. Videre vil ikke alle irregulære migranter ha behov for helsehjelp i et bestemt år, og blant de som har et behov vil ikke alle oppsøke helsesentrene. Sistnevnte forhold kan skyldes at reisedistansen er for lang, risikoen oppleves som for stor eller at tilbudet ikke er kjent. Det reelle antallet irregulære migranter i Norge er dermed høyere enn 1 000-1 500 personer, men uvisst hvor mye mer.

I diskusjonen av et høyt anslag på antallet irregulære migranter i Norge er det nærliggende å ta utgangspunkt i SSBs anslag fra 2006 på mellom 10 500 og 31 900 personer (Zhang, 2008). Basert på innstramningene som har kommet som en følge av flyktningkrisen i 2014/15 og Covid-situasjonen fra 2020 er det grunn til å tro at antallet irregulære migranter er betydelig lavere enn i 2006.

Vi har ikke faglig grunnlag for å konkludere rundt hvor mange irregulære migranter som oppholder seg i Norge i dag eller hvor mange som vil gjøre det i fremtiden. Røde Kors har vært i kontakt med UDI angående tematikken,

som vurderte at det ikke var mulig å gjøre nye beregninger på nåværende tidspunkt. I stedet har vi måttet behandle omfanget av irregulære migranter som svært usikre størrelser. Resultatet av utredningen vil derfor ikke lede oss frem til et svar med to streker under, men et sannsynliggjort kostnadsintervall. Som et utgangspunkt har vi i våre beregninger lagt til grunn at antall irregulære migranter i Norge i dag er et sted mellom 2 000 og 18 000.

I tråd med at vi ikke kjenner antallet irregulære migranter, vet vi også i begrenset grad noe om hvor de irregulære migrantene oppholder seg. Det er likevel grunn til å tro at en større andel irregulære migranter oppholder seg i storbyene, både fordi det er lettere å skjule seg der, men også fordi byene byr på flere mulige arbeidsplasser, deriblant i servicenæringen. Det begrensede helsetilbudet som gis i dag er også lokalisert i noen få storbyer, i tillegg tilbyr enkelte byer akuttinnkvartering. Vi vet heller ikke aldersfordelingen til de irregulære migrantene. Gitt besøksstatistikk til helsesenteret i Oslo er det likevel grunn til å tro at en større andel av de irregulære migrantene i Norge i all hovedsak er i aldersgruppen mellom 21 og 60 år.

Kostnader ved dagens helsetilbud til irregulære migranter

Kostnader ved dagens tilbud til irregulære migranter kan deles inn i det offisielle tilbudet fra fire aktører samt det uformelle helsetilbudet fra enkeltstående personer i helsevesenet. Flere sykehus har også et tilbud til irregulære migranter. I tillegg kommer privatpersoners bidrag i form av kjøp av medisiner osv.

Per i dag er det fire aktører som tilbyr gratis helsehjelp til irregulære migranter i Norge. Oslo Røde Kors og Kirkens Bymisjon driver Helsesenter for papirløse i Oslo, i tillegg drifter Kirkens Bymisjon Helsenter for papirløse migranter i Bergen. Begge sentrene mottar noe støtte fra kommunen de er lokalisert i. Personer som oppsøker senterne tilbys gratis helsehjelp, i form av konsultasjon med lege, sykepleier, psykolog, fysioterapeut og tannlege. I landet ellers kjenner vi kun til Trondheim og Kristiansands kommunale helsesentre i tilknytning til asylmottak.

Tabell 3.1 oppsummerer helsesentrene i Oslo og Bergens egenrapporterte driftskostnader i 2020, samt prissetter verdien av antall frivillige arbeidstimer nedlagt samme år. Driftskostnadene, inkludert kostnader til lønnet arbeid, utgjør til sammen rundt 10 millioner kroner. Dersom vi prissetter verdien av de frivillige arbeidstimene ved helsesentrene i Oslo og Bergen i tråd med Statistisk sentralbyrås (SSB) satellittregnskap for ideelle og frivillige organisasjoner, tilsvarer dette rundt 3,8 millioner kroner i 2020. Se Tekstboks 3.1 for en omtale av beregningsmetoden. De samlede prissatte kostnadene knyttet til drift av helsesentrene i Oslo og Bergen er dermed på rundt 13,8 millioner kroner. I tillegg kommer kostnader knyttet til drift av helsetilbudet i Trondheim, Kristiansand og eventuelt andre kommuner vi ikke har informasjon om.

Tabell 3.1 Kostnader ved dagens offisielle tilbud til papirløse, 2020-priser

Aktør	Driftskostnader, inkludert lønnet arbeid	Antall frivillige arbeidstimer	Prissatt verdi av frivillige arbeidstimer	Totale kostnader
Helsesenteret for papirløse migranter i Bergen	1 554 000 kr	1 160	433 000 kr	1 987 000 kr
Helsesenter for papirløse i Oslo	8 475 000 kr	8 970	3 364 000 kr	11 839 000 kr
Totalt				13 826 000 kr

Kilde: Menon Economics, basert på årsrapportene til helsesentrene i Oslo og Bergen.

Det er grunn til å tro at vi undervurderer verdien av de frivillige arbeidstimene, se omtale Tekstboks 3.1. Samtidig er tilbudet ved helsesentrene åpent for andre enn irregulære migranter, deriblant EØS-borgere med oppholdsrett, men uten trygdekort. Deler av helsehjelpen og verdien av denne inngår derfor ikke i nullalternativet for kostnader til helsehjelp til irregulære migranter. Vi vet ikke hvor stor andel av kostnadene som går med til å dekke behovene til andre personer enn irregulære migranter.

Tekstboks 3.1 Prissetting av frivillige timer ved helsesentrene i Oslo og Bergen

For å få et anslag på samlede kostnader ved helsesentrene må vi prissette frivillige timer. Ifølge Rundskriv R-109/14 til Finansdepartementet (2014) skal tid verdsettes etter alternativkostnadsprinsippet. Det er ikke opplagt hvilken timepris vi skal bruke til å prissette de frivillige arbeidstimene, da vi ikke vet de frivilliges alternativkostnad.

I SSBs satellittregnskap for ideelle og frivillige organisasjoner tilsvarer verdien av frivillige timer målt i årsverk verdien av ett årsverk med lønnet arbeid innen tilsvarende eller tilnærmet lik sektor (Dam & Westberg, 2012). Lønnskostnadsekvivalenter for ulønnet arbeid er den beregnede verdien av frivillig, ulønnet arbeidsinnsats. De frivillige årsverkene er verdsatt lavere enn lønnet arbeid i tilsvarende næring, under antakelsen om at frivillig arbeid i større grad er ufaglært enn lønnet arbeid.

For å sikre sammenlignbarhet med prissetting av annet frivillig arbeid, velger vi å prissette de frivilliges arbeid med årsverkskostnadene i satellittregnskapet. Vi vet at flesteparten av de frivillige ved helsesentrene i Oslo og Bergen er faglærte (Røde Kors og Kirkens Bymisjon, 2021). Ved å følge satellittregnskapets metode undervurderer vi dermed potensielt verdien av de frivilliges arbeid. Samtidig er det ikke opplagt at gjennomsnittslønnen til personer innen helse- og sosialtjenester er en mer realistisk pris enn det som brukes i satellittregnskapet, da vi her er ute etter alternativkostnaden.

Satellittregnskapet skiller mellom 11 hovedkategorier med aktiviteter med tilhørende lønnskostnader per årsverk. Aktivitetene som gjennomføres ved helsesentrene sammenfaller med hovedkategoriene *Helse* og *Sosiale tjenester*. Vi bruker derfor et gjennomsnitt av disse to årsverkskostnadene, dvs. 638 663 kr i 2020-kroner, til å prissette verdien av timene.¹¹ Under antakelsen om at 1 703 timer tilsvarer ett årsverk, i tråd med hva som gjøres i satellittregnskapet, tilsvarer den samlede verdien av frivilliges innsats ved helsesentrene i Oslo og Bergen rundt 3,8 millioner kroner i 2020.

Det er verdt å merke seg at i en samfunnsøkonomisk analyse prissettes arbeidstid med brutto reallønnskostnader, dvs. inklusiv arbeidsgiveravgift og sosiale avgifter. De reelle arbeidskraftkostnadene ved å sysselsette de frivillige vil dermed være høyere. I tillegg er lønnskostnadene i satellittregnskapet justert for at arbeidet gjennomføres av ufaglærte, noe som i mindre grad er tilfelle ved helsesentrene.

¹¹ Satellittregnskapet ble sist oppdatert for frivillig arbeid i 2017, der de tilgjengelige lønnskostnadene er oppgitt i 2017-priser. For å komme frem til et anslag på lønnskostnader per frivillig årsverk i 2020, tar vi utgangspunktet i lønnskostnader per årsverk for 2017 og prisjusterer dette med konsumprisindeksen (KPI) for å hensynta endringer i prisnivå fra 2017 til 2020. Verdien av ett årsverk i 2020 har også endret seg fra 2017 som følge av produktivitetsøkninger. I tråd med Veilederen i samfunnsøkonomiske analyser (DFØ, 2018), realprisjusteres også lønnskostnadene (verdien av tid) med veksten i bruttonasjonalprodukt (BNP) per innbygger i samme periode, dvs. 2017-2020.

Helsesenteret i Oslo (og trolig også Bergen) henviser til spesialisthelsetjenesten ved behov. Selve utarbeidelsen av henvisningen er dekket av utgiftene ved helsesentrene, men ikke kostnadene ved å følge opp henvisningene i spesialisthelsetjenesten. Helsesenteret i Oslo oppgir å gi mellom 250 og 300 henvisninger per år. Helsesenteret i Bergen oppgir at 445 ble behandlet i egne lokaler og at 186 ble henvist videre. Samlet sett kan vi derfor konkludere med at det er et sted mellom cirka 430 og 480 henvisninger fra Helsesentrene i Oslo og Bergen. I tillegg kommer eventuelle henvisninger andre steder i landet. Basert på disse tallene tror vi at det henvises et sted mellom 430 og 600 ganger per år.

Samlet for hele spesialisthelsetjenesten ble det i 2020 gjennomført 11 853 877 polikliniske konsultasjoner. På dette grunnlaget kan vi anta at 0,025-0,05 promille av utgiftene til spesialisthelsetjenesten ligger inne i nullalternativet. Med driftskostnader minus avskrivninger lik 149,7 milliarder til spesialisthelsetjenesten, se delkapittel 6.4, ender vi på et sted mellom rundt 5,5 og 8,0 millioner kroner per år for 430-600 henvisninger. Da antar vi at en henvisning utløser en konsultasjon og at det koster 12 600 kroner per konsultasjon i spesialisthelsetjenesten.

I alle landets kommuner vil det i tillegg være opp til den enkelte lege, jordmor, sykepleier osv. å vurdere om de vil tilby gratis eller rabatterte helsehjelp til irregulære migranter. Omfanget av dette er ikke kjent, utover at vi fra en rekke nyhetssaker vet at dette forekommer. Asylsøkere som blir boende på mottak etter avslag, har ifølge Fafo (2021) mulighet til å søke støtte fra UDI for å dekke helseutgifter. Vi kjenner ikke omfanget av helseutgifter som dekkes gjennom denne ordningen.

Tabell 3.2 oppsummerer identifiserte kostnader av dagens tilbud til irregulære migranter. Siden vi på ingen måte har oversikt over det faktiske tilbudet som gis til irregulære migranter, og det er god grunn til å tro at tallet er høyere det vi har identifisert/anslått har vi lagt på et usikkerhetspåslag på 20 millioner kroner per år i vår hovedberegning. Det innebærer at vi anslår at den årlige kostnaden til å utgjør 40 millioner kroner per år.

Tabell 3.2 Identifisert årlig minimumskostnad av helsetilbud til irregulære migranter i dag, i millioner kroner*

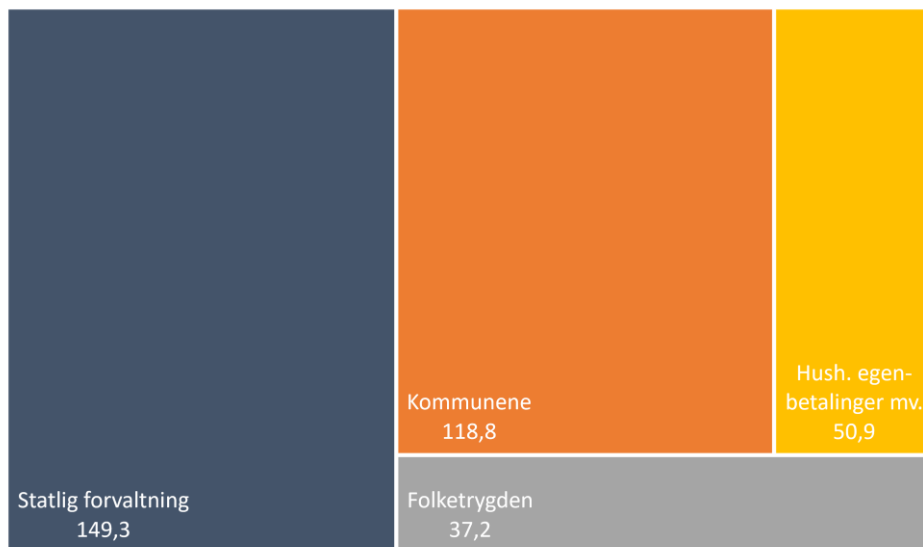
	Kostnad
Kostnader ved dagens offisielle tilbud til papirløse	13,8
Oppfølging av henvisninger	5,5-8,0
Totalt	19,3-21,8

Det er flere usikkerheter ved de antatte kostnadene på 40 millioner kroner. For det første vil en del av tilbudet som gis irregulære migranter i dag knytte seg til å ivareta helserettigheter som irregulære migranter allerede har – dersom hjelpen eksempelvis anses som akutt eller gis til gravide eller barn. Samtidig er det ikke sikkert at irregulære migranter i like stor grad ville benyttet seg av rettighetene dersom det ikke hadde vært for disse tilbudene. Helsesentrene gir dessuten også helsehjelp til EØS-borgere uten helsetrygdkort. Denne gruppen inngår ikke i tiltaket, men det er vanskelig å skille ut kostnader til tilbud som gis denne gruppen sammenliknet med irregulære migranter. Siden tallet er usikkert, har vi valgt å vise konsekvensen av at den årlige kostnaden er 30 millioner kroner per år (lavt anslag) og 60 millioner kroner per år (høyt anslag) i en egen følsomhetsanalyse (se delkapittel 7.2).

Til sammenligning er det interessant å se de overnevnte tallene i sammenheng med størrelsen på det totale helsebudsjettet, se Tabell 3.2. Ved å ta utgangspunkt i at den årlige helseutgiften til papirløse migranter er 40 millioner per år utgjør det cirka 0,1 promille av totale helseutgifter i Norge.

Figur 3.2

Helseutgifter etter finansieringskilde i 2018, i milliarder kroner*



*2019- og 2020-tallene har ikke oppløsning som muliggjør å fordele budsjettet med denne oppløsningen. N=356,2 mrd. Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 10811

4 Tiltak som det vurderes konsekvenser av

Utredningen skal belyse kostnader av å gi irregulære migranter helserettigheter i tråd med rettigheter til øvrig befolkning. Tiltaksalternativet baserer seg derfor på at det innføres helserettigheter for irregulære migranter i Norge og at disse får dekket helserettigheter på lik linje med nordmenn. Man kan likevel se for seg at rettigheter nyanseres ut fra aldersgrupper (f.eks. at barn og unge prioriteres) eller ut fra type tjeneste eller nivå (f.eks. tannhelse eller kommunale helsetjenester). Ansvar for å tilby offentlige helsetjenester i Norge er delt mellom helseforetakene som tilbyr spesialisthelsetjenester, kommunene som tilbyr helsetjenester og pleie og omsorg, fylkeskommunene som tilbyr tannhelse og Helfo som refunderer helseutgifter. For å synliggjøre konsekvenser for ulike deler av forvaltningen og gi et bedre grunnlag for diskusjon har vi delt opp tiltak og vurderinger ut fra tjenester som tilbys av hhv. helseforetak, kommuner og fylkeskommuner, se tabellen under.

Tabell 4.1 Nullalternativet og tiltaksalternativet

	Kommunehelse (primærhelse, legevakt mv.) og pleie og omsorg	Spesialisthelse	Tannhelse
Nullalternativet	Helsesentre (Røde Kors og Kirkens Bymisjon) har tilbud i Bergen og Oslo, og kommunene har et tilbud i Trondheim og Kristiansand.	Flere sykehus har tilbud (bl.a. finnes det slike tilbud i Oslo og Trondheim), det blir også sendt flere henvisninger fra helsesentrene til spesialisthelsetjenesten.	Helsesentre (Røde Kors og Kirkens Bymisjon) har tilbud i Bergen og Oslo.
Tiltaksalternativet – Irregulære migranter får de samme helserettighetene som norske innbyggere	Helsehjelp gis uavhengig av oppholdsstatus.	Helsehjelp gis uavhengig av oppholdsstatus.	Helsehjelp gis uavhengig av oppholdsstatus.*

** I praksis vil det si at barn og unge (under 18 år) mottar gratis tannhelsehjelp (finansiert via NAV) og at personer som fyller 19-20 år i behandlingsåret får dekket 75 prosent av utgiftene fra NAV. Det finnes også en rekke unntak en voksen kan søke om refusjon for, nærmere omtale se her: <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/hvem-betaler-tannlegereqningen-din/#tannbehandling-for-andre-grupper>.*

Iht. utredningsinstruksen skal det vurderes om tiltak reiser prinsipielle spørsmål. Som det går fram av diskusjonene i tidligere kapitler, er rettigheter til irregulære migranter et betent politisk spørsmål. Tiltaket med økte helserettigheter kan være problematisk fordi det til en viss grad tilrettelegger for at irregulære migranter kan oppholde seg ulovlig i Norge, samtidig som man ønsker å holde antall irregulære migranter som oppholder seg i landet nede. Samtidig er det også problematisk at personer oppholder seg i Norge uten å få den tilstrekkelige helsehjelpen de har behov for. Det kan også stilles spørsmål om hvorvidt det er riktig å gi noen helserettigheter samtidig som man ikke har rett på andre typer tjenester eller rettigheter. Dette kan sies å gå imot mål om at personer enten får lovlig opphold i Norge og rettigheter eller at de ikke har lovlig opphold og skal forlate landet. Dessuten kan det være utfordrende dersom irregulære migranter gis helserettigheter på linje med øvrig befolkning, samtidig som EØS-borgere uten helsetrygdekort vil ha dårligere rettigheter.

5 Spesielt om pulleffekten

Hvorvidt en person oppholder seg som irregulære migrant i Norge vil være en konsekvens av en rekke faktorer. Ifølge Brekke og Aarseth (2009) er det fire årsaker som bestemmer flyktingestrømmene til Norge: Omfanget av flyktingestrømmer til Europa, hvor lett det er å komme seg til Norge fra landet flyktingene først kommer til, relativ nasjonal asylpolitikk og destinasjonslandets rykte. Det poengteres at viktigheten av de ulike årsakene vil variere over tid, og at det derfor er vanskelig å rangere hva som er de aller viktigste årsakene.

Dersom irregulære migranter får helserettigheter i Norge, vil dette kunne øke tilstrømmingen av irregulære migranter med håp om å få dekket sine helsebehov. Dessuten kan bedre rettigheter tenkes å bidra til at personer som ellers hadde reist ut av landet, velger å bli værende. Begrepet «pulleffekt» vil i denne sammenheng si at innføring av helserettigheter til irregulære migranter bidrar til at det blir mer attraktivt å oppholde seg i Norge enn det hadde vært uten en slik rettighet.

Chauvin et al. (2009) undersøkte tilgang til helsetjenester for irregulære migranter i elleve europeiske land og årsaker til migrasjon. Bare 6 prosent av respondentene i deres utvalg oppga helse som en av årsakene for migrasjon. De fant ikke korrelasjon mellom hvorvidt helserettigheter var oppgitt som årsak og tilgang til helserettigheter for irregulære migranter. De kommenterer at «We do not, therefore, see in this survey the “pull factor” of migration for healthcare that is often highlighted in political debate.» Undersøkelsen kan imidlertid ikke sies å gi et representativt bilde av situasjonen for alle irregulære migranter.

Vi har ikke faglig grunnlag for å vurdere størrelsen på en pulleffekt. Det inngår dessuten ikke som en del av oppdraget å utrede eller undersøke nærmere hva pulleffekten vil kunne være. Vi nøyer oss derfor med å poengtere at jo større en ev. pulleffekt er, jo høyere vil kostnadene være. Dette følger både av at antallet migranter vil øke og at kostnadene per person er høyere enn for irregulære migranter som uansett ville oppholdt seg i landet, fordi det utløser ressursbruk hos bl.a. utlendingsmyndigheter som ellers ikke ville vært tilfelle.

Dersom flere kommer til landet og søker om asyl eller opphold, som ellers ikke ville gjort det, bidrar tiltaket bl.a. til økte kostnader for politiets utlendingsenhet, slik som ressursbruk til registrering av asylsøkere, arbeid med å fastslå identitet og koordinering av uttransportering. Utlendingsdirektoratet vil bl.a. kunne få økt ressursbruk til behandling av søknad om asyl. Som nevnt har vi imidlertid ikke grunnlag for å vurdere omfanget av denne virkningen.

6 Kostnader av at irregulære migranter får helserettigheter

Brutto økning av helsebudsjettene avhenger bl.a. av hvor mange irregulære migranter som oppholder seg i Norge, hvor mange som eventuelt vil komme hvis helserettighetene innføres (pulleffekten) og de irregulære migrantene sine behov og tilbøyelighet til å ta imot hjelp. Vi har derfor valgt å starte med en overordnet diskusjon av hva som påvirker kostnadene ved å gi irregulære migranter i Norge helserettigheter.

6.1 Gjennomsnittlig budsjettkostnad per irregulære migrant

Et naturlig utgangspunkt for diskusjon av gjennomsnittlig budsjettkostnad per irregulære migrant er hvorvidt irregulære migranter sine helsebehov er like norske innbyggere sine helsebehov. Samlet sett kan vi si at det er utfordrende å tallfeste budsjettkostnaden av å innføre helserettigheter til irregulære migranter. Vi har imidlertid identifisert fem argumenter for at gjennomsnittlig budsjettkostnad per papirløs migrant er høyere eller lavere enn gjennomsnittet for norske innbyggere. Argumentene er oppsummert i Tabell 6.1.

Det første argumentet som presenteres i tabellen er at irregulære migranter har som følge av sin bakgrunn sannsynligvis større helseutfordringer enn gjennomsnittet i samme aldersgruppe. Dette bygger på funn av Øien & Sønsterudbråten (2011) i sin kvalitative intervjuundersøkelse av 29 personer.¹² De konkluderer med at:

«We were in touch with people with a variety of health problems and needs. The links between irregularity and health problems are complex and multidimensional but a recurring aspect of our interviews was how irregularity created and exacerbated health problems. Health professionals who are familiar with det situation of irregular migrants emphasise that the migrants endure prolonged periods of stress and that their health consequently deteriorates. One of the most common kinds of health problems that came up in det conversations with our respondents was mental health problems. This could manifest itself through constant fear, a lack of sleep, being afraid to go out and about in the city or avoiding spending time in public spaces altogether, having trouble sleeping and finding space where they could relax.»

Vi kjenner i begrenset grad til den somatiske helsetilstanden til irregulære migranter, slik tilfellet også er for asylsøkere.¹³ På ovennevnte bakgrunn kan det likevel argumenteres for at irregulære migranter som følge av sin bakgrunn og levestett i gjennomsnitt har større helseutfordringer enn nordmenn i samme aldersgruppe, som øker kostnadene per person. Motargumentet er naturligvis at irregulære migranter som følge av sin frykt for å bli oppdaget og returnert, også i en situasjon der de har helserettigheter, vil ha en større barriere for å oppsøke helsehjelp. Isolert sett taler det for at gjennomsnittskostnadene per person blir lavere.

Informasjon om tilbudet man har rett på og språkbarrierer kan også begrense de irregulære migranters bruk av helsetjenester. Blant dem som oppsøker helsehjelp er det grunn til å tro at kostnadene ved behandling, alt annet likt, er dyrere fordi man i større grad enn for nordmenn har behov for tolk.

Basert på offentlige regnskapstall i KOSTRA utgjør offentlige bruttodriftskostnader til spesialisthelse, primærhelse, tannhelse og refusjoner om lag 70 000 kroner per innbygger i 2020.¹⁴ Som følge av egenbetaling utgjør nettokostnaden for det offentlige 61 500 kroner per innbygger. Det vil si at norske innbyggere betaler om lag 14

¹² Elleve av de intervjuede var kvinner, og resten menn.

¹³ (Berg, et al., 2020)

¹⁴ SSB-tabell 10811, korrigeret for prisstigning og delt på innbyggertall.

prosent av offentlig produserte helsetjenester ved egenbetaling. Formålet med egenbetalingen (som i all hovedsak består av betaling innenfor frikortgrensen på 2 460 kroner i 2021) er å begrense overforbruk av helsetjenester. Frikortgrensen vil dermed også begrense irregulære migranter sitt forbruk av offentlige helsetjenester, på samme måte som for norske innbyggere. Denne effekten kan forventes å være større for irregulære migranter enn for gjennomsnittet av norske innbyggere, med begrunnelsen om at de sannsynligvis i mindre grad har råd til å dekke slike utgifter. Samtidig kan det i praksis være vanskeligere å faktisk kreve betaling av irregulære migranter sammenliknet med øvrig befolkning.

Tabell 6.1 **Argumenter for og mot at helsebudsjettkostnadene vil være høyere og lavere for irregulære migranter enn for norske innbyggere**

Argumenter for at kostnadene er høyere	Argumenter for at kostnadene er lavere
Irregulære migranter har som følge av sin bakgrunn sannsynligvis større helseutfordringer enn gjennomsnittet i samme aldersgruppe.	Irregulære migranter vil sannsynligvis som følge av risiko forbundet med å anvende rettighetene benytte rettighetene i mindre grad enn gjennomsnittet.
Behov for tolk ved behandling av irregulære migranter forventes å være større enn for gjennomsnittet av norske innbyggere.	Irregulære migranter vil sannsynligvis som følge av språk og innsikt i sine helserettigheter benytte rettighetene i mindre grad enn gjennomsnittet blant norske innbyggere.
	Irregulære migranter har sannsynligvis dårligere råd enn en gjennomsnittlig innbygger i Norge og vil derfor i mindre grad ha mulighet til egenbetaling enn gjennomsnittet.*

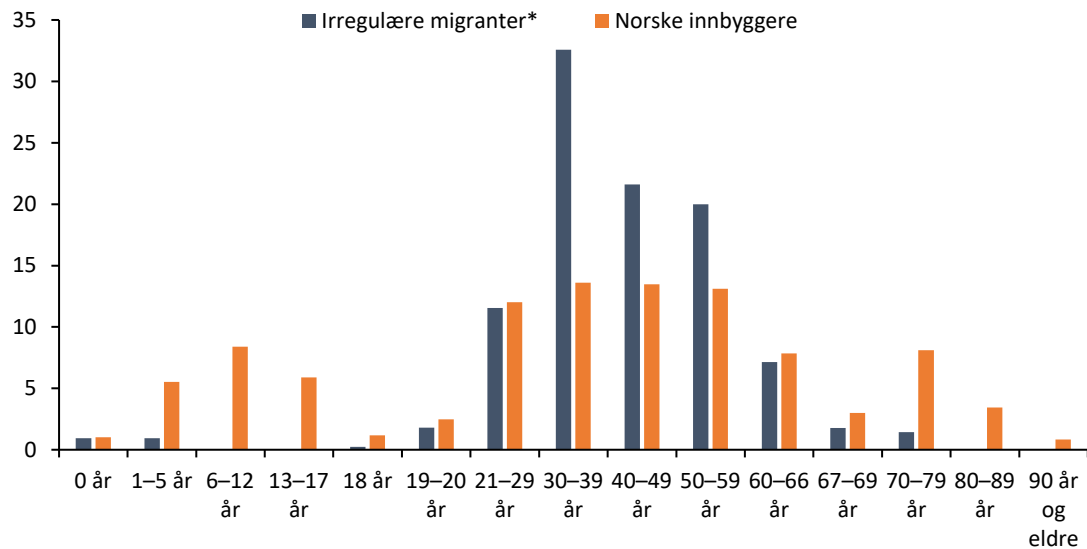
**Det kan argumenteres for at det kan være tilfeller av irregulære migranter som benytter av helsevesenet, men som ikke har råd til å betale egenandelen og at regningen dermed ender opp hos det offentlige. I slike tilfeller vil tiltaket bidra til å øke helsebudsjettkostnadene.*

Basert på disse argumentene er det vanskelig for oss å konkludere om gjennomsnittlig budsjettkostnad for en irregulær migrant i en bestemt aldersgruppe er høyere eller lavere enn gjennomsnittet i samme aldersgruppe.

Et annet moment som er viktig å ta i betraktning er at sannsynligheten for dårlig helse og behov for helsehjelp øker med alderen til den enkelte, både for norske innbyggere og irregulære migranter. Basert på tellinger fra helsesentrene i Oslo og Bergen vet vi en god del om alderssammensetningen blant de irregulære migrantene i Norge, herav hvordan alderssammensetningen blant irregulære migranter avviker fra alderssammensetningen blant norske innbyggere. Figur 6.1 viser aldersfordelingen for de irregulære migrantene som minst én gang ilet. 2020 mottok helsehjelp ved helsesentrene for papirløse migranter i Oslo og Bergen. Som vi ser, avviker aldersfordelingen blant de irregulære migrantene fra aldersfordelingen blant norske innbyggere. Sammenliknet med norske innbyggere, er det en langt større andel i aldersgruppene 30-59 år, spesielt i gruppen 30-39 år. Det er samtidig langt færre i de øvre kategoriene med høyest alder. Med unntak av gruppen med barn under ett år er det også langt færre barn blant irregulære migranter enn det er i befolkningen for øvrig.

Figur 6.1

Aldersfordeling på norske innbyggere og irregulære migranter som mottok helsehjelp i Oslo og Bergen i 2020, i prosent av populasjonene



*Aldersfordelingen over irregulære migranter som har mottatt helsehjelp ved helsesentrene i Oslo og Bergen. Kilde: Statistisk sentralbyrå og helsesentrene for papirløse migranter i Oslo og Bergen, sammenstilt av Menon Economics

Basert på denne diskusjonen legger vi i utgangspunktet til grunn at helsebudsjettkostnadene for en irregulær migrant som bor i Norge i dag er like stor som for en norsk innbygger i samme aldersgruppe.

6.2 Økte kostnader – kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunene har ifølge NOU 2019:24 ansvar for legevaktsentralene, legevakt, primærhelsetjeneste (herav fastlege) og pleie- og omsorgstjeneste. Statistisk sentralbyrå sitt helseregnskap¹⁵ forteller oss at kommunenes driftsutgifter består av pleie- og omsorgstjenester, allmennlegetjenester, legetjenester fra spesialister og sykehustjenester (heldøgnsopphold). Sistnevnte skyldes sannsynligvis betaling til helseforetak for utskrivningsklare pasienter.

Det er gjennomført en lang rekke utredninger og forskningsprosjekter av hvilke forhold som forklarer variasjoner i kommunenes utgifter til å dekke lovpålagte oppgaver og minstestandarder innenfor helse og omsorg. De mest sentrale forskningsprosjektene som ser på dette er Aaberge & Langørgeren (2003), Borge & Haraldsvik (2005), Langørgeren et al. (2010), Borge et al. (2013) og Borge et al. (2020).¹⁶

De gjennomførte analysene peker imidlertid i retning av at det er formålstjenlig å skille vurderingen av kommunale helsetjenester fra pleie- og omsorgstjenester. Årsaken er at pleie og omsorg i stor grad er rettet inn

¹⁵ SSB-tabell 10811.

¹⁶ Modellene som blir benyttet til slike analyser kan deles i to grupper og omtales som partielle og simultane modeller. Mens partielle modeller behandler sektorene hver for seg, tar de simultane analysene hensyn til sammenhenger som må gjelde på tvers av sektorene under bibetingelsen (kravet) om at utgiftene pluss netto driftsresultat er lik inntektene. Den faglige debatten om simultane eller partielle modeller er best egnet for å fange opp reelle utgiftsforhold er imidlertid utenfor rammene av dette prosjektet.

mot den eldre delen av befolkningen, mens kommunale helsetjenester er innrettet mot alle innbyggere i kommunen.

Vi starter med kommunehelsetjenester. Borge et al. (2020) konkluderer med at de ikke fant statistisk signifikante sammenhenger mellom variasjoner av omfanget av personer i ulike aldersgrupper og kommunenes driftsutgifter til kommunehelse. Dette er i tråd med tidligere forskning på feltet. Vi har derfor ikke grunnlag for å si at alderssammensetningen for de irregulære migrantene har noe å si for hvor stor økningen i kommunehelseutgiftene blir. Basert på helseregnskapstall¹⁷ fra Statistisk sentralbyrå utgjør kommunenes samlede kostnader til allmennlegetjenester, legetjenester fra spesialister og sykehustjenester (heldøgnsopphold) om lag 15,2 milliarder i 2020. Dette utgjør cirka 2 800 kroner per innbygger i Norge. Kommunene har mulighet til å prioritere helsetjenester til et nivå over det som kan sies å være lovpålagte oppgaver og minstestandarder. Isolert sett taler det for at den reelle kostnaden er lavere. Vi har imidlertid ikke faglig grunnlag for å korrigere ned størrelsen. Vi har derfor valgt å legge til grunn at hver irregulær migrant koster kommunene 2 800 kroner i gjennomsnitt i året i kommunehelseutgifter. De 2 800 kroner som fordeles likt på alle personer fordeler seg ifølge SSB på følgende måte:

- 2 400 kroner per person til allmennlegetjenester (legevakt og fastlege)
- 200 kroner per person til kjøp av heldøgnsopphold på sykehus
- 200 kroner til kjøp av legetjenester fra spesialister

Til sammenligning anslår HOD (2021) at forslaget om å gi utenlandske diplomater pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen vil gi kommunene Oslo og Bærum årlige merkostnader på inntil 2,5 millioner kroner per år. Anslaget bygger på en forutsetning om at 5 100 personer (cirka 1700 diplomater med familie) koster 490 kroner per år. Årsaken til avvikene mellom våre tall og anslagene fra HOD er at anslaget fra HOD (2021) omfatter kommunenes merkostnader, mens vi beregnet samfunnets merkostnader. I anslaget fra HOD (2021) forutsettes også at rammetilskuddet til kommunene kompenserer for kommunenes merutgifter gjennom inntektssystemet. Omfordelingen i inntektssystemet har også en kostnad, enten i form av økt rammetilskudd for å kompensere for ekstrautgiftene eller mindre i rammeoverføring til andre kommuner. Disse kostnadene er ikke synliggjort i HOD (2021).

Kommunene har også ansvaret for pleie- og omsorgstjenester. Som påpekt i en rekke studier øker kommunenes driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester med andelen eldre mennesker. Den siste gjennomførte studien, fra Borge et al. (2020), viser at en ekstra person i aldersgruppen:

- mellom 67 og 79 år i gjennomsnitt øker driftsutgiftene med 38 700 eller 57 200 kroner årlig
- 80 år eller eldre i gjennomsnitt øker driftsutgiftene med 104 400 eller 125 500 kroner årlig

Borge et al. (2020) kommer altså frem til to anslag for hver av de to størrelsene. Årsaken til at Borge et al. (2020) kommer frem til to anslag per størrelse er metodikken som er lagt til grunn. Vi har ikke faglig grunnlag for å si at den ene metodikken er bedre enn den andre. Det er også verdt å merke seg at personer under 67 år også kan ha behov for pleie- og omsorgstjenester.¹⁸ For å være sikker på at vi ikke undervurderer kostnadene legger vi de

¹⁷ SSB-tabell 10811.

¹⁸ Borge et al. (2020) finner ikke en signifikant sammenheng mellom driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester og omfanget av personer under 67 år. Den sannsynlige årsaken til at disse ikke er fanget opp av estimatene er at det er snakk om relativt få yngre personer som har disse behovene. Ved å legge til grunn estimatene til Borge et al. (2020) vil det si at vi ikke regner med at de under 67 år har behov for pleie- og omsorgstjenester. Altså er kostnaden satt til null i våre beregninger. Det er

høyeste anslagene til grunn. Det vil si at vi legger til grunn at kostnaden for nordmenn og irregulære migranter (som er likestilt) med alder mellom 67 og 79 innebærer økte kostnader på 57 200 kroner, og at de som er 80 år eller eldre utløser kostnader på 125 500 kroner.

6.3 Økte kostnader – fylkeskommunenes tannhelsetjenester

Som nevnt er offentlige tannhelsetjenester i dag en fylkeskommunal oppgave. Basert på Statistisk sentralbyrå sin helseutgiftstatistikk¹⁹ utgjorde samlede utgifter til tannhelse om lag 2,8 milliarder kroner i 2020. Utover ansvaret for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket, skal fylkeskommunene ifølge tannhelsetjenesteloven gi vederlagsfri tannbehandling til følgende prioriterte grupper:

- Barn og ungdom 0–18 år
- 19- og 20-åringer skal gis nødvendig tannbehandling innenfor en maksimal egenandel på 25 prosent
- Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon

På dette grunnlag ble det i Kommunal- og moderniseringsdepartementets forslag til ny delkostnadsnøkkel²⁰ (KMD, 2019) foreslått følgende delkostnadsnøkler til tannhelse:

- Innbyggere 1-18 år – 0,7672
- Innbyggere 19-20 år – 0,0861
- Innbyggere 67 år og over – 0,1202
- Psykisk utviklingshemmede over 18 år – 0,0265

Med utgangspunkt i de totale driftsutgiftene, departementets vurdering av hvordan det reelle utgiftsbehovet fordeler seg mellom ulike aldersgrupper og innbyggertall for ulike aldersgrupper, kan vi regne ut en gjennomsnittlig årlig kostnad til fylkeskommunale tannhelsetjenester blant norske innbyggere. Vi starter med å utarbeide en korrigert delkostnadsnøkkel. Ved å sette kriterievekten til psykisk utviklingshemming over 18 år lik null og fordele kriterievekten på innbyggere 19-20 år og innbyggere 67 år (etter deres initiale kriterievekter) finner vi reviderte vekter som ivaretar det relative forholdstallet, se kolonne A i Tabell 6.2. Årsaken til at vi ikke fordeler kriteriet for psykisk utviklingshemmede over 18 år til innbyggere mellom 1 og 18 år er at størrelsene gjensidig utelukker hverandre. Ved å anvende den reviderte vekten kan vi fordele 2,8 milliarder på de tre aldersgruppene. Videre deler vi på antall norske innbyggere i de ulike aldersgruppene og får et gjennomsnittlig kostnadsanslag per innbygger i hver av de tre aldersgruppene. Som vi ser av tabellen, finner vi basert på denne metodikken at gjennomsnittlig tannhelsekostnad for personer i aldersgruppen mellom 1-18 år utgjør 1 900 kroner per år, 2 000 for dem som er 19 eller 20 år, samt 500 kroner for de som er 67 år eller eldre.

imidlertid grunn til å tro at personer under 67 år som er spesielt pleietrengende også kan ha behov for pleie- og omsorgstjenester. Det gjelder naturligvis både for nordmenn og irregulære migranter. For å være sikker på at vi ikke undervurderer disse kostnadene har vi valgt å legge de høye anslagene fra Borge et al. (2020) til grunn.

¹⁹ SSB-tabell 10811.

²⁰ En kostnadsnøkkel representerer en beregningsteknisk regel for hvordan man skal fordele en fastsatt budsjettpost mellom landets kommuner, fylkeskommuner og helseforetak. Delkostnadsnøkkelene forteller mer detaljert hvordan omfordelingen skal skje innenfor et kontret tjenesteområde.

Tabell 6.2 Gjennomgang av metodikk for å finne gjennomsnittlige kostnader per person i ulike aldersgrupper innen tannhelse – som betales av fylkeskommunen

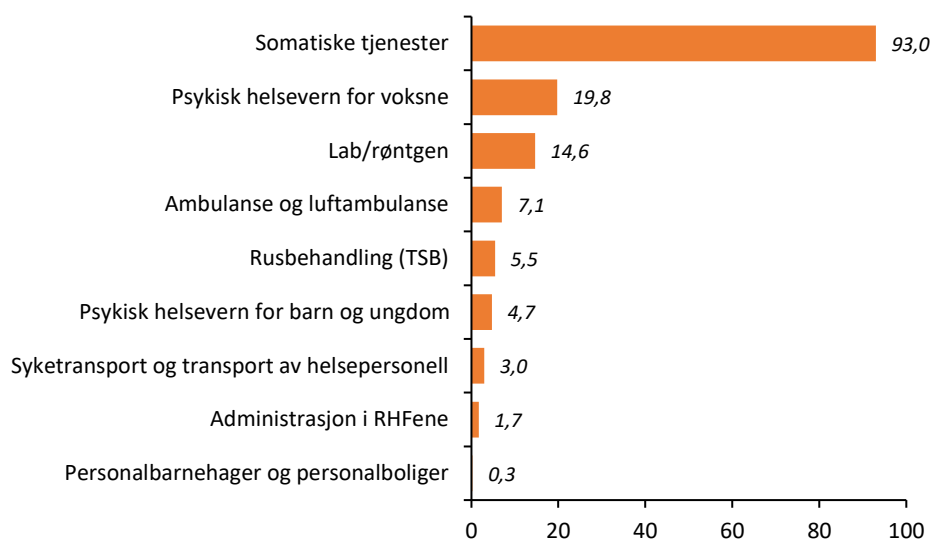
Kriterium	Forslag fra 2019 (KMD, 2019)	Revidert del-kostnads-nøkkel (A)	Driftsutgifter i mrd. kroner (A*2,8 mrd.=B)	Norske innbyggere i alders-gruppene i 2020 (C)	Anslag på gjennomsnittlig kostnad per innbygger (B/C) i kroner*
Innbyggere 1-18 år	0,7672	0,7672	2,15	1 127 338	1 900
Innbyggere 19-20 år	0,0861	0,0972	0,27	133 397	2 000
Innbyggere 67 år og over	0,1202	0,1356	0,38	827 420	500
PU over 18 år	0,0265	0,0000	0,0	NA	NA
Sum	1,0000	1,0000	2,80	2 088 155	NA

*Avrundet til hele 100. Kilde: Menon Economics

6.4 Økte kostnader – spesialisthelsetjenester

For å kunne si noe om hvordan innføring av helserettigheter til irregulære migranter påvirker kostnader i spesialisthelsetjenesten er det nyttig å starte med å identifisere hvilke helseutgifter vi snakker om. Igjen ser vi hen til Statistisk sentralbyrås årlige helseregnskap for helsetjenester. Innenfor området de omtaler som spesialisthelsetjenesten, som er en fellesbetegnelse på alle helsetjenester produsert av regionale helseforetak (RHF), helseforetak (HF) eller private institusjoner, var de samlede driftskostnadene 155,5 milliarder kroner i 2020. Driftskostnadene er fratrukket egenbetaling, og representerer dermed netto driftskostnad. Driftskostnadene inkluderer avskrivninger av realkapital, som sannsynligvis vil komme uansett, og derfor ikke er relevant i vår vurdering. Trekker vi fra avskrivningene, utgjør samlede driftskostnader 149,7 milliarder kroner i 2020. Figur 6.2 viser hvordan driftskostnadene fordeler seg på ulike utgiftsområder. Som vi ser fra figuren, står somatiske tjenester for 93 milliarder kroner, altså om lag 62 prosent av samlede kostnader til spesialisthelsetjenesten.

Figur 6.2 Fordeling av samlede driftskostnader fratrukket avskrivninger til spesialisthelsetjenester (RHF, HF og private institusjoner) på ulike utgiftsområder ila. 2020, i milliarder kroner



N=149,7 milliarder kroner. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Driftskostnadene til spesialisthelsetjenester fordeler seg på følgende kostnadskomponenter:

- Somatiske tjenester,
- Psykisk helsevern for voksne,
- Lab/røntgen,
- Ambulanse og luftambulanse,
- Rusbehandling (TSB),
- Psykisk helsevern for barn og ungdom,

i tillegg til syketransport og transport av helsepersonell, administrasjon i RHF-ene og personalbarnehager og personalboliger.

I vurderingen av hvordan innføring av rettigheter til irregulære migranter påvirker etterspørsel og forbruk av spesialisthelsetjenester, er det naturlig å se bort fra de tre minste utgiftsområdene. Vi har tidligere avgrenset vurderingen til å ikke omfatte behov for nye investeringer i bygg og utstyr, og det er også nærliggende å se for seg at administrasjonskostnader ved RHF-ene, personalbarnehager, personalboliger og transport av helsepersonell i liten grad blir berørt. Når det gjelder syketransport, er det som vi har nevnt sannsynlig at de fleste irregulære migranter oppholder seg i større byer, som innebærer at de verken har behov for eller rett til slik transport.²¹ Det samme argumentet vil sannsynligvis også gjelde ambulanse og luftambulanse. Vi ser også bort fra denne størrelsen i vurderingen av hvordan vi forventer at spesialisthelsetjenestens utgifter blir berørt.

Magnussen-utvalget (NOU 2019: 24) gjennomførte en rekke statistiske behovsanalyser i forbindelse med deres forslag til ny rammefordeling mellom regionale helseforetak. Behovsanalysene ble gjennomført for områdene somatikk, psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSR) og psykisk helsevern for barn og unge. Analysene lå til grunn for å etablere nye fordelingsmodeller av det årlig fastsatte helsebudsjettet mellom de fire helseregionene. Basert på at alle disse analysene har testet og funnet alderskriterier statistisk signifikante, er det grunnlag for å utnytte disse resultatene til å komme frem til en gjennomsnittlig driftskostnad per innbygger (innenfor ulike aldersgrupper) til de overnevnte tjenestene.

Vi starter med somatiske tjenester. Basert på statistiske analyser av hva som forklarer variasjoner i driftsutgifter kom Magnussen-utvalget (NOU 2019: 24) frem til kriterievekter knyttet til alderskriterier som summerer seg til 0,61. Altså kan 61 prosent av utgiftene i utgangspunktet fordeles etter innbyggernes alder. Utvalget (ibid.) kom også frem til at behovet innen somatikk avhenger av forhold som dødelighet for ulike aldersgrupper, andel med uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger og andel sykemeldte. Det er nærliggende å benytte samme metodiske tilnærming som for tannhelse til å beregne gjennomsnittlige driftskostnader per innbygger for norske innbyggere i ulike aldersgrupper, som videre kan benyttes til å anslå merkostnadene ved å gi irregulære migranter helserettigheter. Fremgangsmåten er som følger:

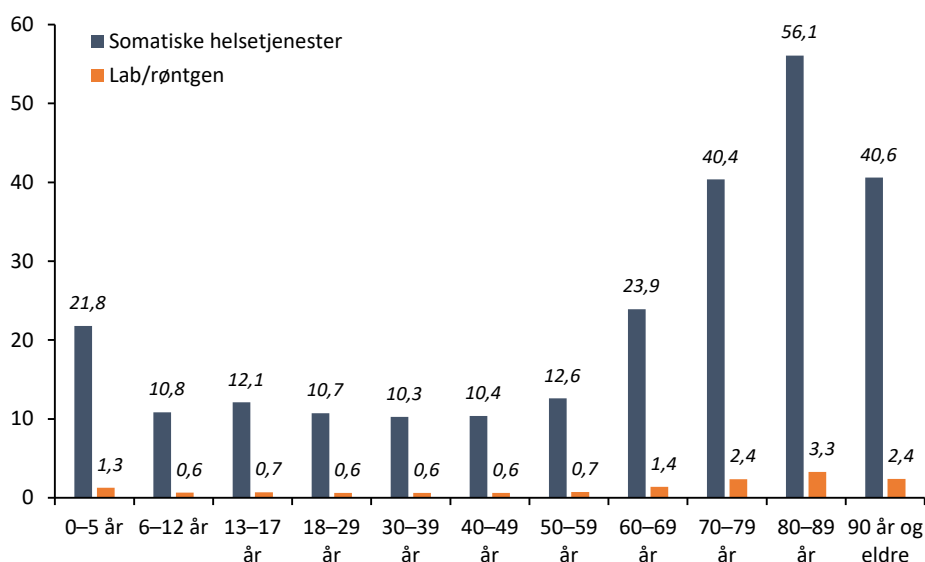
- Steg 1 – Vi henter ut kriterievektene for alderskriteriene som summerer seg til 0,61
- Steg 2 – Hver av alderskriterievektene blir delt på 0,61, slik at summen av de nye kriterievektene summerer seg til 1
- Steg 3 – Driftskostnaden på 93 milliarder kroner til somatiske tjenester blir videre delt på hver reviderte kriterievekt, slik at hele driftskostnaden fordeler seg på ulike aldersgrupper

²¹ Helsesentrene opplever at noen må reise langt.

- Steg 4 – Driftskostnaden per aldersgruppe blir videre delt på antall norske innbyggere i aldersgruppen for 2021, slik at vi finner gjennomsnittlig driftskostnad per innbygger i hver aldersgruppe

Ved hjelp av denne fremgangsmåten fordeler vi først 93 milliarder til somatiske tjenester og lar driftskostnader til lab og røntgen følge den samme fordelingen, se Figur 6.3. Figuren viser at våre anslag på gjennomsnittlige kostnader per innbygger varierer mye mellom aldersgrupper. Kostnaden per innbygger for somatiske tjenester er høyest for personer (80 år eller eldre), over 40 000 kroner per person per år, og litt over 10 000 kroner per person mellom 30-39 år. Over livsløpet er det med andre ord å forvente at helsekostnadene starter med å være cirka 22 000 kroner per år – frem til fylte 6 år, så holder seg på et rimelig konstant og lavt nivå fra fylte 6 år til man er 59 år for til slutt å øke. Årsaken til at kostnaden faller etter fylte 90 år er skyldes sannsynligvis at mange over 90 år ikke tåler behandlingen man kan få.

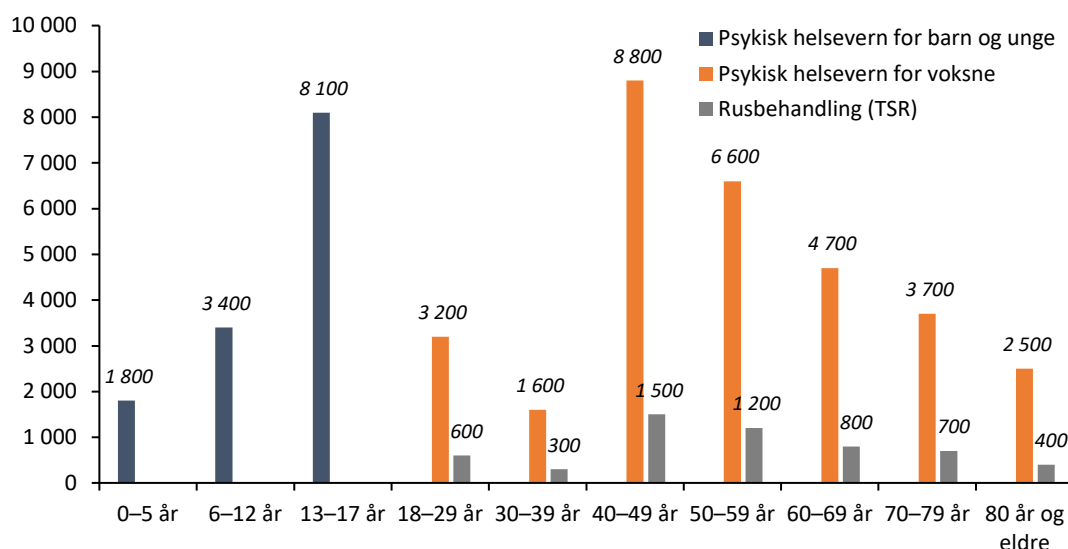
Figur 6.3 Anslag på gjennomsnittlige driftskostnader per innbygger i ulike aldersgrupper til somatiske tjenester og lab/røntgen for 2020, i tusen kroner



Kilde: Menon Economics, basert på NOU (2019: 24) og Statistisk sentralbyrå

Vi har anslått gjennomsnittlige driftskostnader til psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) med utgangspunkt i tilsvarende fremgangsmåte. Resultatene er vist i Figur 6.4. Som vi ser fra figuren, øker kostnadene for psykisk helsevern fra man blir født til man er 13-17 år. Etter fylte 18 år reduseres utgiftene frem til 30-39 års alderen. Gjennomsnittskostnaden per innbygger er størst for innbyggere mellom 40-49 år, og synker deretter gradvis.

Figur 6.4 Anslag på gjennomsnittlige driftskostnader per innbygger i ulike aldersgrupper til psykisk helsevern og rusbehandling (TSR) for 2020, i tusen kroner



Kilde: Menon Economics, basert på NOU (2019: 24) og Statistisk sentralbyrå

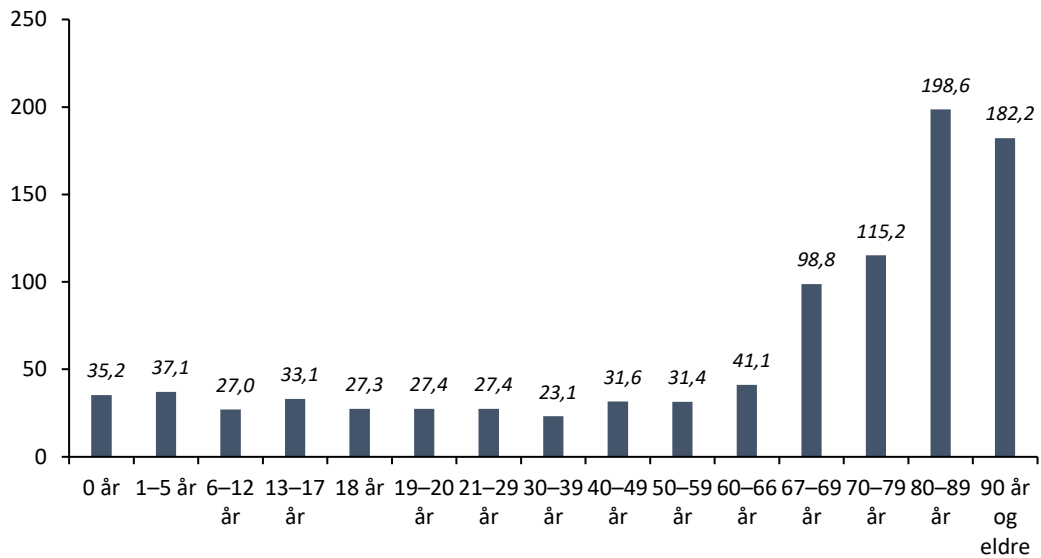
6.5 Økte kostnader – Helfo sine refusjonsutgifter

Ut fra Statistisk sentralbyrå sitt helseregnskap utgjorde Helfo sine driftsutgifter cirka 40,5 milliarder kroner i 2020. Det er ikke, som vi er kjent med, gjennomført statistiske analyser av hvordan disse driftsutgiftene fordeler seg på innbyggere etter ulike aldersgrupper. Vi har derfor ikke grunnlag for å gjøre annet enn å anta at de fordeler seg jevnt mellom alle norske innbyggere. I gjennomsnitt tilsier det at helseutgiftene utgjør 7 500 kroner per innbygger per år.

6.6 Brutto økning i helsebudsjettkostnader

Basert på gjennomgangen av ulike helsebudsjettkostnader i kapittel 6.2-6.5 finner vi at gjennomsnittlige kostnader per innbygger i ulike aldersgrupper varierer mellom 23 100 kroner (for de mellom 30 og 39 år) og 198 600 kroner (for de mellom 80 og 89 år). Figur 6.4 viser anslått gjennomsnittlig helsebudsjettkostnad for alle aldersgrupper.

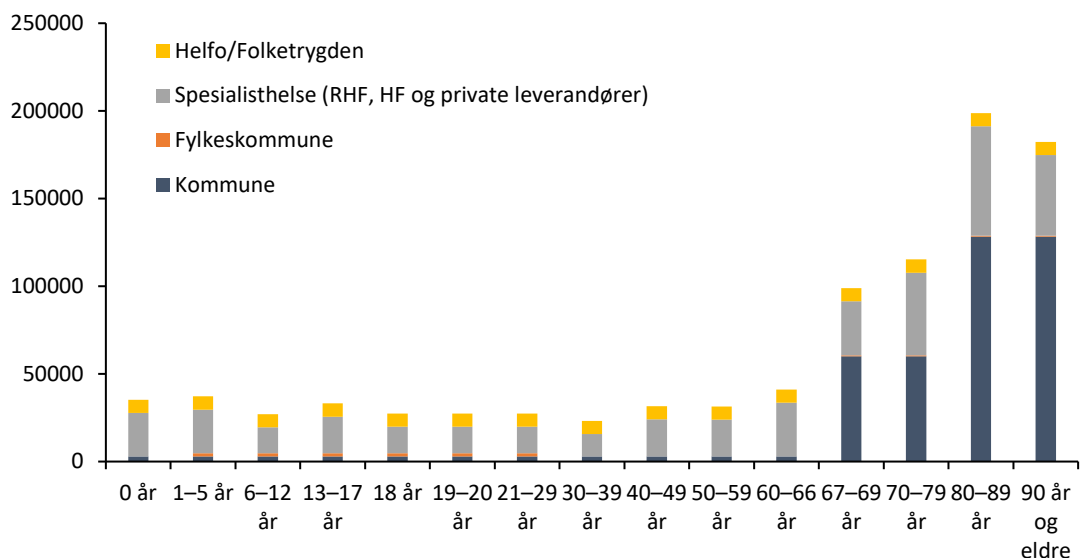
Figur 6.5 Våre anslag på samlede gjennomsnittlige driftsutgifter til helsetjenester i 2020 per innbygger i Norge



Kilde: Menon Economics

Basert på en dekomponering av hva kostnadene omfatter kan vi også vise utfører/finansieringskilde for kostnadsfordelingen vist i Figur 6.5, se Figur 6.6. Som vi ser fra figuren tar spesialisthelsetjenesten den største kostnaden for personer mellom 0 og 66 år, mens kommunene tar den største kostnaden for dem som er 67 år eller eldre. Basert på gjennomgåtte forutsetninger utgjør tannhelsekostnadene som dekkes av fylkeskommunene en relativt liten andel, mens Helfo/folketrygden dekker en lik andel for irregulære migranter i alle aldersgrupper.

Figur 6.6 Våre anslag på samlede gjennomsnittlige driftsutgifter til helsetjenester i 2020 per innbygger i Norge, fordelt på utfører/finansieringskilde

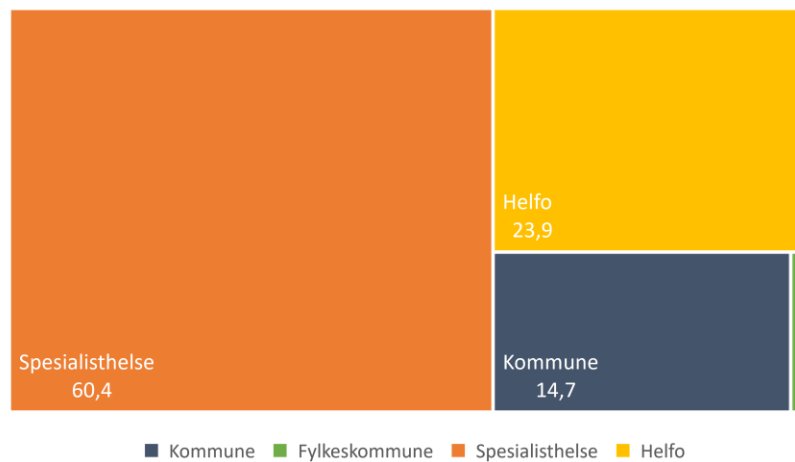


Kilde: Menon Economics

Basert på observert aldersfordeling ved helsesentrene for papirløse migranter i Oslo og Bergen (se Figur 6.1), finner vi at gjennomsnittlig helsebudsjettkostnad per irregulær migrant som oppholder seg i Norge i dag er lik cirka 31 400 kroner. Aldersfordelingen gir også grunnlag for å anslå hvordan kostnadene fordeler seg på de ulike

delene av helsesystemet, se Figur 6.6. Årsaken til at det er relativt lave kostnader til kommunene er det er relativt få irregulære migranter med pleie- og omsorgsbehov.

Figur 6.7 Anslått fordeling av samlede gjennomsnittlige driftsutgifter til helsetjenester i 2020 per innbygger i Norge på utfører/finansieringskilde, i prosent

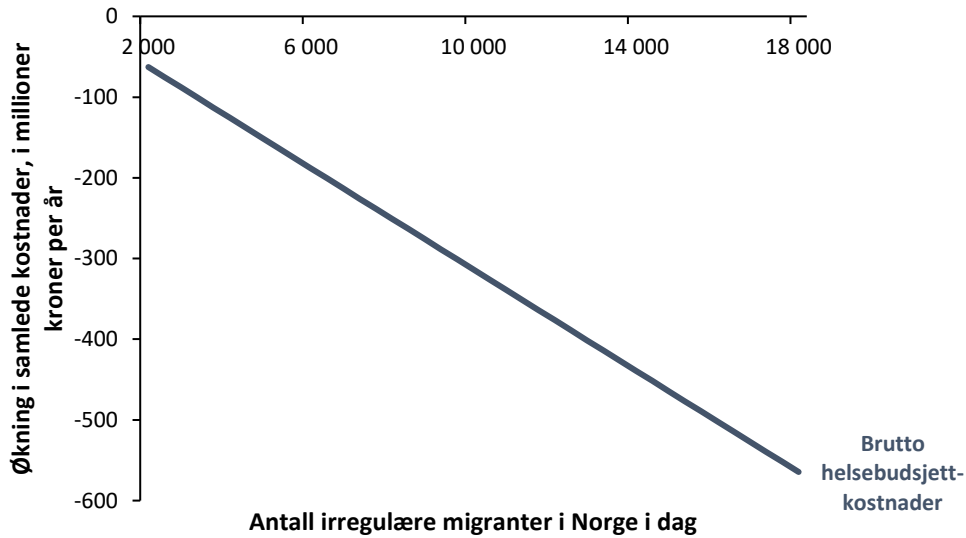


N=31 400. Kilde: Menon Economics

I vår hovedberegning legger vi som nevnt (se avsnitt 3.2) til grunn at antall irregulære migranter omfatter et sted mellom 2 000 og 18 000 personer. Figur 6.8 viser sammenhengen mellom antall irregulære migranter og anslått brutto helsebudsjettkostnader per år. Figuren forteller oss at kostnaden av at 2 000 irregulære migranter mottar helsetjenester (på lik linje med nordmenn) isolert sett medfører at helsebudsjettkostnadene øker med cirka 63 millioner kroner per år. Hvis antall irregulære migranter utgjør 18 000 personer utgjør den årlige brutto kostnaden som utløses av tiltaket 565 millioner kroner per år. Basert på tidligere forsøk på å anslå omfanget av irregulære migranter og det faktum at flyktningkrisen og Covid-situasjonen har gjort det vanskeligere å krysse landegrensener er det grunn til å tro at den isolerte økningen i helsebudsjettkostnaden av tiltaket utgjør et sted mellom 63 og 565 millioner kroner per år. Vi tror at sannheten ligger et sted mellom disse ytterpunktene, men har ikke faglig grunnlag for å si at bruttokostnadene er det ene eller andre.

Figur 6.8

Anslag på økning i brutto helsebudsjettkostnader for ulike nivåer av irregulære migranter som oppholder seg i Norge i dag ved innføring av helserettigheter til irregulære migranter, i millioner kroner per år*



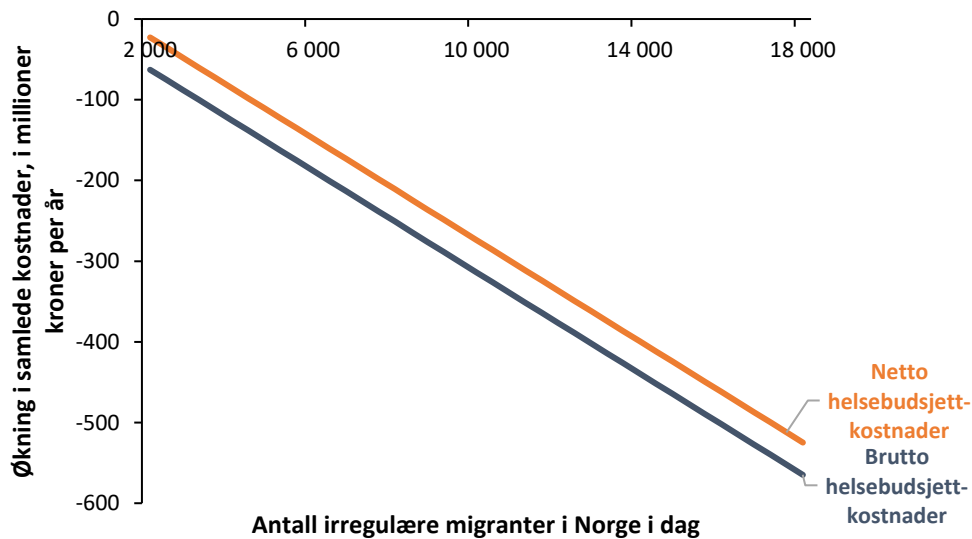
Kilde: Menon Economics

6.7 Netto økning i helsebudsjettkostnader

Bruttoanslagene, vist i Figur 6.8, tar ikke høyde for at det offentlige yter tjenester til irregulære migranter i dag i form av rekvireringer fra helsesentre og nødvendig helsehjelp som ikke kan vente. I delkapittel 3.2 påpeker vi at størrelsen er usikker og anslår at dagens kostnad ved å yte helsetjenester til irregulære migranter utgjør 40 millioner kroner per år. For å få et mer riktig bilde av hvordan samfunnets kostnader vil øke står det sentralt å trekke fra disse kostnadene. Resultatene av dette regnestykket er vist i Figur 6.9. Den oransje kurven i figuren viser at den reelle økningen i det norske samfunnets helsebudsjettkostnader utgjør et sted mellom 23 og 525 millioner kroner per år. I denne sammenheng er det viktig å påpeke det å gi irregulære migranter helserettigheter kan ha en forebyggende effekt ved at migranten som til slutt ender opp i helsevesenet som følge av sin alvorlige helsetilstand kan bli fanget opp på et tidligere stadium. Den forebyggende effekten av tiltaket kan således bidra til at samfunnskostnadene reduserer dagens helsebudsjettkostnader. Vi har imidlertid ikke faglig grunnlag for å konkretisere hvor stor den forebyggende effekten vil være i praksis.

Figur 6.9

Anslag på økning i netto helsebudsjettkostnader for ulike nivåer av irregulære migranter som oppholder seg i Norge i dag, i millioner kroner per år



Kilde: Menon Economics

6.8 Skattefinansieringskostnader

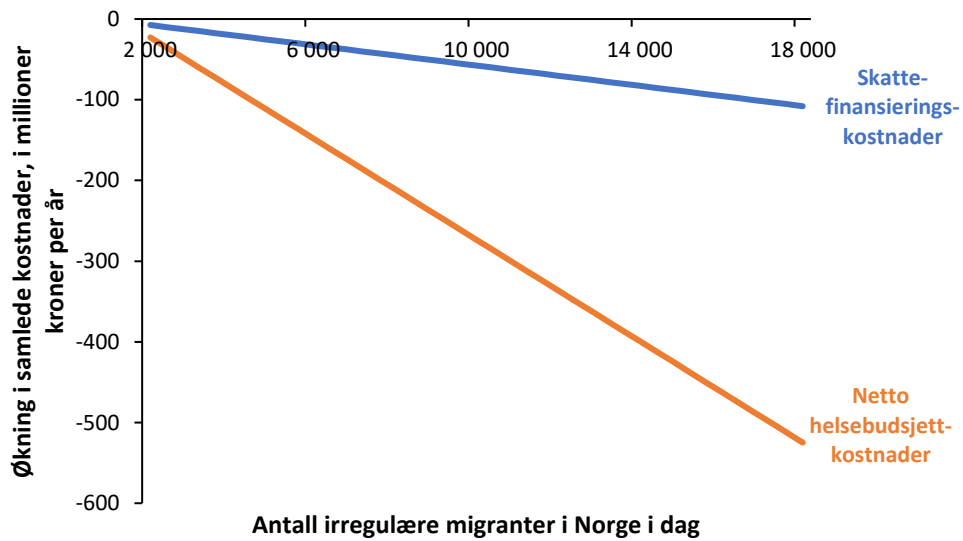
For alle tiltak som finansieres over offentlige budsjetter skal skattefinansieringskostnaden²² inngå i analysen. Skattefinansieringskostnaden er den marginale kostnaden ved å hente inn en ekstra skattekrone. Finansdepartementets rundskriv (2014) presenterer den slik: «Skattekostnaden settes til 20 øre per krone. Denne skal benyttes av alle sektorer. Grunnlaget for beregningene av skattekostnaden vil være tiltakets nettovirkning for offentlige budsjetter, det vil si det offentlige finansieringsbehovet.».

For å kunne anså skattefinansieringskostnaden for ulike nivåer av irregulære migranter må vi konkretisere hvordan tiltaket, med å gi irregulære migranter helserettigheter, påvirker det offentlige finansieringsbehovet. Det offentlige finansieringsbehovet utgjør brutto økning i helsekostnader (se Figur 6.8) fratrukket dagens helseutgifter til irregulære migranter som dekkes av det offentlige. I vår hovedberegning har vi antatt at dagens helseutgifter til irregulære migranter utgjør 40 millioner kroner per år. Basert på at innsatsen ved helsesentrene i dag representerer en kostnad på 13,8 millioner kroner per år sier vi at 15 av de 40 millioner kronene ikke dekkes av det offentlige. Slik sett kan vi si at nullalternativet har en anslått offentlig finansieringsbehov lik 25 millioner kroner per år. Nettoeffekten på det offentlige finansieringsbehovet utgjør brutto helsebudsjettkostnad fratrukket 25 millioner kroner. Skattefinansieringskostnaden kan derfor beregnes til å utgjøre 7,5 millioner kroner ved 2 000 irregulære migranter og cirka 108 millioner kroner ved 18 000 irregulære migranter, se Figur 6.10.

²² Skatter vil i alminnelighet føre til at konsumenter og produsenter blir stilt overfor ulike priser. Slike «skattekilere» vil vri produksjons- og konsumentbeslutningene slik at økonomien påføres et effektivitetstap. Et tiltak som finansieres over offentlige budsjetter vil øke skattekilene og derfor effektivitetstapet. Effektivitetstapet er anslått av Finansdepartementet til å utgjøre 20 prosent av økningen i det offentlige finansieringsbehovet.

Figur 6.10

Anslag på skattefinansieringskostnaden for ulike nivåer av irregulære migranter som oppholder seg i Norge i dag, i millioner kroner per år



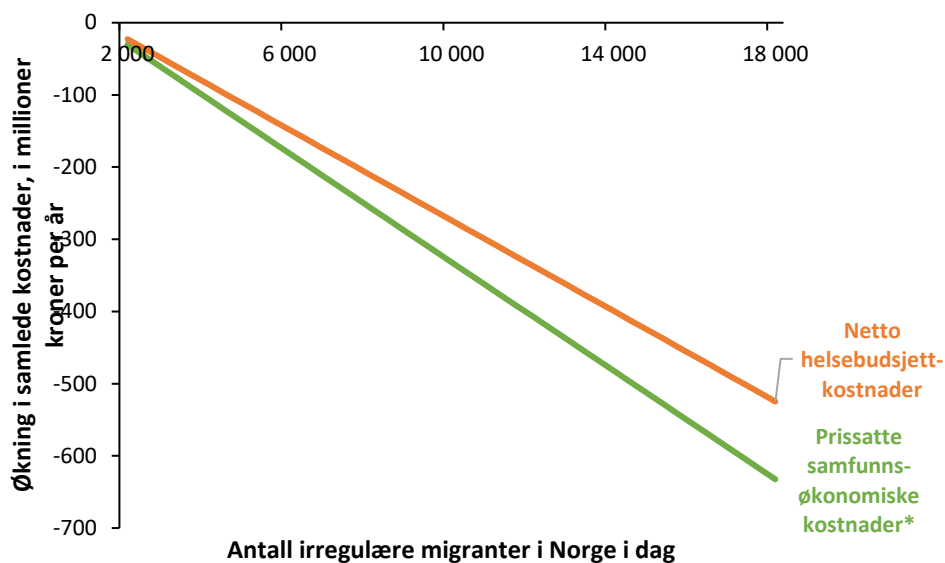
Kilde: Menon Economics

6.9 Prissatte samfunnsøkonomiske kostnader

Ved å legge den anslåtte skattefinansieringskostnadskurven til netto helsebudsjettkostnadskurven får vi et anslag på sammenhengen mellom antallet irregulære migranter og den prissatte samfunnsøkonomiske kostnaden, se Figur 6.11. Figuren viser at den samfunnsøkonomiske kostnaden er anslått til litt over 30 millioner kroner per år ved 2 000 irregulære migranter og om lag 630 millioner kroner per år ved 18 000 irregulære migranter.

Figur 6.11

Prissatte samfunnsøkonomiske kostnader for ulike nivåer av irregulære migranter som oppholder seg i Norge i dag, i millioner kroner per år



*Netto helsebudsjettkostnader pluss skattefinansieringskostnader. Kilde: Menon Economics

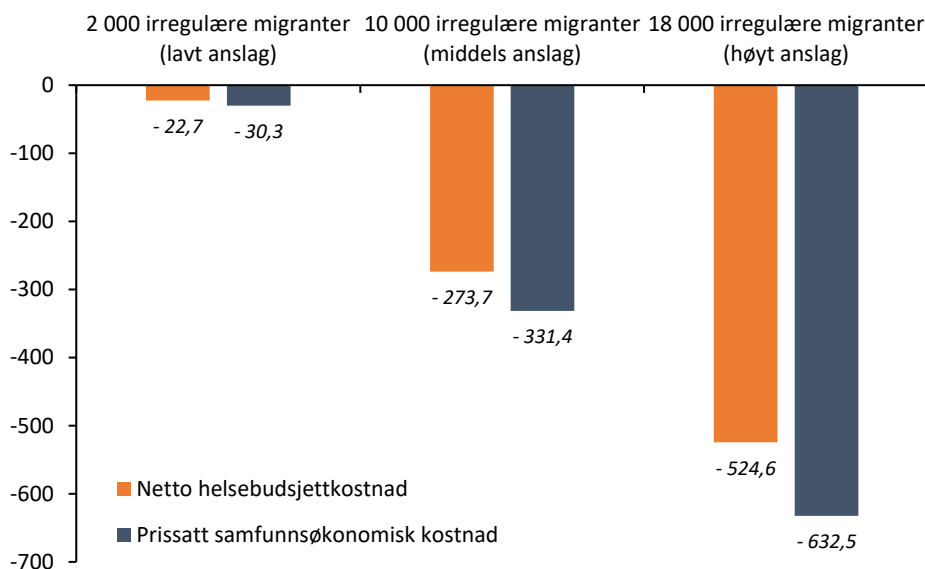
7 Følsomhetsanalyse

Vår hovedberegning som er vist i kapittel 6 bygger på en rekke forutsetninger, som er usikre og kan diskuteres. I dette kapitlet viser vi hvordan endrede forutsetninger påvirker helsebudsjettkostnadene. Formålet med følsomhetsanalysene er å gi beslutningstakere et mest mulig balansert bilde av hva kostnadene av å gi irregulære migranter helserettigheter kan bli, og hva som påvirker utfallet. Slik sett vil rapporten bidra til at hver enkelt leser kan gjøre seg opp sin egen mening og rapporten legger grunnlaget for en mer kunnskapsbasert debatt om hvordan tiltaket påvirker helsebudsjettkostnader.

7.1 Følsomhet 1 – Omfanget av irregulære migranter i Norge i dag

Vi starter med en av de største usikkerhetene for beregningene, omfanget av irregulære migranter som oppholder seg i Norge i dag. Basert på tidligere anslag på omfanget av irregulære migranter i Norge (Zhang, 2008; Oxford Research, 2014) mener vi at det er sannsynlig at det er mellom 2 000 og 18 000 irregulære migranter i Norge i dag. I denne delen viser vi helsebudsjettkonsekvensen av at omfanget av irregulære migranter i Norge i dag er lik 2 000 (lavt anslag), 10 000 (middels anslag) og 18 000 (høyt anslag). Konsekvensene av å legge til grunn disse tre anslagene gir oss Figur 7.1. Figuren viser for det første at helsebudsjettkostnadene er veldig følsomme for forutsetningen om omfanget av irregulære migranter som oppholder seg i Norge i dag. I denne sammenheng er det viktig å påpeke at vi ikke har faglig grunnlag for å konkludere med annet enn at det er en lineær sammenheng mellom omfanget av irregulære migranter i Norge og helsebudsjettkostnader. Slik sett kan lesere av rapporten selv gjøre seg opp en mening om hvor stort man tror omfanget av irregulære migranter er i Norge i dag og benytte gjeldende kostnadsanslag per irregulær migrant til å utarbeide et samlet kostnadsanslag.

Figur 7.1 Årlig netto helsebudsjettkostnad og prissatt samfunnsøkonomisk kostnad* av å legge til grunn lavt og høyt omfang av irregulære migranter som oppholder seg i Norge i dag, i millioner kroner



*Årlig prissatt samfunnsøkonomisk kostnad omfatter netto helsebudsjettkostnad pluss skattefinansieringskostnaden. Kilde: Menon Economics

Siden omfanget av irregulære migranter er en overgripende usikkerhet, har vi valgt å videreføre lavt, middels og høyt anslag (på hhv. 2 000, 10 000 og 18 000 irregulære migranter) på omfanget av irregulære migranter i de kommende følsomhetsanalysene.

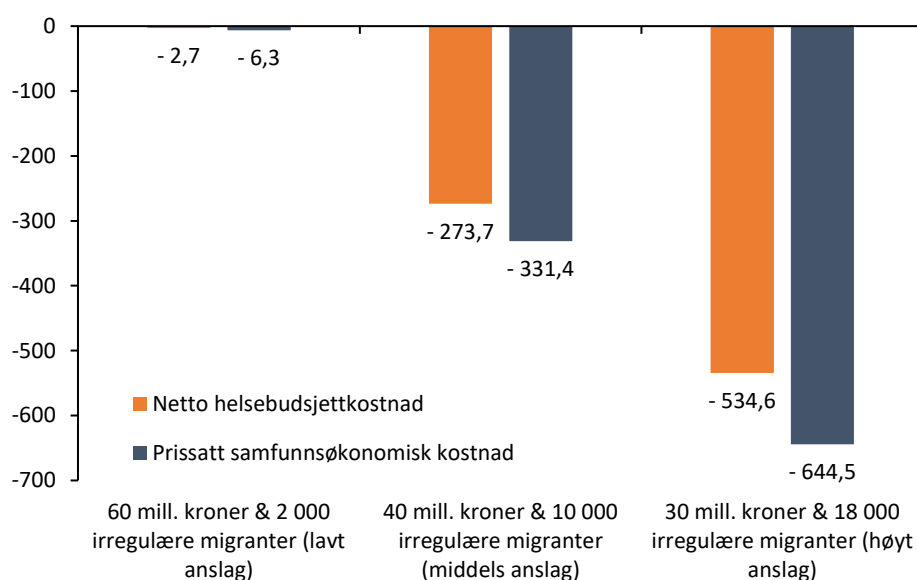
7.2 Følsomhet 2 – Konsekvens av høyere og lavere kostnader av dagens tilbud

I vår hovedberegning har vi lagt til grunn forutsetningen om at kostnadene ved å tilby frivillig og offentlig helsehjelp til irregulære migranter utgjør 40 millioner kroner per år i dag. Det er usikkert om alle kostnadene er medregnet i anslaget vi har lagt til grunn, eller om vi har overvurdert kostnadene noe. Basert på observerte ikke-uttømmende utgiftstall er vår faglige vurdering at det er lite sannsynlig at kostnaden er lavere enn 30 millioner kroner og at den kan være betydelig større enn 40 millioner kroner. Basert på disse vurderingene har vi valgt å studere nærmere hvordan resultatene presentert i Figur 7.1 påvirkes av at:

- Helsekostnaden i nullalternativet utgjør 60 millioner i det lave anslaget
- Helsekostnaden i nullalternativet utgjør 30 millioner i det høye anslaget

Begrunnelsen for disse kombinasjonene er at vi ønsker å vise ytterpunktene. Resultatene av denne følsomhetsanalysen er vist i Figur 7.2. Som vi ser fra figuren påvirkes tallene relativt lite.

Figur 7.2 Årlig netto helsebudsjettkostnad og prissatt samfunnsøkonomisk kostnad* av å legge til grunn lavt og høyt omfang av årlige kostnader av som oppholder seg i Norge i dag, i millioner kroner



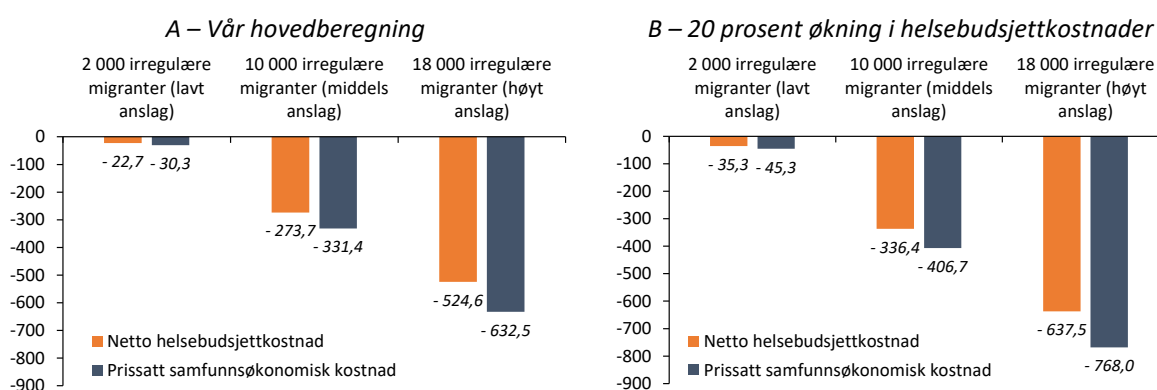
*Årlig prissatt samfunnsøkonomisk kostnad omfatter netto helsebudsjettkostnad pluss skattefinansieringskostnaden. Kilde: Menon Economics

Det er imidlertid oppsiktsvekkende at lavt anslag nesten gir netto positiv samfunnsøkonomisk nytte. Årsaken er at vi i dette anslaget legger til grunn at det i dag benyttes 60 millioner kroner på 2 000 irregulære migranter. Det tilsier at hver irregulær migrant i gjennomsnitt mottar helsetjenester til en verdi av 30 000 kroner per år – som tilsvarer nesten det samme som nordmenn mottar (korrigert for avvik i aldersfordeling). Man kan naturligvis stille spørsmål om dette er et realistisk anslag. Et motargument er naturligvis at de fleste irregulære migrantene i frykt for å bli oppdaget og returnert først ber om hjelp når mindre symptomer har utviklet seg til noe alvorlig. Hvis man imidlertid tror at alle irregulære migrantene uansett, på ett eller annet tidspunkt blir så syke at de er nødt til å oppsøke helsehjelp og at kostnaden ved behandle alvorlige skader er større enn å forebygge – er det likefullt et realistisk scenario.

7.3 Følsomhet 3 – Konsekvens av en annen alderssammensetning for de irregulære migrantene

I vår hovedberegning har vi lagt til grunn alderssammensetningen til personer som har fått hjelp ved helse-sentrene i Oslo og Bergen, se Figur 6.1. Som vi ser fra figuren er de fleste irregulære migrantene som har mottatt helsehjelp i aldersgrupper som har relativt lite behov for helsetjenester, dvs. de mellom 31 og 66 år – med mest vekt på de mellom 30 og 59 år. Det kan være at aldersfordelingen som er oppgitt fra helsesentrene ikke gir et representativt bilde. For å synliggjøre hva kostnadene kan være med en annen aldersfordeling antar vi at populasjonen av irregulære migranter ligner mer på den norske befolkning, med høyere gjennomsnittlig alder. Vektet etter størrelsen på aldersgruppene finner vi at gjennomsnittlig helseutgift per norske innbygger er om lag 46 400 kroner. Til sammenligning legger vi i hovedberegningen til grunn at gjennomsnittlig helsebudsjettkostnad per irregulær migrant som oppholder seg i Norge i dag er lik cirka 31 400 kroner (se avsnitt 6.6). Det kan argumenteres med at det er lite sannsynlig at populasjonen med irregulære migranter får en sammenfallende aldersfordeling med norske innbyggere. Vi har imidlertid valgt å undersøke konsekvensen av at aldersfordelingen av irregulære immigranter ligner mer på den norske, ved at gjennomsnittlige helsebudsjettkostnaden som vi har lagt til grunn øker fra cirka 31 400 til 37 500 (som tilsvarer 20 prosent økning). Konsekvensen av denne endringen er vist i Figur 7.3. Som vi ser fra figuren vil en aldersfordeling som innebærer at de irregulære migrantene er eldre, dvs. likere aldersfordelingen til norske innbyggere, resultere i høyere helsebudsjettkostnader. Endringene er av betydning, men ikke dramatiske.

Figur 7.3 Årlig netto helsebudsjettkostnad og prissatt samfunnsøkonomisk kostnad* av å legge til grunn en alderssammensetning som øker helsebudsjettkostnader, i millioner kroner



*Årlig prissatt samfunnsøkonomisk kostnad omfatter netto helsebudsjettkostnad pluss skattefinansieringskostnaden. Kilde: Menon Economics

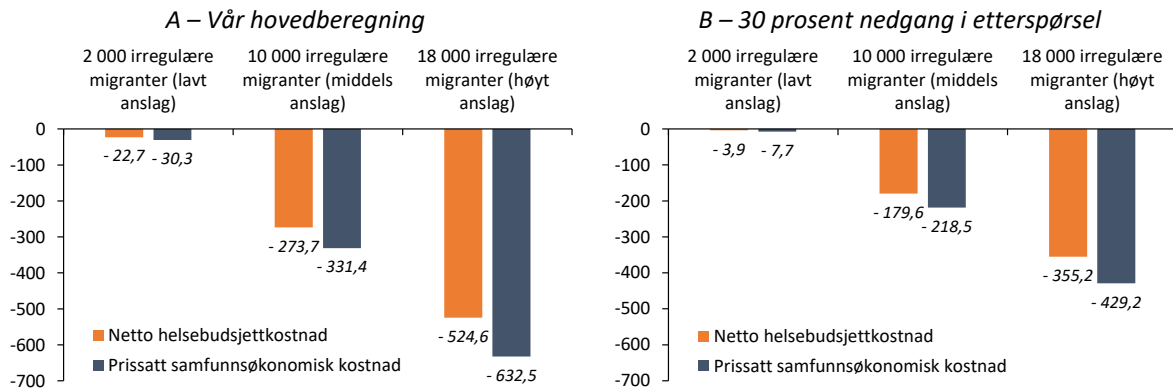
I gjennomgangen av disse resultatene bør man også ta i betraktning at populasjonen som observeres på helsesentrene kan være eldre enn den reelle populasjonen av irregulære migranter. Konsekvensene av en slik alderssammensetning av populasjonen har imidlertid lite å si for helsebudsjettkostnadene. Årsaken er at gjennomsnittskostnadene for personer i de yngre aldersgrupper antas å være relativt små.

7.4 Følsomhet 4 – Konsekvens av at de irregulære migrantene benytter seg mindre av helsetjenestene

I vår hovedberegning har vi lagt til grunn at de irregulære migrantene benytter seg av helsetjenester på samme nivå som nordmenn. Det kan imidlertid argumenteres med at irregulære migranter som følge av deres frykt for å bli oppdaget eller returnert og begrensede mulighet til å betale egenandel i mindre grad benytter seg av

helsetjenester enn nordmenn. Hvis vi antar at de irregulære migrantene går 30 prosent mindre til legen enn nordmenn gjør i dag, reduseres de prissatte samfunnsøkonomiske kostnadene med over 200 millioner kroner i et scenario der 18 000 irregulære migranter oppholder seg i landet, se Figur 7.4.

Figur 7.4 Årlig netto helsebudsjettkostnad og prissatt samfunnsøkonomisk kostnad* av å legge til grunn lavt og høyt omfang av årlige kostnader av som oppholder seg i Norge i dag, i millioner kroner



*Årlig prissatt samfunnsøkonomisk kostnad omfatter netto helsebudsjettkostnad pluss skattefinansieringskostnaden. Kilde: Menon Economics

8 Konklusjon og drøfting

8.1 Hovedfunn

Retten til helse er en grunnleggende menneskerett, som understrekes av FNs verdenserklæring om menneskerettigheter fra 1948. Menneskerettigheter og humanitære hensyn taler for at alle som bor og oppholder seg i Norge skal ha rett til helsehjelp som er nødvendig og ikke kan vente. Irregulære migranter, som bor i Norge uten gyldige papirer på oppholdstillatelse, har imidlertid begrenset rett på helsehjelp utover nødvendig helsehjelp som ikke kan vente. FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter har i sin sjettede rapport om Norge kritisert Norge for brudd på menneskerettighetene ved ikke å tilby irregulære migranter helsehjelp på linje med resten av befolkningen.

Uten tilstrekkelig helsehjelp kan helseproblemer utvikle seg til større fysiske og psykiske lidelser og risiko for smitte kan øke. En konsekvens av dagens regelverk kan være at pasienter ikke får nødvendig helsehjelp eller må vente til situasjonen blir akutt nok. Det vil i mange tilfeller være mer ressurseffektivt og bedre for pasienten å gi forebyggende og tidlige tjenester istedenfor å behandle mer alvorlige og akutte helseproblemer på et senere tidspunkt.

Menon Economics anslår at helsebudsjettkostnadene av å gi irregulære migranter helserettigheter i gjennomsnitt utgjør 31 000 kroner per person per år. Anslaget er basert på forutsetningen om at helserettigheter til irregulære migranter utløser de samme helsebudsjettkostnader som nordmenn i samme aldersgruppe. Basert på at de irregulære migrantene lever et liv i frykt for å bli oppdaget og returnert er det grunn til å tro at de har en dårligere helse enn de kunne hatt (Øien & Sønsterudbråten, 2011). Det taler for at irregulære migranter har dårligere helse enn nordmenn i samme aldersgruppe. De samme argumentene taler imidlertid også for at de i en situasjon med de samme helserettigheter som resten av befolkningen, vil oppsøke helsehjelp i mindre grad enn nordmenn med samme helseutfordringer.

En annen betydningsfull usikkerhet knytter seg til hvor mange irregulære migranter som oppholder seg i landet. Basert på statistikk fra helsesentrene til Røde Kors og Kirkens Bymisjon i Oslo og Bergen og anslag fra 2006 og 2011 mener vi det er sannsynlig at omfanget av irregulære migranter utgjør et sted mellom 2 000 og 18 000 personer i dag. Legger vi disse ytterpunktene til grunn finner vi at brutto helsebudsjettkostnad av å gi irregulære migranter helserettigheter utgjør mellom 63 og 565 millioner kroner per år. Trekker vi fra kostnadene ved dagens helsetilbud som faller bort ved innføringen av tiltaket og legger til kostnaden av å trekke inn skatter utgjør den totale samfunnsøkonomiske helsebudsjettkostnaden mellom 30 og 630 millioner kroner per år.

8.2 Andre samfunnsøkonomiske virkninger

I kapittel 6.9 har vi prissatt en rekke samfunnsøkonomiske kostnader ved innføring av helserettigheter til papirløse i Norge. Tiltaket vil også kunne medføre andre ikke-prissatte samfunnsøkonomiske nytte- og kostnadsvirkninger.

For det første vil tiltaket medføre en netto nytte for de irregulære migrantene. Nettonytten for de irregulære migrantene tilsvarer differansen mellom nytten ved å innføre helserettigheter fratrukket kostnadene de blir påført (eksempelvis egenandeler). Nyttene for de irregulære migrantene er i hovedsak bedre fysisk og psykisk helse, samt besparelser knyttet til reisetid og økt trygghetsfølelse. Bedre helse kan være et resultat av behandlingen de mottar eller at behandlingen er forebyggende og dermed forhindrer verre helse på sikt, enten for dem selv eller egne barn. Bedre helse vil videre kunne påvirke egen arbeidsevne og velferden til familie og

venner, osv. At helsetjenester gjøres universelt tilgjengelig, snarere enn at tilbudet avhenger av hvem de møter i helsevesenet, vil også kunne påvirke irregulære migranternes stressnivå, og dermed også mentale helse.

Kostnadene omfatter egenandeler for helsetjenester som irregulære migranter i utgangspunktet må betale på lik linje med personer med lovlig opphold. Hvorvidt de faktisk må betale, vil trolig avhenge av betalingsvevnen. Selv dersom de må betale, er det likevel grunn til å tro at netto nytten vil være positiv.

I tillegg vil tiltaket kunne medføre andre kostnader for helsevesenet. Innføringen av helserettigheter for papirløse vil medføre et behov for å registrere informasjon om pasientene i datasystemene til helsevesenet. Registrering av informasjon i felles systemer er nødvendig for at pasientene skal få den behandlingen de har krav på, og er også i tråd med helsevesenets dokumentasjonsplikt. Per i dag har ikke irregulære migranter et ID-nummer som kan brukes ved journalføring av informasjon, de har hverken ordinært fødsels- og personnummer eller d-nummer²³. Innføringen av helserettigheter vil følgelig kreve etableringen av et register med ID-nummer for irregulære migranter. Vi vet ikke hva drifts- og investeringskostnadene ved innføringen av et slikt register vil være. Det er imidlertid grunn til å tro at man kan bygge på eksisterende systemer, deler av investeringskostnadene er dermed allerede tatt. Videre vet vi at enkeltstående aktører som regionale helseforetak allerede har en praksis med å tildele lokale identifikasjonsnummer, deriblant til irregulære migranter.²⁴ Innføringen av et felles system vil redusere behovet for lokale ad-hoc systemer, og trolig redusere tidsbruken ved registrering av informasjon for de som allerede har en registreringspraksis da det vil være mindre usikkerhet knyttet til fremgangsmåten. Vi har ikke grunnlag for å prissette kostnadene, men basert på ovennevnte forhold er det grunn til å tro at de samlede kostnadene ved innføring av et register for irregulære migranter vil være av et begrenset omfang.

Hvorvidt en eventuell pulleffekt vil medføre økte kostnader for andre offentlige aktører er mer uklart.

8.3 Verdien av omfordeling

Hvilke grupper eller aktører som får nytte og kostnader som følge av et tiltak tillegges ikke direkte vekt i samfunnsøkonomiske analyser. Det er uveid betalingsvillighet som skal legges til grunn. Likevel vil det kunne være relevant å diskutere fordelingsvirkninger av tiltaket. I dette tilfellet vil kostnadene falle på samfunnet i stort, mens nytten i hovedsak vil tilfalle irregulære migranter ved at de får bedre helserettigheter. Irregulære migranter er en sårbar gruppe. Det kan være mange i det norske samfunnet som vil verdsette, og ha en betalingsvillighet for, en omfordeling av midler som gjør at irregulære migranter i større grad kan ivareta sine helsemessige behov. Samtidig er det andre i det norske samfunnet som kan oppleve omfordelingen som en kostnad. Det er ikke politisk enighet i hvorvidt det vil være en god løsning å gi irregulære migranter helserettigheter, og ulike mål og interessekonflikter kan påvirke hvorvidt det er ønskelig å gjennomføre tiltaket.

Hvis vi ser bort fra kostnadene som påløper med å etablere et helseregister mv. og legger til grunn forutsetningene i hovedalternativet må: *betalingsvilligheten per norske innbygger minst være lik mellom 5,6 kroner og 117,8 kroner per år for at tiltaket om å gi irregulære migranter helserettigheter er samfunnsøkonomisk lønnsomt.*

²³ D-nummer er et ID-nummer som tildeles asylsøkere, NATO-personell og utsendt personell fra andre land, og deres familie (Helsenorge, 2021).

²⁴ (Stortinget, 2021)

Tabell 8.1 Anslag på nødvendig betalingsvillighet per nordmann per år for at tiltaket (innføring av helserettigheter til irregulære migranter) er samfunnsøkonomisk lønnsomt

Antall irregulære migranter	Minste gjennomsnittlige betalingsvilje per nordmann for at tiltaket er samfunnsøkonomisk lønnsomt
2 000	5,6 kroner per år
10 000	61,7 kroner per år
18 000	117,8 kroner per år

Kilde: Menon Economics

Referanseliste

Aaberge, R. & Langørgen A. (2003): *Fiscal and Spending Behavior of Local Governments: Identification of Price Effect when Prices are not Observed*, Public Choice 117, 125-161.

Borge L. E. & Haraldsvik M. (2005): *Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner*, SØF-rapport 01/05, Senter for økonomisk forskning.

Borge L. E., Haraldsvik M., Løyland K. & Nyhus O. H. (2013): *Delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg: Analyser av enhetskostnader, dekningsgrader, utgifter og brukerbetaling*, SØF-rapport 04/13, Senter for økonomisk forskning.

Borge L. E., Kråkenes T., Marcinko L. & Nyhus O. H. (2020): *Betydningen av kostnads- og etterspørselsfaktorer: Sammenlikning av simultane utgiftsanalyser, partielle utgiftsanalyser og partielle analyser av enhetskostnader*, SØF-rapport 06/20, Senter for økonomisk forskning.

Brekke J.-P., Aarset M. F. (2009): *Why Norway? Understanding Asylum Destinations*, ISF-rapport 2009:12, Institute for Social Research

Chauvin P., Parizot I., Simonnot N. (2009): *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries*. Médecins du Monde.

Dam, K. W., & Westberg, N. B. (2012): *Dokumentasjon av satellittregnskapet for ideelle og frivillige organisasjoner*, Notater 23/2012, Statistisk sentralbyrå.

DFØ (2018): *Veileder til utredningsinstruksen – instruks om utredning av statlige tiltak*, Direktoratet for økonomistyring.

Finansdepartementet (2014): *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.*, Rundskriv R-109/14.

Haarberg K. & I. Lystrup (2014): *Evaluering av returtiltak i ordinære mottak*, Deloitte.

HOD (2021): *Forslag til endringer i forskrift 29. august 2012 nr. 843 om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen for å sikre utenlandske diplomater mv. i Norge tilgang til fastlegeordningen*, Høringsnotat.

KMD (2019): *Forslag til nytt inntektssystem for fylkeskommunene*, Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

KMD (2021): *Grønt hefte – Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner*, KMD.

Langørgen A., Pedersen S. & Aaberge R. (2010): *Stabilitet i kommunenes økonomiske atferd 2001-2008*, Rapporter 2005/25, Statistisk sentralbyrå.

Lillevik, R. & Tyldum, G. (2021): *Irregulær bistand - en kartlegging av norske storbyers møter med irregulære migranter*, Program for storbyrettet forskning, Fafo-rapport 2021:15.

NOU (2019: 24): *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*, Helse- og omsorgsdepartementet.

Oxford Research (2014): *Et marginalt problem? Asylsøkere, ulovlig opphold og kriminalitet*, hentet fra (10. oktober 2021): https://www.udi.no/globalassets/global/forskning-fou_i/beskyttelse/et-marginalt-problem---endelig.pdf.

Røde Kors (2021): *Årsmelding 2020 – Helsesenter for papirløse migranter*, Røde Kors Bergen.

SSB (2019, 09 14): 08520: *Årsverk, etter aktivitet (ICNPO) 2006 - 2017, Satelittregnskap for ideelle og frivillige organisasjoner*. Hentet fra Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/08520/>

SSB (2019): 08538: *Produksjon, bruttoprodukt og lønnskostnader inklusive ulønnet arbeid, etter hovedstørrelse, statistikkvariabel og år*. Hentet fra Satelittregnskap for ideelle og frivillige organisasjoner, Statistisk sentralbyrå, tabell 08538.

UDI (2021): *Beboere i asylmottak etter statsborgerskap og status i søknad (2021)*, <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-statsborgerskap-og-status-i-soknad-2021/>

UDI (2015): *Beboere i asylmottak etter statsborgerskap og status i søknad (2015)*, <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/antall-beboere-i-asylmottak-etter-statsborgerskap-og-status-i-soknad-2015/>

Zhang, Li-Chun (2008): *Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway*, Document 2008/11, Statistisk sentralbyrå.

Øien C. & S. Sønsterudbråten (2011): *No way in, no way out? A study of living conditions of irregular migrants in Norway*, FAFO-rapport 2011:03,

Vedlegg 1 – Skjema for utfylling av tilbydere av helsetjenester for irregulære migranter

På oppdrag for Røde Kors utreder Menon Economics konsekvenser av å innføre helserettigheter for papirløse personer i Norge. Utredningen omfatter å beskrive problemet med at papirløse migranter ikke får helserettigheter, kartlegge ressursbruken knyttet til å tilby tjenester til papirløse migranter i dag, vurdere kostnaden som påløper av å innføre helserettighetene (for kommune, fylkeskommune, helseforetak, Helfo og samfunnet totalt) og kostnadsbesparelsen av at det ikke er behov for deler av eksisterende tilbud til målgruppen. Vi er også opptatt av å beskrive (om mulig kvantifisere) andre positive og negative effekter av å gi papirløse helserettigheter.

Hensikten med dette skjemaet er å kartlegge ulike forhold ved virksomhetene som tilbyr helsehjelp til papirløse migranter. Vi håper virksomheten du representerer setter av tid til å fylle ut skjemaet. Skjemaet representerer en ønskeliste med informasjon og data vi har behov for. Dersom dere ikke sitter på all informasjon vi ber om, er det fint om dere likevel fyller ut så mye som mulig. Når skjemaet er utfyllt og sendt til oss, tar vi kontakt angående et mulig intervju.

Menon skal levere rapport til Røde Kors den 15. september 2021 og ser for oss å gjennomføre en god del av arbeidet i løpet av juli. Vi håper derfor dere fyller ut den informasjonen dere sitter på så snart dere har mulighet.

Ved spørsmål eller uklarheter er det fint om dere slår på tråden eller sender en e-post til Iselin Kjelsaas, seniorøkonom i Menon Economics, e-post: iselin@menon.no, telefon: 40437185.

Del 1 – Innledende spørsmål

Fyll ut:

Hva heter virksomheten du representerer?

Hva heter du?

Hvilken rolle har du i virksomheten?

Hva er din kontaktinformasjon?

Del 2 – Om tilbudet til papirløse migranter i Norge

Fyll ut:

Kan du beskrive hvilken type helsetjenester dere tilbyr til papirløse migranter i Norge? • XXX

(List gjerne opp alle tilbud dere yter, hvis slik liste finnes) • YYY

Retter tilbudet seg mot spesifikke grupper?

I hvilken eller hvilke kommuner tilbyr dere helsetjenester til papirløse?

Del 3 – Ressurser som går med til tilbudet i dag

Vennligst fyll ut informasjonen i de hvite cellene under. Som et utgangspunkt er vi ute etter svar på spørsmålene under for 2020. Hvis dere har tall for 2019, er dette også interessant for oss.

Hvis du/dere tenker på helsetilbudet dere yter til papirløse, kan du/dere anslå antall arbeidstimer og kostnader som gikk med til å yte helsetjenester til papirløse?

Hvis det er vanskelig å anslå den årlige kostnaden for lønnet arbeidskraft, er det veldig fint om du/dere anslår antall timer den lønnede arbeidskraften sto for.

	Arbeidstimer per år	Årlig kostnad i kroner
Lønnet arbeidskraft		
Frivillige arbeidstimer		
Løpende driftskostnader (engangsutstyr, medisiner, strøm mv.)		
Faste driftskostnader (husleie mv.)		
Andre kostnader (spesifiser gjerne hva andre kostnader omfatter her)		

Hvor mange unike personer utfører arbeidet med å tilby helsehjelp til papirløse i løpet av ett år?

	Antall unike personer
Kun lønnet arbeid	
Kun frivillig arbeid	
Delvis lønnet og delvis frivillig arbeid	
Totalt	

Er det mulig for deg/dere å anslå de ansatte (lønnede og frivillige) sin kvinneandel og gjennomsnittsalder?

	Fyll ut:
Kvinneandel	... prosent
Gjennomsnittsalder	... år

Oppgavefordelingen av helsetjenester til norske innbyggere er fordelt etter primærhelse (kommunens ansvar), spesialisthelsetjeneste (helseforetakenes ansvar), tannhelse for barn og unge (fylkeskommunenes ansvar) og finansieringsansvar (Helfo). Hvis dere ser bort fra finansieringsansvaret, kan du/dere anslå hvor stor andel av dagens ressursbruk til papirløse som virksomheten du representerer har (lønn, frivillig innsats, løpende, faste og andre kostnader) som knytter seg til primærhelse, spesialisthelse og tannhelse?

	Fyll ut anslag i prosent av ressurser som benyttes i dag
Primærhelse	... prosent
Spesialisthelse	... prosent
Tannhelse	... prosent
Totalt	100 prosent

Del 4 – Omfanget og sammensetningen av papirløse dere hjelper

Det er viktig for oss å forstå litt mer om de papirløse dere yter helsehjelp til.

Hvor mange unike papirløse personer mottok helsehjelp fra dere og hvor mange behandlinger/besøk sto de for? Vi har forståelse for at det kan være utfordrende å anslå antall unike personer, det er likevel fint om dere forsøker å anslå. Påpek gjerne usikkerheten under tabellen.

	2019	2020
Antall unike personer/papirløse		
Antall behandlinger/besøk		

Er det mulig å anslå aldersfordelingen til de papirløse dere har behandlet? Årsaken til at vi ber om så detaljerte og tilsynelatende ulogiske alderskategorier, er at vi i etableringen av kostnadsanslag for å innlemme målgruppen trenger å koble sammensetningen av papirløse mot kriterier i inntektssystemet for kommunene, kriterier for fordeling mellom helseforetak og regelverket for godskriving av utgifter for tannhelse.

	Fyll ut anslag for antall unike personer for 2020:
Barn 0-1 år	...
Barn 2-5 år	...
Barn 6-12 år	...
Ungdom 13-16 år	...
Ungdom 17 år	...
Unge voksne 18-19 år	...
Unge voksne 20-21 år	...
Unge voksne 22-29 år	...
Voksne 30-39 år	...
Voksne 40-49 år	...
Voksne 50-59 år	...
Voksne 60-66 år	...
Eldre 67-69 år	...
Eldre 70-79 år	...
Eldre 80-89 år	...
Eldre 90 år og eldre	...
Totalt	...

Del 5 – Om intervju

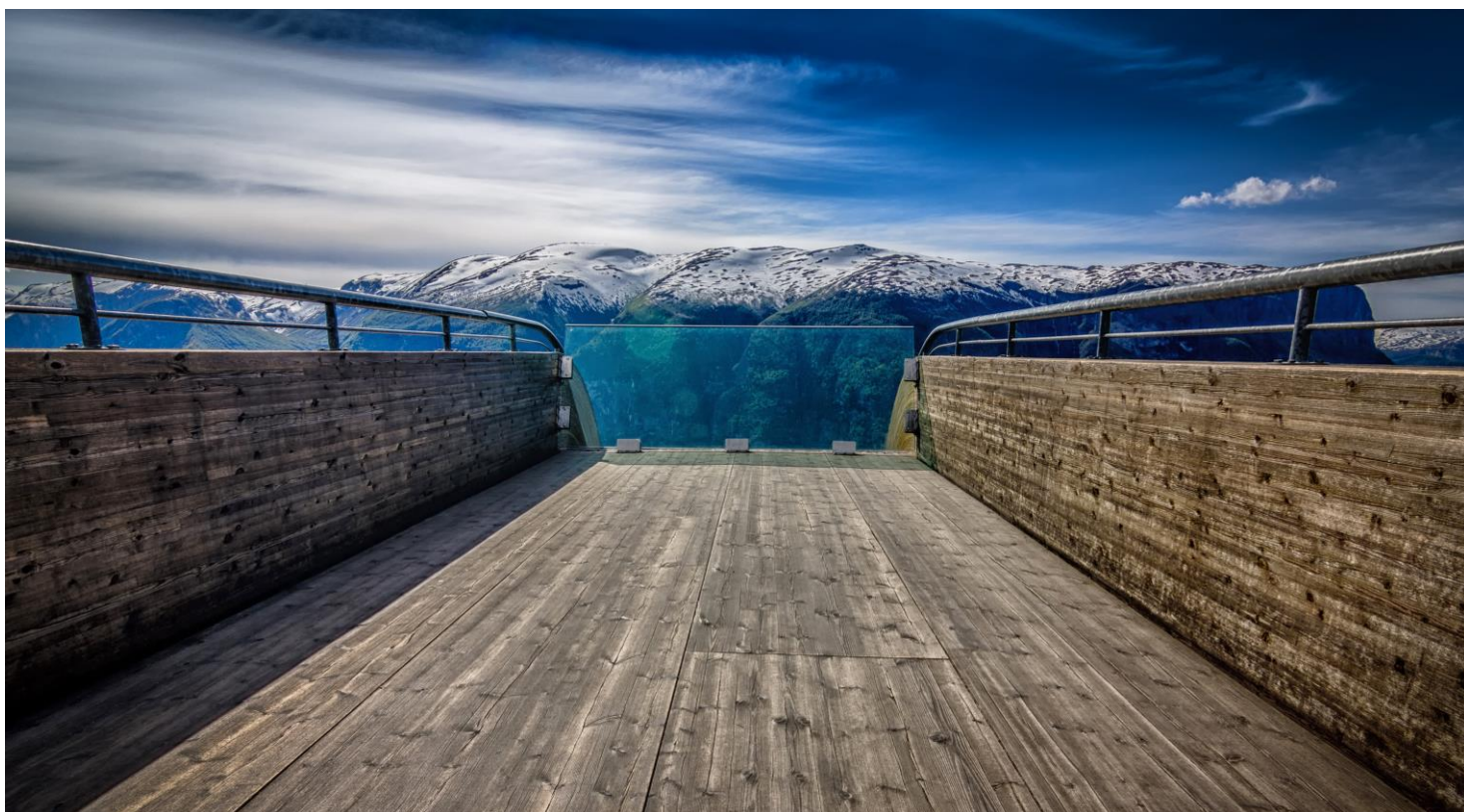
Fyll ut:
Ønsker dere å ta et intervju med oss?
Hvis ja, hvilken uke passer det best å ta en slik prat?
Hvis ja, hvem bør delta fra dere?
Kan du oppgi e-postadresse(r) til alle som bør delta

Del 6 – Til slutt

Er det andre forhold eller kommentarer du/dere har lyst til å informere oss om i denne runden?

Vedlegg 2 – Oversikt over hvem vi har intervjuet

Virksomhet	Navn	Dato
Helsesenteret i Oslo	Linnea Näsholm	22. juli 2021
Helsesenteret i Bergen	Astrid Spjeldnæs	26. august 2021
Flyktningehelseteamet i Trondheim	Gunvor Sylvi Berg	27. august 2021
Kristiansand kommune	Rolf Jarnes	2. juli 2021



Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter.

Vi er et medarbeidereiet konsultentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked.

Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside www.menon.no.

+47 909 90 102 | post@menon.no | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | menon.no