

Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet

*Betänkande av Utredningen om vård
för papperslösa m.fl.*

Stockholm 2011



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2011:48

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Tryckt av Elanders Sverige AB.
Stockholm 2011

ISBN 978-91-38-23593-5
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 28 januari 2010 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att bl.a. lämna förslag på hur den reglering som avser hälso- och sjukvård åt asylsökande, personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning samt personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här kan göra mer ändamålsenlig än i dag.

Som särskild utredare förordnades generaldirektören Erna Zelmin fr.o.m. den 23 april 2010.

Sekreterare i utredningen, som har antagit namnet Utredningen om vård för papperslösa m.fl., har varit, fr.o.m. den 1 maj 2010, hovrättsassessorn Anna Billing och fr.o.m. den 24 maj 2010, jur.kand. Tomas Agdalen.

I utredningen har deltagit sakkunniga och experter vars namn framgår av bifogad förteckning.

Utredningen får härmed överlämna betänkandet Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet (SOU 2011:48).

Till betänkandet fogas ett särskilt yttrande av Per Aldskogius, Kerstin I. Lindblad och Alexandra Wilton Wahren.

Utredningsuppdraget är med detta slutfört.

Stockholm i maj 2011

Erna Zelmin

/Tomas Agdalen
Anna Billing

Förteckning över sakkunniga och experter som har deltagit i utredningens arbete

Sakkunniga

Per Aldskogius, kansliråd, fr.o.m. den 15 juni 2010
Sara Johansson, departementssekreterare, fr.o.m. den 15 juni 2010
Anders Klahr, departementssekreterare, fr.o.m. den 15 juni 2010
Kerstin Lindblad, kansliråd, fr.o.m. den 15 juni 2010
Mats Rundström, rättssakkunnig, fr.o.m. den 15 juni 2010
Alexandra Wilton Wahren, kansliråd, fr.o.m. den 15 juni 2010

Experter

Annette Bäcklund, verksamhetsområdeschef, fr.o.m. den 15 juni 2010
Elis Envall, utredare, fr.o.m. den 15 juni 2010
Carita Fallström, förbundsjurist, fr.o.m. den 15 juni 2010
Thomas Flodin, överläkare, fr.o.m. den 15 juni 2010
Anna Åberg, förbundsjurist, fr.o.m. den 15 juni 2010

Innehåll

Sammanfattning	15
Summary	31
Författningsförslag	47
1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	47
2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	49
3 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.	51
4 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)	53
5 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.	54
1 Inledning	57
1.1 Utredningsuppdraget.....	57
1.2 Arbetets bedrivande.....	57
2 Allmän bakgrund	61
2.1 Utlänningar i Sverige i dag	61
2.1.1 Inledning	61
2.1.2 Utlänningar som omfattas av utredningens uppdrag.....	63

2.1.3	Några utlänningar som inte omfattas av utredningens uppdrag	65
2.1.4	Cirkulär migration	67
2.2	Vissa frågor rörande migration och integration	68
2.2.1	Inledning.....	68
2.2.2	Migrations- och integrationspolitikens inriktning	69
2.2.3	Asylsökande personer.....	74
2.3	Papperslösa personer.....	84
2.3.1	Inledning.....	84
2.3.2	Vem är papperslös?	84
2.3.3	Vad vet vi om de papperslösa personernas situation rent allmänt?	85
2.3.4	Hur många är de papperslösa personerna och var kommer de ifrån?	88
2.3.5	Hur ser de papperslösa personernas hälsa ut och vilka vårdbehov har de?	90
2.3.6	Vilken tillgång har de papperslösa personerna till vård i Sverige?	92
2.3.7	Papperslösa barn – hur ser deras situation ut?	94
2.4	Hälso- och sjukvård i Sverige	98
2.4.1	Inledning.....	98
2.4.2	Några grundläggande regler för svensk hälso- och sjukvård.....	98
2.4.3	Vem ska enligt svensk lag erbjudas hälso- och sjukvård?	100
2.4.4	Vilken hälso- och sjukvård ska ett landsting erbjuda?.....	102
2.4.5	Smittskydd.....	107
2.4.6	Hälsoundersökning.....	108
2.4.7	Särskilda lokala riktlinjer för hälso- och sjukvård åt papperslösa personer.....	108
2.4.8	Fullständig hälso- och sjukvård och regelbunden fullständig tandvård åt bosatta personer m.fl.	110
2.4.9	Omedelbar vård åt papperslösa personer m.fl.....	111
2.4.10	Vård åt vissa asylsökande personer m.fl.	113

2.5	Ersättning till landstingen och kommunerna för kostnader för hälso- och sjukvård åt bosatta, asylsökande och papperslösa personer	116
2.5.1	Inledning	116
2.5.2	Statlig ersättning till landsting och kommuner för hälso- och sjukvård åt bosatta personer m.fl.	118
2.5.3	Statlig ersättning till landsting och kommuner för hälso- och sjukvård åt asylsökande personer	120
2.5.4	Ersättning till landsting och kommuner för hälso- och sjukvård åt papperslösa personer.....	123
2.5.5	Landstingens kostnader för den hälso- och sjukvård som ges åt asylsökande personer och som ersätts med schablonen	123
2.6	Medicinsk etik	124
2.6.1	Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter.....	124
2.6.2	Vetenskap och beprövad erfarenhet samt den medicinska etikens olika regler och grundprinciper	126
2.6.3	Exempel på etiska riktlinjer för några yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården	129
2.6.4	Medicinsk etik i den offentliga debatten och i lagstiftningsarbetet	133
3	Rättslig bakgrund	137
3.1	Inledning.....	137
3.2	Folkrätten	138
3.2.1	Traktater och andra internationella överenskommelser	138
3.2.2	Traktaters och andra internationella överenskommelsers effekt	139
3.2.3	Tolkningen av traktater och andra internationella överenskommelser	144
3.3	Mänskliga rättigheter	151
3.3.1	Allmänt om mänskliga rättigheter	151
3.3.2	Bara rättigheter – inga skyldigheter?	155
3.3.3	Mänskliga rättigheter och diskriminering.....	156

3.4	Rätten till hälsa och därmed sammanhängande frågor enligt internationella överenskommelser som Sverige åtagit sig att följa	157
3.4.1	Hur rätten till hälsa regleras internationellt	157
3.4.2	Begreppet rätt till bästa möjliga hälsa för alla.....	161
3.5	Rätten till hälsa och därmed sammanhängande frågor i nationell svensk lagstiftning	174
3.5.1	Regeringsformen – det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa	174
3.5.2	Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen – en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård.....	178
3.6	Sekretessbrytande bestämmelser inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten	179
3.6.1	Huvudregeln är sekretess	179
3.6.2	Uppgiftsskyldighet för personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården	180
3.7	Identitet och journalföring.....	184
3.7.1	Fastställd identitet – inget krav för att få tillgång till hälso- och sjukvård.....	184
3.7.2	Dokumentation.....	186
3.8	Migrationsrätt.....	192
3.8.1	Inledning.....	192
3.8.2	Uppehållstillstånd	194
3.8.3	Avvisning, utvisning och verkställighet av sådana beslut.....	196
3.8.4	Uppgifts- och underrättelseskyldighet enligt utlänningslagstiftningen	198
3.8.5	Om mottagande av asylsökande personer m.fl.	199
3.9	Kommunalrätt	200
3.9.1	Kommunala befogenheter	200
3.9.2	God ekonomisk hushållning och kommunal revision.....	201

4	Tidigare och aktuella överväganden av intresse för utredningen när det gäller asylsökande och papperslösa personers tillgång till offentligt finansierad samhällsservice	205
4.1	Inledning.....	205
4.2	Mottagandevillkor för asylsökande personer	206
4.2.1	EG-rätten och mottagande av asylsökande (SOU 2003:89)	206
4.2.2	Aktiv väntan – asylsökande i Sverige (SOU 2009:19)	208
4.3	Mottagande av andra nyanlända utlänningar	210
4.3.1	Sverige för nyanlända – Värden, välfärdsstat, vardagsliv (SOU 2010:16) och Sverige för nyanlända utanför flyktingmottagandet (SOU 2010:37)	210
4.4	Asylsökande och papperslösa personer och det sociala välfärdssystemet	211
4.4.1	Hälsa, vård och strukturell diskriminering (SOU 2006:78)	211
4.4.2	Skolgång för barn.....	212
4.5	Motioner m.m. i riksdagen	216
4.6	Något om det internationella arbetet med frågan om asylsökande och papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård	217
4.6.1	Frågans hantering inom den Europeiska Unionen...	217
4.6.2	Arbete i Europarådet	219
4.6.3	Resultat av forskning och projekt	221
5	Internationella förhållanden	223
5.1	Inledning.....	223
5.2	Nordiska länder.....	224
5.2.1	Danmark.....	224
5.2.2	Finland.....	227
5.2.3	Norge.....	229
5.2.4	Island	230

5.3	Några andra europeiska länder	231
5.3.1	Belgien	231
5.3.2	Frankrike	233
5.3.3	Grekland	234
5.3.4	Italien	235
5.3.5	Nederländerna	237
5.3.6	Portugal	239
5.3.7	Rumänien.....	241
5.3.8	Slovenien.....	242
5.3.9	Spanien.....	243
5.3.10	Storbritannien	247
5.3.11	Tyskland	248
5.3.12	Österrike.....	250
5.4	Några utomeuropeiska länder	251
5.4.1	Australien	251
5.4.2	Kanada	252
5.4.3	USA	255
5.5	Sammanfattande reflektioner.....	257
6	Problembeskrivning	261
6.1	Verksamhet i det fördolda	261
6.2	Vilka krav bör ställas på en lagstiftning om hälso- och sjukvård för att den ska anses ändamålsenlig och rättssäker?	264
6.3	Iakttagelser och synpunkter rörande asylsökande och papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård.....	267
6.3.1	Iakttagelser inom Sverige.....	267
6.3.2	Synpunkter från FN-organ.....	275
6.3.3	Utredningens iakttagelser – hälso- och sjukvårdens dolda och ”gråa” verksamhet	277
6.3.4	Sammanfattning av iakttagelser och synpunkter	278
6.4	Särskilt om s.k. push- och pull-faktorer	279
6.4.1	Inledning.....	279
6.4.2	Forskning rörande push- och pull-faktorer	280
6.4.3	Några lagändringar i Sverige – har de inneburit pull-faktorer?.....	286

6.4.4	Sammanfattning av iakttagelser rörande push- och pullfaktorer	290
6.5	Är dagens regler om asylsökande och papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård ändamålsenliga och rättssäkra?	291
6.5.1	Inledning	291
6.5.2	Hur kan man bedöma vad har Sverige åtagit sig i fråga om att värna rätten till bästa möjliga hälsa för alla?	292
6.5.3	Hur lever andra länder upp till sina internationella åtaganden när det gäller att värna rätten till bästa möjliga hälsa för alla?	293
6.5.4	Korresponderar den medicinska yrkesetiken med hälso- och sjukvårdslagstiftningen eller inte?	295
6.5.5	Hur lever Sverige upp till sina internationella åtaganden att värna rätten till bästa möjliga hälsa för alla?	296
6.5.6	Lever Sverige upp till sina ambitioner i den nationella lagstiftningen?	301
7	Allmänna utgångspunkter för utredningens förslag och bedömningar	303
7.1	Inledning.....	303
7.2	Viktiga aspekter vid utredningens överväganden.....	304
7.3	Mänskliga rättigheter och humanitära och medicinska aspekter.....	305
7.4	Tydlighet, ändamålsenlighet och rättssäkerhet.....	310
7.5	Öppenhet i verksamheten	312
7.6	Påverkan på asylmottagandet och den reglerade invandringen.....	312
7.7	Ekonomiska konsekvenser	314
7.8	Kan begränsningar av rätten till bästa möjliga hälsa för alla vara motiverade?	318

7.9	Sammanfattning av de principer som läggs till grund för utredningens förslag och bedömningar	320
8	Utredningens förslag och bedömningar	323
8.1	Fullständig hälso- och sjukvård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) åt asylsökande och papperslösa personer	324
8.2	Regelbunden och fullständig tandvård åt asylsökande och papperslösa barn och ungdomar i enlighet med tandvårdslagen (1985:125)	327
8.3	Frågan om utvidgad tillgång till tandvård åt vuxna asylsökande och vuxna papperslösa personer behöver utredas vidare	329
8.4	Statlig subvention av den hälso- och sjukvård samt tandvård som ska erbjudas asylsökande personer	331
8.5	Statlig subvention av den hälso- och sjukvård samt tandvård som ges åt papperslösa personer	332
8.6	Frågan om vårdavgifter för asylsökande personer	336
8.7	Vårdavgifter för papperslösa personer	337
8.8	Frågan om identitet och patientjournalföring	338
8.9	Frågan om tystnadsplikt, sekretess och uppgiftsskyldighet	341
8.10	Frågan om hälso- och sjukvård åt personer som befinner sig tillfälligt i landet	342
8.11	Frågan om de ideella organisationernas resurser och kunskaper – hur kan dessa tillvaratas på bästa sätt?	343
8.12	Uppföljning av utredningens förslag	345
8.13	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	346

9	Ekonomiska och andra konsekvenser av utredningens förslag.....	349
9.1	Kraven på redovisning av förslagets konsekvenser	349
9.1.1	Kommittéförordningen (1998:1474) och förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.....	349
9.1.2	Utredningens direktiv	350
9.2	Problembeskrivning och målsättning	350
9.3	Har alternativa lösningar övervägts?.....	352
9.3.1	Annan omfattning av och andra villkor för tillgången?	352
9.3.2	Författning eller annan reglering?	353
9.4	Vilka berörs av förändringarna i regleringen?	354
9.5	Betydelsen för Sveriges anslutning till Europeiska unionen	355
9.6	Kostnadsmässiga konsekvenser	356
9.6.1	Fullständig och subventionerad hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer... ..	356
9.6.2	Osäkra variabler	359
9.6.3	Finansieringsfrågan.....	361
9.7	Betydelser för den kommunala självstyrelsen	362
9.8	Jämställdheten mellan män och kvinnor	364
9.9	Möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen	364
9.10	Konsekvenser för den offentliga servicen	367
9.11	Ikraftträdande och behovet av informationsinsatser	367
10	Författningskommentar	369
10.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	369
10.2	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) ..	371
10.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.	373

10.4 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168).....	374
10.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.....	374
Särskilt yttrande.....	377
Litteratur- och källförteckning	381
Bilagor	
<i>Bilaga 1</i> Kommittédirektiv 2010:7.....	391
<i>Bilaga 2</i> Kostnader för nuvarande och utvidgad hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa (Rapport från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi – IHE).....	405
<i>Bilaga 3</i> Riktlinjer för omhändertagande av ”papperslösa eller gömda” personer på hälso- och sjukvårdsinrättningar inom Stockholms läns landsting	451
<i>Bilaga 4</i> Regiongemensamma riktlinjer för hantering av personer utan papper (Västra Götalandsregionen)	453
<i>Bilaga 5</i> Policy för Region Skåne vid akut och annan omedelbar nödvändig vård till gömda flyktingar.....	455
<i>Bilaga 6</i> Policy inom Folktandvården för akut och annan omedelbar nödvändig vård till gömda flyktingar (RF) (Region Skåne)	461
<i>Bilaga 7</i> Rutin för identifiering m.m. av gömda flyktingar och papperslösa m.fl. (Norrbottens läns landsting)....	463

Sammanfattning

Uppdragets omfattning

Utredningens direktiv är avgränsade på så sätt att utredningen har haft i uppdrag att lämna förslag på hur den reglering som avser hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer kan göras mer ändamålsenlig än den är i dag. En viktig utgångspunkt är därvid, enligt direktiven, att utredarens samlade förslag inte har en negativ inverkan på asylprocessen inklusive asylmottagandet eller att tillgången till sjukvård bidrar till att fler personer uppehåller sig och arbetar här utan nödvändiga tillstånd för att vistas i landet.

De båda personkategorier som utredningens arbete omfattar är således asylsökande och papperslösa personer. Det är oklart hur många asylsökande och papperslösa personer som befinner sig i Sverige. De uppgifter som utredningen tagit del av talar för att antalet asylsökande uppgår till ca 35 000 personer årligen och att antalet papperslösa personer är mellan 10 000 och 35 000 per år.

En grundläggande princip för utlänningars vistelse i Sverige är att sådana personer ska ha tillstånd att vistas här. I utlänningslagen (2005:716) finns bestämmelser om under vilka förutsättningar en utlänning ska få resa in i Sverige samt uppehålla sig och arbeta här. Reglerna har sin utgångspunkt i att endast svenska medborgare har en ovillkorlig rätt att vistas i Sverige medan utlänningar behöver pass och någon form av tillstånd, visering eller uppehållstillstånd, eller ställning som varaktigt bosatt. En utlänning som vistas i Sverige i mer än tre månader ska ha uppehållstillstånd om inte visering har beviljats för längre tid. En utlänning som kommer till Sverige kan även ansöka om uppehållstillstånd med återopande av skyddsskäl.

Med *asylsökande person* förstås personer som har ansökt om uppehållstillstånd i Sverige som flykting enligt 4 kap. 1 § eller som annan skyddsbehövande enligt 4 kap. 2 eller 2 a § utlänningslagen.

I utredningens direktiv beskrivs dels personer som undanhåller sig verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning enligt utlän-

ningslagen, dels personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändigt tillstånd för att vistas i landet. Den förra gruppen kallas ibland för gömda personer, medan den senare gruppen brukar benämnas papperslösa personer. När man talar om personer som kan ingå i denna grupp har i debatten en rad olika benämningar använts. Utredningen har emellertid valt att använda samlingsbegreppet *papperslös person* som beteckning för en person som befinner sig i Sverige utan nödvändigt tillstånd att vistas i landet. Det är således enligt utredningens synsätt vistelsen utan tillstånd i landet som är den centrala i sammanhanget, inte huruvida personen varit asylsökande eller inte.

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna.

Tandvård ingår enligt ovan nämnda lagrum i det som betraktas som hälso- och sjukvård. Den rättsliga regleringen av tandvården görs emellertid i tandvårdslagen (1985:125). Av 1 § denna lag framgår att med tandvård avses åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan.

Utredningens uppdrag har således varit att föreslå en reglering när det gäller den hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, som ska erbjudas asylsökande och papperslösa personer som befinner sig i Sverige.

Utredningens uppdrag är som framgått ovan begränsat när det gäller personkretsen. Uppdraget omfattar endast personer som vistas utan tillstånd i Sverige och asylsökande. Andra utlänningar som vistas lagligt i Sverige omfattas således inte av uppdraget.

Tillgången till hälso- och sjukvård för den personkrets som utredningens uppdrag omfattar

När det gäller tillgången till hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, för de personer som omfattas av utredningens uppdrag gäller i dag olika regler beroende på vilken personkategori man talar om.

Tillgången till hälso- och sjukvård för *asylsökande personer* regleras i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (2008 års lag) samt i smittskyddslagen (2004:168). Av 2008 års lag framgår att asylsökande *barn*, dvs. sådana personer som inte har fyllt 18 år, ska erbjudas subventionerad hälso- och sjukvård i samma omfattning som bosatta barn (5 §), medan asylsökande *vuxna*, dvs.

sådana som har fyllt 18 år, ska erbjudas subventionerad vård som inte kan anstå (6 §), inklusive mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning.

Papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård inklusive tandvård regleras i dag genom 4–6 §§ i 2008 års lag, smittskyddslagen, 4 § hälso- och sjukvårdslagen respektive 6 § tandvårdslagen, beroende på om personen tidigare har varit asylsökande eller inte.

Av bestämmelserna framgår att ett papperslöst *barn* (som inte har fyllt 18 år) som har meddelats beslut om avvisning eller utvisning efter att ha ansökt om uppehållstillstånd som flykting eller annan skyddsbehövande (dvs. lever som s.k. *gömd*) ska ha samma tillgång till subventionerad hälso- och sjukvård som ett bosatt barn. Har barnet inte tidigare varit asylsökande omfattas barnet inte av bestämmelserna i 2008 års lag, utan har samma tillgång till hälso- och sjukvården som *vuxna* papperslösa, vilket följer av 4 § hälso- och sjukvårdslagen och 6 § tandvårdslagen, nämligen tillgång till osubventionerad omedelbar vård (akut vård). Asylsökande personer betalar patientavgifter enligt särskilda, av regeringen bestämda, föreskrifter.

Bosatta patienters avgifter för den vård de erbjuds regleras i huvudsak i 26 § hälso- och sjukvårdslagen. Papperslösa patienter som inte har rätt till subventionerad vård har ett kostnadsansvar för all den vård som de erbjuds. Asylsökande patienter betalar patientavgifter enligt särskilda, av regeringen bestämda, föreskrifter.

Asylsökande och papperslösa patienter i Sverige

Mot bakgrund av den begränsade tillgången till hälso- och sjukvård som asylsökande och papperslösa personer har i dag i Sverige, driver frivilligorganisationer på ett flertal orter i landet egna mottagningar, som utredningen har valt att beteckna som ”gråa” mottagningar, där sådana personer tas emot som patienter. Mottagningarna drivs ideellt och vården ges kostnadsfritt till patienterna. Den personal som arbetar vid mottagningarna är ofta yrkesverksamma eller f.d. yrkesverksamma inom den offentliga eller privata vården. Merparten av den vård som patienterna behöver kan ges vid mottagningarna, men det har kommit till utredningens kännedom att det förekommer att patienter slussas vidare till personalens ordinarie arbetsplatser och att undersökningar och behandlingar utförs där, till en kostnad som belastar den ordinarie arbetsgivaren. Det förekommer också att mottagningarna har kontakter med vissa apotek som är behjälpliga med

att se till att dessa personer också får tillgång till receptförskrivna läkemedel som mottagningarna sedan till stor del betalar för.

Flertalet landsting i Sverige har uppfattat den nuvarande regleringen som så otydlig och svår att tolka och förhålla sig till i den dagliga vårdverksamheten att de valt att besluta om egna riktlinjer om vad som ska gälla i fråga om vilken vård asylsökande och papperslösa personer ska erbjudas. I vissa landsting innebär dessa riktlinjer att asylsökande och papperslösa personer ges tillgång till hälso- och sjukvård i högre utsträckning än vad som följer av lagstiftningen.

Probleminventering

Den svenska regleringen av asylsökande och papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård har varit föremål för kritik både nationellt och internationellt (se avsnitt 6.3).

Vid en probleminventering har utredningen gjort bedömningen att den svenska lagstiftningen i frågan inte fullt ut lever upp till de internationella åtaganden rörande bästa möjliga hälsa för alla som Sverige har åtagit sig genom undertecknandet av internationella konventioner och överenskommelser (se avsnitt 6.5.5). Utredningen har också kunnat konstatera att regeringen i annat sammanhang uttalat att ambitionerna ska höjas för att de mänskliga rättigheterna ska implementeras och efterlevas *fullt ut* i alla världens länder (se avsnitt 3.3).

Utredningen har vidare gjort bedömningen att den nuvarande regleringen inte heller fullt ut lever upp till syftet med vad som är föreskrivet i den nationella lagstiftningen om journalföring och patientsäkerhet samt vissa förvaltningsrättsliga principer rörande kommunal verksamhet. Det senare särskilt mot bakgrund av vad som framkommit om den vård som asylsökande och framför allt papperslösa personer erhåller vid s.k. gråa mottagningar som drivs i frivilligorganisationernas regi (se avsnitt 6.5.6).

Slutligen har utredningen kunnat konstatera att den nuvarande regleringen inte fullt ut stämmer överens med de yrkesetiska principer som gäller för vårdprofessionerna vilket i sig kommit att skapa något som kan betraktas som ett arbetsmiljöproblem för dessa yrkesgrupper (se avsnitt 6.5.4).

Sveriges åtaganden om rätt till bästa möjliga hälsa för alla

Rätten till bästa möjliga hälsa för alla betraktas sedan lång tid tillbaka som en mänsklig rättighet och finns beskriven i ett flertal av de konventioner på området som Sverige som stat har åtagit sig att följa (se avsnitt 3.4).

Rättigheten beskrivs framför allt i FN:s konvention om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (ESK-konventionen). I tolkningen av den aktuella artikeln har FN:s kommitté för de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna i två kommentarer (General Comment no. 14 och no. 20) uttalat att denna rättighet bör gälla samtliga som vistas inom en stats territorium och detta oavsett juridisk status. Kommittén har vidare uttalat att frågan om en stat lever upp till sina åtaganden eller inte när det gäller att erbjuda rätt till bästa möjliga hälsa till alla kan bedömas utifrån fyra olika kriterier, de s.k. AAAQ-kriterierna (*availability*, *accessability*, *acceptability* och *quailty*). Utredningen har valt att använda begreppen tillgång, tillgänglighet, acceptabel och kvalitet.

Utredningen har vid sin analys (se avsnitt 6.5.5) konstaterat att medan hälso- och sjukvården i Sverige kan sägas uppfylla kraven på att vara av god kvalitet och acceptabel, samt att finnas i tillräcklig omfattning (kravet på tillgång), så är kravet på tillgänglighet inte uppfyllt när det gäller asylsökande och papperslösa personer. Detta gäller framför allt i fråga om juridisk och ekonomisk tillgänglighet, men även i viss mån i fråga om informationstillgänglighet. Utredningen har exempelvis kunnat konstatera att information rörande att vissa papperslösa barn redan i dag har tillgång till vård inte alltid har fått fullt genomslag i patientgruppen.

Utredningens bedömning att den svenska regleringen inte fullt ut lever upp till Sveriges internationella åtaganden delas av FN:s förre specialrapportör för rätten till hälsa, Paul Hunt, som efter en inspektionsresa till Sverige år 2006 riktade kritik mot Sverige i dessa delar. FN:s kommitté för barnets rättigheter har också riktat kritik mot Sverige av samma anledning (se avsnitten 3.2 och 6.3.2).

Patientsäkerhet

I patientsäkerhetslagen (2010:659) ställs krav på vårdgivarna att bedriva ett aktivt patientsäkerhetsarbete. Patientdatalagen (2008:355) reglerar frågor om informationshanteringen inom vården och att en

patientjournal med ett visst innehåll, däribland uppgifter om patientens identitet, ska föras vid vård av patienter. Syftet med bestämmelserna är bland annat att patientens vårdhistorik ska kunna följas så att adekvat vård ska kunna ges vid varje givet tillfälle.

Asylsökande och papperslösa patienter som tas emot inom den offentliga vården kan, eller vill, i vissa fall inte uppge sin identitet. I brist på tillgång till personnummer eller annan personidentifikation får journaler då föras med hjälp av s.k. reservnummer, vilka används för samtliga patienter för vilka identiteten inte kan direkt fastslås, exempelvis för patienter som är medvetslösa och utan identitetshandlingar vid ankomsten till en vårdinrättning. Det har visat sig svårt att med denna ordning åstadkomma en ändamålsenlig dokumentation och möjligheten att följa upp vårdinsatser och annan vårdhistorik är i det närmaste omöjlig. Detta försvårar även smittskyddsarbetet.

Förvaltningsrättsliga principer

En verksamhet som innebär att hälso- och sjukvård ges utan möjlighet till offentlig insyn vare sig av hur verksamheten bedrivs och på vilket sätt de offentligt finansierade medlen används, som kan sägas ske på de ”gråa” mottagningarna, kan betecknas som oförenlig med nationell lagstiftning på flera sätt. Verksamheten innebär också att kostnader för vård åt asylsökande och papperslösa personer till viss, om än liten, del belastar den offentliga vårdens budget genom att asylsökande och papperslösa patienter tas emot ”vid sidan om” i den offentliga vården.

Det finns en rad invändningar mot en sådan verksamhet som beskrivits ovan.

För det första innebär den att de högt ställda kraven på patient-säkerhet och kvalitet som finns när det gäller svensk hälso- och sjukvård inte med säkerhet kan upprätthållas. Vården som erbjuds de asylsökande och papperslösa personerna kan inte granskas, revideras och följas upp och blir inte heller föremål för de prioriteringar som gäller för den ”synliga” hälso- och sjukvården.

För det andra innebär det olikartade innehållet i de lokala riktlinjer som flera landsting har antagit rörande asylsökande och papperslösa personers tillgång till vård att tillgången till vård inte är densamma över landet, vilket i sin tur kan antas påverka osäkerheten

rörande dessa personers tillgänglighet till vård; en osäkerhet som också kan ifrågasättas ur rättssäkerhetssynpunkt.

För det tredje kan det ifrågasättas om innehållet i de lokala riktlinjerna är helt i överensstämmelse med bestämmelserna rörande kommunernas och landstingens allmänna befogenheter att inte utan särskilt lagstöd ägna sig åt verksamhet som inte har anknytning till bl.a. dess medlemmar (lokaliseringsprincipen) eller som innebär att medlemmarna hanteras olika (likställighetsprincipen).

Yrkesetik och arbetsmiljöproblem

Den personal som arbetar inom hälso- och sjukvården styrs, förutom av lagstiftning, av yrkesetiska regler (se avsnitt 2.6). Dessa uttrycks på lite olika sätt av de olika yrkesorganisationer som formulerat dem, men en grundläggande princip som är gemensam för alla är att det är patientens medicinska behov och inget annat som efter prioriteringar bör avgöra om han eller hon ska få vård.

Den situation som hälso- och sjukvårdspersonal ofta hamnar i med dagens lagstiftning, där man beträffande vissa patienter behöver utreda patientens juridiska status och ibland även betalningsförmåga innan man går vidare till det som bör betraktas som hälso- och sjukvårdens huvuduppgift, nämligen att lindra och bota, har av flera beskrivits som ett etiskt dilemma som till och med kan betecknas som ett arbetsmiljöproblem. Oklarheterna i den nuvarande lagstiftningen medför dels att personalen utsätts för oron att riskera felbehandling av patienten, dels att den vård som slutligen ges kanske sker på "fel nivå" (se avsnitt 2.4.4.1) eftersom det är svårt att avgöra vilken sorts vård den aktuella patienten enligt lagstiftningen faktiskt ska erbjudas.

Påverkan på asylmottagandet och den reglerade invandringen

Som framhållits ovan har vid tolkningen av begreppet bästa möjliga hälsa för alla, anförts att denna mänskliga rättighet gäller alla personer som vistas inom en stats territorium, oavsett om de är medborgare i staten eller ej och oavsett om de har tillstånd att vistas där eller ej.

I direktiven anförts att utredarens samlade förslag inte får ha en negativ inverkan på asylmottagandet eller benägenheten att vistas i

landet utan nödvändiga tillstånd. När det gäller bedömningen av vilken påverkan utredningens förslag kan få på människors framtida benägenhet att komma till Sverige för att få vård så innehåller en sådan av naturliga skäl en osäkerhet. Utredningen har därför sökt ledning, främst i den internationella forskning som finns i frågan om vilka faktorer som påverkar migrationen till och från ett land samt i vad mån tillgång till hälso- och sjukvård kan antas innebära antingen att en person som lämnar sitt hemland söker sig till ett visst annat land (s.k. pullfaktor) eller, om tillgång till hälso- och sjukvård inte finns i ankomstlandet, lämnar detta (s.k. pushfaktor), se vidare avsnitt 6.5. Oaktat de osäkerheter som finns så tyder ändå de samlade erfarenheterna som gjorts utomlands, men också i Sverige i samband med tidigare lagändringar (se avsnitt 6.4.3), på att tillgången till just hälso- och sjukvård i ankomstlandet inte har någon större påverkan vare sig på beslutet att ta sig till ett visst land eller på beslutet att lämna ett land där man vistas utan nödvändigt tillstånd. Det finns en inneboende tröghet hos människor att frivilligt lämna sitt land.

I fråga om vilket signalvärde en förändring av asylsökande och papperslösa personers tillgång till den svenska hälso- och sjukvården kan tänkas ha nationellt och internationellt, är utredningen tydlig med att den föreslagna ökade tillgången till vård för vissa personer å ena sidan och regleringen av och förutsättningarna för asylmottagandet och migrationsprocesserna å andra sidan är två helt skilda saker som var och en ska respekteras utifrån sina grunder. Ett lagkraftvunnet beslut om utvisning eller avvisning ska, precis som gällt tidigare, verkställas så fort det kan ske. Inga människor ska uppmantras att vistas utan nödvändigt tillstånd i Sverige. I avvaktan på att beslut om utvisning eller avvisning kan verkställas, antingen frivilligt eller med tvång, ska emellertid alla personer som befinner sig i Sverige kunna få tillgång till hälso- och sjukvård.

Grundläggande principer för utredningens förslag

Utredningen har, mot bakgrund av vad som anförts ovan, lagt följande principer till grund för sitt förslag.

1. Lagstiftningen ska utformas så att den på ett bättre sätt än i dag fullt ut lever upp till de internationella åtaganden som Sverige har gjort när det gäller respekt för mänskliga rättigheter. Barns rättigheter ska därvid beaktas särskilt.

2. Tillgången till hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa personer ska styras av principen om bästa möjliga hälsa för alla, vilket innebär att den ska vara åtkomlig, tillgänglig, acceptabel och av god kvalitet.
3. Lagstiftningen ska vidare utformas på ett sätt som gör att hälso- och sjukvården kan bedrivas i förenlighet med de etiska regler som gäller för de olika yrkesgrupperna av vårdpersonal och så att oklarhet inte kvarstår eller uppstår när det gäller tillgängligheten till vården eller huruvida vården bedrivs i enlighet med de rättsliga principer som gäller för kommunal verksamhet.
4. Tillgången till vård och de därmed sammanhängande förpliktelserna och förmånerna ska utgå på lika villkor för dem som vistas inom ett landsting, oavsett om de har nödvändigt tillstånd att vistas i landet eller ej.
5. All vård som bedrivs i landet ska utföras på samma premisser och utifrån samma krav på kvalitet, dokumentation och möjlighet till tillsyn och annan granskning.
6. All hälso- och sjukvård i Sverige ska ges öppet.
7. Principerna för asylmottagandet och den reglerade invandringen ska ligga fast. En utökad tillgång till vård ska inte tolkas som en utökad acceptans mot vistelse i landet utan nödvändiga tillstånd. Olika myndigheters uppdrag – såsom Migrationsverkets å ena sidan och hälso- och sjukvården å andra sidan – ska inte ställas mot varandra utan lagstiftningen ska verka inom ramen för dessa.
8. De kostnader som redan i dag finns för vård till asylsökande och papperslösa inom den grå ekonomin i vården ska synliggöras och den grå sektorn avlägsnas.

Utredningens förslag

För att uppfylla de principer som angetts ovan föreslår utredningen att asylsökande och papperslösa personer oavsett ålder ska erbjudas subventionerad hälso- och sjukvård av det landsting inom vars område de bor eller vistas. Vården ska erbjudas i samma omfattning och på samma villkor som den som erbjuds bosatta personer.

Utredningen föreslår vidare att asylsökande och papperslösa personer, till och med det år de fyller 19 år, ska erbjudas subventio-

nerad god och fullständig tandvård av det landsting inom vars område de bor eller vistas. Tandvården ska erbjudas i samma omfattning och på samma villkor som den erbjuds bosatta personer i motsvarande ålder.

Kostnader för genomförande av utredningens förslag

I dag bedöms de årliga hälso- och sjukvårdskostnaderna för de aktuella patientgrupperna (asylsökande och papperslösa personer) uppgå till mellan 1 180 miljoner och 1 540 miljoner kronor. Det är förenat med flera osäkerhetsfaktorer att uppskatta kostnaden för den utvidgade tillgång till hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa personer som utredningen föreslår. I den rapport som IHE utfört på utredningens uppdrag antas kostnaden uppgå till som mest 2 200 miljoner kronor. Den merkostnad i förhållande till dagens kostnader som ett genomförande av förslaget således kan medföra är uppskattningsvis maximalt 1 020 miljoner kronor.

Fullständig hälso- och sjukvård för personer som vistas i Sverige

För att i möjligaste mån komma till rätta med de problem som kunnat konstateras i probleminventeringen, dvs. den bristande uppfyllelsen av Sveriges internationella åtaganden och ambitionerna i den nationella lagstiftningen, den etiska situationen för hälso- och sjukvårdspersonalen samt för att undanröja de rättsliga oklarheter som föreligger i dagens lagstiftning, föreslår utredningen således att de personer som utredningens uppdrag omfattar och som befinner sig i Sverige ska ges samma tillgång till hälso- och sjukvård som bosatta personer. Detta innebär enligt utredningens synsätt att samma villkor, dvs. samma rättigheter och skyldigheter, ska gälla för alla. Asylsökande och papperslösa patienter ska således bli föremål för samma prioriteringar inom vården som bosatta. De ska också betala samma vårdavgifter för erhållen vård som bosatta patienter betalar.

Förslaget förutsätts vara till gagn för samtliga personer som befinner sig i Sverige, eftersom det innebär att ansvariga myndigheter kan få en mer fullständig bild över hela befolkningens hälsotillstånd och preventionsinsatser kan nå fler samt att smittspridning kan förhindras. Några undantränings effekter för de som i dag ska erbu-

das hälso- och sjukvård har inte bedömts bli en konsekvens av förslaget (se vidare avsnitt 7.7).

Tandvård för personer som vistas i Sverige

Tandvård ingår som en del i hälso- och sjukvården och rätten till bästa möjliga hälsa för alla. De överväganden som legat till grund för utredningens förslag när det gäller tillgång till övrig hälso- och sjukvård kan således återopas även när det gäller tillgång till tandvård.

Utredningen har emellertid inte haft möjlighet att inom ramen för sitt uppdrag föreslå ett regelverk som gör vuxna asylsökande och papperslösa personer jämställda med bosatta i fråga om tillgången till tandvård. Skälen för detta är huvudsakligen att regelverket som kringgärdar vuxentandvården är mycket detaljerat och inte lätt att tillämpa när det gäller att avgöra vilka tandvårdsinsatser som enskilda ska erbjudas. Det nuvarande systemet förutsätter också att de tandvårdssökande personerna säkert kan identifieras. Den statliga tandvårdssubventionen som ersätter vårdgivarna är svårtillämpad och administreras av Försäkringskassan.

Att utredningen valt att inte lägga något förslag när det gäller vuxentandvården ska emellertid inte tolkas som att den nuvarande regleringen i den delen fullt ut lever upp till de internationella åtagandena. Bristen i uppfyllandet kvarstår i denna del. Regeringen bör därför fortsätta arbetet med en översyn av vuxna asylsökande och papperslösa personers tillgång till tandvård.

Regleringen av tandvård till bosatta personer till och med det år de fyller nitton år ser helt annorlunda ut än beträffande vuxentandvården. Ersättningen utges av landstingen och subventionen av tandvården bekostas huvudsakligen genom landstingsskatten och inom ramen för statsbidrag.

För asylsökande och papperslösa personer som inte har fyllt 20 år är det systemtekniskt mycket enklare än i fråga om vuxentandvården att lämna förslag om utökad tillgång till tandvård. Utredningen lägger därför ett sådant förslag och konstaterar att den utökade tillgången till tandvård för asylsökande och papperslösa barn och unga i vart fall utgör ett steg på vägen (i enlighet med principen om progressiv realisering av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter) till full tillgång till tandvård för alla asylsökande och papperslösa personer.

Subvention och egenavgifter för asylsökande och papperslösa personer

Utredningen föreslår att den utvidgade hälso- och sjukvård som ska erbjudas asylsökande och papperslösa personer ska omfattas av den statliga subventionen. Detta gäller såväl den utvidgade tillgången till hälso- och sjukvård åt alla samt den utvidgade tillgången till tandvård åt asylsökande och papperslösa personer till och med det år de fyller nitton år. En kompensation till Migrationsverket för de ökade kostnader som förslaget medför beträffande vård till asylsökande bör utgå.

Vårdavgifter

Såväl asylsökande som papperslösa personer ska betala vårdavgift för den vård som de kommer i åtnjutande av. Vårdavgift ska för de papperslösa personerna utgå på samma sätt som för bosatta personer. Detsamma gäller i fråga om vårdavgifter för läkemedel som skrivs ut inom den öppna vården. Asylsökande personer ska däremot, oavsett ålder, även fortsättningsvis betala de vårdavgifter som de betalar enligt nuvarande reglering.

På samma sätt som för bosatta personer ska regelbunden fullständig tandvård enligt tandvårdslagen för asylsökande och papperslösa personer vara avgiftsfri till och med det år som de fyller nitton år.

Någon vårdavgift ska inte betalas för sjukvård som görs med stöd av smittskyddslagen.

Dokumentation av vård samt registerfrågor

För att leva upp till de ambitioner om patientsäkerhet som finns i svensk lagstiftning är det av stor vikt att vården kan dokumenteras. Skälet för detta är att personal inom hälso- och sjukvården ska kunna ta del av patientens vårdhistorik för att kunna erbjuda bästa möjliga vård i det enskilda fallet. Av detta skäl är det angeläget att varje patient kan åsättas en identitet som följer honom eller henne i kontakterna med vården. Möjligheten att identifiera patienterna är också en förutsättning för att säkra tillgången till förskrivna läkemedel hos apoteken och för att de ska kunna komma i åtnjutande av det högkostnadsskydd avseende läkemedel, medicinska vårdinsatser och för vuxna personer även avseende tandvården som gäller för bosatta.

Ur ett folkhälsoperspektiv finns också behov av att givna vårdinsatser och åsatta diagnoser etc. kan dokumenteras och användas för att exempelvis kunna avgöra befolkningens behov av sjukvård.

När det gäller asylsökande personer är frågan om identitet i vården i regel inte särskilt problematisk eftersom sådana personer får ett s.k. LMA-kort vid ankomsten till Sverige. En papperslös person kan också ha ett – ogiltigt – LMA-kort för det fall han eller hon tidigare har varit asylsökande. Detta förhållande gäller emellertid inte alla papperslösa personer. Personer i denna grupp kan för övrigt generellt antas vara ovilliga att uppge sin identitet för vad de uppfattar som myndighetspersoner. Mot bakgrund av vad som anförts ovan om vikten av en identitet kopplad till patienten, föreslår utredningen att regeringen bör låta se över möjligheterna att inrätta en särskild ordning för att den vård som enligt hälso- och sjukvårdslagen och den tandvård som enligt tandvårdslagen ges asylsökande och papperslösa personer går att dokumentera och följa upp på ett ändamålsenligt sätt.

Hur genomförs förändringarna?

För att genomföra de ovan beskrivna ändringarna har utredningen valt mellan att reglera all hälso- och sjukvård som ska erbjudas patienter i Sverige i hälso- och sjukvårdslagen respektive i tandvårdslagen, och att behålla regleringen av asylsökande personers hälso- och sjukvård i 2008 års lag.

Mot bakgrund av de upparbetade rutiner som finns när det gäller hälso- och sjukvård åt asylsökande personer samt den omständigheten att en förändring av regleringen med en överflyttning av ansvaret från Migrationsverket till en annan myndighet skulle medföra stora kostnader, samt med beaktande av den korta period under vilken en person befinner sig som asylsökande i Sverige, har utredningen valt att behålla regleringen av asylsökande personers vård i 2008 års lag. Den vård som papperslösa personer ska erbjudas följer emellertid av hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen.

Förslagen beträffande *den utökade tillgången till hälso- och sjukvård samt tandvård* genomförs således genom ändringar i 3 och 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen, 7 § tandvårdslagen samt 5–6 §§ i 2008 års lag. I fråga om vårdavgifter görs ändringar i 26 § hälso- och sjukvårdslagen, 15 a § tandvårdslagen och 7 kap. 3 § smittskyddslagen.

Förslagen beträffande *subventionen* genomförs beträffande vård åt asylsökande personer genom en ökning av det statsbidrag som utges enligt förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård åt asylsökande och beträffande papperslösa personer genom ett utökat generellt statsbidrag enligt förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m. samt genom ändringar i lagen (2002:160) om läkemedelsförmånen m.m.

De ideella organisationernas insatser

Utredningens förslag innebär att det för de personer som utredningen haft att utreda i teorin inte längre finns behov av de frivilligklinikerna som de ideella organisationerna bedriver. I praktiken kan det dock tänkas att dessa kan behöva finnas kvar ytterligare en tid, inte minst eftersom det är sannolikt att den nya regleringen inte med en gång får genomslag hos de papperslösa personerna, vilka är de som är svårast att nå med informationsinsatser. Det är inte heller uteslutet att vissa personer, trots en ny reglering, ändå väljer att inte kontakta den offentliga vården av rädsla att bli upptäckta. Det kan också tänkas att de ideella organisationerna kan hjälpa till med att hänvisa asylsökande och papperslösa patienter till rätt instans för att få vård. De ideella organisationerna kan således enligt utredningen göra en stor insats genom att informera asylsökande och papperslösa personer om vad som gäller i fråga om hälso- och sjukvård och vara ett fortsatt stöd för dem i samband med deras kontakter med hälso- och sjukvården.

Frågor som återstår att utreda

Även om utredningen föreslår förändringar i fråga om asylsökande och papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård, kvarstår ett antal frågor som utredningen antingen inte haft mandatet att behandla eller som utredningen funnit sig inte ha haft möjlighet att utreda inom den utsatta utredningstiden. Utredningen har också identifierat ett flertal frågor som kan sägas vara konsekvenser av utredningens förslag.

För att komma ytterligare en bit på vägen mot att uppfylla de internationella åtagandena när det gäller rätten till bästa möjliga hälsa

för alla som befinner sig i Sverige samt för att undanröja de rättsliga oklarheterna i lagstiftningen och förbättra arbetsmiljön för hälso- och sjukvårdspersonalen rekommenderar därför utredningen en fortsatt översyn av respektive ett fortsatt arbete med följande frågor.

- Vuxna asylsökande och papperslösa personers tillgång till subventionerad fullständig tandvård.
- Inrättandet av en nationell ordning för identifiering och registrering av asylsökande och papperslösa patienter.
- Ett ständigt pågående värdegrundsarbete inom hälso- och sjukvården.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

De föreslagna författningsändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2013.

Några övergångsbestämmelser föreslås inte.

Summary

Scope of the remit

The terms of reference for the Inquiry are limited in such a way that the Inquiry has been assigned to present proposals on how regulation relating to health and medical services for asylum seekers and undocumented migrants can be made more effective than at present. A key point of departure, according to the terms of reference, is that none of the Inquiry Chair's proposals should have an adverse impact on the asylum process, including the reception of asylum seekers, and that availability of medical services should not contribute to more people staying and working in Sweden without the necessary permits to stay in the country.

The two categories of people covered by the Inquiry's work are thus asylum seekers and undocumented migrants. There are no actual facts regarding how many asylum seekers and undocumented migrants are staying in Sweden. Information given to the Inquiry indicates that the number of asylum seekers is approximately 35 000 yearly and that the number of undocumented migrants range from 10 000 to 35 000 each year.

A fundamental principle to be met for aliens to stay in Sweden is that such persons have a permit to stay here. The Aliens Act (2005:716) contains provisions on the circumstances in which an alien is to be allowed to enter Sweden and take up residence and work in the country. The regulations are based on the principle that only Swedish citizens having the unconditional right to stay in Sweden, while aliens need a passport and some kind of permit, a visa or residence permit, or long-term resident status. An alien who stays in Sweden for more than three months has to hold a residence permit unless a visa has been granted for a longer period. An alien who enters Sweden can also apply for a residence permit citing grounds for protection.

The term *asylum seeker* is understood to mean someone who has applied for a residence permit in Sweden as a refugee under Chapter 4 Section 1 or a person otherwise in need of protection under Chapter 4 Section 2 or 2 a of the Aliens Act.

The terms of reference for the Inquiry describe firstly persons who evade execution of decisions on refusal of entry or deportation under the Aliens Act and secondly persons who are in Sweden without having applied for the necessary permit to stay in the country. The former group is sometimes called people in hiding, while the latter group is usually referred to as undocumented migrants. A number of different designations have been used in the debate when talking about people who may be included in this group. The Inquiry has, however, chosen to use the collective term *undocumented migrant* to designate a person who is in Sweden without the necessary permit to stay in the country. It is thus, in the view of the Inquiry, the stay in the country without a permit that is the key determinant in this context, not whether the person previously has been an asylum seeker or not.

Health and medical services are understood, in accordance with Section 1 of the Health and Medical Services Act (1982:763), to mean measures for the medical prevention, investigation and treatment of disease and injury. Health and medical services also include ambulance services and care of deceased persons.

Under the statutory provision referred to above, dental care falls within what is regarded as health and medical services. The statutory regulation of dental care is, however, contained in the Dental Care Act (1985:125). Section 1 of this Act states that dental care means measures for the prevention, investigation and treatment of disease and injury in the oral cavity.

The Inquiry's remit has thus been to propose regulation regarding health and medical services, including dental care, that are to be offered to asylum seekers and undocumented migrants who are staying in Sweden.

As indicated above, the Inquiry's remit is limited with regard to the category of persons covered. The remit only covers persons who are staying in Sweden without a permit and asylum seekers. Other aliens who are staying legally in Sweden are thus not covered by the remit.

Availability of health and medical services for the category of persons covered by the Inquiry's remit

With regard to access to health and medical services, including dental care, for those persons who are covered by the Inquiry's remit different rules currently apply depending on the category of persons concerned.

Availability of health and medical services for *asylum seekers* is governed by the Health and Medical Care for Asylum Seekers and Others Act (2008:344, the 2008 Act) and the Communicable Diseases Act (2004:168). The 2008 Act states that asylum-seeking *children*, i.e. such persons below 18 years of age, are to be offered subsidised health and medical services to the same extent as permanently resident children (Section 5), while asylum-seeking *adults*, i.e. such persons over 18 years of age, are to be offered subsidised care that cannot be deferred (Section 6), including maternal health care, abortion care and counselling for contraceptives. Access to health and medical services, including dental care, for *undocumented migrants* is currently governed by Sections 4–6 of the 2008 Act, the Communicable Diseases Act, Section 4 of the Health and Medical Services Act and Section 6 of the Dental Care Act, depending on whether the person has previously been an asylum seeker or not.

It is stated in these provisions that an undocumented *child* (who is under the age of 18) who has been notified of a decision on refusal of entry or deportation after having applied for a residence permit as a refugee or a person otherwise in need of protection (i.e. who is living *in hiding*) is to have the same access to subsidised health and medical services as a permanently resident child. If the child has not previously been an asylum seeker, the child is not covered by the provisions of the 2008 Act, and instead has the same access to health and medical services as *adult* undocumented migrants, which follows from Section 4 of the Health and Medical Services Act and Section 6 of the Dental Care Act, namely access to non-subsidised immediate care.

The charges paid by permanently resident patients for the care offered are principally governed by Section 26 of the Health and Medical Services Act. Undocumented patients who are not entitled to subsidised care are responsible for bearing the costs of all the care they are offered. Asylum seekers are obliged to pay health care charges according to certain regulations, defined by the government.

Asylum seekers and undocumented patients in Sweden

In light of the limited availability of health and medical services that asylum seekers and undocumented migrants currently have in Sweden, voluntary organisations operate their own clinics, which the Inquiry has chosen to designate as “grey” clinics, in some places around the country, where such persons are attended to as patients. These clinics are run on a non-profit basis and the care is provided free of charge to the patients. The staff at the clinics are often professionally active or formerly professionally active in public or private health care. Most of the care the patients need can be provided at these clinics, but it has come to the attention of the Inquiry that patients are passed on to the ordinary places of work of the staff and that examinations and treatments are performed there, at a cost that is charged to the ordinary employer. Some of these clinics have contacts with certain pharmacies that assist in ensuring that these persons also have access to prescription medicines which the clinics then largely pay for.

Most of the county councils in Sweden have found the existing regulation to be so unclear and difficult to interpret and relate to in day-to-day care activity that they have chosen to adopt their own guidelines on what is to apply with regard to what care asylum seekers and undocumented migrants are to be offered. In some county councils these guidelines mean that asylum seekers and undocumented migrants are given access to health and medical services to a greater extent than follows from the legislation.

Inventory of problems

The Swedish regulation of the availability of health and medical services for asylum seekers and undocumented migrants has been the object of criticism both within Sweden and internationally (see section 6.3).

In an inventory of problems, the Inquiry has assessed Swedish legislation on this issue as not fully complying with the international commitments regarding the highest attainable standard of health for everyone that Sweden has assumed by signing international conventions and agreements (see section 6.5.5). The Inquiry has also noted that in another context the Government has declared that the level of ambition must be raised for human rights

to be implemented and respected *in full* in all the countries of the world (see section 3.3).

The Inquiry has further deemed that neither does the present-day regulation fully comply with the purpose of what is prescribed in national legislation on the keeping of records and patient safety and certain administrative principles concerning municipal activity. The latter is particularly the case in view of what has been revealed regarding the care that asylum seekers and, in particular, undocumented migrants receive at “grey” clinics run by the voluntary organisations (see section 6.5.6).

Finally, the Inquiry has found that the current regulation is not fully in agreement with the principles of professional ethics that apply to the health care professions, which in itself has created something that can be regarded as a working environment problem for these professional groups (see section 6.5.4).

Sweden's commitments on the right to the highest attainable standard of health for everyone

The right to the highest attainable standard of health for everyone has long been regarded as a human right and is described in several of the relevant conventions that Sweden as a state has made a commitment to adhere to (see section 3.4).

This right is described in particular in the UN International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR). In its interpretation of the article concerned, the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights has stated in two comments (General Comment no. 14 and no. 20) that this right should apply to everyone who stays within the territory of a state, irrespective of legal status. The Committee has also stated that the issue of whether a state is fulfilling its commitments with regard to offering the right to the best possible health for everyone can be assessed on the basis of four different criteria, the AAAQ criteria (*availability, accessibility, acceptability* and *quality*).

The Inquiry has found in its analysis (see section 6.5.5) that while health and medical services in Sweden can be said to meet the requirements of quality and acceptability, as well as being available to an adequate extent, the requirement of accessibility is not met with regard to asylum seekers and undocumented migrants. This applies in particular with regard to legal and economic accessibility,

but also to some extent with regard to accessibility of information. The Inquiry has found, for example, that information concerning the fact that care is already available to certain undocumented children today has not always fully reached out to this group of patients.

The Inquiry's assessment that Swedish regulation does not fully meet Sweden's international commitments is shared by the UN's former special rapporteur on the right to health, Paul Hunt, who after a mission to Sweden in 2006 expressed criticism of Sweden on these aspects. The UN Committee on the Rights of the Child has also expressed criticism of Sweden on the same grounds (see sections 3.2 and 6.3.2).

Patient safety

The Patient Safety Act (2010:659) requires care providers to undertake active work on patient safety. The Patient Data Act (2008:355) governs issues of information management in health care and provides that a patient record with particular contents, including information on the patient's identity, must be kept during care of patients. The purpose of these provisions is, in part, to make it possible for the patient's care history to be followed so that adequate care can be provided on any particular occasion.

Asylum seekers and undocumented patients who are received in public health care are in some cases unable, or unwilling, to state their identity. In the absence of access to an official personal identity number or other personal identification, records have to be kept using what are known as reserve numbers, which are used for all patients whose identity cannot be immediately established, for example for patients who are unconscious and not carrying identity documents when admitted to a care facility. It has proved difficult to create appropriate documentation using this solution, and it is virtually impossible to follow up health care treatments and to trace other health care records. This also makes work on protection against communicable diseases more difficult.

Administrative principles

Activity that entails health and medical services being provided without the possibility of public inspection either of how the activity is undertaken or of the way in which public funding is used, which can be said to be the case at the “grey” clinics, can be described as incompatible with national legislation in several respects. This activity also means that the costs of care for asylum seekers and undocumented migrants to a certain, albeit small, extent are borne by the public health-care budget as a result of asylum seekers and undocumented patients being dealt with “on the side” in public health care.

There are a number of objections to such activity as described above.

Firstly it means that the stringent requirements for patient safety and quality that exist in relation to Swedish health and medical services cannot be maintained with certainty. The care offered to asylum seekers and undocumented migrants cannot be reviewed, revised and monitored, nor is it subject to the allocation of priorities that applies to “visible” health and medical services.

Secondly, the diverse nature of the contents of local guidelines adopted by several county councils regarding the availability of care to asylum seekers and undocumented migrants means that the availability of care differs across the country, which in turn may be assumed to have an impact on the uncertainty concerning the accessibility of care for these persons, an uncertainty that can also be questioned in relation to rule of law.

Thirdly, it can be questioned whether the contents of the local guidelines are entirely in agreement with the provisions concerning the general powers of the municipalities and county councils not to engage without statutory support in activity that has no connection to their members (the principle of location) or that entails the members being treated differently (the principle of equal status).

Professional ethics and working environment problems

Staff who work in the health and medical services are governed, in addition to legislation, by the rules of professional ethics (see section 2.6). These are expressed in slightly different ways by the various professional organisations that have formulated them, but a fundamental principle common to them all is that it is the patient’s

medical needs and nothing else that, after the allocation of priorities, should decide whether he or she is to receive care.

The situation health and medical staff often find themselves in under present-day legislation, where there is a need, with regard to certain patients, to investigate the patient's legal status and sometimes also the patient's ability to pay before proceeding to what should be regarded as the principal task of health and medical services, namely to alleviate and cure, has been described by several people as an ethical dilemma that can even be described as a work environment problem. The lack of clarity in present-day legislation means firstly that staff face the anxiety of risking incorrect treatment for the patient and secondly that the care finally provided might perhaps take place at the "wrong level" (see section 2.4.4.1), as it is difficult to decide which type of care the patient in question is actually to be offered under the legislation.

Impact on reception of asylum seekers and regulated immigration

As emphasised above, it has been stated in the interpretation of the term highest attainable standard of health for everyone that this human right applies to all persons who stay within the territory of a state, irrespective of whether they are citizens of the state or not and irrespective of whether they have a permit to stay there or not.

The terms of reference state that none of the Inquiry Chair's proposals should have a negative impact on the system of the reception of asylum seekers or on the inclination to stay in the country without the necessary permits. Regarding the assessment of what impact the Inquiry's proposals may have on people's future inclination to enter Sweden in order to receive care, such an assessment for obvious reasons contains uncertainty. The Inquiry has therefore sought guidance, primarily in the international research on the issue, on what factors influence migration to and from a country and to what extent availability of health and medical services can be assumed to have the result that a person who leaves his or her home country tries to enter a certain other country ("pull factor") or, if health and medical services are not available in the country of arrival, leaves this country ("push factor"), see also section 6.5. Notwithstanding the uncertainties that exist, the combined experience gained abroad, but also in Sweden in connection with previous legislative changes (see section 6.4.3), suggests that the availability of

health and medical services in the country of arrival does not have any major impact either on the decision to enter a particular country or the decision to leave a country where someone is staying without the necessary permit. There is inherent inertia for people to voluntarily leave their country.

With regard to the signal a change in the availability of Swedish health and medical services to asylum seekers and undocumented migrants would send, it is clear to the Inquiry that the proposed increased availability of care for certain persons on the one hand and the regulation of and conditions for the reception of asylum seekers and the migration processes on the other are two entirely separate matters, each of which must be respected on its own basis. A legally binding decision on deportation or refusal of entry must, as previously, be executed as quickly as possible. No one should be encouraged to stay in Sweden without the necessary permit. Pending execution of a decision on deportation or refusal of entry, either voluntarily or by coercion, however, health and medical services must be available to all persons who are in Sweden.

Fundamental principles underlying the Inquiry's proposals

In light of what has been stated above, the Inquiry has based its proposals on the following principles.

1. The legislation should be so designed that it, in a better way than at present, fully complies with the international commitments Sweden has made with regard to respect of human rights. Particular attention should be paid to the rights of children.
2. Availability of health and medical services for asylum seekers and undocumented migrants should be dictated by the principle of the highest attainable standard of health for all, which means that it is to be available, accessible, acceptable and of good quality.
3. The legislation should furthermore be designed in such a way that health and medical services can be operated in compliance with the ethical rules that apply to the various groups of health professionals and that no lack of clarity persists or arises with regard to accessibility of care or whether the care is undertaken in accordance with the legal principles that apply to municipal activity.

4. Availability of health care and the associated obligations and benefits should be based on equal conditions for those who stay within a county, regardless of whether they have the necessary permit to stay in the country or not.
5. All health care undertaken in the country should be carried out on the same premises and on the basis of the same requirements for quality, documentation and possibility of supervision and other review.
6. All health and medical services in Sweden should be provided openly.
7. The principles for the reception of asylum seekers and regulated immigration shall not be subject to any change. Increased availability of care should not be interpreted as increased acceptance of staying in the country without the necessary permits. The remits of different authorities – such as the Swedish Migration Board on the one side and the health and medical services on the other – should not be mutually opposed, but the legislation should operate within the framework of these.
8. The costs that already exist for the provision of care to asylum seekers and undocumented migrants in the grey economy in health care should be made visible and the grey sector should be removed.

The Inquiry's proposals

To comply with the principles indicated above, the Inquiry proposes that asylum seekers and undocumented migrants, regardless of age, are to be offered subsidised health and medical services by the county council of the area where they are living or staying. The care should be offered to the same extent and under the same conditions as that offered to permanent residents.

The Inquiry further proposes that asylum seekers and undocumented migrants, until the year in which they reach the age of 19, are to be offered subsidised good and complete dental care by the county council of the area where they are living or staying. Dental care is to be offered to the same extent and under the same conditions as that offered to permanent residents of equivalent age.

Costs of the implementation of the Inquiry's proposals

Currently, the yearly cost for health care offered to asylum seekers and undocumented migrants is estimated to between 1 180 million and 1 540 million Swedish kronor.

There are a number of uncertainties when it comes to estimating the cost for the implementation of the Inquiry's proposals. In the report from IHE that was commissioned from the Inquiry, this cost has been calculated to a maximum of 2 200 million Swedish kronor. The added cost of the implementation of the Inquiry's proposal compared to the current cost is thus estimated to a maximum of 1 020 million Swedish kronor.

Complete health and medical services for persons who are staying in Sweden

In order to as far as possible tackle the problems identified in the inventory of problems, i.e. inadequate fulfilment of Sweden's international commitments and the aspirations contained in national legislation, the ethical situation for health and medical staff and to clear away the legal uncertainties that exist in the present-day legislation, the Inquiry thus proposes that those persons who are covered by the Inquiry's remit and who are staying in Sweden should be given the same access to health and medical services as permanent residents. This means, in the Inquiry's view, that the same conditions, that is to say the same rights and obligations, should apply to everyone. Asylum seekers and undocumented patients should thus be subject to the same allocation of priorities in health care as permanent residents. They should also pay the same fees for health care received as are paid by permanently resident patients.

It is anticipated that the proposal will benefit everyone in Sweden, as it means that responsible authorities will be able to obtain a more complete picture of the state of health of the whole population, preventive efforts can reach more people, and the spread of communicable diseases can be prevented. No detraining effects for those who today are offered health and medical services have been anticipated from the proposal (see also section 7.7).

Dental care for persons who are staying in Sweden

Dental care forms part of the health and medical services and the right to the best possible health for everyone. The considerations that have underpinned the Inquiry's proposals with regard to availability of other health and medical services can thus also be cited with regard to the availability of dental care.

However, the Inquiry has not had the opportunity under its remit to propose rules that equate adult asylum seekers and undocumented migrants to residents with respect to availability of dental care. The principal reason for this is that the rules surrounding adult dental care are very detailed and not easy to apply with regard to deciding what dental care is to be offered to individuals. The present-day system also presupposes that those who seek dental care can be identified with certainty. The state dental care reimbursement scheme that compensates the care providers is difficult to apply and is administered by the Swedish Social Security Agency.

The fact that the Inquiry has chosen not to present any proposal regarding adult dental care is not, however, to be interpreted as meaning that the present-day regulation fully complies with the international commitments. Inadequate fulfilment persists in this respect. The Government should therefore continue with its work on an overhaul of availability of dental care for adult asylum seekers and undocumented migrants.

The regulation of dental care for permanent residents up to the year in which they reach the age of nineteen is completely different to that of adult dental care. Payments are made by the county councils, and the cost of reimbursing dental care is principally met through county council tax and government grants.

It is far simpler, in terms of systems, to present proposals for increased availability of dental care for asylum seekers and undocumented migrants under the age of 20 than it is with regard to adult dental care. The Inquiry therefore makes such a proposal and notes that increased availability of dental care for asylum seekers and undocumented children and adolescents in any case represents a step along the way (in accordance with the principle of progressive realisation of economic, social and cultural rights) to full availability of dental care for all asylum seekers and undocumented migrants.

Subsidies and health care fees for asylum seekers and undocumented migrants

The Inquiry proposes that the expanded health and medical services that are to be offered to asylum seekers and undocumented migrants should be covered by the government subsidy. This applies both to expanded access to health and medical services and to expanded access to dental care for asylum seekers and undocumented migrants until the year in which they reach the age of 19. Compensation should be given the Swedish Migration Board for the increased costs that the proposal entails regarding care for asylum seekers.

Health care charges

Both asylum seekers and undocumented migrants should pay a health care fee for the health care they will enjoy. A health care fee for undocumented migrants should be paid in the same way as for permanent residents. The same applies with respect to health care fees for medicines prescribed in outpatient care. On the other hand, asylum seekers should, regardless of age, be obliged to pay the fees that they pay according to the present regulation.

In the same way as for permanent residents, regular complete dental care under the Dental Care Act for asylum seekers and undocumented migrants should be free of charge up to the year in which they reach the age of nineteen.

No health care fee should be paid for medical care provided pursuant to the Communicable Diseases Act.

Documentation of health care and register issues

It is very important that health care can be documented in order to meet the aspirations on patient safety contained in Swedish legislation. The reason for this is that health professionals have to be able to study the patient's care history in order to be able to offer the best possible care in the individual case. For this reason it is crucial that every patient can be attributed an identity that follows him or her in contacts with health care. It is also essential to be able to identify patients in order to ensure availability of prescription medicines at pharmacies and to enable them to avail of the high-

cost protection scheme for medicines, medical care, and for adults also dental care, applicable to permanent residents.

From a public health perspective there is also a need to be able to document care provided and diagnoses made etc. to be utilised, for instance, in determining the needs for medical services of the population.

With regard to asylum seekers, the issue of identity in health care is generally not a particularly great problem as such persons are issued with what is known as an LMA card on arrival in Sweden. An undocumented migrant may also have an – invalid – LMA card if he or she has previously been an asylum seeker. This situation does not, however, apply to all undocumented migrants. People in this group can otherwise generally be assumed to be unwilling to state their identity to those who they regard as people in authority. In the light of what has been stated above regarding the importance of an identity linked to the patient, the Inquiry proposes that the Government should commission a review of the options for establishing a special scheme so that the care under the Health and Medical Services Act and the dental care under the Dental Care Act that is provided to asylum seekers and undocumented migrants can be documented and followed up in an appropriate manner.

How are the changes to be implemented?

In order to implement the changes described above, the Inquiry has chosen between regulating all health and medical services to be offered to patients in Sweden in the Health and Medical Services Act and in the Dental Care Act and retaining the regulation of health and medical services for asylum seekers under the 2008 Act.

In the light of the routines that have evolved regarding health and medical services for asylum seekers and the fact that a change in regulation with a transfer of responsibility from the Swedish Migration Board to another authority would entail substantial costs, and in consideration of the short period during which a person is in Sweden as an asylum seeker, the Inquiry has opted to retain the regulation of the care of asylum seekers in the 2008 Act. However, the care to be offered to undocumented migrants follows from the Health and Medical Services Act and the Dental Care Act.

The proposals concerning *increased availability of health and medical services and dental care* should thus be implemented through

amendments to Section 3 and Section 4, first paragraph, of the Health and Medical Services Act, Section 7 of the Dental Care Act and Sections 5–6 of the 2008 Act. With regard to health care charges, amendments should be made to Section 26 of the Health and Medical Services Act, Section 15 a of the Dental Care Act and Chapter 7 Section 3 of the Communicable Diseases Act.

The proposals concerning *subsidies* should be implemented with regard to care for asylum seekers through an increase in the government grant paid under the Ordinance (1996:1357) on government compensation for health and medical services for asylum seekers and with regard to undocumented migrants through an expanded general government grant under the Ordinance (1984:908) on certain government grants and insurance payments for medical services etc. and through amendments to the Act (2002:160) on Pharmaceutical Benefits etc.

The actions of non-profit organisations

Under the Inquiry's proposals, the persons whom the Inquiry has been asked to investigate would in theory no longer need the voluntary clinics operated by the non-profit organisations. In practice, however, it can be envisaged that these may need to continue to exist for some time to come, in particular because it is likely that the new regulatory framework will not have an immediate impact among undocumented migrants, who are the most difficult people to reach with information efforts. Nor is it entirely out of the question that certain persons may, despite new regulation, nevertheless choose not to contact the public health care service for fear of being discovered. It can also be imagined that the non-profit organisations will assist in referring asylum seekers and undocumented patients to the right body to obtain care. The non-profit organisations may thus, in the Inquiry's view, make a great contribution by informing asylum seekers and undocumented migrants about what is applicable with regard to health and medical services and provide them with continued support in connection with their contacts with the health and medical services.

Issues remaining to be investigated

Although the Inquiry proposes changes with regard to the availability of health and medical services for asylum seekers and undocumented migrants, a number of issues remain that the Inquiry did not have a mandate to consider or that the Inquiry found that it was unable to investigate during the appointed period of inquiry. The Inquiry has also identified a number of issues that can be said to be consequences of the Inquiry's proposals.

In order to proceed along the way towards fulfilling the international commitments with regard to the right to the highest attainable standard of health for everyone in Sweden and to eliminate the legal uncertainties in the legislation and improve the working environment for health and medical staff, the Inquiry therefore proposes continued work on the following issues:

- Availability of subsidised, complete dental care for adult asylum seekers and undocumented migrants.
- Establishment of a national scheme for the identification and registration of asylum seekers and undocumented patients.
- Permanently ongoing work on values in the health and medical services.

Entry into force and transitional provisions

It is proposed that the statutory changes should come into force on 1 January 2013.

No transitional provisions are proposed.

Författningsförslag

1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härmed föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ att 3 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Varje landsting *skall* erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt *skall* landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

3 §²

Varje landsting *ska* erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt *ska* landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård. *Vad som i denna lag sägs om bosatta gäller också dem som vistas inom landstinget utan att ha nödvändigt till-*

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2007:403.

stånd för att vistas i landet.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och *skall* därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget *skall* bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierat av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och *ska* därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget *ska* bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härmed föreskrivs i fråga om tandvårdslagen (1985:125) att 6, 7, 15 a §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 §³

Om någon som vistas i landstingskommunen utan att vara bosatt där behöver omedelbar tandvård, ska landstingskommunen erbjuda sådan tandvård.

Om någon som vistas i landstingskommunen utan att vara bosatt där *eller omfattas av 7 § andra stycket* behöver omedelbar tandvård, ska landstingskommunen erbjuda sådan tandvård.

Särskilda bestämmelser om tandvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

7 §⁴

Folktandvården *skall* svara för
1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller nitton år,

2. specialisttandvård för vuxna,
3. övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.

Folktandvården *ska* svara för
1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller nitton år,

2. specialisttandvård för vuxna,
3. övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.

Vad som sägs i första stycket 1 gäller även dem som vistas inom landstinget utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas i landet till och med det år de fyller 19 år.

³ Senaste lydelse 2008:346.

⁴ Senaste lydelse 1994:743.

15 a §⁵

Tandvård som avses i 7 § 1 ska vara avgiftsfri för patienten. Uppkommer kostnader med anledning av att patienten uteblivit från avtalat tandvårdsbesök, får avgift tas ut av patienten enligt grunder som landstinget bestämmer. Landstinget får också ta ut avgift, om patienten på begäran ges tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

Tandvård som avses i 7 § 1 och 7 § andra stycket ska vara avgiftsfri för patienten. Uppkommer kostnader med anledning av att patienten uteblivit från avtalat tandvårdsbesök, får avgift tas ut av patienten enligt grunder som landstinget bestämmer. Landstinget får också ta ut avgift, om patienten på begäran ges tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Av patienter som får tandvård som avses i 7 § 2 och 3 får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som landstingsfullmäktige bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

Vid tandvård som avses i 8 a § samt vid undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling, som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser gäller bestämmelserna om avgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Patienten ska ha rätt att välja om sådan tandbehandling som avses i 8 a § ska utföras av folktandvården eller av en enskild näringsidkare, ett bolag, eller en annan juridisk person vars vård kan berättiga till ersättning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

⁵ Senaste lydelse 2010:246.

3 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Härmed föreskrivs i fråga lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner att 4 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Rätt till förmåner enligt denna lag har

1. den som är bosatt i Sverige, och

2. den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom eller moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetsystemen. Detsamma ska gälla för den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning.

Rätt till förmåner enligt 5 och 20 §§ med undantag för varor som avses i 18 § andra punkten har även den som i annat fall, utan att vara bosatt i Sverige, har anställning här.

Särskilda bestämmelser om kostnadsfria läkemedel gäller för dem som får sjukhusvård som avses i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt för den som åtnjuter hemsjukvård som avses i 3 e

Föreslagen lydelse

4 §⁶

Rätt till förmåner enligt denna lag har

1. den som är bosatt i Sverige, och

2. den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom eller moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetsystemen. Detsamma ska gälla för den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning. *Vad som i denna lag sägs om bosatta gäller också dem som befinner sig i Sverige utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas i landet och som vistas inom landstinget.*

⁶ Senaste lydelse 2010:1320.

eller 18 d § hälso- och sjukvårdslagen och för den som bor i sådan särskild boendeform som avses i 18 d § samma lag.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

4 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Härmed föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (2004:168) att 7 kap. 3 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

3 §⁷

Kostnadsfrihet enligt 1 och 2 §§ gäller

1. den som enligt 5 kap. socialförsäkringsbalken är bosatt i Sverige,

2. den som utan att vara bosatt här har rätt till förmåner enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, *samt*

3. utländska sjömän när det gäller undersökning, vård, behandling och läkemedel vid gonorré, klamydia och syfilis enligt en internationell överenskommelse rörande vissa lättnader för sjömän vid behandling för könssjukdom av den 1 december 1924.

Kostnadsfrihet enligt 1 och 2 §§ gäller

1. den som enligt 5 kap. socialförsäkringsbalken är bosatt i Sverige,

2. den som utan att vara bosatt här har rätt till förmåner enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen,

3. utländska sjömän när det gäller undersökning, vård, behandling och läkemedel vid gonorré, klamydia och syfilis enligt en internationell överenskommelse rörande vissa lättnader för sjömän vid behandling för könssjukdom av den 1 december 1924, *samt*

4. den som befinner sig i Sverige utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas i landet.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

⁷ Senaste lydelse 2010:1321.

5 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Härmed föreskrivs i fråga om lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

dels att 4, 5 och 6 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas en ny paragraf, 5 a § av följande lydelse.

4 §⁸

Denna lag omfattar utläningar som

1. har ansökt om uppehållstillstånd i Sverige som flykting enligt 4 kap. 1 § eller som annan skyddsbehövande enligt 4 kap. 2 eller 2 a § utlänningslagen (2005:716) eller motsvarande äldre bestämmelser

2. har beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd eller uppehållstillstånd efter tillfälligt skydd med stöd av bestämmelserna i 21 kap. 2, 3, 4 eller 6 § utlänningslagen och som inte är folkbokförda här i landet,

3. hålls i förvar enligt 10 kap. 1 eller 2 § utlänningslagen och som inte har placerats i kriminalvårdsanstalt, häkte eller polisarrest, eller 4. vistas här med stöd av tidsbegränsat uppehållstillstånd enligt 5 kap. 15 § utlänningslagen.

Sådana utläningar som avses i första stycket 1 eller 2 omfattas av lagen även om de har meddelats beslut om avvisning eller utvisning. Det gäller dock inte utläning som håller sig undan så att beslutet inte kan verkställas, om han eller hon har fyllt 18 år.

Sådana utläningar som avses i första stycket 2 omfattas av lagen även om de har meddelats beslut om avvisning eller utvisning. Det gäller dock inte utläning som håller sig undan så att beslutet inte kan verkställas, om han eller hon har fyllt 18 år.

5 §

Ett landsting ska erbjuda sådana utläningar som avses i 4 § första stycket 1–3 och som inte har fyllt 18 år, vård i samma omfattning som erbjuds den som är

Ett landsting ska erbjuda sådana utläningar som avses i 4 § första stycket 2 och 3 och som inte har fyllt 18 år, vård i samma omfattning som erbjuds den som

⁸ Senaste lydelse 2009:1550.

bosatt inom landstinget.

är bosatt inom landstinget.

Vård i den omfattning som avses i första stycket ska även erbjudas utlänningar som avses i 4 § första stycket 4.

5 a §

Ett landsting ska erbjuda utlänningar som avses i 4 § första stycket 1 hälso- och sjukvård i enlighet med vad som föreskrivs i 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Ett landsting ska också erbjuda sådana utlänningar regelbunden och fullständig tandvård enligt 7 § första stycket 1 tandvårdslagen (1985:125) till och med det år de fyller nitton år. Från och med det år sådana personer fyller tjugo år ska landstinget erbjuda dem tandvård som inte kan anstå.

6 §

Ett landsting ska erbjuda utlänningar som avses i 4 § första stycket 1–3 och som har fyllt 18 år, vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning.

Ett landsting ska erbjuda utlänningar som avses i 4 § första stycket 2 och 3, vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

1 Inledning

1.1 Utredningsuppdraget

Regeringen beslutade vid regeringssammanträde den 28 januari 2010 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur den reglering som avser hälso- och sjukvård åt asylsökande, personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning samt personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här kan göras mer ändamålsenlig än i dag. Den särskilda utredaren fick i uppdrag att, mot bakgrund av Sveriges internationella åtaganden, överväga och lämna förslag på hur en utvidgad skyldighet för landstingen att erbjuda subventionerad hälso- och sjukvård åt de berörda grupperna kan utformas i förhållande till nuvarande reglering. Utredarens uppdrag omfattade att lämna förslag som innefattar såväl vilken omfattning som på vilka villkor de berörda grupperna ska erhålla vård, varvid särskild vikt ska fästas vid barns behov.

Direktiv till utredningen (dir. 2010:7) är intagna som bilaga 1 till detta betänkande.

1.2 Arbetets bedrivande

Arbetet i utredningen har bedrivits under perioden maj 2010 – maj 2011. Den särskilda utredaren har haft hjälp av ett sekretariat bestående av två kommittésekreterare.

Till stöd i den särskilda utredarens arbete har förordnats elva sakkunniga/expertter från de departement (Socialdepartementet, Justitiedepartementet och Finansdepartementet), myndigheter (Socialstyrelsen och Migrationsverket) och organisationer (Sveriges Kommuner och Landsting, Läkarförbundet och Vårdförbundet) som är särskilt berörda av eller insatta i de frågor som ingått i den särskilda ut-

redarens uppdrag. Utredaren, sekretariatet och de sakkunniga och experterna har under utredningstiden haft sju protokollförda möten.

Utredaren har också haft två referensgrupper knutna till sig: *dels* en grupp för att diskutera hur hälso- och sjukvården i dag arbetar i praktiken för att möta det vårdbehov som asylsökande och papperslösa personer har (Karin Ekelund/Pia Landgren, Skåne läns landsting, Jennie Karlsson, Norrbottens läns landsting, Christian Foster, Länsstyrelsen i Stockholms län, Åsa Wieslander, Deltastiftelsen i Malmö, och Anne Sjögren, Rosengrenska stiftelsen i Göteborg/Röda Korset), *dels* en grupp för att diskutera frågor om hur frivilligorganisationerna i dag arbetar i praktiken för att asylsökande och papperslösa personer ska få den vård de är i behov av (Charlotta Arwidson, Röda Korset, Jessica Storm/Barbro Alm, Rädda Barnen, Christina Heilborn, Unicef, Anita Dorazio, Läkare i Världen och Asylkommittén i Stockholm samt Leif Dahlin, Svenska Kyrkan). Utredaren och sekretariatet har träffat referensgrupperna vid två tillfällen under utredningstiden.

Den särskilda utredaren och sekretariatet har tagit del av ett stort svenskt och internationellt material som på olika sätt och utifrån olika utgångspunkter beskriver och analyserar frågor med nära koppling till utredarens uppdrag. Av nödvändighet har ett urval behövt göras i allt tillgängligt material. Utredningsarbetet har koncentrerats kring det som utredaren, mot bakgrund av bl.a. kontakter med olika aktörer inom området, bedömt som mest centralt och relevant. Materialet har utredaren och sekretariatet kommit i kontakt med hos eller via de myndigheter, intresse- och frivilligorganisationer och yrkesförbund inom vården som har ett särskilt ansvar för eller på annat sätt arbetar med frågorna. I materialet har också ingått bl.a. olika rapporter, undersökningar och tidigare överväganden av riksdagen och regeringen i samband med tidigare lagstiftningsärenden i frågor som rör bl.a. hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa personer.

Frågornas internationella karaktär har också inneburit att det funnits kunskaper och erfarenheter att hämta från andra länder och inte minst från det samarbete som bedrivs inom internationella – både mellanstatliga och andra – organisationer som framför allt Förenta Nationerna (FN), Europarådet och Europeiska Unionen (EU).

Sekretariatet har också besökt olika institutioner och organisationer. Det har gjort studieresor till Malmö och där träffat Hidajeta Jusupovic, då chef för en vårdcentral i Skåne läns landsting (Region

Skåne), och Anders Åkesson, ledamot i landstingsstyrelsen för Skåne läns landsting, Pia Landgren, administratör i Skåne läns landsting, Gregor Noll, professor i folkrätt vid Juridicum i Lund, samt Åsa Wieslander, Deltastiftelsen i Malmö.

Vidare har sekretariatet varit på studieresa till Göteborg och där träffat personer som arbetar i det Etiska rådet vid Sahlgrenska sjukhuset och olika personer som på frivillig basis, genom Rosengrenska stiftelsen i Göteborg/Röda Korset, verkar för att papperslösa personer ska få vård. Sekretariatet besökte också den mottagning för papperslösa personer m.fl. som drivs av Rosengrenska stiftelsen. Utredaren och sekretariatet har också besökt liknande mottagningar i Stockholm som drivs av Röda Korset och Läkare i världen.

Sekretariatet har under utredningsarbetet i vissa frågor haft särskilda kontakter med olika företrädare för Migrationsverket och Socialstyrelsen.

En av kommittésekreterarna har besökt forskare i Kanada för att skapa sig en bild av hälso- och sjukvårdssystemet där och i andra delar av världen samt för att ta del av det där pågående arbetet med att utveckla regleringen av hälso- och sjukvård till papperslösa personer.

Utredaren har deltagit i ett debattprogram på TV4 om hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa personer samt vid ett seminarium vid den Medicinska Riksstämman i Göteborg 2010 om hälso- och sjukvård till papperslösa personer. Utredaren och sekretariatet har även deltagit i en mängd andra möten, seminarier och konferenser som handlat om hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer. Utredaren har också tillskrivits av olika organisationer.

2 Allmän bakgrund

2.1 Utlänningar i Sverige i dag

2.1.1 Inledning

Syftet med detta avsnitt är att med utgångspunkt i utredningens direktiv (se bilaga 1) närmare definiera vilka utländska personer som kan förekomma som patienter inom svensk hälso- och sjukvård, dvs. vilka som omfattas av uppdraget och därmed också vilka som således *inte* omfattas. I grund och botten handlar det om att först reda ut vilka personer som är målgrupp för utredningen. I avsnitt 2.4 jämförs därefter dessa personers tillgång till svensk hälso- och sjukvård med den som bosatta personer har.

De personer som är folkbokförda i Sverige kallas inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen för bosatta. De betraktas som bosatta i den kommun inom vilken de är folkbokförda enligt reglerna i folkbokföringslagen (1991:481), se vidare avsnitt 2.4.

Enligt 3 § folkbokföringslagen ska den som efter inflyttning kan antas under sin normala livsföring komma att regelmässigt tillbringa sin nattvila eller motsvarande vila (dygnsvilan) i landet under minst ett år folkbokföras på sin bostadsadress.¹ Detsamma gäller den som kan antas komma att regelmässigt tillbringa sin dygnsvila både inom och utom landet om han eller hon med hänsyn till samtliga omständigheter får anses ha sitt egentliga hemvist här.

Till och från Sverige är det ett ständigt flöde av utländska personer. Människor kommer till Sverige av många olika skäl. Det absolut största antalet personer kommer på planerade besök som är av mer eller mindre tillfällig karaktär i syfte att turista i landet, eller för att besöka familj eller andra. En hel del personer kommer hit för att studera eller för att arbeta under en begränsad tid. Andra kommer hit för att bosätta sig – själva eller tillsammans med sin familj. Sedan

¹ Enligt 3 § tredje stycket folkbokföringslagen finns i vissa undantag i 4–6 §§ samma lag, men dessa gäller inte asylsökande personer.

finns det en del personer som kommer till Sverige i syfte att söka skydd t.ex. från situationer i krigsdrabbade områden eller från förföljelse. Bland dessa finns både personer som är här högst tillfälligt i avvaktan på att återvända hem och sådana som har ambitionen och önskemålet att ordna en mer stadigvarande vistelse här i landet.

En grundläggande princip för utlänningars vistelse i Sverige är att sådana personer ska ha tillstånd att vistas här. Dessutom bör utgångspunkten för utlänningarnas vistelse i Sverige vara att de så långt som möjligt ska kunna ta ansvar för sig själva och sin familj.² I utlänningslagen (2005:716) finns bestämmelser om under vilka förutsättningar en utlänning ska få resa in i Sverige samt uppehålla sig och arbeta här. Reglerna har sin utgångspunkt i att endast svenska medborgare har en ovillkorlig rätt att vistas i Sverige medan utlänningar behöver pass och någon form av tillstånd, visering eller uppehållstillstånd, eller ställning som varaktigt bosatt. En utlänning som vistas i Sverige i mer än tre månader ska ha uppehållstillstånd om inte visering har beviljats för längre tid. En utlänning som kommer till Sverige kan även ansöka om uppehållstillstånd med återopande av skyddsskäl.

Några av dessa nu nämnda utländska personer kan naturligtvis under sin vistelse i Sverige behöva hälso- och sjukvård. Utredningens uppdrag är emellertid begränsat till att överväga frågor om tillgång till hälso- och sjukvård åt vissa av dessa personer, närmare bestämt åt asylsökande och personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning och personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas i landet (papperslösa personer). Med stöd dels av statistik från Migrationsverket gällande asylsökande, dels frivilligorganisationernas olika uppskattningar i fråga om papperslösa personer samt de uppgifter som redovisas i Socialstyrelsens Social rapport 2010, gör utredningen bedömningen att, med hänsyn tagen till att antalet personer varierar något från år till år, de båda grupperna totalt sett torde bestå av maximalt 60 000–70 000 personer, varav ca 2 000–3 000 är papperslösa barn³ och ca 10 000 är asylsökande barn.⁴ Som beskrivs i avsnitt 2.3.3 är antalet papperslösa personer uppskattningsvis inte fler än 35 000 och enligt uppgifter från Migrationsverket finns det årligen i Sverige ungefär lika många asylsökande personer (se avsnitt 2.5.3). Alla dessa personer har inte ett kontinuerligt behov av hälso- och

² Se dir. 2003:11 Mottagandevillkor för asylsökande, s. 4.

³ Socialstyrelsens Social rapport 2010, s. 279.

⁴ Uppgift från Migrationsverket gällande år 2010.

sjukvård under sin vistelse i landet. Gruppen är inte heller konstant till sitt antal eller homogen i sin sammansättning. Som beskrivs i avsnitt 2.3 så tyder dessutom tillgänglig erfarenhet och kunskap på att både de asylsökande och de papperslösa personerna har en vårdkonsumtion som i mångt och mycket liknar de bosattas.

Vilken sjukvård respektive grupp av utlänningar enligt gällande rätt ska erbjudas av landstingen och kommunerna och därmed ges tillgång till här i landet beskrivs närmare i avsnitten 2.4–2.5.

2.1.2 Utlänningar som omfattas av utredningens uppdrag

2.1.2.1 Inledning

Som framgår av utredningens direktiv omfattar utredningens uppdrag

- asylsökande personer,
- personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning (gömda)⁵, och
- personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas i landet.

De båda senare grupperna i stycket ovan befinner sig i landet utan formellt tillstånd och betraktas därför som s.k. papperslösa personer, av vilka den första gruppen ibland även kallas gömda (se vidare avsnitt 2.3). Den olovliga vistelsen i landet är således det som är utmärkande för de papperslösa.

Utredningen använder i den fortsatta framställningen huvudsakligen det sammanfattande uttrycket *papperslösa* personer för personer som befinner sig i landet utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas här. Att dessa personer inte *ansökt* om tillstånd att vara i landet – vilket uttryck används i direktiven till utredningen – torde i praktiken inte vara det centrala utan just det faktum att de är här utan nödvändigt tillstånd.

2.1.2.2 Asylsökande personer

Med asyl avses enligt 1 kap. 3 § utlänningslagen (2005:716; UtlL) ett uppehållstillstånd som beviljas en utlänning därför att han eller hon antingen är flykting eller alternativt skyddsbehövande (jfr 4 kap. 1–

⁵ Jfr Socialstyrelsens Social rapport 2010, s. 279, s. 269.

2 §§ UtlL).⁶ Enligt 1 kap. 12 § UtlL ska en ansökan om uppehållstillstånd som grundar sig på sådana omständigheter som anges i 4 kap. 2 a § UtlL (övriga skyddsbehövande) handläggas som en ansökan om asyl.⁷

En person som beviljas uppehållstillstånd av skyddsskäl får inte sällan ett beslut med sådant innehåll relativt snabbt, ibland inom en tidsperiod på bara några veckor. Handläggningstiden vid Migrationsverket för ett asylärende är i genomsnitt emellertid ca fem månader.⁸ En person som beviljas uppehållstillstånd i Sverige av skyddsskäl beviljas i allmänhet permanent uppehållstillstånd. Det innebär att personen till att börja med blir folkbokförd i den kommun han eller hon vistas i, t.ex. på den anläggning för flyktingar som han eller hon befinner sig på.

Den som överklagar ett beslut om avslag på ansökan om asyl genom samtliga rättsliga instanser och som inte avvisats genom omedelbar verkställighet,⁹ befinner sig i genomsnitt i Sverige i ca ett år innan det föreligger ett verkställbart beslut om avvisning eller utvisning. Under den tiden betraktas han eller hon, fram till att av- eller utvisningen är verkställd och så länge han eller hon inte avvikit, som asylsökande.¹⁰

2.1.2.3 Papperslösa personer

Några av de personer som betraktas som papperslösa är personer som inledningsvis befunnit sig i landet på laglig grund, t.ex. som turister eller studenter, men som stannat kvar efter att denna lagliga grund upphört, s.k. *overstayers* (se vidare avsnitt 2.3).

En person som fått avslag på sin ansökan om uppehållstillstånd, t.ex. en ansökan om asyl, och som håller sig undan ett verkställbart beslut om avvisning eller utvisning vistas per definition i landet utan

⁶ Se också 4 § första stycket första punkten lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (2008 års lag).

⁷ Se Wikrén och Sandesjö, kommentaren till utlänningslagen, Norstedts Juridik, nionde upplagan, s. 71, angående definition av asylsökande i 1 kap. 3 § UtlL och s. 155 angående definitioner av flyktingar och andra skyddsbehövande på s. 155.

⁸ Uppgift från Migrationsverket.

⁹ 8 kap. 6 § jfr med 12 kap. 7 § UtlL.

¹⁰ I detta sammanhang kan också noteras Ramöverenskommelsen mellan regeringen och Miljöpartiet de gröna om migrationspolitiken av den 3 mars 2011 där bl.a. slås fast att det ska inrättas en fjärde migrationsdomstol i syfte att korta handläggningstiderna och stärka rätts säkerheten. Den 14 april 2011 fick Domstolsverket regeringens uppdrag att lämna förslag om att inrätta ytterligare en migrationsdomstol samt föreslå var den bör placeras. Uppdraget ska redovisas senast den 1 december 2011.

nödvärdigt tillstånd. Han eller hon blir därför att betrakta som en papperslös person på samma sätt som andra personer som aldrig ansökt om uppehållstillstånd i landet och som befinner sig i Sverige utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas här.

2.1.3 Några utlänningar som inte omfattas av utredningens uppdrag

Utöver de kategorier utländska personer som nämns i avsnitt 2.1.2 och som omfattas av utredningens uppdrag finns, som tidigare nämnts, andra som är i Sverige utan att de rättsligt sett är bosatta här. De kan således *bo* här i landet utan att för den skull vara *bosatta* här i folkbokföringslagens mening. Dessa omfattas alltså inte av utredningens uppdrag. De är i landet mer eller mindre tillfälligt. För dessa löses i allmänhet frågan om hälso- och sjukvård genom att den enskilde själv kontant eller genom personliga försäkringar betalar för vården eller att det görs av deras hemländer. Hanteringen av dessa personer inom hälso- och sjukvården skapar sällan problem. I regel är inte heller frågan om deras identitet något problem eftersom de som regel inte har skäl att dölja den. Här nedan ges exempel på sådana personer.

Först kan konstateras att själva tillståndet att vistas här i landet, i det fall det krävs ett sådant, enligt huvudregeln ska vara beviljat av svenska myndigheter före inresan. I undantagsfall kan tillstånd att vistas i landet beviljas efter inresan. Asylsökande hanteras i en annan ordning.

En stor kategori personer som befinner sig i landet är t.ex. turister, artister, studenter¹¹ och diplomater och andra som högst tillfälligt är här i t.ex. sitt arbete eller i samband med konferenser och liknande arrangemang.

Vidare finns i landet ett större antal EES-medborgare med olika juridisk status, bl.a. dels de som har uppehållsrätt i Sverige enligt reglerna i 3 a kap. UtlL och som antingen är folkbokförda här eller inte är det, dels de som saknar uppehållsrätt i landet och som inte heller ansökt om uppehållstillstånd.¹² De sistnämnda personerna är att betrakta som papperslösa och omfattas som sådana av utredningens uppdrag. Det åligger inte utredningen att på ett uttöm-

¹¹ Studenter folkbokförs i landet om de har för avsikt att vistas i här i minst ett år.

¹² Varje EES-medborgare har uppehållsrätt i Sverige de tre första månaderna utan att behöva uppfylla de krav som anges i 3 a kap. UtlL.

mande vis beskriva gruppen papperslösa personer. Utredningen konstaterar att personer som undanhåller sig verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning samt de som befinner sig i landet utan nödvändigt tillstånd för det är papperslösa.

I UtlL finns också regler om uppehållstillstånd för arbete (2 kap. 7 § UtlL).¹³ För att ett sådant tillstånd ska kunna beviljas förutsätts att det finns ett konkret erbjudande om anställning här i landet. Arbetstagaren ska arbeta i sådan omfattning att han eller hon kan försörja sig och den lön och de övriga arbetsvillkor som erbjuds ska vara minst lika bra som de som följer av svenska kollektivavtal eller av praxis i yrket eller i branschen. Arbetstillstånd ges för två år, eller en kortare tid om det rör sig om tidsbegränsad anställning.¹⁴

I 5 kap. 3–3 e §§ UtlL finns regler om uppehållstillstånd på grund av anknytning till Sverige. Under 2010 anhängiggjordes 51 064 sådana ärenden.¹⁵

Bevispersoner är utlänningar som vistas i landet med stöd av tidsbegränsat uppehållstillstånd enligt 5 kap. 15 § UtlL om det behövs för att en förundersökning eller en huvudförhandling i brottmål ska kunna genomföras. Bestämmelsen är en följd av rådets direktiv 2004/81/EG om offer för människohandel. Migrationsverket har beskrivit att ytterst få sådana ärenden aktualiseras varje år.

En utlänning kan vid ankomsten till landet eller senare tas i förvar enligt reglerna i 10 kap. UtlL under vissa klart definierade förutsättningar vid t.ex. oklar identitet eller när risk föreligger för att personen håller sig undan en förestående verkställighet. Dessa personer kallas förvarstagna. Totalt har Migrationsverket och polismyndigheterna under 2010 registrerat nästan 3 300 förvarsbeslut. En och samma person kan dock vara föremål för flera av besluten om förvar.¹⁶

I Sverige skulle det också kunna finnas utlänningar som har beviljats tillfälligt skydd med stöd av 21 kap. 2–4 eller 6 §§ UtlL och som inte är folkbokförda här, s.k. massflyktingar. Massflyktingar är utlänningar som har beviljats tidsbegränsat uppehållstillstånd med stöd av bestämmelserna i 21 kap. 2, 3, 4 eller 6 §§ UtlL och som inte

¹³ Se vidare framförallt 6 kap. UtlL och 5 kap. utlänningsförordningen (2006:97), prop. 2007/08:147.

¹⁴ Enligt uppgift från Migrationsverket beviljades 13 613 arbets- och uppehållstillstånd för arbetstagare under 2010. Av dessa var 8 271 för kortare tid än ett år. Framförallt två grupper utmärkte sig: 4 460 (ca 54 procent) tillhörde yrkesgruppen säsongarbetare ”medhjälpare inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske”, samt 1 480 (ca 18 procent) ”dataspecialister”.

¹⁵ Uppgift från Migrationsverkets årsredovisning 2010.

¹⁶ Uppgift från Migrationsverkets årsrapport för 2010 års verksamhet.

är folkbokförda här i landet.¹⁷ Bestämmelserna är avsedda endast för undantagssituationer och har ännu aldrig tillämpats.

2.1.4 Cirkulär migration

Som framgått ovan flyttar varje år ett antal utländska medborgare till Sverige. Samtidigt flyttar ett antal svenska medborgare ut från landet. Vissa av dessa personer flyttar flera gånger över ett lands gränser, s.k. cirkulär migration.

Kommittén för cirkulär migration och utveckling hade i uppdrag att kartlägga den cirkulära migrationen och identifiera vilka faktorer som påverkar migranters möjligheter att röra sig mellan Sverige och sina ursprungsländer. En sådan kartläggning redovisades i delbetänkandet SOU 2010:40. I sitt slutbetänkande (SOU 2011:28) har kommittén presenterat förslag i syfte att i största möjliga mån undanröja hinder för ökad rörlighet

Kommitténs kartläggning är som bakgrundsmaterial intressant även för denna utredning och visar att av Sveriges totala befolkning om 9 340 000 personer vid årsskiftet 2009/2010 var ca 14 procent födda utomlands och att tre procent av befolkningen hade flyttat minst två gånger över nationsgränsen. Detta utgör kommitténs definition för att statistiskt kunna beskriva cirkulär migration. Av de utrikes födda cirkulärmigranterna i Sverige utgörs 41 procent av personer som är födda i ett annat nordiskt land. Knappt 20 procent kommer från ett land inom EU och ytterligare 10 procent kommer från ett annat land i Europa. Det är således ca 30 procent som kommer från ett utomeuropeiskt land. Samtidigt räknar kommittén utifrån de uppskattningar som finns – även om det anges att siffrorna är osäkra – med att det finns 250 000 personer som är födda i Sverige men som bor utomlands. Kommittén beskriver bl.a. gruppen personer som vistas i Sverige utan uppehållstillstånd på ett sätt som stämmer väl överens med de uppgifter som Socialstyrelsen redovisade i Social rapport 2010 (se avsnitt 2.3).¹⁸ Kommittén har i sitt arbete koncentrerat sig på laglig invandring.¹⁹ Kommitténs arbete har alltså varit inriktat på frågor om vilka omständigheter som på-

¹⁷ I 21 kap. UtL finns de bestämmelser om tillfälligt skydd vid massflykt som är en följd av EG-direktivet 2001/55/EG av den 20 juli 2001 om miniminormer för att ge tillfälligt skydd vid massiv inströmning av fördrivna personer och om åtgärder för att främja en balans mellan medlemsstaternas insatser för att ta emot dessa personer och bära följderna av detta.

¹⁸ SOU 2010:40, s. 111 f.

¹⁹ a.a., s. 50.

verkar beslut om migration (jfr avsnitt 6.4 om push- and pull-faktorer) och hur den ökade rörligheten över gränserna ska kunna underlättas och hur utvecklingspotentialen med denna typ av migration kan främjas. De personer som vistas i Sverige utan tillstånd omfattas inte av kommitténs överväganden och förslag.

2.2 Vissa frågor rörande migration och integration

2.2.1 Inledning

Som nämns i avsnitt 2.1.1 förekommer ett ständigt flöde av utländska medborgare till och från Sverige. I diskussioner kring människors rörlighet över nationsgränser och deras etablering i andra länder än hemlandet brukar man tala om *migration* och *integration*. I detta avsnitt redovisas fakta som rör migration och integration i Sverige och som har bedömts ha samband med de frågor som utredningen har att hantera. En redovisning av det legala ramverket rörande vissa migrationsrättsliga frågor återfinns i avsnitt 3.8.

Med *migration* avses en persons fysiska förflyttning från ett område till ett annat, dvs. byte av hemort eller hemland²⁰ – med andra ord en samlande benämning på invandring (immigration) och utvandring (emigration). Den mänskliga migrationen har under modern tid förekommit både i frivillig och ofrivillig form. Exempel på den sistnämnda formen är slaveri, trafficking och etnisk rensning.

Det totala uppskattade antalet migranter i världen är enligt The International Organization for Migration (IOM) knappt 214 miljoner personer.²¹

Begreppet *integration* används i debatten ofta för att beteckna den process där invandrare får medborgarskap och etablerar sig i det svenska samhället.

²⁰ Enligt Svenska Akademiens ordlista över svenska språket betyder migration in- och utvandring; folkförflyttning. Begreppet migration förekommer även inom biologin och i IT-sammanhang, men då med en annan betydelse.

²¹ www.iom.int.

2.2.2 Migrations- och integrationspolitikens inriktning

2.2.2.1 Migrationspolitiken

Regeringens mål är att säkerställa en långsiktigt hållbar migrationspolitik som värnar asylrätten och som inom ramen för den reglerade invandringen underlättar rörlighet över gränser, främjar en behovsstyrd arbetskraftsinvandring och tillvaratar och beaktar migrationens utvecklingseffekter samt fördjupar det europeiska och internationella samarbetet.²² Migrationsverket är ansvarig förvaltningsmyndighet inom migrationsområdet, det vill säga för frågor som gäller uppehållstillstånd, arbetstillstånd, viseringar, mottagande av asylsökande, återvändande, medborgarskap och återvandring. Inom migrationsområdet verkar också migrationsdomstolarna, Migrationsöverdomstolen, polismyndigheterna, Kriminalvården och utlandsmyndigheterna.

Migrations- och asylpolitik är till sin natur gränsöverskridande. Människor rör sig ständigt mellan olika länder i världen. En del tvingas fly undan förföljelse, medan andra flyttar av ekonomiska och/eller sociala skäl.

Migration kan handla om att bilda familj, arbeta eller studera i ett annat land. Det kan också handla om att söka sig till ett annat land i hopp om att få en bättre framtid rent generellt. Migration har ofta stor betydelse för samhällsutvecklingen i såväl ursprungsländer som destinationsländer.

I detta sammanhang kan också noteras Ramöverenskommelsen mellan regeringen och Miljöpartiet de gröna om migrationspolitiken av den 3 mars 2011²³ där bl.a. slås fast att Sverige ska ha en human asylpolitik och att regeringens och Miljöpartiets gemensamma mål är att säkerställa en human, rättssäker och ordnad migrationspolitik. Asylrätten ska värnas. Särskild hänsyn ska tas till barns bästa. Inom ramen för den reglerade invandringen ska rörligheten över gränserna underlättas. Migrationens utvecklingseffekter ska tillvaratas bättre och det internationella och europeiska samarbetet ska fördjupas.

Europeiska unionen (EU) har som målsättning att skapa en gemensam politik för invandring. EU har sedan tidigare antagit rättsakter som ska underlätta för studenter och forskare att studera och

²² Faktablad, Justitiedepartementet, Ju 10.12, December 2010 samt prop. 2010/11:1, utgiftsområde 8 s. 11.

²³ Ramöverenskommelsen, se www.regeringen.se

arbeta i Europa, samt möjliggöra familjeåterförening och ställning som varaktigt bosatt.

Den svenska migrationspolitiken bygger på principen om reglerad invandring. Den innebär att utlänningar som vill bosätta sig i Sverige ska ha tillstånd att uppehålla sig här, dvs. uppehållstillstånd. De utlänningar som får uppehållstillstånd i Sverige ska ha samma rättigheter och omfattas av samma välfärdssystem som andra personer som är bosatta i landet. En grundläggande princip är också att den som reser in och vistas i Sverige ska ha utverkat ett tillstånd att vistas här *före* inresan.²⁴

Sverige har under lång tid som stat haft målsättningen att ha en human asylpolitik och vara en fristad för den som flyr undan förföljelse och förtryck. Särskild hänsyn ska i detta sammanhang tas till barns bästa. Sverige erbjuder skydd i större utsträckning än vad internationella överenskommelser kräver och tar också ett stort ansvar för att i samarbete med FN:s flyktingkommissariat (UNHCR) ge skydd åt personer som befinner sig på flykt utanför sitt hemland och som inte har tillgång till varaktigt skydd.

För att principen om reglerad invandring ska kunna upprätthållas krävs att beslut om avslag på ansökan om uppehållstillstånd respekteras och att ett beslut om avvisning eller utvisning också leder till att utlänningen lämnar landet. Strävan inriktas mot att så få personer som möjligt vistas i Sverige utan nödvändigt tillstånd.

Utredningens arbete inriktar sig på frågan om, hur och på vilka villkor personer som uppehåller sig i Sverige utan nödvändigt tillstånd ska erbjudas hälso- och sjukvård här. En aspekt att beakta vid dessa överväganden är risken för konflikt mellan olika samhälls- och andra intressen som olika myndigheter och andra organ har att bevaka och hantera.²⁵ Migrationsverkets uppgift är ju, som tidigare nämdes, att vara ansvarig förvaltningsmyndighet inom migrationsområdet, medan hälso- och sjukvården, skolan och socialtjänsten har andra ansvarsområden att sköta än de migrationspolitiska i sin verksamhet. Ett regelsystem som innebär att vissa myndigheter ges i uppdrag att se till att utlänningar som har fått verkställbara beslut om avvisning eller utvisning också lämnar landet, medan andra

²⁴ Prop. 2003/04:35 s. 15 ff.

²⁵ Jfr exempelvis regeringens uttalanden i prop. 1997/98:182 s. 12 f rörande strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige. I propositionen uttalas, med hänvisning till betänkandet SOU 1997:115 av Barnkommittén som hade i uppdrag att klargöra hur barnkonventionens anda kommit till uttryck i svensk lagstiftning och praxis, att barnkonventionens bestämmelser inte kunde anses tillämpliga på ett barn som vistas olagligt i landet. Detta ställningstagande har omprövats under senare år, jfr överväganden i samband med betänkandet Skolgång för alla (SOU 2010:5).

myndigheter åläggs att erbjuda dessa utlänningar tillgång till delar av det svenska välfärdssystemet kan uppfattas som ologiskt och inkonsekvent (se vidare avsnitt 4.3.2 och 6.5).

För att asylsystemet ska vara väl fungerande har det ansetts viktigt att en rättssäker asylprocess har ett tydligt avslut. De personer som beviljas uppehållstillstånd ska så snart som möjligt kunna påbörja etableringsprocessen i Sverige medan de som fått ett avvisnings- eller utvisningsbeslut som vunnit laga kraft är skyldiga att lämna landet. Ett väl fungerande återvändande har av regeringen lyfts framsom en av förutsättningarna för att Sveriges asylsystem ska vara långsiktigt hållbart.²⁶

Återvändandet ska i första hand ske frivilligt, med stöd av Migrationsverket. Detta eftersträvas i varje enskilt fall. I de fall där skyldigheten att återvända varken respekteras eller accepteras av den enskilde, är det polisen som ansvarar för att avvisnings- eller utvisningsbeslutet genomförs. Återvändandet ska alltid genomföras under humana och värdiga former. För att underlätta att så sker har regeringen infört ett ekonomiskt återetableringsstöd för personer som har lagakraftvunna avvisnings- eller utvisningsbeslut och som väljer att självmant återvända till ett land, där de har mycket begränsade förutsättningar för återetablering. Som ett stöd i arbetet att få till stånd väl fungerande återvändanden har Sverige också ingått återvändandeavtal med ett antal länder. Avtalen reglerar procedurer och kriterier för att den ena parten ska återta personer som vistas utan tillstånd på den andra partens territorium. Avtalen fungerar också som en grund för ett vidare samarbete i migrationspolitiska frågor mellan länderna.

Regeringen arbetar också för en gemensam asylpolitik inom EU, med den övergripande målsättningen att en sådan politik ska vara human, rättssäker och effektiv.²⁷ Medlemsstaterna i EU enades vid Europeiska rådets möte i Tammerfors år 1999 om målet att harmonisera den europeiska migrations- och asylpolitiken. Genom Haagprogrammet från 2004 beslutade medlemsstaterna att utveckla ett gemensamt asylsystem. I Stockholmsprogrammet som antogs i december 2009 anges att ett gemensamt asylförfarande och en enhetlig status för personer som har rätt till skydd ska införas senast 2012. Målen är dels att uppnå en högre gemensam skyddsnivå och ett mer likvärdigt skydd i hela EU, dels att säkerställa ökad solidaritet mellan EU:s medlemsländer.

²⁶ Se exempelvis prop. 2010/11:1 utgiftsområde 8 Migration, s. 34.

²⁷ A. prop. och utgiftsområde s. 34.

Befintliga gemensamma EU-regler finns i följande rättsakter:

- *Asylprocedurdirektivet* (2005/85/EG), innehållande miniminormer för medlemsstaternas förfaranden för beviljande eller återkallande av flyktingstatus.
- *Skyddsgrundsdirektivet* (2004/83/EG), innehållande miniminormer för när tredjelandsmedborgare eller statslösa personer ska anses berättigade till internationellt skydd samt om deras rättsliga ställning och om innehållet i det beviljade skyddet.
- *Mottagandedirektivet* (2003/9/EG), innehållande miniminormer för mottagande av asylsökande i medlemsstaterna.
- *Dublinförordningen* (2003/343/EG), innehållande kriterier och mekanismer för att bestämma vilken medlemsstat som är ansvarig för att pröva en asylansökan.
- *Eurodacförordningen* (2000/2725/EG), innehållande grunden för inrättandet av databasen Eurodac, vilken innehåller fingeravtryck på alla asylsökande över 14 år och som erbjuder ett elektroniskt system för att kontrollera om en person sökt asyl i andra medlemsstater.

Omarbetade förslag för att öka harmoniseringen och höja rättssäkerheten för de asylsökande personerna har presenterats rörande samtliga rättsakter under slutet av 2008 och under 2009. Förhandlingar pågår i rådet.

Cirkulär migration – tillfälliga eller mer långvariga och oftast återkommande förflyttningar mellan två länder – anses vara ett migrationsmönster som kan bidra till att tillgodose behovet av arbetskraft i mottagarländer och bidra till positiva utvecklingseffekter i ursprungsländer, samtidigt som det gynnar migranterna själva.²⁸ I juli 2009 fattade regeringen beslut om att tillsätta en parlamentarisk kommitté (Kommittén för cirkulär migration och utveckling) med uppdrag att utreda hur personers ökade rörlighet till och från Sverige kan underlättas och hur den cirkulära migrationens positiva utvecklingseffekter kan främjas. Kommittén lämnade ett delbetänkande²⁹ den 28 maj 2010. Delbetänkandet innehöll en kartläggning och beskrivning av förutsättningarna för migration till och från Sverige samt en analys av kopplingen mellan migration och utveckling. I kommitténs slutbetänkande *Cirkulär migration och utveckling – förslag och framåtblick* (SOU 2011:28), som den 31 mars 2011 över-

²⁸ Se exempelvis Kommitténs för cirkulär migration och utveckling slutbetänkande SOU 2011:28 s. 68 ff.

²⁹ Cirkulär migration och utveckling (SOU 2010:40).

lämnades till statsrådet Tobias Billström, har kommittén lämnat förslag i fråga om hur man kan underlätta cirkulär migration.

I kapitel 6 redogörs närmare för innehållet i kommitténs båda betänkanden i de delar det är av intresse för denna utrednings uppdrag (se också avsnitt 2.1.4).

2.2.2.2 Integrationspolitiken

Målet för integrationspolitiken är allas lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter oavsett etnisk och kulturell bakgrund. Den omfattar också nyanlända invandrades etablering på arbetsmarknaden och i samhället, ersättning till kommunerna för flyktingmottagande, urban utveckling och svenskt medborgarskap.³⁰ Regeringens strategi³¹ för genomförande av integrationspolitiken utgår från sju s.k. fokusområden, nämligen

- ett effektivt system för mottagande och introduktion för nyanlända,
- fler i arbete och fler företagare,
- bättre utbildningsresultat och likvärdighet i skolan,
- bättre språkkunskaper och utbildningsmöjligheter för vuxna,
- en effektiv bekämpning av diskriminering,
- en positiv utveckling i stadsdelar med utbrett utanförskap, samt
- en gemensam värdegrund i ett samhälle som präglas av en tilltagande mångfald.

Integration handlar också om enskilda människors makt över den egna tillvaron. Arbete och egen försörjning är en förutsättning för detta. Utgångspunkten är, i linje med regeringens generella politik, att människor som kan arbeta och försörja sig själva ska göra detta.

Den 1 december 2010 trädde den nya reformen för att påskynda nyanlända invandrades etablering i arbets- och samhällslivet i kraft.³² Varje nyanländ invandrare ska utifrån sina egna förutsättningar få professionellt stöd för att så snabbt som möjligt lära sig svenska, komma i arbete och klara sin egen försörjning samt ta del av de rättigheter och skyldigheter som gäller i Sverige.

Reformen innebär bland annat att:

³⁰ Faktablad, Integrations- och jämställdhetsdepartementet, November 2009 och prop. 2008/09:1 s. 14.

³¹ Regeringens skrivelse skr. 2008/09:24. Egenmakt mot utanförskap – regeringens strategi för integration.

³² Se <http://www.regeringen.se/sb/d/2279/a/135426>

- Arbetsförmedlingen övertar det samordnade ansvaret för etableringsinsatserna från kommunerna.
- Arbetsförmedlingen tillsammans med den nyanlände invandraren ska upprätta en etableringsplan med insatser för att underlätta och påskynda den nyanländes etablering i arbets- och samhällslivet.
- En ny statlig ersättning som är lika för alla nyanlända invandrare oavsett bosättningsort införs och utgår vid aktivt deltagande i etableringsinsatser.
- En ny aktör – etableringslots – införs för att stödja den nyanlände invandraren under etableringsperioden.
- Nyanlända invandrare som har en etableringsplan ska delta i samhällsorientering.

Reformen innebär att även länsstyrelserna, Försäkringskassan och Migrationsverket får förändrade eller nya ansvarsområden.

Med början i april 2011 har också en arbetsgrupp inom Regeringskansliet påbörjat arbetet med att ta fram en ny integrationspolitisk strategi. Gruppens uppdrag, som ska redovisas senast den 31 augusti 2012, blir att samordna arbetet med att utarbeta förslag till den fortsatta inriktningen på integrationspolitiken samt att se över integrationspolitikens nuvarande mål och inriktningar. Den nya strategin ska bland annat fokusera på hur gapet i sysselsättning mellan inrikes och utrikes födda, vilket i dag är 17 procent, ska minska, hur fler utrikes födda kvinnor ska få arbeten och vilka ytterligare åtgärder som behövs för att förbättra Svenska för invandrare (SFI). Gruppen ska även överväga hur utsatta områden kan lyftas genom urban utveckling.³³

2.2.3 Asylsökande personer

2.2.3.1 Hur många är de asylsökande personerna och var kommer de ifrån?

Asylsökande personer är en av de personkategorier som utredningen har att studera. Därför är det av särskilt intresse att närmare beskriva dessa personers situation ur olika aspekter som är relevanta för utredningsuppdraget.

³³ Se <http://www.regeringen.se/sb/d/14205/a/165671>.

Antalet utlänningar som söker asyl i Sverige varierar från år till år. Under perioden 2000–2010 har sammanlagt cirka 286 000 personer sökt asyl i Sverige. Sett till årsbasis har antalet asylsökande personer under denna period varierat mellan som lägst 16 303 personer under år 2000 och som högst 36 207 personer under år 2007.³⁴ Under år 2010 ansökte 31 819 personer om asyl i Sverige. Detta kan jämföras med år 2009, då antalet sökande var ca 24 200 personer. Att antalet asylsökande personer varierar på detta sätt är normalt och har huvudsakligen sin grund i förhållanden och händelser i omvärlden.

I förhållande till övriga EU-länder var det under år 2009 bara i Frankrike, Storbritannien och Tyskland som fler personer sökte asyl år 2009 än i Sverige.³⁵ I sammanhanget är värt att notera att under år 2010 flyttade ca 100 000 personer med 168 olika medborgarskap formellt och lagligt till Sverige.³⁶ De asylsökande personerna är således inte i majoritet när det gäller utlänningar som kommer till Sverige i avsikt att bosätta sig här. Angående papperslösa se avsnitt 2.3.4.

Sett till enskilda länder så kom under år 2010 de största asylgrupperna från Serbien (6 335 personer), Somalia (5 553 personer), och Afghanistan (2 393 personer).

Av de personer som sökte asyl under år 2010 var knappt 38 procent kvinnor och drygt 62 procent män. Cirka 10 500 barn sökte asyl, varav ca 2 400 ensamkommande barn.

Andelen ensamkommande barn har under några år ökat från 2 till 10 procent av det totala antalet asylsökande. Majoriteten av dem (närmare 80 procent) var pojkar och av dem var drygt hälften i åldern 16–17 år. Det har främst varit barn från Irak, Afghanistan och Somalia som har sökt asyl i Sverige. Angående ensamkommande barn se även avsnitt 2.2.3.4.

Omkring hälften av de asylsökande personerna finns i Stockholms län, Västra Götalands län och Skånes län.

³⁴ Enligt statistik publicerad på <http://www.migrationsverket.se/download/18.78fcf371269cd4cda980004204/tabs2.pdf>.

³⁵ Enligt statistik publicerad på http://www.migrationsverket.se/download/18.78fcf371269cd4cda980004557/migration_sv.pdf och på Eurostats hemsida: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-QA-11-005/EN/KS-QA-11-005-EN.PDF.

³⁶ Se Migrationsverkets rapport 2:2010 Migration 2000–2010, http://www.migrationsverket.se/download/18.78fcf371269cd4cda980004557/migration_sv.pdf.

2.2.3.2 Hur ser de asylsökande personernas hälsa ut, vilka vårdbehov har de och vilken tillgång har de till vården?

I den årliga enkätundersökning som Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL) genomförde år 2010 om den statliga schablonersättning som utgått år 2009 för hälso- och sjukvård åt asylsökande personer och de kostnader landstingen hade för detta år (jfr avsnitt 2.5) finns också vissa uppgifter om dessa personers vårdkonsumtion över åren 2006–2009. Samtliga landsting förutom ett besvarade enkäten. SKL anser att detta bortfall inte påverkat de generella slutsatser som presenteras. Alla genomsnittsberäkningar som presenteras utgår från antalet asylsökande i de landsting som besvarat enkäten.

All hälso- och sjukvård som ges antingen inom slutna och öppna vård, inklusive läkemedel, och tandvården omfattas av den statliga ersättning som landsting och kommuner får via Migrationsverket (se vidare avsnitt 2.5.3). Det handlar om en schabloniserad ersättning per asylsökande person som vistas inom landstingets område och en särskild ersättning för särskilt kostsam vård, de s.k. 100 000-kronorsfallen (se vidare avsnitt 2.5).

Den årliga undersökning som SKL gör rör endast frågan om vilka vårdkategorier de asylsökande personerna vänder sig till och i vilken omfattning detta sker. I övrigt saknas konkreta uppgifter om vilken vårdkonsumtion asylsökande personer har. De uppgifter som frivilligorganisationer som Röda Korset, Läkare i världen m.fl. har i olika rapporter om utlänningars vårdkonsumtion rör främst papperslösa personer (jfr avsnitt 2.3.5). Utifrån dessa uppgifter saknas stöd för ett antagande att asylsökande personers vårdbehov i generella termer skiljer sig nämnvärt från papperslösa personers, som i sin tur har ett vårdbehov som i mångt och mycket liknar bosatta personers. Det handlar i huvudsak om behov av primärvårdsinsatser.

Personer som inte har fyllt 18 år och som antingen är asylsökande eller som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning enligt utlänningslagen (2005:716) ska erbjudas hälso- och sjukvård motsvarande den som erbjuds bosatta. Övriga asylsökande personer ska erbjudas vård som inte kan anstå (se vidare avsnitten 2.4–2.5).

Mellan åren 2008 och 2009 ökade de genomsnittliga antalet vård-dagar för de asylsökande personerna inom den slutna vården (somatisk och psykiatrisk) med nästan 13 procent. Ökningen var särskilt påtaglig inom den slutna barn- och ungdomspsykiatrin.

Asylsökande barns och ungdomars vårdkonsumtion ökade med drygt 80 procent, från 0,17 dagar år 2008 till 0,30 dagar följande år. Motsvarande antal vård dagar inom psykiatrin för bosatta barn och ungdomar var 0,01.

Vidare ökade det genomsnittliga antalet vård dagar inom den slutna somatiska vården för asylsökande personer med nästan 6 procent, från 0,7 dagar till 0,74. Den bosatta befolkningen i Sverige har i genomsnitt 0,83 vård dagar i denna kategori.

De asylsökande patienterna gjorde i genomsnitt per person 4 procent färre läkarbesök år 2009 i primärvården och i den öppna specialvården än året innan. Antalet läkarbesök per person uppgick i genomsnitt till 2,37. Den bosatta befolkningen gjorde årligen omkring 2,9 läkarbesök per person. SKL anger som en förklaring till att de asylsökande personerna sammantaget minskat sina läkarbesök att andelen hälsoundersökta asylsökande personer minskat.

Landstingen ska, om det inte är uppenbart obehövligt, erbjuda samtliga asylsökande personer en hälsoundersökning (se vidare avsnitt 2.4.6).³⁷ Avsikten med en sådan undersökning är att dels tidigt upptäcka akuta sjukdomar hos den asylsökande (individriktad åtgärd), dels att kunna uppmärksamma behovet av smittskyddsåtgärder (sambällsriktad åtgärd). År 2008 lät 60 procent av de asylsökande hälsoundersöka sig och år 2009 var det 38 procent. På nationell nivå pågår olika insatser för att landstingen i större omfattning ska nå asylsökande personer med ett erbjudande om hälsoundersökning. Migrationsverket initierade våren 2009 ett arbete med syftet att snabbare och enklare kunna föra över information om nyanlända asylsökande personer från Migrationsverket till landstingen.

I relation till år 2008 har asylsökande personers besök i tandvården ökat med nästan 20 procent. Det genomsnittliga antalet besök i tandvården år 2009 var 0,68 jämfört med 0,57 år 2008. År 2007 låg motsvarande siffra på 0,54. För bosatta vuxna var motsvarande siffra 1,38.³⁸ Av olika undersökningar framgår emellertid att papperslösa och asylsökande personer generellt har sämre tandhälsa än bosatta och att det ofta finns ett uppdämt behov av tandvård hos dessa personer. Det är bl.a. fråga om akuta besvär på grund av tandvärk, tappade fyllningar och värk från käkleder och

³⁷ 7 § lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

³⁸ Försäkringskassans budgetuppföljning för 2009, Försäkringskassan 2009.

tuggmuskulatur (jfr avsnitt 2.4 om vad begreppet vård som inte kan anstå omfattar inom tandvården).³⁹

2.2.3.3 Asylprocessen och beslut i asylärenden samt avvisning och utvisning

Som tidigare nämnts krävs uppehållstillstånd för att en utländsk medborgare ska få vistas i Sverige under en längre tid. Behöver utlänningen skydd kan han eller hon beviljas asyl. En redogörelse för regelverket kring detta lämnas i avsnitt 3.8.

Själva asylprocessen i Sverige hanteras av Migrationsverket som första instans. Det är verket som prövar de asylansökningar som lämnas in. Inledningsvis bedömer verket om det är Sverige eller någon annan medlemsstat som ska pröva asylansökan (s.k. Dublin-ärenden). Migrationsverket kan, om det är uppenbart att asylskäl saknas, fatta ett snabbt beslut om avslag på asylansökan. I övriga fall gör verket en asylutredning för att kunna bedöma huruvida sökanden har skyddsbehov eller inte. Sökanden får då möjlighet att uppvisa handlingar som styrker hans eller hennes behov av skydd.

Länderna inom EU samt Island, Norge och Schweiz har en gemensam databas för fingeravtryck (Eurodoc, jfr avsnitt 2.2.1.1). Migrationsverket ansvarar för databasen i Sverige och asylsökande över 14 år måste lämna sina fingeravtryck i samband med ansökan. Avtrycken kontrolleras mot databasen för att se om sökanden har sökt asyl i något av de andra länderna som använder databasen. Migrationsverket kontrollerar vidare fingeravtrycken mot en annan databas (Schengen Information System, SIS), där information om eftersökta personer och föremål lagras.⁴⁰

Hösten 2008 initierade Migrationsverket projektet Kortare väntan, vilket har resulterat i ett nytt arbetssätt i asylärenden. Redan vid ansökan om asyl bedömer Migrationsverket om den sökande behöver ett offentligt biträde. Inom 2–3 veckor genomförs sedan asylutredningen och den sökande får redogöra för sina asylskäl för en

³⁹ Se t.ex. uppsatsen Papperslös, men inte tandlös – En studie av behov och tillgång till tandvård för papperslösa i Göteborgsområdet, Sofia Jansson, Petra Kock, Jennie Overmeier, Daniel Andersson, handledare Catharina Hägglin och Sara Mros, Göteborgs universitet samt Behov av tandvård hos asylsökande och gömda 2007/2008 (med fokus på barn), Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting.

⁴⁰ Syftet med databasen är att ha ett gemensamt informationssystem för gränskontroll, dels för att hindra utvisade eller avvisade tredjelandsmedborgare från att komma in i Schengenområdet, dels för att koordinera spanandet efter vissa föremål eller personer i syfte att bekämpa brott.

tjänsteman vid verket, som sedan tar ställning om det går att fatta beslut direkt eller om ärendet behöver utredas vidare. När så skett fattar Migrationsverket beslut. Med det nya arbetssättet uppges beslutet kunna fattas inom – i genomsnitt – tre månader från den dag då ansökan lämnades in.

Får sökanden avslag på sin ansökan kan beslutet överklagas hos migrationsdomstolen vid någon av förvaltningsrätterna i Stockholm, Göteborg eller Malmö.⁴¹

Som framgår av avsnitt 2.2.3.1, ansökte 31 819 personer om asyl i Sverige under år 2010. Av de sökande beviljades ca 8 700 personer uppehållstillstånd, vilket motsvarar 28 procent av antalet avgjorda ärenden.⁴² Av dessa var 1 936 s.k. kvotflyktingar, dvs. utlänningar som före resan till Sverige beviljades uppehållstillstånd inom den flyktingkvot som regeringen fastställt. 5 954 personer beviljades uppehållstillstånd på grund av skyddsbehov, antingen som flyktingar eller som skyddsbehövande i övrigt, och 604 personer på grund av synnerligen ömmande skäl. Därutöver meddelades 233 personer uppehållstillstånd under kategorin ”övrigt”, vilket bl.a. var tidsbegränsade uppehållstillstånd. 48,57 procent av ansökningarna avslogs, medan 12,82 procent hänfördes till s.k. Dublinfall⁴³ och 10,68 procent hamnade under kategorin ”övrigt”, vilket är ärenden som inte prövats i sak, vanligen på grund av att sökanden återkallat sin ansökan eller avvikit.

Siffrorna kan jämföras med det totala antalet personer som beviljades uppehållstillstånd i Sverige. Under år 2010 var det sammanlagt 91 458 personer. Av dessa fick drygt 25 000 personer tillstånd för att de har en anhörig i Sverige. Andelen uppehållstillstånd till anhöriga utgjorde 27 procent av det totala antalet uppehållstillstånd år 2010. Samtidigt fick 21 584 personer från länder utanför EU tillstånd för att arbeta i Sverige, motsvarande 24 procent av samtliga beviljade uppehållstillstånd under året.⁴⁴

När en person fått beslut om av- eller utvisning i samband med att en ansökan om uppehållstillstånd har avslagits, ska personen lämna landet inom två till fyra veckor. Ett avvisnings- eller utvis-

⁴¹ Jfr Ramöverenskommelsen mellan regeringen och Miljöpartiet de gröna om migrationspolitiken av den 3 mars 2011 och Domstolsverkets uppdrag av regeringen att lämna förslag om att inrätta ytterligare en migrationsdomstol samt föreslå var den bör placeras. Uppdraget ska redovisas senast den 1 december 2011.

⁴² Enligt statistik publicerad på <http://www.migrationsverket.se/download/18.46b604a812cbcd7dba80008284/Avgjorda+asyl%C3%A4renden+2010.pdf>

⁴³ Detta innebär att asylprövningen ska övertas av annan stat inom ramen för den så kallade Dublinförordningen, det vill säga Sverige prövar inte ansökan i sak.

⁴⁴ <http://www.migrationsverket.se/info/3345.html>.

ningsbeslut gäller normalt i fyra år om annat inte framgår av beslutet. Det är den sökande själv som ansvarar för att ta fram resehandlingar och planera för sin återresa. Skulle Migrationsverket göra bedömningen att personen sannolikt inte kommer att medverka till att återvända efter ett avslagsbeslut, kan verket vidta olika åtgärder för att se till att så sker. Bland dessa åtgärder ingår att minska eventuell dagersättning, ha personen under uppsikt eller ta honom eller henne i förvar. Ärendet kan också överlämnas till polisen, som då har att hantera återresan.

2.2.3.4 Mottagande av asylsökande personer

Migrationsverket har enligt lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. ett huvudansvar för mottagandet av asylsökande personer från det att ansökan om asyl lämnas in till dess att personen tas emot i en kommun (om uppehållstillstånd har beviljats) alternativt lämnar landet vid avslagsbeslut. I regleringsbrevet för budgetåret 2011 avseende Migrationsverket anges som mål att en person som är inskriven i verkets mottagande senast fyra veckor efter det att uppehållstillstånd har beviljats vid behov ska anvisas en tillgänglig plats i en kommun som har överenskommelse om mottagande av skyddsbehövande m.fl.

Den 1 december 2010 trädde lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända i kraft.⁴⁵ Därmed övergick det huvudsakliga ansvaret för arbetet med bosättning av personer som beviljats uppehållstillstånd från Migrationsverket till Arbetsförmedlingen. Ansvaret innebär att Arbetsförmedlingen vid behov ska anvisa plats för bosättning i en kommun till de nyanlända. Länsstyrelserna ska förhandla med kommunerna om mottagande av nyanlända.

Lagen om etableringsinsatser innebär också att det numera är Arbetsförmedlingen som har det övergripande ansvaret för att den nyanlända utlänningen lär sig svenska, finner sysselsättning och klarar sin egen försörjning. Detta sker genom att Arbetsförmedlingen, genom etableringssamtal tillsammans med den nyanlända och i samverkan med berörda kommuner, myndigheter, företag och organisationer, upprättar en individuell etableringsplan med insatser som ska underlätta och påskynda etableringen på arbetsmarknaden. En sådan plan ska minst innehålla svenska för invandrare (SFI), samhällsorientering och arbetsförberedande aktivi-

⁴⁵ Se också avsnitt 3.7.5.

teter. Åtgärderna enligt planen ska bedrivas på heltid och pågå under maximalt 24 månader.

Vissa insatser inom mottagandet av asylsökande personer åligger kommuner och landsting att genomföra, exempelvis skolfrågor, insatser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvård. Statlig ersättning lämnas till kommuner och landsting för deras kostnader.⁴⁶

Vid utgången av år 2009 var i genomsnitt ca 36 000 personer inskrivna i mottagandet, vilket är en minskning jämfört med föregående år. Antalet sjönk under år 2010 ytterligare något, till ca 35 500 personer. Den genomsnittliga vistelsetiden för inskrivna i mottagningsystemet var 487 dagar, vilket motsvarar en ökning med 9 procent i förhållande till året dessförinnan. Ökningen i vistelsetid anses bero på att antalet personer som fått avslag på sin asylansökan har ökat och att färre personer har återvänt självmant till sina ursprungsländer.⁴⁷

För s.k. ensamkommande barn gäller en något annan ordning än den som beskrivits ovan. När barnet anländer till Sverige erbjuds barnet ett tillfälligt boende, som regel i ett s.k. transitboende. Detta kan vara beläget i den kommun där barnet gett sig till känna för svensk myndighet (ankomstkommunen), eller i en annan kommun. Ankomstkommunen blir ansvarig enligt 2 kap. 2 § SoL för att tillhandahålla boende och vid behov annat stöd för barnet i avvaktan på att Migrationsverket kan anvisa barnet vidare till en anvisningskommun.⁴⁸ Eftersom barnet är ensamt och saknar ett hem inleder socialnämnden som regel en utredning. Den kommun som beslutat om placeringen har ansvaret för hela ärendet och de eventuella ytterligare insatser som kan bli aktuella. Detta gäller fram till dess att ärendet avslutas eller övertas av annan kommun, vilket sker vid anvisning till en anvisningskommun. Det är alltid överförmyndarförvaltningen i den kommun där barnet vistas som ska förordna om god man. De barn som har anhöriga i Sverige anvisas som regel av Migrationsverket direkt till kommunen eller stadsdelen där släktingen bor.

Migrationsverket är ansvarig och handläggande förvaltningsmyndighet i ärenden om bistånd enligt lagen (1994:137) om mot-

⁴⁶ Enligt förordningen (2002:118) om statlig ersättning för asylsökande m.fl. och förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

⁴⁷ <http://www.migrationsverket.se/download/18.78fcf371269cd4cda980001324/arr2009.pdf>

⁴⁸ Som huvudregel ska Migrationsverket anvisa en kommun som har träffat en överenskommelse med verket om mottagande av ensamkommande barn. Om det finns särskilda skäl kan man frångå huvudregeln och anvisa en kommun som inte har en överenskommelse med Migrationsverket. Sådana särskilda skäl kan t.ex. vara att barnet har en anhörig i en kommun som inte har träffat överenskommelse med verket.

tagande av asylsökande m.fl. (LMA) åt asylsökande personer och massflyktingar. Detta gäller bistånd i form av logi, bostadsersättning, dagersättning och särskilt bidrag till sådana utlänningar. I fråga om logi finns dock särskilda bestämmelser för ensamkommande barn i 2 § andra stycket och 3 § andra stycket LMA av vilka det framgår att kommunerna har ansvar för att ordna boendet.

I fråga om bistånd till ensamkommande barn har således kommunerna ansvaret för utredning och åtgärder enligt socialtjänstlagen (2001:716) – med undantag för ekonomiskt bistånd enligt 4 kap. 1 § – samt för att ordna boende. I fråga om ekonomiska biståndsförmåner enligt LMA kvarstår huvudregeln i 3 § tredje stycket enligt vilket Migrationsverket ska lämna sådant bistånd. Denna ansvarsfördelning gäller oavsett om kommunerna är s.k. ankomstkommuner eller s.k. anvisningskommuner.

Migrationsverket har under den tid som barnet är asylsökande ett ansvar för att efterforska anhöriga till barnet. Beviljas barnet uppehållstillstånd övergår detta ansvar därefter till socialnämnden i den kommun som ansvarar för barnet. Migrationsverket är skyldigt att vid behov bistå socialnämnden vid efterforskningen.

När Migrationsverket har anvisat en kommun för barnet anses barnet vistas i den kommunen. Många barn kan emellertid rent fysiskt vistas i en annan kommun, i ett familjehem eller på ett hem för vård eller boende (HVB). Den angivna vistelsekommunen ansvarar emellertid för att barnet får det stöd och den hjälp som föreskrivs i socialtjänstlagen.

Kommunen som ansvarar för ärendet har ett ansvar att se till att barnet får tillgång till skolundervisning så fort som möjligt. Kommunen ansvarar också för att barnets behov utreds samt för att fatta beslut om insatser och placering i lämpligt boende. Detta innebär också att utreda om en familj, t.ex. en anhörig, är lämplig och har förutsättningar att ta emot barnet.

Överförmyndarförvaltningen i kommunen där barnet befinner sig ska rekrytera och förordna god man för barnet. Det innebär att socialtjänsten i anvisningskommunen i vissa fall behöver samarbeta med i andra kommuner för det fall barnet har placerats utanför kommungränsen.

2.2.3.5 Kostnader för asylprocessen och asylmottagandet

Migrationen till och från Sverige styrs som angavs ovan i stor utsträckning av omvärldsfaktorer som kan vara svåra att förutse och att påverka. Omständigheter som gör att personer väljer att söka asyl i Sverige kan skifta över tiden. Ökar antalet asylsökande personer påverkas följaktligen kostnaderna både för asylprocessen och för mottagandet.

Migrationsverksamheten kostade för år 2009 drygt 6,5 miljarder kronor.⁴⁹ Av detta belopp hänförde sig 2,1 miljarder kronor till ersättning till Migrationsverket, 2,9 miljarder kronor till ersättningar och bostadskostnader, och resterande till migrationspolitiska åtgärder (351 miljoner kronor), domstolsprövning i utlänningsärenden (432 miljoner kronor), kostnader vid domstolsprövning i utlänningsärenden (166 miljoner kronor), offentligt biträde i utlänningsärenden (225 miljoner kronor), utresor för avvisade och utvisade (217 miljoner kronor) och från EU-budgeten finansierade insatser för asylsökande och flyktingar (112 miljoner kronor).

Kostnaderna för asylmottagandet minskade med två miljoner kronor under år 2009 jämfört med år 2008. Den totala dygnskostnaden ökade däremot från 278 kr under år 2008 till 317 kr under år 2009. Ökningen berodde framför allt på ökade utgifter för ensamkommande barns boende.

Enligt regeringens budgetproposition för budgetåret 2010/11⁵⁰ beräknas kostnaden för prövningen av ett asylärende till 27 000 kr/ärende. Den prognosticerade kostnaden för hela utgiftsområdet Migration för år 2010, vilket omfattar kostnader för Migrationsverket, ersättningar och bostadskostnader, migrationspolitiska åtgärder, domstolsprövning i utlänningsärenden, kostnader vid domstolsprövning i utlänningsärenden, offentligt biträde i utlänningsärenden, utresor för avvisade och utvisade samt från EU-budgeten finansierade insatser för asylsökande och flyktingar, uppgavs vara 6 849 miljoner kr. För år 2011 föreslås beloppet uppgå till 7 157 miljoner kr.

⁴⁹ Jfr prop. 2010/11:1 utgiftsområde 8, s. 11.

⁵⁰ a.a., s. 14.

2.3 Papperslösa personer

2.3.1 Inledning

Den personkrets som är av intresse för utredningens uppdrag består som tidigare nämnts av två grupper: asylsökande och papperslösa personer. Den senare gruppen beskrivs i utredningens direktiv dels som personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning, dels personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här (om definitionen se vidare 2.1 och kapitel 8).

I detta avsnitt görs en allmän och översiktlig beskrivning av situationen för papperslösa personer i Sverige och då främst med utgångspunkt i deras hälsa. En viktig källa till kunskap är i detta sammanhang Socialstyrelsens Sociala rapport 2010.⁵¹ En annan viktig källa är den kunskap och den erfarenhet som olika frivilligorganisationer m.fl. har bidragit med och annat material som utredningen tagit del av.

2.3.2 Vem är papperslös?

Olika termer används för att beteckna människor som befinner sig i landet utan nödvändigt tillstånd att vistas här. Några av dessa termer är illegala invandrare, illegala utlänningar, irreguljära migranter/immigranter, overstayers och gömda flyktingar.

Socialstyrelsen konstaterar i Social rapport 2010 att termen papperslös, som ursprungligen är en översättning av franskans *sans papier*, används allt oftare och att den också stämmer med det numera vanligaste internationellt använda språkbruket. I Frankrike används *papier* som beteckning för sådana identitetshandlingar som ger innehavaren rätt att vistas i landet. Att en person är *sans papier* betyder emellertid inte att vederbörande helt saknar identitetshandlingar, dvs. är dokumentlös. Att vara papperslös kan i stället sägas vara en beteckning på en person som befinner sig olovligt i ett bestämt land.

Begreppet papperslös ska inte blandas ihop med begreppet *statslös* som innebär att en person inte har medborgarskap i något land. Socialstyrelsen pekar också på risken att använda begreppen illegala

⁵¹ Socialstyrelsens Social rapport 2010, kapitel 8 (Social rapport): <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-11>

invandrare och illegala utlänningar eftersom de kan ge upphov till felaktiga associationer mellan migration och kriminalitet. Med begreppet utlänning avser Socialstyrelsen personer utan svenskt medborgarskap. Utredningen har också valt detta språkbruk, som synes vara gängse, i betänkandet.

Beteckningen *overstayers* har inte fått någon svensk översättning men avser de utlänningar som stannar kvar i landet antingen efter att giltighetstiden för deras visum eller uppehållstillstånd har gått ut, eller trots att de inte längre uppfyller villkoren för uppehålls rätt.⁵²

Termen *gömda flyktingar* syftar enbart på personer som fått avslag på sin ansökan om asyl och som håller sig undan verkställigheten av ett beslut om avvisning eller utvisning. Denna term är något missledande eftersom ordet flykting i juridiskt språkbruk i Sverige endast används om personer som har beviljats asyl eller uppehållstillstånd med flyktingstatus. I internationell litteratur och i statistik syftar dock beteckningen flykting på en person som har tvingats lämna sitt land.⁵³

2.3.3 Vad vet vi om de papperslösa personernas situation rent allmänt?

Socialstyrelsen skriver i Social rapport 2010 bl.a. att kunskapen om de papperslösa personernas situation i Sverige i huvudsak bygger på den information som förmedlas av de papperslösa själva och de rapporter, undersökningar och fallbeskrivningar som kommer från professionella och frivilliga enskilda och organisationer som arbetar med och möter de papperslösa personerna.

Bristen på kunskap beror delvis på att de papperslösa är människor som håller sig undan och som inte vill vara synliga i samhället eftersom de är rädda att upptäckas av myndighetspersoner som kan se till att de blir utvisade ur landet. Papperslösa personer finns inte registrerade, har inget person-, samordnings- eller annat registreringsnummer och saknar därmed en erkänd identitet i landet. Till följd därav är det också svårt att studera och följa upp deras sociala förhållanden och hälsa med de metoder man använder för befolkningen i övrigt. Sådana studier utgår ju ofta från personnummer.

⁵² Detta gäller enligt EU-rätten också ESS-medborgare m.fl.

⁵³ Social rapport 2010, referens 3.

Frivilligorganisationerna har för utredningen beskrivit att de papperslösa – liksom många hemlösa personer – oftast har en bostads- eller postadress här i landet. Det är vanligt att de bor hos anhöriga eller använder postbox eller kyrkan som postadress.

En annan orsak till bristen på kunskap är att situationen för gruppen papperslösa personer förändras kontinuerligt och snabbt både sett till gruppens sammansättning och geografiska vistelse. Internationella och svenska ekonomiska och politiska förändringar och beslut påverkar antalet papperslösa personer, vilka grupper av papperslösa personer som dominerar, vilka länder de kommer ifrån, åldersstruktur etc. Det innebär att slutsatserna från den forskning som ändå bedrivs ofta bara är relevanta för ett begränsat geografiskt område och under en begränsad tid. Resultatet av den internationella forskning som ändå finns om de papperslösa personernas situation går därför kanske inte att utan vidare använda för att belysa den svenska situationen mer än på ett generellt plan.

Fram till 1900-talet fanns en mycket begränsad forskning om irreguljär migration och om papperslösa personer. Den var ofta beställd av beslutsfattare.⁵⁴ Sedan dess har intresset för frågan ökat bland samhällsvetare, framför allt i USA men också i viss utsträckning i Europa. Efter sekelskiftet har forskningen inom detta område intensifierats.⁵⁵ En del studier fokuserar på det irreguljära tillstånd som papperslösa personer befinner sig i. Under de senaste åren har det kommit rapporter med mer fokus på specifika områden, t.ex. om papperslösa barn i Europa, de papperslösa personernas tillgång till hälsovård och deras möjlighet att nyttja sina rättigheter.⁵⁶ I Sverige fanns det länge inga studier på detta område förutom officiella rapporter och polisens undersökningar, men på senare år har ett antal publikationer kommit ut.⁵⁷ Under samma period har också flera reportageböcker publicerats som berör detta ämne.⁵⁸

⁵⁴ Social rapport 2010, kapitel 8 (Social rapport), referens 8: Portes A. Toward a structural analysis of illegal (undocumented) immigration. *International Migration Review*. 1978;12:469–84.

⁵⁵ Social rapport, referens 9: Düvell F. *Illegal Immigration in Europe: Beyond Control?* London: Palgrave Macmillan; 2006 och Düvell F. *Clandestine migration in Europe*. *Social Science Information*. 2008;47(4):479–97.

⁵⁶ Social rapport, referens 11: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM). *Undocumented Children in Europe: Invisible Victims of Immigration Restrictions*. Brussels: 2007, Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM). *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. Brussels: 2007 och Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM). *Undocumented Migrants Have Rights: an Overview of the International Human Rights Framework*. Brussels: 2007.

⁵⁷ Se exempelvis Khosravi S. *Territorialisering och mänsklighet: irreguljära immigranter och det nakna livet*. I: de los Reyes P, red. *Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet*. Stockholm: 2006. s. 283–310. Rapport av Utredningen om makt, integration och

De papperslösa personerna har olika skäl att vistas i Sverige. Några är i landet för att arbeta, medan andra flytt förhållanden i hemlandet och ytterligare några har kommit hit för att leva med anhöriga som antingen har eller inte har uppehållstillstånd.⁵⁹ Uppgifter från olika håll tyder på att de papperslösa personerna gärna söker sig till delar i landet där landsmän redan finns. I avsnitt 2.2.3.1 anges att omkring hälften av de asylsökande personerna finns i Stockholm, Västa Götaland och i Skåne. Mycket tyder på att de papperslösa personerna också finns främst i dessa områden.

Socialstyrelsen konstaterade i Social rapport 2010 att de papperslösa personerna är en utsatt grupp i vårt samhälle med få samhällsliga och sociala rättigheter – åtminstone synes de ha svårt att få tillgång till dessa. De löper exempelvis större risk att hamna i ett utanförskap och utsättas för våld. Det irreguljära tillståndet påverkar livets alla aspekter från boende och arbete till deras möjlighet till fri rörlighet. Många papperslösa personer lever under besvärliga förhållanden som riskerar att leda till svåra sociala och hälsomässiga problem.⁶⁰ Vidare har Socialstyrelsen beskrivit att papperslösa personer lever vid sidan om det reguljära samhället.

strukturell diskriminering. SOU 2006:37, Bodegård G. Att ha rätt till vård \neq att få tillgång till vård. Vård av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. I: Groglopo A, Ahlberg BM, red. Hälsa, vård och strukturell diskriminering. Stockholm: Fritzes; 2006. s. 171–229. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. SOU 2006:78, Khosravi S. Detention and Deportation of Asylum Seekers in Sweden. *Race & Class*. 2009;50:38–56, Ohlson M. Irreguljära immigranter – osynliggjorda och diskriminerande inom sjukvården. I: Groglopo A, Ahlberg BM, red. Hälsa, vård och strukturell diskriminering. Stockholm: Fritzes; 2006. s. 137–70. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. SOU 2006:78, Elmhorn C. Migrerande arbeterskor: informellt arbete och papperslösa invandrare i Stockholm. I: Forsell H, red. Den kalla och varma staden, migration och stadsförändring i Stockholm efter 1970. Stockholm: Stockholmia förlag; 2008 och Rosengren A. Vinna eller försvinna – om flykt, asyl, och hjälpare. Stockholm: Carlssons; 2009.

⁵⁸ Social rapport, referens 27: Tamas G. De apatiska: om makt, myter och manipulation. Stockholm: Natur och Kultur; 2009, Mattsson K. De papperslösa och de aningslösa. Stockholm: Leopard Förlag; 2008, Vestin S. Flyktingfällan. Stockholm: Ordfront; 2006, Lodenius AL, Wingborg M. Migrantarbetare. Stockholm: Premiss förlag; 2008 och Blomgren S. Svart Notis. Stockholm: Atlas; 2008.

⁵⁹ Se t.ex. Statistik från Läkare i Världens klinik för papperslösa – September 2009–augusti 2010 och Vårdbehov hos papperslösa – Erfarenheter från Röda Korsets Sjukvårdsförmedling för papperslösa 2008 (ST-uppsats av Magdalena Fresk och Helena Ganslandt: <http://www.redcross.se/PageFiles/233/Erfarenheter%20fr%C3%A5n%20R%C3%B6da%20Korsets%20Sjukv%C3%A5rdsf%C3%B6rmedling%20fr%C3%B6r%20pappersl%C3%B6sa.pdf>)

⁶⁰ Samma uppgifter har förmedlats till utredning från bl.a. representanter från Rosengrenska Stiftelsen, Delta Stiftelsen, Malmö, Röda Korset, Stockholm och Läkare i Världen, Stockholm.

2.3.4 Hur många är de papperslösa personerna och var kommer de ifrån?

Enligt Socialstyrelsens Social rapport 2010 saknas pålitlig statistik över antalet papperslösa personer. De siffror som tillhandahålls av polisen och andra myndigheter, journalister och forskare är gissningar eller i bästa fall uppskattningar och varierar mellan 10 000 och 35 000 personer. Utredningen har under arbetet gång inte funnit fakta som skulle motsäga denna uppskattning varför uppgiften får tas för god. För sitt arbete räknar utredningen således med att det finns som mest 35 000 papperslösa personer i landet.

Det är också osäkert från vilka länder de papperslösa personerna ursprungligen kommer. Det framgår av frivilligorganisationernas undersökningar att stora grupper papperslösa personer i Stockholm ursprungligen kommer från Mongoliet och Bolivia. Bland övriga papperslösa personer så är det stor spridning av ursprungsländer. Det handlar om Sydamerika i övrigt, Afrika och Asien. Flera personer kommer också från de forna Sovjetrepublikerna.

I Västra Götaland uppger Röda Korset att man saknar helt tillförlitlig statistik beträffande de papperslösa personernas ursprungsländer. Många har kommit från Iran och länderna på Balkan samt från Afghanistan och under år 2010 var den största gruppen från Iran.⁶¹ I ett tidigt skede kom många personer från Bosnien, men efter den tillfälliga lagen från år 2005 har de varit personer från olika delar och från Kosovo.⁶² Röda Korset i Göteborg förklarar att personerna sökt sig till Sverige främst på grund av krig samt förföljelse till följd av religiös utövning och sexuell läggning. Under de 12–13 år man arbetat med papperslösa personers hälso- och sjukvård har man

⁶¹ Rosengrenska/Röda Korset i Göteborg beskriver enligt följande (E-post till utredningen den 3 januari 2011, Dnr S 2010:01/2011/28): Det handlar om personer med tillfälligt uppehållstillstånd samt asylsökande som fått avslag på sina ansökningar om uppehållstillstånd men som inte har kunnat återvända, etc. och ibland helt papperslösa, gömda, personer. De uppger många gånger själva att de kommer som politiska flyktingar eller har drabbats av hedersproblematik.

⁶² Den tillfälliga lagen, som tillkom på riksdagens initiativ, beslutades den 9 november 2005 (bet. 2005/06:SfU5, rskr 2005/06:10). Genom 2 kap 5 b § utlänningslagen (1989:529) i dess lydelse fr.o.m. den 15 november 2005, den s.k. tillfälliga lagen om verkställighetshinder, gavs Migrationsverket möjlighet att ex officio eller efter ansökan bevilja uppehållstillstånd under vissa förutsättningar om det i ett ärende om verkställighet framkom nya omständigheter. Migrationsverket angav i sin verksamhets- och utgiftsprognos den 31 oktober 2006 att den särskilda prövningen av ärenden enligt den tillfälliga lagen avslutades den 1 oktober 2006. Den tillfälliga lagstiftningen gav upphov till 17 300 tillstånd. I gruppen barnfamiljer med längre vistelsetid och personer vars beslut om avlägsnande inte kunnat verkställas fick närmare 90 procent bifall. Prövningen utmynnade också i ett antal tidsbegränsade tillstånd i ärenden, som kunde att tas upp på nytt när tillstånden löpte ut om ansökan om detta gjordes.

bara stött på enstaka fall där personen migrerat på grund av hälsoskäl.

Deltastiftelsen i Malmö beskriver att i deras upptagningsområde har de papperslösa personerna framför allt kommit ifrån Bosnien och Makedonien, men att det under senare år blivit mer varierat.⁶³

Det finns relativt pålitlig statistik över de personer som har avvikit efter att ha fått avslag på sin asylansökan och vars ärende Migrationsverket har överlämnat till polisen för verkställighet. I juni 2009 var det 8 156 personer som avvikit. Uppgiften innehåller dock en osäkerhet eftersom några av dessa personer kan ha lämnat landet utan att myndigheterna känner till det. Under år 2010 överlämnade Migrationsverket ärenden angående 5 792 personer som avvikit till polisen och 4 796 ärenden överlämnades för tvångsverkställighet.⁶⁴ Tvångsverkställighet är när polisen ska genomföra en hemresa, dvs. när Migrationsverkets försök till frivilligt återvändande är uttömda och det återstår för polisen att planerar och genomföra återvändandet.

Av Socialstyrelsens Social rapport 2010 framgår det att Europeiska kommissionen år 2005 har uppskattat antalet papperslösa personer inom EU till omkring åtta miljoner.⁶⁵ Inom ramen för det s.k. Clandestino-projektet gjordes uppskattningar som pekade på ett väsentligt lägre antal personer: nämligen 2,8–6 miljoner papperslösa.⁶⁶ En delförklaring till de olika bedömningarna tros vara att antalet papperslösa personer minskade genom utvidgningen av EU år 2007 när länder som Rumänien och Bulgarien blev medlemmar.⁶⁷ Dessförinnan hade dessa länder ett betydande antal medborgare som levde som papperslösa personer inom EU.⁶⁸

Även när det gäller frågan om åldersstrukturen bland de papperslösa personerna är det svårt att ange annat än mycket osäkra upp-

⁶³ E-post till utredningen den 4 januari 2011, (Dnr S 2010:01/2011/29).

⁶⁴ E-post till utredningen den 4 januari 2011, (Dnr S 2010:01/2011/30).

⁶⁵ Social rapport, referens 6: Commission of the European Communities. Communication from the Commission to the European parliament and the Council. An area of freedom, security and justice serving the citizen. Brussels: 2009-06-10. COM (2009) 262 final.

⁶⁶ Clandestino-projektet är ett tvärvetenskapligt projekt, finansierat av EU-kommissionen, med syfte att tillhandahålla en förteckning över data och beräkningar om papperslös migration i utvalda EU-länder, att analysera dessa data komparativt och att föreslå metoder för att utvärdera och klassificera data/uppskattningar om papperslös migration i EU.

⁶⁷ Social rapport, referens 6; Vogel D, Kovacheva V. Classification report: Quality assessment of estimates on stocks of irregular migrants. Hamburg: Hamburg Institute of International Economics, Database on Irregular Migration; 2008. Working Paper No. 1/2008.

⁶⁸ Varje EES-medborgare har rätt att vistas i Sverige i tre månader (2 kap. utlänningslagen [2005:716;UtlL]). Därefter måste han eller hon för att få stanna antingen uppfylla kraven i 2 a kap. UtlL för uppehållsrätt eller ansöka om uppehållstillstånd enligt reglerna för det i samma lag. I andra EU-länder gäller liknande lagstiftning.

gifter. Röda korset i Stockholm har dock konstaterat att man kan se en stor spridning hos de papperslösa personer som sökt sig till deras verksamhet.⁶⁹ Under år 2009 sträcker sig åldersspannet från 1–82 års ålder.

Majoriteten (nära tre fjärdedelar av patienterna) av de personer som söker sig till Röda korsets sjukvårdsförmedling var under en undersökt tidsperiod i åldern 18–44 år. Röda Korset kunde också se att åldersgruppen personer över 65 år markant har ökat under senare tid, även om de inte utgör så stor del av gruppen totalt sett. Dessa personer har ofta valt att leva som papperslösa i Sverige på grund av närheten till barn som lever här med uppehållstillstånd. Röda Korset i Stockholm beskrev samtidigt att kvinnor som kommer till kliniken är i majoritet.

2.3.5 Hur ser de papperslösa personernas hälsa ut och vilka vårdbehov har de?

Läkare utan gränser gjorde år 2005 en studie av 102 papperslösa personer i Stockholmsområdet. De flesta i gruppen beskrev att deras hälsa hade försämrats under tiden som gömd (angående begreppet se bl.a. avsnitt 2.1) och 82 procent av dem uppgav att de hade haft svårt att få tillgång till vård.⁷⁰ En mindre undersökning av papperslösa personer som hade sökt medicinsk hjälp vid *Röda Korsets sjukvårdsförmedling i Stockholm* visar att de flesta söker för behov som kan åtgärdas inom primärvården och/eller mödravården.⁷¹

Hösten 2009 publicerade *Läkare i världen (Medicins du Monde)* rapporten *Tillgång till vård för papperslösa i elva europeiska länder*.⁷² Slutsatsen i rapporten är att hälsotillståndet bland de papperslösa personerna generellt sett är dåligt. En tredjedel av männen och en fjärdedel av kvinnorna uppgav detta i samband med intervjuer. Dessutom hade 32 procent kroniska hälsoproblem som krävde behandling och för 20 procent bedömdes behandlingen vara outhärlig. Av de senare angav 8 procent att de hade migrerat av hälsoskäl.

⁶⁹ Röda Korsets vårdförmedling för papperslösa migranter – september 2010 (<http://www.redcross.se/PageFiles/233/R%c3%b6da%20Korsets%20v%c3%a5rdf%c3%b6rmedling2010.pdf>)

⁷⁰ *Läkare utan gränser*. Gömda i Sverige. Utestängda från hälso- och sjukvård. Stockholm: 2005. Resultat från en studie av *Läkare Utan Gränser*.

⁷¹ Vårdbehov hos papperslösa. Erfarenheter från Röda Korsets sjukvårdsförmedling för papperslösa 2008. [ST uppsats i allmänmedicin]; 2009 (se länk ovan).

⁷² Rapporten kan hämtas ner på *Läkare i världens* webbplats <http://www.lakareivarlden.org/files/Rapport.pdf>

Det är svårt att studera de asylsökande och papperslösa personernas hälsa eftersom de saknar ett svenskt identitetsnummer.⁷³ Dessutom brister det i dokumentationen av de sjukvårdsinsatser som görs. Det finns ingen samlad journalföring. Det försvårar naturligtvis möjligheterna att följa upp vården och att leva upp till de krav på patientsäkerhet som gäller generellt i vården (se vidare avsnitt 3.7)⁷⁴.

De undersökningar som har gjorts för att ta reda på de asylsökande och papperslösa personernas vårdbehov visar på att vården i huvudsak kan tillgodoses genom tidig behandling inom primärvården.⁷⁵ De flesta diagnoser kan handläggas med sådan rutinemässighet som görs i samband med läkarbesök vid vårdcentral. Detta gäller undersökning, medicinering och blodprov. De insatser för utredning och behandling som bedömts nödvändiga rörde till 83 procent typiska primärvårdsinsatser, 5 procent röntgen, 7 procent remiss till annan läkare och 3 procent remiss till annan vårdgivare. Några av de papperslösa personerna är som befolkningen i övrigt kroniskt sjuka och några behöver emellanåt akutvård. Det har visat sig att vårdcentralerna ofta inte tar emot de papperslösa personerna vilket gör att de ofta i onödan väntar med vårdinsatsen tills behovet blir så akut att de måste uppsöka akutmottagning vid sjukhus (se vidare 2.3.5). Röda Korset i Stockholm har i sin undersökning från september 2010, som redovisas ovan (se avsnitt 2.3.4), konstaterat att för kvinnor blir bristen på sjukvård en ond cirkel. Att inte ha tillgång till preventivmedel leder ofta till oönskade graviditeter och som oönskat gravid har man svårt att få tillgång till abort eller mödravård. Man konstaterar också att papperslösa kvinnor i större grad än befolkningen i övrigt är utsatt för våld eller sexuella övergrepp, vilket leder till större behov av sjukvård.

⁷³ Social rapport, referens 53: Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: 2009.

⁷⁴ Det underlag som ändå finns när det gäller frågan om hälsostatus och hur hälsan ser ut hos de papperslösa är t.ex. Magdalena Fresks och Helena Ganslandts ST-uppsats Vårdbehov hos Papperslösa – Erfarenheter från Röda Korsets Sjukvårdsförmedling för papperslösa 2008 (se länk ovan), Behov av tandvård bland asylsökande och gömda (med fokus på barn) 2007/2008 av Transkulturellt Centrum inom Stockholmsläns landsting (<http://www.sls.o.sll.se/upload/Transkulturellt%20Centrum/Kartl%C3%A4ggning%20av%20behov%20av%20tandv%C3%A5rd%20hos%20asyls%C3%B6kande%20och%20g%C3%B6mda.2007.pdf>) och Röda Korsets Vårdförmedling för papperslösa migranter september 2010, gjord av Röda Korset i Stockholm. Sammantaget bekräftar undersökningarna huvudsakligen det som kommer fram i Läkare i Världens undersökning i 11 Europeiska länder.

⁷⁵ Se bl.a. Fresks och Ganslandts ST-uppsats.

2.3.6 Vilken tillgång har de papperslösa personerna till vård i Sverige?

Läkare i världens rapport från 2009 (Tillgång till vård för papperslösa i elva europeiska länder) – som var en både kvalitativ och kvantitativ undersökning – beskriver situationen för drygt 1 200 papperslösa personer i elva europeiska länder, däribland Sverige. Det huvudsakliga resultatet av den kvalitativa undersökningen var bl.a. att inte ens barnen till de papperslösa personerna har faktisk tillgång till den vård de behöver, och som de också ska erbjudas, samt att föräldrars och barns hälsoproblem är sammanflätade. Föräldrarna betonar hur de försöker skydda barnen men att föräldrarnas oro och uppgivenhet ibland är sådan att deras egen psykiska hälsa påverkas, vilket i sin tur påverkar barnen. Om barnens hälsa är dålig kan detta också förvärra familjens situation, t.ex. genom att man får svårare att bo hos närstående, t.ex. släktingar och vänner. Det huvudsakliga resultatet av den kvantitativa undersökningen var bl.a. att allmän hälsovård och tillgång till vård inte alltid ses som något som ska erbjudas var och en. Ca 80 procent av de intervjuade hade i praktiken inte någon möjlighet att själva betala för vårdkostnaderna vid det senaste sjukdomstillfället. Nästan 70 procent uppgav att de stött på hinder i form av administrativa svårigheter med att få tillgång till vård. Den logiska följderna blir att man väntar för länge eller helt enkelt avstår från att söka vård.

Läkare i världens studie visar att nästan 70 procent av de tillfrågade i Sverige har haft svårigheter att få vård. De vanligaste redovisade hindren var:

- rädsla för att bli gripna eller nekas vård (44 procent),
- administrativa svårigheter (42 procent),
- kostnadshinder (28 procent).

En fjärdedel av de undersökta papperslösa personerna i Sverige hade nekats vård vid det senaste sjukdomstillfället medan 13 procent av de intervjuade hade upplevt rasism i vården och 68 procent hade avstått från att söka vård under de senaste tolv månaderna.⁷⁶

En uppgift som framkom i rapporten är att de papperslösa personerna ofta möter en sjukvård som inte respekterar dem fullt ut. Personalen kan i vissa fall ha brutit mot hälso- och sjukvårdens

⁷⁶ Undersökningen gjordes år 2008.

regler om sekretess genom att kontakta polisen.⁷⁷ Diskrimineringsombudsmannen har dessutom drivit olika ärenden i vilka patienter med utländsk bakgrund ansetts sig blivit kränkande bemötta inom vården.⁷⁸

Det konstaterades också av Läkare i världen att Sverige tillhör de länder som inte ger bromsmediciner kostnadsfritt till papperslösa med HIV-AIDS.

För att i någon mån råda bot på bristfälligheterna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen angående vilken vård som ska erbjudas bl.a. papperslösa personer har många sjukhus och landsting beslutat lokala riktlinjer som gör att de papperslösa personerna kan ges nödvändig men begränsad vård (se vidare 2.4.7).⁷⁹ Kostnaderna för medicin kan vara ett problem för barn som har rätt till vård men inte till subventionerade läkemedel vilket leder till att föräldrarna eller andra anhöriga ofta inte har råd att hämta ut den.⁸⁰

Vid sidan av den av landstingen bedrivna vården finns det ett antal fristående mottagningar som startats och drivs av framförallt frivilligorganisationerna och som hjälper papperslösa personer ideellt.⁸¹ Dessa mottagningar har dock begränsade resurser både när det gäller personal, utrustning och läkemedel och därför är det inte alltid som patienterna får fullgod behandling.

Socialstyrelsen menar i Social rapport 2010 att de ovan nämnda undersökningarna, liksom erfarenheter inom sjukvården, talar för att den hälso- och sjukvård som landstingen enligt lag är skyldiga att erbjuda papperslösa personer i Sverige i praktiken av olika orsaker är begränsad.

En undersökning vid Karolinska Institutet visar att hindren för en papperslös person att få tillgång till tandvård inte begränsar sig till bristande betalningsförmåga.⁸² Papperslösa personer stöter på okun-

⁷⁷ Läkare utan gränser. Gömda i Sverige. Utestängda från hälso- och sjukvård. Stockholm: 2005. Resultat från en studie av Läkare Utan Gränser. Här kan tilläggas att hälso- och sjukvårdspersonal omfattas inte av underrättelseskyldigheten i 7 kap. UtLF.

⁷⁸ Se artikel i Läkartidningen nr 47, 2010, volym 107, med rubriken DO granskar sjukvården, samt www.do.se.

⁷⁹ Sigvardsdottir E. Regleringen av papperslösas tillgång till sjukvård sker lokalt i brist på lagstiftning. En översikt och typologi. Läkartidningen. Insänt 2009. (Se också bilagorna 3–7, som utgör exempel på lokala riktlinjer).

⁸⁰ Barn inskrivna i slutenvården behöver inte betala för läkemedel. Det orsakas av att läkemedlet är en del av den vårdavgift som följer av att han eller hon skrivits in i slutenvården.

⁸¹ Utredningen har besökt frivilligverksamheter i Göteborg (Rosengrenska/Röda Korset Göteborg) och i Stockholm (Röda Korset samt Läkare i Världen).

⁸² Idakajsa Sand, Institutionen för odontologi, Karolinska Institutet Huddinge, Tandvård till papperslösa – Vad säger lagen och hur fungerar det i praktiken (se också Sofie Jansson, Petra K och Jennie Overmeer, Daniel Andersson, Papperslös men inte tandlös – En studie av och

skap om vad som gäller hos vårdgivarna och de bär på en rädsla att bli angivna till polisen eller andra myndigheter om de kontaktar den offentliga hälso- och sjukvården. I många landsting upplever vårdgivarna att det är högst oklart vilken typ av tandvård en papperslös person är berättigad till. När det gäller barns och ungdomars tillgång till tandvård, hänvisas till avsnitt 2.3.7 nedan.

Papperslösa personers tillgänglighet till hälso- och sjukvården begränsas, enligt den beskrivning Socialstyrelsen gör i Social rapport 2010, av att socialtjänsten i de olika kommunerna i landet uppvisar stora skillnader när det gäller hanteringen av papperslösa personer. Dessa har inte samma möjlighet som bosatta att söka och få bistånd till sjuk- och tandvård samt läkemedel. Okunskapen om under rättelseskyldigheten gör också i många fall att socialtjänstens handläggning av dessa ärenden utgör en barriär mellan den papperslösa patienten och vården.

Angående internationella förhållanden hänvisas till avsnitt 6.3.3 och kapitel 5.

2.3.7 Papperslösa barn – hur ser deras situation ut?

I utredningens uppdrag ingår att fästa särskild vikt vid barnens situation och behov av hälso- och sjukvård. Därför beskrivs deras situation lite mer samlad i detta avsnitt.

Socialstyrelsen konstaterar i Social rapport 2010 att det är omöjligt att veta hur många papperslösa barn som lever i Sverige. Vissa siffror finns enligt styrelsen att tillgå, men andra måste uppskattas. Vid halvårsskiftet 2009 var 750 barn efterlysta av polis på grund av att de eller deras familjer hade hållit sig undan verkställighet av beslut om utvisning, men en del av dessa barn bör enligt Socialstyrelsens bedömning ha lämnat landet. Därtill kommer de barn som vistas i Sverige med ett slutligt beslut om utvisning utan att vara efterlysta. I augusti 2009 fanns cirka 2 350 barn i den situationen. Omkring hälften av dessa kunde dock förväntas lämna landet genom att utvisningarna verkställts en kort tid efter beslutet. Socialstyrelsen menade att de därför inte bör räknas in i detta sammanhang. Ytterligare kategorier av papperslösa barn som inte ingår i denna officiella statistik är t.ex. barn i familjer vars utvisningsbeslut har preskriberats och barn som har rest in i landet utan att söka asyl –

tillgång till tandvård för papperslösa i Göteborgsområdet, Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien.

för att bo hos anhöriga, arbeta som au pair etc. Mot den bakgrunden beräknar Socialstyrelsen antalet papperslösa barn i Sverige till åtminstone 2 000–3 000.⁸³

Enligt FN:s barnkonvention omfattas barn av de sociala mänskliga rättigheterna oavsett sin legala status. I många europeiska länder finns det problem och hinder för att barn ska få sina rättigheter uppfyllda. Det visar forskning om papperslösa barns sociala rättigheter till bl.a. hälso- och sjukvård i nio EU-länder.⁸⁴ Specifika grupper har varit föremål för många studier och åtgärdsprogram, i synnerhet ensamkommande asylsökande barn och barn som har utsatts för människohandel. På senare tid har det även uppmärksammats att åtgärder riktade mot illegal invandring och människohandel kan leda till att barnen också dras in i kriminalitet om åtgärderna inte kombineras med stöd till barnen utifrån deras behov.⁸⁵ Däremot saknas systematiska undersökningar om de grundläggande sociala behoven för hela gruppen papperslösa barn, t.ex. skydd mot fattigdom, våld och andra övergrepp samt skydd mot skadliga förhållanden och miljöer inklusive föräldrar med otillräcklig omvårdningsförmåga.

Papperslösa barn i Sverige är en heterogen grupp. De har olika bakgrund och erfarenheter och olika förutsättningar. Barnens hälsa och välbefinnande påverkas av olika faktorer som kan delas in i:

- pre-migrationsfaktorer – t.ex. social position i hemlandet, orsak till flykt eller migration eller upplevelser av våld och övergrepp,
- migrationsfaktorer – t.ex. migrationens längd, eventuell traumatiska upplevelser och familjesplittring m.m., samt
- post-migrationsfaktorer – som bl.a. omfattar asylprocess, bemötande och tillgång till stöd, vård och omsorg av olika slag.⁸⁶

⁸³ Rädda Barnen. Barn utan papper – jag vill bara landa. Stockholm: 2008. Rapport från Rädda Barnens projekt Utanpapper.nu, en hjälplinje för barn utan papper.

⁸⁴ Social rapport, referens 15: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM). Undocumented Children in Europe: Invisible Victims of Immigration Restrictions. Brussels: 2007.

⁸⁵ Social rapport, referens 67: Dottrige M. Kids abroad: ignore them, abuse them or protect them? Terre des Hommes International Federation, 2008, Enenajor A. Rethinking Vulnerability: European Asylum Policy Harmonization and Unaccompanied Asylum Seeking Minors. *Childhoods Today*. An online journal for childhood studies. 2(2): Publicerat 2008-12-23. Tillgänglig från: <http://www.childhoodstoday.org/download.php?id=17>, O'Connell Davidson J, Farrow C. Child Migration and the Construction of Vulnerability. Rädda Barnen, 2007 och Oude Breuil B, Lodwick D, Tournecuillert V, Engel S, Genthon A, Johnston E, et al. Wandering young people: the conditions for return European Forum for Urban Safety, 2009. Feasibility study on the reintegration of isolated minors victims of trafficking, Spain, France, Italy, Albania, Austria, Romania.

⁸⁶ Social rapport, referens 71: Ascher H, Gustavsson T. Klargörande vetenskaplig konferens om barn med uppgivenhetssymtom. *Läkartidningen* 2008;105(1–2):31–3.

För att beskriva barns situation i Sverige använder Socialstyrelsen material hämtat från en hjälplinje (telefon) riktad direkt till ”barn utan papper” som Rädda Barnen öppnade år 2006 (www.utanpapper.nu). Hjälplinjen stängdes år 2008. Webbplatsen finns fortfarande öppen men har inte uppdaterats efter januari år 2010. Under de två år hjälplinjen var öppen togs kontakter som berörde ca 470 barn och unga vuxna via telefonsamtal och e-post. Drygt hälften av dem var papperslösa medan de övriga befann sig i andra situationer och väntade t.ex. på ett utvisningsbeslut eller hade familj som splittrats i olika länder. Olika familjemedlemmar kunde ha olika legal status och statusen växlade över tid. Av de papperslösa barnen hade mer än 80 procent varit asylsökande. En del av familjerna hade inte rest in med det omedelbara syftet att söka asyl, utan hade lämnat in en ansökan på ett stadium när de hotades av utvisning eller ville stabilisera barnens tillvaro.

Undersökningar om flyktingbarns ohälsa har visat att den kan bero på tidig traumatisering men också på stressen under asylprocessen.⁸⁷ Rädda Barnens rapport från hjälplinjen tar upp bristen på vård och omsorg som en bidragande orsak och anger t.ex. att vissa barn och unga har mycket dålig tandstatus eller kroniska besvär som astma och tuberkulos utan att få normal behandling.⁸⁸ Andra barn berörs starkt av att deras föräldrar inte har tillgång till vård genom att de i stället får ta ett stort ansvar i familjen och dessutom påverkas av oron över föräldrarnas tillstånd. Bristen på barntillsyn innebär att barn ibland lämnas ensamma när föräldrarna arbetar. Hur barnen mår verkar även påverkas av barnets tillgång till andra rättigheter än vård. Barn som visar psykiska symtom mår bättre när de börjar gå på förskolan eller i skolan. Sambandet framgår även av hjälplinjens statistik över barnens problem och där finns en stark samvariation mellan problemområdena ”tillgång till sociala rättigheter” och ”barnens illamående”. Barn som släpps in i ett socialt sammanhang tycks alltså inte löpa lika hög risk att ta skada av tidi-

⁸⁷ Social rapport, referens 75: Sjögren A, Ascher H. Gömda barn i skolan: varför och hur gör man? *Skolhälsovård*. 2006;7(3):25–32, Andersson K, Korol J. ”Nu känner jag mig som en del av världen.” En studie om ungas liv idag och deras erfarenheter av att tidigare ha levt gömda [C-uppsats Socionomprogrammet]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2008, Ascher H, Pendic B, Vestin S, Smith Nielsen S, Hunt P, Watters C. Children living in hiding today and tomorrow. Presenterad vid konferens A seminar about health and human rights at the Nordic School of Public Health. 2009-01-28. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap och Stiftelsen Solstickan och Integrationsverket. Nyanländ efter flera år? Norrköping: 2007. Rapport 2007:02.

⁸⁸ Jfr Behov av tandvård bland asylsökande och gömda (med fokus på barn) 2007/2008, av Transkulturellt Centrum inom Stockholms läns landsting.

gare trauman och den otrygga situationen som de barn som hålls isolerade.⁸⁹

Socialstyrelsen menar att den kanske allra mest marginaliserade gruppen bland de papperslösa personerna är barn som föds av papperslösa föräldrar. Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter artikel 7 ska barnet ”registreras omedelbart efter födseln och ska ha rätt från födseln till ett namn, rätt att förvärva ett medborgarskap och, så långt det är möjligt, rätt att få vetskap om sina föräldrar och bli omvårdad av dem.” Rätten till födelseregistrering nämns också i flera andra internationella konventioner och resolutioner.⁹⁰

Normalt registreras alla födslar och nyfödda barn dels av Skatteverket inom folkbokföringen, dels av Socialstyrelsen i det Medicinska födelseregistret. Uppgifter om förlossningar och nyfödda barn rapporteras av vården till det Medicinska födelseregistret som bl.a. används för att analysera riskerna för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och nyföddhetsperioden. Mellan 500 till 1 000 förlossningsjournaler som skickas in till det Medicinska födelseregistret varje år saknar personnummer eller har ett reservnummer. Detta avser barn som föds bl.a. av turister, ambassadpersonal, asylsökande samt papperslösa personer. Socialstyrelsen konstaterar dock att det i dag saknas möjlighet att avgöra fördelningen mellan dessa grupper.

Barn som föds av föräldrar som inte är folkbokförda registreras inte i folkbokföringen som folkbokförda. En födelseanmälan från en barnmorska eller en förlossningsklinik registreras som alla andra inkomna handlingar i Skatteverkets diarium som ett inkommet ärende. Där registreras födseln med uppgift om födelsestid, kön, födelseort och, om det finns tillgängligt, föräldrar och namn. Uppgifter om medborgarskap och vårdnadshavare registreras dock inte. Registreringen gör det möjligt för föräldrarna att genom registerutdrag styrka uppgiften om barnets födelse för att få händelserna registrerade i hemlandet. Men barnen identifieras inte genom person- eller samordningsnummer. Därmed kan det bli problematiskt att uppfylla kraven på att även barn som föds utanför systemet ska få sina mänskliga rättigheter erkända och uppfyllda så långt det är möjligt enligt artiklarna 3–4 i FN:s konvention om barnets rättigheter (Barn-

⁸⁹ Social rapport, referens 77: Ascher H, Pendic B, Vestin S, Smith Nielsen S, Hunt P, Watters C. Children living in hiding today and tomorrow. Presenterad vid konferens A seminar about health and human rights at the Nordic School of Public Health. 2009-01-28. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap och Stiftelsen Solstickan.

⁹⁰ Social rapport, not 13, s. 284: T.ex. Internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter art 24 – av International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR).

konventionen). Möjligheten till att identifiera medicinska risker hos denna utsatta grupp är begränsad och riktade insatser kan därmed inte ske.

2.4 Hälso- och sjukvård i Sverige

2.4.1 Inledning

I detta avsnitt ges en översiktlig beskrivning av svensk hälso- och sjukvård när det gäller vårdens innehåll, finansiering och organisation. Det framgår bl.a. att den vård och behandling som asylsökande personer erbjuds finansieras nästan helt via Migrationsverket. Detta är en skillnad jämfört med vad som gäller för bosatta och papperslösa personer. Deras hälso- och sjukvård finansieras i huvudsak via landstingens resurser.

2.4.2 Några grundläggande regler för svensk hälso- och sjukvård

Innehållet i och finansieringen av – inklusive frågan om graden av statlig och kommunal subvention – den sjukvård en vårdsökande person ska erbjudas i Sverige inom ramen för den offentligt bedrivna vården beror, förutom på vilket konkret vårdbehov vederbörande har, på vilken persongrupp han eller hon tillhör.

För denna utredning gäller det i första hand att jämföra i Sverige bosatta personer å ena sidan och de asylsökande samt papperslösa personer som befinner sig i landet å den andra. Alla som vistas i landet, bosatta och andra, och som har ett medicinskt behov av vård, ska av kommunerna och landstingen *erbjudas* någon nivå av hälso- och sjukvård. Var och en har således i juridisk mening inte någon rätt att kräva hälso- och sjukvård efter eget önskemål ("snabbköpsvård" – jfr avsnitt 10.4) utan sjukvårdshuvudmannen är skyldig att erbjuda vård efter den enskildes medicinska behov och i enlighet med de prioriteringsgrunder som gäller inom hälso- och sjukvården samt i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁹¹ Hälso- och sjukvård finansieras genom landstingsskatt, statsbidrag och vårdavgifter.

⁹¹ Hälso- och sjukvård är konstruerad som en skyldighet för landstingen och kommunerna, se vidare nedan.

Svensk hälso- och sjukvård beskrivs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) och tandvårdslagen (1985:125). Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (1 § HSL). Med tandvård avses åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan (1 § tandvårdslagen). Vården ska uppfylla kraven på en god vård (2 a § HSL och 3 § tandvårdslagen), som är ett kvalitetskrav. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet – ett uttryck för den s.k. människovärdesprincipen. Den av landstingen erbjudna hälso- och sjukvården ska organiseras så att den som har det största behovet ska ges företräde till vården – ett uttryck för den s.k. behovsprincipen (2 § HSL⁹² och 3 § tandvårdslagen⁹³; se också avsnitt 2.6.2.4).

Hälso- och sjukvården kan delas in i fyra nivåer: rikssjukvård, regionsjukvård, länsjukvård och primärvård. Primärvården utgör basen för hälso- och sjukvården. Inom primärvården ska de flesta patienters behov kunna tillgodoses, såsom medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering. Länsjukvården träder in när mer specialiserad vård är nödvändig. Samverkan mellan landsting inom en region sker genom s.k. regionsjukvård. Med rikssjukvård avses hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting med hela landet som upptagningsområde.

Hälso- och sjukvårdens verksamhet består i huvudsak av sluten och öppen vård, läkemedel samt tandvård. Till vården räknas också mödra- och förlossningsvård, hälsoundersökningar, preventivmedelsrådgivning och smittskyddsfrågor enligt smittskyddslagen (2004:168). Enligt HSL är landstingen och kommunerna ansvariga för att det finns hälso- och sjukvård och att den ges efter behov i enlighet med de skyldigheter som framgår av olika författningar och andra föreskrifter. Landstingen och kommunerna kan utföra vården själva eller sluta avtal med annan om att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.⁹⁴ Cirka 70 procent av den ordinarie vuxentandvården utförs av privata vårdgivare.

Inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen och dess förarbeten beskrivs omfattningen av den vård som kommuner och landsting ska erbjuda genom begrepp och uttryck som inte är enhetliga och där-

⁹² Av förarbetena till bestämmelsen prop. 1996/97:60 (den s.k. prioriteringspropositionen) framgår det närmare hur de här prioriteringarna inom vården är tänkta att tillämpas.

⁹³ Prop. 2007/08:49, jfr med prop. 1996/97:60 (prioriteringspropositionen).

⁹⁴ Se 3 § tredje stycket och 18 § femte stycket HSL och 5 § sista stycket tandvårdslagen.

igenom inte heller helt tydliga att tolka innebörden av, varken för de vårdsökande eller för vårdpersonalen. Uttryck som används är

1. fullständig vård (för bosatta m.fl.),
2. vård som inte kan anstå (för asylsökande), och
3. omedelbar hälso- och sjukvård (för övriga som vistas i landet – med eller utan stöd i lag).

I gruppen övriga ingår bl.a. papperslösa personer och turister (angående definitionen av papperslösa personer se i avsnitt 2.1). Till skillnad från vad som gäller asylsökande (6 § andra stycket lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård; 2008 års lag) och papperslösa (4 § första stycket HSL) är vårdnivån för bosatta inte i hälso- och sjukvårdslagen bestämd genom ett uttryckligt begrepp. I förarbetena finns skrivningar av innebörd att den vård som bosatta ska erbjudas kallas fullständig vård.⁹⁵ Det gör det också lättare ur pedagogisk synvinkel att tala om tre vårdnivåer. Närmare om vad vården kan innehålla beskrivs nedan.

I detta sammanhang kan tilläggas att Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ger ut handboken ”Vård av personer från andra länder” som innehåller information om de regler som gäller för att landstingen ska få ersättning för sin vård av EU/EES- och konventionspatienter, utlandssvenskar, övriga utländska medborgare och asylsökande.⁹⁶

2.4.3 Vem ska enligt svensk lag erbjudas hälso- och sjukvård?

I HSL och tandvårdslagen (1985:125) finns, som nämnts tidigare, övergripande bestämmelser om svensk hälso- och sjukvård. Genom dessa lagar regleras vilken hälso- och sjukvård och tandvård som ett landsting ska erbjuda dem som,

⁹⁵ Varken i HSL eller i tandvårdslagen (1985:125) eller dess ursprungliga förarbeten beskrivs med vilken nivå landstingen ska erbjuda hälso- och sjukvård eller tandvård åt bosatta. I vissa senare förarbetena till HSL har dock den sjukvård som ska erbjudas bosatta benämnts som fullständig – t.ex. i samband med att kvarskrivna i annat landsting likställdes med bosatta, se prop. 1997/98:9, avsnitt 4.4.4. Socialförsäkringsutskottet använder i sitt betänkande Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. uttrycket full sjukvård (bet. 2007/08SfU8 s. 12; jfr även reservation nr 1 s. 13). Detta kan sättas i relation till det som gäller för asylsökande (vård som inte kan anstå) och papperslösa (omedelbar vård) (se vidare i avsnittet). På så vis kan man tala om tre olika vårdnivåer inom svensk hälso- och sjukvård.

⁹⁶ Under 2010 utkom en femte omarbetad upplaga.

- är bosatta i ett landsting,⁹⁷
- är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom ett landsting,⁹⁸ eller
- utan att vara bosatta i ett landsting vistas i landstinget,⁹⁹ samt
- omfattas av 3 c § HSL (vissa EES-medborgare).¹⁰⁰

Med *bosatta* i ett landsting avses de som är folkbokförda inom landstingets område i enlighet med bestämmelserna i folkbokföringslagen (1991:481).¹⁰¹ Med *kvarskrivna* avses en person som av särskilda skäl vid flyttning till annat landstings område har medgetts att vara fortsatt folkbokförd på den gamla folkbokföringsorten. Kvarskrivna kan även den medflyttande familjen vara. Med personer som vistas i ett landsting utan att vara bosatta avses både personer som är bosatta i annat landsting i Sverige än i vilket de tillfälligt vistas i (s.k. *utomlänspatienter*) och utlänningar som är på tillfälligt besök, som t.ex. turister och studenter.¹⁰² Det kan alltså också röra sig om s.k. papperslösa personer.

I lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (2008 års lag) regleras vilken hälso- och sjukvård som ett landsting ska erbjuda asylsökande och vissa andra utlänningar, nämligen den som

1. har ansökt om uppehållstillstånd i Sverige som flykting enligt 4 kap. 1 § eller som annan skyddsbehövande enligt 4 kap. 2 eller 2 a § utlänningslagen (2005:716) eller motsvarande äldre bestämmelser (*asylsökande*),
2. har beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd eller uppehållstillstånd efter tillfälligt skydd med stöd av bestämmelserna i 21 kap. 2, 3, 4 eller 6 § utlänningslagen och som inte är folkbokförda här i landet (*massflyktingar*),
3. hålls i förvar enligt 10 kap. 1 eller 2 § utlänningslagen och som inte har placerats i kriminalvårdsanstalt, häkte eller polisarrest (*förvarstagna*), eller

⁹⁷ 3 § första stycket första meningen HSL, 5 § tandvårdslagen.

⁹⁸ 3 § första stycket andra meningen HSL, 6 § tandvårdslagen.

⁹⁹ 4 § första stycket HSL.

¹⁰⁰ Gruppen beskrivs inte vidare i detta avsnitt utan ska behandlas som bosatta (se vidare avsnitt 2.1).

¹⁰¹ Prop. 1981/82:97, s. 11, och prop. 1984/85:79, s. 62.

¹⁰² Prop. 1981/82:97, s. 120 och prop. 1984/85:79, s. 64.

4. vistas här med stöd av tidsbegränsat uppehållstillstånd enligt 5 kap. 15 § utlänningslagen (*bevispersoner*).

Vuxna utläningar som avses i 1 eller 2 ovan omfattas av 2008 års lag även om de har meddelats beslut om avvisning eller utvisning. Detta gäller dock inte om de undanhåller sig verkställighet av beslutet och har fyllt 18 år. De av dessa personer som inte har fyllt 18 år omfattas emellertid av 2008 års lag även om de undanhåller sig verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning.¹⁰³

2.4.4 Vilken hälso- och sjukvård ska ett landsting erbjuda?

Nedan görs en närmare beskrivning av vilken omfattning (nivå) den vård har som olika personkretsar ska erbjudas av det landsting de är bosatta i alternativt vistas i och i vilken mån den vården är offentligt eller enskilt finansierad. För utredningens uppdrag är de asylsökande och papperslösa personerna av särskilt intresse.

2.4.4.1 Olika nivåer av hälso- och sjukvård, olika subventionsgrad

I vilken omfattning ett landsting eller en kommun ska erbjuda hälso- och sjukvård och tandvård och på vilka villkor – inklusive eventuell subvention – styrs som tidigare nämnts – av vilken personkrets den vårdbehövande tillhör. I Sverige erbjuds i dag alltså inom ramen för den offentliga vården fullständig vård (för bosatta m.fl.),¹⁰⁴ vård som inte kan anstå (för vuxna asylsökande) och omedelbar vård för andra som vistas i ett landsting i landet utan att vara bosatta i landstinget (bl.a. papperslösa personer). Innebörden av att vården kan ha olika omfattning (nivåer) beskrivs närmare nedan. Matrisen nedan innehåller en sammanställning av vilken vård respektive personkrets ska erbjudas och om den subventioneras med offentliga medel. Enbart de grupper av särskilt intresse är medtagna – som t.ex. bosatta, asylsökande och papperslösa personer.

¹⁰³ 4 § andra stycket 2008 års lag.

¹⁰⁴ Gäller även för asylsökande som inte har fyllt 18, även om de undanhåller sig verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning.

Personkrets	Vårdens omfattning	Subvention?
1) Bosatta inom landstinget	Fullständig hälso- och sjukvård	Ja ¹⁰⁵
	Fullständig tandvård	Ja ¹⁰⁶
2) Asylsökande som inte har fyllt 18 år – även om de meddelats beslut om avvisning eller utvisning, och även om de undanhåller sig verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning.	Fullständig hälso- och sjukvård.	Ja ¹⁰⁷
	Fullständig tandvård	Ja ¹⁰⁸
3) Asylsökande som har fyllt 18 år – även om de meddelats beslut om avvisning eller utvisning, så länge de inte håller sig undan så att beslut om avvisning eller utvisning inte kan verkställas. Om de undanhåller sig verkställighet omfattas de av de villkor som gäller för kategori 4.	Vård som inte kan anstå samt mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning	Ja ¹⁰⁹
	Tandvård som inte kan anstå	Ja ¹¹⁰
4) Personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas i landet.	Omedelbar vård	Nej
	Omedelbar tandvård	Nej
5) Person som beviljas uppehållstillstånd i högst ett år med stöd av 5 kap. 9 § UTIL.	Fullständig vård	Ja
	Fullständig tandvård	Ja

2.4.4.2 Bosatta m.fl. personer inom landstinget

Den slutna och öppna vården för bosatta finansieras i huvudsak av landstingsskatten men även genom statsbidrag.¹¹¹ De läkemedel som skrivs ut av bl.a. läkare inom den öppna vården och som omfattas av subventionen ersätts på samma vis genom den s.k. läkemedelsförmånen.¹¹² Läkemedel som ges i den slutna vården är en del av den vården och behandlingen och ingår därför inte i läke-

¹⁰⁵ Vården subventioneras genom landstingsskatten och statsbidrag.

¹⁰⁶ För vuxna subventioneras tandvården enligt bestämmelserna i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. För barn och ungdomar till och med det år de fyller nitton år subventioneras tandvården genom landstingsskatten och statsbidrag.

¹⁰⁷ Vården subventioneras genom lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl. och till den hörande föreskrifter som t.ex. förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande samt olika föreskrifter utfärdade av Migrationsverket.

¹⁰⁸ Se not nr. 107.

¹⁰⁹ Se not nr. 107.

¹¹⁰ Se not nr. 107

¹¹¹ Förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m.

¹¹² Lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

medelsförmånen utan finansieras som en följd av detta av landstingsskatt och statsbidrag.¹¹³ Detsamma gäller för den vård och behandling som ges med anledning av att en sjukdom faller under smittskyddslagen (2004:168).

Bosatta patienter betalar en vårdavgift för sin hälso- och sjukvård.¹¹⁴ För den slutna och öppna vården samt för läkemedel finns det ett högkostnadsskydd som innebär att patienten vid en viss kostnadsnivå inte längre behöver betala för kostnaderna utan de finansieras genom subventionen.¹¹⁵ Nivåerna är olika beroende på om det rör sig om slutna och öppna vård eller läkemedel. I fråga om öppna och slutenvården bestämmer dessutom respektive landsting nivåerna. Några landsting har bestämt att barn och ungdomar inte ska betala någon vårdavgift.

För den ordinarie vuxentandvården gäller att patienten är berättigad till statligt tandvårdstöd från Försäkringskassan.¹¹⁶ Tandvårdstödet är uppdelat i ett tandvårdsbidrag och ett högkostnadsskydd och kan användas till alla ersättningsberättigande åtgärder. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) fastställer i en referensprislista både vilka åtgärder som kan ersättas av staten och med hur mycket.¹¹⁷ Det är vårdgivaren (den offentliga eller privata utföraren) som ansöker om tandvårdstöd hos Försäkringskassan. Ersättningen betalas direkt till vårdgivaren.

Högkostnadsskyddet inom tandvårdstödet innebär inte – såsom fallet är i slutna- och öppenvården samt med läkemedel – att patienten vid en viss patientkostnad är befriad från att erlagga vårdavgift. Högkostnadsskyddet innebär i stället att del av kostnaden som patienten ska betala minskar vid vissa uppnådda prisintervaller.

Eftersom det i princip råder fri prissättning för tandvård blir vårdavgiften för patienten i praktiken skillnaden mellan vårdgivarens pris för åtgärden och det tandvårdstöd som utgår.¹¹⁸ Om vårdgivarens pris för åtgärden är lägre än referenspriset baserar sig ersättningen på det faktiska priset.

¹¹³ Angående begreppet slutna vård se vidare avsnitt 3.5.2.

¹¹⁴ 26–26 a §§ HSL och 8–17 §§ förordningen (1994:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m.

¹¹⁵ 26–26 a §§ HSL angående slutna och öppenvården och 5 § Lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. gällande läkemedel som skrivs ut av läkare.

¹¹⁶ Tandvårdslagen (1985:125) och lagen (2008:145) om statligt tandvårdstöd.

¹¹⁷ 6 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdstöd.

¹¹⁸ Jfr 4 § första stycket tandvårdslagen (1985:125) där det beskrivs att ersättningen ska vara skälig. Om patienten anser att priset är oskäligt kan han eller hon stämma vårdgivaren till allmän domstol och yrka att priset ska justeras ner.

Tandvården till barn och ungdomar t.o.m. det år de fyller 19 år är kostnadsfri för patienten och finansieras därför helt genom landstingsskatt och statsbidrag.¹¹⁹

Om en patient saknar medel för att betala sin tandvårdsavgift kan han eller hon ansöka hos socialnämnden om bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453; SoL) för att kunna betala avgiften. Om det efter utredning står klart att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt och att vården är en förutsättning för att han eller hon ska uppnå skälig levnadsnivå, beviljas biståndet normalt.

I detta sammanhang kan påpekas att EES-medborgare med uppehållsrätt enligt 3 a kap. utlänningslagen (2005:716) som ska vistas i landet i minst ett år, folkbokförs här och omfattas därmed av de regler inom hälso- och sjukvården som gäller för bosatta personer. Samma villkor gäller för de EES-medborgare som omfattas av 3 c § HSL (se vidare avsnitt 2.1). Det är bl.a. studenter och arbetstagare i landet som inte är folkbokförda här.

2.4.4.3 De som vistas i ett landsting utan att vara bosatta där

De personer som vistas i ett landsting utan att vara bosatta där kan bl.a. vara personer som är bosatta i Sverige men i ett annat landsting än det som vårdbehovet uppstått i (s.k. *utomlänspatienter*) eller utläningar. De senare kan vistas i ett landsting tillfälligt eller för en längre tid, några med stöd i lag, t.ex. turister eller ambassadpersonal, och andra utan sådant stöd. De kan exempelvis vara s.k. *overstayers* (se vidare avsnitt 2.3). De som vistas i Sverige utan nödvändigt tillstånd för att vistas här kallas för papperslösa personer (se vidare avsnitt 2.1). Samtliga personer i dessa persongrupper ska erbjudas omedelbar vård av vistelselandstinget (angående betydelsen av begreppet omedelbar vård se vidare avsnitt 2.5).

Utomlänspatienter får den vård av det landsting de vistas i när behovet uppstår enligt vad som framgår av Riksavtalet.¹²⁰ De betalar samma vårdavgift som de bosatta patienterna. Den eventuella efterföljande vården ges av hemlandstinget sedan de kommit hem. Personen får samma subvention och är skyldig att betala patientavgift som om behandlingen gjorts av hemlandstinget. Hur kostnaderna fördelas mellan landstingen följer av Riksavtalet.

¹¹⁹ Förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m. jfr med 7 § första stycket 1 samt det riktade statsbidraget och 15 a § första stycket tandvårdslagen.

¹²⁰ http://www.skl.se/web/Riksavtalet_for_utomlansvard.aspx.

Papperslösa personer får själva betala kostnaden för den hälso- och sjukvård de fått. Den kostnad för den slutna och öppna vården som de ska betala framgår av Riksavtalet. För tandvården saknas ett motsvarande avtal. I stället gäller det pris respektive landsting har för tandvård. För läkemedlen gäller det pris som apoteken tar.

Alla som vistas i en kommun har rätt att ansöka om bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453; SoL) och få sitt ärende individuellt prövat. Det har dock visat sig oklart i vilken mån papperslösa personer har rätt till bistånd enligt socialtjänstlagen för t.ex. vårdavgifter. Av praxis synes det framgå att personer som inte är bosatta i Sverige men som har sin egentliga hemvist i landet, dvs. då vistelsen inte har karaktären av besök, har rätt till bistånd enligt SoL. En utgångspunkt för bedömningen har varit att utländska medborgare som befinner sig tillfälligt i Sverige, t.ex. turister eller affärsresande, har rätt till bistånd enbart i akuta situationer.¹²¹ Här uppstår alltså en diskussion om papperslösa personer kan anses ha sin egentliga hemvist i en kommun i Sverige trots att han eller hon inte är folkbokförd där. Det är dock inte en fråga för utredningen att klarlägga huruvida papperslösa personer kan få ett positivt beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen för att uppnå skälig levnadsnivå.

I avsnitt 2.4.7 beskrivs närmare hur många landsting som genom egna lokala riktlinjer försöker hitta en ordning för att praktiskt hantera det behov av hälso- och sjukvård papperslösa personer har. Det handlar om att reglera både tillgången till själva vården och hur den ska finansieras.

2.4.4.4 Asylsökande personer

Reglerna om asylsökande personers hälso- och sjukvård samt tandvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (2008 års lag).

Asylsökande personer som har fyllt 18 år ska erbjudas hälso- och sjukvård och tandvård som inte kan anstå samt mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning.¹²² Det gäller även om de har meddelats beslut om avvisning eller utvisning, men inte om de håller sig undan verkställighet av beslutet.¹²³ Vad som avses med vård som inte kan anstå beskrivs närmare nedan.

¹²¹ RÅ 1995 ref. 70, se också SOU 2005:34, s. 99 f.

¹²² 6 § jfr med 1–3 och 4 §§ första stycket 1 2008 års lag.

¹²³ 4 § andra stycket 2008 års lag.

Asylsökande personer som inte har fyllt 18 år ska erbjudas hälso- och sjukvård i samma omfattning som erbjuds den som är bosatt inom landstinget, dvs. fullständig sjukvård och regelbunden fullständig tandvård.¹²⁴ Detta gäller även om de håller sig undan verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning.¹²⁵

I förordning (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar finns bestämmelser om den vårdavgift som bl.a. asylsökande personer själva ska betala. Av förordningen framgår att asylsökande personer ska betala 50 kr för läkarvård och 25 kr för annan sjukvårdande behandling. Asylsökande personer betalar 50 kr för receptförskrivet läkemedel och för sjukresor är avgiften högst 40 kr. I de fall en asylsökande person inte kan betala sina vårdavgifter kan han eller hon ansöka om bistånd till detta enligt reglerna i lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA). Migrationsverket administrerar det högkostnadsskydd som finns för vårdavgifter som de asylsökande personerna betalar för sjuk-, tandläkar- och apoteksbesök.¹²⁶

Om barn och ungdomar som är bosatta inom ett landsting är befriade från att betala vårdavgift ska även asylsökande barn och ungdomar vara befriade från att betala vårdavgift. Asylsökande personer ska inte heller betala vårdavgift för förebyggande barn- och mödra-, förlossnings- eller smittskyddsvård.¹²⁷

2.4.5 Smittskydd

Bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) syftar till att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar (1 kap. 1 §) och gäller för alla personer som *vistas* i Sverige. Den som bär på en allmänfarlig sjukdom ska av behandlande läkare erbjudas den vård och behandling som behövs för att förebygga eller minska risken för smittspridning. Om det finns behov av särskilda behandlingsinsatser för att förändra ett smittfarligt beteende ska detta också erbjudas den enskilde (4 kap. 6 §).

Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspåringspliktig

¹²⁴ 5 § första stycket jfr med 1–3 och 4 §§ första stycket 1 2008 års lag.

¹²⁵ 5 § första stycket jfr med 4 § andra stycket 2008 års lag.

¹²⁶ Se 18 § lagen (1994:137) om mottagande av asylsökanden m.fl., 7 § andra stycket förordningen (1994:361) om mottagande av asylsökanden m.fl. samt 5, 7 och 9–10 §§ förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar, den s.k. vårdavgiftsförordningen.

¹²⁷ 4 § förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar.

sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger. En läkare som misstänker att en patient bär på en sådan sjukdom ska skyndsamt undersöka patienten och ta de prover som behövs. Om patienten misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och inte samtycker till undersökning och provtagning ska läkaren utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren (3 kap. 1 § smittskyddslagen). Det finns också under särskilda förutsättningar möjlighet för läkare att genomföra tvångsundersökningar (3 kap. 2 §).

Läkemedel som har förskrivits enligt smittskyddslagen mot en allmänfarlig sjukdom och som läkaren bedömer minska risken för smittspridning är kostnadsfria för bl.a. bosatta och asylsökande personer.¹²⁸ Denna kostnad ingår inte i läkemedelsförmånen. Papperslösa personer får i dag betala hela kostnaden själv.

2.4.6 Hälsoundersökning

Ett landsting ska, om det inte är uppenbart obehövt erbjuda, bl.a. asylsökande personer en hälsoundersökning.¹²⁹ Undersökningen motiveras både av individuella hälsoskäl och smittskyddsskäl. Socialstyrelsen har tagit fram allmänna råd om hälsoundersökning (1995:4).¹³⁰ Dessa kommer under år 2011 att ersättas av föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning till asylsökande m.fl.

Landstingen får ersättning för de hälsoundersökningar man utfört med en schablon som utbetalas av Migrationsverket.¹³¹

2.4.7 Särskilda lokala riktlinjer för hälso- och sjukvård åt papperslösa personer

Av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) framgår, som nämnts tidigare, att huvudregeln är att landstinget är skyldigt att erbjuda vård till den som vistas där och som behöver *omedelbar* hälso- och sjukvård. Samtidigt finns reglerna i bl.a. 2008 års lag om hälso- och

¹²⁸ 7 kap. 1–3 §§ smittskyddslagen och 4 § förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utläningar.

¹²⁹ 7 § 2008 års lag.

¹³⁰ Ingår som i en del av Allmänna råd från Socialstyrelsen (1995:4) Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar.

¹³¹ 8–8a §§ förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

sjukvård åt asylsökande m.fl. och när det gäller papperslösa personer så finns ingen särskild lagstiftning alls. Sammantaget gör detta att den samlade lagstiftningen upplevs som otydlig och ställer vårdpersonalen inför juridiska tolkningar och avvägningar som är svåra för dem att göra och som de upplever kommer i konflikt med de etiska principer som gäller inom svensk hälso- och sjukvård.

Nästan alla landsting i Sverige har, bl.a. mot bakgrund av att vårdpersonalen upplever en osäkerhet i vardagsarbetet om vilken vård som de ska eller kan ge till papperslösa personer och på vilka villkor, tagit fram riktlinjer för hur vård- och ersättningsfrågan för bl.a. dessa personer i praktiken ska hanteras inom landstinget (jfr exempel i bilagorna 3–7).¹³²

Utredningen har tagit del av de flesta av dessa lokala riktlinjer och har kunnat konstatera att utformningen av och innehållet i dem varierar mellan landstingen. Utredningen har dock kunnat konstatera att det gemensamma för de flesta av dem är att de förespråkar en ordning i förhållande till papperslösa personer som innebär att landstinget *ska* erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård och att kostnaden för den givna vården är något som ska regleras i efterhand. Vissa landsting har också valt att gå längre än vad lagstiftningen föreskriver när det gäller skyldigheten att erbjuda vård. Motivet för dessa lokala riktlinjer är, enligt vad som uppgivits för utredningen, ett försök från landstingens sida som arbetsgivare att förtydliga situationen så att vårdpersonalen i sitt vardagsarbete inte ska behöva känna sig osäkra över sina skyldigheter eller möjligheter att ge vård.

Som ett exempel på en sådan riktlinje som utredningen tagit del av kan nämnas riktlinjerna i Skåne läns landsting (se bilagorna 5 och 6). Genom en år 2008 beslutad policy ska vuxna tidigare asylsökande personer som fyllt 18 år och som håller sig undan verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning erbjudas *samma vård och erlægga samma patientavgifter* som asylsökande personer, vilket gäller både hälso- och sjukvård och tandvård. Beslutets laglighet har prövats av Länsrätten i Skåne län.¹³³ Eftersom landstinget är skyldigt att erbjuda vård till den som vistas där och som behöver omedelbar hälso- och sjukvård konstaterade länsrätten att beslutet inte står i strid med lokaliseringsprincipen i 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900). När det gäller frågan om hur likabehand-

¹³² Sigvardsdotter, E.: Vård för papperslösa i Sveriges landsting – lokala riktlinjer och tillämpningsanvisningar, Kulturgeografiska institutionen, Uppsala universitet, publicerad på <http://erikasigvardsdotter.files.wordpress.com/2009/11/vard-for-papperslosa-i-sverige2.pdf>.

¹³³ Dom den 16 juni 2009, mål nr 5184-08.

lingsprincipen hade beaktats (att landstingsmedlemmar enligt 2 kap. 2 § kommunallagen ska behandlas lika) menade länsrätten att förfarandet inte stred mot denna princip eftersom vården inte är kostnadsfri utan de ”gömda” patienterna ska erlägga patientavgift med samma belopp som andra patienter. Domstolen förklarade också att den omständigheten att vissa individer inte kan betala för vården inte förändrar det faktum att beslutet innebär att landstingsmedlemmarna behandlas lika. I en dom i Länsrätten i Stockholms län har det emellertid bedömts olagligt för ett landsting att fatta ett beslut om att avskryva papperslösas vårdskulder.¹³⁴ Ingen av domarna har överklagats. Något prejudicerande avgörande föreligger således inte (se vidare avsnitten 6.1 och 6.2).

Ett annat exempel på en lokal riktlinje som utredningen har tagit del av är det verkställighetsbeslut som gäller i Stockholms läns landsting (se bilaga 3). Landstinget klargör i beslutet bl.a. att papperslösa personer ska erhålla *behövlig vård för akutsjukdom, medicinskt nödvändiga återbesök samt omedelbar nödvändig vård för destruktiva, progredierande sjukdomar*. Bedömningen görs av vårdansvarig läkare i enlighet med förarbetena och Socialstyrelsens Allmänna råd 1995:4. Förlossningsvård och mödravård hänförs till omedelbar vård/vård som inte kan anstå. Verkställighetsbeslutet innebär också att det i praktiken finns samma tillämpning gällande smittskydd för vård och behandling av allmänförlig sjukdom för denna målgrupp som för asylsökande personer inom Stockholms läns landsting.¹³⁵

2.4.8 Fullständig hälso- och sjukvård och regelbunden fullständig tandvård åt bosatta personer m.fl.

Som nämns i bl.a. avsnitt 2.4.1 har rätten till hälsa i hälso- och sjukvårdslagstiftningen kommit till uttryck inte som en rättighet för enskilda patienter utan som en skyldighet för landstinget att erbjuda god hälso- och sjukvård respektive god tandvård. Patienter, vare sig de är bosatta i landet eller inte, har ingen legal möjlighet att kräva en viss typ av vård eller behandling. Eftersom HSL är en s.k. ramlag anges det inte konkret i lagen vilken vård och behandling som ska

¹³⁴ Dom den 16 april 2007, mål nr 19206-06.

¹³⁵ Av verkställighetsbeslutet följer bl.a. att: ”Smittskyddspatienter betalar inte men vi måste debitera vårdkostnaden. Gäller både slutenvården och öppenvården. Alltså samma regler som för alla andra patienter.” (Jfr 4 § förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlännningar).

erbjudas i varje enskilt fall. Vilken vård och behandling som är lämplig och motiverad att sätta in för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador avgörs utifrån ett förhållandevis komplext och svåröverblickbart system. Ytterst avgörs det av medicinskt ansvarig behandlande personal. Av patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår bl.a. att hälso- och sjukvårdens personal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att en patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.¹³⁶

Härutöver ska personalen beakta bl.a. de prioriteringar landstingen och kommunerna ska göra inom vården.¹³⁷ Socialstyrelsen har utarbetat nationella riktlinjer som ett stöd vid prioriteringar och som ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på.¹³⁸

Sammantaget har detta när det gäller vård enligt HSL beskrivits som fullständig sjukvård. I fråga om tandvård handlar det om samma nivå för vuxna (5 § tandvårdslagen) samt regelbunden och fullständig tandvård åt barn och ungdomar t.o.m. det år de fyller nitton år (7 § 1 tandvårdslagen).

2.4.9 Omedelbar vård åt papperslösa personer m.fl.

Om någon vistas inom ett landsting utan att vara bosatt där och behöver *omedelbar* hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, ska landstinget erbjuda sådan vård.¹³⁹ Det gäller bl.a. s.k. utomlänspatienter, turister och de papperslösa personer som inte har fyllt 18 år och som inte ansökt om tillstånd för att vistas här.¹⁴⁰

Av förarbetena till HSL framgår bl.a. följande i fråga om omedelbar vård.¹⁴¹

¹³⁶ Den 1 januari 2011 upphävdes lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Lagen har ersatts av en ny patientsäkerhetslag (2010:659), som trädde ikraft den 1 januari 2011, och motsvarande regel som i LYHS finns nu intagen i lagens 6 kap. Se vidare prop. 2009/10:210.

¹³⁷ Av 2 § andra stycket sista punkten HSL framgår att den av landstingen erbjudna hälso- och sjukvården ska organiseras så att den som har det största behovet ska ges företräde till vården. Genom förarbetena till bestämmelsen (prop. 1996/97:60; den s.k. prioriteringspropositionen) framgår det närmare hur de här prioriteringar inom vården är tänkta att tillämpas. Socialstyrelsen har också givit ut olika föreskrifter och allmänna råd om prioriteringar inom vården.

¹³⁸ Nationella riktlinjer (<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>).

¹³⁹ 4 § första stycket HSL och 5 § tandvårdslagen.

¹⁴⁰ Prop. 1981/82:97, s. 119 f. och prop. 1984/85:79 s. 27 ff.

¹⁴¹ Prop. 1981/82:97, s. 119 f.

Huvudprincipen i 3 § HSL, att vårdskyldigheten ska omfatta endast de som är bosatta inom landstinget, måste kompletteras med bestämmelser för de fall då behovet av omedelbar vård uppkommer. Det är självklart att den som har ett akut behov av vård ska tas om hand på närmaste sjukhus eller annan mottagning där adekvat vård kan ges oavsett var han eller hon är folkbokförd. Avgörande för vårdskyldigheten i dessa fall måste alltid vara den faktiska vistelseorten. Bestämmelsen innehåller därför en regel om att landstinget är skyldigt att tillhandahålla också dem som inte är bosatta inom landstinget omedelbar hälso- och sjukvård. Skyldigheten omfattar såväl den som är bosatt i ett annat landsting som den som inte är bosatt i landet, t.ex. en utlänning på tillfälligt besök i landstingskommunen.

Någon närmare precisering av gränserna för vad som ska anses som ”omedelbar vård” ges inte i förarbetena till HSL – detta ska prövas från fall till fall. Ett försök att definiera begreppet ”omedelbar vård” har i förarbetena gjorts enligt följande. Läkaren eller annan som svarar för vården ska liksom dittills varit fallet avgöra om en vårdsökande behöver omedelbar vård eller om vården kan anstå till dess den vårdsökande kommer till sitt eget län eller där han eller hon annars har att söka vård. Skyldigheten att ombesörja vård gäller dock i princip endast så länge den vårdbehövande inte utan men kan flyttas till t.ex. det egna landstingets sjukhus. I de flesta fall torde det sannolikt inte bli aktuellt att förflytta patienten men i vissa fall kan vårdbehovet bli långvarigt och då bör patienten också förflyttas. Eftersom den vårdskyldighet det är fråga om är betingad av ett akut vårdbehov bör skyldigheten inte gälla längre än vad som från saklig synpunkt är motiverat. Något hinder för att huvudmannen bereder vård i större omfattning finns inte. Många gånger är det kanske med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet både önskvärt och lämpligt att så sker. Det bör dock understrykas att skyldigheten för landstingen att erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård avser endast skyldigheten att svara för att lokaler, personal och utrustning står till förfogande, men inte att tillhandahålla vården kostnadsfritt eller till ett särskilt lågt pris. Det bör också erinras att landstingen genom det s.k. Riksavtalet har åtagit sig att ge utomlänspatienter mer än bara akut hälso- och sjukvård.

Av förarbetena till tandvårdslagen framgår bl.a. följande i fråga om omedelbar vård.¹⁴²

¹⁴² Prop. 1984/85:79, s. 64.

Det är självklart att den som har ett akut behov av tandvård ska tas om hand på en närbelägen tandläkarmottagning där adekvat tandvård kan ges, oavsett var han eller hon är folkbokförd. Avgörande för vårdskyldigheten i dessa fall måste alltid vara den faktiska vistelseorten. Bestämmelsen innehåller därför en föreskrift om att landstinget är skyldigt att erbjuda också dem som inte är bosatta i landstinget omedelbar tandvård. Skyldigheten omfattar såväl den som är bosatt i ett annat landsting som den som inte är bosatt i landet, t.ex. en utlänning på tillfälligt besök inom landstingets område. Någon närmare precisering av gränserna för vad som ska anses som "omedelbar vård" kan inte anges här. Det får prövas från fall till fall. Tandläkaren får avgöra om en vårdsökande behöver omedelbar tandvård eller om vården kan anstå till dess den vårdsökande kommer till sitt eget län eller där han eller hon annars har att söka vård. Skyldigheten att erbjuda tandvård avser dock endast den akuta vård och behandling som behövs. Det bör också understrykas att skyldigheten för landstinget att erbjuda omedelbar tandvård avser endast skyldigheten att svara för att lokaler, personal och utrustning finns att tillgå – genom folktandvården eller en privat verksam tandläkare – men inte att tillhandahålla vården kostnadsfritt eller till ett särskilt lågt pris.¹⁴³

2.4.10 Vård åt vissa asylsökande personer m.fl.

2.4.10.1 Fullständig hälso- och sjukvård åt asylsökande personer som inte har fyllt 18 år och gömda barn

Som framgått ovan jämföras asylsökande personer som inte har fyllt 18 år med bosatta i samma ålder, oavsett om de sökt asyl och väntar på beslut eller håller sig gömda. De ska således erbjudas vad som kan kallas fullständig vård. Papperslösa personer som inte är gömda, dvs. sådana som aldrig har varit asylsökande, omfattas inte av denna vård.

¹⁴³ Jfr not 54. Det är av särskild betydelse att så mycket tandvård som 70 procent utförs av privata vårdgivare. Dessutom är det en särskild omständighet att vuxentandvården inte finansieras genom medel från beställaren landstingen, utan enbart genom medel från patienten. Man har låtit berätta för oss att det ändå förekommer informella betalningsströmmar mellan landsting och vårdgivare då tandvård som inte omfattas av subventionen utförs. Det är många gånger ett villkor för att en privat vårdgivare ska ta sig an en patients akuta tandvårdsbehov.

2.4.10.2 Vård som inte kan anstå åt vuxna asylsökande

Asylsökande personer som har fyllt 18 år ska erbjudas *vård som inte kan anstå samt mödravård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning*.¹⁴⁴

Begreppet vård som inte kan anstå beskrivs första gången i förarbetena till lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande (LMA).¹⁴⁵ Det fördes dock inte in i lagen. Av förarbetena framgår bl.a. att hälso- och sjukvård ska lämnas för asylsökande personer m.fl. när det föreligger ett behov av omedelbar vård eller vård som inte kan anstå.¹⁴⁶ Vidare sägs att innebörden av att landstingen ska erbjuda omedelbar vård är en skyldighet att erbjuda asylsökande personer akut sjukvård, att den praxis som har utvecklats när det gäller innehållet i akutvårdsbegreppet är vidare än den gängse medicinska terminologin ”plötsligt inträdande, hastigt förlöpande sjukdom”.

Socialstyrelsen har i sina allmänna råd (1995:4, Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar) för asylsökande personer tolkat innehållet i omedelbar vård och vård som inte kan anstå på följande vis.¹⁴⁷

Hänsyn vid bedömningen måste enligt Socialstyrelsen tas till patientens möjligheter att få vård inom en nära framtid och att den asylsökande inte som andra patienter kan hänvisas till hemlandsting eller hemland för vård i de fall vårdbehovet kan anstå några dagar eller någon vecka. Socialstyrelsen har mot den bakgrunden ansett att den asylsökande personens behov av vård måste bedömas i perspektivet att det kan dröja flera månader innan han eller hon har möjlighet att få annan vård än akut vård. Avgörande för bedömningen är om en fördröjning av vårdinsatserna kan leda till allvarliga följder för patienten (eller – när det gäller smittskyddsåtgärder – för samhället). Detta kan gälla fara för patientens liv, t.ex. till följd av kvävning eller förblödning. Även den omständigheten att en behandling som genomförs senare ger avsevärt sämre prognos eller ökade risker för komplikationer måste väga tungt i bedömningen om vård bör ges. Negativa följder för patienten som att ett dröjsmål medför svår värk, svår ångest eller svår depression måste vägas in i bedömningen

¹⁴⁴ 6 § 2008 års lag.

¹⁴⁵ Prop. 1993/94:94, bl.a. under rubriken Propositionens huvudsakliga innehåll.

¹⁴⁶ I 6 § 2008 års lag används begreppet ”vård som inte kan anstå” för den vård vuxna asylsökande ska erbjudas utöver den omedelbara vård som följer av HSL och tandvårdslagen. Socialstyrelsen använder det i förarbetena till LMA ursprungliga begreppet ”omedelbar vård eller vård som inte kan anstå” i de Allmänna råden om hälso- och sjukvård åt asylsökande.

¹⁴⁷ De allmänna råden kommer inom kort att ersättas av föreskrifter, allmänna råd och webbaserad vägledning till 2008 års lag.

om vården kan anstå. När det gäller tortyrskador bör bedömningen göras särskilt omsorgsfullt. Vid befaraede epidemiska situationer kan vaccination bli aktuell.

I förarbetena till 2008 års lag tas också frågan upp om när en vårdinsats lämpligen ska göras. Inte minst gäller detta inom psykiatrin.¹⁴⁸ Vid en för snäv tolkning finns en risk för att behandlingsinsatser sätts in så sent att patientens sjukdomstillstånd allvarligt förvärras och att behandling i mer resurskrävande former måste sättas in.

Socialstyrelsen ger vidare i sina allmänna råd stöd för att asylsökande personer med psykiska problem ska erbjudas behandling inom primärvården t.ex. genom krisstöd för bearbetning av traumatiska händelser. Avgörande för att sådana vårdinsatser ska sättas in i ett tidigt skede är att insatsen bedöms kunna förhindra att allvarliga sjukdomstillstånd, som kräver en mer omfattande behandling, utvecklas. Även inom den somatiska vården kan tidiga insatser vara befogade när de ges för att förhindra att patienten drabbas av allvarliga akuta sjukdomstillstånd och de tidiga insatserna därigenom även kan minska användningen av resurskrävande akuta behandlingsåtgärder. Ett exempel är information och stöd vid s.k. egenvård av vissa sjukdomstillstånd, t.ex. diabetes och astma.

Socialstyrelsen pekar på att vård som kräver långvariga behandlingstider och inte är av akut karaktär inte bör påbörjas när ett avbrytande kan få negativa följder för en asylsökande person som inte tillåts stanna i Sverige. Som exempel kan nämnas omfattande operationer eller behandlingar i flera etapper som inte säkert hinner slutföras före avgörandet i tillståndsfrågan. Omedelbar vård eller vård som inte kan anstå innefattar även därmed sammanhängande följdinsatser som exempelvis fullföljande av behandling mot tuberkulos, röntgenkontroll av frakturläkning, borttagande av gips och suturer, tandprotes om tandextraktioner utförts på ersättningsberättigad indikation, benprotes vid amputation, vid behov lån av rullstol eller andra handikapphjälpmedel m.m.

Till behovet av omedelbar vård eller vård som inte kan anstå räknas enligt Socialstyrelsen även akuta, infektiösa tillstånd i tänderna och deras omgivning, svåra smärttillstånd av varierande orsak samt traumatiska tandskador av sådan natur att de kräver omedelbart omhändertagande. Vid traumafall bör en noggrann gränsdragning ske mellan vad som kan anses fordra omedelbar vård och vad som inte kan

¹⁴⁸ Prop. 2007/08:105, s. 29 f.

anses kräva detta. Förlust av en eller flera tänder i samband med trauma medför oftast behov av temporär protetisk ersättning medan den definitiva protetiska behandlingen får anstå. Vid frakturerad tandkrona bör roten skyddas med provisorisk kronersättning. Sekundärkariesangrepp i anslutning till kron- eller brokonstruktioner, som kan äventyra bibehållandet av konstruktionen, bör åtgärdas. Fastsättning av lossnad krona, lagning av avtagbar protes samt ersättning av sådan protes som gått förlorad eller skadats så att den inte kan lagas, bör även ingå i ersättningsberättigad vård under förutsättning att proteserna kan anses absolut nödvändig från estetisk och funktionell synpunkt för den vårdsökande. Vid akuta fall med pulpaskada eller osteit bör lämpligheten av rotbehandling eller extraktion prövas varvid indikationerna för extraktion vidgas. Därvid bör hänsyn tas till inte bara tandens värde från funktionell och estetisk synpunkt utan även till den vårdsökandes bttstatus i övrigt.

En asylsökande person kan inte som andra patienter hänvisas till sitt hemlandsting eller hemland för vård då denne av ansvarig läkare inte längre bedöms vara i behov av omedelbar vård. Statlig ersättning kan lämnas för vård som ges efter det akuta skedet till dess patienten skrivs ut från sjukhus eller den pågående vårdperioden i öppen vård kan avslutas.

2.5 Ersättning till landstingen och kommunerna för kostnader för hälso- och sjukvård åt bosatta, asylsökande och papperslösa personer

2.5.1 Inledning

I detta avsnitt redogörs för hur landstingen ersätts av staten för kostnaderna för den hälso- och sjukvård de ger bosatta, asylsökande och papperslösa personer. Det handlar därmed om att beskriva hur landstingen utöver sina intäkter via landstingsskatten får den vård och behandling de ger personer inom sitt lansting finansierad. Nedan följer en sammanfattande matris om detta.

Personkrets	Vårdens omfattning	Ersättningsform
1) Bosatta inom landstinget	Fullständig sluten (inkl. läkemedel) och öppen vård	Generellt statsbidrag/vårdavgifter
	Vuxentandvård	Tandvårdsstöd/vårdavgifter
	Regelbunden fullständig barntandvård	Riktat statsbidrag
	Läkemedel (i öppenvården)	Läkemedelsförmån/vårdavgifter
2) Asylsökande som inte har fyllt 18 år	Fullständig sluten (inkl. läkemedel) och öppen vård	Ersättning enligt SFS 1996:1357/vårdavgifter
	Regelbunden fullständig tandvård	Ersättning enligt SFS 1996:1357 och riktade statsbidrag
	Läkemedel (i öppenvården)	Ersättning enligt SFS 1996:1357/vårdavgifter
3) Asylsökande som inte har fyllt 18 år om de undanhåller sig verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning, dvs. som har blivit papperslösa.	Fullständig sluten (inkl. läkemedel) och öppen vård	Ingen statlig finansiering utgår
	Fullständig tandvård	Ingen statlig finansiering utgår
	Läkemedel (i öppenvården)	Ingen statlig finansiering utgår
4) Asylsökande som har fyllt 18 år – även om de meddelats beslut om avvisning eller utvisning, så länge de inte håller sig undan så att beslut inte kan verkställas	Vård som inte kan anstå i sluten och öppenvården samt mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning (inkl. läkemedel)	Ersättning enligt SFS 1996:1357/vårdavgifter
	Hälsundersökning	Ersättning enligt SFS 1996:1357
	Tandvård som inte kan anstå	Ersättning enligt SFS 1996:1357/vårdavgifter
	Läkemedel (i öppenvården)	Ersättning enligt SFS 1996:1357/vårdavgifter
5) Tidigare asylsökande som håller sig undan beslut om avvisning eller utvisning och som har fyllt 18 år samt personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att visas i landet	Omedelbar sluten (inkl. läkemedel) och öppen vård	Patienten betalar själv kostnaden för sjukvården eller genom privat/allmän försäkring i hemlandet
	Omedelbar tandvård	Patienten betalar själv kostnaden för tandvården eller genom privat/allmän försäkring i hemlandet
	Läkemedel (i öppenvården)	Patienten betalar själv kostnaden för läkemedlet eller genom privat/allmän försäkring i hemlandet

Hälso- och sjukvård i Sverige finansieras främst genom landstingsskatten, men också genom statliga bidrag och vårdavgifter från patienter (se vidare nedan). När det gäller ersättning till landsting och kommuner för kostnader för hälso- och sjukvård är utifrån utredningens uppdrag främst följande grupper av personer att beakta:

1. bosatta,
2. asylsökande som inte har fyllt 18 år,
3. asylsökande som har fyllt 18 år,
4. asylsökande som inte har fyllt 18 år och som håller sig undan beslut om verksställighet av avvisning eller utvisning (gömd papperslös),
5. asylsökande som har fyllt 18 år och som håller sig undan beslut om verksställighet av avvisning eller utvisning (gömd papperslös), och
6. personer som vistas i landet utan att ha ansökt om tillstånd för detta (papperslös).

För grupperna 2 och 4 har landstingen samma vårdansvar som för gruppen 1. Landstingen ska alltså skilja på olika kategorier asylsökande och papperslösa personer när de ger vård. Detta avspeglar sig i viss mån i regleringen av hur landstingen och kommunerna ersätts för den vård och behandling de ger.

2.5.2 Statlig ersättning till landsting och kommuner för hälso- och sjukvård åt bosatta personer m.fl.

Bosatta personer i ett landsting ska alltså erbjudas fullständig hälso- och sjukvård (se vidare avsnitt 2.4). Vid sidan av landstingsskatten finansieras bosatta m.fl.¹⁴⁹ personers:

- sluten och öppen vård genom ett generellt statsbidrag och vårdavgifter upp till ett högkostnadsskydd,¹⁵⁰
- läkemedlen, utanför sluten vård och smittskyddet, genom läkemedelsförmånen¹⁵¹ och vårdavgifter upp till ett högkostnadsskydd, och

¹⁴⁹ Detta gäller även s.k. kvarskrivna personer samt asylsökande och "gömda" personer som inte fyllt 18 år (se vidare nedan).

¹⁵⁰ HSL jämförd med förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m.

¹⁵¹ Lagen (2002:160) om läkemedelsförmånen m.m.

- tandvården för barn och ungdomar t.o.m. att de fyllt 19 år genom det generella statsbidraget¹⁵² samt
- tandvården för övriga genom det statliga tandvårdsstödet och vårdavgifter.¹⁵³

2.5.2.1 Ersättningar till landsting och kommuner för utlänningar som likställs med bosatta

Asylsökande personer som undanhåller sig verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning och som inte har fyllt 18 år ska erbjudas motsvarande hälso- och sjukvård som bosatta inom respektive landsting, dvs. vård som har beskrivits som fullständig sjukvård och regelbunden och fullständig tandvård. Dessa personer omfattas däremot inte av det ersättningssystem som beskrivs ovan i 2.5.2. Deras hälso- och sjukvård bekostas genom landstingsskatten. I vart fall kan de inte räknas så att ett landsting kan få betalt enligt schablonen. Ännu mindre kan de bli föremål för en begäran om särskild ersättning enligt principerna för de s.k. 100 000-kronorsfallen (se avsnitt 2.5.3).

2.5.2.2 Migrationsverkets fortsatta ansvar i vissa fall sedan uppehållstillstånd meddelats

Migrationsverket har även administrativt ansvar efter beslut om uppehållstillstånd för asylsökande personer som har varaktigt behov.¹⁵⁴ Detta är alltså också ett undantag från regeln i HSL om att landstinget eller en kommun ska erbjuda fullständig hälso- och sjukvård åt samtliga i sitt område bosatta eller boende personer. En kommun och ett landsting har rätt till ersättning från staten för kostnader för hälso- och sjukvård, som på ordination av läkare varaktigt måste beredas bl.a. en utlänning, på grund av en sjukdom eller ett funktionshinder som utlänningen hade när han eller hon först togs emot i en kommun eller som annars har ett direkt samband med utlänningens situation som skyddsbehövande. Ersättning lämnas endast om vården bedöms ha en varaktighet av minst tre år. Ersättningens storlek be-

¹⁵² Tandvården för barn och ungdomar är kostnadsfri för patienten (15 a § tandvårdslagen (1985:125)).

¹⁵³ Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd jfr med 4 § tandvårdslagen (1985:125). Det finns också särskilda regler för personer med särskilda behov, t.ex. personer som omfattas av lagen 1993:377) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

¹⁵⁴ Det följer av förordning (2010:1122) om statlig ersättning för insatser för vissa utlänningar.

stäms enligt Riksavtalet för utomlänsvård om inte annat avtalats.¹⁵⁵ Statlig ersättning ges också via Migrationsverket till kommuner och landsting för insatser för skyddsbehövande och vissa andra utlänningar som avses i 3 § och som före utgången av november 2010 först togs emot i en kommun.¹⁵⁶ Ett landsting har rätt till ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård av en utlänning som på grund av en sjukdom eller en funktionsnedsättning som utlänningen hade när han eller hon först togs emot i en kommun, eller som annars har ett direkt samband med utlänningens situation som skyddsbehövande, måste beredas varaktig vård som ordinerats av läkare. Även dessa personer kan vara bosatta i dem mening som avses i HSL.

2.5.3 Statlig ersättning till landsting och kommuner för hälso- och sjukvård åt asylsökande personer

Landstingen ersätts för den hälso- och sjukvård som de ger till asylsökande personer genom statsbidrag till landstingen och kommunerna via Migrationsverket och vårdavgifter från patienterna.¹⁵⁷ I de fall den statliga ersättningen inte räcker till finansieras även asylsökande personers hälso- och sjukvård genom landstingsskatten.

Ersättningen för den slutna och öppna vården består dels i en schablonersättning per asylsökande person (angående storleken på schablonen se nedan) dels, i förekommande fall ersättning i särskild ordning för kostnadskrävande vård (de s.k. 100 000-kronorsfallen, se vidare nedan).¹⁵⁸ Landstingen får ersättning enligt schablon också för de gömda som inte fyllt 18 år.¹⁵⁹

Öppenvårdsapoteken får ersättning av Migrationsverket för de läkemedel som skrivs ut till asylsökande personer.¹⁶⁰

Av förarbetena till lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. framgår bl.a. att det statliga ersättningssystemet måste utformas så att kostnaderna kan kontrolleras och systemet är admini-

¹⁵⁵ 3 § jfr med 26 och 33 §§ förordningen (2010:1122) om statlig ersättning för insatser för vissa utlänningar.

¹⁵⁶ Förordning (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m.

¹⁵⁷ Förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande och förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar.

¹⁵⁸ 6 § Förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

¹⁵⁹ Regeringen och Landstingsförbundet kom i april 2000 överens om att landstingens åtagande att lämna hälso- och sjukvård samt tandvård åt de s.k. gömda barnen endast ersätts genom den schabloniserade ersättningen.

¹⁶⁰ 9 § Förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

strativt hanterbart.¹⁶¹ Vidare sägs att en schabloniserad ersättning bör eftersträvas och kompletteras med någon form av särskild ersättning för särskilt kostnadskrävande vård.

Av förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande följer att ersättning ges:¹⁶²

- när det gäller asylsökande som har *fyllt 18 år* för omedelbar vård och vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort, vård och åtgärder enligt smittskyddslagen (2004:168) samt omedelbar tandvård och tandvård som inte kan anstå,
- när det gäller asylsökande som *inte har fyllt 18 år* för hälso- och sjukvård samt tandvård.

Man skiljer alltså såvitt avser ersättningsbestämmelserna mellan asylsökande personer som inte har fyllt 18 år och de som har det. Vidare framgår att Migrationsverket ska ersätta landstingen och kommunerna för hälso- och sjukvård åt asylsökande personer:

- dels med en schablonsumma per asylsökande som vistas i landstinget/kommunen den sista dagen i varje kvartal,¹⁶³
- dels i förekommande fall, ersättning i särskild ordning för kostnadskrävande vård, de s.k. 100 000-kronorsfallen.¹⁶⁴

Schablonersättningen är per asylsökande person år 2011:

- 3 440 kr per person för barn och ungdomar som är under 19 år,¹⁶⁵
- 4 075 kr per person för vuxna, mellan 19 och 60 år,
- 5 185 kr per person som var 61 år eller äldre.

I schablonbeloppen inkluderas ersättning för tolk, hjälpmedel, transport eller sjukresa i samband med vård enligt förordningen om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

Ersättningen i särskild ordning beräknas enligt Riksavtalet för utomlänsvård som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tar fram.

¹⁶¹ Prop. 1993/94:94 s. 59.

¹⁶² 2 § andra–tredje styckena.

¹⁶³ 6 § andra stycket förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

¹⁶⁴ 7 § förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

¹⁶⁵ Regeln är inte utformad så att det motsvarar regeln om vård till unga, dvs. schablonen är för de som inte har fyllt 19 år medan regeln om vård gäller för personer som inte fyllt 18 år.

Det utgår också schablonersättning om ca 2 000 kr per hälsoundersökning, som utbetalas efter ansökan sedan undersökningen genomförts.¹⁶⁶

Migrationsverket utbetalar även den statliga ersättning som öppenvårdsapoteken har rätt till för receptföreskrivna läkemedel för asylsökande.¹⁶⁷

Migrationsverkets redovisning av statens samlade kostnader för hälso- och sjukvården åt asylsökande m.fl. för år 2009 uppgick till drygt 712 miljoner kr (drygt 709 miljoner kr för 2010). Detta har bestått i schablonersättning, ersättning i särskild ordning för kostnadskrävande vård, hälsoundersökning m.m. enligt tabellen nedan. Kostnaden för år 2009 lyfts särskilt fram för att jämföra med den uppgift om utbetalad ersättning för vård som ersätts genom schablonen som SKL tagit fram för samma år (se nedan).

Migrationsverkets kostnader för asylsökande år 2008–2010¹⁶⁸

	Period (År)		
	2008	2009	2010
Schablonersättning, sjukvård	597 119 tkr	552 222 tkr	531 966 tkr
Särskilt kostnadskrävande vård	112 496 tkr	108 662 tkr ¹⁶⁹	113 748 tkr
Hälsoundersökningar	31 765 tkr	20 466 tkr	27 327 tkr
Läkemedel	31 017 tkr	30 877 tkr	36 240 tkr
Summa	772 397 tkr	712 227 tkr	709 281 tkr

Under år 2010 avgjorde Migrationsverket 31 256 asylansökningar, år 2009 rörde det sig om 27 359 ansökningar och år 2008 om 33 845 ansökningar.¹⁷⁰

¹⁶⁶ 6 a § förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård åt asylsökande.

¹⁶⁷ Ersättningsregler finns i 9 § förordningen (1996:137) om mottagande av asylsökanden m.fl. (LMA).

¹⁶⁸ Migrationsverkets årsredovisningar för åren 2009 och 2010, not 9 respektive år.

¹⁶⁹ SKL har i anslutning till redovisningen av enkäten för 2009 uppgett att landstingen krävde in 106 miljoner kr för särskilt kostsam vård för år 2009.

¹⁷⁰ Migrationsverkets årsredovisning 2010, s 22.

2.5.4 Ersättning till landsting och kommuner för hälso- och sjukvård åt papperslösa personer

För den omedelbara hälso- och sjukvård som landstingen och kommunerna ska erbjuda papperslösa personer utgår ingen statlig ersättning. Den finansieras därför helt genom vårdavgifter från vårdmotagaren, och bestäms enligt den prislista som gäller för landsting och kommuner när de vårdar utomlänspatienter (Riksavtalet). Det får dock konstateras att hälso- och sjukvården som tillhandahålls papperslösa personer i praktiken finansieras via landstingets budget. Det hänger samman med att landstingen sällan får betalt för den vård som givits eller arbetar aktivt för att driva in skulden.¹⁷¹

2.5.5 Landstingens kostnader för den hälso- och sjukvård som ges åt asylsökande personer och som ersätts med schablonen

Migrationsverket betalar ut schablonersättningen utifrån hur många asylsökande personer som bor per upptagningsområde.¹⁷² Detta sker kvartalsvis och beslutas av verket och utbetalas per automatik.

SKL gör årligen en enkätundersökning om landstingens kostnader för den hälso- och sjukvård som ersätts via schablonen. Landstingens kostnader för asylsjukvården har tidigare överstigit den statliga ersättningen. Under år 2006 närmade sig dock den statliga ersättningen landstingens kostnader, och för åren 2007–2008 visade SKL:s sammanställningar att statens ersättning totalt täckte landstingens kostnader. Med stöd av undersökningen år 2010 konstaterar emellertid SKL att landstingen för år 2009 hade ett samlat underskott på 69 miljoner kr. Ersättningen från staten uppgick till 549 miljoner kr medan kostnaden var 618 miljoner kronor.

Landstingen beräknade sina kostnader för sjukvård åt asylsökande personer enligt bestämmelserna i Riksavtalet för utomlänsvård. De kostnader som redovisas här har alltså sin grund i en fastställd regional prislista, som har upprättats inom respektive sjukvårdsregion.

Den *genomsnittliga kostnaden* per asylsökande person som ska finansieras med statlig ersättningsschablon ökade från 2008 till 2009 med 14 procent, från 15 580 kr till 17 740 kr. Av nedanstående tabell

¹⁷¹ Jfr e-post från Kronofogdemyndigheten till utredningen (Dnr S 2010:01/2011/2).

¹⁷² Se 6 § första stycket lagen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

framgår nivån på denna kostnad, exklusive ”100 000-kronorsfallen”, under åren 2006–2009.

Den genomsnittliga kostnad per asylsökande person som finansierades med statlig schablon år 2006–2009

År	2006	2007	2008	2009
Kronor	14 050	15 140	15 580	17 740

Inkluderas kostnaderna för de s.k. 100 000-kronorsfallen blev genomsnittskostnaden för de asylsökande personernas hälso- och sjukvård samt tandvård under år 2009 20 800 kr. Motsvarande kostnad för bosatta samma år var 18 840 kr.

Den *genomsnittliga statliga schablonersättningen* per asylsökande person ökade från 2008 till 2009 med 2,6 procent från 15 366 kr till 15 758 kr. I dessa belopp ingår inte ersättning för 100 000-kronorsfallen. Av följande tabell framgår nivån på den genomsnittliga statliga schablonersättningen per individ under åren 2006–2009.

Genomsnittlig statlig schablonersättning per asylsökande person år 2006–2009

År	2006	2007	2008	2009
Kronor	13 131	15 292	15 366	15 758

I den undersökning som Institutionen för Hälso- och Sjukvårdsökonomi (IHE) utfört på utredningens uppdrag finns mer utförliga uppgifter om kostnader för hälso- och sjukvård åt bosatta, asylsökande och papperslösa personer (se bilaga 2).

2.6 Medicinsk etik

2.6.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter

Av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.¹⁷³ En patient

¹⁷³ Den tidigare bestämmelsen i 2 kap. 1 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) har den 1 januari 2011 ordagrant förts över till patientsäkerhetslagen.

ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.

Vad som avses med hälso- och sjukvårdspersonal framgår av 1 kap. 4 § samma lag. Som sådan personal avses enligt lagen bl.a. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter.

Av 6 kap. patientsäkerhetslagen följer vidare att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (2 § första stycket) och att han eller hon är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls (4 § första stycket).

Patientdatalagen (2008:355), som gäller alla vårdgivare oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi, och som tillämpas på hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) innehåller bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Av 1 kap. 2 § denna lag framgår att informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Hälso- och sjukvården och dess personal står enligt bestämmelserna i 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen under tillsyn av Socialstyrelsen. Om Socialstyrelsen får kännedom om att hälso- och sjukvårdspersonal inte fullgör sina skyldigheter i enlighet med bestämmelserna i patientsäkerhetslagen eller någon annan föreskrift som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamhet, ska Socialstyrelsen vidta åtgärder för att skyldigheterna ska fullgöras (7 kap. 29 § patientsäkerhetslagen). Om Socialstyrelsen anser att det finns skäl för beslut om provotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning av forskrivningsrätt, ska styrelsen anmäla detta till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (7 kap. 30 § patientsäkerhetslagen). Är hälso- och sjukvårdspersonal skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått ett brott för vilket fängelse är föreskrivet, ska Socialstyrelsen, förutom i vissa undantagsfall, göra anmälan till åtal (7 kap. 29 § andra stycket patientsäkerhetslagen).

2.6.2 Vetenskap och beprövad erfarenhet samt den medicinska etikens olika regler och grundprinciper

2.6.2.1 Vetenskap

Som framgått ovan är personal inom hälso- och sjukvården ålagda att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vetenskap är ett begrepp som kan sägas innebära ett system av beprövade metoder som används för att så noggrant som möjligt undersöka, beskriva och förklara verkligheten jämte mängden av säker kunskap vunnen därmed.¹⁷⁴

2.6.2.2 Beprövad erfarenhet

Begreppet beprövad erfarenhet är inte närmare definierat i lag. För definition av begreppet brukar vanligen (exempelvis i Alternativmedicinkommitténs huvudbetänkande SOU 1989:60) hänvisas till ett uttalande av Socialstyrelsen från år 1976:

När exempelvis en ny behandlingsmetod introduceras saknas självklart erfarenhet, det vetenskapliga underlaget får vara grunden för att metoden accepteras eventuellt efter erfarenheter vunna vid försök på djur. I andra fall kan långvarig klinisk erfarenhet vara det dominerande underlaget för att en behandlingsmetod accepteras medan de teoretiska och/eller experimentella vetenskapliga bevisen för dess effektivitet kan vara begränsade.

Beprövad erfarenhet kan också vara konsensus i läkarkåren, behandlingstradition, professionellt omdöme, sunt förnuft, klinisk blick och lyhördhet till vars och ens personliga värderingar.¹⁷⁵

2.6.2.3 Lagar, etiska regler och grundprinciper styr vårdpersonalen

Som framgått av redogörelsen ovan finns i såväl patientsäkerhetslagen som patientdatalagen bestämmelser som reglerar hur vårdpersonalen ska utföra sitt arbete. Det är därvid värt att särskilt notera

¹⁷⁴ Nationalencyklopedin, svensk ordbok, <http://www.ne.se/sve/vetenskap>.

¹⁷⁵ Diskussion under Läkardagarna i Örebro 1997, se Ragnar Levi: Vad menas med beprövad erfarenhet? artikel på SBU (Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården), www.sbu.se/sv/vetenskap--Praxis/vetenskap-och-praxis/2095.

att det är den enskilde anställda – och inte vårdgivaren som organisation – som bär ansvaret för hur han eller hon utför sitt arbete.¹⁷⁶ Att den enskilde har en viss legitimation ställer särskilda krav på henne eller honom och det finns inom ramen för detta en möjlighet till sanktion, exempelvis genom återkallande av legitimationen, för det fall den enskilde inte uppfyller kraven (se vidare under 2.6.1).

Personalen inom vården styrs emellertid inte enbart av lagar och förordningar utan också av en rad etiska riktlinjer. Medicinsk etik anses nämligen vara en grundläggande beståndsdel av yrkesidentiteten för ett stort antal yrkesgrupper som är verksamma inom hälso- och sjukvårdens område.

2.6.2.4 Den medicinska etikens ursprung och innebörd i dag

Etiken föddes när människor medvetet började ta ställning i frågor om hur man bör handla. Då uppstod ett behov av att motivera den egna inställningen och argumentera för den inför andra. Såvitt man vet var Sokrates, född ca 470 f.Kr., den förste som hävdade det ovärdiga i att basera sitt moraliska handlande på okritiskt övertagande av andras normer och värderingar.¹⁷⁷ Den medicinska etiken brukar sägas ha utvecklats av den grekiske läkaren Hippokrates, född ca 460 f.Kr. Denne menade att alla patienter skulle behandlas lika och att exempelvis i krig fiendens soldater hade rätt till lika god vård som de egna soldaterna, samt att man i all behandling och vård ska ha patientens bästa för ögonen.

Etiken berör bland annat målet med det medicinska arbetet: att i första hand bota eller, om det inte är möjligt, att lindra. Varje patient har rätt att bli bedömd av en kompetent person som arbetar för patientens bästa utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och som är fri att göra egna bedömningar utan påtryckningar av andra.

Alltsedan andra världskriget har arbetet med medicinsk etik intensifierats, mycket på grund av händelser under kriget som visade att medicinska landvinningar kunde utnyttjas på ett icke önskvärt sätt med allvarliga effekter.

I all medicinsk verksamhet ska fyra etiska grundprinciper beaktas, nämligen

¹⁷⁶ Enligt bestämmelserna i 7 kap. 23–28 §§ patientsäkerhetslagen kan emellertid Socialstyrelsen vidta ett flertal olika åtgärder mot en vårdgivare som inte fullgjort sina skyldigheter.

¹⁷⁷ Statens medicinsk-etiska råd (SMER): Etik – en introduktion (www.smer.se/Uploads/Files/57.pdf).

- göra gott,
- inte skada,
- respekten för patientens autonomi och integritet (självbestämmandeprincipen) och
- rättvisa.

Göra gott

Göra gott-principen innebär att varje människa har en positiv förpliktelse att göra gott, vilken kompletterar självbestämmandeprincipen och principen att inte skada. I praktiken relateras principen till förmåga och situation.

Inte skada

Inte skada-principen innebär att det alltid är oförenligt med medicinsk etik att använda sin kunskap för att skada eller åstadkomma lidande i världen. Kan man välja mellan två eller flera handlingsalternativ bör man därför välja det alternativ som åstadkommer minst skada eller det som medför minst lidande.

Respekten för patientens autonomi och integritet

Respekten för patientens autonomi och integritet innebär bl.a. att vården om möjligt ska utformas i samråd med patienten och att dennes vilja ska respekteras. En person har med andra ord rätt att få sina värderingar, önskningar och åsikter respekterade. Personen har en rätt att få vara med och bestämma om handlingar och beslut som rör personen själv. Det kan innebära att faktorer hänförliga till patientens bakgrund eller livsstil, som religion, sexuell läggning eller dylikt, beaktas. Att så sker får emellertid inte innebära att patienten diskrimineras eller behandlas orättvist.

Ibland är patientens autonomi nedsatt till den grad att patienten har svårt att själv fatta beslut. Information från närstående om patientens inställning kan utgöra en del av vårdpersonalens beslutsunderlag. Om det inte finns några närstående att tillfråga bör i sådana situationer representanter för sjukvården fatta beslut i patientens ställe med patientens bästa för ögonen, vilket i sig är ett uttryck för s.k. medicinsk paternalism.

Rättvisa

Rättviseprincipen innebär att lika bör behandlas lika och understyker att det är oetiskt att särbehandla olika grupper om det inte finns etiskt relevanta skillnader mellan dem. När det gäller tillgång till vård innebär denna princip att alla människor i vårt land har lika rätt till vård oavsett yttre omständigheter.

Medicinska behov ska styra

I dag innebär den medicinska etiken att varje patient ska utredas, prioriteras och behandlas enbart utifrån sina medicinska behov. Vårdpersonal ska aldrig påverkas av eller tvingas ta hänsyn till kön, socioekonomisk status, politiska åsikter, religiös tillhörighet, sexuell läggning eller liknande för att låta detta styra det medicinska arbetet. Det är enbart patientens medicinska behov som ska styra och varje patient ska behandlas likvärdigt.

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) har sammanfattat¹⁷⁸ de etiska principerna som att människovärdet

- är knutet till existensen och inte till funktioner eller egenskaper,
- innebär att alla människor har vissa grundläggande rättigheter som ska respekteras och att i dessa avseenden är ingen förmer än någon annan,
- inte utesluter möjligheten att värdera människors egenskaper, lämplighet eller kvalifikationer i ett visst bestämt sammanhang, t.ex. i samband med ett anställningsförfarande eller en laguttagning. En sådan rangordning kränker inte individernas människovärde.

2.6.3 Exempel på etiska riktlinjer för några yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården

Inom vården finns 21 legitimerade yrkesgrupper med egna kunskapsområden. Ett flertal av dessa har genom sina yrkesorganisationer antagit egna etiska riktlinjer.¹⁷⁹ Även andra yrkeskategorier, vilka inte kategoriseras som vårdpersonal, kommer frekvent i kontakt med

¹⁷⁸ SMER, a.a.

¹⁷⁹ En sammanställning av olika yrkesetiska riktlinjer återfinns på hemsidan för CODEX – en samling av regler och riktlinjer för forskning, publicerade på <http://www.codex.vr.se/etik9.shtml>.

asylsökande och papperslösa personer inom hälso- och sjukvården. Dit hör exempelvis kuratorer och socionomer. Även dessa yrkesgrupper har egna etiska riktlinjer. I detta avsnitt begränsas redogörelsen till några av de yrkesgrupper som asylsökande och papperslösa vanligen kommer i kontakt med när de besöker hälso- och sjukvården.

2.6.3.1 Läkare

Sveriges läkarförbud har utformat etiska regler av vilka framgår bland annat följande.¹⁸⁰

- Läkaren ska i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud.
- Läkaren ska handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, ständigt söka vidga de egna kunskaperna samt efter bästa förmåga bidra såväl till den vetenskapliga utvecklingen som allmänhetens kännedom om denna. Efter förmåga ska läkaren alltid ställa sin kunskap till förfogande.
- Läkaren ska aldrig frånga principen om människors lika värde och aldrig utsätta en patient för diskriminerande behandling eller bemötande.

De nationella läkarförbundens samarbetsorganisation *World Medical Association* (WMA) har bland annat formulerat en lång rad etikdeklarationer.¹⁸¹ Bland dessa kan nämnas Genève-deklarationen år 1948, Lissabondeklarationen om patientens rättigheter år 1981 och resolutionen om medicinsk vård för flyktingar och internflyktingar år 1998, vilken uppdaterats senast i oktober 2010. Av denna senare resolution framgår bland annat att

- Läkare har en skyldighet att tillhandahålla medicinsk vård oberoende av patientens civila eller juridiska status.
- Läkare kan inte åläggas att delta i någon bestraffande eller juridisk åtgärd avseende flyktingar, asylsökande eller papperslösa, eller att tillhandahålla behandling som inte är medicinskt påkallad.

¹⁸⁰ Den nuvarande versionen antogs vid Läkarförbundets fullmäktigemöte år 2009 och finns publicerade på <http://www.sl.se/Lakarrollen/Etik/>.

¹⁸¹ www.wma.net.

- Läkare måste ges tillräcklig tid och resurser för att bedöma det fysiska och psykiska tillståndet hos den som är asylsökande.
- Läkare bör understödja rätten för alla att erhålla medicinsk vård baserad enbart på det kliniska behovet.

2.6.3.2 Sjuksköterskor

För sjuksköterskor gäller den etiska kod som *International Council of Nurses* antog år 1953 och som senast reviderades år 2005.¹⁸² Av koden framgår att en sjuksköterskas grundläggande ansvarsområden är

- att främja hälsa,
- att förebygga sjukdom,
- att återställa hälsa,
- att lindra lidande.

2.6.3.3 Barnmorskor

The International Confederation of Midwives (ICM) har antagit *The International Code of Ethics for Midwives* år 1999.¹⁸³ I riktlinjerna anges att koden tar hänsyn till kvinnor som personer med fullständiga mänskliga rättigheter, söker rättvisa för alla människor och jämlikhet när det gäller tillgång till hälsovård, baserar sig på ömsesidig respekt och tillit samt tar hänsyn till varje människas egna värde.

2.6.3.4 Psykologer

Sveriges Psykologförbunds kongress antog år 1998 yrkesetiska principer för psykologer i Norden, vilka bygger på etiska principer antagna av *European Federation of Psychologists' Associations*.¹⁸⁴ I korthet innehåller dessa fyra huvudprinciper:

- respekt för individens rättigheter och värdighet,
- yrkesmässig kompetens,

¹⁸² Publicerade på <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/ICNs%20etiska%20kod.pdf>.

¹⁸³ Koden finns publicerad i svensk översättning på http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska_koden.doc.

¹⁸⁴ Publicerade på www.psykologforbundet.se/SiteCollectionDocuments/Yrket/yrkesetiska.pdf

- ansvar,
- yrkesmässig integritet.

2.6.3.5 Tandläkare

Sveriges Tandläkarförbund fastställde i december 2000 etiska riktlinjer som bl.a. innebär följande.¹⁸⁵

- Tandläkaren ska i sin yrkesgärning låta sig ledas av människokärlek och ärlighet. Det främsta målet ska vara patientens hälsa och välbefinnande.
- Tandläkaren ska bedriva sin verksamhet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, ständigt följa utvecklingen inom vården och vidga sina yrkesrelaterade kunskaper.
- Tandläkaren får inte göra sin auktoritet gällande så att han/hon inkräktar på patientens rätt att bestämma över sig själv.
- Tandläkarens förhållande till patienten får inte påverkas av för vården ovidkommande förhållanden.
- Tandläkaren ska anlita annan sakkunskap om han/hon för att kunna genomföra en undersökning eller behandling finner sådan erforderlig. Han/hon ska tillmötesgå patientens eller närståendes rimliga önskemål att rådfråga annan tandläkare och han/hon ska meddela denne sina egna iakttagelser.
- Tandläkaren ska iaktta tystnad i fråga om det han/hon under sin yrkesutövning fått höra eller kunnat iaktta hos sina patienter.
- Tandläkaren ska utföra endast den undersökning och föreslå den behandling som han/hon finner berättigad.
- Tandläkaren ska utan att träda patientens intresse förnär, respektera sina kollegers och andra vårdgivares arbete.

Därutöver har Privattandläkarna etiska riktlinjer, antagna per den 1 januari 2002, med i huvudsak samma innehåll.¹⁸⁶

¹⁸⁵ Publicerade på http://www.tandlakarforbundet.se/media/28981/etiska%20riktlinjer_m_kommentar.pdf?zoom_highlight=etiska+riktlinjer.

¹⁸⁶ Publicerade på <http://www.ptl.se/startside/sida.asp?SidID=12>.

2.6.4 Medicinsk etik i den offentliga debatten och i lagstiftningsarbetet

Vetenskapens utveckling i en föränderlig värld

På senare tid har i den offentliga debatten¹⁸⁷ påpekats att medicinsk etik kontinuerligt måste ifrågasättas i takt med att den medicinska vetenskapen utvecklas och samhället och våra värderingar förändras. Exempel på sådana förändringar är utvecklingen av nanoteknologi, stamcells forskning och forskning om chimärer, men även globaliseringen och risken för medicinsk turism som för med sig frågor av rättvisekaraktär. Ett därmed hörande problemområde inom etiken är förhållandet mellan resursstarka och resurssvaga personer, där de resurssvaga personerna kan antas inte ha samma förutsättningar att finna och ta till sig kunskap, hävda sin vilja och få tillgång till insatser som de resursstarka. Risken finns därför att de resurssvaga bortprioriteras.

Prioriteringsutredningen hade i mitten av 1990-talet i uppgift att diskutera hälso- och sjukvårdens roll i välfärdssamhället och att lyfta fram de grundläggande etiska principer efter vilka nödvändiga prioriteringar i vården bör ske. I sitt slutbetänkande Vårdens svåra val (SOU 1995:5) föreslog utredningen tre principer att lägga till grund för prioriteringar, nämligen

1. människovärdesprincipen,
2. behovs- eller solidaritetsprincipen och
3. kostnadseffektivitetsprincipen.

Utredningen rangordnade principerna så att människovärdesprincipen går före behovs- eller solidaritetsprincipen, och kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de övriga båda principerna.

Människovärdesprincipen formulerades av utredningen enligt följande

Att alla människor har samma värde är detsamma som att alla människor har samma mänskliga rättigheter och samma rätt att få dem respekterade och att ingen människa i detta avseende är förmer än någon annan.

¹⁸⁷ Se exempelvis dokumentation från ett seminarium rörande forskning och utbildning i medicinsk etik som Vetenskapsrådet höll den 2 juni 2010, <http://www.vr.se/franvetenskapsradet/kalendarium/dokumentationfranseminarier/dokumentationfranseminarierarkiv/seminariedokumentationbehovetavforskningochutbildningimedicinsketikiframtiden.5.4da1d17512b4b7a738380004035.html>.

Det relevanta vid prioriteringar enligt denna princip är att människovärdet inte är knutet till människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället, såsom begåvning, social ställning, inkomst, hälsotillstånd, ålder etc. utan till själva existensen. Liknande formuleringar av människovärdesprincipen återfinns i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna¹⁸⁸ och i svensk lagstiftning (framför allt grundlagen¹⁸⁹).

Dock angav utredningen vidare att människovärdesprincipen, trots att den är en nödvändig och grundläggande princip, inte ensam är tillräcklig som bas för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Om alla har lika värde och lika rätt men resurserna är begränsade kan inte alla få vad de egentligen har rätt till. Dilemmat är då att välja vilka som ska få det de har rätt till, utan att komma i konflikt med principen om allas lika värde. Som ytterligare princip för prioritering föreslog utredningen därför *behovs- eller solidaritetsprincipen*, vilken formulerades enligt följande.

Resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst.

Innebörden av behovs- eller solidaritetsprincipen är att, om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, ge mera av vårdens resurser åt de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvensen då blir att alla inte får sina behov tillgodosedda. Skälet att välja denna princip är att den har nära anknytning till den grundläggande humanitära motiveringen för vården. Den tolkning av rättvisa som innebär att alla ska ha lika mycket av vårdresurserna skulle leda till ojämlikhet. Anledningen är att människors villkor är olika, sjukdomar drabbar olika och sjukdomars behandlingsbarhet är olika. Lika fördelning skulle därför kunna förstärka ojämlikheten. Fördelning efter behov kan däremot utjämna skillnaderna.

Den tredje princip som utredningen förordade var, som angavs ovan, kostnadseffektivitetsprincipen. Principen introducerades i utredningens delbetänkande Vårdens svåra val (SOU 1993:93). Efter remissynpunkter formulerades principen i huvudbetänkandet enligt följande:¹⁹⁰

¹⁸⁸ Exempelvis artikel 1, FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna.

¹⁸⁹ Exempelvis 1 kap. 2 § regeringsformen.

¹⁹⁰ SOU 1995:5 s. 118 ff.

Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet.

Det s.k. Rätt till vård-initiativet (se vidare avsnitt 6.3.1) har tillkommit som en reaktion på den diskrepans som upplevs finnas mellan den nuvarande regleringen av asylsökande och papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvården och de yrkesetiska koder som vårdprofessionerna antagit. Till utredningen har också inkommit en framställan rubricerad Vårdpersonalens möjligheter att följa sin yrkesetik där undertecknande organisationer¹⁹¹ uppmanar utredningen att lägga förslag till lagstiftning som är förenlig med vårdprofessionernas etiska koder.

I kapitel 6 diskuteras hur den nuvarande författningsregleringen överensstämmer med de etiska principer som redovisats ovan.

¹⁹¹ Akademikerförbundet SSR, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Institutet för Biomedicinsk Laboratorievetenskap (IBL), Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Riksföreningen för barnsjuksköterskor, Riksföreningen för skolsköterskor, Svenska Barnmorskeförbundet, SRAT, Svensk förening för röntgensjuksköterskor, Svenska Barnläkarföreningen, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Läkarförbund, Svensk sjuksköterskeförning, Sveriges Tandhygienistföreningen (STHF), Sveriges Tandläkarförbund och Vårdförbundet.

3 Rättslig bakgrund

3.1 Inledning

De frågeställningar som utredningen har att hantera rör både nationella och internationella regler och överenskommelser. De mänskliga rättigheterna är en del av folkrätten och övrig internationell rätt och preciseras i olika internationella överenskommelser.

I sammanhanget aktualiseras

- *dels* frågan om vilka internationella överenskommelser Sverige som stat undertecknat inom de verksamhetsområden som är föremål för utredningens intresse,
- *dels* vilka juridiska och politiska åtaganden som Sverige de facto gjort,
- *och dels* om Sverige omsatt åtagandena till nationella regler i tillräcklig omfattning. Folkrättsliga regler och principer är således av väsentligt intresse i sammanhanget.

Som beskrivits i avsnitten 2.1 och 6.2 har det både från frivilligorganisationer och yrkesförbund inom hälso- och sjukvården inom Sverige och från behöriga konventionsorgan som t.ex. företrädare för Förenta Nationerna (FN) hävdats att Sverige inte fullt ut lever upp till de åtaganden som följer av de internationella överenskommelser som Sverige åtagit sig att följa.

Mot bakgrund av detta och för att sätta den nationella svenska lagstiftningen i sitt sammanhang görs inledningsvis en översiktlig genomgång av vissa folkrättsliga frågor som är relevanta för utredningens analys, bedömningar och förslag.

3.2 Folkrätten

Folkrätten består av regler om rättigheter och förpliktelser i förhållandet mellan stater, mellan kollektiv av stater, och mellan enskilda stater och sådana kollektiv av stater. Den innehåller också regler om hur kollektivens och de mellanstatliga organisationernas mandat ser ut och hur de är tänkta att fungera och verka. Deras uppgifter, befogenheter och arbetssätt bestäms av de avtal som träffats staterna emellan om organisationernas upprättande.¹

Folkrätten har att beakta de förpliktelser staterna kan ha enligt allmän folkrätt eller enligt ingångna avtal eller andra överenskommelser. Dessa förpliktelser innebär vanligen att en stat åtar sig att inom de nationella rättsordningarna upprätthålla vissa normer och att iaktta vissa grundsatser vid behandlingen av de enskilda människorna. Åtagandena anges dock inte alltid med önskvärd precision vilket emellanåt medför att det i den nationella tillämpningen kan uppstå tvister om tolkningen av bl.a. åtagandenas innebörd och vidd. När det t.ex. gäller vidden av de nationella åtagandena blir detta en hanterbar fråga först när någon form av internationell kontroll eller övervakning etablerats över staternas fullgörande av sina åtaganden. Inom ramen för denna kontroll av internationella organ, eller t.o.m. av dömande instanser, kan en auktoritativ tolkning av olika stadganden åstadkommas genom att dessa preciserar och utfyller stadgandena i den mån oklarheter om tolkningen uppstår.

3.2.1 Traktater och andra internationella överenskommelser

Under efterkrigstiden har försök gjorts att genom konventioner och andra överenskommelser skapa för flera stater gemensamma normer inom många verksamhetsområden. Dessa överenskommelser mellan stater bär många namn som t.ex. traktater, konventioner, protokoll, förklaringar eller deklARATIONER.

För att dessa överenskommelser ska vara folkrättsligt giltiga krävs att de ingås av enligt folkrätten behöriga företrädare för staterna i avsikt eller med viljan att bli bunden av innehållet. En överenskommelse kan ge uttryck åt en avsikt att skapa ömsesidiga rättigheter och skyldigheter mellan staterna eller enbart innehålla allmänna deklARATIONER av karaktären politiska förpliktelser.² För alla

¹ Hilding Eek, Folkrätten s. 425 (3:e upplagan 1980).

² a.a. s. 239.

överenskommelser är dock ambitionen att gemensamt försöka skapa en god ordning i det institutionaliserade statssamfundet. Konventioner som får en bred anslutning och en universell acceptans kan anses ge uttryck för en internationell sedvanerätt – ett uttryck för den s.k. universalitetsprincipen.³

För denna utredning är det de överenskommelser som Sverige åtagit sig att följa inom området mänskliga rättigheter som är av särskilt intresse. Dessa rör särskilt åtaganden om rätten till hälsa, skyddet för kvinnor och barn men även åtagandena inom migrationsområdet och därtill hörande frågor.

3.2.2 Traktaters och andra internationella överenskommelsers effekt

Vilken verkan/effekt har traktater och andra överenskommelser som i god folkrättslig ordning ingåtts? Det finns ett flertal folkrättsliga principer att ta hänsyn till när det gäller verkan och effekten av ingångna internationella överenskommelser. För utredningen är framför allt följande av intresse.

Staterna är skyldiga att respektera folkrättens regler. Varje land har ett ansvar för att dess åtaganden när det gäller de mänskliga rättigheterna omsätts i nationell lagstiftning eller på annat sätt görs till en del av den inhemska rätten. En stat som har anslutit sig till en konvention kan inte åberopa sina nationella lagregler för att rättfärdiga att den inte följer konventionen.⁴ I systemet finns dock inga regelrätta sanktioner inbyggda som faller ut eller som döms ut vid t.ex. bristande efterlevnad utan det förutsätts att de politiska ambitioner som staterna kommit överens om också realiserar. Däremot finns i systemet en ordning för att övervaka att länderna lever upp till det som överenskommit när det gäller att förverkliga ambitionerna även på nationell nivå (se vidare avsnitt 3.2.3).

De stater som ansluter sig till en konvention kan sägas ha ett tredelat ansvar. För det första ska de avstå från vissa handlingar som skulle begränsa eller kränka individens rättigheter. För det andra ska de skydda människor från att utsättas för övergrepp från andra aktörer. Slutligen ska de ge förutsättningar för enskilda att åtnjuta och utkräva sina rättigheter.⁵

³ Regeringen skrivelse Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik s. 9; Skr. 2007/08/109.

⁴ Wienkonventionen om traktaträtten (*Vienna Convention on the Law of Treaties*), 1969, artikel 27.

⁵ SOU 2010:70 s. 113.

Det finns, något förenklat, två olika sätt för stater att se på förhållandet mellan internationell och nationell rätt, det *monistiska* och det *dualistiska* synsättet. Monism innebär att ingångna konventioner automatiskt blir gällande nationell rätt och som sådan en del av den interna rätten. Dualism innebär att det krävs att konventionen görs om till nationell lag för att dess bestämmelser ska bli en del av den nationella rättsordningen. I dualistiska länder kan olika metoder användas för att se till att den nationella rätten motsvarar konventionernas krav. Begreppen inkorporering, transformering och konstaterande av normharmonik används i dessa sammanhang. Sverige har använt sig av samtliga metoder inom ramen för ett dualistiskt system.

EU-rätten har en särställning i förhållande till den svenska rättsordningen på så sätt att vissa typer av unionsrättsliga bestämmelser blir direkt tillämpliga i Sverige när de har antagits på EU-nivå. De mänskliga rättigheterna, demokratin och rättsstatsprincipen är grundläggande värderingar i EU. De finns inskrivna i det fördrag som ligger till grund för unionen.⁶ I och med Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna har de förankrats ytterligare. Länder som vill bli medlemmar i EU måste respektera de mänskliga rättigheterna. Det gäller även för länder som har slutit handelsavtal och andra avtal med unionen. EU betraktar de mänskliga rättigheterna som allmänna och odelbara. Därför främjas och försvaras de aktivt, både inom och utanför EU:s gränser. Det innebär dock inte att EU försöker inkräkta på de omfattande befogenheter som medlemsländernas nationella regeringar har på detta område. EU:s politik för de mänskliga rättigheterna inriktas på medborgerliga, politiska, ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Samtidigt främjas kvinnors och barns rättigheter, liksom minoriteters och fördrivna personers rättigheter.⁷

⁶ Fördraget om Europeiska unionen, undertecknades 7 februari 1992 i Maastricht, trädde i kraft 1 november 1993, Lissabonfördraget om ändring av fördraget om Europeiska unionen och fördraget om upprättandet av Europeiska gemenskapen, undertecknat i Lissabon den 13 december 2007, trädde i kraft 1 december 2009.

⁷ Se exempelvis http://europa.eu/pol/rights/index_sv.htm. I artikel 2 i Lissabonfördraget om Europeiska unionen (den konsoliderade versionen som ännu inte har ratificerats) fördjupas detta åtagande genom att det fastställs att "unionen ska bygga på värdena respekt för människans värdighet, frihet, demokrati, jämlikhet, rättsstaten och respekt för de mänskliga rättigheterna, inklusive rättigheter för personer som tillhör minoriteter (se vidare Europaparlamentets hemsida http://circa.europa.eu/irc/opocefact_sheets/info/data/relations/cfsp/article_7232_sv.htm).

Efter att Lissabonfördraget trätt i kraft under 2009⁸, är Sverige bundet av Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna.

Frågan om konventioner om mänskliga rättigheter ska inkorporeras eller införlivas i nationell rätt på annat sätt aktualiserades i samband med att regeringsformens kapitel om fri- och rättigheter skulle utformas. I den proposition som lades fram 1973 med förslag till ny regeringsform uttalade departementschefen följande:⁹

Att ta ytterligare ett steg och införliva rättighetskonventionerna med svensk rätt stöter emellertid på praktiska och tekniska svårigheter. Särskilt bör pekas på den brist på enhetlig juridisk terminologi som ofta utmärker konventionstexterna. Härtill kommer att den teknik som har använts vid konstruktionen av konventionerna i hög grad skiljer sig från svensk lagstiftningsteknik. Konventionerna lämpar sig därför inte för en direkt tillämpning i enskilda tvister inför svenska domstolar och myndigheter. Man måste räkna med att ett införlivande av konventionerna med svensk grundlag i åtskilliga fall skulle kunna medföra ovisshet om vad som gäller i detalj på olika områden.

Sverige har som nämnts ett dualistiskt system enligt vilket konventioner som Sverige har ratificerat inte automatiskt blir en del av den interna rätten. Det finns två huvudsakliga metoder för att ge laga kraft till internationella konventioner i svensk lag: införlivande och omvandling (transformation).

Internationella konventioner omvandlas vanligen till svensk lag genom antagande av motsvarande bestämmelser i en befintlig eller ny svensk lag. I vissa fall kan en konvention införlivas i en allmän lag, som anger att konventionen ska gälla i Sverige som svensk lag och vara direkt tillämplig. Ett exempel på den senare metoden är den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen), som införlivades i svensk lag 1995 genom lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.¹⁰ Rättigheterna i denna konvention motsvarar i stort sett de medborgerliga och politiska rättigheter som återfinns i FN-konventionen om de medborgerliga och politiska rättigheterna. Ett viktigt argument för inkorporering var också att Europakonventionen ingick i EG-rätten.¹¹ Inför inkorpo-

⁸ Prop. 2007/08:168.

⁹ Prop. 1973:90 med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m., s. 195.

¹⁰ Prop. 1993/94:117.

¹¹ SOU 1993:40, *Fri- och rättighetsfrågor*, s. 123 ff.

reringen gjorde regeringen bedömningen att inkorporeringen endast skulle avse Europakonventionen och inte andra konventioner om mänskliga rättigheter.¹² Som skäl angavs att Europakonventionen har en särställning. Tillämpningen av konventionen bygger på en utpräglad juridisk grund, med prövning i Europadomstolen på talan av enskilda. Konventionens bestämmelser har också preciserats genom domstolens praxis på ett sätt som skiljer sig från andra konventioner.

Genom ratifikation förklarar sig ett land bundet av en konventions regler. Detta görs i de flesta stater av landets lagstiftande församling (i Sverige görs detta av riksdagen). Innan dess har regeringens representanter undertecknat konventionen. Undertecknandet kan ses som en viljeförklaring samt en signal att landet ifråga förbereder ratifikation av en viss konvention. En allmän folkrättslig princip är att en traktat, en konvention eller ett protokoll förbinder de anslutna staterna att lojalt (*bona fide*) fullgöra de åtaganden som gjorts genom anslutningen.¹³ I förarbetena till inkorporeringen av Europakonventionen i svensk rätt uttalade regeringen bl.a. att Sverige är folkrättsligt förpliktat att lojalt fullgöra de åtaganden som följer av en konvention som Sverige tillträtt även om konventionen i fråga inte är internt gällande rätt.¹⁴

Det räcker dock inte med lagar som klargör statens skyldigheter eller som förbjuder vissa handlingar. Det måste också finnas ett fungerande rättssystem som förverkligar lagarna. Därutöver krävs kompletterande åtgärder såsom främjande – genom information och på annat sätt – av de mänskliga rättigheterna.

Huvudregeln är att endast de stater som anslutit sig till traktaten, konventionen eller protokollet är bundna av den. Dessa betraktas således som en för berörd stat juridiskt bindande överenskommelse. Ett exempel på detta är just Europakonventionen.

Konventioner och protokoll blir således juridiskt bindande genom att staterna uttryckligen förklarar sig bundna av dem medan förklaringar och deklARATIONER utgör politiska förpliktelser. En förklaring eller en deklARATION är inte juridiskt bindande på samma sätt men är likväl ett folkrättsligt dokument som ska ge uttryck åt de politiska förpliktelser som anses angelägna inom det område som avses. När FN:s generalförsamling 1948 proklamerade den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna ”as a common standard of achieve-

¹² Prop. 1993/94:117, s. 34.

¹³ Hilding Eek, Folkrätten s. 250 (3:e upplagan 1980).

¹⁴ Prop. 1993/94:117 s. 11 och 40.

ment for all peoples and nations” stod det klart, att förklaringen inte var en konvention och att dess grundsatser inte skulle vara bindande för staterna så som en konvention är bindande.¹⁵ Tanken var ändå – vilket också framgår av inledningen (preambeln) – att staterna skulle respektera dessa regler och rättigheter oavsett en persons bakgrund eller status.

En annan allmän folkrättslig princip är att varje individ som befinner sig inom en stats territorium är underkastad dess legislativa, judiciella, administrativa och exekutiva makt. En stats geografiska område utgör också som huvudregel det territorium inom vilket olika rättigheter och skyldigheter kan göras gällande.¹⁶ I några fall har syftet med internationella överenskommelser varit att begränsa de enskilda staternas maktutövning inom territorierna gentemot enskilda individer. Både FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna och Europakonventionen är exempel på överenskommelser med denna effekt.

Det förhållandet att t.ex. Europakonventionen före år 1995 inte utgjorde en del av den svenska rättsordningen har emellertid inte inneburit att den saknat betydelse i lagstiftningsarbete och i rätts-tillämpning. Tvärtom hade konventionen redan innan den inkorporerades i svensk rätt betydelse även internrättsligt. I flera fall yttrade sig t.ex. Lagrådet över tilltänkt lagstiftning utifrån både vad som uppfattades vara konventionens krav och de uttolkningar som gjorts av Europadomstolen.¹⁷ Lagrådets normkontroll omfattar i dag svenska bestämmelserns förenlighet med Europakonventionen och EU-rätten. Regeringen har framfört till FN:s kommitté för de mänskliga rättigheterna att det är självklart att Lagrådet även ska reagera om det skulle finna att föreslagen lagstiftning inte överensstämmer med något av Sveriges övriga internationella åtaganden om de mänskliga rättigheterna, såsom FN-konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter.¹⁸

Som nämnts har de internationella konventionerna – med undantag av Europakonventionen som uttryckligen omnämns i 2 kap. 19 § regeringsformen – inte synliggjorts i svensk lagstiftning genom t.ex. konkreta hänvisningar. Frågan om behovet och önskemålet att ändra denna ordning har senast behandlats av den av regeringen år 2006 inrättade Delegationen för mänskliga rättigheter i Sverige. Med ut-

¹⁵ Hilding Eek, Folkrätten. s. 272.

¹⁶ Se regeringens Skrivelse Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik 2007/08:109 s. 8.

¹⁷ Prop. 1993/94:117 s. 11 f.

¹⁸ CCPR/CO/74/SWE/Add.1, 14 maj 2003, p. 8 och SOU 2010:70 s. 158.

gångspunkt i regeringens skrivelse *En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009* (skr. 2005/06:95) var delegationens uppgift att stödja det långsiktiga arbetet med att säkerställa *full respekt* för de mänskliga rättigheterna i Sverige.¹⁹ I sitt slutbetänkande *Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter* (SOU 2010:70) föreslog delegationen att uttryckliga bestämmelser som hänvisar till de överenskommelser om mänskliga rättigheter som Sverige har åtagit sig att följa ska föras in, i ett förtydligande syfte, i flera befintliga författningar. Detta arbete borde ta sin början bl.a. i några särskilda lagar som reglerar offentlig verksamhet i situationer där människor är särskilt utsatta i förhållande till eller beroende av det allmänna, t.ex. för att de är frihetsberövade, sjuka, befinner sig i flyktingskap eller på annat sätt i behov av samhällets stöd. Syftet med de föreslagna författningsbestämmelserna skulle vara att tydliggöra och erinra om vad som i och för sig redan gäller i dag, nämligen att konventionerna om mänskliga rättigheter ska användas som tolkningsmaterial vid tillämpning av nationell lagstiftning. I författningsförslagen användes uttrycket ”*respekt för den enskildes mänskliga rättigheter enligt de internationella överenskommelser som Sverige har åtagit sig att följa*”. De lagar som delegationen tog upp – och som är av särskilt intresse för denna utredning – är utlänningslagen (2005:716; UtlL), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL), kommunallagen (1991:900) och socialtjänstlagen (2001:453).²⁰

3.2.3 Tolknings av traktater och andra internationella överenskommelser

3.2.3.1 Inledning

Trots att de mänskliga rättigheterna är universella, har dess konventioner formulerats olika, varför det ibland uppstått svårigheter att tolka innebörden av dem. För tolkningen av en traktats avsedda innebörd och gränserna för de åtaganden som en stat förbundit sig att följa finns flera vägar att gå.

En allmän folkrättslig princip är att en traktat, en konvention eller ett protokoll förbinder de anslutna staterna att lojalt (*bona fide*) fullgöra de åtaganden som gjorts genom anslutningen.²¹ I förarbetena till inkorporeringen av Europakonventionen i svensk rätt uttalade

¹⁹ Dir. 2006:27 och Dir. 2009:125.

²⁰ SOU 2010:70 s. 21.

²¹ Hilding Eek, *Folkrätten* s. 250 (3:e upplagan 1980).

regeringen bl.a. att Sverige är folkrättsligt förpliktat att lojalt fullgöra de åtaganden som följer av en konvention som Sverige tillträtt även om konventionen i fråga inte är internt gällande rätt.²² I regeringens skrivelse Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik uttalar regeringen sin syn på de mänskliga rättigheterna ur flera aspekter; bl.a. att FN är det enda världsomspännande mellanstatliga forumet för utveckling och översyn av de mänskliga rättigheterna.²³ Som den enda legitima uttolkaren av statssamfundets gemensamma ställningstaganden är FN därmed också den främsta källan till allmän giltig normbildning på området²⁴. Vidare uttalar regeringen att ambitionerna ska höjas för att de mänskliga rättigheterna ska implementeras och efterlevas *fullt ut* i alla världens länder.²⁵

En allmän tolkningsprincip som används vid tolkningen av internationella fördrag kallas *fördragskonform tolkning*. Den innebär att t.ex. svensk lag så långt möjligt ska tolkas så att tolkningen överensstämmer med de internationella fördragen och så att den svenska lagstiftningen överensstämmer med Sveriges internationella åtaganden och den praxis om åtagandenas närmare innebörd som kan ha utvecklats av behöriga konventionsorgan. Grunden för detta är att en stat är folkrättsligt förpliktad att följa de konventioner som staten anslutit sig till.²⁶ I dessa sammanhang utgör naturligen både konventionen och de eventuella uttalanden t.ex. General Comments som gjorts av ansvarigt internationellt organ relevant tolkningsmaterial. Det är ytterst lagstiftarens ansvar att se till att den inhemska rätten överensstämmer med de internationella åtagandena.²⁷

När det gäller frågan om vidden av de nationella åtaganden som en stat gjort inom ramen för internationella avtal eller andra överenskommelser, blir detta en hanterbar fråga först när någon form av internationell kontroll eller övervakning etablerats över staternas fullgörande av sina åtaganden. Inom ramen för denna kontroll av internationella organ, eller t.o.m. av dömande instanser, kan en auktoritativ tolkning av olika stadganden åstadkommas genom att dessa preciserar och utfyller stadgandena i den mån oklarheter om tolkningen uppstår. Konventioner om t.ex. mänskliga rättigheter utvecklas också genom konventionsorganens tolkning och sådana tolk-

²² Prop. 1993/94:117 s. 11 och 40.

²³ Skr. 2007/08:109 s. 5.

²⁴ a.a. s. 44.

²⁵ a.a. s. 5, 40.

²⁶ SOU 2010 s. 322.

²⁷ Prop. 1993/94:17 s. 38.

ningar kan inte alltid förutses vid ratificeringstillfället.²⁸ Dessa uttalanden är inte minst viktiga som hjälp vid tolkningen när det handlar om t.ex. internationella konventioner som inte inkorporerats i nationell rätt utan där implementeringen gjorts genom transformering.

3.2.3.2 Uttolkare av ingångna internationella överenskommelser

Traktater som utgör mellanstatliga organisationers konstitutioner reser särskilda tolkningsproblem. Tolkningen sker ofta kollektivt, dvs. genom beslut och förhållningssätt inom organisationernas organ. Härigenom uppnås viss enhetlighet såvitt avser tolkningsresultaten, medan tolkningsmetoderna inte nödvändigtvis är desamma som anlitas genom ett judiciellt organ. Inom organisationerna finns också särskilda mekanismer för avgörande av tolkningstvister.²⁹

I de fall det finns tillgång till **internationella dömande instansers** ställningstaganden är dessa av största vikt vid tolkningen.³⁰ Utöver själva traktatens olika delar som inledning (preambeln), annex och eventuella sidoavtal är också eventuella förarbeten till traktaten av värde när det gäller att fastställa syftet med överenskommelsen. Till vissa traktater har det också tagits fram förklarande protokoll.

När Sverige har tillträtt FN:s kärnkonventioner om mänskliga rättigheter har normharmoni vanligen ansetts föreligga mellan svensk rätt och konventionernas bestämmelser. Lagstiftaren har alltså i regel ansett att den svenska lagstiftningen redan uppfyller konventionens krav och att inga särskilda åtgärder varit behövliga inför Sveriges ratificering av dessa konventioner. Svensk lagstiftning bedömdes t.ex. överensstämma med FN:s konventioner om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter och om medborgerliga och politiska rättigheter inför ratificeringen av dessa.³¹

Även i fall där svensk lagstiftning ansetts uppfylla kraven i en konvention i samband med att den ratificerats förekommer det dock att lagstiftning efter hand behövt anpassas till kraven i en konvention. Behov av förändrad lagstiftning kan t.ex. framkomma

²⁸ SOU 2010:70 s. 144.

²⁹ Hilding Eek, Folkrätten s. 254 (3:e upplagan 1980).

³⁰ T.ex. internationella domstolen inom FN-systemet och kommissionen för de mänskliga rättigheterna, ministerrådet och Europeiska domstolen inom Europarådets system.

³¹ SOU 2010:70 s. 140.

när en översyn görs av lagstiftningen eller genom att internationella organ som övervakar att staterna följer konventionen kommer fram till att det finns brister i genomförandet på nationell nivå. Konventioner om mänskliga rättigheter utvecklas också genom de behöriga konventionsorganens tolkning och sådana tolkningar kan inte alltid förutses vid ratificeringstillfället.³²

Europadomstolen

Sverige är part till Europakonventionen och de flesta av dess protokoll, samt ett antal av Europarådets övriga konventioner om mänskliga rättigheter. En person, en icke-statlig organisation eller en grupp enskilda personer som anser sig vara utsatt för en kränkning från Sveriges sida av de rättigheter som anges i Europakonventionen eller dess protokoll kan vända sig med ett klagomål till Europadomstolen. Som part till konventionen åligger det Sverige att rätta sig efter domstolens slutgiltiga dom i mål där Sverige är part. Domar mot Sverige har i ett antal fall föranlett utbetalning av skälig ersättning till klaganden och i vissa fall föranlett ändringar i svensk lagstiftning, bland annat beträffande ökad tillgång till domstolsprövning. Under överinseende av Europarådets ministerkommitté kommer regeringen att fortsätta att vidta alla nödvändiga åtgärder för att verkställa domstolens domar.

Europadomstolen tar således inte upp påstådda kränkningar av FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter utan av Europakonventionen. Denna konvention innehåller emellertid inte bestämmelser om rätten till hälsa och frågan har aldrig prövats³³ på det sätt som vore av intresse och till ledning för denna utredning, nämligen om det kan anses förenligt med mänskliga rättigheter att begränsa tillgängligheten till hälso- och sjukvården för andra länders medborgare.

Högkommisarie

Under FN:s världskonferens i Wien 1993 uppenbarades de allmänna tolkningsolikheterna när det gäller de mänskliga rättigheterna

³² SOU 2010:70 s. 144.

³³ Domen i målet *N v. the United Kingdom* (Application no. 26565/05) handlar exempelvis om utvisning av en AIDS-sjuk kvinna och huruvida detta var fråga om kränkning av artikel 3 vilken förbjuder tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.

och konferensen enades om en deklaration som slog fast att världssamfundet har en universell kontrollfunktion och ska se till att de mänskliga rättigheterna efterlevs. En **Högkommissarie för mänskliga rättigheter** inrättades av FN:s generalförsamling 1993. Enligt generalförsamlingens uppdrag har Högkommissariaten det huvudsakliga ansvaret för FN:s arbete för de mänskliga rättigheterna. Högkommissariaten uppgift är att främja och skydda de mänskliga rättigheterna genom dialog och rådgivning till FN:s medlemsländer samt har också mandat att integrera mänskliga rättigheter i arbetet som utförs av andra FN-organ. Högkommissariaten är oberoende i förhållande till de kommittéer och andra organisationer där mänskliga rättigheter diskuteras inom FN och har successivt fått ett stärkt och utvecklat mandat. Högkommissariaten har ett eget kontor, OHCHR (på svenska kallat MR-kontoret), som organisatoriskt är en del av FN-sekretariatet men i stort sett fungerar som ett fristående organ. Sverige har alltsedan Högkommissariaten post inrättades varit en av Högkommissariaten främsta stöd, både politiskt och finansiellt. Sverige är sedan 2004 den sjätte största givaren till kontoret. Politiskt har Sverige verkat för ett starkt mandat för Högkommissariaten med möjlighet att aktivt verka för att mänskliga rättigheter får ett större genomslag i FN:s arbete, både vad gäller bevarandet av internationell fred och säkerhet och i utvecklingsarbetet.³⁴

Råd för mänskliga rättigheter

Vid FN:s världstoppmöte 2005 beslöts att etablera FN:s råd för mänskliga rättigheter (MR-rådet) och rådet grundades formellt av FN:s generalförsamling den 15 mars 2006. MR-rådet är ett underlydande organ till FN:s generalförsamling. Därmed rapporterar rådets medlemmar direkt till generalförsamlingen. Rådet ska

- främja universell respekt för de mänskliga rättigheterna,
- behandla situationer där de mänskliga rättigheterna kränks och avge rekommendationer om detta,
- främja utbildning om de mänskliga rättigheterna och tekniskt bistånd samt ge kapacitetsstöd på detta område,
- utgöra forum för dialog om tematiska MR-frågor, och
- genomföra en universell granskning av hur stater efterlever sina MR-förpliktelser.

³⁴ www.manskligarattigheter.gov.se/Förenta_nationerna.

Rådets möten hålls i Genève. Enligt generalförsamlingens beslut ska rådet hålla cirka tre sessioner per år om sammanlagt minst tio veckor. Därutöver kan rådet sammankallas med kort varsel för att ta sig an kritiska MR-situationer om en av rådets medlemmar begär detta och minst en tredjedel av medlemmarna anser det nödvändigt. MR-rådet har oberoende specialrapportörer³⁵ och arbetsgrupper för olika länder och tematiska MR-frågor. De 31 tematiska rapportörerna hanterar frågor som yttrandefrihet, religionsfrihet, tortyr, våld mot kvinnor³⁶, rätten till utbildning och utomrättsliga avrättningar. Rådet granskar även regelbundet situationen för mänskliga rättigheter i alla stater, så kallad Universal Periodic Review (UPR). Varje år granskas 48 länder. Detta innebär att rådet kommer att granska varje stat vart fjärde år. Länder som är medlemmar i rådet kommer att granskas någon gång under sin mandatperiod och bidra till att förebygga MR-kränkningar och snabbt bemöta brådskande MR-situationer.

Granskningskommittéer

FN har också utvecklat ett system för att underlätta för och kontrollera att de mänskliga rättigheterna följs. Till de sex stora konventionerna har **särskilda övervakningskommittéer** skapats. Kommittéerna träffas varje år för att granska respekten för "sin" konvention. De flesta övervakningskommittéer som är knutna till FN:s olika konventioner om mänskliga rättigheter har fått sitt mandat från respektive konvention. När en stat tillträder en av konventionerna är dess regering skyldig att med regelbundna intervaller på mellan två och fem år rapportera till kommittén om genomförandet av konventionsbestämmelserna på nationell nivå.³⁷

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-kommittén) har inte sitt mandat från någon konvention utan bildades i stället år 1987 direkt av FN:s Ekonomiska och sociala råd (ECOSOC). Kommittén har att övervaka konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna som antogs av FN:s generalförsamling 1966 (ESK-konventionen). ESK-kommittén är den högsta uttolkaren av konventionens artiklar och deras innebörd.

³⁵ En sådan specialrapportör för hälsa var Paul Hunt som år 2007 efter en inspektionsresa till Sverige avgav Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt; A/HRC/4/28/Add.2 28 February 2007 – se avsnitt 6.3.2.

³⁶ En sådan specialrapportör var Yakin Ertürk som i en rapport från 2007 granskat våldet mot kvinnor i Sverige – se avsnitt 6.3.2.

³⁷ [www.manskligarattigheter.gov.se/FN:s konventionskommittéer](http://www.manskligarattigheter.gov.se/FN:s_konventionskommittéer)

Exempel på en rättighet som slås fast i ESK-konventionen och som är av särskilt intresse för denna utredning är rätten till bästa uppnåeliga hälsa (artikel 12). Konventionsstaterna ska garantera att konventionens rättigheter får utövas utan åtskillnad av något slag på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell eller social härkomst, förmögenhet, börd eller ställning i övrigt. Stater som anslutit sig till konventionen ska till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att säkerställa att konventionens rättigheter förverkligas. Förverkligandet av rättigheterna får enligt konventionen ske gradvis med hänsyn till att det ofta krävs stora ekonomiska resurser för att rättigheterna ska kunna förverkligas fullt ut (progressivt genomförande eller realisering, se vidare avsnitt 3.4.3.3). Även om konventionen ger staterna visst handlingsutrymme när det gäller hur mycket resurser som ska satsas på förverkligandet av en viss rättighet får rättigheterna aldrig genomföras på ett sätt som diskriminerar en individ.

I praktiken arbetar ESK-kommittén på samma sätt som övriga övervakningskommittéer. Kommittén främjar efterlevnaden av konventionens rättigheter genom möjligheten att kontrollera hur staterna respekterar rättigheterna. Arton experter, som är valda av konventionsstaterna för en period på fyra år, arbetar i kommittén. Experterna företräder inte sina länder utan tjänstgör som oberoende och fristående experter. Av intresse för denna utredning är de kommentarer (General Comments) som kommittén gjort dels år 2000 där kommittén bedömer hur innehållet i artikel 12 om rätten till bästa möjliga hälsa för alla ska tolkas, dels år 2009 då kommittén även utvecklade frågan om hur icke-diskriminering i artikel 2 i ESK-konventionen ska tolkas (se vidare under 3.4.3.3).³⁸

General Comments är den absoluta källan till förståelse av konventionen och i det här fallet rätten till bästa möjliga hälsa i avsaknad av en domstol. Möjlighet till domstolsprövning (*individual complaints mechanism*) har föreslagits i tilläggsprotokollet till ESK-konventionen. Detta har dock ännu inte trätt i kraft.³⁹

³⁸ *Substantive issues arising in the implementation of the ICESCR, General Comment No 14 [2000]* och *Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights [art.2, para.2], General Comment No. 20 [2009]*.

³⁹ Tilläggsprotokollet antogs av FN:s generalförsamling i december 2008. Den svenska regeringen har dock, under återopande att rättigheterna i ESK-konventionen inte är tydligt utkrävbara inför domstol, förklarat att man inte kommer att ratificera protokollet (se exempelvis svar på skriftlig fråga 2099/10:763 av socialminister Göran Hägglund).

3.3 Mänskliga rättigheter

3.3.1 Allmänt om mänskliga rättigheter

Juridik, etik och politik

Efter andra världskriget fanns det en växande uppfattning bland de länder som bildade Förenta Nationerna (FN) att världssamfundet måste ta ett gemensamt ansvar för den enskildes mänskliga rättigheter. De gamla idéerna om människans okränkbara fri- och rättigheter fick en renässans. Tidigare hade de mänskliga rättigheterna satt sina spår i några få staters författningar. De mänskliga rättigheterna anses ha sitt ursprung i den engelska Bill of Rights från 1689, den franska Förklaringen av människans och medborgarens rättigheter från 1789 och den amerikanska självständighetsförklaringen från 1776. Det hade uppstått ett behov av att kunna uttrycka en världsopinion när det gäller de mänskliga rättigheterna och för de enskilda staterna ta fram en moralisk måttstock och ett gemensamt normsystem till skydd för de mänskliga rättigheterna.⁴⁰

De mänskliga rättigheterna innehåller juridiska, etiska och politiska dimensioner. Att de mänskliga rättigheterna slås fast i bindande internationella regelverk innebär ett skydd mot godtycke och mot politiskt, religiöst eller kulturellt motiverade omtolkningar.⁴¹ Det är staten, i första hand dess regering och dess myndigheter, som har ett ansvar för att de mänskliga rättigheterna skyddas. Främjandet av de mänskliga rättigheterna utgör därför ett av FN:s mål, vilket framgår av FN:s stadga. Inom FN:s ram har under åren utarbetats en rad dokument som behandlar mänskliga rättigheter (jfr avsnitt 3.4.1).

Det första mera omfattande uttrycket för strävandena att skydda de mänskliga rättigheterna är den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna som antogs av FN:s generalförsamling i Paris den 10 december 1948. Samtidigt med utvecklingen av FN:s system för att främja de mänskliga rättigheterna har regionala system vuxit fram i olika delar av världen. Dessa överenskommelser har senare under årens lopp fått efterföljare inom olika områden och i många delar av världen.

I Europa knöts staterna närmare samman genom att också skapa gemensamma institutioner. Sålunda bildades Europarådet år 1949 och

⁴⁰ Danelius s. 9, prop. 1993/94:117 s. 10.

⁴¹ SOU 2010:70 s. 117.

inom rådet utarbetades Europakonventionen vilken trädde i kraft 1953. Europarådet beslutade också 1961 om Stadgan om arbetstagares grundläggande sociala rättigheter (den europeiska sociala stadgan), vilken till stora delar motsvarar FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Genom Europeiska kol- och stålgemenskapen år 1951 och Europeiska gemenskapen år 1956 lades grunden till ett samarbete som sedan dess fördjupats och som lett fram till bildandet av Europeiska unionen (EU). Europeiska unionens stadga om grundläggande rättigheter från 2000 har genom Lissabonfördraget blivit ett inom EU bindande dokument om mänskliga rättigheter med samma rättsliga ställning som EU-fördragen själva. Artikel 2 i fördraget om Europeiska unionen (EU-fördraget) föreskrivs att unionen bl.a. ska bygga på respekt för de mänskliga rättigheterna, inklusive rättigheter för personer som tillhör minoriteter. Vidare slås det fast i EU-fördraget, artikel 6.3, att de grundläggande rättigheterna, såsom de garanteras i Europakonventionen, och som de följer av medlemsstaternas gemensamma konstitutionella tradition, ska ingå i unionsrättens allmänna principer.⁴²

De mänskliga rättigheterna anses vara universella, vilket innebär att de gäller över hela världen, oavsett land, kultur eller andra omständigheter. Under Världskonferensen i Teheran 1968 fastslogs att de mänskliga rättigheterna och friheterna är odelbara och avhängiga varandra. Olika stater har emellertid sedan de ratificerat dem uttryckt kritik för att de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna utvecklats till ambitioner snarare än grundläggande, universella rättigheter. Vid Förenta Nationernas (FN:s) världskonferens om mänskliga rättigheter i Wien 1993 antogs en deklaration och ett handlingsprogram för arbetet med mänskliga rättigheter (A/CONF. 157/23, Vienna Declaration and Programme of Action, 12 juli 1993). Där betonades staternas förpliktelse att främja respekt och skydd för alla de mänskliga rättigheterna i hela världen i enlighet med FN-stadgan och andra internationella dokument om mänskliga rättigheter. I handlingsprogrammet slås fast att de mänskliga rättigheterna är universella och gäller för alla stater, oavsett nationella, regionala, religiösa, historiska eller kulturella skillnader samt staternas inrikespolitiska och ekonomiska system. Det slås också fast att de ekonomiska, sociala, kulturella, medborgerliga och politiska rättigheterna är ömsesidigt samverkande, odelbara och delar av samma helhet. De

⁴² SOU 2010:70 s. 115.

mänskliga rättigheterna gäller för var och en, oavsett etnisk tillhörighet, hudfärg, kön, språk, religion, sexuell läggning, politisk uppfattning eller social ställning. De slår också fast att alla människor är födda fria, är lika i värde och har samma rättigheter. I flera av de internationella överenskommelserna uppmärksammas också det särskilda skyddsbehov som barn och kvinnor kan ha i utsatta situationer.⁴³ Allmänt kan sägas att regleringen av de mänskliga rättigheterna är särskilt viktig för de mest marginaliserade och utsatta människorna.⁴⁴

I flera konventioner anges också under vilka omständigheter de mänskliga rättigheterna får underkastas vissa inskränkningar. Så kallade absoluta och oåterkalleliga rättigheter som t.ex. förbudet mot tortyr och förbudet mot slaveri får aldrig inskränkas. När det gäller t.ex. yttrandefrihet, religionsfrihet, föreningsfrihet och rätten till privat liv finns vissa möjligheter för en stat att inskränka dessa och då enbart i enlighet med vad som är angivet i lag och vad som anses nödvändigt. Dessutom ska dessa inskränkningar vara godtagbara i ett demokratiskt samhälle, t.ex. för att skydda andra personers rättigheter, befolkningens hälsa eller den allmänna säkerheten. Vidare måste inskränkningarna vara proportionerliga, dvs. de får inte gå utöver vad som krävs med hänsyn till inskränkningens ändamål.⁴⁵

I regeringens skrivelse Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik uttalar regeringen sin syn på de mänskliga rättigheterna ur flera aspekter.⁴⁶ Regeringen slog i sin skrivelse En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009 fast sitt långsiktiga mål ”att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna i Sverige”.⁴⁷ Rättigheternas universella och odelbara karaktär lyfts fram och att alla stater har en skyldighet att värna alla människors lika värde och rättigheter.⁴⁸ Stater kan inte sälla bland sina folkrättsliga åtaganden eftersom alla mänskliga rättigheter har samma värde. Dessa principer slogs också fast vid Världskonferensen om de mänskliga rättigheterna år 1993 och bekräftades bland annat vid FN:s toppmöte 2005. Regeringen uttalar vidare att Sveriges arbete för att främja och stärka de mänskliga rättigheterna omfattar alla rättigheter.⁴⁹ Målet för regeringens arbete med de mänskliga rättig-

⁴³ T.ex. barnkonventionen och art. 24 i Konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, art. 10 i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

⁴⁴ http://www.snabber.se/files/vardforalla/paul_hunts_tal_hearingen_080213.pdf

⁴⁵ SOU 2010:70 s. 116.

⁴⁶ Skr. 2007/08:109 s. 5.

⁴⁷ Skr. 2005/06:95 s. 12.

⁴⁸ Skr. 2008/09 s. 8.

⁴⁹ a.a. s. 6.

heterna i svensk utrikespolitik är att bidra till att de rättigheter som fastslagits inom ramen för FN och andra internationella forum ska komma alla människor till del. Den svenska politiken för de mänskliga rättigheterna vilar på en fast grund av respekt för internationellt överenskomna konventioner och normer. Respekt ska visas för folkrätten.⁵⁰ FN är det enda världsomspännande mellanstatliga forumet för utveckling och översyn av de mänskliga rättigheterna. Som den enda legitima uttolkaren av statsamfundets gemensamma ställningstaganden är FN därmed också den främsta källan till allmängiltig normbildning på området.⁵¹

Om en kränkning sker av de mänskliga rättigheterna är det i första hand den aktuella statens ansvar att se till att den enskilde får upprättelse. Men de mänskliga rättigheterna är en internationell angelägenhet och det är därför fullt legitimt för andra stater att framföra åsikter om och försöka påverka situationen i olika länder där rättigheterna kränks. Inom området för de mänskliga rättigheterna är det alltså stater som har skyldigheter och individer som har rättigheter. Enskilda individer är skyldiga att under landets lagar respektera andra människors rättigheter. Enligt huvudregeln är det dock enbart stater som internationellt kan ställas till svars för kränkningar av de mänskliga rättigheterna.

Sverige har som stat ofta varit tidigt ute med att skriva under internationella överenskommelser och på olika sätt givit uttryck för vikten av att de mänskliga rättigheterna skyddas. Sverige ska vara en tydlig röst i världen för de mänskliga rättigheterna.⁵² Regeringen har i skrivelsen från 2007 slagit fast att ambitionerna ska höjas för att de mänskliga rättigheterna ska implementeras och efterlevas *fullt ut* i alla världens länder. Sverige har bl.a. lagt stor vikt vid att de materiella konventionsbestämmelserna kompletteras med bestämmelser om ett särskilt maskineri som gör det möjligt att övervaka efterlevnaden av konventionsbestämmelserna.⁵³ I Sverige ligger det yttersta ansvaret för att följa de internationella åtagandena om de mänskliga rättigheterna på regeringen.

Regeringen har fastställt att arbetet för de mänskliga rättigheterna ska genomsyra alla delar av utrikespolitiken; säkerhetspolitiken, utvecklingssamarbetet, migrationspolitiken, miljöpolitiken och handelspolitiken.⁵⁴ Sverige prioriterade arbetet med de mänskliga

⁵⁰ a.a. s. 7.

⁵¹ a.a. s. 44.

⁵² a.a. s. 5 och 40.

⁵³ SOU 2010:70 s. 12.

⁵⁴ Skr. 2007/08:109 s. 7.

rättigheterna under ordförandeskapet i Europarådets ministerkommitté 2008 och som ordförande i EU:s ministerråd hösten 2009.

Regeringen har sagt sig vilja särskilt prioritera ett antal områden i sitt arbete för mänskliga rättigheter.⁵⁵ Ett av dessa av betydelse för utredningens arbete är att värna de mänskliga rättigheterna och internationell humanitär rätt. Den humanitära rätten syftar till att lindra mänskligt lidande i krig. Rätten om krigets lagar och de mänskliga rättigheterna kompletterar varandra. Många mänskliga rättigheter gäller utan undantag även i krig, som förbudet mot tortyr. Sverige ska verka för att stärka respekten för den humanitära rätten. Tillämpningen av säkerhetsrådets resolution 1325, som handlar om kvinnor, fred och säkerhet, är central för att skapa hållbar fred och stabilitet och för att långsiktigt stärka kvinnors roll i samhället. När kvinnor på ett jämlikt sätt deltar i krishantering, fredsbyggande och hantering av humanitära katastrofer bidrar det till demokrati och ökad respekt för de mänskliga rättigheterna samtidigt som det minskar kvinnors utsatthet.

3.3.2 Bara rättigheter – inga skyldigheter?

Ur perspektivet mänskliga rättigheter är det centralt att rätten att åtnjuta mänskliga rättigheter inte är villkorad av att individen lever upp till sina lagstadgade skyldigheter. Alla har rätt att åtnjuta de alla flesta mänskliga rättigheter, även den som brutit mot lagen eller som befinner sig olovligen i ett annat land. Som beskrivits ovan medger dock regleringen av flera mänskliga rättigheter att staten inskränker dem genom lag, under vissa bestämda förutsättningar. Därmed kan staten, så länge dessa förutsättningar uppfylls, t.ex. lagstifta om hets mot folkgrupp utan att detta innebär en kränkning av yttrande- eller religionsfriheten.

Alla har rätt att åtnjuta sina mänskliga rättigheter, men rättigheterna kan inte utkrävas i ett tomrum. Den enskilde måste acceptera det faktum att alla andra har mänskliga rättigheter som också ska respekteras. Därför kan en individ inte hävda utövandet av sina rättigheter till den grad att det negativt påverkar någon annans möjligheter att åtnjuta sina rättigheter. I den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna sägs t.ex. att ”var och en har plikter

⁵⁵ De övriga områdena är: Demokratibyggnad, stärka yttrandefriheten, att dödsstraffet avskaffas, bekämpa tortyr, bekämpa summariska avrättningar och godtyckliga frihetsberövanden, värna rättsstatens principer samt bekämpa diskriminering.

mot samhället” och att ”ingenting i denna förklaring får tolkas som att det innebär en rätt för en stat, en grupp eller en enskild person att ägna sig åt en verksamhet eller att utföra en handling som syftar till att omintetgöra någon av de rättigheter eller friheter som anges i förklaringen” (artikel 29 och 30). En bestämmelse med förbud mot missbruk av rättigheter finns också i Europakonventionen (artikel 17). För att de mänskliga rättigheterna ska kunna förverkligas krävs således att enskilda är medvetna om sina egna mänskliga rättigheter och att de respekterar andras rättigheter.⁵⁶

3.3.3 Mänskliga rättigheter och diskriminering

Mänskliga rättigheter ses ibland som synonymt med likabehandling och icke-diskriminering och relateras därför ofta till ett lands lagstiftning mot diskriminering. Denna koppling görs kanske framför allt i länder där diskriminering är det mest framträdande problemet när det gäller mänskliga rättigheter. Rätten att inte bli diskriminerad är onekligen en grundläggande mänsklig rättighet samt en utgångspunkt för hur de övriga mänskliga rättigheterna ska utövas. De ska utövas utan åtskillnad av något slag, såsom på grund av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning och ålder (principen om icke-diskriminering, se vidare avsnitt 3.4.3.3).

Det finns dock skillnader mellan mänskliga rättigheter, diskriminering och diskrimineringslagstiftning som är viktiga att uppmärksamma. En stat kan t.ex. nedprioritera eller kränka en specifik mänsklig rättighet utan att diskriminera någon. Om alla i ett land förbjuds att utöva sin religion eller saknar tillgång till domstolsprövning av sina rättigheter innebär inte detta diskriminering i sig, men väl tydliga brott mot de mänskliga rättigheterna.⁵⁷ En ordning som innebär att papperslösa personer ska betala vårdavgifter som andra som bor i Sverige inte behöver betala har ansetts vara diskriminerande.⁵⁸

För att en stat ska kunna sägas efterleva de mänskliga rättigheterna är det alltså inte tillräckligt att den behandlar alla lika, utan den måste också respektera och säkerställa de andra rättigheterna. Samtidigt kan ett område som vanligen inte ses som en fråga om

⁵⁶ SOU 2010:70 s. 118.

⁵⁷ SOU 2010:70 s. 120.

⁵⁸ http://www.snabber.se/files/vardforalla/paul_hunts_tal_hearingen_080213.pdf.

mänskliga rättigheter, såsom möjligheten att utöva en viss idrott, bli en människorättsfråga om t.ex. ett förbud att utöva sporten skulle införas på ett diskriminerande sätt, dvs. för en viss del av befolkningen utan något objektivi godtagbart skäl eller på ett sätt som inte står i proportion till ändamålet med särbehandlingen.⁵⁹

3.4 Rätten till hälsa och därmed sammanhängande frågor enligt internationella överenskommelser som Sverige åtagit sig att följa

3.4.1 Hur rätten till hälsa regleras internationellt

I avsnitten 3.1–3.3 har utredningen redogjort för bl.a. grundläggande folkrättsliga principer och olika internationella överenskommelsers status och effekt och olika sätt som t.ex. Förenta Nationerna (FN) övervakar att staterna lever upp till sina åtaganden. I detta avsnitt kommer frågan om rätten till bästa möjliga hälsa för alla som en mänsklig rättighet att analyseras närmare i syfte att försöka bedöma dels hur denna rättighet är reglerad i de internationella dokumenten, dels vad åtagandena innefattar för att slutligen kunna ta ställning till frågan om Sverige kan anses fullt ut leva upp till sina åtaganden. I denna analys kan utredningen konstatera att regeringen uttryckligen sagt att Sverige ska vara en tydlig röst i världen för de mänskliga rättigheterna och att ambitionerna ska höjas för att de mänskliga rättigheterna ska implementeras och efterlevas *fullt ut* i alla världens länder.⁶⁰

Varje människa har, för att kunna leva ett värdigt liv, rätt till förutsättningar för bästa möjliga hälsa.⁶¹ Rätten till hälsa betraktas som en av de grundläggande mänskliga rättigheterna och kom till uttryck redan år 1948 i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna. Rätten till hälsa har också kommit att ingå i ett flertal viktiga konventioner, om än på lite olika sätt.

Grundläggande internationella överenskommelser, konventioner m.m. som Sverige åtagit sig att följa och som är av särskild relevans för utredningens arbete är

⁵⁹ SOU 2010:70 s. 120.

⁶⁰ Se regeringens skrivelse Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik (skr. 2007/08:109 s. 5).

⁶¹ FN:s kommitté ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, *Substantive issues arising in the implementation of the ICESCR*, General Comment No 14, 2000, nedan General Comment 14. Se också regeringens webbplats om mänskliga rättigheter www.manskligarattigheter.gov.se.

- WHO:s konstitution (1946),
- FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948),
- FN:s konvention angående flyktingars rättsliga ställning (1951) (Genévekonventionen),
- Den europeiska sociala stadgan, 1961, reviderad 1996,
- FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-konventionen, 1966),
- FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter (1966),
- FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (1979),
- FN:s konvention om barnets rättigheter (1989),
- FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (2006),
- Den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (1950) (Europa-konventionen), och
- Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (2000).

Rätten till hälsa är formulerad enligt följande i några av de ovan angivna internationella dokumenten.

I FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna⁶² formuleras rätten till hälsa på följande sätt:

Artikel 25

1. *Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande*, inklusive mat, kläder, bostad, *hälsovård* samt nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll.

2. Mödrar och barn är berättigade till särskild omvårdnad och hjälp. Alla barn ska åtnjuta samma sociala skydd, vare sig de är födda inom eller utom äktenskapet.

I FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter⁶³ anges:

⁶² Antagen och undertecknad i Paris 10 december 1948.

⁶³ New York 16 december 1966, undertecknad av Sverige 29 september 1967. Beslut om ratifikation 26 november 1971, deponering av Sveriges ratifikationsinstrument 6 december 1971. Konventionen trädde i kraft den 3 januari 1976, även för Sverige. (SÖ 1971:41, proposition 1971:125).

Artikel 12

1. Konventionsstaterna erkänner rätten *för var och en* att åtnjuta *bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa*.
2. De åtgärder som konventionsstaterna skall vidta för att till fullo tillgodose denna rätt skall innefatta sådana åtgärder som är nödvändiga för att
 - a) minska foster- och spädbarnsdödligheten och främja barnets sunda utveckling,
 - b) förbättra alla aspekter av samhällets hälsovård och den industriella hälsovården,
 - c) förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar, samt
 - d) skapa *förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom*.

I FN:s konvention om barnets rättigheter⁶⁴ (barnkonventionen) anges:

Artikel 24

1. Konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna skall sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.
2. Konventionsstaterna skall sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och skall särskilt vidta lämpliga åtgärder för att,
 - (a) minska spädbarns- och barnadödligheten;
 - (b) säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård med tonvikt på utveckling av primärhälsovården;
 - (c) bekämpa sjukdom och undernäring, däri inbegripet åtgärder inom ramen för primärhälsovården, genom bl a utnyttjande av lätt tillgänglig teknik och genom att tillhandahålla näringsrika livsmedel i tillräcklig omfattning och rent dricksvatten, med beaktande av de faror och risker som miljöförstöring innebär;
 - (d) säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen;
 - (e) säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall samt får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper;
 - (f) utveckla förebyggande hälsovård, föräldrarådgivning samt undervisning om och hjälp i familjeplaneringsfrågor.
3. Konventionsstaterna skall vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa.
4. Konventionsstaterna åtar sig att främja och uppmuntra internationellt samarbete i syfte att gradvis uppnå det fulla förverkligandet av

⁶⁴ Antagen 20 november 1989, ratificerad 21 juni 1990, prop. 1989/90:107 (SÖ 1990:20).

den rätt som erkänns i denna artikel. Särskild hänsyn ska härvid tas till utvecklingsländernas behov.

Den europeiska sociala stadgan⁶⁵ anger följande i fråga om rätten till hälsa:

Artikel 11 – Rätt till skydd för den enskildes hälsa

För att trygga den enskildes *rätt till skydd för sin hälsa* åtar sig parterna att, antingen direkt eller i samarbete med offentliga eller privata organisationer, vidta de åtgärder som är nödvändiga bl.a. för

1. att så långt som möjligt undanröja orsakerna till ohälsa,
2. att lämna råd och upplysningar för befrämjande av god hälsa och uppmuntran till personligt ansvarstagande i hälsofrågor,
3. att så långt som möjligt förebygga uppkomsten av epidemier, folksjukdomar och andra sjukdomar samt olycksfall.

Den 27 januari 2003 antog Europeiska unionens råd direktiv 2003/9/EG om miniminormer för mottagande av asylsökande i medlemsstaterna (*mottagandedirektivet*). Det bör framhållas att direktivet enbart är tillämpligt på asylsökande. En asylsökande definieras i artikel 2 c som en tredjelandsmedborgare eller en statslös person som lämnat in en asylansökan som inte har blivit föremål för ett slutligt avgörande. Direktivet ska vidare tillämpas på alla tredjelandsmedborgare och statslösa personer som lämnar in en asylansökan vid gränsen eller på en medlemsstats territorium, så länge de får uppehålla sig på territoriet i egenskap av asylsökande (artikel 3.1). I mottagandedirektivet regleras frågan om hälso- och sjukvård enligt följande:

Artikel 15

1. Medlemsstaterna ska se till att de asylsökande får *nödvändig hälso- och sjukvård*, vilket ska innefatta åtminstone *akut vård och nödvändig behandling av sjukdomar*.
2. Medlemsstaterna ska sörja för *nödvändig läkarhjälp eller annan hjälp* för sökande med särskilda behov.

Utöver de konventioner m.m. som angetts ovan förekommer regeringen av rätten till hälsa i en rad andra mellanstatliga och internationella dokument som Sverige inte är part i, såsom i Alma Atadeklarationen från år 1978, *The Ottawa Charter* från år 1986 och *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World* från år 2005. Dessutom har en rad generella rekommendationer och

⁶⁵ (Strasbourg den 3 maj 1996. Regeringen beslutade den 2 maj 1996 att underteckna stadgan. Den 14 maj 1998 beslutade riksdagen att ratificera stadgan).

kommentarer på ämnet antagits av olika internationella organ.⁶⁶ Olika regionala organ har uttryckt rätten till hälsa i sina deklARATIONER, exempelvis

- Den amerikanska konventionen om mänskliga rättigheter (1969),
- Afrikanska stadgan om mänskliga och folkens rättigheter (1981),
- Kairodeklarationen om de mänskliga rättigheterna i islam (1990; aldrig officiellt antagen),
- Arabiska stadgan om de mänskliga rättigheterna (1994; trädde i kraft maj 2008).

Sammanfattningsvis kan sägas att rätten till hälsa uttrycks på i stort sett samma sätt i dessa dokument som i dem som Sverige skrivit under.

Alla länder i världen har ratificerat åtminstone en av de angivna konventionerna, varför rätten till hälsa kan sägas vara en mänsklig rättighet som förutsätts gälla globalt. En stats ratifikation av en sådan konvention medför förpliktelser för staten att främja och skydda de olika rättigheterna inom landet.

Rätten till hälsa erkänns också i åtminstone 115 olika länders grundlagar. I Sverige anges i 1 kap. 2 § regeringsformen att det ska särskilt åligga det allmänna att trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt att *verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa*, dvs. att den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara ett grundläggande mål för den offentliga verksamheten.

3.4.2 Begreppet rätt till bästa möjliga hälsa för alla

3.4.2.1 Rätten till bästa möjliga hälsa för alla är inte definierad i detalj

De konventioner och andra internationella dokument som hänvisats till ovan utgör ytterst politiska styrdokument och är därmed inte i rättslig mening direkt bindande för staten. Dokumenten innehåller av det skälet inte heller konkreta sanktionsbestämmelser för det fall en stat inte lever upp till innehållet. Bestämmelserna i dessa dokument medger dessutom i många avseenden ett visst mått av tolk-

⁶⁶ Exempelvis the International Conference on Primary Health Care (som resulterade i Alma-Ata deklARATIONEN), the United Nations Millennium Declaration and Millennium Development Goals och the Declaration of Commitment on HIV/AIDS.

ningsutrymme. Som beskrivits i avsnitten 3.2.2 och 3.3. är en konvention ett folkrättsligt bindande dokument för den stat som anslutit sig till densamma. Det är en vanlig ordning att det finns någon form av övervakning från det behöriga internationella organ som ansvarar för dokumentet och att dessa organ också har i dokumentet reglerade former för att avge rapporter, kommentarer och liknande med syfte att på ett auktoritativt och vägledande sätt tolka det avsedda innehållet i olika bestämmelser. I detta sammanhang kan en stat få påpekanden eller kritik från det behöriga organet av innebörd att staten inte anses ha en nationell lagstiftning som är i full överensstämmelse med vad som följer av t.ex. konventionsåtagandena.

När det gäller frågan om rätten till bästa möjliga hälsa och de konventioner som reglerar detta så är det således inte i själva konventionen i detalj definierat vad som avses med begreppet bästa möjliga hälsa för alla. De för de olika internationella dokumenten behöriga organens kommentarer till dessa är som sagt ägnade att ge vägledning när det gäller att tolka vidden av de åtaganden som en stat gjort. Detsamma gäller rapporter över inspektionsresor m.m. som dessa organ genomfört. När det gäller vidden av den mänskliga rättigheten rätten till bästa möjliga hälsa för alla finns sådana uttalanden vilka kommenteras i det följande.

FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har, i egenskap av övervakningskommitté för FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-konventionen), i en kommentar (*Substantive issues arising in the implementation of the ICESCR, General Comment No 14 [2000]*) år 2000 genom 65 paragrafer utvecklat hur kommittén bedömer att innehållet i artikel 12 (rätten till bästa möjliga hälsa för alla) i FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-konventionen) ska tolkas. Samma kommitté har år 2009 i en kommentar (*Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights [art. 2, para. 2], General Comment No. 20 [2009]*) även utvecklat frågan om hur icke-diskriminering i ESK-konventionen ska tolkas (se vidare under 3.4.3.3). Dessa kommentarer är viktiga vid tolkningen av konventionens bestämmelser (se avsnitt 3.2.3).

När begreppet rätt till bästa möjliga hälsa för alla används inom internationell rätt avses dels folkhälsa, dels den enskildes hälsa. Individens rätt till bästa möjliga hälsa i förhållande till statens skyldighet att tillhandahålla vård innebär ingen garanti att individen ska vara frisk eller skyddas mot varje form av sjukdom. Det innebär

snarare en garanti för att en individs möjligheter till bästa möjliga hälsa inte ska inskränkas, allt i syfte att ge individen förutsättningar att leva ett värdigt liv. En individs rätt till hälsa måste, enligt de ovan angivna kommentarerna, bedömas såväl i relation till individens biologiska och socioekonomiska förutsättningar som en stats tillgängliga resurser.⁶⁷ Faktorer som ärftlig benägenhet för vissa sjukdomar eller en ohälsosam eller hälsofarlig livsstil kan ju påverka individens hälsotillstånd. Detta är inget som staten kan åläggas ett ansvar för.⁶⁸

Rätten till bästa möjliga hälsa för alla innebär inte bara att staten ska tillhandahålla hälso- och sjukvård. Det finns också en rad underliggande och för hälsan särskilt viktiga socioekonomiska faktorer som också kan sägas ingå i statens förpliktelser för att rätten till bästa möjliga hälsa ska kunna garanteras.⁶⁹ Detta innefattar tillgång till näringsriktig mat, bostäder, tillgång till rent dricksvatten, säkra och hälsosamma arbetsförhållanden och miljö. Slutligen omfattar dessa faktorer också utbildning och information i hälsofrågor samt jämlikhet mellan könen.

Förverkligandet av rätten till bästa möjliga hälsa för alla kan från statens perspektiv ske genom olika åtgärder, såsom formulerandet av olika hälso-policies, antagandet av program på hälso- och sjukvårdens område eller genom införande av specifik lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område. Det åligger staterna att med alla tillgängliga medel arbeta med säkerställandet av de mänskliga rättigheterna på nationell nivå genom s.k. progressiv realisering, vilket innebär att krav inte ställs att staterna i ett slag genomför målen i konventionen men att staterna ska arbeta i riktning mot att målen och förpliktelserna levs upp till fullt ut.⁷⁰ Arbetet får inte innebära att en rådande situation försämrats (regressiva åtgärder) varken för statens medborgare eller för andra som vistas inom statens territorium. Skillnad görs här mellan rika och fattiga länder, varvid större krav på ett hastigare genomförande av målen och förpliktelserna i konventionen kan ställas på rika länder som genom sina större resurser har möjlighet till detta. Sverige bedöms i dessa sammanhang som ett land med sådana större resurser.⁷¹

⁶⁷ Se nedan under avsnitt 3.4.3.3 vidare resonemang om tillgängliga resurser och principen om progressiv realisering.

⁶⁸ General Comment No. 14 p. 9.

⁶⁹ General Comment No. 14 p. 4.

⁷⁰ Detta framgår av artikel 2 (1) i konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (ESK-konventionen).

⁷¹ FN:s tidigare särskilde rapportör för rätten till hälsa, Paul Hunt, uttalade sig i denna riktning i sin rapport över besöket i Sverige 2006, se vidare avsnitt 6.3.2.

Staten har således en skyldighet att med alla tillgängliga medel sträva efter att uppnå målen i konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (ESK-konventionen) om bästa möjliga hälsa för alla. Sådana åtgärder som ska vidtas av staterna innehåller grundläggande insatser som att minska spädbarnsdödligheten, främja barnets sunda utveckling, förbättra samhällets hälsovård, förhindra och kontrollera epidemier samt skapa villkor för att garantera alla människor läkar- och sjukhusvård i händelse av sjukdom. Förutom att erbjuda tillgång till sjukvård har staterna också en skyldighet att bedriva en politik som förebygger sjukdomar och som därigenom leder till bästa möjliga hälsa för alla människor.⁷²

I fråga om en stats eventuella brott mot skyldigheten att erbjuda rätt till bästa möjliga hälsa för alla konstateras att det är viktigt att skilja mellan oförmågan och oviljan hos en stat att uppfylla de krav som anges i artikel 12 i konventionen. Om en stat är ovillig att använda sina tillgängliga resurser för att uppfylla kraven på rätt till bästa möjliga hälsa för alla, i enlighet med vad som anges i artikel 2 (1) i konventionen, bryter staten mot sina åtaganden enligt artikel 12.⁷³

Nära kopplat till rätten till bästa möjliga hälsa för alla är principen om icke-diskriminering. I fråga om rätten till bästa möjliga hälsa för alla innebär den specifikt att staterna förpliktar sig att de i konventionen inskrivna rättigheterna får utövas av alla utan någon åtskillnad av något slag på grund av i konventionen angivna diskrimineringsgrunder. Principen om icke-diskriminering gäller alla stater på samma sätt och i lika omfattning. I avsnitt 3.4.3.3 diskuteras principerna om icke-diskriminering och progressiv realisering av målen i konventionen närmare.

3.4.2.2 Rätten till bästa möjliga hälsa för alla gäller alla

När en stat ratificerar internationella instrument för mänskliga rättigheter innebär detta att rättigheterna, exempelvis rätten till bästa möjliga hälsa för alla, gäller för *alla* människor, inklusive invandrare, flyktingar och andra utländska medborgare, inom statens jurisdiktion.⁷⁴ De gäller också oberoende av om personen vistas i landet med nödvändigt tillstånd eller inte. Att så är fallet framgår uttryck-

⁷² General Comment No. 14 p. 36.

⁷³ General Comment No. 14 p. 47.

⁷⁴ Jfr avsnitt 3.2.2 och 3.3.1 och World Health Organization (WHO): International Migration, Health & Human Rights, Publication Series, Issue No. 4, December 2003.

ligen av p.34 i *General Comment no 14*. I den nämnda punkten anges följande:

In particular, States are under the obligation to respect the right to health by, *inter alia*, refraining from denying and limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services; abstaining from enforcing discriminatory practices as a State policy; and abstaining from imposing discriminatory practices relating to women's health status and needs. Furthermore, obligations to respect include a State's obligation to refrain from prohibiting or impeding traditional preventive care, healing practices and medicines, from marketing unsafe drugs and from applying coercive medical treatment of mental illness or the prevention and control of communicable diseases. Such exceptional cases should be subject to specific and restrictive conditions, respecting best practices and applicable international standards, including the Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care.

Enligt de konventioner som gäller för mänskliga rättigheter har alla regeringar skyldigheter i förhållande till varje enskild person som vistas inom deras jurisdiktion. Vanligen sammanfaller detta med en stats geografiska område.⁷⁵ Under vissa förhållanden kan det vara acceptabelt att erbjuda olika rättigheter på grundval av nationalitet.⁷⁶ Detta gäller exempelvis rätten att rösta eller att ställa upp i allmänna val. Emellertid får stater i sådana fall inte ge någon *nationalitet* företräde framför andra. Åtskillnaden mellan personer får inte heller göras utifrån faktorer som har med en persons individuella förtjänster, förmåga eller bemödanden att göra. Fara för folkhälsan legitimerar i vissa fall inskränkningar i de mänskliga rättigheterna om de sker i enlighet med i lag preciserat och acceptabelt syfte. Begränsningar och inskränkningen får inte ske godtyckligt.

I kommentarer och rekommendationer⁷⁷ på området uttalas tydligt att rätten till bästa möjliga hälsa för alla ställer krav på staterna att underlätta för särskilt utsatta grupper att få tillgång till hälso- och sjukvård. Grupper som pekas ut är exempelvis kvinnor, barn, personer med funktionsnedsättning, äldre personer och migranter. Det anges att staterna bör vidta aktiva åtgärder för att uppnå detta mål och tillse att hälso- och sjukvårdslagstiftningen

⁷⁵ Se regeringens skrivelse Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik 2007/08:109 s. 8.

⁷⁶ Se rättsfallet *Nottebohm (Liechtenstein v. Guatemala)* (1951–1955) ICJ Rep. 4 p. 23.

⁷⁷ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights/World Health Organization: *The Right to Health*, Fact Sheet no. 31 General Comment No. 14 p. 34.

anpassas för att uppnå målet i stället för att passivt låta till synes neutral lagstiftning enbart gynna majoritetsgrupperna.

När det gäller migranter uttalas av FN:s Högkommissarie för mänskliga rättigheter (jfr avsnitt 3.2.3.2) att denna grupp ofta får sin rätt till sjukvård begränsad, inte bara genom lagstiftning utan genom de barriärer som diskriminering, språksvårigheter, kulturella barriärer och legal status kan innebära. De flesta länder har en lagstiftning som innebär att medborgare i andra länder än det egna enbart har rätt att få ”*essential care*” eller ”*emergency health care*”. Svårigheterna att avgöra vad som exakt menas med dessa begrepp kan göra att det blir oklart vad migranterna i själva verket har rätt till, vilket i sin tur kan innebära att de riskerar att bli utsatta för diskriminering i vården.

I FN:s ovan angivna kommentarer och rekommendationer anges följande faktorer som särskilt problematiska när det gäller hälsoaspekter för invandrare:

- Invandrare är ofta otillräckligt försäkrade av mottagarlandets sjukvårdsförsäkring och har ofta inte råd att teckna egen sjukförsäkring. Särskilt arbetare inom sexindustrin och papperslösa personer har begränsad tillgång till hälso- och sjukvård. Den förra gruppen kan ha särskilda svårigheter när det gäller sexuellt överförda sjukdomar, möjligheten att få säkra aborter etc.
- Invandrare har ofta svårt att få information om hälso- och sjukvårdsfrågor. Ofta erbjuds inte informationen på ett godtagbart sätt (exempelvis genom översättningar) av mottagarlandet.
- Papperslösa personer vågar ofta inte uppsöka sjukvården av rädsla för att bli anmälda till myndigheterna.
- Särskilt kvinnor som arbetar i andras hem löper en ökad risk att utsättas för sexuellt våld.
- Invandrare arbetar ofta i farliga och ohälsosamma arbetsmiljöer.

Sammanfattningsvis innebär den tolkning av konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (ESK-konventionen) som kommit till uttryck i General Comment No. 14 att staterna ska respektera rätten till bästa möjliga hälsa för alla genom att avstå från att hindra eller begränsa tillgången till hälso- och sjukvård för alla personer, t.ex. asylsökande och personer som vistas i landet utan erforderligt tillstånd.⁷⁸

⁷⁸ General Comment No. 14, p. 34.

3.4.2.3 Särskilt om principen om icke-diskriminering och om progressiv realisering

Principen om icke-diskriminering är en grundläggande princip inom den internationella rätten rörande mänskliga rättigheter och är fundamental i de flesta konventioner som rör dessa. Den finns angiven exempelvis i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948 där den uttrycks enligt följande:

Envar är berättigad till alla de fri- och rättigheter, som uttalas i denna förklaring, utan åtskillnad av något slag, såsom ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan uppfattning, nationellt eller socialt ursprung, egendom, börd eller ställning i övrigt.

I FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-konventionen) återfinns icke-diskrimineringsprincipen i artikel 2(2) som lyder:

Konventionsstaterna förpliktar sig att garantera, att de i konventionen inskrivna rättigheterna får utövas utan åtskillnad av något slag på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell eller social härkomst, förmögenhet, börd eller ställning i övrigt.

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har också i en kommentar från 2009 (General Comment No. 20) utvecklat hur principen om icke-diskriminering i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter bör tolkas.

Begreppet ”ställning i övrigt” i artikel 2 (2) visar att listan över diskrimineringsgrunderna inte är uttömmande utan kan variera över tid och kontext.⁷⁹

När det gäller nationalitet anges särskilt att rättigheterna i ESK-konventionen gäller alla, även medborgare i andra länder. Som sådana anges särskilt flyktingar, asylsökande, statslösa personer, arbetskraftsinvandrare och offer för trafficking, oavsett juridisk status och dokumentation.^{80 81}

⁷⁹ General Comment No. 20, p. 27.

⁸⁰ General Comment No. 20, p. 30.

⁸¹ I General Comment No. 20 hänvisas till General Recommendation No. 30: Discrimination Against Non Citizens, vilket är en kommentar till konventionen om avskaffande av ras-diskriminering. I General Recommendation No. 30 p. 29 rekommenderas staterna att avskaffa hinder för icke-medborgare att åtnjuta ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, särskilt såvitt gäller utbildning, bostad, anställning och hälsa. I p. 36 samma rekommendation uppmanas staterna att respektera utlänningars rätt till en adekvat standard av fysisk och mental hälsa genom att inte förvägra eller begränsa deras tillgång till preventiv, kurativ och palliativ hälso- och sjukvård.

Trots icke-diskrimineringsprincipens starka position i flertalet dokument som rör mänskliga rättigheter har det även ansetts nödvändigt att tillerkänna sårbara grupper ett extra skydd genom att särskilt behandla frågor som berör dessa. Således har ett flertal rättsliga instrument rörande särskilda grupper antagits. Bland dessa kan nämnas den internationella konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering, konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor och den internationella konventionen om barnets rättigheter. Även regionala aktörer såsom Europarådet och Europeiska Unionen har bidragit till att bygga upp de rättsliga garantierna mot diskriminering.

När det gäller ekonomiska och sociala rättigheter (sådana som anges i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter [ESK-konventionen]) anses⁸² det särskilt viktigt att diskutera icke-diskrimineringsfrågor, eftersom rättigheterna rör ett område där vertikal diskriminering, dvs. mellan individ och myndighet, ofta uppstår. Särskilt vanligt är det i förhållande till personer i utsatta grupper, såsom personer med funktionsnedsättning, äldre människor, medborgare i andra länder och kvinnor.

Som diskriminering betraktas enligt uttalandena i General Comment No. 20 alla typer av urskiljande, utestängande, restriktivitet eller positiv särbehandling som direkt eller indirekt grundar sig i någon av de i artikel 2 angivna diskrimineringsgrunderna och som har som målsättning eller effekt att begränsa de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna på lika villkor för alla människor.⁸³

Som direkt diskriminering anges i General Comment No. 20 en situation där en individ behandlas på ett mindre fördelaktigt sätt än en annan individ i samma situation, baserat enbart på en diskrimineringsgrund, exempelvis negativ särbehandling av gravida kvinnor. Som indirekt diskriminering räknas bestämmelser som till synes är neutrala men som har en oproportionerlig påverkan på rätten att utöva de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna. Exempel på sådan indirekt diskriminering kan vara att kräva födelsebevis av en person som är medborgare i ett land där sådana intyg inte förekommer.⁸⁴

Även om ekonomiska och sociala rättigheter ofta är utformade som en statlig förpliktelse att gradvis säkerställa dessa med hänsyn

⁸² Makkonen, T.: Principen om icke-diskriminering i internationell rätt, publicerad på http://iom.fi/files/legal_training/swedish/swedish_anti-discrimination_handbook_chap3.pdf

⁸³ General Comment No. 20, p. 7.

⁸⁴ General Comment No. 20, p. 10.

till landets tillgängliga resurser (dvs. principen om progressiv realisering, se nedan), finns det också skyldigheter som ska ges omedelbara effekter. Det tydligaste exemplet är diskrimineringsförbudet som återfinns i huvudinstrumentet i artikel 2 (2) som citerats ovan i detta avsnitt. Diskriminering av någon grupp inom en stats jurisdiktion på någon av de i artikeln angivna diskrimineringsgrunderna kan således aldrig accepteras med åberopande av principen om progressiv realisering.

Vad gäller diskriminering på grund av nationalitet, måste artikel 2 (3) i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-konventionen) beaktas. Denna fastställer att

[u]tvecklingsländerna må med tillbörligt beaktande av de mänskliga rättigheterna och sin samhällsekonomi bestämma, i vilken utsträckning de ska tillförsäkra icke-medborgare de i denna konvention inskrivna rättigheterna.

Det kan dock konstateras att detta undantag *för det första* endast gäller utvecklingsländer vars samhällsekonomi inte på ett tillfredsställande sätt skulle kunna bära kostnaderna av dessa rättigheter, *för det andra* endast gäller ekonomiska rättigheter och inte sociala eller kulturella samt *för det tredje* inte påverkar rättigheter som garanteras av andra konventioner. Utrymmet för tillåten åtskillnad på grund av nationalitet är därmed mycket begränsat.

Principen om icke-diskriminering innebär i det fall som här är i fråga att rätten till bästa möjliga hälsa för alla kan se olika ut i olika länder utan att det kan betraktas som diskriminerande, men då beroende på hur det enskilda landets hälso- och sjukvård är organiserad. Förutsätts även det egna landets medborgare exempelvis ha en sjukvårdsförsäkring för att kunna komma i åtnjutande av vård, kan samma krav ställas på utländska medborgare utan att detta anses diskriminerande. Det väsentliga i fråga om icke-diskriminering är att alla behandlas lika. Det kan givetvis förekomma att en stat lever upp till sina åtaganden rörande bästa möjliga hälsa för alla beträffande en viss del av befolkningen, men inte för övriga delar. Vissa⁸⁵ hävdar att Sverige är ett exempel på en sådan stat i fråga om tillgång och tillgänglighet till hälso- och sjukvård.

Rätten till bästa möjliga hälsa för alla kan inte betraktas som enbart en målsättning för staterna. Dessa måste i stället ständigt arbeta

⁸⁵ Se exempelvis Alexander, S.: Humanitarian Bottom League? Sweden and the Right to Health for Undocumented Migrants, *European Journal of Migration and Law* 12 (2010)215–240 och HUMA Network: Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries, 2009.

för att ge individen bästa möjliga förutsättningar genom progressiv realisering av målen i konventionen.⁸⁶

I konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-konventionen) kommer principen om progressiv realisering till uttryck i artikel 2 (1) där det anges

Varje konventionsstat åtar sig att genom egna åtgärder och internationellt bistånd och samarbete, framför allt på det ekonomiska och det tekniska området, till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att trygga att rättigheterna i denna konvention gradvis förverkligas i sin helhet med alla lämpliga medel, i synnerhet genom lagstiftning.

Principen om progressiv realisering innebär att somliga av rättigheterna i konventionen kan vara svåra att tillgodose omedelbart, men att staterna är skyldiga att, med utnyttjande av sina tillgångar, göra sitt bästa för att uppnå målen i konventionen. Detta arbete måste bedrivas fortlöpande. Uppenbart regressiva åtgärder, vilka försämrar situationen exempelvis i fråga om rätten till bästa möjliga hälsa, är inte förenliga med principen om progressiv realisering. För åtgärder som kan betraktas som regressiva i förhållande till bästa möjliga hälsa föreligger en stark presumtion för att de inte är tillåtna. Staten har därvid bevisbördan för att visa att åtgärden har vidtagits efter noggranna överväganden av alla alternativ och att åtgärden är försvarbar med hänsyn till de övriga ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter som staten erbjuder.⁸⁷

Principen om progressiv realisering innebär också att det är svårt även för de organ som har att tolka rätten till bästa möjliga hälsa för alla att i detalj och generellt ange exakt vad denna rättighet innebär. För en stat som har goda ekonomiska resurser kan exempelvis gränsen för var statens åtaganden enligt konventionen – i detta fall ESK-konventionen – kan betraktas som uppfyllda sättas högre än för en stat med begränsade ekonomiska resurser. Detta uttrycks, som nämndes ovan, framför allt av artikel 2 (3) i ESK-konventionen. En gemensam parameter för samtliga konventionsstater är emellertid strävan mot uppfyllande av målen i konventionen och att ingen inom en stats territorium behandlas diskriminerande.

Det skulle kunna hävdas att en reglering som innebär att tillgången till hälso- och sjukvården försämrar för en viss grupp är regressiv och därmed inte förenlig med innehållet i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-konven-

⁸⁶ General Comment No. 14 p. 31.

⁸⁷ General Comment No. 14 p. 32.

tionen). I den fråga som denna utredning har att hantera skulle exempelvis en påvisad undanträngningseffekt – och sämre tillgång till vården – för de bosatta eller asylsökande personerna vara en sådan oacceptabel effekt av ett förslag. Frågan kommer närmare att diskuteras i avsnitten 7.3 och 7.7.

3.4.2.4 AAAQ-kriterierna

Rätten till bästa möjliga hälsa definieras i General Comment No. 14 utifrån fyra olika centrala begrepp som staterna har att iaktta när det gäller hälso- och sjukvården och som brukar benämnas AAAQ, nämligen

- Availability
- Accessibility
- Acceptability
- Quality

Utredningen har valt att använda följande svenska översättningar av begreppen:

- Tillgång (för Availability)
- Tillgänglighet (för Accessibility)
- Acceptabel (för Acceptability) och
- Kvalitet (för Quality)

I General Comment No. 14 är dessa begrepp närmare definierade enligt följande.

Det måste inom statens territorium finnas en *tillgång* till fungerande hälso- och sjukvårdsinrättningar, dessutom i tillräcklig omfattning. Detta innefattar fungerande folkhälso- och hälsovårdssystem, omfattande vårdinrättningar, varor och tjänster samt program på hälso- och sjukvårdens område. Det går inte att på ett detaljerat sätt slå fast hur sådana inrättningar ska se ut, eftersom den exakta utformningen av inrättningarna, varorna och tjänsterna kommer att variera beroende på flera faktorer, inklusive konventionsstatens utvecklingsnivå. De omfattar dock de underliggande bestämningsfaktorer som påverkar hälsan, såsom säkert och drickbart dricksvatten och lämpliga sanitetsanläggningar, sjukhus, kliniker och andra hälsorelaterade byggnader, utbildade läkare och professionell personal som erhåller inhemskt konkurrenskraftiga löner samt nöd-

vändiga läkemedel som har definierats av WHO i *Action Programme on Essential Drugs*.

Inrättningarna måste vara *tillgängliga* för alla utan diskriminering.

Att vårdinrättningarna är tillgängliga för alla ses ur fyra olika, överlappande dimensioner:

- icke-diskriminerande,
- fysiskt tillgängliga,
- ekonomiskt tillgängliga, och
- tillgängliga ur informationssynpunkt.

Icke-diskriminering är, som nämndes ovan, ett av nyckelbegreppen när det gäller mänskliga rättigheter. Hälso- och sjukvårdsinrättningar, varor och tjänster måste vara tillgängliga för alla, särskilt de mest utsatta eller marginaliserade befolkningsgrupperna, utan diskriminering enligt någon av de förbjudna grunderna (jfr avsnitt 3.4.3.3).

Kravet på *fysisk tillgänglighet* innebär att vårdinrättningar, varor och tjänster måste ligga inom säkra fysiska räckhåll för alla delar av befolkningen, särskilt utsatta och marginaliserade grupper, såsom etniska minoriteter och ursprungsbefolkningar, kvinnor, barn, ungdomar, äldre, personer med funktionsnedsättning och personer med HIV/AIDS. Tillgänglighet innebär också att medicinska tjänster och bakomliggande bestämningsfaktorer för hälsa, såsom säkert och drickbart vatten och adekvata sanitära förhållanden är säkert nåbara och lättillgängliga även på landsbygden. Tillgänglighet omfattar vidare lämpligt och anpassat tillträde till byggnader för personer med funktionsnedsättning.

Att vårdinrättningar ska vara *ekonomiskt tillgängliga* för alla betyder att staten har ett särskilt ansvar för att tillse att även sådana personer som inte har sjukvårdsförsäkring eller tillräckliga ekonomiska resurser får tillgång till sjukvård. Staten får inte heller organisera sjukvården på ett sådant sätt att man exempelvis satsar på dyr och exklusiv vård som bara blir tillgänglig för personer som lever under goda ekonomiska förhållanden. Betalning för hälso- och sjukvårdstjänster, liksom för tjänster relaterade till bakomliggande bestämningsfaktorer som påverkar hälsan, måste baseras på principen om rättvisa. Staten måste säkerställa att dessa tjänster, oavsett om de är privat eller offentligt administrerade, är överkomliga för alla, även för socialt missgynnade grupper.

En reglering som innebär att hälso- och sjukvård endast erbjuds mot ersättning kan således innebära att vården inte är tillgänglig på

det sätt som förutsätts i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-konventionen). Det är därvid värt att notera att det som kan vara en barriär mellan den enskilde och vården i ett land inte behöver vara det i ett annat land. En grundläggande förutsättning för att de mänskliga rättigheterna ska anses tillgodosedda är, som nämnts tidigare, att vården inte bedrivs på ett diskriminerande sätt.

Kravet på *informationstillgänglighet* innefattar rätten att söka, motta och sprida upplysningar och tankar om hälsofrågor. Likväl bör tillgången till information inte försämra rätten att få personliga hälso-data behandlade under sekretess.

Alla hälso- och sjukvårdsinrättningar måste bedriva verksamheten utifrån medicinska etiska principer och på ett kulturellt godtagbart och *acceptabelt* sätt. Detta innebär att verksamheten ska bygga på respekt för individers, minoriteters, folkslags och gruppers kultur och att den ska vara lyhörd för individers olika behov beroende på kön och ålder. Verksamheten ska också vara så utformad att krav på sekretess uppfylls och att målet för verksamheten ska vara att förbättra hälsan hos dem som berörs.

Därutöver måste vården bedrivas med god *kvalitet*, vilket innebär att hälsovårdsinrättningar, varor och tjänster ska vara vetenskapligt och medicinskt lämpliga och av god kvalitet. Detta kräver i sin tur tillgång till utbildad medicinsk personal, beprövade och icke utgångna läkemedel och sjukhusutrustning, ändamålsenliga lokaler, säkert och drickbart vatten och nödvändiga sanitära förhållanden.

Rätten till bästa möjliga hälsa för alla inkluderar även en rad friheter från olika situationer m.m. som vanligen uttrycks som att sådana är förbjudna att tillämpa eller motsvarande. Exempel är förbud mot godtycklig medicinsk behandling, såsom medicinska experiment och forskning eller tvångssterilisering, samt förbud mot tortyr och annan grym, omänsklig eller nedvärderande behandling eller straff. Rätten att själv kontrollera sin hälsa och kropp hör också hit, vilket innebär sexuell frihet och frihet att kontrollera sin fortplantning.

Staternas skyldigheter i fråga om rätten till bästa möjliga hälsa för alla faller enligt uttalandena i General Comment No. 14 under tre olika kategorier, nämligen att respektera, skydda och uppfylla rätten till hälsa.⁸⁸

⁸⁸ General Comment No. 14, p. 33.

Att staterna *respekterar* rätten till bästa möjliga hälsa för alla innebär att de avstår från att neka eller begränsa tillgång till hälso- och sjukvård, från att tillhandahålla osäkra läkemedel, begränsa kvinnors tillgång till framför allt preventivmedel eller från att censurera och förvränga hälsorelaterad information. Som nämndes ovan innebär denna skyldighet att staterna avstår från att neka eller begränsa lika tillgång till vården för samtliga personer, däribland sådana som vistas i landet utan nödvändiga tillstånd.

Att staterna ska *skydda* rätten till bästa möjliga hälsa för alla innebär att de ska hindra tredje part från att agera på ett sätt som ingriper i eller begränsar rätten till bästa möjliga hälsa. Det innebär t.ex. att genom lagstiftning säkra att privata aktörer måste iaktta de mänskliga rättigheterna när de erbjuder hälso- och sjukvård.

Att staterna ska *uppfylla* rätten till bästa möjliga hälsa för alla innebär att staterna ska anta erforderlig lagstiftning men även administrativa, budgetmässiga, juridiska och andra åtgärder för att fullt ut uppnå kraven på rätt till bästa möjliga hälsa för alla.

I avsnitt 6.5.5 diskuterar utredningen huruvida den reglering som finns i Sverige i dag kan anses förenlig med vad som ovan angivits. I kapitel 7 och 8 diskuteras därefter på vilket sätt frågan om mänskliga rättigheter ska beaktas vid utredningens överväganden och vilken tyngd den ska ges vid förslagens utformning.

3.5 Rätten till hälsa och därmed sammanhängande frågor i nationell svensk lagstiftning

3.5.1 Regeringsformen – det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa

Transformerering är som beskrivits i avsnitt 3.2.2 den vanliga metoden för att införliva konventioner om mänskliga rättigheter i svensk lag. Det innebär att rättigheterna kommer till uttryck i en rad bestämmelser i olika författningar. Metoden att transformera konventionsåtaganden innebär därmed inte självklart att varje rättighet motsvaras av en enda bestämmelse utan att den kan ha sin motsvarighet i en rad olika bestämmelser som sammantaget uttrycker de olika aspekterna av rättigheten. Att olika åtaganden inte går att identifiera genom en ensam lagregel som motsvarar en rättighets alla aspekter behöver därför inte betyda att rättigheten inte skyddas fullt ut i lagstiftningen.

De rättigheter och friheter som tillkommer personer i Sverige skyddas främst i tre grundlagar: regeringsformen, tryckfrihetsförordningen och yttrandefrihetsgrundlagen.

När regeringsformens (RF) rättighetsstadganden i 1 och 2 kap. skulle utformas valdes en lösning utan direkt anknytning eller hänvisning till konventionstexterna. De bestämmelser om fri- och rättigheter som finns i 1 och 2 kap. RF har dock till stor del utformats mot bakgrund av Sveriges internationella åtaganden om de mänskliga rättigheterna. Sedan år 1994 är dock den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna direkt omnämnd i Regeringsformen (2 kap. 19 §).⁸⁹

Formuleringarna i 1 kap. 2 § RF har tydliga motsvarigheter i Sveriges konventionsåtaganden, bl.a. enligt FN-konventionerna om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter och om medborgerliga och politiska rättigheter. Bestämmelsen brukar dock inte anses rättsligt bindande, utan betraktas som ett program- och målsättningsstadgande. Program och målsättningsstadganden kan sägas ha funktionen att ålägga det allmänna att positivt verka för att de aktuella målsättningarna förverkligas i så stor utsträckning som möjligt.⁹⁰ Som sådana kan de få politisk betydelse.⁹¹

Enligt 1 kap. 2 § RF (likhetsgrundsatsen) gäller bl.a. att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet (*första stycket*), samtidigt som det allmänna bl.a. dels ska verka för att demokratins idéer blir vägledande inom samhällets alla områden (*fjärde stycket*), dels motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller andra omständigheter som gäller den enskilde som person (*femte stycket*).⁹² Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt

⁸⁹ SFS 1994:1648, prop. 1993/94:117, bet. 1993/94:KU24; SFS 2010:1408, prop. 2009/10:80.

⁹⁰ SOU 2008:125, s. 454.

⁹¹ Grundlagarna – Regeringsformen, successionsordningen, riksdagsordningen, andra upplagan Erik Holmberg, Nils Stjernquist, Marianne Eliason och Göran Regner, s. 55 ff. (prop. 1973:90, s. 194. f., prop. 1975/76:209, s. 128, och SOU 1975:75, s. 184).

⁹² SFS 2010:1408.

verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa (*andra stycket*).⁹³

Av förarbetena till regeringsformen framgår att den mest väsentliga funktionen för stadgandet om alla människors lika värde är att ålägga det allmänna att positivt verka för att den ifrågakommande rättigheten skyddas, främjas och i största möjlighet förverkligas.⁹⁴ Angående den demokratiska aspekten ska det allmänna verka för att demokratins idéer blir vägledande inom samhällets alla områden. Bestämmelsen ska slå fast att det är en central uppgift för samhällets organ att befästa och utvidga demokratin i alla sammanhang och på alla nivåer i samhället.

År 2002 byggdes målsättningsstadgandet ut med en föreskift bl.a. om att det allmänna dels ska motverka diskriminering på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller annan omständighet som gäller den enskilde som person. /.../ Uppräkningen är inte uttömmande och det allmänna ska motverka diskriminering även på grund av andra – liknande – osakliga omständigheter.⁹⁵

Rättigheterna i 2 kap. RF är så formulerade att medborgarna gentemot det allmänna är ”tillförsäkrade” något eller skyddade mot något. I förarbetena sades bl.a. att skyddet gäller i förhållandet mellan enskilda och det allmänna, alltså inte mellan enskilda. Skyddet beskrevs som ett skydd mot att det allmänna på annat sätt än genom grundlagsändring ingriper i rättighetsskyddet och begränsar riksdagens befogenheter att ingripa genom vanlig lag.⁹⁶

Bestämmelserna kan alltså sägas rikta sig i första hand till lagstiftaren snarare än till rättstillämparna. Rättigheterna har en sådan utformning att de inte är direkt tillämpliga för domstolar och myndigheter. Detta innebär att domstolar och myndigheter knappast kan grunda sina domar och beslut enbart på en bestämmelse i 2 kap. RF. Dessa bestämmelser fungerar i stället som en slags instruktioner för hur andra, mer specificerade, bestämmelser ska tillämpas och förstås. De rättighetsstadganden som finns i regeringsformen 1 kap. 2 § RF, bl.a. rätten till arbete, bostad och utbildning goda förutsättningar för hälsa fungerar i än mindre grad som rättslig

⁹³ I tidigare 1 kap. 2 RF uttrycktes det som att det särskilt skulle åligga det allmänna att trygga rätten till hälsa. I den nya 1 kap. uttrycks som att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa. Ingen ändring i sak är avsedd (prop. 2009/10:80, s. 246).

⁹⁴ Prop. 1975/76:209, s. 138.

⁹⁵ Prop. 2001/02:72, s. 50. SFS 2002:903.

⁹⁶ Prop. 1975/76:209, s. 85 f.; SFS 1976:871.

grund för beslut då dessa bestämmelser, som tidigare nämnts, inte anses som rättsligt bindande.

Fri- och rättighetsregleringen ger i första hand skydd åt svenska medborgare, men utlänningar är i stor utsträckning likställda med svenskar (2 kap. 25 § 1 RF). Utgångspunkten för fri- och rättighets-skyddet i 2 kap. RF är att det gäller för svenska medborgare.⁹⁷

Senaste gången som frågan om att – t.ex. genom hänvisningar – tydliggöra internationella åtaganden direkt och uttryckligen i svensk lagstiftning, var inom ramen för det uppdrag som regeringen gav åt den år 2006 inrättade Delegationen för mänskliga rättigheter i Sverige. Delegationens uppdrag var att med utgångspunkt i regeringens skrivelse *En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009* (skr. 2005/06:95) stödja det långsiktiga arbetet med att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna i Sverige.⁹⁸ Delegationen föreslår i sitt slutbetänkande *Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter* (SOU 2010:70) att bestämmelser som uttryckligen hänvisar till de överenskommelser om mänskliga rättigheter som Sverige har åtagit sig att följa ska föras in, i ett förtydligande syfte, i flera befintliga författningar med början bl.a. i några särskilda lagar som reglerar offentlig verksamhet i situationer där människor är särskilt utsatta i förhållande till eller beroende av det allmänna, t.ex. för att de är frihetsberövade, sjuka, befinner sig i flyktingskap eller på annat sätt i behov av samhällets stöd. De föreslagna bestämmelserna hänvisar till konventionerna om mänskliga rättigheter som vägledande för hela verksamheten utan att konventionstexterna i sig blir direkt tillämpliga. Syftet med de föreslagna författningsbestämmelserna skulle vara att tydliggöra och erinra om vad som i och för sig redan gäller i dag, nämligen att konventionerna om mänskliga rättigheter ska användas som tolkningsmaterial vid tillämpning av nationell lagstiftning.

I delegationens författningsförslag används uttrycket ”*respekt för den enskildes mänskliga rättigheter enligt de internationella överenskommelser som Sverige har åtagit sig att följa*”. ”Respekt” och ”respektera” används som en samlande beteckning för Sveriges rättsliga skyldigheter enligt de internationella konventionerna. Uttrycket avses omfatta alla de förpliktelser som det allmänna har enligt konventionerna om mänskliga rättigheter, såväl sådana förpliktelser som innebär att det allmänna ska avstå från vissa handlingar som

⁹⁷ Prop. 2009/10:80 s. 149, 257.

⁹⁸ Dir 2006:27 och Dir 2009:125.

sådana som ställer krav på aktiva handlingar.⁹⁹ Några av de lagar som delegationen föreslog ändringar i – och som är av särskilt intresse för denna utredning – är utlänningslagen (2005:716; UtlL), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL), kommunallagen (1991:900) och socialtjänstlagen (2001:453).¹⁰⁰

3.5.2 Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen – en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård

Som nämnts i avsnitt 2.4 säkerställer den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen inte någon rätt till vård utan utgångspunkten för lagstiftningen är att kommunerna och landstingen har en skyldighet att *erbjuda* god hälso- och sjukvård till den som är i medicinskt behov av detta. Det faktum att en patient vid vårdtillfället inte kan betala för vården får inte utestänga vederbörande från vården.

I avsnitten 2.4–2.5 finns den övergripande beskrivningen av hur svensk hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, är reglerad, organiserad och finansierad. Där framgår också att bosatta, asylsökande och papperslösa personer har olika tillgång till den offentligt finansierade vården. Medan bosatta har tillgång till fullständig offentligt finansierad vård är asylsökande personers tillgång begränsad till viss offentligt finansierad vård som inte kan anstå och papperslösa personer till omedelbar vård som de måste bekosta själva. Där framgår också att den nuvarande lagstiftningen är otydlig och inte sällan ger upphov till tolknings- och därmed tillämpningsproblem i den dagliga hälso- och sjukvården. Dessa förhållanden har också lett till att personer i praktiken inte fått den hälso- och sjukvård de enligt svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning skulle ha erbjudits.

Genom bestämmelserna i t.ex. patientsäkerhetslagen (2010:659) och i patientdatalagen (2008:355) ställs uttryckliga krav på vårdgivarna att aktivt bedriva ett patientsäkerhetsarbete och att i journaler noggrant dokumentera och följa upp vården (se avsnitt 3.7). Det grundläggande syftet med detta arbete är att alla patienter ska kunna känna en trygghet att den vård som ges är säker och att den ges i enlighet med de regler och principer som gäller för svensk hälso- och sjukvård. Det är en viktig aspekt på god vård. När det gäller många av de papperslösa personer som uppsöker hälso- och sjukvården så

⁹⁹ SOU 2010:70 s. 328 f.

¹⁰⁰ SOU 2010:70 s. 21.

omfattas de i praktiken helt enkelt inte av sådana bestämmelser då de inte finns registrerade i systemen så som de flesta andra patientgrupper.

Sett mot denna bakgrund och det faktum att RF föreskriver att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa finns det anledning att närmare analysera inte bara om Sverige lever upp till sina internationella åtaganden utan också om den nationella lagstiftningen har ett sådant innehåll att dess tillämpning kan anses stå i överensstämmelse med RF:s målsättning. Utredningen återkommer till detta i avsnitt 6.

3.6 Sekretessbrytande bestämmelser inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten

Såväl asylsökande som papperslösa personer kan under sin vistelse i Sverige komma i kontakt med både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Mot denna bakgrund är det av intresse vad som gäller i dessa verksamheter i fråga om allmänna handlingar och offentlighet och sekretess.

Av särskilt intresse är de regler som antingen ålägger en myndighet att självmant lämna vissa uppgifter till en annan myndighet (*s.k. underrättelseskyldighet*)¹⁰¹ eller regler som ålägger en myndighet att vid förfrågan lämna vissa sekretessbelagda uppgifter till annan myndighet (*s.k. uppgiftsskyldighet*)¹⁰².

3.6.1 Huvudregeln är sekretess

Inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården, oavsett om den bedrivs i allmän eller enskild regi, är huvudregeln att det råder sekretess för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Bestämmelserna om sekretess för allmän verksamhet finns i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400; OSL).¹⁰³ Bestämmelser om tystnadsplikt i yrkesmässigt bedriven enskild socialtjänst och enskild hälso- och sjukvård finns i socialtjänstlagen (2001:453; SoL)

¹⁰¹ Se bl.a. den anmälningsplikt som råder för hälso- och sjukvårdspersonal enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453; SoL) och i 7 kap. 1 § utlänningsförordningen (2006:97).

¹⁰² Se t.ex. 6 kap. 15 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹⁰³ 25 kap. 1 § och 26 kap. 1 § OSL.

respektive patientsäkerhetslagen (2010:659; PsL).¹⁰⁴ I patientsäkerhetslagen finns även regler om uppgiftsskyldighet som är gemensamma för allmän och enskild vårdverksamhet.¹⁰⁵

3.6.2 Uppgiftsskyldighet för personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården

Personal inom socialtjänsten och inom hälso- och sjukvården har, oavsett om de arbetar i allmän eller enskild verksamhet, i vissa fall en uppgiftsskyldighet mot myndigheter. Syftet är bl.a. att skydda enskilda individer (se vidare nedan).

3.6.2.1 Uppgiftsskyldighet m.m. inom socialtjänsten

Enligt 17 kap. 1 § utlänningslagen (2005:716, UtL) ska en socialnämnd lämna ut uppgifter angående en utlännings personliga förhållanden t.ex. om en polismyndighet eller Migrationsverket begär det och uppgifterna behövs bl.a. för att avgöra ett ärende om uppehållstillstånd eller när fråga har uppkommit om en utlänning har uppehållsrätt. Bestämmelsen motsvarar den som fanns i 11 kap. 6 § första stycket i den numera upphävda utlänningslagen (1989:529). Av förarbetena till den nu gällande utlänningslagen följer bl.a. att lagstiftaren inte avsåg någon förändring av bestämmelsens innebörd.¹⁰⁶

Reglerna i 17 kap. 1 § UtL omfattar en utlänning som håller sig undan verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning enligt lagen, men inte en utlänning som befinner sig i landet utan att ha ansökt om tillstånd för det.¹⁰⁷

Socialnämnden har en underrättelseskyldighet enligt 7 kap. 1 § utlänningsförordningen (2006:97). En underrättelse om en utlännings fullständiga namn, födelsedatum, medborgarskap och bostadsadress här i landet ska i vissa fall lämnas till polismyndigheten i det polisdistrikt där utlänningen är bosatt eller huvudsakligen vistas.¹⁰⁸

¹⁰⁴ 6 kap. 12–15 §§.

¹⁰⁵ 6 kap. 15 § PsL.

¹⁰⁶ Prop. 2004/05:170: s. 313, jfr med prop. 1988/89:86, s. 211.

¹⁰⁷ SOU 2010:5, s. 100 f.

¹⁰⁸ Det råder emellertid viss oklarhet bland kommunerna om vad som gäller. Enligt ett forskningsprojekt på Malmö högskola (Social services' encounters with irregular migrants in Sweden – explorative studies. Björngren Cuadra, C och Staaf, A, 2011 kommande), om underrättelseskyldigheten påverkar verksamheten, visade bl.a. att kommunerna gör olika tolkningar av underrättelseskyldighetens innebörd samt att ett dussintal kommuner inte kände till denna under-

En sådan underrättelse behöver dock inte göras beträffande den som har sökt uppehållstillstånd i Sverige eller den som är undantagen från skyldigheten att ha uppehållstillstånd (se vidare nedan). Denna underrättelseskyldighet infördes med 1980 års utlänningsförordning. Utredningen om rätt till skolgång för alla beskriver i sitt betänkande (SOU 2010:5) att skyldigheten motiveras av den inre utlänningskontrollen.¹⁰⁹

Anmälningsskyldigheten i 14 kap. 1 § SoL är en sekretessbrytande bestämmelse. Bestämmelsens innebörd är att myndigheter och deras anställda vars verksamhet berör barn och ungdomar samt motsvarande inom hälso- och sjukvården som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd är skyldiga att anmäla detta till socialnämnden.¹¹⁰ Var och en som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla detta till nämnden.¹¹¹ Inom socialtjänsten finns också den rapporteringsskyldighet som i dagligt tal brukar kallas för Lex Sarah (14 kap. 2 § SoL).¹¹² Från och med den 1 juli 2011 träder 14 kap. 3 § i kraft¹¹³ med innebörden att den som fullgör uppgifter inom bl.a. socialtjänsten genast ska rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.¹¹⁴ Rapporteringsskyldigheten aktualiseras på ett tidigt stadium, redan under prövningen av om någon är berättigad till en insats inom socialtjänsten.¹¹⁵

rättelseskyldighet. Femtioen kommuner ansåg sig ha varit tvungna att alltid underrätta polisen för att kunna erbjuda insatser till papperslösa personer.

¹⁰⁹ Se SOU 2010:5 s. 95.

¹¹⁰ Jfr 24 a § lagen (1993:397) om stöd och service till vissa funktionshindrade, som träder i kraft den 1 juli 2011.

¹¹¹ Se också Utredningen om skolgång för alla betänkande SOU 2010:5, s. 100 ff., där bl.a. görs en jämförelse mellan 17 kap. 1 § utlänningslagen och 14 kap. 1 § SoL.

¹¹² Fr.o.m. den 1 juli 2011 omfattar bestämmelsen all socialtjänst (SFS 2010:429). Skyldigheten motsvarar den vakandeplikt som är inskränkt till omsorger om äldre personer och personer med funktionshinder. Skyldigheten att medverka till god kvalitet utvidgas således till att omfatta hela socialtjänsten.

¹¹³ SFS 2010:429.

¹¹⁴ Jfr 24 b § lagen (1993:397) om stöd och service till vissa funktionshindrade, som träder i kraft den 1 juli 2011.

¹¹⁵ Prop. 20009/10:131, s. 51.

3.6.2.2 Uppgiftsskyldighet inom hälso- och sjukvården

Av 10 kap. 23 § OSL, som gäller allmän verksamhet, följer att en uppgift som angår misstanke om ett begånget brott och som är sekretessbelagd får lämnas till en åklagarmyndighet, polismyndighet eller någon annan myndighet som har till uppgift att ingripa mot brottet endast om misstanken angår brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år. Andra sekretessbrytande bestämmelser i kapitlet är t.ex. de om att sekretess inte hindrar

- att en uppgift lämnas till en enskild eller till en annan myndighet, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet (10 kap. 2 §),¹¹⁶
- en uppgift lämnas till en åklagarmyndighet eller en polismyndighet, om uppgiften angår misstanke om brott som riktats mot någon som inte har fyllt arton år och det är fråga om vissa brott (10 kap. 21 §),¹¹⁷
- att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning (10 kap. 28 §).

Enligt 6 kap. 15 § patientsäkerhetslagen (2010:659), som gäller både allmän och enskild verksamhet, är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att lämna ut bl.a. sådana uppgifter som gäller om någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av:

- domstol,
- åklagarmyndighet,
- polismyndighet,
- Kronofogdemyndigheten, eller
- Skatteverket.

Reglerna i patientsäkerhetslagen fanns i 2 kap. 11 § i den numera upphävda lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). De fördes vad gäller innebörden över oförändrade till patientsäkerhetslagen, som trädde ikraft den 1 januari 2011.¹¹⁸ I förarbetena till patientsäkerhetslagen hänvisar man till de förarbeten som gällde för bestämmelsen i LYHS.¹¹⁹

¹¹⁶ Jfr också 10 kap. 19 §.

¹¹⁷ Det handlar om brott i 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken, eller lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor.

¹¹⁸ Prop. 2009/10:210, s. 212 f.

¹¹⁹ Prop. 1981/82:186 s. 13 ff. och s. 65 f. (p. 1, 3 och 4), prop. 2005/06:54 s. 10 f. och s. 14 f. (p. 2), prop. 1987/88:41 s. 32 (p. 5) samt prop. 1988/89:134 s. 27 (p. 6).

I avsnittet refererade sekretessbestämmelser i OSL fördes över oförändrade från sekretesslagen.¹²⁰ Av de ursprungliga förarbetena till sekretesslagen (1980:100) framgår bl.a. att personal inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten ska lämna polis och åklagare upplysning om någon vistas på en vårdinrättning, om uppgiften efterfrågas i ett särskilt fall.¹²¹ Departementschefen framhöll särskilt att man på ett sjukhus bör kunna bekräfta en förfrågan från polis eller åklagare om en person finns på sjukhuset, om polis eller åklagare uppenbarligen känner till att personen finns på sjukhuset.¹²² Det följer också av dessa förarbeten att personalen inom hälso- och sjukvård och inom socialtjänsten har rätt att till polis eller åklagare lämna uppgifter som angår misstanke om brott för vilket inte är stadgat lindrigare straff än två år, vilket numera är ändrat till ett år.¹²³

Annan rapporteringsskyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal till vårdgivaren är t.ex. vårdskador och risker för vårdskador (6 kap. 4 § PsL.) Dessa kan i sin tur leda till en Lex Maria-anmälan (3 kap. 5 § PsL). Därutöver har läkare rapporteringsskyldigheter, bl.a. enligt 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och enligt bestämmelser i 6 kap. smittskyddslagen (2004:168).

Till utredningen har hälso- och sjukvårdspersonal i olika sammanhang uppgett att man begränsat sig till att svara ja eller nej på frågor om en viss person befinner sig vid en sjukvårdsinrättning. I olika policydokument har landsting föreskrivit vad som gäller ifråga om upplysningsskyldigheten, se t.ex. Stockholms läns landsting (bilaga 3) och Skåne läns landsting (bilaga 5 och 6).

Personal inom hälso- och sjukvården har inte sådan underrättelseskyldighet som socialnämnden har enligt utlänningsförordningen (2006:67) (jfr 3.6.3.1).

¹²⁰ Prop. 2008/09:150, s. 323 f.

¹²¹ Prop. 1981/82:186, s. 15.

¹²² a.a. s. 16.

¹²³ a.a. s. 20.

3.7 Identitet och journalföring

3.7.1 Fastställd identitet – inget krav för att få tillgång till hälso- och sjukvård

I Sverige är det inte en nödvändig förutsättning att en person kan identifiera sig eller ens anger "rätt" identitet för att han eller hon ska få hälso- och sjukvård inklusive tandvård. Som har beskrivits i kapitel 3 är rätten till bästa möjliga hälsa för alla en mänsklig rättighet som inte kan villkoras av att patienten ska uppvisa en identitet före vårdinsatsen.¹²⁴ Företrädare för hälso- och sjukvårdspersonal och vårdgivare har för utredningen beskrivit att det av flera skäl ändå är högst önskvärt och rimligt att den som söker offentligt finansierad hälso- och sjukvård identifierar sig. Skälen för detta behandlas i detta avsnitt.

Det är av olika skäl bra om en vårdgivare vet vilken person som vid ett vårdtillfälle får hälso- och sjukvård. *För det första* är det av värde att kunna dokumentera för framtiden vilken hälso- och sjukvård som ges en patient. *För det andra* är det i en konkret vård-situation av värde att veta vilken hälso- och sjukvård som eventuellt givits patienten tidigare. Patienten kan exempelvis lida av överkänslighet etc. eller det kan föreligga andra omständigheter som kan påverka hur man väljer att ge vården. Med hjälp av person- eller samordningsnummer,¹²⁵ under förutsättning att det är förenligt med offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och patientdatalagen (2008:355), kan en vårdgivare vid behov samla in uppgifter ur tidigare upprättade journaler från både offentliga och privata vårdgivare. Denna möjlighet finns inte beträffande papperslösa eller andra patienter som registreras under reservnummer (se nedan), eftersom dessa oftast endast används vid ett vårdtillfälle och inte följer patienten.

Båda dessa aspekter är centrala för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha så bra möjligheter som möjligt att avgöra vilken vård eller behandling som behöver sättas in i det enskilda fallet, vilket i sin tur är en fråga om patientsäkerhet, dvs. att minimera risken för felbehandling. *För det tredje* medför en ordning där identiteten kan fastställas att det är svårare för andra personer att tillägna sig de förmåner som reglerna om sjukvårdssubventionen och högkostnads-

¹²⁴ Av 3 kap. 6 § patientdatalagen 2008:355) framgår att en patientjournal ska innehålla uppgift om en patients identitet om uppgiften finnas tillgänglig.

¹²⁵ Se 18 a § folkbokföringslagen (1991:481).

skyddet innebär (se vidare avsnitten 2.4–2.5). För det fjärde är det av vikt att vårdgivare och tillsynsmyndigheter har möjligheten att i ett bredare perspektiv följa upp såväl enskilda patienters vård och behandling som verksamheten i stort, bl.a. med utgångspunkt från epidemiologisk forskning och budgetanslag.

Företrädare för hälso- och sjukvårdspersonal och vårdgivare har för utredningen vidare beskrivit att det för vården inte är någon obekant situation att en identitet inte alltid är fastställd före en vårdinsats, men att det i de fall de fall det går är angeläget att så görs – till och med att patienten är skyldig till att bidra till detta.¹²⁶ En patient kan t.ex. vara i sådant tillstånd att vederbörande inte kan meddela sig. Det kan också röra sig om en person som har skyddad identitet. Detta händer både patienter som senare visar sig vara bosatta i landet och sådana som inte är det. För dessa situationer finns det inom hälso- och sjukvården ett system med s.k. *reservnummer* som hälso- och sjukvårdspersonal kan använda för att skriva in en person och upprätta en patientjournal. Ett reservnummer består av åtta siffror komponerade av födelseår, månad och dag. Som regel fastställs därefter identiteten på patienten, exempelvis när denne återfår medvetandet eller på annat sätt identifieras, och reservnumret ersätts med vederbörandes personnummer. Även om ordningen med reservnummer ursprungligen inte var avsedd för det så tillämpas den även när papperslösa söker hälso- och sjukvård. Detta sker för att vårdpersonalen på något sätt ska kunna dokumentera de insatser som görs. För asylsökande personer används de identiteterna de fått av Migrationsverket genom s.k. LMA-kort.¹²⁷

När en person kan åsättas någon form av identitet genom t.ex. ett person-, samordnings- eller reservnummer blir det möjligt att inom hälso- och sjukvården – inklusive tandvården – på ett ändamålsenligt sätt dokumentera de insatser som genomförs. Sjukvårdens normala rutiner för dokumentation av insatser, journalföring, utfärdande av remisser, recept på läkemedel, fakturor m.m. bygger på att patienten har ett personnummer eller liknande. I de flesta fall känner patienten till sitt nummer och har ingen anledning att dölja detta.

¹²⁶ Se t.ex. ledare av Thomas Flodin, ordförande i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd, i Läkartidningen nr 3 och nr 4 2011, volym 108, om att patienten också har skyldigheter att bidra till att patientsäkerheten kan upprätthållas.

¹²⁷ Jfr SOU 2003:89 avsnitt 5.3 där systemet med LMA-kort beskrivs.

Nedan följer en övergripande beskrivning av de regler som i dag gäller i fråga om dokumentation inom hälso- och sjukvården och tandvården.

3.7.2 Dokumentation

3.7.2.1 Lagkrav på att dokumentera insatser inom hälso- och sjukvården

Syftet med införandet av den nuvarande patientdatalagen (2008:355) var bl.a. att stärka patientsäkerheten.¹²⁸ Regeringen anförde i förarbetena att journalföringen är av fundamental betydelse för vård- och behandlingsarbetet inom hälso- och sjukvården. Dokumentationen av olika åtgärder kan vara helt avgörande för patientsäkerheten.¹²⁹ Enligt 3 kap. 2 § patientdatalagen är också syftet med att föra patientjournal i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Av 3 kap. 6 § samma lag följer bl.a. att en patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla:

1. uppgift om *patientens identitet*,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, och
5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

I Sverige finns i dag inget nationellt samordnat system för åtkomst av patientjournaler. Det är något som länge setts som en brist och det har vid ett flertal tillfällen påtalats att ett sådant system skulle underlätta får vårdgivarna och öka säkerheten för patienterna. I patientdatalagen har det införts regler om sammanhållen journalföring (6 kap.) i syfte att förenkla möjligheten för vårdgivare att elektroniskt ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos annan vårdgivare. Detta gäller inom ett landsting och mellan olika lands-

¹²⁸ Prop. 2007/08:126, s. 34.

¹²⁹ 2007/08:126, s. 89 f.

ting (sjukvårdshuvudmän). En sammanhållen journalföring är möjlig mellan alla vårdgivare, både offentliga och privata/enskilda.¹³⁰ För att hälso- och sjukvården för asylsökande och papperslösa personer ska vara fullt ut jämförbar med den som bosatta personer erbjuds behöver systemet inom vården gällande identitet och journalföring kompletteras med regler som passar deras situation. Utredningen återkommer till denna fråga bland förslagen i kapitel 8.

Även om det, som beskrivs i avsnitt 3.7.1, inte är en nödvändig förutsättning för att få hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, att man kan identifiera sig så finns, som också nämnts ovan, både ett praktiskt behov av och ett krav i patientdatalagen på att yrkesutövare inom hälso- och sjukvården ska dokumentera gjorda insatser.¹³¹ Detta gäller inte minst för att vid behov kunna följa upp en patients sjukdomshistoria och framtida behov – men också för att varje patient ska kunna hänvisa till tidigare vård och på så vis ha en dokumenterad vårdshistorik. I 4 kap. patientdatalagen ställs också upp regler för inre sekretess (den ”yttre” sekretessen regleras i offentlighets- och sekretesslagen [2009:400] och i patientsäkerhetslagen [2010:659]) samt elektronisk åtkomst och direktåtkomst till journalen (se vidare avsnitt 3.6). Lagen gör skillnad beträffande begreppen elektronisk åtkomst och direktåtkomst. Med elektronisk åtkomst avses åtkomst hos en och samma vårdgivare, medan det med direktåtkomst avses åtkomst till uppgifter hos annan vårdgivare inom ett system för sammanhållen journalföring.

I förarbetena till patientdatalagen konstaterar lagstiftaren att journalföring är en central del av hanteringen av information inom hälso- och sjukvården.¹³² Den numera upphävda patientjournalagens (1985:562) bestämmelse om krav på journalföring, vem som är skyldig att föra patientjournal och skyldigheten att på begäran av en patient utfärda intyg om vården fördes över oförändrad till patientdatalagen.¹³³ Skyldig att föra en patientjournal är:¹³⁴

- den som enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke,
- den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller

¹³⁰ Prop. 2007/08:126, s. 103 ff.

¹³¹ 3 kap. patientdatalagen (2008:355), jfr 1 § första stycket upphävda patientjournalagen, prop. 1984/85:189, s. 35, SOU 2006:83.

¹³² Prop. 2007/08:126, s. 35 ff.

¹³³ Prop. 2007/08:126, s. 90 f.

¹³⁴ 3 kap. 3 § patientdatalagen.

- psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare, och
- den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården.

Av förarbetena till den tidigare gällande patientjournalagen framgår att det grundläggande syftet, vilket numera framgår direkt av patientdatalagen, med patientjournalen som sådan är att säkerställa en god och säker vård av patienten. Journalen ska i första hand kunna användas av hälso- och sjukvårdspersonalen som ett arbetsinstrument för planering, genomförande och uppföljning av vården. Journalföringen ger också samhället möjlighet att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården. Journaluppgifter utnyttjas också i flera andra för hälso- och sjukvården viktiga sammanhang, t.ex. i klinisk och epidemiologisk forskning.¹³⁵ Av förarbetena till patientjournalagen framgår bl.a. att i patientjournalen ska uppgift om patientens *identitet* antecknas. Vad som krävs är att patienten lätt ska kunna identifieras. Uppgifterna ska vara så klara och tydliga samt så fullständiga att risk för förväxling med andra patienter inte föreligger. Det innebär dock inte att vissa specifika uppgifter måste finnas som t.ex. personnummer. Det anförs vidare att andra förhållanden som i vissa vårdsituationer kan behöva dokumenteras i en patientjournal är uppgifter om ärftlighet, sociala förhållanden, kost-, alkohol och rökvanor, tidigare och nuvarande sjukdomar, den senaste sjukdomsutvecklingen och pågående medicinering.¹³⁶

I Socialstyrelsens allmänna råd om identitetskontroll m.m. av patienter i hälso- och sjukvården (SOSFS 1992:2) framgår bl.a. följande.¹³⁷

Det förekommer att patienter vid anlitan av allmän hälso- och sjukvård använder en patientbricka som avser en helt annan person och att detta sker medvetet. Förhållandet medför att en patientjournal kan komma att innehålla medicinska data om fel person eller att väsentliga uppgifter kan komma att saknas om personen. Förutom att det strider mot patientjournalagen, numera patientdatalagen, förorsakar detta risk för att patienten kan få fel vård och behandling, samt att medicinska och andra komplikationer kan uppkomma för den enskilde och för den person som vederbörande

¹³⁵ Prop. 2007/08:126, s. 92.

¹³⁶ Prop. 1984/85:189, s. 39 ff.

¹³⁷ Dessa har inte uppdaterats i och med att ny lagstiftning trätt i kraft.

uppges sig vara. Falsk identitet uppges i första hand vid vård, undersökning eller behandling av sexuellt överförda sjukdomar, andra sjukdomar som anges i smittskyddslagen, aborter och inom psykiatrin.

För att komma till rätta med ovan angivna säkerhetsrisker bör vid alla hälso- och sjukvårdsinrättningar eller motsvarande finnas fastställda, säkra rutiner för identitetskontroll av patienter. Det är vid mera integritets- och sekretesskänslig vård av särskild vikt att den identitet som uppges av patienten verkligen är riktig. Identitetskontroll kan, när patienten inte redan är känd, lämpligen ske genom att vederbörande legitimerar sig. Det innebär emellertid inte att patienten annat än undantagsvis måste kunna legitimera sig för att få vård. Vid aborter eller steriliseringar där det finns vissa formella krav för att få åtgärden utförd, t.ex. att man är svensk medborgare eller bosatt här i riket¹³⁸ kan det dock inte accepteras att man svävar i tvivelsmål om vem det är som är föremål för ingreppet. Detsamma gäller vid utfärdande av vårdintyg eller intyg som av patienten ska användas i något rättsligt sammanhang. Om patienten inte legitimerar sig kan anteckning härom göras på kvitto eller annan lämplig handling samt i journalen. Av anteckningen i journalen bör framgå om patientens identitet är styrkt på annat sätt än genom legitimationshandling eller om man är osäker om identiteten.

Är det fråga om vård av barn bör den vuxne som har fört barnet till vårdinrättningen kunna legitimera sig. Om personen inte är barnets vårdnadshavare måste denne också kunna göra troligt att han eller hon har vårdnadshavarens uppdrag att ansvara för barnet. I akuta situationer måste barnet självfallet beredas vård även utan vårdnadshavarens medgivande.

Då betydande skillnader i lokal organisation kan föreligga bör utarbetandet av säkra rutiner för identitetskontroll ske lokalt av vederbörande ansvarig chefsöverläkare eller motsvarande.¹³⁹ Regler och rutiner bör i möjligaste mån utformas enhetligt inom ett sjukvårdsområde. De bör därför fastställas av den nämnd som utövar ledningen av hälso- och sjukvården i området. Utfärdade rutiner bör delges all berörd hälso- och sjukvårdspersonal.

¹³⁸ Kraven i abortlagen är numera ändrade.

¹³⁹ Detta är inte längre en reglerad befattning annat än inom tvång inom psykiatrin och isolering vid smittskydd.

3.7.2.2 Möjligheten att dokumentera den hälso- och sjukvård som ges åt asylsökande och papperslösa personer

När en patients personuppgifter inte går att fastställa gäller följande.¹⁴⁰ En patientjournal ska alltså enligt 3 kap. 6 § 1 patientdatalagen innehålla uppgifter om bl.a. en patients identitet om uppgiften finns tillgänglig. Det innebär dock inte att det är möjligt att neka en patient nödvändig vård för att hans eller hennes identitet inte kan fastställas.¹⁴¹ Vårdgivare är skyldiga att ta fram rutiner så att patientjournal kan föras på ett säkert sätt även under sådana omständigheter. Detta gäller också för patienter som saknar svenskt personnummer eller som har skyddade personuppgifter.

När *asylsökande* personer ansöker om uppehållstillstånd får de ett s.k. LMA-kort av Migrationsverket.¹⁴² Detta är ett kort som bekräftar den asylsökande personens identitet.¹⁴³ Kortet används bl.a. vid kontakter med hälso- och sjukvården. Den identitet som uppges vid dessa kontakter ska sedan överensstämja med den identitet som den asylsökande har uppgivit för Migrationsverket. Detta för att landstinget ska kunna få ersättning av Migrationsverket för den hälso- och sjukvård som den asylsökande fått. Vårdgivaren lägger upp en patientjournal med den identitet som finns angiven på LMA-kortet. Eftersom en asylsökande person inte har något personnummer så märks patientjournalen med ett s.k. reservnummer som följer den asylsökande i vården så länge han eller hon uppger samma identitet.

När personal inom hälso- och sjukvården möter *papperslösa* personer, och i viss mån även andra som inte är bosatta eller folkbokförda i Sverige, måste personalen förhålla sig till att de normala rutinerna för dokumentation m.m. inte kan tillämpas. Dessa personer har inget person- eller samordningsnummer. En del av dem har fått avslag på sin asylansökan och har då ibland ett gammalt LMA-kort, men andra har aldrig haft ett sådant kort.¹⁴⁴ Dessa personer har vanligen inte heller identitetshandlingar som styrker deras identitet och i de fall de har sådana handlingar är en del av dem ovilliga att visa upp dessa, oftast av rädsla för att bli angivna till polisen.

¹⁴⁰ Socialstyrelsens handbok till SOSFS 2008:14, Informationshantering och journalföring.

¹⁴¹ Detta anses framgå av 4 § HSL.

¹⁴² LMA är en förkortning av lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.

¹⁴³ Migrationsverket uppger att man sällan vet att det är rätt identitet. Asylsökande har sällan ID-handlingar eller pass. Verket godtar vad asylsökande uppger att de heter. Asylsökande får ett dossiernummer som följer honom eller henne. Man får inte ett personnummer av verket (se e-post den 7 september 2010 (Dnr. 2010:01/2011/33)).

¹⁴⁴ Detta kan också gälla barn som fötts i Sverige av gömda föräldrar.

En vårdgivare har i dessa fall att ta den uppgivna identiteten för god och lägga upp en patientjournal i samband med vårdkontakten. Eftersom dessa personer, liksom asylsökande personer, inte har ett person- eller samordningsnummer knyts patientjournalen till patienten genom ett s.k. reservnummer, trots att dessa nummer aldrig varit avsedda för sådana situationer. Att nyttja systemet med reservnummer är dock det sätt som används för att praktiskt och på ett rimligt sätt dokumentera vårdkontakter och gjorda insatser. Avsikten är ju att reservnumret ska följa patienten och kunna användas vid andra vårdkontakter för att kunna åstadkomma en vårdhistorik för den enskilde patienten. Det förekommer emellertid att papperslösa vid en ny vårdkontakt säger att de saknar reservnummer eller att de glömt vilket nummer de tidigare fått och får ett nytt reservnummer eller uppger någon annans nummer. I sådana fall finns inga möjligheter att varken bygga upp eller ta del av tidigare dokumentation.

Tidigare asylsökande som undanhåller sig verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning, och som därmed enligt utredningens terminologi också är papperslösa, uppvisar ibland gamla LMA-kort vilka, vad utredningen erfarit, brukar accepteras av vården. Finns det ett LMA-kort lägger vårdgivaren upp en patientjournal med den identitet som finns angiven på kortet. Eftersom den tidigare asylsökande personen inte har ett personnummer märks patientjournalen med ett reservnummer som följer honom eller henne i vården så länge han eller hon uppger samma identitet. Det är inte ovanligt att en tidigare asylsökande använder en annan asylsökandes LMA-kort, alternativt säger sig inte ha ett gammalt kort – allt för att inte riskera att bli upptäckta och angivna till t.ex. polisen.

Enligt vad företrädare för vården uppgivit för utredningen finns det sammanfattningsvis i huvudsak två orsaker till att papperslösa personer väljer att uppge en felaktigt identitet eller olika identiteter. *För det första* är många oroliga för att bli överlämnade till polisen.¹⁴⁵ *För det andra* vill den papperslöse personen genom att hålla sin identitet oklar undvika att dra på sig en skuld gentemot de allmänna som personen måste betala om han eller hon senare skulle beviljas uppehållstillstånd i Sverige.¹⁴⁶ Företrädare för vårdgivarna har

¹⁴⁵ Se vidare om myndigheters underrättelse- och upplysningskyldighet i avsnitt 2.3.9.

¹⁴⁶ I en e-post till utredningen uppger Charlotte Carrborg, verksamhetsjurist och utredare på Rikskronofogdens kansli, att papperslösa personers vårdskulder inte är vanligen förekommande hos Kronofogdemyndigheten (KFM), Dnr. S 2010:01/2011/2. Hon anger bl.a. följande. Skulden är indrivningsbar om landstingen har fått skulden fastställd. I de fall de agerar ansöker man troligen oftast om betalningsföreläggande. Om personnummer saknas ger KFM svaranden

för utredningen beskrivit att fordringar som ett landsting har på personer som inte betalar sina vårdkostnader nämligen inte skrivs av utan enligt rutin lämnas över till inkasso. Detta gäller både personer som är bosatta i landet och sådana som befinner sig i landet i övrigt.

3.8 Migrationsrätt

3.8.1 Inledning

I utredningens direktiv anges att en viktig utgångspunkt i de migrationspolitiska övervägandena som utredningen har att göra är att Sverige ska ha en reglerad invandring.

En utländsk medborgare som vill vistas mer än tillfälligt i Sverige måste ha nödvändiga tillstånd för detta. I de fall en person inte får tillstånd att vara i landet måste vederbörande lämna landet (jfr avsnitt 2.2). I utredningens direktiv sägs vidare att det är en viktig utgångspunkt för utredningens förslag att dessa inte har en negativ inverkan på asylprocessen inklusive asylmottagandet eller att tillgången till sjukvård bidrar till att fler personer uppehåller sig och arbetar här utan nödvändiga tillstånd. Förslagen får inte heller bidra till att fler personer väljer att hålla sig undan verkställighet av ett avvisnings- eller utvisningsbeslut eller få eventuella negativa konsekvenser för den reglerade invandringen.

Utredningsuppdraget innefattar inte att se över asylprocessen eller den migrationsrättsliga regleringen i övrigt. Den ska ligga fast. De frågeställningar som utredningen har att hantera har dock naturligen samband med frågor som rör det migrationsrättsliga och migrationspolitiska området. Mot bakgrund av detta och det faktum att även den migrationsrättsliga regleringen har sitt ursprung i den folk-rättsliga regleringen av mänskliga rättigheter ges här en översikt av de migrationsrättsliga regler som är av särskilt intresse för utredningens uppdrag. I avsnitt 2.2 har frågor som rör den praktiska hanteringen av asylprocessen berörts.

Migrationen till Sverige omfattar långt fler än sådana personer som söker asyl och som beviljas uppehållstillstånd av skyddsskäl

ett tillfälligt personnummer. Därefter kommer den största svårigheten, nämligen att delge ansökningen. Även i de fall ansökningen verkligen når svaranden kan det vara svårt att avgöra om det är rätt person som delgivits då klara identifieringssvårigheter föreligger. Om utslag meddelas kan sökanden välja att skulden ska drivas in och den handläggs då som ett enskilt mål om verkställighet hos KFM.

(se avsnitt 2.1). Som framgått av avsnitt 2.2.2.1 utgör den största andelen av beviljade uppehållstillstånd och registrerade uppehållsrätter tillstånd av arbetsmarknadsskäl (20,5 procent), tillstånd till anhöriga (20,4 procent), uppehållsrätt (18 procent), tillstånd på grund av studier (13,5 procent) och tillstånd för besök (12,5 procent). Utredningens uppdrag omfattar emellertid inte personer i dessa grupper.¹⁴⁷ En avgränsning i detta avsnitt har därför, i likhet med vad som skedde i avsnitt 2.2, gjorts i framställningen av det migrationsrättsliga regelverket till att i huvudsak omfatta regleringen av asylfrågor.

Målet för migrationspolitiken är att säkerställa en långsiktigt hållbar migrationspolitik som värnar asylrätten och som inom ramen för den reglerade invandringen underlättar rörlighet över gränser, främjar en behovsstyrd arbetskraftsinvandring och tillvaratar och beaktar migrationens utvecklingseffekter samt fördjupar det europeiska och internationella samarbetet.¹⁴⁸ I avsnitten 2.2.2.1 och 4.1 beskrivs ramöverenskommelsen mellan regeringen och Miljöpartiet de gröna om migrationspolitiken.

I utlänningslagen (2005:716;UtlL) finns bestämmelser om bl.a. villkor för inresa, vistelse och arbete i Sverige. I lagen finns bestämmelser om uppehållsrätt, flyktingar och andra skyddsbehövande, uppehållstillstånd, avvisning och utvisning samt verkställighet av sådana beslut. Lagen kompletteras av utlänningsförordningen (2006:97;UtlF).

Migrationen regleras i princip för tre olika kategorier av personer beroende på vilket land man är medborgare i eller har tillstånd för vistelse eller bosättning i: nordbor, de som kommer från länderna inom EU/EES-samarbetet respektive de som kommer från tredje land.

En annan indelning av regelverket för migration kan göras utifrån vilka skäl bosättningstillståndet grundas. Upphållstillstånd ges i Sverige i huvudsak av följande skäl; arbetskraftsinvandring, anhöriginvandring eller av skyddsskäl. Inom EU pågår ett arbete med att harmonisera asyllagstiftningen.¹⁴⁹

¹⁴⁷ Jfr avsnitt 2.1.

¹⁴⁸ Regeringens skrivelse 2010/11:29 Migration och asylpolitik.

¹⁴⁹ För en redogörelse, se SOU 2010:40 s. 223 ff.

3.8.2 Uppehållstillstånd

En utlänning som ska vistas i Sverige i mer än tre månader ska ha uppehållstillstånd om inte visering har beviljats för längre tid (2 kap. 5 § UtlL). Nordiska medborgare och EES-medborgare samt deras familjemedlemmar med uppehållsrätt är undantagna från kravet på uppehållstillstånd (2 kap. 8 § UtlL). Utlänningar som bedöms vara skyddsbehövande, dvs. flyktingar, alternativt skyddsbehövande och övriga skyddsbehövande, har rätt till uppehållstillstånd. För andra utlänningar får uppehållstillstånd beviljas om det finns skäl för det på grund av anknytning till en i landet bosatt person eller annan anknytning till Sverige, under vissa förhållanden på grund av arbete eller då försörjningen är ordnat på annat sätt än genom anställning, eller på grund av synnerligen ömmande omständigheter. Vissa anhöriga har rätt till uppehållstillstånd (5 kap. 3 § UtlL). Bestämmelsen om synnerligen ömmande omständigheter (5 kap. 6 § UtlL) innebär att uppehållstillstånd kan beviljas en utlänning om det vid en samlad bedömning av utlänningens situation föreligger sådana synnerligen ömmande omständigheter att han eller hon bör tillåtas stanna i Sverige. Vid bedömningen ska särskilt beaktas utlänningens hälsotillstånd, anpassning till Sverige och situationen i hemlandet.

Med flykting avses enligt 4 kap. 1 § UtlL en utlänning som befinner sig utanför det land som han eller hon är medborgare i, därför att han eller hon känner välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning eller på grund av kön, sexuell läggning eller annan tillhörighet till en viss samhällsgrupp, och inte kan, eller på grund av sin fruktan inte vill, begagna sig av detta lands skydd. Detsamma gäller en person som är statslös. En utlänning, som med åberopande av skyddsskäl ansökt om uppehållstillstånd, ska som huvudregel¹⁵⁰ förklaras vara flykting (flyktingstatusförklaring) om han eller hon omfattas av definitionen ovan. Sådan förklaring får dock vägras i vissa fall.¹⁵¹ Flyktingdefinitionen överensstämmer i allt väsentligt med den som finns i artikel 1 (A) 2 i 1951 års konvention angående flyktingars rättsliga ställning (Genève-konventionen). Vissa förtydliganden har dock gjorts dels så att det klart framgår att förföljelse som utgår från andra än myndigheterna kan beaktas, dels så att det framgår att personer som känner välgrundad fruktan för förföljelse på grund av kön eller sexuell läggning kan få skydd som flyktingar.

¹⁵⁰ Dock inte om han eller hon är utesluten från att anses som flykting enligt 4 kap. 2 b § UtlL.

¹⁵¹ Jfr 4 kap. 3 § och 3 a § UtlL.

Med alternativt skyddsbehövande avses en utlänning som i andra fall än som avses i 4 kap. 1 § UtlL befinner sig utanför det land som han eller hon är medborgare i därför att det finns grundad anledning att anta att utlänningen vid ett återvändande till hemlandet skulle löpa risk att straffas med döden eller att utsättas för kroppsstraff, tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, eller som civilperson löpa en allvarlig och personlig risk att skadas på grund av urskillningslöst våld med anledning av en yttre eller inre väpnad konflikt, och utlänningen inte kan, eller på grund av sådan risk som avses ovan, inte vill begagna sig av hemlandets skydd.

Med övrig skyddsbehövande avses en utlänning som i andra fall än som avses i 4 kap. 1–2 §§ befinner sig utanför det land som han eller hon är medborgare i, därför att han eller hon behöver skydd på grund av en yttre eller inre väpnad konflikt eller på grund av andra svåra motsättningar i hemlandet känner välgrundad fruktan att utsättas för allvarliga övergrepp, eller inte kan återvända till sitt hemland på grund av en miljökatastrof.

Med asyl avses ett uppehållstillstånd som beviljas en utlänning därför att han eller hon är flykting eller alternativt skyddsbehövande (1 kap. 3 § UtlL). En ansökan om uppehållstillstånd som grundar sig på sådana omständigheter som anges i 4 kap. 2 a §§ UtlL (övrig skyddsbehövande) ska enligt 1 kap. 12 § UtlL handläggas som en ansökan om asyl.

Utvärderingsutredningen,¹⁵² som bl.a. hade i uppdrag att analysera hur bestämmelsen om uppehållstillstånd på grund av synnerligen ömmande omständigheter hade tillämpats, fann i sitt slutbetänkande Den nya migrationsprocessen (SOU 2009:56) att uppehållstillstånd för vuxna på grund av synnerligen ömmande omständigheter – vilket i och för sig utgör en undantagssituation – endast beviljas i enstaka fall.¹⁵³ När det gäller barn ansåg utredningen att praxis ännu inte var så rikhaltig att det gick att utläsa om barns bästa beaktats på det sätt som avsetts av lagstiftaren.¹⁵⁴

Ett uppehållstillstånd kan vara permanent eller tidsbegränsat. Bestämmelser om när tidsbegränsade uppehållstillstånd får beviljas finns i 5 kap. 7–15 §§ UtlL. Skäl för tidsbegränsat uppehållstillstånd kan t.ex. vara att utlänningens närvaro behövs för att förundersökning eller huvudförhandling i brottmål ska kunna genomföras, att

¹⁵² Ju 2007:12.

¹⁵³ Bet. s. 367 ff.

¹⁵⁴ Bet. s. 367 ff.

en utlänning behöver vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och att det föreligger icke-bestående verkställighetshinder. Tidsbegränsat uppehållstillstånd beviljas också i vissa fall som rör familjeanknytning eller behov av vård i Sverige som är av övergående natur.

Vad slutligen beträffar uppehållstillstånd med tillfälligt skydd kan ett sådant beviljas med stöd av bestämmelserna i 21 kap. UtlL (som har sin grund i det tidigare nämnda massflyktsdirektivet). I vissa situationer kan Europeiska unionens råd besluta att det råder en massflyktsituation. En utlänning som omfattas av ett beslut om tillfälligt skydd och överförs till eller tas emot i Sverige ska då beviljas uppehållstillstånd med tillfälligt skydd. Ett uppehållstillstånd med tillfälligt skydd får inte gälla under länge tid än den tid som har beslutats av Europeiska unionens råd.

3.8.3 Avisning, utvisning och verkställighet av sådana beslut

Om en ansökan om uppehållstillstånd avslås eller avvisas eller om ett uppehållstillstånd återkallas när utlänningen befinner sig i Sverige ska det som huvudregel samtidigt meddelas ett beslut om avvisning eller utvisning (8 kap. 16 § UtlL). Ett beslut om avvisning i första instans får inte fattas senare än tre månader efter det att den första ansökan om uppehållstillstånd gjorts efter en utlännings ankomst till Sverige (8 kap. 5 § UtlL). Ett beslut om avlägsnande som fattas när en utlänning har vistats mer än tre månader i Sverige, efter det att den första ansökan om uppehållstillstånd gjordes, eller av en allmän domstol på grund av att en utlänning har begått ett brott benämns utvisning (8 kap. 7–15 §§ UtlL). När Migrationsverket beslutar om avvisning eller utvisning får beslutet förenas med ett förbud för utlänningen att under viss tid återvända till Sverige utan att ha tillstånd av Migrationsverket eller, i ett säkerhetsärende, av regeringen (8 kap. 19 § UtlL).

Det är i första hand den enskildes ansvar att resa ut ur landet. I de fall den enskilde inte följer beslutet om av- eller utvisning är det Migrationsverket som ansvarar för att ett beslut om avvisning eller utvisning verkställs (12 kap. 14 § första stycket UtlL). Bestämmelserna i UtlL bygger i första hand på att en utlänning som har fått ett avvisnings- eller utvisningsbeslut ska lämna landet på egen hand. Som huvudregel ska en person som har fått ett avvisningsbeslut lämna landet inom två veckor och en person som fått ett utvis-

ningsbeslut inom fyra veckor från beslutet (12 kap. 15 § UtL). Förvarsutredningen (Ju 2009:3), som hade i uppdrag att bl.a. föreslå hur återvändandedirektivet¹⁵⁵ ska genomföras i svensk rätt, har i sitt delbetänkande Återvändandedirektivet och svensk rätt (SOU 2009:60) lämnat förslag om att ett beslut om avvisning eller utvisning som huvudregel ska innehålla en – med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet – fastställd tidsfrist om 7–30 dagar för frivillig avresa. Om utlänningen inte har lämnat landet inom den föreskrivna tiden, eller om beslutet om tidsfrist för frivillig avresa dessförinnan upphävts, ska beslutet om avvisning eller utvisning verkställas snarast möjligt därefter. Förvarsutredningen föreslår vidare att det införs en ny bestämmelse i UtL där det anges vilka överväganden som ska göras vid bedömningen av om det finns en risk för avvikande, varvid särskilt ska beaktas bl.a. om utlänningen tidigare har hållit sig undan, har uppträtt under olika identiteter, använt sig av falska dokument eller på annat sätt försvårat prövningen av asylansökan. Förslagen har ännu inte lett till någon lagstiftning.

Om den som ska avvisas eller utvisas håller sig undan och inte kan anträffas utan polismyndighetens medverkan eller om det kan antas att tvång kommer att behövas för att verkställa beslutet får Migrationsverket lämna över ett avvisnings- eller utvisningsärende till polismyndigheten för verkställighet (12 kap. 14 § fjärde stycket UtL).

Av 12 kap. 21 § UtL framgår att ett beslut om avvisning eller utvisning ska anses verkställt om utlänningen har lämnat landet. Oavsett om utlänningen lämnar landet eller inte, upphör beslutet att gälla fyra år från det att det vann laga kraft. I de fall beslutet har förenats med ett återreseförbud under längre tid än fyra år upphör beslutet om avvisning eller utvisning att gälla först när tiden för förbudet går ut. Det är Migrationsverkets handläggare som bedömer om en utlänning kan antas lämna landet självmant efter ett utvisnings- eller avvisningsbeslut, eller om ärendet ska överlämnas till polismyndighet. Det är också handläggaren som avgör om det finns anledning att anta att en utlänning håller sig undan beslutet om verkställighet av beslutet eller om personen i fråga kan bedömas ha lämnat landet på egen hand. När en person antas hålla sig undan verkställighet överlämnas ärendet till polisen och en registrering om

¹⁵⁵ Europaparlamentets och rådets direktiv 2008/115/EG av den 16 december 2008 om gemensamma normer och förfaranden för återvändande av tredjelandsmedborgare som vistas olagligt i medlemsstaterna.

avvikelse görs i Migrationsverkets datasystem. I annat fall registreras utlänningen som ”troligen utrest” eller ”konstaterat utrest”.

3.8.4 Uppgifts- och underrättelseskyldighet enligt utlänningslagstiftningen

I avsnitt 2.3.8 har redogjorts för vissa frågeställningar rörande uppgifts- och underrättelseskyldigheten enligt utlänningslagstiftningen.

Enligt 17 kap. 1 § UtlL ska socialnämnden på begäran av en polismyndighet, Säkerhetspolisen, Migrationsverket, en migrationsdomstol, Migrationsöverdomstolen eller regeringen lämna ut uppgifter angående en utlännings personliga förhållanden som behövs för att avgöra bl.a. ett ärende om uppehållstillstånd eller för att verkställa ett beslut om avvísning eller utvisning.

Bestämmelser om underrättelseskyldighet rörande en utlännings fullständiga namn, födelsedatum, medborgarskap och bostadsadress här i landet finns i 7 kap. 1 § UtlF. Uppgifter ska lämnas av bl.a. socialnämnd och styrelsen för utbildningen till polismyndigheten i det polisdistrikt där utlänningen är bosatt eller huvudsakligen vistas. Undantag gäller för den som har sökt uppehållstillstånd i Sverige eller inte är skyldig att ha sådant tillstånd (jfr 2.3.8).

Bestämmelser om *underrättelseskyldighet* (dvs. en skyldighet att aktivt och självmant informera någon) till polismyndighet om utlänningsars vistelse i landet har funnits i svensk lagstiftning i vart fall sedan år 1969. Denna skyldighet gällde inledningsvis pastorsämbete, lokal skattemyndighet, arbetsförmedlingskontor, socialnämnd och barnavårdsnämnd men kom år 1980 att omfatta även styrelsen för grundskolan.¹⁵⁶ Den utökade underrättelseskyldigheten motiverades inte närmare i lagstiftningsärendet. År 1985 utvidgades underrättelseskyldigheten till att även omfatta styrelsen för gymnasieskolan. Bestämmelserna överflyttades i stort sett oförändrade till den nya utlänningsförordningen (1989:547) år 1989 och i samband härmed uttalade regeringen att underrättelseskyldigheten avser att möjliggöra den s.k. inre utlänningskontrollen.¹⁵⁷

Bestämmelserna om *uppgiftsskyldighet* (dvs. att på begäran av annan lämna en upplysning) i utlänningslagstiftningen föregicks av en departementspromemoria¹⁵⁸ i vilken konstaterades att det före-

¹⁵⁶ Detta skedde i samband med att utlänningskungörelsen (1969:136) ersattes av utlänningsförordningen (1980:377).

¹⁵⁷ Regeringens förordningsmotiv 1989:3 s. 43.

¹⁵⁸ Sekretesskydd och informationsbehov, Ds Ju 1981:17.

föll som om myndigheterna blivit mer försiktiga i sitt uppgiftslämnande, vilket ansågs ha medfört problem bl.a. genom att lagen hindrade polisen från att få upplysningar om en person befann sig på en vårdinrättning inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten. På grund av dessa kritiska synpunkter utmynnade promemorian i ett förslag som medgav ett något större uppgiftslämnande. Samtidigt påpekades att en reglering på området innefattar en besvärlig avvägning mellan viktiga och på samma gång motstridiga samhällsintressen och att det var angeläget att dessa avvägningsfrågor debatterades och noggrant övervägdes.

3.8.5 Om mottagande av asylsökande personer m.fl.

Migrationsverket har enligt 2 § lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA) ett huvudansvar för mottagandet av vissa i lagen uppräknade grupper av utlänningar. Det gäller asylsökande personer enligt bestämmelserna i UtlL under tidsperioden från det att ansökan om asyl lämnas in till dess att personen tas emot i en kommun om uppehållstillstånd har beviljats alternativt lämnar landet vid avslagsbeslut. Verkets ansvar omfattar dessutom personer som har beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd eller uppehållstillstånd efter tillfälligt skydd enligt bestämmelserna i 21 kap. 2–4 och 6 §§ UtlL samt personer som har ansökt om uppehållstillstånd och av särskilda skäl har medgetts att vistas här medan deras ansökan prövas.

Som framgått av avsnitt 2.2.3.4 är det sedan den 1 december 2010, då lagen (2010:197) om etableringsinsatser¹⁵⁹ trädde i kraft, Arbetsförmedlingen som har huvudansvaret för introduktionen av nyanlända flyktingar, andra skyddsbehövande med uppehållstillstånd och deras anhöriga. Kommunerna har även fortsättningsvis ansvar för svenska för invandrare (SFI) och annan vuxenutbildning, bostadsförsörjning samt insatser för barn och unga.

Bestämmelser om bl.a. registrering och rätt till ersättning finns i Migrationsverkets föreskrifter om mottagande av asylsökande m.m. (MIGRFS 2003:10) och om tillfälligt s.k. LMA-kort för utlänning i Sverige och dokument som intygar att innehavaren är asylsökande (MIGRFS 2005:07). LMA-korten utgör en personhandling och ska bl.a. innehålla ett dossiernummer.

¹⁵⁹ Prop. 2009/10:60.

Vissa insatser inom mottagandet av asylsökande åligger kommuner och landsting.¹⁶⁰ Exempelvis ansvarar kommunerna, enligt bestämmelser i förordningen (2001:976) om utbildning, förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg för asylsökande barn m.fl. för sådan verksamhet samt för vissa insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453). Som anförts i avsnitt 3.5.5 ansvarar landstingen för hälso- och sjukvård åt asylsökande enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Statlig ersättning lämnas till kommunerna och landstingen för bl.a. kostnader avseende utbildning och hälso- och sjukvård. Bestämmelser om ersättning finns i förordningen (2002:1118) om statlig ersättning för asylsökande m.fl. Syftet är att ge de nyanlända förutsättningar för egenförsörjning och stärka deras aktiva deltagande i arbets- och samhällslivet.

3.9 Kommunalrätt

3.9.1 Kommunala befogenheter

Av 14 kap. 2 § regeringsformen¹⁶¹ framgår att kommunernas och landstingens skötsel av sina angelägenheter bestäms i lag. Av 1 kap. 1 § kommunallagen (1991:900) framgår bl.a. att det anges i lag eller i särskilda föreskrifter vad som är kommunala angelägenheter och att dessa sköts på den kommunala självstyrelsens grund. Exempel på särskilda föreskrifter är regleringen inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125) eller lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Vidare framgår av 1 kap. 1 § kommunallagen att angelägenheterna ska ha anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och att angelägenheterna inte får vara sådana som ska handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. Detta är ett uttryck för den s.k. *lokaliseringsprincipen*. En kommun eller ett landsting får således som huvudregel inte utan särskilt lagstöd använda medel till annan verksamhet än sådan som ligger inom eller har anknytning till kommunens eller landstingets geografiska område eller dess medlemmar.

Av 1 kap. 2 § framgår den s.k. *likabehandlingsprincipen*, som innebär att samtliga invånare i en kommun eller ett landsting ska be-

¹⁶⁰ Se även förslag rörande mottagandet av asylsökande i SOU 2009:19 – förslagen har ännu inte lett till lagstiftning.

¹⁶¹ SFS 2010:1408.

handlas lika och att deras rätt inte får försämrats av åtgärder som vidtas av kommunen eller landstinget. Frångås denna princip så måste stöd för det finnas i lag.¹⁶²

3.9.2 God ekonomisk hushållning och kommunal revision

I 8 kap. kommunallagen finns de grundläggande reglerna om kommunernas och landstingens ekonomiska förvaltning. Där anges att kommuner och landsting ska ha *en god ekonomisk hushållning* i sin verksamhet och i sådan verksamhet som bedrivs genom andra juridiska personer (1 §). Vidare sägs att kommuner och landsting ska förvalta sina medel på ett sådant sätt att krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses (2 §).

I förarbetena till kommunallagen¹⁶³ behandlades frågan om vad som kan anses utgöra god ekonomisk hushållning. Regeringen gjorde bedömningen att det inte var meningsfullt och inte heller möjligt att i detalj ange vad som är att betrakta som god ekonomisk hushållning men gav ett antal exempel i vägledande syfte.¹⁶⁴ I detta sammanhang framhöll regeringen också att det i begreppet god ekonomisk hushållning även ingår att verksamheten skall utövas på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.¹⁶⁵ Vidare uttalade regeringen att det är särskilt viktigt att den kommunala medelsförvaltningen motsvarar högt ställda krav på sundhet och säkerhet. Kommuner och landsting ska fullgöra sina uppgifter, inklusive den ekonomiska förvaltningen, med iakttagande av en ansvarsfull ekonomihantering och efter utgångspunkten att de kommunala medlen ytterst härrör från alla som bor i kommunen och landstinget och att pengarna ska användas för invånarnas bästa.

¹⁶² Jfr de i avsnitt 2.4.7 redovisade bedömningar som Länsrätt i Skåne län och Länsrätten i Stockholms län gjorde angående landstingets befogenheter.

¹⁶³ Prop. 1990/91:117 s. 110 f.

¹⁶⁴ Regeringen angav dock att en kommun eller ett landsting med i princip obegränsad livslängd inte bör förbruka sin förmögenhet för täckande av löpande behov. Det angavs också att det normalt inte kan anses vara en god ekonomisk hushållning att finansiera löpande driftkostnader med lån och att en god ekonomisk hushållning bör vara att de löpande intäkterna täcker de löpande kostnaderna. I de flesta fall är det förenligt med god ekonomisk hushållning att medel från försäljning av anläggningstillgångar används för att återbetala lån eller återinvestera i nya anläggningstillgångar. I vissa fall bör dock medel från försäljning av anläggningstillgångar kunna användas för löpande behov utan att det behöver strida mot vad som är att anse som en god ekonomisk hushållning. Detta kan vara fallet då ett vikande befolkningsunderlag eller en förändrad verksamhetsinriktning gör behovet av anläggningstillgången mindre.

¹⁶⁵ Prop. 1990/91:117 s. 211 f.

Kommun- respektive landstingsstyrelsen och övriga nämnder ska fortlöpande föra räkenskaper över de medel som de förvaltar och närmare bestämmelser om kommuners och landstings bokföring finns i lagen (1997:614) om kommunal redovisning (14 §).¹⁶⁶ I denna lag sägs bl.a. att bokföring och redovisning ska fullgöras på ett sätt som överensstämmer med god redovisningssed (1 kap. 3 §). Det ska finnas verifikationer och räkenskapsmaterial ska bevaras (jfr 2 kap. 1, 4, 5 §§) och bokföringen ska vara så ordnad att det ekonomiska utfallet av en verksamhet kan jämföras med budget och att tillfredsställande finansstatistisk information kan lämnas (jfr 2 kap. 2 §).

Av 9 kap. 7 § kommunallagen framgår att de förtroendevalda revisorerna, i den omfattning som följer av god revisionsred, ska granska all verksamhet som bedrivs inom de kommunala nämndernas verksamhetsområden. Revisorerna ska pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den kontroll som görs inom nämnderna är tillräcklig.

Att regeringen anser att den kommunala revisionen är och bör vara ett viktigt organ även när det gäller förverkligandet och värdandet av de mänskliga rättigheterna framgår av regeringens handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009. I denna plan angavs att en av de åtgärder som regeringen avsåg att vidta att under 2006 och 2007 var att diskutera med Sveriges Kommuner och Landsting hur de mänskliga rättigheterna skulle kunna beaktas i den kommunala revisionen.¹⁶⁷ Regeringen uttalade i det sammanhanget att den verksamhet som bedrivs inom kommuner och landsting bör kännetecknas av demokratisk legitimitet, rättssäkerhet och effektivitet och att en förutsättning för detta är bland annat att medborgarna har möjligheter till inflytande, insyn och ansvarsutkrävande. I detta menade regeringen att den förtroendevalda revisionen i kommuner och landsting har en viktig roll. Den kommunala revisionen har som demokratiskt kontrollinstrument som främsta syfte att granska och pröva verksamheten och därigenom värna demokrati, rättssäkerhet och effektivitet. Det är centralt att allmänheten kan känna förtroende för den offentliga verksamheten. För att detta förtroende ska kunna upprätthållas krävs bland annat att såväl de förtroendevaldas beslut som verkställigheten granskas och bedöms. Regeringen menade att en väl fungerande revision och ett

¹⁶⁶ Prop. 1996/97:52.

¹⁶⁷ Skr. 2005/06:95 s. 110 f.

tydligt ansvarsutkrävande är viktiga delar i den lokala demokratin och kommunala självstyrelsen. Revisionen är fullmäktiges verktyg för granskning och ansvarsbedömning. Granskningen sker utifrån flera perspektiv – demokrati, effektivitet och styrning, säkerhet och ekonomi. Då respekt för de mänskliga rättigheterna utgör en grundförutsättning för att den kommunala verksamheten ska kunna utövas med bibehållen demokratisk legitimitet och rättsäkerhet ansåg regeringen att det vore värdefullt att erbjuda kommunala revisorer den kunskap om mänskliga rättigheter som kan vara av relevans vid utövandet av kommunal revision. Regeringen avsåg därför att med Sveriges Kommuner och Landsting ta upp frågan om och hur målsättningar om och perspektiv på mänskliga rättigheter kan integreras i den kommunala revisionens arbete.

4 Tidigare och aktuella överväganden av intresse för utredningen när det gäller asylsökande och papperslösa personers tillgång till offentligt finansierad samhällsservice

4.1 Inledning

Regler om asylsökande personer, mottagandet av dem i Sverige och deras levnadsförhållanden i landet har, liksom för de papperslösa personerna, varit föremål för lagstiftningsarbete vid ett flertal tillfällen under de senaste tio åren.

Denna utredning tar för sitt arbete ledning av vad som uttalats tidigare i fråga om de asylsökande och papperslösa personernas rättigheter och skyldigheter, i såväl betänkanden av offentliga statliga utredningar som av regeringen och i debatter och lagstiftningsärenden i riksdagen, men också av vad som avhandlats på EU-nivå. Nedan redovisas, såvitt är av särskilt intresse för denna utredning, överväganden som gjorts i sådana sammanhang. Som framgår av detta kapitel har endast ett fåtal utredningsförslag hittills lett till lagstiftning.

I ramöverenskommelsen mellan regeringen och Miljöpartiet de gröna om migrationspolitiken av den 3 mars 2011¹ slås följande fast:

Sverige ska ha en human asylpolitik och vara en fristad för dem som flyr undan förföljelse och förtryck. Samtidigt ska den som vill komma till Sverige för att arbeta kunna göra det. Arbetskraftsinvandring ger enskilda möjligheter att förverkliga sin drömmar och förutsättningar att utveckla den svenska välfärden. Regeringens och Miljöpartiets gemen-

¹ Ramöverenskommelsen, se www.regeringen.se

samma mål är därför att säkerställa en human, rättssäker och ordnad migrationspolitik. Asylrätten ska värnas. Särskild hänsyn ska tas till barns bästa. Inom ramen för den reglerade invandringen ska rörligheten över gränserna underlättas. Migrationens utvecklingseffekter ska tillvaratas bättre och det internationella och europeiska samarbetet ska fördjupas.

Vidare framgår av ramöverenskommelsen att regeringen och Miljöpartiet är överens om ambitionen att under mandatperioden 2010–2014, och under förutsättning att det ekonomiska läget tillåter, utvidga rätten till subventionerad hälso- och sjukvård för vissa grupper som i dag saknar tillgång till detta. Regeringen och Miljöpartiet noterar i ramöverenskommelsen att rätten till skolgång för barn som vistas i landet utan tillstånd ska utökas, med utgångspunkt från de förslag som lämnats av Utredningen om rätt till skolgång för barn som vistas i landet utan tillstånd.²

I avsnitt 6.4.3 diskuteras några genomförda lagändringar, som berör utländska medborgare och som är av särskilt intresse för utredningen att beakta, med avseende på frågan om dessa ändringar medfört en ökad tillströmning av utlänningar till Sverige i syfte att komma i åtnjutande av de berörda rättigheterna eller förmånerna.

4.2 Mottagandevillkor för asylsökande personer

4.2.1 EG-rätten och mottagande av asylsökande (SOU 2003:89)

Utredningen om mottagandevillkor för asylsökande hade i uppdrag att ta ställning till hur direktiv 2003/9/EG om miniminormer för mottagandevillkor av asylsökande i medlemsstaterna skulle genomföras i Sverige. Utredningen genomförde inom ramen för sitt uppdrag en granskning av hur den svenska författningsregleringen är utformad samt hur mottagandet av de asylsökande i stora drag fungerade i praktiken, allt i syfte att undersöka om direktivets krav uppfylls. I sina slutsatser konstaterade utredningen att det svenska mottagandet rent faktiskt väl föreföll uppfylla direktivets krav, men att författningsregleringen i vissa avseenden var bristfällig. Utredningen lämnade därför förslag i syfte att kodifiera vad som redan utgjorde praxis i mottagandet. När det gällde hälso- och sjukvård till asylsökande personer föreslog utredningen en ny lag, baserad på en

² SOU 2010:5.

överenskommelse i frågan mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet (jfr avsnitt 2.4.9).

Utredningens förslag i fråga om hälso- och sjukvård till asylsökande personer motiverades i korthet enligt följande.³

Medlemsstaterna ska enligt direktivet se till att de sökande har tillgång till nödvändig hälso- och sjukvård som åtminstone ska innefatta akutsjukvård och nödvändig behandling av sjukdomar. Medlemsstaterna ska vidare sörja för nödvändig läkarhjälp eller annan hjälp för sökande med särskilda behov. Utredningen fann att den vård som i *praktiken* (vid tidpunkten för utredningens arbete) gavs i Sverige, enligt den ovan angivna överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet, motsvarade direktivets krav och delvis gick längre än vad direktivet fordrar, men att *författningsregleringen* var svåröverskådlig och ofullständig. När det gällde nivån på den vård som i praktiken erbjöds asylsökande konstaterade utredningen nämligen att den vård som erbjöds enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL), dvs. omedelbar vård, inte kunde anses täcka direktivets krav på nödvändig behandling av sjukdomar. Utredningen föreslog därför en ny lag som skulle reglera landstingens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård till de asylsökande personerna. I det sammanhanget föreslog utredningen införandet av begreppet ”vård som inte kan anstå”. Det skulle enligt utredningen innebära att vård ska ges även i fall då en måttlig fördröjning av den behandling som fordras skulle medföra allvarliga följder för patienten. I avsnitt 2.4.9 lämnas en närmare redogörelse för vad ”vård som inte kan anstå” kan innebära. Några förändringar i sak beträffande de asylsökande personernas möjligheter att få vård och behandling föreslogs emellertid inte.

Utredningen konstaterade vidare att tandvård inte uttryckligen nämns i direktivet. Eftersom tandvård enligt svensk lagstiftning innefattas i hälso- och sjukvård i vidare bemärkelse och eftersom landstingen enligt då gällande rätt var skyldiga att ge asylsökande omedelbar vård enligt tandvårdslagen, ansåg utredningen att samma slutsatser som beträffande hälso- och sjukvård i övrigt borde kunna dras för tandvårdens vidkommande när det gäller den svenska författningsregleringens förhållande till direktivets krav.

Sammanfattningsvis kan konstateras att utredningens uppdrag var att ta fram ett underlag för genomförandet av det angivna EG-direktivet i svensk rätt. Någon uttalad diskussion om huruvida hälso-

³ SOU 2003:89 s. 100 ff.

och sjukvården som skulle erbjudas de asylsökande personerna borde utvidgas i förhållande till direktivet fördes inte.

Inom Regeringskansliet utarbetades, som en följd av utredningens arbete, år 2005 promemorian Förslag till lag om hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande m.fl.⁴ Promemorians lagförslag omfattade förutom asylsökande personer även utlänningar som vistas här med stöd av tidsbegränsat uppehållstillstånd för att medverka i förundersökning eller huvudförhandling i brottmål och utlänningar i förvar.

I prop. 2007/08:105 Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. konstaterade regeringen att frågan om en utvidgad skyldighet för landstingen att erbjuda hälso- och sjukvård åt vuxna asylsökande och åt utlänningar som olovligen vistas i Sverige samt frågan om statlig ersättning för en sådan utvidgad skyldighet hade tagits upp under beredningen av ärendet.⁵ Detsamma gällde frågan vem som slutligt skulle bära kostnadsansvaret för vård åt utlänningar som hålls i förvar och som har placerats i kriminalvårdsanstalt, häkte eller polisarrest. Frågorna angavs vara föremål för vidare överväganden inom Regeringskansliet och behandlades därför inte i propositionen.

Förslagen i propositionen ledde till införandet av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

4.2.2 Aktiv väntan – asylsökande i Sverige (SOU 2009:19)

Asylmottagningsutredningen hade i uppdrag att se över mottagandet av asylsökande personer och vid behov föreslå författningsändringar. De olika områden som i första hand omfattades av uppdraget var sysselsättning, boende, ekonomiskt bistånd till individen, social omsorg, statens ersättning till kommunerna samt återvändande vid eventuellt avslag på asylansökan. Utgångspunkten för översynen var enligt direktiven asylprocessen som helhet. Det angavs att mottagandet av asylsökande personer ska vara utformat på ett sätt som bidrar till en rättssäker, effektiv och human asylprocess. Det angavs också att mottagandet ska vara utformat på ett sätt som främjar de asylsökande personernas möjligheter till sysselsättning och egen försörjning.

⁴ Dnr Ju2007/324/EMA.

⁵ A. prop. s. 10.

Utredningen föreslog i betänkandet Aktiv väntan – asylsökande i Sverige (SOU 2009:19) en ny lag om asylsökande personers och vissa andra utlänningars vistelse i Sverige. De olika områden som omfattades av uppdraget var sysselsättning, boende, ekonomiskt bistånd till individen, social omsorg, statens ersättning till kommunerna samt återvändande vid eventuellt avslag på asylansökan.

Utredningens förslag innebar bl.a. följande. Asylsökande personer skulle i princip undantas från kravet på arbetstillstånd redan i samband med att asylansökan gavs in. Migrationsverkets insatser för att kartlägga och dokumentera individens utbildning och yrkeserfarenheter behövde förbättras, varvid Arbetsförmedlingen skulle medverka i relevanta avseenden. Kommunerna skulle ges ett operativt ansvar för att anordna undervisning i svenska och att införa ett särskilt ankomstboende för asylsökande under högst fyra veckor. Under denna tid skulle Migrationsverket göra koncentrerade insatser beträffande asylutredningen, information, kartläggning av utbildning och yrkeserfarenheter samt den asylsökande personens val av boende, s.k. *ordnat boende*, vilket skulle erbjudas på en ort där den enskilde har goda möjligheter till meningsfull sysselsättning och kontakt med det svenska samhället.

Utredningen föreslog vidare en förändring av det ekonomiska biståndet till individen, varvid ersättningen i viss mån skulle styras av om den enskilde valde att bo i ett av Migrationsverket ordnat boende eller inte. Syftet med detta skulle vara att förbättra asylprocessens effektivitet. Vidare innebar förslaget ett införande av en aktivitetsbonus för enskilda som deltar i av kommunen ordnad sysselsättning. Slutligen föreslog utredningen att som vistelsekommun peka ut den kommun som står för sociala insatser, exempelvis enligt socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, under den tid som den enskilde bor i ett ordnat boende.

Lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare (jfr avsnitt 3.8.5) trädde i kraft den 1 december 2010 och innebär att Arbetsförmedlingen nu har ansvaret för introduktionen på arbetsmarknaden av nyanlända flyktingar m.fl. Undantag från kravet på arbetstillstånd gäller sedan den 1 augusti 2010 för den som åberopat skäl enligt 4 kap. 1, 2 och 2 a §§ utlänningslagen för

sin ansökan om uppehållstillstånd (5 kap. 4 § utlänningsförordningen).⁶

4.3 Mottagande av andra nyanlända utlänningar

4.3.1 Sverige för nyanlända – Värden, välfärdsstat, vardagsliv (SOU 2010:16) och Sverige för nyanlända utanför flyktingmottagandet (SOU 2010:37)

Utredningen om samhällsorientering för nyanlända invandrare hade i uppdrag att utarbeta förslag till utformning av reglering av kommunernas samhällsorientering för nyanlända invandrare. Syftet med uppdraget var att ge kommunerna stöd i sin uppgift att tillgodose nyanlända invandrares behov av orientering om samhällsförhållanden på lokal, regional och nationell nivå.

Utredningen lämnade i delbetänkandet Sverige för nyanlända – Värden, välfärdsstat, vardagsliv (SOU 2010:16) förslag om reglering av den samhällsorientering som ska erbjudas alla nyanlända som omfattas av lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare (jfr avsnitt 2.2.3.4). Syftet med samhällsorienteringen är att underlätta en snabb etablering och främja en ökad delaktighet i samhället.

I utredningens slutbetänkande Sverige för nyanlända utanför flyktingmottagandet (SOU 2010:37) behandlades frågan om nyanlända som inte omfattas av etableringslagen – uppskattningsvis 65 000 personer över 18 år årligen – ska erbjudas samhällsorientering. Utredningen föreslog att kriteriet för vem som ska ha rätt till samhällsorientering ska vila på integrationspolitikens generella målsättning om lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund. Målgruppen förslogs därför utökad med alla vuxna nyanlända invandrare med uppehållstillstånd på minst ett år, med undantag för gäststuderande. Den utökade målgruppen omfattade därmed anhöriga, individer med arbetstillstånd under längre än ett år samt folkbokförda EES-medborgare, och uppskattades uppgå till 30 000 personer årligen.

Deltagande i samhällsorientering är frivilligt och utredningens uppskattning var att cirka 15 000 personer årligen kommer att ta del av erbjudandet, till en kostnad om cirka 90 miljoner kronor per år.

⁶ Dvs. har åberopat att han eller hon är flykting eller övrig skyddsbehövande.

Den 1 december 2010 trädde den nya reformen för att påskynda nyanlända invandrades etablering i arbets- och samhällslivet i kraft.⁷ Varje nyanländ invandrare ska utifrån sina egna förutsättningar få professionellt stöd för att så snabbt som möjligt lära sig svenska, komma i arbete och klara sin egen försörjning samt ta del av de rättigheter och skyldigheter som gäller i Sverige (se vidare avsnitt 2.2.2.2).

4.4 Asylsökande och papperslösa personer och det sociala välfärdssystemet

4.4.1 Hälsa, vård och strukturell diskriminering (SOU 2006:78)

Utredningen om Makt, integration och strukturell diskriminering hade i uppdrag att identifiera och kartlägga mekanismer bakom strukturell/institutionell diskriminering på grund av etnisk och religiös tillhörighet inom hälso- och sjukvården. I rapporten Hälsa, vård och strukturell diskriminering (SOU 2006:78) redovisade utredningen en rad rapporter rörande diskriminering inom hälso- och sjukvården, bl.a. rapporten Irreguljära immigranter – osynliggjorda och diskriminerade inom sjukvården av Mattias Ohlson. Studien bygger i sin tur på en studie av Läkare Utan Gränser (MSF) av 102 irreguljära migranter i Stockholmsområdet år 2005.

Iakttagelserna som presenteras i Ohlssons rapport visar enligt utredningen på ett starkt samband mellan upplevd diskriminering och psykisk och fysisk ohälsa bland utrikes födda i det svenska samhället. Det konstateras vidare att forskningen om diskriminering inom hälsovården fortfarande är i sin linda, men att rapportens syfte är att lyfta fram fakta som belyser diskrimineringens olika dimensioner och att inspirera till fortsatt arbete i frågan.

I sammanhanget är värt att notera att Diskrimineringsombudsmannen (DO) under 2010 och 2011 har haft och har särskilt fokus på rätten till sjukvård på lika villkor utan diskriminering.⁸ I samband därmed har DO drivit tre ärenden, som samtliga gäller vårdpersonals påstått kränkande behandling av patient. I två av fallen anses patientens etniska tillhörighet ha påverkat bemötandet. Båda fallen

⁷ Se <http://www.regeringen.se/sb/d/2279/a/135426>.

⁸ <http://www.do.se/sv/Press/Pressmeddelanden-och-aktuellt/Fokus-pa-sjukvard/> och artikel i Läkartidningen nr 47 2010, volym 107: DO granskar sjukvården.

har blivit föremål för förlikning och patienterna erhållit skadestånd från de respektive landstingen.⁹

4.4.2 Skolgång för barn

4.4.2.1 Skolgång för barn som skall avvisas eller utvisas (SOU 2007:34)

Utredningen om rätt till utbildning m.m. för barn som håller sig undan verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning hade i uppdrag att utreda förutsättningarna för att reglera en rätt till utbildning, förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg för barn och ungdomar som håller sig undan verkställighet av ett avvisnings- eller utvisningsbeslut. Utredningen föreslog i betänkandet Skolgång för barn som skall avvisas eller utvisas (SOU 2007:34) att sådana barn skulle ha rätt till undervisning inom det offentliga skolväsendet på huvudsakligen samma villkor som bosatta barn. Däremot föreslog utredningen ingen förändring vare sig i fråga om sekretessbestämmelser eller bestämmelser om underrättelse-, uppgifts- eller anmälningsskyldighet.

Utredningen definierade sitt uppdrag såsom omfattande personer under 18 år som hade fått avslag på en ansökan om uppehållstillstånd i Sverige och som höll sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning, dvs. sådana barn som vanligen betecknas som "gömda". Uppdraget ansågs inte omfatta barn som har kommit till Sverige utan att ansöka om uppehållstillstånd, vilka enligt den utredningens terminologi var att beteckna som "papperslösa"¹⁰, barn som tidigare haft ett tillfälligt uppehållstillstånd för vilket tillståndstiden har löpt ut eller barn vars beslut om avvisning eller utvisning har upphört att gälla på grund av preskription.

Grunden för utredningens förslag om skolgång till de barn som uppdraget hade uppfattats omfatta var den utsatta situation som barn som lever gömda befinner sig i. Utredningen uttalade att valet att inte efterkomma beslutet om avvisning eller utvisning i de allra flesta fall görs av föräldrarna eller någon annan vuxen och att barnet inte har någon valmöjlighet därvidlag. En rätt till skolgång skulle

⁹ <http://www.do.se/sv/Om-DO/Stamningar-och-forlikningar/Forlikning-landstinget-i-Varmland/> och <http://www.do.se/sv/Om-DO/Stamningar-och-forlikningar/Forlikning-Primarvarden-i-Sodra-Bohuslan/>

¹⁰ Denna utredning har valt en annan definition av papperslösa (*person som vistas i landet utan nödvändigt tillstånd*) och inkluderar i denna grupp såväl sådana som tidigare betecknats som gömda som papperslösa (se avsnitt 2.1).

innebära att barnen fick möjligheter att komma ur sin isolering, inhämta samma kunskaper som andra barn och därmed förbereda sig för vuxenlivet, oavsett var de kom att leva i framtiden. Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen) har Sverige ett ansvar för de barn som vistas inom landets gränser. Fanns barnen i skolverksamheten skulle förutsättningarna att upptäcka barn som far illa i sina hem också vara större.

Utredningen beaktade också den kritik som FN:s barnrättskommitté hade riktat mot Sverige, för att ”gömda” barn inte har tillgång till skolgång här. De skäl som talade mot en sådan rätt, främst att detta skulle stå i strid med principen om reglerad invandring, bedömdes väga lättare än de skäl som talade för en rätt till skolgång och som redovisats ovan.

Utredningen diskuterade särskilt frågan om förskolor och skolor borde utgöra s.k. frizoner, där polisen inte skulle tillåtas att hämta barn som ska avvisas eller utvisas. Utredningen konstaterade dock att sådana frizoner inte förekommer i svensk lagstiftning och att en sådan lagstiftning skulle motverka verkställighetsarbetet och innebära att myndigheter ålades att verka i olika riktningar. Det skulle också innebära ett antal svårlösta gränsdragningsproblem. De i polislagen (1984:387) reglerade principerna om behov, proportionalitet och hänsyn samt Barnkonventionens princip om barnets bästa var enligt utredningens uppfattning tillräckliga för att tillse att verkställigheten av ett beslut om avvisning eller utvisning sker på ett sätt som är förenligt med vad som är bäst för såväl det barn som ska avvisas eller utvisas som övriga barn i skolan eller förskolan.

Utredningens förslag ledde inte till någon lagstiftning. I stället tillsattes – i syfte att även omfatta sådana barn vars skolgång inte täcktes av utredningens direktiv – den utredning vars förslag redovisas i avsnitt 4.3.2.2.¹¹

4.4.2.2 Skolgång för alla barn (SOU 2010:5)

Utredningen om rätt till skolgång m.m. för barn som vistas i landet utan tillstånd hade i uppdrag att komplettera vissa av de förslag som lämnats i betänkandet Skolgång för barn som skall avvisas eller utvisas (SOU 2007:34). Uppdraget innefattade bl.a. att analysera förutsättningarna för hur rätten till skolgång samt tillgång till förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg kunde utsträckas till att gälla

¹¹ Jfr dock avsnitt 4.1.

fler grupper av barn som vistas i landet utan tillstånd. Utgångspunkten skulle enligt direktivet vara att de barn som omfattades av förslaget skulle få rätt till skolgång m.m. på samma villkor som asylsökande barn enligt förordningen (2001:976) om utbildning, förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg för asylsökande barn m.fl.

Utredningen hade också i uppdrag att lämna förslag som rör rätt till skolgång i fristående skolor och tillgång till enskilt bedriven förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg för såväl barn som vistas i landet utan tillstånd som asylsökande barn och ungdomar m.fl., samt att analysera förutsättningarna för och lämna förslag om dels hur den skyldighet att underrätta polisen som finns för styrelsen för utbildningen och socialnämnden enligt 7 kap. 1 § utlänningsförordningen (2006:97) kan inskränkas eller avskaffas, dels, om och i så fall hur socialnämndens uppgiftsskyldighet enligt 17 kap. 1 § utlänningslagen (2005:716) kan förändras på ett sätt som är förenligt med ambitionen att trygga barnens vistelse i skola, förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg.

En utgångspunkt för utredningens förslag var att alla barn som vistas i landet ska ha rätt till utbildning, förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg. Detta skulle gälla även för barn och ungdomar som saknar tillstånd för sin vistelse här, oberoende av varför tillstånd saknas, med undantag för barn och ungdomar som endast vistas här tillfälligt, varvid 3–4 månader angavs som en rimlig utgångspunkt för ett undantag.

Utredningens förslag innebar att de barn och ungdomar som omfattas av utredningsförslaget ska ha rätt till utbildning i samtliga skolformer¹², varvid undervisningen skulle bedrivas med hänsyn till den enskildes behov och förutsättningar. I fråga om vilket innehåll utbildningen skulle ha anslöt sig utredningen till de överväganden och förslag som hade lämnats i SOU 2007:34.

Utredningen lade följande resonemang till grund för sitt förslag i denna del. De skäl som fördes fram i betänkandet SOU 2007:34 om rätt till skolgång m.m. för barn och ungdomar som håller sig undan verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning får anses gälla alla barn som vistas i landet utan tillstånd. Den förra utredningen hade konstaterat att det inte fanns något säkerställt underlag som visade på ett samband mellan ökad rätt att ta del av sociala förmåner etc. och att fler personer vistas i landet utan tillstånd. Det ansågs inte finnas några beaktansvärda skäl för att särskilja de asyl-

¹² Detta innefattar förskoleklass, grundskola, gymnasieskola, obligatorisk sarskola, gymnasiesarskola, specialskola och sameskola.

sökande barnen från dem som vistas i landet utan tillstånd. Avsikten med att låta sådana barn få del av det svenska välfärds-systemet i form av utbildning, förskoleverksamhet och skolbarns-omsorg var inte att påbörja en integrationsprocess, utan att stärka barnet i den situation det befinner sig i här och nu utifrån barnets bästa. Inte ens eventuella risker för förstärkt anknytning till Sverige eller försvårande av polisens verkställighetsarbete på grund av förslagen om rätt till skolgång m.m. kunde anses ha sådan tyngd att de utgjorde tillräckligt starka skäl för att underlåta en ändrad lagstiftning i detta avseende. Ett ändrat regelverk innebärande att skolgång m.m. tillhandahålls alla barn, även de som vistas i landet utan tillstånd fick, enligt utredningen, inte uppfattas som en signal om att myndighetsbeslut inte behöver respekteras. Utredningen påpekade även att skolan och de övriga verksamheterna varken är eller bör vara ett led i eller en resurs för att upprätthålla principen om en reglerad invandring.

När det gällde underrättelseskyldighet och uppgiftsskyldighet samt övriga sekretessfrågor lämnade utredningen följande förslag.

Utredningen ansåg att övervägande skäl talade för att varken styrelsen för utbildningen eller socialnämnden borde omfattas av en skyldighet att på eget initiativ lämna underrättelser till verkställande myndigheter och föreslog därför att bestämmelsen i 7 kap. 1 § utlänningsförordningen skulle upphävas. Däremot ansåg utredningen att det inte fanns något säkert underlag för att det skulle finnas ett samband mellan förekomsten av att barn som vistas i landet utan tillstånd avhåller sig från att delta i utbildning m.m. och bestämmelsen om socialnämndens uppgiftsskyldighet. Utredningen föreslog därför att den bestämmelsen borde gälla oinskränkt även fortsättningsvis. Någon förändring av de sekretessregler som gäller på området för enskildas personliga förhållanden och regleringen av sekretess mellan myndigheter ansågs inte heller erforderliga.

Utredningen baserade sitt förslag på följande överväganden. Att i lagen införa en rätt till skolgång m.m. även för de barn som vistas i landet utan tillstånd och samtidigt ålägga dem som tar emot dessa barn att underrätta polismyndigheten om att de deltar i verksamheten medför en avsevärd risk för att barnen och deras föräldrar inte kommer att våga göra anspråk på rättigheten. Ett bibehållande av underrättelseskyldigheten skulle också kunna medföra att fler barn skrevs in i skolorna med användande av falska identitetsuppgifter och försvåra tillitsprocessen mellan barnen och föräldrarna å ena sidan och skolans personal å andra sidan. Utredningen anförde

vidare att även om det för den reglerade invandringen ansågs viktigt att myndigheter samarbetar med varandra, synes tillämpningsfrekvensen av underrättelseskyldigheten vara högst begränsad. Polismyndighetens informationsbehov kunde enligt utredningens uppfattning inte anses väga tyngre än de skäl som anfördes för att avskaffa underrättelseskyldigheten. Detta gällde såväl socialnämndens som skolstyrelsens dittills gällande underrättelseskyldighet.

När det gällde anmälningskyldigheten till socialnämnden konstaterade utredningen att denna skyldighet hade till syfte att utgöra ett skydd för barn som misstänks fara illa. Barnets intresse av att få hjälp eller stöd väger över intresset av att hålla barnets eller andra personers vistelse dold. Utredningen hade inte heller funnit något säkert underlag för att det skulle finnas ett samband mellan å ena sidan bestämmelserna om anmälningsplikt och socialnämndens uppgiftsskyldighet och å andra sidan att barn som vistas i landet utan tillstånd avhåller sig från att delta i utbildning m.m.

Utredningens förslag har remissbehandlats och är föremål för beredning inom Regeringskansliet men har ännu inte lett till någon lagstiftning.¹³

4.5 Motioner m.m. i riksdagen

Frågan om asylsökande och papperslösa personers levnadsvillkor i Sverige är ständigt föremål för debatt i riksdagen. Detta visar inte minst det stora antal motioner, frågor och interpellationer¹⁴ som behandlar ämnena hälso- och sjukvård och rätt till skolgång för de båda grupperna. Krav har ställts på att asylsökande och papperslösa personer – mot bakgrund bl.a. av de åtaganden Sverige har gjort i fråga om mänskliga rättigheter – ska erbjudas hälso- och sjukvård (samt skolgång) på samma villkor som bosatta.

Frågan om papperslösa personers rätt till hälso- och sjukvård har också varit föremål för debatt i riksdagen under innevarande riksmöte.¹⁵

Därutöver har motioner m.m. ingivits som berör asylsökande och papperslösa personers situation på arbetsmarknaden.¹⁶

¹³ Jfr dock avsnitt 4.1.

¹⁴ I litteratur- och källförteckningen finns en uppräknig över aktuella dokument.

¹⁵ Bl.a. den 18 november 2010 (protokoll 2010/11:17) och den 9 december 2010 (protokoll 2010/11:31).

¹⁶ Se litteratur- och källförteckningen.

4.6 Något om det internationella arbetet med frågan om asylsökande och papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård

4.6.1 Frågans hantering inom den Europeiska Unionen

Förutom att studera några enskilda länder har utredningen sett det som värdefullt att också se om och på vilket sätt frågan om hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer och angränsande frågor kommit att hanteras inom ramen för samarbetet inom den Europeiska Unionen (EU). Även om frågan om tillgången till hälso- och sjukvård i huvudsak är en nationell fråga som inte regleras inom ramen för gemenskapsrätten så visar det sig att frågeställningen ändå är och har varit föremål för uppmärksamhet under flera av de senaste ordförandeskapen i Ministerrådet.

Dessutom är det av intresse i sammanhanget att notera att den Europeiska stadgan om de grundläggande rättigheterna, som är en del av EU-rätten, i flera artiklar reglerar frågan om hälsoskydd (art. 35), icke-diskriminering (art. 21) och barnets rättigheter (art. 24) samt räckvidden och tolkningen av rättigheterna och principerna.¹⁷

4.6.1.1 De portugisiska, spanska och svenska ordförandeskapen

Mellan 2 600 000 och 6 400 000 personer uppskattas leva som papperslösa i EU i dag.¹⁸ På grund av de konstanta strömmarna av migranter och den påverkan deras hälsotillstånd kan ha såväl på integrationsfrågan som på den offentliga hälsan, har det ansetts angeläget att frågan behandlas på EU-nivå. Under senare år har frågan om migranternas tillgång till hälso- och sjukvård behandlats framför allt under det portugisiska ordförandeskapet år 2007 och det spanska år 2010.¹⁹

Det portugisiska ordförandeskapet angav hälsa och migration som ett viktigt arbetsområde, med en uttrycklig målsättning att anta strategier på området. Konferensen *Health and Migration in the EU: Better health for all in an inclusive society* (Lissabon, september 2007)

¹⁷ (2010/C 83/02), EGT C 83/389, 30.3.2010.

¹⁸ International Organization for Migration, 2008 World Migration Report: Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy, Genève: IOM, 2008.

¹⁹ Peiro, M-J och Benedict, R.: Migrant health policy, The Portuguese and Spanish EU presidencies, Eurohealth Vol 16 No 1, p. 1-4.

behandlade bl.a. frågor om migranternas hälsa och deras tillgång till hälso- och sjukvård. På EU-nivå påtalades behovet av ytterligare kunskap om bl.a. migranternas hälsa och deras tillgång till hälso- och sjukvård i implementeringen av den nya hälsostrategin *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013*.

Under åren mellan det portugisiska ordförandeskapet 2007 och det spanska år 2010, fördes diskussioner och utfördes arbete bland annat inom WHO i fråga om migranternas tillgång till hälso- och sjukvård. Även inom Europarådet behandlades frågan och i november 2007 antogs *the Bratislava Declaration on Health, Human Rights and Migration*.²⁰

Det spanska ordförandeskapet behandlade också frågan om migranternas hälsa och deras tillgång till hälso- och sjukvård. Bland annat hölls en konferens, vid vilken framhölls skillnaderna i tillgång till hälso- och sjukvård mellan medlemsstaterna. Diskussionerna vid bl.a. denna konferens ledde fram till dokumentet *Conclusions on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health*, som antogs av EPSCO-rådet i juni 2010.²¹

Under det svenska ordförandeskapet år 2009 arbetades bl.a. Stockholmsprogrammet fram, vilket utgör ett dokument för arbetet inom det rättsliga och inrikesområdet under åren 2010–2014. Programmet slår fast att EU så snabbt som möjligt bör anslutas till Europakonventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. I fråga om asylpolitik framhålls att målsättningen ska vara att ett gemensamt asylsystem för EU är etablerat år 2012.

4.6.1.2 The European Union Agency for Fundamental Rights (FRA)

The European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) är ett EU-organ som etablerades år 2007 och som har i uppgift att tillse att de grundläggande mänskliga rättigheterna efterlevs beträffande personer som är bosatta inom EU. Arbetet utförs genom insamling av data och framställande av rapporter i ämnet.

FRA har under senare tid bedrivit projektet *The situation of irregular immigrants in the European Union*.²² Syftet med projektet är

²⁰ Peiro och Benedict, a.a. s. 2.

²¹ Council of the European Union: Council Conclusions on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health. Bryssel, 2010. Publicerad på <http://tinyurl.com/32tajqy>

²² Projekttiden är avsedd att pågå mellan april 2009 och december 2010.

att undersöka den sociala situation som irreguljära migranter lever i, i syfte att se till att deras grundläggande rättigheter respekteras och skyddas. Projektet avser frågor om hälsa, bostad, utbildning, socialtjänst, arbetsmarknads- och arbetsmiljöfrågor och skydd mot övergrepp. I skrivande stund (maj 2011) har något resultat av projektet inte redovisats.

FRA driver vidare ett projekt med titeln *Multiple discrimination in healthcare*.²³

4.6.2 Arbete i Europarådet

Europarådet, som har 47 medlemsländer, arbetar för skyddet av mänskliga rättigheter i Europa.

Som redovisats i avsnitt 3.4 har Sverige åtagit sig att följa den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen), vilken upprättats av Europarådets medlemsstater. Konventionen är sedan år 1995 svensk lag, lagen (1994:1219) om den Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Under Europarådet ligger Europadomstolen för de mänskliga rättigheterna, dit enskilda kan vända sig om man anser att en stat har kränkt hans eller hennes rättigheter enligt Europakonventionen. Europadomstolen, som har högsta tolkningsrätt när det gäller Europakonventionens tillämpning, kan döma ut skadestånd till klaganden om domstolen anser att dennes rätt blivit kränkt.

Under 2000-talets första år har Europarådet uppmärksammat frågan om papperslösa personer i Europa. Redan i januari 2000 antog ministerrådet *Recommendation No. R (2000) 3 on the right to the satisfaction of basic material needs of persons in situations of extreme hardship*. I rekommendationen uppmanas staterna att tillgodose de grundläggande behoven hos sådana personer när det gäller rätt till mat, kläder, bostad och sjukvård. Det uttalas vidare att denna miniminivå bör tillgodoses beträffande samtliga personer som vistas i landet, oavsett legal status.

I sin resolution 1509 (2006) *Human Rights of Irregular Migrants* konstaterar rådet att det visserligen står varje stat fritt att begränsa antalet personer som vistas utan tillstånd i landet och att återföra sådana personer till sina hemländer, men upprepar att mänskliga

²³ Projekttiden är avsedd att pågå mellan januari 2010 och december 2012.

rättigheter gäller för alla individer som vistas i en stat, oavsett deras juridiska status. Det konstateras vidare att papperslösa personer är en grupp som är särskilt utsatt och i behov av skydd. Rådet anser, i fråga om tillgång till hälso- och sjukvård (artikel 13.2 i resolutionen) att en miniminivå bör omfatta tillgång till akutvård men att staterna även bör söka utvidga den vård som erbjuds, med särskilt beaktande av behov hos särskilt sårbara grupper såsom barn, funktionsnedsatta, gravida kvinnor och äldre personer.

I en studie²⁴ som på Europarådets uppdrag genomförts i ämnet rekommenderas att staterna tillförsäkrar även papperslösa personer akutvård och att detta genomförs genom lagstiftning samt genom att barriärer mellan vården och de papperslösa personerna undanröjs. Det konstateras att rätten till hälsa inte enbart består i tillgång till hälso- och sjukvård utan även omfattar andra sociala rättigheter samt tillgång till exempelvis bostad och rent dricksvatten.²⁵

Inom Europarådets organisation finns också, sedan ett beslut år 1997, en kommissarie för mänskliga rättigheter (MR-kommissarien). I kommissariens mandat ingår att identifiera eventuella brister i lagar, regler och praxis med det övergripande målet att främja respekten för de mänskliga rättigheterna i Europarådets samtliga medlemsstater.

MR-kommissarien ska enligt mandatet bland annat

- främja utbildning och ökad medvetenhet i Europarådets medlemsstater om mänskliga rättigheter
- identifiera eventuella brister i lagar och regler men också vad som i praktiken gäller respekten för mänskliga rättigheter
- främja respekt för de mänskliga rättigheterna såsom de fastställts i Europarådets olika instrument.

MR-kommissarien är ingen rättslig instans och får inte ta sig an individuella ärenden, men får dock agera utifrån brister som individuella fall visar på. Han eller hon ska samarbeta med organ i medlemsländerna som skyddar de mänskliga rättigheterna. Såväl Europarådets parlamentariska församling som ministerkommittén kan vända sig till kommissarien för synpunkter och han eller hon upprättar

²⁴ Cholewinski: Study on obstacles to effective access of irregular migrants to minimum social rights.

²⁵ Jfr beträffande rätten till hälsa och underliggande hälsfaktorer redogörelsen i avsnitt 3.4.3.

bl.a. årsrapporter över sin verksamhet, vars kärna består i besök i enskilda länder.²⁶

4.6.3 Resultat av forskning och projekt

Projektet Health Care in NowHereland²⁷ bedrivs som ett samarbete mellan flera olika universitet och organisationer²⁸ i Europa i syfte att undersöka tillgången till hälso- och sjukvård för papperslösa personer inom unionen. Inom ramen för projektet har rapporter rörande samtliga 27 medlemsländers lagstiftning tagits fram för att visa hur hälso- och sjukvården för gruppen är organiserad.

Läkare i världen har också gjort en sammanställning²⁹ över tillgången till vård för papperslösa personer i 11 europeiska länder. De huvudsakliga resultaten av undersökningen kan sammanfattas som att papperslösa personer ofta inte får den täckning av vårdkostnader som de har rätt till när en sådan kostnadstäckning föreskrivs i lag och att många hinder gör det svårt för papperslösa personer att få vård.

I övrigt sker en hel del forskning i fråga om olika aspekter av hälso- och sjukvård för irreguljära migranter, såväl i Sverige som internationellt.³⁰

²⁶ Rapporten från dåvarande MR-kommissariens besök i Sverige år 2004 finns publicerad på http://www.manskligarattigheter.gov.se/dynamaster/file_archive/040709/34ae3a1179821235ed8bc1fd9e96d34b/pdf.CommDH%282004%2913_E.pdf

²⁷ Rapporter för samtliga EU-länder finns publicerade på www.nowhereland.info och har lagts till grund för beskrivningen i kapitel 5.

²⁸ Bland dessa ingår exempelvis PICUM, Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia, Italien, Centro de Investigacao e Estudos de Sociologia, Portugal, Malmö högskola, Sverige och University of Brighton, Storbritannien.

²⁹ Läkare i världen: Tillgången till vård för papperslösa i 11 europeiska länder, september 2008.

³⁰ Jfr exempelvis Lundberg, Anna: Mänskliga rättigheter – juridiska perspektiv, Liber 2010, Romero-Ortuño, Román: Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?, *European Journal of Health Law* 11:245–272, Ruiz-Casares, Mónica, Rousseau, Cécile m.fl.; Right and access to healthcare for undocumented children: Addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe, *Social Science & Medicine* 70(2010) 329–336, Ruiz-Casares, Mónica, Rousseau, Cécile m.fl.; Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: The paradox between values and attitudes of health care professionals, 2010.

5 Internationella förhållanden

5.1 Inledning

Utredningen ska enligt direktiven göra en komparativ studie av hur andra jämförbara länder valt att hantera frågan om vård åt de för utredningen aktuella grupperna samt redogöra för hur dessa länders asyl- och migrationspolitik skiljer sig från Sveriges och hur denna politik har inverkat på de aktuella ländernas beslut om vård åt de berörda grupperna.

I enlighet med vad som anges i avsnitt 1.2 har utredningen även i valet av vilka länder som lämpligen bör studeras fått göra ett urval. Vid detta urval har följande överväganden gjorts.

Det ligger nära till hands att se på lagstiftningen och situationen i de andra nordiska länderna. Förutom att dessa länder ligger nära Sverige geografiskt, finns det stora likheter sett till bl.a. kultur och rättstradition. Det kan vidare antas att migrationen till de nordiska länderna samlat visar på stora likheter. Det kan emellertid också vara av intresse att studera lagstiftningen i andra europeiska länder. Utredningen har också bedömt det som intressant att se på lagstiftningen och situationen i några utomeuropeiska länder för att utröna i vad mån kunskaper och erfarenheter i dessa länder kan bidra i analysen av de svenska och/eller de europeiska förhållandena.

För att kunna värdera information om hur det ser ut i andra länder på ett relevant sätt krävs att man bl.a. beaktar hur migrationen till respektive land rent faktiskt ser ut och vilken typ av migrationspolitik landet för. Såväl ett lands historiska bakgrund som geografiskt läge kan ha stor betydelse för detta. Utredningen har därför valt att studera länder både som är ursprungliga och nytillträdade EU-länder, länder som gränsar till EU:s yttre gräns, länder som är före detta kolonialmakter och/eller länder som reglerar rätten till hälso- och sjukvård på ett för Sverige avvikande sätt.

Jämfört med andra länder råder i USA en särskild situation när det gäller papperslösa personer, eftersom dessa utgör en relativt stor del av arbetskraften. Kanada brukar i migrationspolitiska sammanhang lyftas fram som ett exempel på ett land som anses ha en lyckad migrationspolitik med god integration i samhället för utlänningar. Information rörande dessa länder har därför infogats i analysen. Slutligen har utredningen valt att studera förhållandena i Australien.

I kapitlet redogörs således övergripande för rättsläget när det gäller asylsökande och papperslösa personers rätt till hälso- och sjukvård i ett antal länder.¹ Det redovisas beträffande varje land, i den mån uppgifter har kunnat återfinnas, hur hälso- och sjukvården är organiserad, vilken tillgång asylsökande och papperslösa personer har till hälso- och sjukvården och i vilken mån denna vård är subventionerad eller ej, statistik över migrationen till landet och vilken migrationspolitisk inriktning som finns. I de fall andra uppgifter som behandlar asylsökande och papperslösa personers rättigheter har kunnat återfinnas anges detta också.

Utredningen har kunnat konstatera att olika länders sätt och metoder att föra statistik, avgränsa och formulera politikområden och frågeställningar inte är helt i överensstämmelse med hur det görs i Sverige. Detta har i viss mån försvårat möjligheterna att fullt ut kunna göra jämförelser och dra slutsatser för att kunna besvara de frågeställningar som utredningens direktiv ställer upp. Framställningen gör därför inte anspråk på att vara heltäckande. I de fall uppgifter inte har kunnat återfinnas anges detta i den sammanfattande tabell, som kapitlet avslutas med.

5.2 Nordiska länder

5.2.1 Danmark

Det danska sjukvårdssystemet är, liksom det svenska, skattefinansierat och hanteras av statliga, regionala och kommunala myndigheter och institutioner. Tillgången till hälso- och sjukvård, med un-

¹ Uppgifterna har i huvudsak hämtats från Läkare i världens kartläggning av tillgången till vård i Europa (Tillgången till vård för papperslösa i 11 europeiska länder, september 2009 samt rapporten Har papperslösa och asylsökande rätt till vård i EU?, november 2010) och från landsrapporterna i rapporten Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, färdigställda av Carin Björngren Cuadra inom ramen för EU-projektet Health Care in NowHereLand (nedan citerad som NowHereLand).

dantag för vissa tjänster (exempelvis viss tandvård, fysioterapi och läkemedel), ska vara gratis för alla medborgare.

Antalet invandrade utländska medborgare till Danmark uppgick under år 2010 till drygt 68 000 personer. Antalet asylsökande personer var under år 2009 knappt 4 000.²

Antalet papperslösa personer i Danmark antas vara relativt få. Någon officiell statistik förs inte, men det uppskattas att mellan 1 000 och 5 000 papperslösa personer vistas i Danmark. Många av dem antas vara anställda inom den ”svarta marknaden”, antingen i jordbruket eller i byggnadsbranschen.³

Förutsättningen för rätt till hälso- och sjukvård i Danmark är s.k. legal bosättning, vilket således utesluter papperslösa personer. Därutöver måste individen ha varit registrerad som bosatt i landet i mer än sex veckor. Alla som uppfyller dessa krav har rätt att få ett sjukvårdskort genom vilket de ges tillgång till skattefinansierad hälso- och sjukvård. Utländska medborgare med uppehållstillstånd är täckta av det skattefinansierade systemet och har samma tillgång till hälso- och sjukvård som danska medborgare.

Enligt den danska lagstiftningen (*Sundhedsloven*) ska varje person som vistas i en region ha tillgång till akutvård vid behov. Turister och utländska medborgare som endast vistas tillfälligt i Danmark får betala för hälso- och sjukvård men kan sedan få återbetalt kostnaden om de har ett europeiskt hälsoförsäkringskort eller om de kan bevisa att de har en privat hälsoförsäkring. Asylsökande personer har endast tillgång till akutvård men kan få primär- och specialistvård genom den danska motsvarigheten till Migrationsverket (*Udlaendingservice*), som är ansvarigt för att täcka kostnaden för nödvändig hälso- och sjukvård för personer som inte har rätt att stanna i Danmark. Detta gäller emellertid inte om personens adress är okänd, en bestämmelse som har orsakat tillämpningssvårigheter. Enskilda sjukvårdsinrättningar lär också ha antagit egna riktlinjer rörande vård till sådana personer. Exempelvis har man lokalt i Köpenhamnsområdet beslutat att sjukhus inte får lov att avvisa patienter på grund av att identiteten är oklar.

Papperslösa personer har tillgång till akutvård men är i övrigt inte täckta av det skattefinansierade systemet. De har således inte tillgång till primär- eller specialistvård, om de inte kan betala för det

² Statistikbanken, Danmarks statistik,
<http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>

³ Wöger, A. (2009). Report Denmark. REGINE, Regularisations in Europe. Vienna: ICMPD.
http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/immigration/studies/docs/regine_appendix_b_january_2009_en.pdf

själva. Har patienten inte ett danskt sjukförsäkringskort, eller om det inte finns en överenskommelse med patientens hemland, måste patienten betala hela kostnaden själv. Papperslösa barn har tillgång till vård i större utsträckning än vuxna. Denna tillgång omfattar såväl vaccinationer som skolhälsovård och kommunal tandvård.

Det finns ingen automatisk rätt för ett barn till en papperslös person att få tillgång till skolgång, eftersom barnet ska kunna visa upp var han eller hon är bosatt.

Udlaendingeservice har en skyldighet att hålla polisen underrettad om var papperslösa personer är bosatta, i fall där en sådan person kontaktar verket för att få hjälp med sjukvård. Även i denna fråga råder emellertid oklarhet och skillnad mellan olika regioner. Medan man i något fall uttryckt att det inte finns någon skyldighet för personal att rapportera papperslösa personer till myndigheterna, finns det heller inte något som hindrar att detta görs.

En person som vistas olovligt i Danmark kan få utgifter för uppehälle och nödvändig vård täckta av *Udlaendingeservice* om det anses nödvändigt med hänsyn till dennes försörjning. Som ett motkrav kan *Udlaendingeservice* då kräva att personen uppehåller sig på ett asylcenter. Den papperslöse får då samma rättigheter och skyldigheter som en asylsökande.⁴

Den danska migrationspolitiken förändrades under 1980-talet, som en konsekvens av att f.d. gästarbetare och flyktingar ofta ville återförenas med sina familjer i landet.⁵ Det infördes ett krav på att anhöriga skulle kunna försörjas av den person som redan fanns i Danmark. År 1999 var Danmark det första landet i världen som införde en särskild integrationslagstiftning, *integrationsloven*. Under 2000-talet har lagstiftningen ändrats på så sätt att högre krav ställs för att en person ska få uppehållstillstånd eller medborgarskap i landet. 2005 infördes integrationsplanen *En ny chance til alle*.⁶ Denna innebär att nyanlända utlänningar erbjuds att under tre år genomgå ett introduktionsprogram och lära sig danska samt få kännedom om dansk historia, kultur och samhälle. Att ha deltagit i introduktionsprogrammet och fått godkända betyg i danska är sedan ett villkor för att erhålla permanent uppehållstillstånd och medborgarskap. Motsvarande krav ställs inte på EU-medborgare eller

⁴ http://www.nyidanmark.dk/da-dk/Ophold/asyl/forsoergelse_udl_m_ulovligt_oph.htm

⁵ Hedetoft, Ulf: Denmark: Integrating Immigrants into a Homogeneous Welfare State, Aalborg University and the Academy for Migration Studies in Denmark, 2006, publicerad på <http://www.migrationinformation.org/Profiles/display.cfm?ID=485>

⁶ http://www.nyidanmark.dk/NR/rdonlyres/23C3C847-FE7D-4E7C-B968-522389758291/0/a_new_chance_for_everyone.pdf

högkvalificerad arbetskraft som av arbetsgivare rekryterats till Danmark. Det har anförts att introduktionsprogrammen infördes i syfte att begränsa det danska välfärdssystemets effekt som s.k. pullfaktor (jfr avsnitt 6.4) på utländska medborgare. Antalet asylsökande har sedan införandet av introduktionsprogrammen minskat med två tredjedelar.

Det har funnits två perioder då amnesti har lämnats åt papperslösa personer, nämligen 1992–2002 och 1999–2000. Båda perioderna var relaterade till kriget i det forna Jugoslavien och i Kosovo.⁷

Den danska lagstiftningen innehåller en möjlighet för en utlänning som haft ett tidsbegränsat uppehållstillstånd i Danmark under minst fyra år att ansöka om permanent uppehållstillstånd. För att beviljas detta bedöms utlänningen enligt ett poängsystem, där han eller hon ska uppnå minst 100 poäng för att erhålla uppehållstillstånd. Dessa krav, varav flertalet är obligatoriska, innebär bl.a. att personen inte har vistats olagligt i landet, begått grov kriminalitet, har skulder till det offentliga eller har mottagit underhållsstöd de senaste tre åren. Personen ska dessutom ha genomgått introduktionsprogrammet och blivit godkänd i danska språket.⁸

5.2.2 Finland

Finland har ett system för hälso- och sjukvård där en del är skattefinansierad och en del baseras på en obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Det anges i grundlagen att staten har ett ansvar för att tillgodose bland annat hälso- och sjukvård för de personer som är bosatta i landet. Sådana personer, dvs. finska medborgare och utländska medborgare med permanent uppehållstillstånd, innehar ett sjukvårdskort som ger dem tillgång till vård. Invandrare anses vara bosatta i landet om de har för avsikt att stanna permanent i Finland och har uppehållstillstånd för minst ett år. Samma bestämmelser gäller inte för asylsökande personer, som dock har rätt till sjukvård på det mottagningscenter där de hamnar vid ankomsten till landet. Den asylsökande personen kan även åtnjuta specialistvård, men har då ett visst kostnadsansvar.

Finland har historiskt sett inte haft särskilt hög grad av invandring. Under senare tid har emellertid invandringen ökat och numera

⁷ NowHereLand, Country report. Denmark, publicerad på <http://files.nowhereland.info/654.pdf>

⁸ <http://www.nyidanmark.dk/da-dk/Ophold/permanent-ophold/permanent-ophold.htm>

anses cirka 5 procent av befolkningen ha utländsk bakgrund (dvs. vara född utomlands, ha ett utländskt modersmål eller utländskt medborgarskap). Antalet papperslösa personer antas vara ganska lågt. Någon officiell statistik förs inte.

Papperslösa barn har rätt till skolgång, men i praktiken ställer skolorna ofta krav på att barnet ska ha någon form av personnummer eller identifikation.

Det finns ingen särskild lagstiftning när det gäller papperslösa personers tillgång till vård, utan slutsatser får dras utifrån den befintliga lagstiftningen. Papperslösa personer ges tillgång till akutvård i sådan utsträckning som är tillräcklig för att han eller hon ska kunna återvända till sitt ursprungsland. En papperslös person har också tillgång till annan vård, men får då betala kostnaden för vården själv. Tillgängligheten till vård kan ibland bero på enskilda personer inom vården, eftersom det finns vårdpersonal som ”släpper igenom” papperslösa.

I Finland finns ingen skyldighet att aktivt rapportera papperslösa personer till myndigheterna. Emellertid finns skyldighet för vårdpersonal att besvara direkta frågor från myndigheter rörande sådana personer.

Den finländska asylpolitiken är influerad och harmoniserad med den EU-politik som bedrivs på området. På senare år har antalet asylansökningar i Finland ökat och ligger nu mellan 2 000 och 6 000 årligen. Det anses finnas tre orsaker till ökningen; uppfattningen om Finland som ett stabilt och socialt utvecklat land med få inslag av rasism, frånvaron av ett väletablerat invandrarfientligt parti och de ökade restriktionerna på asylområdet i andra västerländska länder.⁹ Under åren 1990–2010 fick i genomsnitt 25 procent av alla asylsökande uppehållstillstånd i Finland.

Den finländska migrationspolitiken bedrivs enligt principen att verksamheten ska beakta behovet av arbetskraft, integrationen av utlänningar som kommer till och finns i landet, EU:s gemensamma asylpolitik, de olika dimensionerna av internationell migration, bekämpningen av olaglig invandring och människohandel samt främjande av goda etniska relationer. Integrationen av invandrare är föremål för översyn. Den finska regeringen har under år 2010 sânt ett

⁹ Tanner, A: Finland's balancing act: The Labor Market, Humanitarian Relief and Immigration Integration, January 2011, publicerad på <http://www.migrationinformation.org/Profiles/display.cfm?ID=825>

förslag till revidering av integrationslagen – som föreslås byta namn till lagen om främjande av integration – på remiss.¹⁰

Sammanfattningsvis innebär förslaget att alla invandrare ska ges grundläggande information om det finländska samhället samt sina rättigheter och skyldigheter i samband med att uppehållstillståndet utfärdas. Utlänningen ska kunna erbjudas språkutbildning och en integrationsplan, med målsättningen att personen snabbare ska integreras och sättas i sysselsättning.¹¹

5.2.3 Norge

Norge har ett skattefinansierat sjukvårdssystem. Norge är inte medlem i EU men följer EU-riktlinjer när det gäller socialförsäkring. Anpassning till EU:s asylsystem sker också, genom att Norge är anslutet till Schengen- och Dublinsamarbetet.

Invandrarna i Norge består av cirka 552 000 individer från 215 olika länder. De utgör cirka 11,4 procent av Norges totala befolkning. Under åren 1990–2008 kom uppskattningsvis 24 procent av invandrarna som flyktingar till Norge.¹² Enligt en uppskattning från år 2006 skulle antalet papperslösa kunna uppgå till mellan 10 000 och 32 000 personer, vilket motsvarar cirka 0,4 procent av Norges befolkning.¹³

Sjukhusvård är kostnadsfri för personer som omfattas av det norska hälso- och sjukvårdssystemet, medan övriga läkarbesök samt vissa undersökningar och läkemedel till viss del bekostas av patienten. Detta gäller även asylsökande personer. Akutvård erbjuds alla som vistas i landet oavsett legal status.

Papperslösa personer erbjuds inte annan vård än akutvård. För övrig vård är man beroende av frivilligorganisationernas verksamhet. I debatten har ställts krav på att sådana organisationer ska förbjudas att bistå papperslösa personer, eftersom dessa inte har rätt att vistas i landet.¹⁴

¹⁰ <http://www.intermin.fi/intermin/home.nsf/pages/D7E14CA7C237FE2EC22575E1003FB6AA?opendocument>

¹¹ <http://www.intermin.fi/intermin/bulletin.nsf/PSBD/6B3E8C515F01F5DFC22577300031CCF1>

¹² http://www.ssb.no/innvandring_en/

¹³ http://www.regjeringen.no/en/dep/aid/doc/rapporter_planer/rapporter/2008/international-migration-2007-2008.html?id=541395

¹⁴ Se exempelvis <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/norsk-politikk/artikkel.php?artid=589068>

Olika institutioner kan åläggas att anmäla om de kommer i kontakt med en papperslös person. Detta gäller exempelvis vid hotellvistelser eller anställning.

Den norska migrationspolitiken baseras på principer om reglerad invandring och att alla som ges rätt att bosätta sig i Norge ges lika rättigheter. Det norska samhället erbjuder språkträning och försök till integration på arbetsmarknaden i form av ett obligatoriskt introduktionsprogram för nyanlända utlänningar mellan 16 och 55 års ålder.¹⁵ Under tiden som utlänningen deltar i introduktionsprogrammet, som omfattar 300 timmars utbildning, erhåller han eller hon ekonomiskt stöd. Fullföljande av introduktionsprogrammet är ett obligatoriskt krav för att sedermera erhålla norskt medborgarskap. Asylsökande personer kan också erhålla utbildning i norska via det asylcenter som han eller hon vistas vid.

Utlänningslagstiftningen i Norge är relativt ny (trädde i kraft 1 januari 2010) och innebär en modernisering av tidigare lagstiftning samt ett förtydligande av de internationella åtaganden som Norge har gjort. I lagstiftningen definieras fyra olika grupper av personer som – efter individuell prövning – kan ges tillstånd att uppehålla sig i Norge, nämligen arbetskraftsinvandrare, anhöriga till personer som är bosatta i Norge, studenter och flyktingar eller personer som bör få uppehållstillstånd på humanitära grunder. Ett permanent uppehållstillstånd i Norge kan erhållas, om vissa krav uppfyllts, för en person som vistats tre år i landet.¹⁶

På grund av en kraftig ökning av antalet asylsökande personer mellan åren 2007–2009 antog den norska regeringen ett antal åtgärder för att skärpa kraven på framför allt ansökningar som uppfattas som grundlösa.¹⁷

5.2.4 Island

Island, som inte är medlem i EU men som däremot börjat förhandlingar rörande medlemskap, deltar i såväl Schengen-samarbetet som det Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).

¹⁵ Cooper, B., Norway, Migrant Quality, not Quantity, 2005, publicerad på <http://www.migrationinformation.org/Profiles/display.cfm?ID=307>

¹⁶ <http://www.regjeringen.no/pages/15245488/IntMigration2009-2010.pdf>

¹⁷ Se exempelvis <http://www.regjeringen.no/en/dep/aid/Press-Centre/Press-Releases/2008/tightening-of-the-immigration-policy.html?id=525564> och <http://www.regjeringen.no/en/dep/aid/Press-Centre/Press-Releases/2009/new-measures-in-the-immigration-policy.html?id=570541>

Hälso- och sjukvården på Island är skattefinansierad. Utlänningar med uppehållstillstånd ska erbjudas vård på samma villkor som bosatta. För att vara försäkrad i det isländska socialförsäkrings-systemet krävs att man varit bosatt i landet i minst sex månader. Försäkringen gäller då oavsett nationalitet. Den som är oförsäkrad ska enligt den isländska konstitutionen erbjudas akutvård, men måste då erlägga kostnaden för vården.

Antalet asylsökande personer på Island är förhållandevis lågt. Under åren 1996–2009 uppgick det till 685 stycken totalt, som mest år 2002 (117 individer).¹⁸ År 2008, då totalt drygt 7 400 personer invandrade till Island, uppgick antalet asylsökande personer till 73 stycken. Någon uppgift om hur många papperslösa personer som finns på Island har inte kunnat återfinnas, men det torde röra sig om ett mycket litet antal.

Andelen utlandsfödda uppges under år 2005 ha motsvarat 7,8 procent av befolkningen.¹⁹

Den isländska migrationspolitiken har under senare år påverkats dels av den omständigheten att antalet invandrare – även om antalet internationellt sett är lågt – har ökat, samt behovet av arbetskraftsinvandring. Det antas att cirka en tiondel av arbetskraften på Island består av utländska medborgare. För att gynna integrationen av de utlänningar som bestämmer sig för att stanna i landet har kunskap om det isländska samhället och kunskaper i isländska alltmer poängterats.²⁰

5.3 Några andra europeiska länder

5.3.1 Belgien²¹

Belgien har ett nationellt, obligatoriskt sjukförsäkringssystem. Ansvaret för sjukvården fördelas mellan den federala regeringen och delstaterna.

Huvudregeln i det belgiska systemet är att patienten lägger ut pengar för vårdkostnaden och sedan ersätts för den del som täcks av sjukvårdsförsäkringen, i regel 55–75 procent av kostnaden. Läke-

¹⁸ http://www.utl.is/index.php?option=com_content&view=article&id=97&Itemid=99&lang=en

¹⁹ UN Population Division 2006, <http://esa.un.org/migration/index.asp?panel=4>

²⁰ Website of the Icelandic government, The government policy on the integration of immigrants, http://eng.velferðarraduneyti.is/media/acrobat-enskar_sidur/stefna_integration_of_immigrants.pdf

²¹ NowHereLand Country report: Belgium, <http://files.nowhereland.info/650.pdf>

medel delas in i sex olika kategorier och kostnaderna för dessa ersätts på olika sätt beroende på vilken kategori som är aktuell. Utöver den grundläggande sjukvårdsförsäkringen finns ett antal tilläggsförsäkringar som den enskilde kan teckna på frivillig basis. Asylsökande personer har i princip rätt till samma hälso- och sjukvård som övriga bosatta i landet.

I Belgien är en relativt hög andel av befolkningen av utländskt ursprung. Uppskattningsvis knappt 9 procent av befolkningen uppgavs år 2008 vara född i ett annat land än Belgien. Antalet papperslösa personer uppskattas vara mellan 90 000 och 150 000 personer, vilket motsvarar cirka 1,2 procent av befolkningen.

Papperslösa personer kan enbart få tillgång till kostnadsfri akut sjukvård (*aide médicale urgente, AMU*), vilket innebär rätt till vissa vårdtjänster med undantag för vissa proteser, hjälpmedel och vissa typer av läkemedel. För att omsätta dessa rättigheter i praktiken har de belgiska myndigheterna inrättat ett särskilt administrativt system för vård till papperslösa personer. För att den papperslöse personen ska kunna få vård krävs bl.a. att sociala myndigheter gör ett hembesök och att den behandlande läkaren godkänner att den vård som är aktuell kan betraktas som akut. I de olika upptagningsområdena i landet tillämpas systemet olikartat. De olika regionerna har rätt att själva utforma policy och lägga upp handläggningsrutiner. På grund av de komplicerade byråkratiska procedurerna uppges det därför vara ett mycket litet antal papperslösa personer som i praktiken har tillgång till vård på samma villkor som de belgiska medborgarna.

Barn till papperslösa personer har samma rätt till sjukvård i form av AMU som vuxna, men samma villkor gäller (dvs. läkarutlåtande och hembesök).

Belgien deltar i EU:s arbete med en gemensam migrationspolitik, men har vid tre tillfällen (1974, 2000 och 2009) antagit lagar som innebär tillfällig amnesti för papperslösa personer. Den lagstiftning som antogs 2009 innebar emellertid ingen generell amnesti utan en prövning i varje enskilt fall. Omständigheter som angavs tala för amnesti var om den enskilde hade knutit an till samhället, hade barn som gått flera år i skolan eller hade anställning.²² Lagen var mycket kontroversiell politiskt och invändningar har rests beträffande dess laglighet.²³

²² http://diplomatie.belgium.be/en/policy/policy_areas/striving_for_global_solidarity/asylum_and_migration/migration/index.jsp

²³ NowHereLand Country report: Belgium, <http://files.nowhereland.info/650.pdf>

5.3.2 Frankrike²⁴

Frankrike har ett obligatoriskt försäkringsbaserat system för hälso- och sjukvård. Systemet finansieras av skatter och avgifter, med principen att var och en betalar det han eller hon kan och för det han eller hon behöver. Alla som är stadigvarande bosatta i Frankrike (med uppehållstillstånd) är försäkrade. Försäkringen, som täcker ungefär 65 procent av vårdkostnaderna, är kostnadsfri för den som har låg inkomst. För övriga finns privata tilläggsförsäkringar. Personer med låg inkomst har rätt att försäkras till 100 procent.

Den utlandsfödda befolkningen i Frankrike uppgick år 2008 till cirka 5,8 procent av den totala befolkningen, eller 3 674 000 personer. Uppskattningsvis 300 000 till 500 000 personer, eller motsvarande cirka 0,7 procent av befolkningen, vistades som papperslösa i Frankrike.

Asylsökande personer har direkt efter inresa tillgång till vård på samma grunder som franska medborgare både när det gäller försäkring och villkor.

Papperslösa personer kan få tillgång till kostnadsfri vård (med vissa undantag) genom ett parallellt administrativt system för *Aide Médicale d'État* (AME, statligt sjukvårdsstöd). För att få detta måste personen uppfylla två villkor, nämligen

- Ha varit bosatt i Frankrike i mer än tre månader, och
- ha en låg inkomst.

För att visa att villkoren är uppfyllda måste personen gå genom ett antal administrativa steg.²⁵ AME innebär att staten står för 100 % av vårdkostnaden och att patienten inte behöver lägga ut några pengar i förskott. Däremot täcks inte kostnader för proteser och hjälpmedel. AME-stödet beviljas för ett år i taget och måste förnyas varje år. Papperslösa personer som inte beviljats AME har endast tillgång till akutvård. En ny lag har föreslagits som kan komma att träda i kraft under år 2011 och som innebär att vuxna papperslösa personer ska få betala en årlig avgift om 30 euro för att vara berättigade till det statliga sjukvårdsstödet.

De krav som anges ovan gäller inte barn till papperslösa personer. Minderåriga kan för övrigt inte betraktas som papperslösa i

²⁴ NowHereLand Country report: France, <http://files.nowhereland.info/657.pdf>

²⁵ De administrativa kraven på papperslösa personer att visa att de är bosatta i landet uppges emellertid gå i en skärpande riktning på så vis att det blir svårare för papperslösa att bevisa sin bosättning.

Frankrike. För sådana barn ska en särskild barn- och ungdomsdomare utses till god man. Barnen har vidare rätt till en särskild form av socialstöd för barn. Därigenom omfattas de av det sociala trygghetssystemet.

Ett särskilt uppehållstillstånd, som utfärdas för ett år i taget, beviljas om en utlänning som normalt är bosatt i Frankrike är i sådant behov av medicinsk vård att hans eller hennes hälsotillstånd allvarligt hotas om vården inte ges. Även om lagen ses som ett föredöme för andra europeiska länder, har det angetts som ett problem att det ofta förekommer att patientsekretessen bryts när tjänstemän begär uppgifter från läkare om enskilda patienter. Erfarenheter har enligt Läkare i Världens rapporter²⁶ visat att lagen, sedan dess tillkomst år 1998, inte har orsakat någon anstormning av sjuka utlänningar till Frankrike.

Den franska migrationspolitiken är inriktad på selektiv invandring kombinerad med instrument för att öka integrationen av tredjelandsmedborgare. År 2007 antogs en lag²⁷ i detta syfte, vilken bl.a. innebär åtgärder för att bekämpa illegal invandring.

Det har förekommit amnestiprogram under sex tillfällen sedan år 1973 i Frankrike. Under dessa program har uppskattningsvis 282 300 personer fått uppehållstillstånd. Mellan åren 1998 och 2006 fanns möjligheten för papperslösa personer att få uppehållstillstånd efter tio års vistelse i Frankrike. Mer än 25 000 personer per år fick uppehållstillstånd med stöd av dessa bestämmelser.²⁸

5.3.3 Grekland²⁹

I Grekland omfattas samtliga löntagare av en obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Vården, som är decentraliserad till vårdcentraler, distriktssjukhus och regionsjukhus, finansieras genom avgifter och statliga subventioner. Läkarbesök är kostnadsfria inom det nationella hälso- och sjukvårdssystemet, men patienterna får erlägga 25 procent av läkemedelskostnaden. Socialbidragssystemet täcker sjukvårdskostnaderna för alla grekiska medborgare som antingen har låg inkomst eller har särskilda behov eller funktionsnedsätt-

²⁶ Läkare i Världen: Tillgången till vård för papperslösa i 11 europeiska länder (september 2009) och Läkare i Världen: Har papperslösa och asylsökande rätt till vård i EU? (november 2010).

²⁷ Lag 2007-1637 av den 20 november 2007.

²⁸ Courau, H. (2009). Undocumented Migration. Counting the Uncountable. Data and Trends Across Europe. Clandestino Country Report. http://clandestino.eliamep.gr/wpcontent/uploads/2009/10/clandestino_report_france_final_2.pdf

²⁹ NowHereLand Country report: Greece, <http://files.nowhereland.info/659.pdf>

ning. Förutsatt att man har identitetshandlingar får man då utfärdat ett vårdkort som ger tillgång till gratis vård och behandling.

Andelen utlänningar i Grekland är svårberäknad, men uppskattas vara mellan 8 och 10 procent av befolkningen. En uppskattning är att det finns mellan 150 000 och 400 000 papperslösa i Grekland, vilket motsvarar 2,5 procent av befolkningen.

Asylsökande personer har samma tillgång till hälso- och sjukvård som grekiska medborgare, förutsatt att de kan styrka sin asylpolitiska status.

Papperslösa personer erbjuds endast akutsjukvård och endast till dess att deras hälsotillstånd är stabilt.

År 2001 infördes en lag i Grekland som förbjuder offentliga institutioner att hjälpa människor om de inte kan styrka att de har uppehållstillstånd i Grekland. Detta gäller emellertid inte minderåriga papperslösa personer och inte sådana som behöver akutvård. Minderåriga papperslösa personer har en lagstadgad rätt till gratis primär- och sjukhusvård. Detta skydd uppges emellertid fungera dåligt i praktiken.

En utlänning som av medicinska skäl inte kan utvisas kan beviljas ett tidsbegränsat uppehållstillstånd. I praktiken innebär detta ofta att något uppehållstillstånd inte beviljas men att utvisning inte verkställs.

Grekland har vid sex tillfällen sedan år 1997 genomfört olika amnestiprogram, framför allt relaterade till arbetsmarknadspolitiska åtgärder.³⁰

5.3.4 Italien³¹

Italien har ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem som huvudsakligen är skattefinansierat och genom vilket asylsökande personer har tillgång till vård på samma grunder som italienska medborgare. Villkoret för att få tillgång till det grundläggande vårdutbudet är att personen registrerar sig i det nationella hälso- och sjukvårdssystemet vid en lokal hälsovårdsmyndighet och erhåller ett vårdkort.

I den italienska konstitutionen anges i artikel 32 att hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet för individen (och således inte enbart medborgaren). I bestämmelsen föreskrivs fri hälso- och sjukvård för fattiga.

³⁰ Se not 29.

³¹ NowHereLand country report: Italy, <http://files.nowhereland.info/662.pdf>

Av befolkningen i Italien beräknas cirka 5,8 procent vara av utländskt ursprung. Antalet papperslösa personer uppskattas vara mellan 200 000 och 1 000 000, vilket omfattar cirka 1 procent av den totala befolkningen. I en europeisk kontext är detta en förhållandevis hög siffra.

Papperslösa personer har, med hänvisning till den ovan angivna bestämmelsen i konstitutionen, sedan år 1998 tillgång till omfattande vård, vilket uttryckligen anges i en särskild förteckning i lag. Det finns ett särskilt system för utlänningar som vistas tillfälligt i landet. Den vård som erbjuds är vård som bedöms som akut (som inte kan vänta) eller nödvändig (som med en betydligt bredare definition omfattar förebyggande vård, mödravård, förlossningsvård, barnhälsovård, vaccinationer och behandling av smittsamma sjukdomar). En papperslös person har inte rätt att registrera sig i det nationella hälso- och sjukvårdssystemet, men alla papperslösa personer kan enkelt få ett anonymt s.k. STP-nummer. Det enda som krävs för att ansöka om en STP-kod är att personen presterar ett intyg om att han eller hon saknar egna medel. Papperslösa personer får normalt sett betala en symbolisk summa för den vård som utnyttjas, men det största problemet för gruppen uppges vara är att de inte har rätt till husläkare, utan får vända sig till ett sjukhus eller någon läkare som arbetar för en hjälporganisation. Barn till papperslösa personer omfattas av föräldrarnas STP-kort och har därigenom samma rätt till vård som italienska barn.

Italien har genomfört ett flertal regulariseringsprogram för papperslösa personer. Merparten av de tredjelandsmedborgare som fått uppehållstillstånd i landet uppges ha fått detta genom sådana program. Uppskattningsvis 1,5 miljoner papperslösa personer uppges ha fått permanent uppehållstillstånd mellan åren 1986 och 2002 genom regulariseringsåtgärder, vilka huvudsakligen har varit kopplade till behov av arbetskraft inom vissa sektorer.³²

Frågan om papperslösa personer är aktuell på den politiska agendan i Italien. Under år 2009 genomfördes lagstiftning som innebar att olaglig vistelse i Italien skulle betraktas som ett administrativt brott. Ett förslag att hälso- och sjukvårdspersonal skulle åläggas att rapportera papperslösa personer som de behandlade antogs emellertid inte.

³² Se not 31.

5.3.5 Nederländerna³³

Nederländerna har ett försäkringsbaserat system för hälso- och sjukvård. Sedan år 2006 omfattas alla som är bosatta i Nederländerna av en obligatorisk sjukvårdsförsäkring som täcker ett standardutbud av vård. Den försäkrade betalar cirka 90 euro i månaden och får sedan ersättning från försäkringen för sina vårdkostnader. För vård som inte ingår i standardutbudet, exempelvis tandvård, finns frivilliga tilläggsförsäkringar.

Utländska medborgare med uppehållstillstånd i Nederländerna måste teckna sjukvårdsförsäkring. Denna rätt och skyldighet uppstår från och med tidpunkten då uppehållstillstånd beviljas. Så snart försäkringen tecknats, har personen samma tillgång till hälso- och sjukvård som en nederländsk medborgare. Personer som väntar på beslut om uppehållstillstånd måste teckna en privat sjukvårdsförsäkring, såvida inte deras sjukvård bekostas genom överenskommelse med eller försäkring i hemlandet. Asylsökande personer omfattas emellertid inte av denna bestämmelse. För sådana personer gäller en särskild förordning genom vilken sjukvården bekostas av staten.

Nederländerna är jämte Portugal (jfr avsnitt 5.3.6) ett av till synes få länder i världen som har reglerat frågan om papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård i lag. I januari 2009 trädde en ändring av sjukförsäkringslagen i kraft. De nya bestämmelserna om vård för papperslösa skiljer mellan *directly accessible care* och *not directly accessible care*. *Directly accessible care* innebär i princip icke planerad vård och kan avse

- livshotande tillstånd,
- situationer som kan ge upphov till permanent förlust av väsentliga funktioner,
- smittsamma sjukdomar och sådan psykisk ohälsa som kan medföra aggressivt beteende,
- mödravård och eftervård efter förlossning,
- förebyggande hälsovård och vaccinationer för barn, och
- tillstånd där vårdpersonal bedömer att behandling är medicinskt nödvändig eller lämplig.

³³ NowHereLand, Country report: The Netherlands, publicerad på <http://files.nowhereland.info/667.pdf>

För *directly accessible care*, som även omfattar förlossningsvård, kan den papperslöse personen använda sig av vilken vårdgivare som helst. För planerad (*not directly accessible*) vård är det enbart ett antal kontrakterade vårdgivare som får utnyttjas, och då endast efter remiss. Detta anses skapa oklarheter både för vårdgivare och patienter. Bestämmelserna innebär att kostnader för medicinskt nödvändig (*directly accessible*) vård för papperslösa personer kan bekostas av staten om vårdgivaren kan visa att man försökt att få ut kostnaden av den enskilde patienten men inte lyckats. Detta ska i princip visas genom att man skickat faktura och därefter påminnelse. Ofta betraktas detta enbart som ett formellt steg i processen. Kan den papperslöse personen inte bevisa att han eller hon inte kan betala, är han eller hon betalningsskyldig för hela kostnaden.

De nya bestämmelser som trädde i kraft år 2009 innebär att endast 80 procent av kostnaden för sjukvården ersätts av staten. I praktiken anses det förekomma att vårdgivare försöker få ut återstoden av kostnaden av den papperslöse personen direkt. Vissa lokala myndigheter har bildat särskilda fonder för att täcka kostnaden för papperslösa patienter.

Barn till papperslösa personer ska erbjudas den vård som bedöms som medicinskt nödvändig, men har liksom nederländska barn rätt till kostnadsfri förebyggande vård och vaccinationer.

Nederländerna har sedan koloniernas självständighet tagit emot ett stort antal immigranter från de forna kolonierna. Historiskt sett innehåller migrationskurvan för landet arbetskraftsinvandring – framför allt från södra Europa men även från Turkiet och Marocko – under 1950-, 1960- och 1970-talen och asylinvandring sedan 1980-talet. Irreguljär migration uppges ha förekommit i huvudsak sedan 1990-talet.

Sedan år 2002 har asylpolitiken i Nederländerna blivit mer restriktiv än tidigare, vilket bl.a. visat sig i ett sjunkande antal asylansökningar (mindre än 10 000 ansökningar under år 2007).

Antalet papperslösa personer i Nederländerna beräknas uppgå till mellan 60 000 och 225 000 personer, vilket motsvarar 0,4–1,4 procent av befolkningen. Den största gruppen av papperslösa personer uppges vara sådana som kommit till landet för att arbeta, följt av gruppen nekade asylsökande personer.

Det har förekommit ett antal regulariseringsprogram i Nederländerna, men antalet papperslösa personer som fått uppehållstillstånd genom dessa har varit relativt litet. Programmen kan, åtminstone under 2000-talet, huvudsakligen sägas haft inriktningen av

humanitära insatser, eftersom målgrupperna har varit asylsökande personer som fått vänta på beslut under en lång tid (mer än fem år). Under 1990-talet förekom regulariseringsprogram där irreguljära arbetskraftsinvandrare gavs uppehållstillstånd på huvudsakligen moraliska grunder; för att få uppehållstillstånd krävdes att de hade inte gjort sig skyldiga till någon brottslighet, hade anställning och betalade skatter.³⁴

5.3.6 Portugal³⁵

År 2007 uppgick antalet utlandsfödda i Portugal till motsvarande 4,1 procent av befolkningen. Antalet asylsökande är lågt, relativt sett. År 2008 inkom 155 asylansökningar. Andelen papperslösa personer i landet är förhållandevis högt – uppskattningsvis mellan 30 000 och 200 000 personer. Det anses att ett trendbrott har skett i fråga om var migranter i första hand kommer ifrån till Portugal. Tidigare kom de flesta från de forna kolonierna i exempelvis Brasilien och Afrika, men på senare år har man sett allt fler migranter från östeuropa. Den största gruppen papperslösa personer anses allmänt sett vara s.k. overstayers eller sådana som tagit sig in i landet på olaglig väg.

Den portugisiska hälso- och sjukvården är primärt skattefinansierad, med viss del av finansieringen genom privata hälsosystem, exempelvis genom försäkringar för vissa yrkesgrupper. I grundlagen anges rätt för alla medborgare till skydd för sina rättigheter, däribland hälso- och sjukvård. Denna rättighet kan emellertid sägas vara begränsad till personer med hemvist i landet, eftersom alla bosatta förväntas registrera sig för ett hälsokort för att få tillgång till hälso- och sjukvården. Alla medborgare som är bosatta i Portugal är täckta av det nationella hälsosystemet, vilket till stora delar är kostnadsfritt.

Papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård är särskilt reglerad i en lag som syftar till att klargöra omfattningen av utländska medborgares tillgång till hälso- och sjukvård. Det finns vidare en särskild reglering rörande register över utländska minder-

³⁴ NowHereLand, Country report: The Netherlands, publicerad på <http://files.nowhereland.info/667.pdf>

³⁵ NowHereLand, Country report: Portugal, publicerad på <http://files.nowhereland.info/669.pdf>, samt do Céu, M., Pereira, F. och Machaqueiro, S.: Approaches to migrant health in Portugal, Eurohealth Vol 16 No 1 s. 30–31

åriga (se nedan rörande skolgång). Det finns en rad rekommendationer från *Direcção-General da Saúde* (motsvarigheten till Socialstyrelsen) i ämnet. Papperslösa personer har full tillgång till hälso- och sjukvård i Portugal under förutsättning att de kan presteras dokumentation som visar att de har bott i landet i mer än 90 dagar. Med ett sådant bevis om hemvist är det möjligt för dem att få en tillfällig registrering (*inscrição esporádica*) vid en vårdinrättning. Som framgår av namnet är det fråga om en just tillfällig registrering, som dock kan förlängas vid behov. För papperslösa personer som varit mindre än 90 dagar i landet eller som inte kan bevisa sin bosättning där, finns fortfarande fri tillgång till en begränsad del av hälso- och sjukvården, nämligen akutvård, behandling av smittsamma sjukdomar, mödra- och förlossnings- samt barnhälsovård, vaccination och preventivmedelsrådgivning. För all annan vård gäller att den ska betalas till sin fulla kostnad.³⁶ Papperslösa barn har samma rätt till hälso- och sjukvård som portugisiska barn.

Vissa hälsovårdsprogram, såsom vaccination av barn, och tandvård till gravida kvinnor, är tillämpliga även på papperslösa personer.

Även om papperslösa personer således har förhållandevis god tillgång till hälso- och sjukvård i Portugal förekommer ett antal s.k. barriärer mellan de papperslösa patienterna och vården. Bristande information för vårdpersonalen, framför allt bland den administrativa personalen, har skapat svårigheter i tillgången för papperslösa. Lagen har också ibland tolkats på olika sätt av olika vårdgivare.

I Portugal får papperslösa personer inte teckna hyreskontrakt eller anställningsavtal. De får därmed inte heller tillgång till socialförsäkringen. Papperslösa barn kan få tillgång till utbildning till en viss nivå. I den portugisiska grundlagen anges att varje barn under 18 år har rätt till utbildning och papperslösa barn är uttryckligen inkluderade. För att möjliggöra tillgång till utbildning (men även till hälso- och sjukvård) för papperslösa barn har upprättats ett register av utländska papperslösa barn som hanteras av *The High Commission for Immigration and Intercultural Dialogue*.³⁷

Det finns ingen skyldighet för personal inom hälso- och sjukvården att anmäla papperslösa personer till myndigheterna.

Portugal har genomfört fem regulariseringsprogram. De senaste programmen har framför allt fokuserat på arbetskraft och ett grund-

³⁶ Det finns dock en reglering som säger att myndigheterna ska beakta patientens ekonomiska förhållanden i en sådan situation.

³⁷ Med referens till en särskild lag (decree no 67/2004 av den 25 mars).

krav för att uppehållstillstånd ska kunna erhållas är att man kunnat visa deltagande på arbetsmarknaden. Programmen har också setts som ett led i strävan att försvåra för den svarta arbetsmarknaden.

5.3.7 Rumänien³⁸

Rumänien har ett försäkringsbaserat sjukvårdssystem.

Rumänien har tills helt nyligen i huvudsak varit ett utvandringsland och inte ett land till vilket man invandrar. Sedan kommunismens fall år 1989 uppskattas 10–15 procent av befolkningen ha lämnat landet. Under 2000-talet har antalet invandrare till Rumänien legat på cirka 10 000 personer årligen och Rumänien har huvudsakligen varit ett transitland och inte ett destinationsland för migranter. Andelen utländska medborgare av befolkningen var år 2008 cirka 0,1 procent. På grund av brist på arbetskraft och en åldrande befolkning antas dock ett allt ökande antal personer komma att flytta till Rumänien för att arbeta. Det finns inga uppskattningar i fråga om hur många papperslösa som finns i Rumänien, men det antas allmänt att antalet är lågt.

Antalet asylsökande personer är mycket lågt (1 180 personer år 2008), men antas vara i ökande på grund av EU-åtaganden och det faktum att landet till två tredjedelar gränsar till icke EU-länder.

Asylsökande personer i Rumänien har rätt till den obligatoriska sjukförsäkringen om de arbetar eller om de väljer att teckna en frivillig försäkring. De asylsökande som har ekonomisk förmåga att betala försäkringspremier har de rättigheter som föreskrivs i asyl-lagstiftningen, vilket innebär kostnadsfri tillgång till primärvård, akutvård och behandling av mycket allvarliga kroniska sjukdomar som kan bli livshotande. Asylsökande personer med särskilda behov har rätt till ”lämplig läkarvård” men detta är inte närmare definierat i lagstiftningen.

Asylsökande personer omfattas dessutom av den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen, vilket ger dem kostnadsfri tillgång till behandling av sjukdomar som kan få epidemisk spridning, mödra- och förlossningsvård samt preventivmedelsrådgivning. Dessa generella regler gäller också för papperslösa personer och andra oförsäkrade. I Rumänien har således alla som vistas i landet tillgång till kostnadsfri vård vid akut sjukdom, sjukdom som kan få epidemisk spridning, vård vid graviditet och preventivmedelsrådgivning. För

³⁸ NowHereLand, Country report: Romania, <http://files.nowhereland.info/670.pdf>

papperslösa och oförsäkrade personer gäller att all annan vård endast ges mot full betalning, med undantag för barn under 18 år som oavsett rättslig eller asylpolitisk ställning ska behandlas som rumänska barn.

En del papperslösa personer i Rumänien betraktas som "tolererade", vilket innebär att de tillåts stanna i landet på grund av att de inte kan utvisas. Hittills har detta inte inneburit att de tillerkännts några rättigheter, men för närvarande utreds möjligheten att ge dem rätt att arbeta. Detta skulle ge dem möjlighet att teckna en sjukvårdsförsäkring.

I Rumänien är vårdpersonal skyldig att bryta mot tystnadsplikten för det fall de anser sig på något sätt underlätta för papperslösa personer att vistas utan tillstånd i landet.

5.3.8 Slovenien³⁹

Slovenien har ett försäkringsbaserat sjukvårdssystem och en lagstiftning som innebär att sjukvården organiseras utifrån tre olika parametrar; statens skyldighet att organisera sjukvård, arbetsgivarnas skyldighet att ordna en säker arbetsmiljö och den enskildes skyldighet att skaffa en sjukvårdsförsäkring. Tillgången till hälso- och sjukvård kan därför sägas vara beroende av legal bosättning i kombination med en obligatorisk sjukvårdsförsäkring.

Migrationsströmmarna till Slovenien har, sedan landet blev självständigt år 1991, huvudsakligen kommit från länderna i det forna Jugoslavien och haft ekonomiska incitament. I januari 2008 uppgick antalet utlandsfödda bosatta i Slovenien till motsvarande 3,4 procent av befolkningen. Antalet asylsökande uppgick år 2008 till 260 stycken och beviljandeprocenten var mindre än 5 procent av de avgjorda ärendena.

Slovenien anses inte vara ett land som vanligen är slutdestination för en migrant, utan är ofta endast ett transitland. Antalet papperslösa personer i landet antas vara mycket lågt. Någon officiell uppskattning finns inte, däremot angavs för år 2006 att cirka 4 000 illegala gränsöverskridanden hade rapporterats.

I Slovenien finns en särskild grupp av papperslösa personer som utgörs av personer som i samband med självständigheten år 1991 uppmanades att söka slovenskt medborgarskap men som inte gjorde detta. Sådana personer har blivit strukna från befolkningsregistren.

³⁹ NowHereLand, Country report: Slovenia, <http://files.nowhereland.info/672.pdf>

Personer utan försäkring ska erbjudas akutsjukvård med stöd av en bestämmelse i sjukvårdslagstiftningen, vilken anger att ingen patient i behov av akutvård får avvisas från sjukvården.

Det finns särskilda vårdcentraler i två av städerna (Ljubljana och Marobor) för personer som inte kan teckna sjukvårdsförsäkring.

Slovensk lag ger asylsökande och papperslösa personer samma rättigheter. De kan få kostnadsfri tillgång till akutvård och annan nödvändig vård. Utöver vård vid mycket allvarlig sjukdom omfattar detta också mödra- och förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning och abort. Lagen ger en ganska bred definition av begreppet ”nödvändig vård”, men det klargörs samtidigt att bedömningen ska göras av en läkare i varje enskilt fall. Dessutom ska särskilt sårbara asylsökande personer med särskilda behov (bl.a. barn, ensamkommande barn, gravida kvinnor och asylsökande som har utsatts för olika typer av våld) och i undantagsfall även andra grupper erbjudas ”ytterligare läkarvård” enligt beslut av en särskild nämnd, tillsatt av inrikesministeriet.

Vissa grupper av papperslösa personer, som inte kan utvisas, betraktas som ”tolererade”. Det innebär att de får lov att vistas i landet (men utan att erhålla uppehållstillstånd). Detta gäller främst asylsökande personer som har fått avslag på sin ansökan och personer som släpps ur förvar. Sådana personer ska ges samma tillgång till vård som asylsökande och andra papperslösa personer.

Det finns ingen skyldighet att rapportera papperslösa personer till myndigheterna.

5.3.9 Spanien⁴⁰

Spanien har ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem som är starkt decentraliserat, vilket innebär att de olika självstyrande regionerna (17 stycken) kan ha olika system. Detta visar sig bl.a. när det gäller handläggningstider och när det gäller hur stor del av läkemedelskostnaderna som täcks. I den spanska konstitutionen slås fast att alla spanska medborgare och utländska medborgare som är stadigvarande bosatta i landet har rätt till allmän hälso- och sjukvård. Det nationella hälso- och sjukvårdssystemet är skattefinansierat och de allra flesta bosatta personer har gratis tillgång till hälso- och sjukvård. Patienterna får emellertid i de flesta regioner erlägga 40 procent av läkemedelskostnaderna.

⁴⁰ NowHereLand, Country report: Spain, <http://files.nowhereland.info/673.pdf>

Spanien är en före detta kolonialmakt och har sedan 1980-talet varit ett av de länder i Europa som har tagit emot flest invandrare. I början av denna period var det huvudsakligen pensionerade medborgare från andra västeuropeiska länder som emigrerade till Spanien. Sedan mitten av 1980-talet har en större grupp kommit från forna kolonier, framför allt i Sydamerika, men även från Afrika, vissa asiatiska länder och Östeuropa. I denna grupp är syftet med flytten till Spanien huvudsakligen att finna anställning.

Spanien har, på grund av sin ekonomi, behov av en kader av icke-kvalificerad arbetskraft, framför allt i byggnadsindustrin, jordbruket och turismnäringen. Spanien har ett lågt antal asylsökande personer (4 400 ansökningar år 2008) och en restriktiv hållning i asylfrågor. Genomsnittligt bifalls mindre än 5 procent av asylansökningar.

År 2008 var cirka 11,6 procent av befolkningen i Spanien född utomlands. Från år 1995 till år 2004 fyrdubblades den andel av befolkningen som var född utomlands och som levde med uppehållstillstånd i Spanien.⁴¹ Uppskattningsvis cirka 1 procent av befolkningen i Spanien levde som papperslösa. De papperslösa personerna i Spanien är typiskt sett sådana som anländer till landet som turister och kvarblir i landet efter tre månader (s.k. *overstayers*). Därutöver förekommer personer som tar sig in i landet på olagligt sätt, även om detta förfarandesätt har försvårats efter inrättandet av SIVE (*Sistema Integrado de Vigilancia Exterior*), ett elektroniskt övervakningssystem som används i de områden där irreguljära migranter typiskt sett korsar gränsen till Spanien.

Tillgången till sjukvård förutsätter i Spanien uppvisande av ett individuellt hälsokort, vilket utfärdas till samtliga – såväl spanska som utländska medborgare, dvs. även papperslösa personer – som uppfyller vissa krav, nämligen

- uppvisande av giltig identitetshandling,
- att man har en adress, vilket i sin tur innebär att man kan bli registrerad i det lokala befolkningsregistret (*Padron*), och
- begränsade egna medel.

De ovan angivna kraven är inte obligatoriska i samtliga fall. Det är inte samtliga regioner som kräver att individen visar sig ha begränsade egna medel för att ett hälsokort ska erhållas. Kravet på in-

⁴¹ Arango, J. och Jachimowicz, M.: Regularizing Immigrants in Spain: A New Approach, publicerad på www.migrationinformation.org

skrivning i befolkningsregistret gäller varken gravida kvinnor eller barn. Alla barn har samma rätt till vård, dvs. gratis tillgång till det nationella hälso- och sjukvårdssystemet. Alla barn, oavsett asylpolitisk status, omfattas också av allmän skolplikt till 16 års ålder. Vissa uppgifter talar också för att några av de självstyrande regionerna (enligt uppgift 4 av 17) har intagit en mer tillmötesgående hållning genom att utfärda hälsokort till alla papperslösa personer utan att över huvud taget ställa några formella krav.

Den person som har fått ett hälsokort utfärdat för sig har således samma tillgång till vård som spanska medborgare. Utlänningar från EU-länder som är långvarigt bosatta i Spanien kan också få gratis sjukvård om de har ett individuellt hälsokort, vilket ofta utfärdas enbart utifrån en försäkran på heder och samvete att man saknar tillräckliga medel.

Enligt spansk lag kan en utlänning som vistas i Spanien få ett tidsbegränsat uppehållstillstånd på humanitära skäl på ett år, vilket kan förlängas, om de "under sin vistelse i Spanien drabbas av allvarlig sjukdom som kräver specialistvård som inte kan fås i ursprungslandet och som, om behandling avbryts eller inte sätts in, innebär allvarlig risk för hälsa eller liv." Gravida kvinnor är vidare skyddade mot utvisningar som kan äventyra deras eller fostrets hälsa.

Sammanfattningsvis framstår det spanska systemet som relativt generöst i förhållande till den persongrupp som utredningens uppdrag omfattar. Emellertid har Läkare i världens kartläggning pekat på ett antal barriärer när det gäller tillgången till vård i Spanien. Framför allt framhålls kravet på registrering för erhållandet av ett hälsokort som försvårande. Det uppges att myndighetspersoner lokalt förvägrat papperslösa personer registrering utan vidare motivering. Det framhålls vidare att spansk lag sedan år 2003 ger polisen rätt att få tillgång till uppgifter i befolkningsregistret *Padron Municipal de Habitantes*. Rädsla för att polisen ska få kännedom om personuppgifter på denna väg kan ha en avhållande effekt. Vidare påtalas som barriärer okunskap om det spanska systemet, kulturella skillnader, språkliga problem och rädsla för att bli rapporterad eller avvisad av sjukvårdspersonalen.

Under de två senaste decennierna har den spanska regeringen, på samma sätt som skett i länder som USA, Kanada, Belgien, Frankrike, Italien, Spanien, Grekland och Portugal, arbetat för att minska antalet papperslösa personer, framför allt genom en rad regulariseringsprogram. Förutom de riktade programmen finns i

spansk lagstiftning olika individuella former av regularisering, exempelvis anknytning till landet (*arraigo*), humanitärt skydd för asylsökande personer som fått sin ansökan avslagen samt tillfälliga uppehållstillstånd för personer som samarbetar med polisen. Den största rollen har emellertid massregulariseringen fått. Uppskattningsvis 1 200 000 utlänningar har fått uppehållstillstånd i Spanien genom sådana åtgärder sedan 1980, varav hälften av dem efter år 2005. Regulariseringsprocessen har gett den sökande tillfälliga uppehållstillstånd, vilka kan förlängas under vissa förutsättningar, exempelvis att personen har anställning. Med hänvisning till EU-direktivet 2003/EC/109 om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning har utlänningen därefter kunnat få status som bosatt i landet.⁴² Syftet med regulariseringsprogrammen, framför allt det stora programmet från år 2005, har i första hand varit att tillhandahålla arbetskraft och bekämpa den svarta arbetsmarknaden. Ett gemensamt krav i samtliga program har emellertid varit att den sökande ska visa att han eller hon har varit bosatt⁴³ i Spanien sedan ett visst datum och att han eller hon inte är kriminellt belastad.⁴⁴ Kritiken som riktats mot programmen rör svårigheter att uppvisa sådana dokument, framför allt för personer från länder med outvecklad administration. Vid bifall till ansökan erhåller sökanden ett ettårigt tillstånd att bosätta sig och arbeta i Spanien. Åtgärderna har i första hand haft för avsikt att slå ner på den informella "svarta" ekonomin, minska byråkratin och ge migranter ytterligare ett alternativ att kunna vistas i landet på laglig väg.⁴⁵

⁴² Direktivet innebär i korthet att om en tredjelandsmedborgare stadigvarande har bott i en EU-stat i fem år kan han eller hon efter ansökan tilldelas en särskild status, ställning som varaktigt bosatt, i det landet. Med denna status ska tredjelandsmedborgaren tillförsäkras vissa rättigheter i det landet. Direktivet innebär vidare att den varaktigt bosatte ges en rätt till fri rörlighet inom EU.

⁴³ Med bosatt avses här enbart registrerad i det lokala befolkningsregistret *Padron Municipal de Habitantes*.

⁴⁴ Se not 40.

⁴⁵ Arango, J. och Jachimowicz, M.: Regularizing Immigrants in Spain: A New Approach, publicerad på <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=331>

5.3.10 Storbritannien⁴⁶

Storbritannien har ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem som till stor del är skattefinansierat. Huvudprincipen är att alla ska ha gratis tillgång till vård och att det är därvid bosättningsbegreppet och inte medborgarskapet som är avgörande. Efter en lagändring år 2004 i 1977 års lag om medicinsk vård ges tillgång till vård till personer med laglig hemvist. Alla sådana personer ska kunna registrera sig hos en allmänläkare i närheten av sin bostad.

Av tradition är det i Storbritannien, som är en gammal kolonialmakt, en stor del av befolkningen som är född utomlands och/eller har utländskt medborgarskap. Det var inte förrän år 1971 som medborgare från det gamla Samväldet blev föremål för restriktioner i fråga om invandring. Migrationsströmmarna har historiskt sett gått både till och från landet och det var först under 1980-talet som invandringen till landet var större än utvandringen.

År 2008 uppskattades att 11 procent av befolkningen var född utomlands och att 7 procent av befolkningen hade ett annat medborgarskap än brittiskt.

Antalet papperslösa personer i Storbritannien anses vara relativt högt i en europeisk kontext. Uppskattningsvis mellan 110 000 och 430 000 personer, eller cirka 1,2 procent av befolkningen, antas leva som papperslösa i landet. Av dessa antas en så stor del som 70 procent leva i London-området. Undersökningar har antytt att den största gruppen papperslösa personer är s.k. *overstayers* och personer som arbetar i den svarta arbetsmarknaden.

Antalet asylsökande personer i Storbritannien uppgår årligen till mellan 20 000 och 40 000.

Asylsökande personer ska erbjudas vård på samma grunder som brittiska medborgare både när det gäller försäkring och villkor. Detsamma gäller för ensamkommande barn.

Vissa brittiska vårdinrättningar är kostnadsfritt tillgängliga för alla, oavsett asylstatus. Detta gäller akutmottagningar, familjeplanering och en form av närakuter (*Walk-in Centers*).

Papperslösa personer kan, på samma sätt som andra, registrera sig hos en allmänläkare, förutsatt att läkaren går med på detta. Papperslösa personer måste själva betala alla tillkommande undersökningar och all vård som ges på sjukhus. Kostnader för mödravård,

⁴⁶ Somerville, W., Sriskandarajah, D. och Latorre, M.; United Kingdom: A Reluctant Country of Immigration, 2009, publicerad på <http://www.migrationinformation.org/Profiles/display.cfm?ID=736>

förlossningsvård och eftervård efter förlossning betalas av patienten själv. Kan de inte betala i förskott kan de dessutom nekas tillgång till vård om behandlingen kan anstå tills patienten har återvänt till sitt ursprungsland. Papperslösa personer kan enbart få kostnadsfri primärvård, akutvård, preventivmedelsrådgivning, behandling av smittsamma sjukdomar (förutom HIV) och psykiatrisk vård i svåra fall. Sedan år 2004 måste de själva betala hela kostnaden för annan sjukhusvård. Barn till papperslösa personer har rätt till gratis primärvård men får betala för sjukhusvård.

Migrationspolitiken i Storbritannien har formats av ett par olika faktorer, varav behovet av arbetskraft och den ekonomiska tillväxten är en, och säkerhetsaspekterna efter terrordåden under 2000-talets första år är en annan. För att underlätta invandringen av högkvalificerad arbetskraft har man exempelvis infört ett system, baserat på poäng, genom vilket sådana personer kan få tillstånd att vistas i landet utan att, som tidigare, kräva att de har ett erbjudande om anställning vid inresan.

När det gäller papperslösa personer har ett antal åtgärder vidtagits för att begränsa deras antal i landet. Hårdare visumregler har införts under 2000-talets första år. Sanktioner har också riktats mot arbetsgivare som använder papperslösa personer som svart arbetskraft. Böter på upp till 5 000 engelska pund per illegal anställd kan utfärdas.⁴⁷ Olika samhällseliga institutioner har också ålagts att rapportera papperslösa personer. Detta gäller exempelvis skolor, trots att alla barn oavsett juridisk status har rätt till skolgång i landet. Ett antal – mellan 60 000 och 100 000 personer – har också regulariserats genom olika åtgärder. Ofta har det gällt personer som har vistats många år i landet.⁴⁸

5.3.11 Tyskland⁴⁹

Tyskland har ett försäkringsbaserat system, enligt vilket skillnad beträffande asylsökande personer görs när en sådan person har varit fyra år i landet. Innan dess har en asylsökande person endast rätt till kostnadsfri vård för ”allvarlig sjukdom eller akut smärta” samt för ”allt som krävs för återhämtning, förbättring eller lindring av sjukdom och dess följder” (vilket bland annat inkluderar mödra-

⁴⁷ Under de första sex månaderna som lagen var i kraft bötfälldes 91 företag.

⁴⁸ NowHereLand, Country report: Great Britain, <http://files.nowhereland.info/694.pdf>

⁴⁹ NowHereLand, Country report: Germany, <http://files.nowhereland.info/658.pdf>

och förlossningsvård samt behandling av HIV). Asylsökande barn ska erbjudas något mer omfattande vård. Tillgången till vård förutsätter legal bosättning i landet. Efter fyra års vistelse i landet som asylsökande ges tillgång till vård på samma villkor som för bosatta personer.

Andelen utlandsfödda i den tyska befolkningen är relativt hög. Tyskland hade under perioden 1955–1973 hög inflyttning av gästarbetare från medelhavsländerna. Dessa invandrare förde i sin tur med sig anhöriginvandring under de följande åren. Ett annat tydligt migrationsmönster var under åren 1990–2007, när Tyskland mottog knappt 3 000 000 ansökningar om asyl. Många av de asylsökande personer som fick avslag på sin ansökan kvarstannade i Tyskland som papperslösa. Den irreguljära migrationen ökade kraftigt under andra halvan av 1990-talet, efter Tysklands enande.

År 2006 hade 8,2 procent av befolkningen i Tyskland annat medborgarskap än tyskt. Sammanlagt anses cirka 19 procent av befolkningen i Tyskland vara ”andragenerationsinvandrare”, dvs. barn till invandrare. Antalet papperslösa personer uppskattas uppgå till mellan 500 000 och 1 500 000 personer. Den största gruppen papperslösa personer antas vara personer som kommer till landet för att arbeta.

Tysk lag har länge föreskrivit en skyldighet för all personal vid offentligrättsliga institutioner, inklusive de sociala myndigheter som är behöriga i vårdadministrativa frågor, att anmäla papperslösa personer. Detta innebär att denna kategoris tillgång till vård begränsas starkt, även om papperslösa personer enligt lag ska ha samma tillgång till vård som asylsökande personer som vistats mindre än fyra år i landet. Nyligen har antagits en ny genomförandeförordning i vilken sociala myndigheter undantas från anmälningsskyldigheten när vårdgivare begär ersättning för akut vård. Det finns inrättningar som kringgår lagen och ger vård till papperslösa personer. Det finns flera kommuner och privata lokala initiativ som försöker underlätta tillgången till vård för alla. Några regioner är i färd med att inrätta särskilda fonder som ska finansieras med skatter och donationer för att täcka vårdkostnaderna för papperslösa personer.

I Tyskland förekommer konceptet ”*Duldung*” vilket innebär att utlänningen tolereras och tillåts vistas i landet, men inte tillerkänns uppehållstillstånd. Utlänningen är i ett sådant fall fortfarande skyldig att lämna landet, men något utvisnings- eller avvisningsbeslut kan inte verkställas. I augusti 2007 uppgick antalet ”tolererade” i Tyskland till knappt 155 000 personer. Genom olika åtgärder har Tyskland under de senaste femton åren också ”regulariserat” ett antal

papperslösa personer, framför allt sådana som varit ”tolererade” och som har kunnat bevisa sin anknytning till landet genom inkomst, bostad, språkkunskaper etc.

5.3.12 Österrike⁵⁰

Österrike har ett system där de nio federala delstaterna är ansvariga för såväl implementeringen som finansieringen av den slutna sjukvården. Ett försäkringssystem bekostar uppskattningsvis hälften av kostnaden för sjukvården. Försäkringen är obligatorisk och är knuten till den enskildes anställning eller bosättningsort och omfattar även barn och andra som är beroende av den försäkrade. Försäkringspremien är knuten till inkomsten och är progressiv. År 2007 omfattades 99 procent av befolkningen av försäkringen.

Sjukförsäkringen omfattar sjukvård, viss tandvård och annan hälsovård. Personer som inte omfattas av försäkringen förutsätts ersätta hela kostnaden. Däremot föreskriver den österrikiska lagen att sjukhus inte får neka någon akutvård, oavsett om patienten kan betala eller legitimera sig.

Utländska medborgare med uppehållstillstånd omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet. Detsamma gäller i princip asylsökande. Någon särskild lagstiftning rörande papperslösa personers rätt till sjukvård finns inte. Den allmänna lagstiftningen är dock relevant i vissa delar eftersom den inte skiljer på patienter utifrån legal status. Som tidigare nämnts har sjukhusen inte rätt att avvisa en patient som söker akutvård. Detta gäller även förlossningsvård. Papperslösa personer måste dock bekosta sådan vård själv. Papperslösa personers möjlighet att få annat än akutvård är synnerligen begränsad och är beroende av vårdgivarens välvilja att utöka begreppet akutvård.

Någon skyldighet för vårdpersonal att rapportera patienter till polisen eller andra myndigheter finns inte i Österrike.

År 2008 ingavs 12 750 ansökningar om asyl i Österrike, varav drygt 60 procent fick bifall. År 2010 uppskattades den utländskfödda befolkningen i Österrike uppgå till cirka 10 procent av befolkningen, medan uppskattningsvis 17,3 procent av befolkningen var första eller andra generationens invandrare. Antalet papperslösa personer antas ligga på en medelnivå i en europeisk kontext och uppgå till mellan 40 000 och 100 000 personer, eller cirka 0,9 procent av befolkningen.

⁵⁰ NowHereLand, Country report: Austria, <http://files.nowhereland.info/649.pdf>

Migrationsströmmarna till och från Österrike från perioden sedan andra halvan av 1900-talet inleddes med att närmare 1 400 000 personer invandrade till Österrike efter andra världskrigets slut. Under kalla kriget och i samband med olika politiska kriser var Österrike ett transitland för flyktingar från framför allt Öst- och Central-europa, såsom från Ungern 1956, Tjeckoslovakien 1968 och Polen 1981. Under 1960-talet och fram till nedgången i ekonomin i mitten av 1970-talet kom en stor mängd gästarbetare till Österrike från framför allt medelhavsländerna.

En papperslös person kan inte teckna hyreskontrakt i Österrike och kan inte erhålla anställning och den därtill kopplade socialförsäkringen. I praktiken är det också svårigheter för barn till papperslösa personer att få skolgång, eftersom det ofta krävs ett intyg om bosättning.

5.4 Några utomeuropeiska länder

5.4.1 Australien⁵¹

Ansvaret för sjukvården i Australien delas mellan de federala och statliga myndigheterna. Sjukvårdssystemet är skattefinansierat och bekostar hela kostnaden för behandling i statliga sjukhus för samtliga bosatta. Privata sjukvårdsförsäkringar är relativt vanligt förekommande (45 % av befolkningen uppges ha sådan försäkring). Läke-medel är subventionerade på ett inkomstrelaterat sätt. Pensionärer och låginkomsttagare betalar en lägre avgift än övriga.

Antalet invandrare i Australien har under åren 1991–2006 varierat mellan drygt 131 000 personer (år 2006) och knappt 70 000 personer (år 1994). Av dessa är andelen asylsökande relativt lågt. Under åren 1990–2004 har antalet aldrig överstigit 17 000 (16 743 år 1991) utan tvärtom legat så lågt som drygt 3 000 årligen (år 2004) och annars runt 10 000 personer.⁵² Invandring har varit central för Australiens befolkningstillväxt och utveckling alltsedan landet koloniserades av Storbritannien år 1788. I dag är nära en fjärdedel (23,6 procent) av befolkningen födda i ett annat land än Australien och därutöver har 19 procent av befolkningen en eller flera föräldrar födda i utlandet (s.k. andragenerationsinvandrare). Merparten av invand-

⁵¹ Correa-Velez, I., Gifford S.M. och Bice, S.J.: Australian health policy on access to medical care for refugees and asylum seekers, publicerad på <http://www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/23>

⁵² <http://www.migrationinformation.org/GlobalData/countrydata/data.cfm>

ringen sker från länder i Asien. Under 1970-talet övergavs en tidigare policy (*White Australia Policy*) att ge företräde åt brittiska invandrare och restriktioner för icke-europeiska invandrare. Migrationspolitiken dessförinnan styrdes framför allt av ekonomiska hänsyn; att tillhandahålla arbetskraft efter andra världskriget. Efter policyskiftet under 1970-talet delades invandrarna in i tre grupper; anhöriginvandrare, högkvalificerade arbetskraftsinvandrare och invandring på humanitära skäl. Hur många personer som ska tillåtas inresa i landet i varje grupp bestäms från år till år.

Regeringen söker begränsa antalet papperslösa personer i landet genom hård gränsövervakning.⁵³

Tillgången till sjukvård för utländska medborgare i Australien skiljer sig åt beroende på patientens status. Personer som kommit till Australien med visum och fått beviljat flyktingstatus och uppehållstillstånd har tillgång till sjukvård på lika villkor som medborgare i Australien. Utländska medborgare som olovligen kommit till landet eller som vistas i landet med olika former av visum, har endast delvis tillgång till sjukvård. Cirka 40 procent av alla asylsökande personer har ingen tillgång till sjukvård. Exempelvis har en person som kommit till Australien legalt men som nekats flyktingstatus ingen tillgång till sjukvård, såvida inte han eller hon har lämnat ett skriftligt medgivande att han eller hon har för avsikt att lämna landet så fort det går. Personen har då tillgång till viss sjukvård, bland annat mödravård. Det är oklart huruvida papperslösa personer har tillgång till sjukvård.

I debatten har anförts att den nuvarande lagstiftningen inte är tillräcklig för att tillgodose även sådana personer som inte fått uppehållstillstånd en skälig levnadsnivå och att den inte är förenlig med de internationella konventioner som Australien tillträtt och med de mänskliga rättigheterna, dvs. samma typ av debatt som förs i Sverige.

5.4.2 Kanada⁵⁴

Kanadas nationella hälso- och sjukvårdsprogram (*Medicare*) är försäkringsfinansierat och ska garantera att alla invånare har rimlig tillgång till medicinskt nödvändig sjukhus- och läkarvård. Systemet består

⁵³ Inglis, C.: Australia's Continuing Transformation, publicerad på <http://www.migrationinformation.org/Profiles/display.cfm?ID=242>

⁵⁴ Uppgifter hämtade från www.cic.gc.ca (Citizenship and Immigration Canada) samt från Publications List Library of Parliament: Immigration Status and Legal Entitlement to Insured Health Services, <http://www2.parl.gc.ca/content/LOP/ResearchPublications/prb0828-e.htm>

av ett nationellt program och innehåller 13 provinsiella och territoriella hälsoförsäkringar.

Antalet papperslösa personer i Kanada uppskattas vara mellan 100 000 och 300 000.⁵⁵ Någon säkerställd statistik rörande hälsotillståndet i denna grupp finns inte tillgänglig. I ett antal studier har emellertid pekats på likartade problem som anges för de svenska förhållandena (se avsnitt 4.6.3).

I Kanada har asylsökande personer – även sådana som har fått avslag på sin ansökan och som avvaktar avvisning – rätt till primär- och akutvård, vissa läkemedel samt mödra- och förlossningsvård. Flyktingar och asylsökande personer har också rätt att få psykiatrisk vård efter remiss.

I Kanada finns ett program (*The Interim Federal Health Program*, IFHP) som tillhandahåller tillfällig sjukförsäkring för flyktingar och asylsökande personer och deras anhöriga, såvida de inte täcks av en annan sjukförsäkring. Enskilda personer kan ansöka om att omfattas av programmet och måste i sådana fall kunna visa att de inte är kapabla att betala för sin sjukvård och att de inte omfattas av någon privat hälso- eller sjukvårdsförsäkring.

För papperslösa personer finns ingen rätt till hälso- eller sjukvård i Kanada. De kan inte bli föremål för sjukförsäkring liknande den som kanadensiska medborgare har. De kan inte heller komma i fråga för IFHP. De flesta provinser anslår medel till s.k. *Community Health Centres* som bistår med vård åt personer utan sjukförsäkring, såsom hemlösa men även papperslösa. Gruppen är således beroende av privata eller i vissa fall offentliga initiativ för att kunna få hälso- och sjukvård. Trots att kanadensiska domstolar, sedan ett rättsfall år 1985, genomgående har hävdats att de flesta friheter som finns inskrivna i den kanadensiska grundlagen (*Canadian Charter of Rights and Freedoms* från 1982) omfattar samtliga personer som vistas i landet, oavsett juridisk status, är det på delstatlig och lokal nivå vanligt med riktlinjer som begränsar tillgången till hälso- och sjukvård för papperslösa personer, även för barn.⁵⁶ Några särskilda riktlinjer för hur vården för denna grupp ska bedrivas finns inte.⁵⁷

⁵⁵ Foreign Affairs and International Trade Canada. Canada's Immigration Policies – Mis-perception vs. reality. 2007, publicerad på www.geo.international.gc.ca/can-am/main/defence/misinterpretation-en.asp

⁵⁶ Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., Derluyn, I., Watters, C. och Crépeau, F.: Right and access to healthcare for undocumented children: Addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe, *Social Science & Medicine* 70 (2010) 329–336

⁵⁷ Professor Cécile Rousseau, Université McGill, Montréal uppger till utredningen att nationella riktlinjer för tillgången till vård för papperslösa är under utarbetande.

Dock bedrivs aktivt forskning på området och ett antal vetenskapliga artiklar i ämnet har publicerats på senare år.⁵⁸

Kanada är ett land som ofta beskrivs ha en lyckad migrations- och integrationspolitik. Landet har under mycket lång tid varit destinationsland för invandrare och tar emot ett mycket stort antal migranter varje år. År 2006 uppgick den andel av befolkningen som var född utomlands till 20 procent. Enligt OECD:s rapporter⁵⁹ är andelen sysselsatta i gruppen utlandsfödda betydligt högre i Kanada än i andra, jämförbara OECD-länder. I en forskningsrapport⁶⁰ som jämför integrationen på arbetsmarknaden i Kanada och Norge – ett land som har stora likheter med Sverige – konstateras att skillnaden beror på ett antal olika faktorer, varav särskilt kan nämnas att andelen arbetskraftsinvandrare kraftigt överstiger andelen flyktingar i Kanada och att landet aktivt, genom ett särskilt poängsystem, arbetar för att få till stånd en blandning av olika migrantgrupper. Därutöver tillkommer den omständigheten att migranter som kommer till Kanada ofta kan tala engelska och/eller franska, medan migranter som kommer till Norge mycket sällan kan tala norska. Betydelsen av nätverk anses vara mycket stor och den lyckosamma integrationen på arbetsmarknaden anses skapa positiva förebilder för nyanlända.

Kanadas framgångsrika integrationspolitik antas ha samband med den omständigheten att en stor andel (60 procent) av migranterna kommer till landet för att arbeta och endast en mindre del (13 procent) är flyktingar eller asylsökande. Genom det särskilda poängsystemet har Kanada också lyckats dra till sig högutbildad arbetskraft. Antalet flyktingar har under åren 1980–2006 pendlat mellan drygt 15 000 år 1981 och drygt 50 000 år 1991. Under 2000-talet har antalet varit cirka 30 000 personer per år.⁶¹ I denna grupp ingår emellertid såväl asylsökande personer som konventionsflyktingar, privatsponsrade flyktingar och anhöriga⁶² till asylsökande eller flyktingar. Befolkningstillväxten i Kanada består till två tredjedelar av migranter.

⁵⁸ Se exempelvis Pottie K, m.fl.: Migration and health in Canada: health in the global village, Canadian Medical Association, 2010, www.cmaj.ca

⁵⁹ OECD SOPEMI 2007. International Migration Outlook 2007.

⁶⁰ Se exempelvis Aalandslid, V., A Comparison of the Labour Market Integration of Immigrants and Refugees in Canada and Norway, Reports 2009/31, Statistisk sentralbyrå, Norge.

⁶¹ CIC 2007 – Facts and Figures 2007, Immigration Overview. Permanent and Temporary Residents. Citizenship and Education Canada.

⁶² Till skillnad från anhörginvandrare så avses här anhöriga till en person som har ett pågående ärende om uppehållstillstånd. Den anhöriges ansökan ska ha kommit in efter men prövas i samma ärende.

Redan i slutet av 1800-talet infördes åtgärder för att hantera invandringen till Kanada. Från att ha haft i stort sett öppna gränser fram till år 1895, formaliserades i början av 1900-talet ett system vilket begränsade invandringen till "vita" brittiska, europeiska och amerikanska invandrare. Personer från övriga delar av världen fick, om de inte kunde spåra sina rötter tillbaka till Europa, inte invandra till Kanada. Genom lagstiftning år 1976 kategoriserades invandrare i grupper; arbetskraftsinvandrare, s.k. oberoende sökande vilka poängsattes utifrån yrkeskunskaper, utbildning och språkkunskaper snarare än utifrån nationell eller rastillhörighet samt sökande som sponsrades av familjemedlemmar och flyktingar. De flesta invandrare som kommer till Kanada i dag tillhör gruppen arbetskraftsinvandrare och många är högutbildade (35,7 procent av de nyanlända under åren 1996–2001 hade universitetsexamen jämfört med 13,8 procent av den infödda befolkningen).⁶³

Migrationen till Kanada har ändrats på senare år och så även politiken. Medan det tidigare lades större vikt vid återförening av familjer är det nu arbetskraftsinvandringen som står i fokus. Högutbildade migranter får tillträde till Kanada genom att kategoriseras i klassen "independent" eller "economic". Deras ansökningar behandlas med prioritet. Största delen av migranterna till Kanada kommer i dag från olika delar av Asien, framför allt de sydöstra delarna.

5.4.3 USA⁶⁴

Den amerikanska sjukvården är inte organiserad som ett allmänt system för samtliga medborgare. I stället hänvisas amerikanerna i regel till privata sjukförsäkringar. De flesta som har en försäkring har det via sin arbetsgivare. Andra tecknar individuella försäkringar. Offentligt finansierad sjukvård finns i form av de statliga sjukvårdsprogrammen *Medicare*, till vilket personer över 65 år kan ansluta sig, och *Medicaid*, dit föräldrar med låga inkomster, barn, gravida och personer med vissa funktionshinder kan vända sig.

Cirka 12,5 procent av befolkningen, eller cirka 46 miljoner personer (se nedan) beräknas helt sakna sjukförsäkring. Därutöver anses ungefär 25 miljoner personer vara underförsäkrade, dvs. inte ha tillräckligt bra skydd för att täcka behovet av vård. Arbetsgivarnas

⁶³ Ray, B.: Canada: Policy Changes and Integration Challenges in an Increasingly Diverse Society, 2005, publicerad på <http://www.migrationinformation.org/Profiles/display.cfm?ID=348>

⁶⁴ Uppgifter hämtade från www.healthcare.gov

kostnader för sjukförsäkringar har stigit kraftigt på senare år. Detta ökar kraftigt trycket på *Medicare* och *Medicaid*, vilket gör att kostnaderna för dessa program också beräknas stiga.

I mars 2010 röstade den amerikanska kongressen genom ett lagförslag (*The Affordable Care Act*) vilket innebar en omvälvande sjukvårdsreform. Sammanfattningsvis innebär reformen att alla invånare i USA måste skaffa sig en sjukförsäkring och att den som inte gör det kommer att bli bötfälld. Flertalet anställda kommer att få sin sjukförsäkring genom arbetsgivaren, men låg- och medelinkomsttagare som tvingas skaffa sin försäkring privat kommer att få hjälp genom statliga subventioner. För småföretag kan staten komma att stå för viss del av försäkringskostnaden. Företag som inte erbjuder sina anställda sjukförsäkring kommer att kunna bestraffas genom böter. Försäkringsbolagen får vidare inte neka någon försäkring, eller ta ut en högre premie baserat på kön, hälsa eller yrke. Bolagen får inte heller sätta något tak för hur hög sjukvårdskostnaden får vara.

En undersökning⁶⁵ har visat att mer än hälften (51,1 procent) av de drygt 38 miljoner invandrarna i USA hade privat sjukvårdsförsäkring, 21 procent hade offentlig sjukvårdsförsäkring och cirka 33 procent var oförsäkrade. Denna senare siffra kan jämföras med den infödda amerikanska befolkningen, där 12,5 procent var oförsäkrade.

Den nya sjukvårdsreformen kommer successivt att träda i kraft under de kommande tio åren och ska garantera 95 procent av amerikanerna försäkringsskydd. Ytterligare 16 miljoner medborgare ska få möjlighet att ta del av *Medicaid*.

USA är ett land som historiskt sett präglats av immigration. År 2009 var 12,5 procent av befolkningen född i ett annat land. Migrationstrenderna under senare år har ändrats på så vis att de största grupperna kommer från länder i Asien och Central- och Sydamerika och inte längre från Europa, vilket var fallet tidigare.⁶⁶

År 2009 fick drygt 1,1 miljoner utländska medborgare uppehållstillstånd (s.k. *green card*) i USA. 74 602 personer fick inresa i landet som flyktingar och antalet personer som fick asyl samma år var drygt 22 000.⁶⁷

Uppskattningsvis 11,1 miljoner levde som papperslösa personer i USA år 2009. Denna siffra motsvarar 28 procent av landets utlands-

⁶⁵ The 2009 American Community Survey.

⁶⁶ Batalova, J. och Terrazas, A.: Frequently Requested Statistics on Immigrants and Immigration in the United States, 2010, publicerad på <http://www.migrationinformation.com/USFocus/display.cfm?ID=818>

⁶⁷ Department of Homeland Security: Yearbook of Immigration Statistics 2009.

födda befolkning, 3,7 procent av USA:s hela befolkning och 5,1 procent av arbetskraften i landet. Inflödet av papperslösa personer i landet per år beräknas vara mellan 300 000 och 850 000 personer. Antalet är till stora delar beroende av ekonomiska faktorer, eftersom de flesta kommer till USA för att söka arbete.⁶⁸

Frågan om hälso- och sjukvård till papperslösa personer har varit föremål för diskussion i samband med att den nya sjukvårdsreformen trädde i kraft. De olika delstaternas reglering innebär att man ofta försöker begränsa möjligheten för papperslösa personer att få tillgång till hälso- och sjukvård. Papperslösa personer kan få akutvård genom *Medicaid* men kan få övrig sjukvård endast mot betalning. Även om vissa delstater har ålagt de offentliga sjukhusen att redovisa hur stor kostnaden för de papperslösa personernas vård är, varierar siffrorna kraftigt mellan staterna och kan inte anses tillförlitliga. Staterna som gränsar till Mexiko har exempelvis högre kostnader för vård till papperslösa personer än andra stater. Det är inte ovanligt att papperslösa personer har en privat sjukförsäkring, men merparten (59 procent enligt en studie som gjorts av Pew Hispanic Center⁶⁹) har ingen sådan försäkring, jämfört med 25 procent av alla legala invandrare och 14 procent av de amerikanska medborgarna. Papperslösa personer får ofta vända sig till frivilligorganisationer för att få vård och läkemedel. Det finns emellertid *counties* där papperslösa personer får hjälp med att teckna sjukförsäkring och där de uppmanas att söka sig till den offentliga vården.

5.5 Sammanfattande reflektioner

Som nämndes inledningsvis ålägger direktiven utredningen att göra en internationell jämförelse rörande vilken hälso- och sjukvård asylsökande och papperslösa personer erbjuds i andra länder. Som framgått ovan är det emellertid mycket svårt att dra annat än mycket generella slutsatser av denna jämförelse. Det finns stora skillnader i migrationsströmmar, behov av arbetskraft, geografisk belägenhet och migrationspolitisk inriktning i de olika länderna. Utredningen har i sitt arbete erfarit att, även om den rättsliga regleringen skiljer sig åt mellan länderna och att andra länders lagstiftning synes vara

⁶⁸ Passel, J.S. och Cohn, V.: U.S. Unauthorized Immigration Flows Are Down Sharply Since Mid-Decade, Report September 2010, Pew Hispanic Center, <http://pewhispanic.org/files/reports/126.pdf>

⁶⁹ Se not ovan.

mer generös än Sveriges, så finns barriärer även i andra länders lagstiftning som i vardagen begränsar tillgången och tillgängligheten till vården. Det kan handla om krav på viss registrering för erhållande av hälsokort eller upplevd diskriminering i vården.

Nedan redovisas mycket kortfattat och i tabellform hur tillgången till hälso- och sjukvård ser ut i de länder som presenterats i kapitlet och i vilken mån vården är subventionerad. För en utförligare beskrivning av respektive land hänvisas till respektive avsnitt med där angivna noter.

Land	Vård som asylsökande personer har tillgång till	Vård som papperslösa personer har tillgång till	Är den vård som erbjuds subventionerad?
Danmark	Akutvård, primär- och specialistvård genom Migrationsverkets försorg	Akutvård, övrig vård mot betalning (barn i något större utsträckning)	Ja
Finland	Akutvård samt specialistvård på egen bekostnad om möjligt	Akutvård Annan vård mot betalning	Ja
Island	Okänt	Akutvård mot betalning	Nej
Norge	Samma tillgång som bosatta	Akutvård	Ja
Belgien	Samma tillgång som bosatta	Akutvård efter att vissa krav uppfyllts	Ja
Frankrike	Samma tillgång som bosatta	Akutvård och i vissa fall statligt sjukvårdsstöd, om vissa krav är uppfyllda	Ja
Grekland	Samma tillgång som bosatta om de kan styrka sin asylpolitiska status	Endast akutvård till dess att hälsotillståndet är stabilt. Minderåriga gratis primär- och sjukhusvård.	Ja
Italien	Samma tillgång som bosatta	Akutvård och nödvändig vård vid registrering i ett s.k. STP-register	Ja

Land	Vård som asylsökande personer har tillgång till	Vård som papperslösa personer har tillgång till	Är den vård som erbjuds subventionerad?
Nederländerna	Samma tillgång som bosatta, i ett parallellt system	Enbart medicinskt nödvändig vård erbjuds. Planerad vård enbart vid särskilda institutioner och efter remiss.	Ja
Portugal	Samma tillgång som bosatta	Full tillgång efter bosättning i 90 dagar, dessförinnan begränsad tillgång (dock har barn alltid full tillgång)	Ja
Rumänien	Tillgång till primärvård, akutvård och behandling av vissa allvarliga sjukdomar samt preventivmedel	Akut vård och vård för sjukdom som kan få epidemisk spridning, vid graviditet samt preventivmedel är gratis. All annan vård mot betalning (dock ej barn som har full tillgång till vård).	Ja
Slovenien	Kostnadsfri tillgång till akutvård och annan nödvändig vård (mödra- och förlossningsvård, preventivmedel, abort). Ytterligare vård kan fås vid behov.	Samma tillgång som asylsökande	Ja
Spanien	Samma tillgång som bosatta förutsatt att man innehar ett hälsokort	Samma tillgång som bosatta förutsatt att man innehar ett hälsokort	Ja
Storbritannien	Samma tillgång som bosatta	Akutvård och familjeplanering. Barn har rätt till gratis primärvård men får bekosta sjukhusvård själv.	Ja

Land	Vård som asylsökande personer har tillgång till	Vård som papperslösa personer har tillgång till	Är den vård som erbjuds subventionerad?
Tyskland	Vid mindre än fyra års vistelse i landet som asylsökande: enbart tillgång till akutvård (något mer för barn). Efter fyra års vistelse som asylsökande i landet: samma tillgång som bosatta	Samma tillgång som asylsökande som vistats mindre än fyra år i landet, dock anmälningsplikt för vårdpersonal	Ja
Österrike	Samma tillgång som bosatta	Akutvård på egen bekostnad	Ja (asylsökande)/ Nej (papperslösa)
Australien	Vissa asylsökande har rätt till sjukvård	Oklart	Ja, beträffande vissa grupper. Oklart beträffande andra.
Kanada	Tillgång till primär- och akutvård, vissa läkemedel samt mödra- och förlossningsvård	Ingen tillgång till hälso- och sjukvård	Ja (asylsökande)/ Nej (papperslösa)
USA	Tillgång till akutvård genom Medicaid, i övrigt enbart vård mot betalning	Samma som asylsökande	Ja

6 Problembeskrivning

6.1 Verksamhet i det fördolda

Av direktiven till denna utredning framgår att den initierats av att nuvarande reglering av asylsökande och papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård upplevs skapa praktiska tillämpnings- och avvägningsproblem och rättslig osäkerhet om vad som egentligen gäller. Under utredningens arbete har företrädare för hälso- och sjukvården bekräftat att det kan uppstå situationer i vården där det inte omedelbart går att avgöra vilken tillgång till vård som den vårdsökande rättsligt sett faktiskt har. Detta kan i praktiken medföra att patienten antingen *inte får* den vård som han eller hon borde få enligt gällande lagstiftning, eller att han eller hon får *vård på en högre nivå* än vad lagstiftningen medger. Osäkerheten och den risk för felbehandling m.m. som den kan medföra har till och med kommit att beskrivas som ett arbetsmiljöproblem för vårdpersonalen.

De kontakter utredningen har haft med personer, frivilligorganisationer och yrkesförbund som i vardagen arbetar nära asylsökande och papperslösa personer målar upp en entydig bild av dessa personers situation. Om de över huvud taget vågar besöka den offentliga hälso- och sjukvården försöker vårdpersonalen att, efter bästa förmåga och givet den osäkerhet som råder om vad som egentligen gäller, hantera dem som vilka patienter som helst. *Vårdinsatserna sker dock ofta i det fördolda* utan bl.a. sådan insyn, tillsyn, uppföljning och tydlig och fullödig dokumentation som är norm inom den svenska hälso- och sjukvården. Identiteten hos dessa vårdsökande personer är inte sällan svår att fastställa, inte för att de saknar en identitet utan därför att de av rädsla för att bli upptäckta och utskickade ur landet uppger identiteter som i någon objektiv mening inte är riktiga. Det händer också att dessa personer lånar varandras identiteter och identitetshandlingar. Även om frivilligorganisationerna tar emot asyl-

sökande och papperslösa patienter för att med hjälp av sina nätverk av ideellt arbetande bl.a. medicinsk personal, i egna lokaler med som oftast hemlig adress, på det sätt som beskrivits i avsnitt 2.3, förekommer det att sådana personer tas emot även i den offentligt finansierade vården och då också i landstingets lokaler.¹ Detta sker inte sällan efter ordinarie mottagningstid och med utnyttjande av landstingens personal och utrustning och som oftast med ansvarig verksamhetschefs goda minne. Frivilligorganisationerna har vidare för utredningen berättat att de har upparbetade kontakter med både vissa apotek, vårdcentraler och andra sjukvårdsinrättningar inklusive vissa sjukhusavdelningar för t.ex. röntgen, för att genom dessa kontakter – vid sidan om den ordinarie verksamheten – hantera personer som vänt sig till organisationerna för att få vård.

I avsnitt 3.9 har utredningen redogjort för grundläggande regler om kommunernas verksamhet och vilka principer som ligger till grund för hur kommunal verksamhet ska bedrivas. Den bild som utredningens kontakter tecknar visar att det inom dagens svenska hälso- och sjukvård finns en icke försumbar dold hantering av människor i behov av medicinsk vård. Denna hantering är i praktiken *osynlig i den kommunala ekonomiska bokföringen och annan dokumentation* som t.ex. journaler och är därigenom i stort sett omöjlig att uppskatta till omfattning, kostnad, innehåll och medicinsk effekt. Den hälso- och sjukvård som de facto ges asylsökande och papperslösa personer kan varken *revideras, kvalitetsgranskas eller följas upp* och blir av naturliga skäl inte heller föremål för samma öppna *prioriteringar* på det sätt som gäller för den ”synliga” hälso- och sjukvården. Det har också berättats för utredningen att landsting ”rivit” fakturor avseende papperslösa patienters kostnad för vård och alltså aldrig krävt in betalning. Denna dolda hantering står enligt utredningens synsätt för en rättsosäkerhet, inte bara för patienterna utan också för vårdgivarna, som är oacceptabel. Hanteringen är inte heller uttryck för en god ekonomisk hushållning.

Eftersom landstingen och vårdpersonalen uppfattat lagstiftningen om hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer som *otydlig och svår att tillämpa* har de allra flesta landsting, var och en för sig och på sitt sätt, valt att anta egna *lokala och till lagen kompletterande riktlinjer* för att inom ramen för dessa beskriva rutiner för hur vårdpersonalen i det dagliga medicinska arbetet rent faktiskt ska förhålla sig till de vårdbehov som asylsökande och papperslösa

¹ Se Tandläkartidningen nr 5 2011, s. 16 ff.

personer har. Dessa rutiner är inte samstämmiga vilket har lett till att framför allt de papperslösa personernas faktiska tillgång till vård skiljer sig åt över landet. Även detta kan enligt utredningens bedömning ifrågasättas ur rättssäkerhetssynpunkt. Huruvida innehållen i de lokala riktlinjerna är helt förenliga med gällande rätt har också ifrågasatts. Bl.a. har innehållens förenlighet med de i 2 kap. kommunallagen intagna kommunalrättsliga principerna om kommunernas och landstingens allmänna befogenheter att inte utan särskilt lagstöd ägna sig åt verksamhet som inte är av allmänt intresse och som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte ska handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan (lokaliseringsprincipen) eller som innebär att medlemmarna hanteras olika (likställighetsprincipen) ifrågasatts. Vid ett par tillfällen har frågan varit aktuell för laglighetsprövning (s.k. kommunalbesvär) i förvaltningsdomstol (se avsnitt 2.4.7). Vägledande rättsfall saknas dock ännu.

I utredningens direktiv uppmärksammas också den kritik som den svenska regleringen fått utstå, bl.a. av FN:s förre specialrapportör för rätten till bästa möjliga hälsa, Paul Hunt, som menar att Sverige *inte fullt ut lever upp till sina internationella åtaganden* när det gäller hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa. Många av de kontakter som utredningen haft med företrädare för frivilligorganisationer och yrkesförbund inom hälso- och sjukvården delar denna uppfattning och menar att den dolda hälso- och sjukvård som pågår i dag är ett tydligt uttryck för att rätten till bästa möjliga hälsa inte omfattar alla. Som också beskrivs i avsnitt 6.3.1 har även Socialstyrelsen i sin skrivelse² till Socialdepartementet år 2007 påtalat att den dåvarande och den vid den tidpunkten föreslagna regleringen i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. innebär att det fanns risk för att Sverige kränker enskilda individers mänskliga rättigheter enligt de av Sverige ratificerade konventionerna på området.

Ett av utredningens uppdrag är att undersöka om det finns någon substans i den kritik som har riktats mot den svenska regleringen. För det fall att kritiken framstår som befogad är därefter frågan hur hälso- och sjukvård ska erbjudas olika personer i de aktuella persongrupperna för att undgå denna kritik. Målsättningen måste därvid vara att Sverige genom sin lagstiftning ska kunna anses fullt ut leva

² Socialstyrelsen Dnr 50-12055/2007.

upp till sina internationella åtaganden och möta de medicinska och andra behov som olika berörda aktörer kan antas ha.

I detta kapitel analyseras först (6.2) vilka krav som bör ställas på en lagstiftning om hälso- och sjukvård för att den ska anses ändamålsenlig och rättssäker. Därefter utvecklas de iakttagelser och de synpunkter som framförts – nationellt och internationellt – på asylsökande och papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige (6.3). Det görs också överväganden rörande s.k. push- och pullfaktorer, dvs. vilka faktorer som kan påverka migration mellan länder (6.4). Kapitlet avslutas med en analys och bedömning (6.5) av om den svenska regleringen i fråga är ändamålsenlig och om Sverige lever upp till sina internationella åtaganden i fråga om rätt till bästa möjliga hälsa, men också om den nuvarande ordningen lever upp till de ambitioner, exempelvis i fråga om patientsäkerhet, som kommit till uttryck i nationell lagstiftning (jfr avsnitt 2.6).

6.2 Vilka krav bör ställas på en lagstiftning om hälso- och sjukvård för att den ska anses ändamålsenlig och rättssäker?

Förutom kravet på att en lagstiftning ska vara så utformad att den *fillsitt syfte* så ska den vara utformad att den möjliggör en *rätts-säker tillämpning*. För att kunna besvara frågan om den nuvarande regleringen av den svenska hälso- och sjukvården uppfyller dessa krav eller inte så behöver de huvudsakliga behov och intressen som en sådan lagstiftning är tänkta att täcka analyseras. Det finns ett antal intressenter med anknytning till eller med ansvar för den svenska hälso- och sjukvården, vars möjligheter att agera och få sin rätt tillgodosedd också ska tas i beaktande.

En grupp som är direkt berörd av hur lagstiftningen är utformad är de grupper som särskilt anges i utredningens direktiv, dvs. de asylsökande och de papperslösa personerna. De berörs i sin roll som potentiella *patienter* och har behov av att få tillgång till hälso- och sjukvård på ett sådant sätt att de kan anses tillförsäkrade rätten till bästa möjliga hälsa. I detta ligger att vården bedrivs och genomförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, fastställda prioriteringar, grundläggande förvaltningsrättsliga principer om t.ex. dokumentation, samt att integritetsskydd och patientsäkerhet tillförsäkras dem. FN:s definition av rätten till bästa möjliga hälsa för alla brukar värderas genom de s.k. AAAQ-kriterierna (se vidare avsnitt

3.4). I svensk översättning kan detta begrepp sammanfattas med att det ska finnas *tillgång* till vård och att denna ska vara *tillgänglig, godtagbar* och av god *kvalitet*. I detta krav ligger även att patientsäkerhetsaspekter tillgodoses.

En annan grupp som berörs av hur lagstiftningen är utformad är de personer som kommer i kontakt med patienter på olika vårdinrättningar, dvs. *vårdpersonalen*. Denna grupps behov kan formuleras som att regelverket ska ha ett innehåll och en konstruktion så att det klart och tydligt anges vari personalens medicinska arbetsuppgifter eller medicinska ansvar består så att bl.a. oron för att vidta olagliga åtgärder undanröjs. Regelverket ska också vara så formulerat att förutsättningarna för det medicinska arbetet harmonierar med de grundläggande etiska riktlinjer som gäller för respektive vårdyrke.

Sjukhusledningarna och de *politiska ledningarna* i kommunerna och landstingen har också ett intresse av ett klart och tydligt regelverk. Det får aldrig råda någon tvekan om vilken samhällsservice som ska erbjudas personer som vistas i kommunen eller i landstinget. De rättsliga förutsättningarna för verksamhetens bedrivande ska också vara klara och tydliga. Detsamma gäller för de ekonomiska aspekterna och förutsättningarna för att erbjuda samhällsservicen. Hälso- och sjukvården är i Sverige en i huvudsak skattefinansierad verksamhet och som sådan ska den bedrivas på det mest effektiva sättet.³ Dessa båda aspekter är grundläggande och med en klar och tydlig reglering torde inte heller lokala och regionala riktlinjer behövas, vars innehåll kan kommunalrättsligt ifrågasättas och skapa oönskade olikheter i vården. När det gäller hälso- och sjukvården finns också i systemet en tanke inbyggd om att, av både behandlings- och kostnadseffektiva skäl, styra patienterna i första hand till primärvården (vårdcentralerna) och att därigenom styra t.ex. akut eller annan allvarligare eller mer vårdkrävande vård till sjukhusen. Av samma skäl finns också ett intresse för att sjukdomstillstånd hanteras förebyggande eller i så tidigt skede som möjligt.

Statens intressen i frågan är flera. För det första har staten ett intresse av att den i vederbörlig ordning beslutade nationella lagstiftningen får önskad effekt och att de politiska ambitionerna får genomslag. Av 14 kap. 2 § regeringsformen framgår att kommunernas och landstingens skötsel av sina angelägenheter bestäms i lag. Av 1 kap. 1 § kommunallagen framgår att det anges i lag eller i särskilda före-

³ Jfr prop. 1990/91:117 s. 211 f.

skrifter vad som är kommunala angelägenheter. Genom att bl.a. ha stiftat lag om vad som är kommunal verksamhet och hur den ska bedrivas och vikten av och formerna för vårdgivarnas arbete med patientsäkerheten har regeringen och riksdagen satt upp nationella och över landet likalydande krav och mål som förutsätter att man som vårdgivare har kontroll över och kan styra den hälso- och sjukvård som man ansvarar för. För det andra ska vården vara organiserad på ett sådant sätt och ha ett sådant innehåll att den kan sägas fullt ut leva upp till de internationella åtaganden som Sverige gjort som nation. För det tredje har staten ett ekonomiskt intresse i frågan, vilket yttrar sig i spörsmål om hur vården ska finansieras och om, hur och för vem den eventuellt ska subventioneras. För det fjärde har staten, när man diskuterar utlänningars tillgång till vård i Sverige, ett intresse av att den reglerade invandringen och asylmottagandet hanteras på ett ordnat och hållbart sätt. Dessa delar får inte påverkas på ett negativt sätt av hur hälso- och sjukvården för de aktuella persongrupperna är organiserad. Antalet personer som vistas i landet utan nödvändigt tillstånd bör begränsas. För det femte har staten ur ett samlat folkhälsoperspektiv ett behov av att få så fullständig statistik som möjligt över alla som vistas i landet, oavsett om dessa har nödvändiga tillstånd att vistas här eller inte. Ur samma perspektiv finns också ett behov att begränsa smittspridning.

De bosatta i varje kommun och i varje landsting (tillika kommun- och landstingsmedlemmar) ska kunna räkna med att bl.a. hälso- och sjukvården organiseras och finansieras på ett sätt som gör att deras samlade behov av vård och skydd mot smittspridning tillgodoses och att de gemensamma offentliga medlen används på ett sätt som är i överensstämmelse med lagstiftningen och i enlighet med de prioriteringar som gäller för verksamheten. I detta sammanhang är det också ett legitimt intresse att dessa prioriteringar och finansieringen sker på ett öppet och tydligt sätt. Detsamma gäller de beslut som fattas i verksamheten. De åtgärder som vidtas i verksamheten kan också innefatta sådant som kan vara att betrakta som myndighetsutövning och sådana åtgärder ska enligt grundläggande förvaltningsrättsliga principer också vara öppna och synliga så att den demokratiskt beslutade ordningen för överprövning av kommunala beslut ska kunna nyttjas av kommun- och landstingsmedlemmarna. Exempel på myndighetsutövning som kan aktualiseras är skyldigheten att lämna ut uppgifter ur allmänna handlingar.

Sammanfattningsvis kan enligt utredningens bedömning följande krav vara rimliga att ställa på en hälso- och sjukvårdslagstiftning.

Lagstiftningen ska

- vara förenlig med grundlagen och de internationella konventioner och övriga dokument som Sverige antagit,
- erbjuda förutsättningar för bästa möjliga hälsa för alla utifrån enskilda patienters medicinska vårdbehov. Vården ska ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och i enlighet med de prioriteringar som nationellt sett ska gälla i vården,
- vara gemensam för hela landet så att risken för olika hantering undviks,
- säkerställa en ordning som följer grundläggande förvaltningsrättsliga principer för myndighetsutövning och annan hantering,
- ställa tydliga krav på en öppen redovisning av verksamhetens bedrivande inklusive finansieringen så att bl.a. uppföljning och revision kan genomföras på föreskrivet sätt,
- bygga på en etisk grund som säkerställer patientsäkerheten,
- ställa krav på att hälso- och sjukvården ska organiseras, dokumenteras och följas upp så att nödvändig statistik ska kunna föras,
- underlätta arbetet med smittskyddsfrågor, och
- inte påverka målet att antalet personer som vistas i landet utan nödvändiga tillstånd begränsas.

I kapitel 7 kommer en närmare värdering och avvägning av dessa aspekter att göras. Resultatet av denna värdering kommer därefter att läggas till grund för utredningens förslag, som redovisas i kapitel 8.

6.3 Iakttagelser och synpunkter rörande asylsökande och papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård

6.3.1 Iakttagelser inom Sverige

Som nämnts i avsnitt 6.2 har Socialstyrelsen i sin skrivelse⁴ till Socialdepartementet år 2007 påtalat att den dåvarande och den vid den tidpunkten föreslagna regleringen i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. innebär en risk för att Sverige

⁴ Socialstyrelsen Dnr 50-12055/2007.

kränker enskilda individers mänskliga rättigheter enligt de av Sverige ratificerade konventionerna på området. Frågan om brister i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen när det gäller vård till asylsökande och papperslösa personer har också uppmärksammats i riksdagen vilket beskrivs närmare i avsnitt 4.6. Inom ramen för tidigare lagstiftningsärenden har frågan om de papperslösa personernas situation kommit att belysas vilket beskrivs närmare i kapitel 4. Utredningen har också kunnat konstatera att regeringen uttryckligen sagt att Sverige ska vara en tydlig röst i världen för de mänskliga rättigheterna och att ambitionerna ska höjas för att de mänskliga rättigheterna ska implementeras och efterlevas *fullt ut* i alla världens länder.⁵

Under arbetets gång har utredningen haft kontakt med ett stort antal aktörer inom landet med anknytning till eller med ansvar för de frågor som utredningen har att hantera. Det har varit många kontakter med frivilligorganisationer, yrkesförbund och andra (jfr avsnitt 1.2). Nedan redogörs för vad som framkommit vid dessa kontakter. Det är värt att särskilt notera att den bild som tecknas av hur de asylsökande och papperslösa personerna tas emot – eller inte tas emot – inom hälso- och sjukvården och vad dessa personer i praktiken kommer i åtnjutande av är entydig. Mottagandet uppvisar stora brister i detta avseende.

Generellt talas om en frustration från vårdgivarnas och hälso- och sjukvårdspersonalens sida eftersom man upplever att det är oklart i vad mån man kan eller får erbjuda de asylsökande och papperslösa personerna hälso- och sjukvård. De personer utredningen talat med påtalar också de etiska konflikter man ofta anser sig försatt i. Vårdyrkesetiken säger att vård ska ges till en person med behov av medicinsk hjälp medan lagstiftningen i vissa fall begränsar dessa möjligheter (se avsnitt 2.6 för en närmare redogörelse för de etiska värderingar som gäller för olika yrken inom hälso- och sjukvården). Personalen ställs därför ofta inför mycket svåra situationer när den patient som de möter är asylsökande eller papperslös eftersom det i dag gäller olika tillgång till subventionerad hälso- och sjukvård för dessa personer jämfört med den tillgång som bosatta har. Det är för vårdpersonalen ofta svårt att omedelbart vid det mer eller mindre akuta vårdtillfället avgöra vilken tillgång till vård som den vård sökande faktiskt har rätt till.⁶ Detta har enligt uppgifter till utredningen i vissa fall resulterat i att patienten inte fått någon vård alls eller

⁵ Se regeringens skrivelse Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik (Skr. 2007/08:109 s. 5).

⁶ Denna förvirring för vårdpersonalen påtalades redan i SOU 2003:89 s. 89.

faktiskt har fått vård på en högre nivå (jfr avsnitt 2.4.4.1) än vad som anges i lagstiftningen.

Situationen kompliceras ytterligare när patienten inte omedelbart kan betala för vården, en situation som inte är helt ovanlig när det gäller de papperslösa patienterna. Att en patient inte omedelbart kan betala för vården är inte helt ovanligt när det gäller bosatta personer heller, men i de vårdfall som rör t.ex. de papperslösa personerna blir de humanitära aspekterna särskilt tydliga och de bidrar till att etiska frågor väcks på ett sätt som många gånger är svåra att hantera. Denna osäkerhet om vad som gäller och vad som förväntas av vårdpersonalen är också, som nämnts tidigare, ett arbetsmiljöproblem för personalen. Personalen kan känna sig stressad av den risk för felbehandling som det kan innebära att inte ha en säker identitet på eller tillgång till sjukdomshistorik avseende patienten. Detta innebär i sin tur också en risk för den enskilde patienten att antingen få icke adekvat vård eller ingen vård alls. Eftersom det inte heller är ovanligt att personer ur de aktuella grupperna får problem med tillgången till vård, har det också sagts att det förekommer att personer lånar andras identiteter för att kunna få vård. Detta kan få mycket allvarliga konsekvenser bl.a. ur patientsäkerhetssynpunkt.

I ett gemensamt ställningstagande – det s.k. Rätt till vård-initiativet – som initierats av vårdprofessionerna men även kyrkliga och frivilligorganisationer⁷ – framförs ett krav att hälso- och sjukvården i Sverige för samtliga personer som befinner sig här ska bedrivas på ett likvärdigt sätt. Vårdpersonalens uppgift ska enligt Rätt till vård-initiativet inte vara att sortera patienter efter juridisk status eller ekonomisk förmåga, utan utgå från de medicinska behoven och de prioriteringsgrunder som gäller för alla inom hälso- och sjukvården. I

⁷ Initiativtagare till Rätt till vård-initiativet är Akademikerförbundet SSR, Amnesty International, Caritas/Katolska kyrkan, Deltastiftelsen, Ersta Diakoni, FARR (Flyktinggruppernas och asylkommittéernas riksråd), Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Föreningen Läkare mot Aids, Hiv-Sverige, HMR, IFMSA-Sweden, LO, Läkare i Världen, Läkare Utan Gränser, Papperslösa Stockholm, Rosengrenska kliniken för gömda flyktingar, Rädda Barnen, Röda Korset, Svenska barnläkarföreningen, Svenska barnmorskeförbundet, Svenska Logopedförbundet, Svensk sjuksköterskeföreningen, Sveriges kristna råd, Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, TCO och Vårdförbundet. Utöver dessa stöds initiativet av Psykiatriska Riksföreningen, Riksföreningen för skolsköterskor, Riksföreningen för sjuksköterskor inom urologi (RSU), Svenska Helsingforskommittén för mänskliga rättigheter, Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Förbundet för Kristen Humanism och Samhällssyn (KHS), Antirasistiska Akademin (ArA), UNICEF Sverige, Immigranternas Riksförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, White Ribbon Alliance for Safe Motherhood Sweden, Tinnerökliniken, Liljegrenska frivillignätverk i Varberg och Röda Korsets Ungdomsförbund. För framställningar till utredningen, se avsnitt 1.3.

en framställning⁸ till utredningen har en rad yrkesorganisationer upprepat detta krav (se även avsnitt 2.6).

Den oklarhet som berörs ovan påverkar vårdpersonalen men kan framför allt antas skapa osäkerhet hos de vårdsökande. Från de enskilda patienternas sida måste det betraktas som negativt att det råder oklarhet i fråga om vilken hälso- och sjukvård som man kan förvänta sig att få vid behov.

Att nu gällande regelverk är utformat så att barn och vuxna inom de olika grupperna asylsökande och papperslösa personer har olika tillgång till vård⁹ skapar ytterligare osäkerhet och oklarhet. Det har från flera håll¹⁰ påtalats att det faktum att vuxna i de aktuella grupperna har en mer begränsad tillgång till vård än barn påverkar barnen på ett negativt sätt på så vis att de i praktiken inte får den vård som de borde erbjudas. Föräldrarnas eller vårdnadshavarnas hälsotillstånd återspeglar sig också i barnen. Barn till en förälder eller vårdnadshavare som inte mår bra har ofta själv ett sämre hälsotillstånd än barn som lever med en förälder eller vårdnadshavare med god hälsa.

Utredningens direktiv talar om att barnens behov ska uppmärksammas särskilt. Barn är en utsatt grupp och situationen att leva som asylsökande eller papperslös person torde göra gruppen extra utsatt. Därtill kommer att ett barn allra oftast inte kan påverka sin situation eller sin vistelse och därmed inte på något sätt kan lastas för att han eller hon befinner sig i Sverige utan tillstånd. Företrädare för bl.a. frivilligorganisationerna har för utredningen påtalat att asylsökande och papperslösa barn och ungdomar ofta får ta ett stort ansvar för föräldrar och släktingar i vårdsituationen, eftersom det oftast är barnen som kan göra sig förstådda på svenska och därför får agera tolk. Föräldrarna/vårdnadshavarna känner ofta inte heller till att barnen faktiskt ska erbjudas vård och tar dem därför inte till vårdinrättningar när de blir sjuka eller skadade. Trots att barnen formellt sett ska erbjudas vård innebär således begränsningen av vården för vuxna i realiteten således i vissa fall också en begränsning för barnen. I praktiken innebär detta att barn i de aktuella grupperna alltså behöver utstå betydligt mer än bosatta barn innan de får hjälp.

⁸ Utredningens dnr S 2010:01/2011/34.

⁹ Se avsnitt 2.4.3 – delar av gruppen papperslösa barn, nämligen barn under 18 år som har varit asylsökande har samma tillgång till hälso- och sjukvård som bosatta barn.

¹⁰ Se exempelvis PICUM: PICUM's Main Concerns about the Fundamental Rights of Undocumented Migrants in Europe, 2010, publicerad på <http://www.picum.org/sites/default/files/data/Publications/Annual%20Concerns%202010%20EN.pdf>, Lyssna på oss! Rapport om barns upplevelser som asylsökande i Sverige, UNICEF, 2007 och Wheeler, M.: Children Of Undocumented Parents May Be At Higher Developmental Risk, 2009, University of California, publicerad på <http://www.medicalnewstoday.com/articles/157457.php>

Barnkonventionen innehåller förutom artiklar om rätten till vård också artiklar som innebär att konventionsstaterna ska vidta lämpliga åtgärder för att minska spädbarns- och barnadödligheten och säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen.¹¹ Eftersom tillgången till sådan vård är begränsad, framför allt för papperslösa kvinnor, innebär det att barnen till sådana kvinnor utsätts för risker på ett sätt som enligt utredningens bedömning möjligen inte är förenliga med ambitionerna i Barnkonventionen.

Ur ett barnrättsligt perspektiv kan den bristande tillgången till och tillgängligheten av hälso- och sjukvård för de aktuella grupperna utgöra även andra problem. Socialstyrelsen har särskilt lyft fram¹² att det förekommer att personal inom vården är osäkra på rutinerna och tillvägagångssättet i de fall patienten är ett barn till papperslösa föräldrar. Detsamma gäller vid papperslösa kvinnors förlossningar. I förlängningen kan detta innebära att ett nyfött barn aldrig registreras och därmed inte existerar i juridisk mening. Detta får stora konsekvenser eftersom det innebär att barnet i praktiken inte kan ta del av sina rättigheter i Sverige, men kanske inte heller i föräldrarnas hemland, om av- eller utvisning sker dit och någon dokumentation över barnet inte kan uppvisas. I artikel 7 i Barnkonventionen anges att varje barn har rätt att registreras efter födelsen, har rätt till ett namn och ett medborgarskap. Den situation som beskrivs ovan kan inte anses tillfredsställande ur ett barnrättsligt perspektiv. Att barnet inte förekommer i något formellt personregister innebär också att han eller hon blir extremt utsatt. Skulle barnet exempelvis försvinna, utsättas för våld eller t.o.m. dödas, finns inga bevis för att barnet ens existerar eller har existerat.

De olika uttryck och begrepp för olika vårdnivåer som används i lagstiftningen – ”akut vård”, ”vård som inte kan anstå”, ”omedelbar vård” osv. – har som tidigare sagts uppgetts skapa oklarheter i fråga om vilken vård som i den konkreta vårdsituationen ska erbjudas och i vilken omfattning denna vård eventuellt är subventionerad (jfr avsnitt 3.5). I den konkreta vårdsituationen har dessa uttryck och begrepp – förutom att skapa otydligheter – ingen helt avgörande betydelse för vilken medicinsk vårdinsats som de facto görs. Vårdpersonalen försöker att med utgångspunkt i den enskildes medicinska behov och efter en samlad bedömning av patientens hela situation ge en vård som är i samklang med patientens medicinska behov, i

¹¹ Artikel 24 i Barnkonventionen.

¹² Socialstyrelsen: Social rapport 2010, s. 284 ff.

överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och i enlighet med de prioriteringar som gäller för vården som helhet.

Företrädare för Migrationsverket har för utredningen beskrivit att det är mycket vanligt att en utlänning som kommer till Sverige ändrar status – ibland flera gånger – under sin vistelse här. Han eller hon kan exempelvis komma till Sverige som asylsökande person, få avslag på sin asylansökan och ändå bestämma sig för att stanna kvar i landet, fast då utan ha nödvändiga tillstånd för det. Han eller hon blir då i praktiken en papperslös person och ska inte längre erbjudas någon subventionerad vård.¹³ Det kan därefter förekomma att personen i fråga – efter preskriptionstidens utgång¹⁴ – lämnar in en ny ansökan om asyl och att han eller hon då blir asylsökande person igen. Därefter kan det förekomma att personen i fråga faktiskt får bifall till sin ansökan och får uppehållstillstånd, varefter han eller hon ju är att betrakta som bosatt.

Frivilligorganisationerna har för utredningen beskrivit att den omständigheten att den asylsökande eller papperslösa personen i vissa fall ska betala för vården också innebär en barriär mellan den vårdsökande och vården, eftersom en bristande betalningsförmåga kan innebära att man utestängs från vården. Det förekommer att papperslösa personer som ”i luckan” på vårdcentralen inte omedelbart kan betala sin vårdavgift avvisas därifrån. Han eller hon kommer då aldrig i kontakt med vårdpersonal och blir därmed aldrig medicinskt undersökt eller bedömd. Detta förekommer trots att de flesta lokala och regionala riktlinjerna som finns i dag talar om att ingen ska hindras från att få bli medicinskt bedömd på grund av bristande betalningsförmåga och att betalningen och formerna för den är något som får komma i andra hand.

Av det som utredningen kunnat se är oklarheten i tillgången till vård och de ekonomiska aspekter som nyss nämndes sannolikt de största barriärerna mellan patienterna och vården i de fall som här är aktuella. Därutöver förekommer mer allmängiltiga barriärer, som egentligen inte har med själva regleringen av tillgången till vård att göra. Bland dessa har det för utredningen talats om språkbarriärer och kulturella aspekter. Möjligen skulle sådana barriärer kunna påverkas av informationsinsatser. Utredningen ser också skillnaden i tillgång till vård mellan olika landsting som ett problem, inte minst

¹³ Detta gäller såvida han eller hon inte är under 18 år. Sådana papperslösa, som är f.d. asylsökande, ska erbjudas vård på samma sätt som övriga barn som är bosatta i landstinget.

¹⁴ Enligt 12 kap. 22 § utlänningslagen upphör ett beslut om avvisning eller utvisning som inte har meddelats av allmän domstol fyra år efter det att beslutet vann laga kraft.

ett rättssäkerhetsproblem. En patient kan således få eller inte få tillgång till vård beroende på var han eller hon vistas. Även lokalt inom samma ort kan tillgången variera, beroende på vem den vårdsökande möter vid sin kontakt med vården. En sådan ordning riskerar att leda till att rena tillfälligheter avgör om patienten möter vårdpersonal som tolkar vårdbehovet generöst och inte avvisar vederbörande från vården på grund av den vårdsökandes bristande betalningsförmåga eller om patienten möter en vårdgivare som är mer rigid eller kanske t.o.m. negativt inställd till personer ur de aktuella grupperna. Det förekommer givetvis personer med en främlingsfientlig inställning inom vården, precis som det kan göra på alla andra områden i samhället. Den senare problematiken är också föremål för diskrimineringsombudsmannens intresse (se 4.4.1).

Många som möter papperslösa familjer med barn ställs inför etiska konflikter på grund av den underrättelseskyldighet som innebär att socialtjänsten i vissa fall ska anmäla till polisen när de vidtar en åtgärd för en person som inte har uppehållstillstånd.¹⁵ Konflikten har, enligt uppgift, många gånger fått till konsekvens att hälso- och sjukvården inte uppfyllt sin skyldighet enligt socialtjänstlagen (2001:453) att anmäla att barn riskerar att fara illa, eftersom man känt sig osäker på i vad mån informationen kan föras vidare till polismyndigheten. Det har också rent allmänt upplevts som oklart i vilka situationer som denna underrättelseskyldighet gäller, vilket skapat osäkerhet i vård-situationen.

Utredningen om rätt till skolgång m.m. för barn som vistas i landet utan tillstånd föreslog i sitt slutbetänkande Skolgång för alla barn (SOU 2010:5) att underrättelseskyldigheten skulle avskaffas för såväl skola som socialtjänst.¹⁶ I sitt remissvar¹⁷ över nämnda betänkande tillstyrkte Socialstyrelsen att underrättelseskyldigheten skulle avskaffas för såväl skola som socialtjänst samt anförde att frågan om socialnämndens uppgiftsskyldighet borde utredas vidare.

Frågor om rätt att ta del av det sociala välfärdssystemet har även tidigare varit föremål för statliga utredningar och överväganden i lagstiftningssammanhang.¹⁸ De problemställningar som lyfts fram av dessa utredningar, framför allt frågan om en person som inte har rätt att vistas i landet ändå ska ha rätt att utnyttja skattefinansierade institutioner och hur frågan om mänskliga rättigheter ska beaktas i

¹⁵ Socialstyrelsen: Social rapport 2010, s. 286.

¹⁶ SOU 2010:5 s. 95 f. I sammanhanget kan noteras att det inte föreligger någon underrättelseskyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal enligt utlänningsförordningen (Utf).

¹⁷ Socialstyrelsen, dnr 4648/2010.

¹⁸ Se kapitel 4.

sammanhanget, kan i hög utsträckning anses ha bärighet även på denna utrednings uppdrag.

Att rätten till vård för de för denna utredning aktuella grupperna är begränsad har av många påtalats som en brist och att nuvarande ordning innebär att Sverige inte fullt ut lever upp till sina internationella åtaganden att respektera rätten till bästa möjliga hälsa till alla och mänskliga rättigheter (jfr också 3.4). Som framgått av redogörelsen för gällande rätt finns det grupper av barn som i dag inte erbjuds någon hälso- eller sjukvård i Sverige, vilket har ansetts resa frågetecken när det gäller Sveriges efterlevnad av FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen).¹⁹

Att vissa grupper av personer som vistas i landet inte tas emot inom hälso- och sjukvården har också ansetts innebära starka begränsningar i fråga om möjligheter att upptäcka exempelvis våld i nära relationer.²⁰ Begränsningar i detta avseende kan också innebära svårigheter när det gäller att upptäcka offer för människohandel (*trafficking*) och andra brott som typiskt sett drabbar kvinnor. Även denna omständighet har av framför allt frivilligorganisationerna påtalats som en oönskad konsekvens av rådande reglering.

Dagens statliga ersättning till landstingen för deras kostnader för vården av asylsökande personer skiljer mellan olika grupper av utlänningar när det gäller hälsoundersökning till asylsökande personer. Landstingen har enbart skyldighet att erbjuda hälsoundersökning till asylsökande och vissa övriga grupper av utlänningar.²¹ Ur smittskyddssynpunkt har det framförts som negativt och inkonsekvent att övriga utlänningar som kommer till Sverige i avsikt att stanna här inte får möjlighet att komma till sjukvården för undersökning och sjukvårdsinformation i samband med inflyttning. Det har också anförts²² att denna bristande konsekvens har visat sig i ökande smittspridning av t.ex. TBC och HIV inom migrantgrupper från vissa länder.

Som framgått av redogörelsen i kap. 3 finns i dag en särreglering när det gäller den vård som erbjuds asylsökande personer genom lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl., medan

¹⁹ Detta gäller papperslösa barn som inte tidigare varit asylsökande utan vistas utan nödvändigt tillstånd i landet utan att vid något tillfälle ha gett sig till känna.

²⁰ Muntlig uppgift till utredningen från Röda Korset, Stockholm.

²¹ Jfr 4 § lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Se även Hultgren, M.: Struktur fel inom vården missar hivfall bland asylsökande, Smittskydd, nr 5-6 2010, publicerad på <http://www.smittskyddsinstitutet.se/smittskydd/arkiv/2010/nr-5-6-2010/struktur-fel-inom-varden-missar-hivfall-bland-asylsokande/>.

²² Se exempelvis Socialstyrelsen: Smittskydd 2010 – en lägesrapport, publicerad på <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18304/2011-4-5.pdf>.

den vård som erbjuds papperslösa personer regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Att reglera tillgången i två olika lagar anses också bidra till oklarhet bl.a. eftersom vårdnivåerna är olika. Frågan om särreglering när det gäller vård som eventuellt ska erbjudas asylsökande och papperslösa personer kommer närmare att diskuteras i kapitel 8.

6.3.2 Synpunkter från FN-organ

FN:s tidigare specialrapportör för rätten till bästa möjliga hälsa, Paul Hunt, besökte år 2006 Sverige i syfte att undersöka hur man arbetar nationellt och internationellt för att varje enskild individ ska tillförsäkras rätten till bästa möjliga hälsa. Rätten till hälsa undersöktes mot bakgrund av två relaterade teman: fattigdom och rätten till hälsa samt diskriminering/stigma och rätten till hälsa. Slutsatser från besöket lämnades i en rapport²³, vilken presenterades i februari 2007.

Rapporten var resultatet av ett analysarbete i vilket, förutom Paul Hunt, fem andra experter bidrog, varav en läkare med juridisk kompetens, en svensk jurist och flera experter på mänskliga rättigheter, folkrätt och folkhälsa m.m.²⁴

En av de frågor som Paul Hunt belyste var asylsökande och papperslösa personers situation och deras tillgång till hälso- och sjukvård. I rapporten konstaterades att levnadsstandarden, medborgarnas hälsolivå och kvalitén på hälso- och sjukvården i Sverige är bland de bästa i världen. Emellertid hade under besöket framkommit att skillnader i tillgång till vården rådde mellan olika landsting och regioner och att det inte var alla berörda aktörer som var medvetna om rätten till bästa möjliga hälsa som mänsklig rättighet. Detta framstod, enligt Paul Hunt, som särskilt förvånande mot bakgrund av den aktiva roll som Sverige har tagit på sig internationellt när det gäller implementeringen av och skyddet för mänskliga rättigheter. Enligt Paul Hunt kunde det därför finnas fog för slutsatsen att Sverige nationellt inte lever upp till vad man vill ålägga andra länder.

²³ Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, Mission to Sweden, 2007, A/HRC/4/28/Add.2.

²⁴ En beskrivning över Paul Hunts mandat och arbetssätt finns publicerad på http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/rapporteur.aspx. Vidare finns redogörelser över utfört arbete av Enheten för rätten till hälsa som Paul Hunt ledde vid University of Essex, på http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/projects.aspx och i avsnitt 3.2.

Paul Hunt anförde vidare i sin rapport att en grundläggande mänsklig rättighet, som rätten till bästa möjliga hälsa, ska kunna åtnjutas av alla utan åtskillnad och att detta är särskilt viktigt för utsatta grupper. Förutom de begränsningar i tillgången till hälso- och sjukvård som finns för papperslösa personer – och som accentueras av finansieringskravet – påtalade Paul Hunt att även hemlösa svenska medborgare kunde ha svårt att få tillgänglighet till vården på grund av att de saknar en fast adress. De svårigheter och begränsningar som dessa utsatta grupper har är enligt Paul Hunt oförenliga med grundläggande rättigheter till hälsa, inklusive jämlikhet och icke-diskriminering. I sammanhanget påtalade Paul Hunt särskilt att det under hans besök hade framkommit att Sveriges inställning i frågan inte i första hand berodde på ekonomiska faktorer. Han ansåg därför att svensk lagstiftning och praxis inte stod i överensstämmelse med folk-rätten, utan kunde betraktas som diskriminerande. Avslutningsvis menade Paul Hunt att den svenska regeringen borde överväga om inte asylsökande och papperslösa personer ska erbjudas hälso- och sjukvård på samma villkor som svenska medborgare eftersom den nuvarande regleringen försätter den medicinska personalen i svåra situationer.

Barnrättskommittén (CRC) i Genève som är FN:s övervakningskommitté för konventionen om barnets rättigheter (Barnkonventionen) påtalade redan år 1999²⁵ situationen för ”gömda” barn i Sverige och rekommenderade Sverige att ompröva sin politik i syfte att utöka tillgänglig service för sådana barn utöver akut hälso- och sjukvård. Kritiken upprepades av kommittén år 2005²⁶ och år 2009²⁷.

Även FN:s specialrapportör om våld mot kvinnor, Yakin Ertürk, har i sin rapport²⁸ år 2007 från ett besök i Sverige lyft fram att kvinnor som utan tillstånd vistas i Sverige är särskilt sårbara när det gäller risk att bli utsatta för våld. De rekommendationer som lämnas i rapporten syftar emellertid i första hand till att stärka arbetet för jämställdhet och skydd för utsatta kvinnor och talar inte särskilt om tillgången till hälso- och sjukvård.

²⁵ UN Committee on the Rights of the Child (CRC), Concluding Observations: Sweden, 10 May 1999, CRC/C/15/Add.101.

²⁶ UN Committee on the Rights of the Child (CRC), Initial Reports of State Parties Due in 2005, Sweden, 10 July 2006, CRC/C/OPAC/SWE/1.

²⁷ UN Committee on the Rights of the Child (CRC), Concluding Observations: Sweden, 12 June 2009, CRC/C/SWE/CO/4.

²⁸ Report of the Special Rapporteur on violence against women, Yakin Ertürk, Mission to Sweden, A/HRC/4/34/Add.3.

6.3.3 Utredningens iakttagelser – hälso- och sjukvårdens dolda och "grå" verksamhet

Under utredningens gång har utredningen besökt flera av de mottagningar som frivilligorganisationerna driver och som ger vård åt papperslösa och andra personer som inte kan eller, på grund av rädsla för upptäckt, vågar få vård inom den offentligt finansierade vården. Utredningen har också, som nämnts inledningsvis, haft ett stort antal kontakter med enskilda personer som arbetar nära denna grupp (för en redogörelse av utredningens arbete, se avsnitt 1.2). Den bild som träder fram av denna frivilliga verksamhet, som utredningen valt att kalla "grå" mottagningar, är att den bedrivs av personer med ett mycket stort engagemang för de asylsökande och papperslösa personernas situation. De aktiva är personer som antingen fortfarande är verksamma inom den offentliga vårdverksamheten, är anställda av frivilligorganisationerna eller arbetar med detta på sin fritid eller som är pensionerade. När det gäller det fysiska medicinska omhändertagandet och undersökningar ställer således de flesta av dessa personer upp gratis, på helt frivillig basis. Det är dock vanligt förekommande, liksom inom all annan hälso- och sjukvård, att patienten kan behöva genomgå undersökningar, analyser eller medicinska undersökningar som kräver särskild utrustning som inte finns på dessa mottagningar. Detsamma gäller behandlingar vilka kräver läkemedel eller material av annat slag. De läkemedel som finns på mottagningarna har ofta donerats dit av exempelvis dödsbon.

Det har emellertid också för utredningen beskrivits att många av de åtgärder som nämnts ovan också utan ersättning från vare sig patienten eller annan utförs på vårdpersonalens ordinarie arbetsplats, under eller t.o.m. utom ordinarie arbetstid och med nyttjande av utrustning som finns där – vanligen med verksamhetschefens goda minne och kanske även helt i linje med de lokala riktlinjer som landstinget beslutat om i brist på tydlig lagstiftning. Det sagda innebär i praktiken att offentligt finansierade resurser tas i anspråk för att ge den vård som vårdpersonalen utifrån sin yrkesetik anser sig moraliskt skyldiga att utföra, men som enligt svensk lagstiftning fullt ut ska ersättas av patienten. Det har också förekommit att landsting inte drivit in skulder enligt utställda fakturor för papperslösa personers kostnad för vård. Även om detta för vårdpersonalen framstår som ett moraliskt och etiskt riktigt handlande är det i strid med den nuvarande lagstiftningen. Detta innebär i sin tur att en del, om än relativt liten sådan, av den offentligt finansierade vården aldrig kan

bli föremål för någon myndighetskontroll, inte ens internkontroll. Någon revision rörande förbrukade medel kan inte göras. Dessa bokförs inte på korrekt sätt eller blir inte föremål för någon bokföring alls. Den lämnade vården kan varken utvärderas, följas upp eller kvalitetsgranskas eftersom sedvanlig patientdokumentation inte heller sker. Patientsäkerhetsaspekter blir således inte heller tillgodosedda på det sätt som förutsätts i bl.a. patientsäkerhetslagen (jfr avsnitt 2.6).

Den beskrivna ordningen kan inte på något sätt betraktas som tillfredsställande.

6.3.4 Sammanfattning av iakttagelser och synpunkter

Kritiken mot den nuvarande ordningen skulle, mot bakgrund av vad som redovisats ovan, kunna sammanfattas enligt följande.

- Nuvarande ordning bygger på ett regelverk som är rättsligt otydligt och som ställer vårdpersonalen inför svåra bedömningar i konkreta vårdsituationer i vardagen när de möter asylsökande och papperslösa patienter. Det är ibland rena tillfälligheter som avgör om en sådan patient får vård eller inte.
- Nuvarande ordning medför att vårdpersonal ofta hamnar i konflikt med de etiska riktlinjer som gäller för deras yrkesroll, vilket i sig utgör ett problem ur arbetsmiljösynpunkt.
- Att barn och vuxna ur samma patientgrupp erbjuds hälso- och sjukvård på olika premisser skapar oklarhet och bidrar i praktiken till att barn inte får vård i den omfattning de ska erbjudas eftersom de som oftast är beroende av de vuxna för att rent fysiskt ta sig till vården.
- Nuvarande ordning har brister ur ett patientsäkerhetsperspektiv när det gäller asylsökande och papperslösa personer. Eftersom vårddokumentationen inte görs enligt gängse norm inom hälso- och sjukvården kan uppföljning av vården inte göras.
- Begränsningarna i tillgängligheten till hälso- och sjukvård för de asylsökande och papperslösa personerna är negativa ur smittspridningssynpunkt.
- Det har hävdats att Sverige med den nuvarande regleringen inte fullt ut lever upp till de internationella åtaganden som gjorts –

bl.a. när det gäller rätten till bästa möjliga hälsa åt alla. Detta samtidigt som regeringen uttryckligen sagt att Sverige ska vara en tydlig röst i världen för de mänskliga rättigheterna och att ambitionerna ska höjas för att de mänskliga rättigheterna ska implementeras och efterlevas fullt ut i alla världens länder och regeringens långsiktiga mål är att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna i Sverige (skr. 2005/06:95).²⁹

- Den nuvarande regleringen av bl.a. vårdpersonalens uppgiftsskyldigheter till andra myndigheter (bl.a. till socialtjänsten och polisen) gör att människor av rädsla för upptäckt och avvisning ur landet inte kommer till hälso- och sjukvården. Detta försvårar upptäckten av allvarliga och i vissa fall smittsamma sjukdomar och av våld i nära relationer och annan brottslighet som riktas mot personer i de aktuella grupperna.
- Den hälso- och sjukvård som framför allt de papperslösa personerna får i dag bedrivs utan insyn, vilket innebär att den inte kan bli föremål för tillsyn, revision, kvalitetskontroll eller annan granskning på sätt som sker med resten av vårdverksamheten. Vården bekostas också i praktiken i viss utsträckning av offentliga medel.

6.4 Särskilt om s.k. push- och pull-faktorer

6.4.1 Inledning

Många av de synpunkter som redovisas i detta kapitel är sådana som bygger på uppfattningen att asylsökande och papperslösa personer bör ges en utökad tillgång till hälso- och sjukvård. I debatten finns även de som är av motsatt uppfattning, vilket bl.a. kommit till uttryck i debatter i riksdagen (se kapitel 4). Ett vanligt argument för att begränsa tillgången och tillgängligheten till hälso- och sjukvård för personer som inte är bosatta i landet är farhågan att detta skulle kunna medföra störningar av den reglerade invandringen och att det skulle kunna öka antalet personer som vistas i landet utan tillstånd.

I utredningens direktiv talas också om att en viktig utgångspunkt för arbetet är att utredarens samlade förslag inte får ha en negativ inverkan på asylprocessen respektive asylmottagandet eller att det bidrar till att fler personer uppehåller sig och arbetar i landet

²⁹ Se regeringens skrivelse Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik (Skr. 2007/08:109 s. 5).

utan nödvändiga tillstånd. Förslagen får enligt direktiven inte heller bidra till att fler personer väljer att hålla sig undan verkställigheten av ett avvisnings- eller utvisningsbeslut eller få negativa konsekvenser för den reglerade invandringen i övrigt.

Mot bakgrund av de krav som uppställts i direktiven är det av intresse att försöka identifiera vilka faktorer som kan antas ha bäring på viljan att dels ta sig till Sverige, dels uppehålla sig här utan nödvändiga tillstånd. Det är framför allt av intresse att se i vad mån tillgången till hälso- och sjukvård kan antas bidra till att människor kommer till just Sverige. Det har i sammanhanget också ett intresse att penetrera frågan i vad mån avsaknaden av tillgång till hälso- och sjukvård kan antas medföra att en papperslös person väljer att lämna ett land där han eller hon vistas utan tillstånd.

6.4.2 Forskning rörande push- och pull-faktorer

Det finns, i den omfattande teoribildningen om migration, ett stort och varierande antal faktorer som teoretiskt anses påverka om en flyttning från ett land till ett annat kommer till stånd eller inte.³⁰ Dessa faktorer kan vara på en alltifrån individuell till övergripande samhälls- eller nationell nivå. På det individuella planet kan önskan om en förbättrad privatekonomi ligga bakom beslutet att flytta medan en övergripande faktor till migrationsströmmar mellan två länder kan vara stora skillnader i inkomstnivå och levnadsstandard. På det individuella planet kan det också handla om negativa förhållanden som trakasserier från politiska motståndare och på det övergripande planet om att landet har ett odemokratiskt styre eller att dess rättsapparat inte har kapacitet att skydda enskilda medborgare.

Inom migrationsforskningen³¹ talar man ofta om s.k. push- och pullfaktorer. Med detta avses faktorer som kan påverka en individ att lämna sitt hemland (push-faktor) respektive ta sig till ett specifikt annat land (pull-faktor). Inom frivilligorganisationer och bland individer som arbetar för bl.a. papperslösa personers rätt till vård används dock begreppet pushfaktor – såväl i Sverige som inom Europa – i betydelsen faktor som kan få en individ att lämna ett asyl-

³⁰ SOU 2010:40 s. 51 ff.

³¹ Se exempelvis Lee, E S (1961): *A theory of migration*. Demography nr. 3 redovisad i *Delbetänkande av Kommittén för cirkulär migration och utveckling* SOU 2010:40.

land, exempelvis stränga regler kring olika tjänster som vård, utbildning och sociala tjänster.³²

Det bör också nämnas att man inom Migrationsverket valt att inte använda begreppen push- och pullfaktorer, eftersom verket anser att det kan förmedla en bild av migrationen som något negativt och ovälkommet. Migrationsverket anser i stället att migrationen bör ses som en möjlighet och för de enskilda en rättighet när det gäller att söka skydd. Såvitt denna utredning har kunnat bedöma är emellertid push- och pullfaktorer ett vedertaget begrepp inom migrationsforskningen. Utredningen har därför valt att använda sig av begreppen i framställningen.

Sett utifrån push- och pullfaktorerna tar individen ställning till ett antal faktorer i sitt ursprungsland när han eller hon överväger att migrera. En del av dessa faktorer är positivt laddade och talar för att individen kommer att stanna kvar i sitt ursprungsland (exempelvis att familjemedlemmar och vänner är kvar i landet). Andra är negativa och kan påverka individen att lämna landet (exempelvis förföljelse eller låg levnadsstandard). Det finns därutöver givetvis faktorer som den enskilde är likgiltig inför och dessa påverkar inte beslutet i någon riktning. På motsvarande sätt som i hemlandet finns det ett antal positiva, negativa och likgiltiga faktorer i omvärlden som påverkar beslutet att flytta eller inte. Detsamma gäller vid beslutet om vart man vill flytta. Det kan exempelvis finnas olika former av kostnader och administrativa hinder som omöjliggör eller försvårar möjligheterna att flytta till ett visst land.

En central aspekt för att förstå besluten bakom en persons migration utifrån push- och pullfaktorerna är graden av frivillighet vid flyttningen. En annan aspekt som brukar anses påverka den individuella migranten är till vilken grad han eller hon accepteras i det nya landet. Detta kan uttryckas som att utlänningen får arbetstillstånd, rätten att rösta i lokala val, tillgång till socialt skyddsnet, möjlighet att förvärva medborgarskap etc. Andra faktorer som är av intresse när det gäller hur den utländska personen accepteras i ankomstlandet kan vara förekomsten av diskriminering och rasism samt den allmänna attityden till invandrare i samhället.

Ytterligare en aspekt på migration är frågan om vem som migrerar. Av statistik som tagits fram av Kommittén för cirkulär migration (CiMU) framgår att det framför allt är yngre personer som

³² Publicerad på <http://www.lakareivarlden.org/sv/livs-ordf%C3%B6randes-%C3%B6ppningstal-i-kulturhuset> Hämtad 2010-09-29.

migrerar.³³ Detta är en iakttagelse som bekräftats av de frivilligorganisationer som utredningen varit i kontakt med. En vedertagen föreställning är att migranter vanligen har en starkare initiativkraft och drivkraft att förbättra sin livskvalitet än de som inte flyttar. I regel är det inte heller de fattigaste och mest resurssvaga som migrerar.

I en studie som utförts på uppdrag av brittiska Home Office³⁴ gjordes följande iakttagelser när det gäller de bevekelsegrunder en asylsökande har i beslutsprocessen att söka sig till ett visst land.

I de allra flesta fall fokuserar migranten mer på skälet för avresan från hemlandet än på vart han eller hon ska resa. De faktorer som kan betecknas som pushfaktorer *från* hemlandet måste med andra ord vara ganska starka för att migration ska ske.

I fråga om personliga val när det gäller mottagarland konstateras i den brittiska rapporten att många individer har mycket små valmöjligheter i fråga om vilket land de ska resa till. Detta gäller särskilt personer som får lämna sitt hem hastigt och som inte har haft möjlighet att planera sin avresa. Ofta är det i sådana fall rena tillfälligheter som avgör vilket land de hamnar i. Många av dessa migranter reser med hjälp av s.k. agenter eller människosmugglare. De får helt enkelt resa till det land som denna person beslutar. Detta val styrs i sin tur ofta av personliga kontakter och nätverk som agenten har och är ofta beroende av var det är enklast för migranten att ta sig in. I studien poängteras också att många utomeuropeiska medborgare har uppfattningen att de tar sig till "Europa" eller "ett västerländskt land" och inte till ett specifikt europeiskt land.

Andra aspekter som har ansetts viktiga när det gäller urvalsprocessen är banden som finns mellan ursprungslandet och mottagarlandet (exempelvis gamla kolonialband), uppfattningar om mottagarlandets ekonomi, samhälle och asylpolitik, hur enkelt det är att ta sig till mottagarlandet, men också rena tillfälligheter under resan.

De ovan nämnda faktorerna skiljer sig som nämndes inledningsvis åt beroende på hur uppbrottet från hemlandet har varit. För personer som tvingats fly med kort varsel är möjligheten att resa till just det utpekade landet och tillfälligheter under resan de viktigaste skälen till varför man hamnar där man gör. För personer som har möjlighet att planera sin resa är förhållandena i mottagarlandet av större betydelse när det gäller valet av land. För samtliga personer

³³ Cirkulär migration och utveckling (SOU 2010:40) s. 23.

³⁴ Home Office Research Study 243: Understanding the decision-making of asylum seekers, July 2002.

som flyr anses dock den viktigaste faktorn vara närvaron av vänner, familj och landsmän i mottagarlandet.

Mottagarlandets asylpolitik och faktorer som har beröring med mottagandet har angetts ha mindre betydelse när det gäller att välja land. Bland dessa faktorer ingår tillgången till hälso- och sjukvård. Den brittiska rapporten drar slutsatsen att fynden i undersökningen starkt talar emot den bild som ofta målas upp i brittisk media om att utlänningar som kommer till landet behandlas för välvilligt och att många sökt sig till dit enbart för att utnyttja det generösa mottagandet.

I ett par studier³⁵ som rör asylsökande i Nederländerna drogs också slutsatsen att många asylsökande inte sökte sig till Nederländerna specifikt utan snarare till något som uppfattades som ett västerländskt land. I de fall migranten aktivt hade sökt sig till Nederländerna berodde det antingen på att den agent som hade organiserat resan hade gjort valet, migranten hade familj eller vänner där, migranten uppfattade att landet var en demokrati eller att han eller hon trodde sig kunna ha framgång med en asylansökan där. I studien framhölls också att en distinktion måste göras mellan personer som reser med hjälp av en agent och personer som reser utan sådan hjälp. Agenter är ofta den som avgör vilket land personen slutligen hamnar i.

I en motsvarande studie³⁶ rörande asylsökande i Kanada bekräftades bilden av att de asylsökande själva ofta hade mycket litet inflytande över valet av destination på grund av s.k. naturliga barriärer, såsom ekonomiska aspekter, avsaknad av resedokument, visumtvång och förhållanden vid inresan i det mottagande landet. Även uppfattningar om mottagandelandet hos den enskilde angavs emellertid kunna spela in.

I studien från Kanada konstaterades också att det inte är ovanligt att personer som lämnar sina hemländer väljer att resa till länder som är belägna långt borta från hemlandet. Framför allt fyra viktiga skäl för detta kunde identifieras. För det första antogs det att grannländer (till hemlandet) kunde antas ha en lägre toleransnivå mot sina grannländers medborgare. För det andra uppfattades grannländer ofta som farliga eftersom de kunde antas ha motsvarande förhållanden

³⁵ Doornheim and Dijkhoff, 1995, *Toevlucht zoeken in Nederland* (148), Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Justitie, Gouda Quint, Arnhem; och Bijleveld and Taselaar, 2000, *Motieven van Asielzoekers om naar Nederland te komen; verslag van een expert meting*, Ministry of Justice, Netherlands).

³⁶ Barsky, R.F. (2000) *Arguing and Justifying: Assessing the Convention Refugees' Choice of Moment, Motive and Host Country*, Ashgate, Aldershot.

som landet man hade lämnat. För det tredje kunde det misstänkas att ett grannland med goda politiska relationer till hemlandet inte var attraktivt vid en flykt. För det fjärde kunde grupperingar av landsmän i ett grannland både upplevas som positivt och som ett hot, innebärande fara för fortsatt förföljelse.

Som kunnat konstateras i kapitel 5 är det ofta vanskligt att dra alltför långtgående samlade slutsatser av internationella jämförelser och applicera dem direkt på svenska förhållanden eftersom förhållandena i olika länder ofta skiljer sig åt på så många plan. Vid bedömningen av vilka slutsatser som kan dras av de refererade studierna och som kan vara användbara för bedömningen av svenska förhållanden bör därför viss försiktighet iakttas, framför allt mot bakgrund av att migrationsströmmarna till de länder som studerats i de ovan refererade studierna (Storbritannien, Nederländerna och Kanada) ser annorlunda ut än migrationsströmmarna till Sverige. Som framgått av redogörelsen i kapitel 5 kommer man ofta till de angivna länderna av ekonomiska skäl, dvs. för att arbeta, och inte i första hand på grund av förföljelse och likande levnadsomständigheter i hemlandet, även om sådana skäl också kan vara motivet. Det kan därför ofta antas vara andra skäl som ligger bakom migrationen till dessa länder. Trots denna iakttagelse kan de refererade studierna enligt utredningens uppfattning inte lämnas utan avseende när det gäller uttalanden om push- and pullfaktorer. Merparten av de generella slutsatserna rörande dessa faktorer torde vara allmängiltiga vid alla typer av migration.

I en rapport³⁷ som rör asylsökandes beslut att resa till Norge – ett av Sveriges grannländer och med stora likheter i kultur och samhällsbyggnad – konstateras att asylsökande själva rangordnar skälen för att komma till Norge enligt följande.

1. Säkerhet (mänskliga rättigheter, skydd, rättvis asylprocess)
2. Framtid (tillgång till arbetsmarknaden, skolgång för barn, välfärdsstat)
3. Nätverk
4. Migrations- och asylpolitik
5. Rykte/image

³⁷ Brekke, J-P. och Five Aarset, M.: Why Norway? Understanding Asylum Destinations, Report (2009:012) Oslo: Institutt for samfunnsforskning, publicerad på <http://www.socialresearch.no/Publications/Reports/2009/2009-012>.

De två första pullfaktorerna, säkerhet och framtid, har i rapporten betecknats som allmängiltiga för samtliga nordvästliga europeiska länder. De tre sista faktorerna anses variera över tid och mellan olika länder. Av detta skäl dras i rapporten slutsatsen att en pullfaktor till ett visst land kan intensifieras och avta och inte behöver vara konstant.

Sammanfattningsvis kan en genomgång av den forskning som utredningen tagit del av och som gjorts rörande skälen för migration sägas visa på att de valmöjligheter som personer som väljer att lämna sina hemländer har när de väljer destinationsland är *begränsad* av framför allt fyra skäl:

1. Många av individerna i gruppen tvingas lämna sina hemländer mycket hastigt och har därför begränsade möjligheter att planera sina resor.
2. Tillgången till pengar och resedokument spelar in i fråga om hur långt personen kan resa och på vilket sätt.
3. Transportnätverk, visumrestriktioner och andra immigrationskontroller kan skapa en situation där vissa länder är tillgängliga och andra inte.
4. Migranter använder sig ofta av s.k. agenter (i vissa fall människosmugglare) och det är i sådana fall oftast dessa personer som avgör till vilket land migrationen sker. I sådana fall är de faktorer som väger tyngst oftast till vilket land agenten tror att personen lättast kan ta sig, vart det finns en efterfrågan och huruvida smugglaren är knuten till ett nätverk som kan assistera.

När det gäller individer som varit i en situation där de haft möjlighet att påverka valet av mottagarland, har den viktigaste parametern i sammanhanget ansetts vara om personen i fråga har vänner eller familj i mottagarlandet. Därefter kommer omständigheter som att det i landet talas ett språk som personen behärskar, att det finns kulturella band mellan ursprungslandet och mottagarlandet (koloniala band) eller diverse andra faktorer. Det har också lyfts fram att utomeuropeiska medborgare i regel utgår från att alla västerländska länder är moderna demokratier där man kan leva i frihet och som erbjuder möjlighet till anställning, utbildning och ”social klättring”, vilket anses skapa möjligheter för en bättre framtid.

Pushfaktorer, dvs. de omständigheter som får en person att lämna sin invanda miljö eller, i den mening som används av frivilligorganisationerna, som får en individ att lämna ett land som man flytt

till, har inte närmare redovisats ovan. Dock anges generellt, som angavs ovan, i de citerade undersökningarna att en pushfaktor från ett land måste vara betydligt starkare än den pullfaktor som det innebär för individen att stanna kvar i en känd omgivning. Det kan helt enkelt antas att om en individ ställs inför valet att stanna kvar i sitt hemland eller att lämna detta, är benägenheten större att stanna kvar om inte pushfaktorerna är väldigt starka. Det har också anförts att avsaknaden av tillgång till hälso- och sjukvård i destinationslandet inte har någon större push-effekt för en papperslös person. Det spelar således ingen större roll för hans eller hennes beslut att fortsätta sin tillvaro som papperslös i landet eller att lämna det, utan det är andra faktorer som avgör om så sker.

När det gäller individer som inte kommer till destinationslandet som asylsökande utan som exempelvis arbetskraftsinvandrare är bilden något annorlunda. Det kan därvid antas att förutsättningarna att få anställning och kunna försörja sig kan ha en avgörande betydelse för valet av destinationsland.

Såvitt framgått har de olikheter som i dag finns i Europa när det gäller i vilken utsträckning olika länder erbjuder hälso- och sjukvård till asylsökande och papperslösa personer inte haft någon större inverkan på benägenheten att migrera, exempelvis till Sverige. Av redogörelsen i kapitel 5 framgår att Sveriges lagstiftning på området betraktas som relativt restriktiv. Trots detta är, som framgår i avsnitt 2.2.2, Sverige ett av de länder i Europa som tar emot flest asylsökande per år.

6.4.3 Några lagändringar i Sverige – har de inneburit pull-faktorer?

I debatten i Sverige är det under senare år framför allt vid två tillfällen som farhågor har framförts för att en ändrad lagstiftning skulle kunna innehålla pullfaktorer för utlänningar att i utökad utsträckning komma till Sverige.

Det första tillfället uppstod i samband med utvidgningen av den europeiska unionen (EU) år 2006. Farhågor framfördes då att en stor mängd utländska medborgare skulle söka sig till Sverige för att komma i åtnjutande av det svenska socialförsäkringssystemet och socialtjänsten.

Det andra tillfället uppstod i samband med att abortlagen (1974:595) ändrades år 2008 så att även kvinnor som inte var bosatta i landet

skulle ges utökad möjlighet att få abort utförd i Sverige. Då påtalades risken för att en stor mängd utländska kvinnor skulle söka sig till Sverige för att få abort utförd, framför allt från geografiskt närliggande länder där abortlagstiftningen är mer restriktiv än i Sverige.

I sammanhanget bör också beaktas lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Det finns inget som antyder att denna lag, vilken ju innebar en uttrycklig kodifiering av det som tidigare var avtalsreglerat mellan staten och Sverige Kommuner och Landsting, gjorde att fler personer sökte asyl i Sverige eller bestämde sig för att vistas utan nödvändigt tillstånd i landet.

6.4.3.1 Socialförsäkringarna och EU

År 2004 utvidgades den europeiska unionen till att omfatta även Polen, Estland, Lettland, Litauen, Ungern, Cypern, Tjeckien, Slovakien, Malta och Slovenien. I samband därmed uttrycktes oro för en omfattande export av socialförsäkringsförmåner från Sverige till framför allt de nya EU-länderna.

I betänkandet EU:s utvidgning och arbetskraftens rörlighet (SOU 2002:116) presenterades resultatet av en utredning i syfte att se över just dessa frågor. I propositionen om EU:s utvidgning (prop. 2003/04:25) gjordes bedömningen att den svenska arbetsmarknaden inte skulle komma att drabbas av några störningar till följd av att fri rörlighet tilläts för de nya medlemsstaternas medborgare. En tid senare anfördes emellertid (skr. 2003/04:119) att särskilda övergångsregler beträffande de nya medlemsstaternas medborgare borde införas såvitt gällde tillstånd för att arbeta i Sverige. Skälet för detta krav var bl.a. rädslan att de svenska socialförsäkringsförmånerna annars skulle komma att utnyttjas och exporteras till andra länder. Särskilt familjeförmåner, som enligt de gällande bestämmelserna nu skulle betalas ut till barnfamiljer som flyttade inom unionen, tilldrog sig intresse.

Försäkringskassan undersökte i en rapport³⁸ på regeringens uppdrag utbetalningar under år 2006 av familjeförmåner med stöd av EU-lagstiftningen. I rapporten konstaterades att den största delen av utbetalningarna gått till barnfamiljer boende i Sverige, där en av föräldrarna arbetar i något annat EU-land, framför allt i något av grannländerna. Det var endast en liten del av det totala utbetalda

³⁸ Försäkringskassan Analyserar 2007:10.

beloppet som hade gått till barnfamiljer bosatta i andra EU-länder. Farhågorna om massutbetalningar till de nya medlemsländerna som tidigare fanns har således inte besannats enligt rapporten. Någon ökning av utbetalningarna till de nya EU-länderna hade inte skett utan exportens andel av totalt utbetalt belopp hade tvärtom minskat sedan år 2004, då en tidigare undersökning hade gjorts.³⁹

6.4.3.2 Socialtjänsten och den fria rörligheten

På grund av farhågan för att utökningen av EU skulle kunna medföra ett ökat inflöde av utlänningar till Sverige, i syfte att utnyttja den svenska socialtjänsten, tillsattes år 2004 en utredning med uppgift att undersöka möjligheterna att begränsa rätten till bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453; SoL) för medborgare från ett annat EU-land som kommer till Sverige för att söka arbete. I uppdraget ingick även att utreda möjligheten att ha en kvalificeringsregel som innebär att endast den som vistas i Sverige under viss tid kan vara berättigad till bistånd enligt socialtjänstlagen.

Utredningen fann⁴⁰ att bistånd enligt SoL utgör en sådan form av social hjälp som omfattas av begreppet sociala förmåner enligt förordning 1612/68.⁴¹ Enligt EU-domstolens rättspraxis omfattas migrerade personers rätt till socialt bistånd av EU-rätten och därmed även av diskrimineringsförbudet. Personer som migrerar inom EU har i princip rätt till samma behandling som värdstatens medborgare. En diskriminerande behandling är enligt EU-rätten bara tillåten om den är grundad på objektiva hänsyn som är oberoende av de berörda personernas nationalitet och som står i proportion till det syfte som eftersträvas (jfr avsnitt 6.6.5 och analysen av icke-diskrimineringsprincipen). Rörlighetsdirektivet⁴² tolkades av utredningen som att allt bistånd enligt SoL omfattas av begreppet socialt bistånd enligt direktivet.

Utredningen föreslog en begränsningsregel som innebar att andra EU-medborgare än arbetstagare eller egenföretagare, personer som behåller sådan ställning eller deras familjemedlemmar, inte har rätt till bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen i annat fall än i en akut nödsituation. Förslagen ledde emellertid inte till någon lagstiftning.

³⁹ Försäkringskassan Analyserar 2005:3.

⁴⁰ SOU 2005:34.

⁴¹ Förordning (EEG) nr 1612/68 om arbetskraftens fria rörlighet inom gemenskapen.

⁴² Rådets direktiv 2004/38/EG om unionsmedborgares och deras familjemedlemmars rätt att fritt röra sig och uppehålla sig inom medlemsstaternas territorier.

Undersökningar⁴³ har visat på att även om det svenska välfärds-systemet finns att tillgå för medborgare från övriga europeiska länder så är intresset inte så stort som förväntat. Invandringen från de baltiska länderna och Polen utgör fortfarande en liten andel av den totala invandringen till Sverige. Dessa länder i öst har dessutom uppvisat ett särskilt lågt intresse för svensk arbetslöshetsersättning. De länder som utmärker sig med flest ansökningar till antalet är Norge, Spanien och Storbritannien.

Sammanfattningsvis är det inget som visar att utvidgningen av EU har medfört den belastning på det svenska välfärdssystemet som befarades.

6.4.3.3 Utländska kvinnors aborter i Sverige

Efter en lagändring⁴⁴ år 2008 av abortlagen, gavs kvinnor som inte är svenska medborgare och som inte är folkbokförda, bosatta eller asylsökande i Sverige rätt att få abort utförd i landet utan särskilt tillstånd. Även före lagändringen år 2008 kunde utländska kvinnor få tillstånd till abort efter att ha ansökt om sådant hos Socialstyrelsen. Beviljandefrekvensen var åren innan lagändringen mycket hög (72 av 73 ansökningar fick bifall år 2006 och 88 av 88 ansökningar fick bifall år 2007). Ett motiv som angavs för att trots allt avslå en ansökan kunde vara att kvinnan saknade anknytning till Sverige eller att målet för vistelsen i landet endast var att få en abort utförd.

Under beredningen av lagstiftningsärendet uttrycktes, som nämndes ovan, farhågor för att en lagändring skulle kunna innebära ökad "sjukvårdsturism", dvs. en tillströmning av abortsökande utländska kvinnor från utlandet. Utredningen om utländska aborter (S 2003:10) gjorde i betänkandet Abort i Sverige (SOU 2005:90) bedömningen att det var troligt att fler utländska kvinnor som har anknytning till Sverige genom släkt och vänner skulle komma att efterfråga abort i Sverige men att det knappast kunde antas bli fråga om någon omfattande ökning. Detta antagande baserades på erfarenheter dels från Danmark, som hade ändrat sin lagstiftning år 2004 utan en motsvarande ökning, dels från Nederländerna och Storbritannien, som under lång tid hade tillåtit utländska kvinnor att få abort i landet. Det angavs vidare att det land från vilket det skulle kunna tänkas

⁴³ Se exempelvis Klintberg, Fredrik: EU:s utvidgning mot öst och social turism i Sverige, kandidatuppsats, Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet, 2007, publicerad på <http://biblioteket.ehl.lu.se/olle/papers/0002543.pdf>.

⁴⁴ SFS 2007:998.

komma abortsökande kvinnor till Sverige var från Polen, men att det av olika skäl kunde antas att dessa inte skulle bli särskilt många.

Socialstyrelsen fick efter lagändringen regeringens uppdrag att begära in statistik över utländska kvinnors aborter för år 2009. I Socialstyrelsens rapport⁴⁵ över uppdraget angavs att 132 aborter utfördes år 2009 på utländska kvinnor utan anknytning till Sverige (dvs. sådana som lagändringen omfattade). Det konstaterades vidare att den största andelen aborter utfördes på kvinnor från Asien (29 procent), följt av land inom EU utom Norden (19 procent) och Sydamerika (16 procent).

Enligt Socialstyrelsens egen statistik⁴⁶ utfördes år 2009 37 524 aborter på svenska kvinnor.

En slutsats som kan dras av Socialstyrelsens egen statistik är således att en ökning skett av antalet utländska kvinnor som fått abort genomförd i Sverige efter lagändringen (88 kvinnor år 2007 jämförd med 132 kvinnor år 2009), men att antalet fortfarande är mycket lågt i förhållande till de aborter som utförs på svenska kvinnor. Något fog för farhågan att ändringen av abortlagen skulle medföra en anstormning av utländska abortsökande kvinnor har således inte visats föreligga. I sammanhanget bör dock även beaktas att den abortsökande kvinnan får betala för åtgärden.

6.4.4 Sammanfattning av iakttagelser rörande push- och pullfaktorer

Utredningens iakttagelser när det gäller effekten av s.k. push- och pullfaktorer skulle kunna sammanfattas enligt följande.

- De faktorer som drar en individ till ett visst annat land (pullfaktor) har störst betydelse i de fall individen själv kan styra sin resa. I de fall personen har fått lämna sitt hemland hastigt och/eller med hjälp av en s.k. agent eller människosmugglare, har personen i regel liten påverkan på valet av slutdestination.
- I de flesta fall fokuserar individen mer på skälet för avresan från hemlandet än på vart han eller hon ska resa. Pushfaktorn från hemlandet måste vara relativt stark eftersom det hos de flesta personer finns en inneboende ovilja och tröghet när det gäller att lämna sitt hemland.

⁴⁵ Utländska kvinnors aborter i Sverige under år 2009, Socialstyrelsen, 2010-2-11.

⁴⁶ Socialstyrelsen: Aborter 2009.

- De faktorer som brukar anges som mest betydelsefulla i fråga om val av destinationsland är förekomst av familjemedlemmar eller landsmän, möjligheten till skydd mot förföljelse, tillgång till arbetsmarknad och skolgång samt destinationslandets migrations- och asylpolitik samt rykte.
- De lagändringar som förekommit på senare år och som utökat utländska medborgares tillgång till exempelvis socialtjänst, socialförsäkring och viss sjukvård (aborter) har i studier inte visat sig få stora effekter när det gäller utökad efterfrågan från utländska medborgare.

6.5 Är dagens regler om asylsökande och papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård ändamålsenliga och rättssäkra?

6.5.1 Inledning

I avsnitt 6.2 har angetts vilka krav som rimligen kan ställas på en hälso- och sjukvårdslagstiftning i fråga om klara och tydliga regler för vad som ska gälla de asylsökande och papperslösa personerna. Det har också (avsnitt 6.3) redovisats vilken kritik den nuvarande svenska regleringen har utsatts för och vilka problem som utredningen själv identifierat med den ordning som råder i dag när det gäller hälso- och sjukvård till asylsökande och papperslösa personer. Även Socialstyrelsen har lyft frågan om svensk lagstiftning fullt ut motsvarar de åtaganden som följer av Sveriges internationella åtaganden. Vidare har frågan om s.k. push- and pull-faktorer avhandlats (avsnitt 6.4). Som nämndes inledningsvis utgör detta synpunkter och forskningsresultat som utredningen tagit del av och inte utredningens egna överväganden, förutom det avsnitt som utgörs av utredningens egna iakttagelser (6.3.3).

Utredningen övergår nu till egna analyser och slutsatser.

Den omständigheten att regeringen tillsatt denna utredning med det uppdrag som anges i direktiven talar för att regeringen ansett att den nuvarande regleringen är i behov av en översyn. Detta bekräftas också genom den ramöverenskommelse som regeringen den 3 mars ingick med Miljöpartiet de gröna om migrationspolitiken (se avsnitt 4.1). Det ingår dock i utredningens uppdrag att göra en självständig bedömning i frågan om dagens regler är ändamålsenliga

och rättssäkra och om det finns fog för den kritik och de synpunkter och iakttagelser som har redovisats tidigare i detta kapitel.

För att kunna göra en bedömning av om Sverige fullt ut lever upp till sina internationella åtaganden i fråga om rätt till bästa möjliga hälsa för alla och till de olika ambitioner som kommit till uttryck i nationell lagstiftning och som utredningen beskrivit i avsnitt 6.1 – t.ex. stadgandet i 1 kap. 2 § regeringsformen om att staten ska verka för goda förutsättningar för hälsa – behandlar utredningen följande frågor:

- Vad har Sverige åtagit sig i fråga om att värna rätten till bästa möjliga hälsa för alla?
- Hur lever andra länder upp till sina internationella åtaganden i detta avseende?
- Korresponderar den medicinska yrkesetiken med hälso- och sjukvårdslagstiftningen eller inte?

6.5.2 Hur kan man bedöma vad har Sverige åtagit sig i fråga om att värna rätten till bästa möjliga hälsa för alla?

Inledningsvis kan sägas att alla folkrättsliga dokument inte är juridiskt bindande för konventionsstaterna. Det kan också noteras att det vanligen inte finns något sanktionssystem för att ”straffa” de länder som inte kan anses leva upp till sina åtaganden. Det går inte att med exakthet säga var gränsen går för att man ska kunna säga att en stat fullt ut lever upp till sina åtaganden. Det framgår vidare av avsnitt 3.2.2 att de mänskliga rättigheterna är att betrakta som territoriella, dvs. de omfattar samtliga som vistas inom ett lands gränser.

Vad uttrycket bästa möjliga hälsa för alla innebär rent konkret är, som framgått av redogörelsen under 3.4, svårt att ange i detalj. Det går exempelvis inte att säga att behandlingen mot en viss sjukdom, men inte en annan, ingår. Detta beror framför allt på att staterna har åtagit sig att uppfylla målen i konventionerna med progressivitet (se avsnitt 3.4.3). Vad som gäller för en stat behöver inte gälla för en annan. Det går därför inte att dra en tydlig gräns mellan vad som är förenligt respektive oförenligt med konventionen i det avseende som här diskuteras. Mot bakgrund av principen om icke-diskriminering kan dock hävdas att den målsättning som bör finnas när det gäller icke bosatta personers tillgång till vården är att den bör vara densamma som bosattas tillgång. Som utredningen beskrivit i kapitel 3 så är tolkningen av avsikten och målen med internationella

dokument något som görs mot bakgrund av vad som sägs i sådana uttalanden av ansvariga organ som kommer till uttryck i olika kommentarer och rapporter.

Sverige har ratificerat en rad konventioner som innehåller uttalanden om rätten till bästa möjliga hälsa för var och en som är i behov av medicinska insatser. Genom sina internationella åtaganden står det klart att Sverige förklarar sig villigt att iaktta och arbeta för respekten för mänskliga rättigheter. Bland dessa ingår rätten till bästa möjliga hälsa för alla, vilket särskilt framgår av ESK-konventionen. Regeringens tydliga vilja att arbeta för mänskliga rättigheter framgår också av avsnitt 3.3.1.

Som utredningen har kunnat konstatera i avsnitt 6.3.2 har Sverige blivit föremål för kritik när det gäller hur rätten till bästa möjliga hälsa för alla efterlevs i landet. I avsnitt 6.5.5 kommer utredningen att göra en egen analys i denna fråga.

Ledning i fråga om vad som ingår i rätten till bästa möjliga hälsa för alla torde emellertid kunna hämtas genom den bedömning som brukar göras genom de s.k. AAAQ-faktorerna (se avsnitt 3.4), dvs. att vården ska vara tillgänglig, åtkomlig, bedrivs på ett acceptabelt sätt och vara av god kvalitet.

6.5.3 Hur lever andra länder upp till sina internationella åtaganden när det gäller att värna rätten till bästa möjliga hälsa för alla?

Inledningsvis bör slås fast att det inte har någon självständig betydelse för bedömningen av Sveriges åtaganden och frågan om de efterlevs eller inte huruvida andra länder fullföljer sina åtaganden eller inte. Sverige, som alltid ansett sig vara – och internationellt betraktats som – ett föregångsland i fråga om upprätthållande av och respekt för mänskliga rättigheter bör, oavsett andra staters ageranden, sträva efter en så god reglering som möjligt (jfr avsnitt 3.3.1). Utländska rättssystem är ändå intressanta jämförelseobjekt när det gäller att bedöma den svenska regleringen.

Av den komparativa studien (se kapitel 5) framgår att den svenska regleringen gällande hälso- och sjukvård till framför allt papperslösa personer är förhållandevis restriktiv vid en internationell jämförelse. Innebär detta att andra länder på ett bättre sätt än Sverige lever upp till sina internationella åtaganden på detta område?

Som påtalades i kapitel 5 är det inte helt enkelt att jämföra den svenska hälso- och sjukvården med hur vården är organiserad i andra länder. Förutom att finansieringen av vården ofta löses på andra sätt än i Sverige, finns en rad underliggande faktorer, framför allt migrationspolitiska skäl, som kan ha påverkat villigheten att ge vård åt de grupper som denna utredning omfattar. Migrationen till länderna kan se helt annorlunda ut än till Sverige, framför allt beroende på historiska eller geografiska fakta. Det kan också finnas arbetspolitiska skäl som gör att en stat är mer positivt inställd till att ge tillgång till hälso- och sjukvård för utlänningar. Tillgången till vård för grupperna i andra länder behöver således inte vara ett uttryck för en större respekt för mänskliga rättigheter än vad som finns i Sverige. Sammanfattningsvis bör man iakttäta stor försiktighet när man drar slutsatser utifrån internationella förhållanden på området.

Det är för övrigt knappast en sak för denna utredning att uttala sig om hur andra enskilda stater fullföljer sina internationella åtaganden eller att göra bedömningar av andra länders interna förhållanden. Det kan dock noteras att såväl institutioner som FN:s specialrapportör för rätten till hälsa som organisationer som The Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) riktar kritik mot andra länder än Sverige för deras förhållningssätt i fråga om utländska medborgares rätt till hälsa.⁴⁷ Det kan också konstateras att kritiken mot andra länder har rört andra aspekter av rätten till hälsa än de som Sverige kritiserats för.⁴⁸ Även beträffande länder⁴⁹ som i teorin har en generös inställning till papperslösa personer i fråga om hälso- och sjukvård har framförts kritik mot de barriärer som olika krav i lagstiftningen, exempelvis registrering i befolkningsregister, innebär mellan den papperslösa patienten och vården.

Sammanfattningsvis kan således konstateras att även om asylsökande och papperslösa personer i flertalet andra länder enligt dessa länders lagstiftning har en större rättslig tillgång till hälso- och sjukvård än vad de har i Sverige, så framgår av rapporter och vittnesmål att det även i sådana länder i praktiken är svårt för grupperna att få

⁴⁷ Jfr exempelvis observationer och rekommendationer av FN:s särskilda sändebud rörande rätten till hälsa, Mr. Anand Grover, från ett besök i Australien, Canberra 4 december 2009, publicerade på <http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/docs/PressStatementAustralia041209.doc> och PICUM, årsrapport 2010 (PICUMs main concern about the fundamental rights of undocumented migrants in Europe, publicerad på <http://www.picum.org/sites/default/files/data/Publications/Annual%20Concerns%202010%20EN.pdf>).

⁴⁸ Exempelvis kritiseras Australien för att inte ha någon lagreglering alls rörande rätt till hälsa.

⁴⁹ Jfr redogörelsen i kapitel 5 beträffande exempelvis Spanien, Portugal, Italien och Nederländerna.

sina behov av vård tillgodosedda. Ofta beror det på praktiska barriärer som krav på viss registrering, upplevt dåligt bemötande, rädsla för diskriminering m.m.

6.5.4 Korresponderar den medicinska yrkesetiken med hälso- och sjukvårdslagstiftningen eller inte?

Som anfördes inledningsvis har det, som ett problem med den rådande lagstiftningen, anförts att lagstiftningen står i strid med den medicinska yrkesetiken och att lagstiftningen medför att vissa patientgrupper diskrimineras i vården enbart på grundval av sin sociala och juridiska ställning.

Det har i den svenska debatten anförts⁵⁰ som ett problem att, även om den rådande lagstiftningen har hårdast effekter mot de papperslösa personer själva, har den också effekter för andra. Vårdpersonal åläggs att följa ett regelverk som upplevs som otydligt och svårtillämpbart, vilket i sig uppfattas som ett arbetsmiljöproblem. Samtidigt ställer yrkesetiken starka och entydiga krav på rätt till vård på lika villkor, att läkaren och övrig vårdpersonal är fri att göra egna bedömningar utan inblandning utifrån, att patienten alltid ges den behandling som bäst gynnar henne eller honom och att den sker enligt vedertagna medicinska principer. WMA:s (*World Medical Association*) etikdeklarationer⁵¹ kräver till och med av läkare och annan vårdpersonal att ”närhelst lagstiftning, regeringsåtgärder eller annan administration eller institution förnekar en patient dessa rättigheter, bör läkare vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa eller återupprätta dem” (Lissabondeklarationen 1981). Även FN:s dåvarande specialrapportör för rätten till bästa uppnåeliga hälsa, Paul Hunt, uttalade i sina kommentarer till avslutad inspektionsresa till Sverige⁵² att Sveriges nuvarande lagstiftning och praxis försätter hälso- och sjukvårdspersonal i en svår situation.

Det ovan anförda tyder enligt utredningens uppfattning på att de yrkesetiska riktlinjer som gäller för vårdprofessionerna inte helt korresponderar mot dagens lagstiftning i fråga om hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa.

⁵⁰ Ascher, H., Björkman, A., Kjellström, L. och Lindberg, T.: Diskriminering av papperslösa i vården leder till lidande och död, artikel i *Läkartidningen* nr 8 2008 volym 105 .

⁵¹ WMA Statement on Medical Care for Refugees, including Asylum Seekers, Refused Asylum Seekers and Undocumented Migrants, and Internally Displaced Persons, senast uppdaterad i oktober 2010.

⁵² Paul Hunt, Preliminary remarks, presskonferens, Rosenbad, 18 januari 2006.

6.5.5 Hur lever Sverige upp till sina internationella åtaganden att värna rätten till bästa möjliga hälsa för alla?

De mänskliga rättigheterna garanteras i Sverige framför allt genom grundlagarna. I 1 kap. 2 § regeringsformen anges att det särskilt ska åligga det allmänna att trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt att verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa, dvs. att den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara ett grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Regeringen har också uttryckligen sagt att Sverige ska vara en tydlig röst i världen för de mänskliga rättigheterna och att ambitionerna ska höjas för att de mänskliga rättigheterna ska implementeras och efterlevas fullt ut i alla världens länder⁵³ och att regeringens långsiktiga mål är att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna i Sverige (skr. 2005/06:95). I fråga om nationell lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område hänvisas till avsnitt 3.5.

Som nämnts i avsnitt 3.4 finns ingen legaldefinition av rätten till hälsa i de internationella konventioner och dokument som Sverige har åtagit sig att följa. På grund av principen om progressiv realisering kan gränsen för vad som är godtagbart enligt konventionen dessutom skilja sig åt från land till land. För att besvara frågan hur Sverige lever upp till sina åtaganden i fråga om rätten till hälsa bör man närmast göra en bedömning utifrån den kommentar till ESK-konventionen⁵⁴ (General Comment no. 14) som utredningen redogör för i avsnitt 3.4.3 och som tagits fram av Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, vilken är en övervakningskommitté för ESK-konventionen.

I kommentaren, som påtalar staternas skyldighet att respektera, skydda och uppfylla individernas rätt till hälsa, definieras denna rätt enligt faktorerna AAAQ (*availability, accessibility, acceptability* och *quality*), se vidare avsnitt 3.4.3. Utredningen har valt att använda de svenska begreppen tillgång (för *availability*), tillgänglighet (för *accessibility*), acceptabel (för *acceptability*) och kvalitet (för *quality*).

Att fungerande hälso- och sjukvårdsinrättningar finns tillgängliga i tillräcklig omfattning i Sverige framstår som odiskutabelt. Visserligen förs i debatten ibland fram argument om vårdköer och vänte-

⁵³ Se regeringens skrivelse Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik (Skr. 2007/08:109 s. 5).

⁵⁴ Den internationella konventionen om ekonomiska, kulturella och sociala rättigheter.

tider för olika åtgärder inom hälso- och sjukvården, men kravet på *tillgång* framstår för Sveriges del som klart uppfyllt.

Att den vård som generellt bedrivs och erbjuds befolkningen är av god kvalitet och utförs på ett för patienter och vårdgivare godtagbart och acceptabelt sätt framstår också som klart, även om det i enstaka fall har framförts att diskriminering av exempelvis personer med utländsk härkomst förekommer.⁵⁵ Det bör dock noteras att den vård som papperslösa personer får ofta ges på frivilligorganisationernas mottagningar, där vården av naturliga skäl inte kan hålla samma kvalitet och omfattning som den som ges t.ex. på en vårdcentral eller på ett sjukhus på grund av avsaknad av material, laboratorium, röntgen, etc. Sett ur detta perspektiv skulle det därför kunna hävdas att den vård som asylsökande och papperslösa personer får i praktiken i vissa fall inte uppfyller kvalitetskravet. Det kan då också noteras att någon kvalitetskontroll av den vård som de får på detta sätt inte heller kan göras eftersom den bedrivs utom synhåll från granskande myndigheter. I de fall där den asylsökande eller papperslösa tas emot i den offentliga vården framstår det som att hälso- och sjukvården i Sverige motsvarar de krav på *kvalitet* som ange i General Comment No. 14, samt att vården är *acceptabel*.

När det gäller kravet på *tillgänglighet* kan följande noteras.

I General Comment No. 14 anges att kravet på tillgänglighet innebär att hälso- och sjukvårdsinrättningarna måste vara tillgängliga för alla på juridiska grunder men även fysiskt och ekonomiskt tillgängliga samt att informationsåtgärder ska utformas så att de når alla patienter. En grundläggande förutsättning för att vården ska anses organiserad på ett sätt som är förenligt med de mänskliga rättigheterna uppges vara att den inte är diskriminerande. Staten har därvid ett särskilt ansvar för att tillse att även sådana personer som inte har tillräckliga ekonomiska resurser får tillgång till hälso- och sjukvård. I Kommitténs för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter General Comment No. 20 anges dessutom förtydligande att innehållet i konventionen omfattar alla människor, inte endast sådana som är bosatta eller vistas med tillstånd i ett land.

Kravet på fysisk tillgänglighet för de asylsökande och papperslösa personerna torde vara uppfyllt inom svensk hälso- och sjukvård. Det har i alla fall inte, såvitt känt av denna utredning, framförts några allvarliga invändningar mot vården i detta avseende. Frågan om eventuell bristande tillgänglighet gäller snarare den juri-

⁵⁵ Diskrimineringsombudsmannen har exempelvis ärenden som rör diskriminering av personer med utländsk härkomst inom vården, se www.do.se och avsnitt 4.4.1.

diska och ekonomiska tillgängligheten samt tillgängligheten när det gäller information.

När det gäller den ekonomiska tillgängligheten kan konstateras att hälso- och sjukvården i Sverige till stora delar är skattesubventionerad för personer som enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska erbjudas sådan vård. För övriga som vistas i landet gäller att landstingen har rätt att kräva full betalning för utförd hälso- och sjukvård. Det har, i våra kontakter med framför allt de kliniker som drivs av frivilligorganisationerna och som erbjuder vård till papperslösa personer, framgått att dessa krav ofta har en starkt avhållande effekt på patientgruppen att söka sig till den offentliga vården.

Informationstillgängligheten torde, såvitt utredningen kunnat utröna, inte vara fullt ut tillgodosedd eftersom framför allt de papperslösa personerna inte nås av korrekt information, exempelvis rörande barns tillgång till vård. Det bör dock i detta sammanhang noteras att de papperslösa personerna är en mycket flyttningsbenägen grupp som inte är enkel att vare sig kontakta eller sprida information till. Inom vården i dag är en stor mängd information översatt till olika språk. Att denna information inte går fram till de papperslösa personerna är problematiskt men kan mot den bakgrund som tecknas här inte betraktas som anmärkningsvärt.

Förutom ESK-konventionen är Barnkonventionen av stort intresse för utredningen. Det som särskilt bör lyftas fram från denna konvention är artiklarna om icke-diskriminering (artikel 2), rätt till ett namn och medborgarskap (artikel 7), skydd mot fysiskt eller psykiskt våld (artikel 19) och rätt till bästa uppnåeliga hälsa (artikel 24), social trygghet (artikel 26) och en levnadsstandard som krävs för barnets utveckling i olika hänseenden (artikel 27).

Som framkommit i flera avsnitt finns det ett antal omständigheter som tyder på det finns ett antal barn i Sverige vars situation inte kan anses vara förenlig med de målsättningar som anges i Barnkonventionen.

Ett uppenbart problem är det förhållandet att en grupp av papperslösa barn, de s.k. ”gömda”, inte har tillgång till annan vård än sådan som de, eller deras vårdnadshavare, får betala hela kostnaden för. Detta får anses oförenligt med Barnkonventionens bestämmelse om rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Även för de barn som enligt bestämmelserna i 2008 års lag ska erbjudas vård finns det i praktiken begränsningar, eftersom deras vårdnadshavare inte har tillgång till vård och i vissa fall inte heller känner till att detta inte gäller för barnen. Därutöver är det ett stort problem att papperslösa nyfödda

barn löper en risk att inte bli registrerade. Rent allmänt är emellertid hela den bild som tecknats av papperslösa barns tillvaro i Sverige bekymmersam. Rätten till skolgång är oklar och många barn uppges få ta ett alltför stort ansvar för familj och föräldrar.

Finns det då ändå något skäl som rättfärdigar de begränsningar som finns i den svenska lagstiftningen utifrån ett rimlighetsperspektiv och som gör att Sverige trots vad som anförts ovan ska behålla nuvarande lagstiftning? Som framgått under kapitel 4 har frågan om begränsningar i det svenska sociala välfärdssystemet tidigare varit föremål för överväganden. I utredningens direktiv påtalas också aspekter – främst frågor som rör den reglerade invandringen – som skulle kunna göra att vissa begränsningar i tillgängligheten till hälso- och sjukvård för de asylsökande och papperslösa personerna kunde övervägas.

I denna del ska först slås fast att utredningen inte har som uppdrag att göra några rimlighetsbedömningar av vilken tillgång till hälso- och sjukvård som asylsökande och papperslösa personer ska erbjudas. Uppdraget är att föreslå en mer ändamålsenlig reglering än den nuvarande och som ger dessa personer ökad tillgång till svensk subventionerad hälso- och sjukvård.

För utredningens uppdrag är det dock på sin plats att analysera i vad mån den svenska regleringen är förenlig med principen om icke-diskriminering, som kommer till uttryck i artikel 2:2 i ESK-konventionen.⁵⁶ Som konventionsstat är Sverige ju skyldigt att genomföra åtgärder för att förverkliga rätten till hälsa, vilken framgår av artikel 12 i ESK-konventionen (se avsnitt 3.4), samtidigt som principen om icke-diskriminering ska iakttas (se avsnitt 3.4.3.3).

FN:s förre specialrapportör för rätten till hälsa, Paul Hunt, har i sin rapport fört ett resonemang som utredningen tolkar går ut på att när en stat som Sverige har en ordning för sin hälso- och sjukvård som utgår från att medicinska behov ska ligga till grund för vilken tillgång medborgarna har till vården så ska samma nivå och förutsättningar gälla för alla dem som befinner sig i landet för att det ska kunna anses att staten fullt ut lever upp till åtagande om bästa möjliga hälsa för alla. I annat fall sker en olik hantering som kan ses som diskriminerande. Det kan i sammanhanget tilläggas att

⁵⁶ I denna stadgas att "Konventionsstaterna förpliktar sig att garantera, att de i denna konvention inskrivna rättigheterna får utövas utan åtskillnad av något slag på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell eller social härkomst, förmögenhet, börd eller ställning i övrigt."

Paul Hunt, i samband med en konferens vid Karolinska institutet i november 2010, upprepat sin kritik mot den svenska lagstiftningen.⁵⁷

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har i General Comment No. 20 utfärdat rekommendationer särskilt rörande icke-diskrimineringsprincipen (se avsnitt 3.4.3.3). Såväl i denna General Comment som i General Comment No. 14 (p. 34) har kommittén framhållit att stater har en skyldighet att respektera rätten till hälsa för alla och inte får neka eller begränsa tillgången till hälso- och sjukvård för någon, inklusive asylsökande och papperslösa personer. Detsamma har anförts av FN:s rasdiskrimineringskommitté i sin kommentar rörande diskriminering av icke medborgare (General Comment No. 30 p. 36).

För att tolka principen om icke-diskriminering kan också jämförelser göras med hur icke-diskrimineringsprincipen har tolkats enligt andra konventioner. I FN:s konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter från 1966 återfinns icke-diskrimineringsprincipen i artikel 2:1. Där anges att konventionsstaterna förpliktas att "...tillförsäkra envar, som befinner sig inom dess område och är underkastad dess jurisdiktion, de i denna konvention inskrivna rättigheterna utan åtskillnad av något slag..." I jämförelse med konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (ESK-konventionen) kan således principen sägas uttryckas på ett mer begränsande sätt här.

Kommittén för de mänskliga rättigheterna (ICCPR) är övervakningskommitté för FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter. Kommittén framhåller i sin kommentar av icke-diskrimineringsprincipen (General Comment No. 18) att en distinktion avseende åtnjutande av rättigheterna inte behöver vara en diskriminering förutsatt att grunden för denna är rimlig och saklig och att syftet är förenligt med konventionen.

I doktrinen⁵⁸ har framhållits att en bedömning av huruvida en distinktion mellan personer eller grupper av personer är förenlig med icke-diskrimineringsprincipen eller inte är avhängig följande kriterier, nämligen

1. om personerna befinner sig i en motsvarande situation (*comparable situation*),
2. om skillnaderna är baserade på rimlig och saklig grund (*reasonable and objective criteria*), samt

⁵⁷ Paul Hunts anförande finns publicerat på www.ratttillvard.se/dokumentation.

⁵⁸ Exempelvis Nowak, M.: ICCPR Commentary, Engel Verlag, 2005.

3. om distinktionen är proportionerlig i varje enskilt fall.

I det aktuella fallet är frågan enligt utredningens uppfattning i första hand huruvida en rimlig och saklig grund kan anses föreligga för en sådan begränsning som dagens situation innebär. Den grund som i första hand skulle kunna åberopas är att den enskilde papperslöse befinner sig i landet utan tillstånd. Mot bakgrund av vad som angetts i den kommentar som rör konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (ESK-konventionen), där det uttryckligen angetts att även personer som befinner sig inom ett land utan nödvändigt tillstånd att vistas där ska omfattas av rätten till bästa möjliga hälsa, kan anföras att avsaknaden av ett sådant tillstånd således inte kan bedömas som en rimlig och saklig grund för åtskillnad när det gäller tillgång till hälso- och sjukvård. Det kan särskilt starkt ifrågasättas hur en sådan åtskillnad skulle kunna motiveras när det gäller papperslösa barn. Något annat skäl för att tillåta diskriminering kan enligt utredningens bedömning inte heller anses föreligga. Frågan om begränsning av tillgång till vården även på andra grunder blir emellertid föremål för diskussion även i avsnitt 7.8.

Sammanfattningsvis gör utredningen bedömningen att den begränsning av tillgängligheten till hälso- och sjukvård på framför allt juridiska och ekonomiska grunder som har kunnat konstateras föreligga för vissa grupper av människor som vistas i landet innebär att Sverige inte kan sägas fullt ut leva upp till åtagandena att erbjuda rätt till bästa möjliga hälsa för alla. Det är uppenbarligen också så att tillämpningen av och begränsningar i den nuvarande regleringen medför att många barn försätts i situationer som inte kan anses överensstämma med vad som föreskrivs i Barnkonventionen.

6.5.6 Lever Sverige upp till sina ambitioner i den nationella lagstiftningen?

Som framgått av avsnitt 2.6 finns det i Sverige genom lagstiftning en uttalad ambition att bedriva god hälso- och sjukvård på ett sätt som bl.a. innefattar ett krav på en hög patientsäkerhet. I detta ingår bl.a. att vården ska dokumenteras och – som med all annan offentlig verksamhet – att den ska kunna bli föremål för granskning och revision. Dessutom ska det allmänna verka för goda förutsättningar för hälsa (1 kap. 2 § regeringsformen). Vidare har utredningen i avsnitt 6.1 identifierat ett antal problem med den nuvarande han-

teringen av asylsökande och papperslösa personer inom hälso- och sjukvården när det gäller förenligheten med grundläggande kommunal- och förvaltningsrättsliga principer.

Det har under utredningens arbete framkommit att asylsökande och papperslösa personer, trots att dessa enligt lagen inte ska erbjudas mer än viss, begränsad hälso- och sjukvård, tas emot inom vården, dels inom ramen för frivilligorganisationernas arbete, dels mer eller mindre dolt inom den offentliga vården. Det bör dock poängteras att utredningen i sitt arbete kunnat konstatera att den vårdpersonal som engagerat sig i frågan är mycket angelägen om att patienterna ska få sina behov tillgodosedda på utifrån omständigheterna bästa möjliga sätt.

Den verksamhet som har beskrivits kan enligt utredningens uppfattning betecknas som den svenska hälso- och sjukvårdens dolda och ”gråa” verksamhet. Den beskrivna ordningen kan inte anses tillfredsställande varken ur perspektivet att den inte fullt ut lever upp till internationella åtaganden. Den uppfyller inte heller fullt ut de krav som den nationella lagstiftningen ställer upp. Tillämpningen är inte lika över landet. Mot denna bakgrund anser utredningen att den nuvarande hanteringen av asylsökande och papperslösa personer inom hälso- och sjukvården inte är rättssäker och inte heller ändamålsenlig. Att omfattningen av den beskrivna verksamheten totalt sett både personmässigt och ekonomiskt och i relation till den samlade hälso- och sjukvården är ytterst begränsad ändrar inte denna utredningens grundläggande bedömning i denna del.

I kapitel 7 och 8 återkommer utredningen till sina slutliga överväganden, förslag och bedömningar.

7 Allmänna utgångspunkter för utredningens förslag och bedömningar

7.1 Inledning

I föregående kapitel har redovisats den nationella och internationella kritik som riktats mot den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen av innebörd att den hälso- och sjukvård som asylsökande och papperslösa personers erbjuds i Sverige inte fullt ut lever upp till nivån i de internationella åtagandena. Vidare har olika tillämpningsproblem och andra svårigheter med den nuvarande lagstiftningen beskrivits. Utredningen har analyserat vilka krav som bör ställas på en hälso- och sjukvårdslagstiftning för att den ska kunna sägas vara ändamålsenlig och rättssäker samtidigt som den så långt som möjligt kan anses leva upp till internationella åtaganden och nationellt uppställda ambitioner.

Utredningen har funnit att Sverige inte fullt ut lever upp till sina internationella åtaganden när det gäller asylsökande och papperslösa personers rätt till bästa möjliga hälsa för alla. Framför allt finns det begränsningar i deras juridiska och ekonomiska tillgång till hälso- och sjukvård. Utredningen har också konstaterat att den nuvarande hanteringen av asylsökande och papperslösa personer inom hälso- och sjukvården inte heller fullt ut lever upp till de ambitioner som kommit till uttryck i nationell lagstiftning. Utredningen anser således att den kritik som har riktats mot den svenska regleringen av hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer i stora delar kan anses befogad och att det därför finns skäl att överväga regeländringar.

I detta kapitel kommer ett antal olika aspekter som kan – och enligt utredningens direktiv ska – analyseras och läggas till grund för de bedömningar och förslag som utredningen gör och föreslår.

Analysen leder fram till en rad principer som ligger till grund för utredningens förslag, vilka presenteras i kapitel 8.

7.2 Viktiga aspekter vid utredningens överväganden

När det gäller frågan om hur hälso- och sjukvården till de personer som denna utrednings uppdrag¹ rör bör regleras, så att de kommer till större åtnjutande av subventionerad vård än i dag, bör ett antal olika aspekter beaktas och sinsemellan värderas.

Utifrån den problembeskrivning och analys som utredningen gör i kapitel 6, samt utifrån vad som angivits i utredningens direktiv och i regeringens ramöverenskommelse med Miljöpartiet de gröna om migrationspolitiken (se avsnitt 4.1), kan följande aspekter identifieras som betydelsefulla.

Sveriges internationella åtaganden att verka för **mänskliga rättigheter** i allmänhet och rätten till bästa möjliga hälsa för alla samt barns intressen i synnerhet bör få genomslag fullt ut i lagstiftningen. I detta ligger **humanitära** och **medicinska** aspekter och nära kopplat till dessa är de **etiska** principer som medicinsk personal har att förhålla sig till i sin dagliga yrkesutövning.

De tillämpningsproblem som tas upp i utredningens direktiv, och som under utredningens arbete har bekräftats av bl.a. företrädare för vården, ska i största möjliga mån undanröjas så att största möjliga klarhet råder om vad som gäller i fråga om tillgång till vård. Det måste bli **ordning och reda** och en **tydlighet** i regleringen för att den ska kunna sägas vara både **ändamålsenlig och rättssäker**. All offentlig verksamhet ska vara **öppen** för insyn, tillsyn, uppföljning, revision m.m. Inte minst gäller detta när verksamheten dessutom har en offentlig finansiering. Ökade möjligheter till hälso- och sjukvård ska inte påverka **mottagandet av asylsökande** eller **den reglerade invandringen**. Förutsättningarna för detta ska ligga fast.

I den mån en utökning av tillgången och tillgängligheten till vård för de aktuella grupperna får **ekonomiska konsekvenser** ska dessa givetvis beaktas. Detta följer också av utredningens generella direktiv.² Förutom den eventuella kostnad som ett genomförande av ett förslag innebär kan en utökad tillgång till hälso- och sjukvård för de för utredningen aktuella grupperna ha andra samhällsekon-

¹ I avsnitt 2.1 beskrivs vilka grupper som omfattas respektive inte omfattas av utredningens uppdrag.

² 14 § kommittéförordningen (1998:1474).

miska konsekvenser som ska tillmätas betydelse. I detta sammanhang ska också vad som framförts i avsnitt 6.1 om vårdens ”grå” ekonomi beaktas.

En grov indelning av de aspekter som enligt utredningens mening bör beaktas kan således göras enligt följande.

- Mänskliga rättigheter samt humanitära, medicinska och etiska aspekter.
- Tydlighet, ändamålsenlighet och rättssäkerhet.
- Öppenhet i verksamheten.
- Asylmottagandet och den reglerade invandringen.
- Ekonomiska konsekvenser.

7.3 Mänskliga rättigheter och humanitära och medicinska aspekter

Sverige har, vilket utvecklas i kapitel 3, ratificerat ett antal internationella konventioner om mänskliga rättigheter och genom dessa förbundit sig att bl.a. respektera och leva upp till de åtaganden som finns när det gäller t.ex. rätten till bästa möjliga hälsa för alla, samt att tillförsäkra alla barn som vistas i landet de rättigheter som kommer till uttryck i Barnkonventionen. Regeringen och Miljöpartiet de gröna har i ramöverenskommelsen om migrationspolitiken slagit fast att det gemensamma målet för denna är att säkerställa en *human, rättssäker* och *ordnad* migrationspolitik (se avsnitt 4.1).

Sverige har under lång tid varit aktivt när det gäller att synliggöra och lyfta fram mänskliga rättigheter i det internationella arbetet. Detta har närmare beskrivits i avsnitt 3.4. Vidare har regeringen uttalat att ambitionerna ska höjas för att de mänskliga rättigheterna ska implementeras och efterlevas *fullt ut* i alla världens länder³ och för Sverige satt upp ett långsiktigt mål ”att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna i Sverige”.⁴ I 1 kap. 2 § regeringsformen stadgas dessutom att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa. Det skulle därför kunna hävdas att det vore förenligt med denna bild av Sverige som pådrivare när det gäller respekten för mänskliga rättigheter att ha en mer generös reglering av tillgången till hälso- och sjukvård även för de personer som omfattas av utredningens arbete än vad som är fallet i dag. Även bosatta personers

³ Skr. 2007/08:109 s. 5, 40.

⁴ Skr. 2005/06:95 En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009.

rätt till bästa möjliga hälsa kan gynnas om hälso- och sjukvården för asylsökande och papperslösa personer görs mer tillgänglig än vad den är i dag. Får asylsökande och papperslösa personer t.ex. tillgång till vård på ett tidigare stadium minskar risken för att större och mer komplicerade vårdinsatser behöver sättas in. Vården kan då också snabbare hitta bärare av smittsamma infektioner och därigenom förhindra smittspridning, vilket är något som gynnar alla. Det kan inte antas gynna någon att det vistas personer i landet – med eller utan nödvändiga tillstånd – som bär på smittsamma sjukdomar som inte upptäcks och behandlas.

Utredningen har vid kontakter med framför allt företrädare för frivilligorganisationer fått beskrivet att det ur en humanitär synvinkel kan anmärkas att främst papperslösa personer ofta har en särskilt utsatt tillvaro. Enligt uppgifter till utredningen utnyttjas dessa personer exempelvis ofta på arbetsmarknaden. För att kunna försörja sig tvingas de ofta att ta s.k. svarta anställningar, ofta mot mycket låg ersättning och utan några rättigheter överhuvudtaget. Vidare har frivilligorganisationerna sett att de personer som vistas i landet utan nödvändiga tillstånd ofta är utsatta både för sexualbrott och handel med sexuella tjänster. Det är framför allt kvinnorna i dessa grupper som ofta utsätts för våld i nära relationer, ett våld de är obenäpna att beskriva för myndigheterna för att få hjälp. Att kvinnorna har denna inställning uppges bero på rädsla för myndigheter, t.ex. polisen, men även för socialtjänsten på grund av underrättelse- och uppgiftsskyldigheten (se avsnitten 2.3.9 och 3.6). Därtill kommer att det förekommer att papperslösa kvinnor avisas av socialtjänsten och kvinnojourerna på grund av bristande kunskap hos företrädare för dessa verksamheter om rätten till bistånd för dem som vistas i kommunen samt kravet från kvinnojourerna på betalning för skyddat boende.

Rätten till bästa möjliga hälsa för alla ska, enligt de auktoritativa tolkningar av framför allt FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-konventionen), som gjorts av Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, åtnjutas av *samtliga som befinner sig inom en stats gränser* (se avsnitt 3.4.3). Principen gäller således både de grupper som denna utredning omfattar och personer som är bosatta i landet. Även om det framstår som självklart att rätten till bästa möjliga hälsa för alla också gäller personer bosatta i landstingen är detta viktigt att poängtera. Det får inte komma i fråga att den svenska hälso- och sjukvården förändras eller organiseras på ett sådant sätt att det uppstår undanträng-

ingseffekter och att vården för bosatta personer försämras. En sådan effekt skulle inte vara förenlig med principen om progressiv realisering (se avsnitt 3.4.3.3 och nedan). Den vård som erbjuds i Sverige ska – oavsett vem som är vårdtagare – alltid bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt utifrån de etiska riktlinjer som gäller för denna verksamhet (jfr avsnitt 3.7). De prioriteringar som ska göras inom vården ska göras på samma sätt för alla patienter. En fortsatt analys av denna fråga görs i avsnitt 7.6.

En viktig aspekt när man talar om konventionsstaters arbete med att uppfylla kraven i olika konventioner är att detta arbete måste bedrivas på ett sätt som kan betecknas som progressivt. Detta innebär att man kan acceptera att samtliga mål i en konvention kanske inte kan uppfyllas omedelbart. Allt förändringsarbete måste emellertid gå i riktning mot ett ökat uppfyllande av konventionens bestämmelser. Förändringar som innebär försämringar i fråga om t.ex. rätten till bästa möjliga hälsa kan därför inte accepteras för någon befolkningsgrupp.

Att kunna tillförsäkra patienter en adekvat hälso- och sjukvård kräver också att den kan bedrivas på ett sätt som möter befolkningens behov. Detta gäller både det akuta medicinska behovet och behovet att genom förebyggande och tidiga insatser undvika eller minimera framtida sjukdom eller lidande. Av detta skäl behöver exempelvis statistik kunna föras så att resurser kan fördelas på det mest ändamålsenliga sättet. För att berörda vårdgivare och myndigheter ska ha hela behovsbilden klar för sig krävs att man har kännedom om förhållanden som rör samtliga som vistas i landet. Detta förenklas betydligt om hälso- och sjukvården är tillgänglig för alla personer som befinner sig i landet och om den kan dokumenteras på ett ändamålsenligt sätt (jfr avsnitt 6.2).

Som framgått av avsnitt 6.3.2 har FN:s tidigare specialrapportör för rätten till hälsa, Paul Hunt, riktat kritik mot Sverige och det sätt på vilket hälso- och sjukvården för bl.a. asylsökande och papperslösa personer var organiserad vid tidpunkten för hans besök (2006). Kritik har också riktats mot Sverige av andra FN-organ vilka anser att personer med utländsk bakgrund och icke-svensk etnicitet diskrimineras i Sverige när det gäller deras tillgång till hälso- och sjukvård (se avsnitt 6.3.2).

Problemen med dagens ordning för hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa personer har identifierats och beskrivits i kapitel 6. Noteras kan att den lagreglering som tillkom genom lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. enligt för-

arbetena innebar en tydligare reglering av en dåvarande redan rådande frivillig och mellan staten och Sveriges Kommuner och Lands-ting reglerad ordning.⁵ Detta var en ordning som specialrapportören således hade kritiserat bara något år före lagens ikraftträdande. Sedan lagens ikraftträdande har inga ytterligare lagstiftnings-åtgärder i frågan vidtagits. Att den kritik som specialrapportören tidigare framförde i allt väsentligt kvarstår har också bekräftats av Paul Hunt själv vid en konferens vid Karolinska institutet i Solna i november 2010.⁶

Problemen med dagens reglering kan sammanfattas så att hälso- och sjukvården för asylsökande och papperslösa personer inte kan betraktas som fullt ut tillgänglig utifrån framför allt ekonomiska och juridiska aspekter. Viss tveksamhet kan även anses råda när det gäller tillgänglighet av information. Utredningen konstaterar i kapitel 6 att den nuvarande ordningen inte fullt ut lever upp till Sveriges internationella åtaganden. Framför allt gäller detta rätten till bästa möjliga hälsa för alla men det gäller även de åtaganden som Sverige har när det gäller barnets rättigheter, vilka uttrycks i Barnkonventionen.

Utredningen konstaterar också i kapitel 6 att de krav på t.ex. patientsäkerhet som kommit till uttryck i nationell lagstiftning och som har ett klart samband med rätten till bästa möjliga hälsa för alla inte får fullt genomslag i all den vård som bedrivs i Sverige i dag. Detta är inte i enlighet med grundläggande principer om rättssäker och lika behandling av enskilda i verksamhet som dessutom kan innefatta åtgärder som kan betecknas som myndighetsutövning. Utredningen bedömer också att den ordning som i dag råder, för att hantera och administrera vård till asylsökande personer och kanske framför allt vård till papperslösa personer, har en bristande förenlighet med principerna om kommunala befogenheter, god ekonomisk hushållning och de bokförings- och redovisningsprinciper som gäller för kommunal verksamhet.

Hur ska då hälso- och sjukvården organiseras för att den ska kunna anses erbjuda personer som vistas i landet rätt till bästa möjliga hälsa?

Att göra hälso- och sjukvården tillgänglig i *juridiskt* hänseende kan, enligt utredningens uppfattning, göras endast genom att i lag ange att de som befinner sig inom ett landstings geografiska område ska erbjudas vård utifrån det i varje enskilt fall konstaterade medicinska behovet. Den vård som ska erbjudas ska enligt nu gäll-

⁵ Se prop. 2007/08:105.

⁶ Se dokumentation från konferensen på <http://www.ratttillvard.se/index.html>.

ande författningar vara av samma goda kvalitet oavsett om patienten är bosatt i landstinget, är asylsökande eller papperslös (se avsnitt 2.4). När det däremot gäller vilken vårdnivå som i det enskilda fallet kan bli aktuell så är det i dag beroende på patientens juridiska status. Enligt utredningens förslag ska på samma sätt som gäller i all hälso- och sjukvård i dag prioriteringar göras också av asylsökande och papperslösa patienters vårdbehov (se avsnitten 8.1–8.2). Det är angeläget att betona att ett utökande av den vård som asylsökande och papperslösa personer ska erbjudas innebär att de ska behandlas på samma sätt som andra patienter, varken bättre eller sämre.

Hur finansieringen av vården ska gå till och i vilken omfattning patienterna själva ska betala för vården kommer att behandlas närmare i avsnitten 8.3–6. För att vården ska vara *ekonomiskt* tillgänglig och att någon diskriminering av vissa patientgrupper ur detta perspektiv inte ska anses föreligga får emellertid förutsättas att asylsökande och papperslösa patienter inte åläggs ett större kostnadsansvar för sina vårdkostnader än vad som gäller för bosatta. En ordning som innebär att papperslösa personer ska betala vårdavgifter som andra som bor i Sverige inte behöver betala har ansetts vara diskriminerande.⁷ Principen att det ska vara det medicinska vårdbehovet och inte den ekonomiska betalningsförmågan som styr om, hur och när en vårdinsats ska göras ska också gälla.

När det gäller tillgängligheten i fråga om *information* bör enligt utredningens uppfattning Migrationsverket, i samband med asylprocesserna, även fortsättningsvis ha en naturlig roll när det gäller att upplysa asylsökande personer om vilka deras rättigheter är. De frivilligorganisationer som utredningen har varit i kontakt med under arbetets gång har också sagt sig ha en viktig funktion att fylla när det gäller att upplysa papperslösa personer om hur tillgången till vård ser ut. Detta är väsentligt med tanke på svårigheten att nå de papperslösa personerna genom mer allmänna informationsinsatser. Det kommer också att ställas krav på vårdgivarna att informera all vårdpersonal om ändringar i lagstiftningen så att dessa i sin tur kan informera patienter som kommer och söker vård. Utredningen har också kunnat konstatera att regeringen nyligen beslutat direktiv⁸ med innebörd att en särskild utredare, som ett led i att stärka patienterna ställning genom en ny patientlagstiftning, också ska föreslå hur informationsutbyte mellan patient och vårdgivare kan underlättas och utvecklas. I detta sammanhang torde det bli aktuellt

⁷ http://www.snabber.se/files/vardforalla/paul_hunts_tal_hearingen_080213.pdf.

⁸ Dir 2011:25 Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning.

att även se på de asylsökande och papperslösa patienternas tillgång till information.

Att nuvarande reglering av de bosattas tillgång till hälso- och sjukvård fullt ut lever upp till de internationella åtaganden inom området torde vara oomtvistat. Specialrapportören för rätten till hälsa Paul Hunt har dessutom i sin rapport uttalat att Sverige har en av världens bästa hälso- och levnadsstandard. Kan hälso- och sjukvården således utformas så att de asylsökande och papperslösa personerna ges samma tillgång till vården och dessutom tillgång på samma villkor som bosatta så anser utredningen att Sverige fullt ut uppfyller sina internationella åtaganden om rätt till bästa möjliga hälsa för alla, även för dessa grupper. En sådan förändring skulle också innebära att Sverige på ett bättre sätt lever upp till flera av de ambitioner som i dag kommer till uttryck i den nationella lagstiftningen. En analys av om det ändå finns skäl att begränsa tillgängligheten kommer emellertid att föras i avsnitt 7.8 (jfr också avsnitt 6.5.5).

7.4 Tydlighet, ändamålsenlighet och rättssäkerhet

Otydligheten i den nuvarande hälso- och sjukvårdslagstiftningen när det gäller asylsökande och papperslösa personers tillgång till vård ger upphov till dagliga tillämpningsproblem för vårdpersonalen. Företrädare för vårdgivare som utredningen haft kontakt med har beskrivit att dessa problem blir särskilt påtagliga i de etiska konflikter som personalen hamnar i när de, för att följa föreskrivna rutiner, t.ex. tvingas att före en medicinsk vårdinsats kräva betalt av en patient som vid vårdtillfället visar sig ha bristande betalningsförmåga med resultat att vårdinsatsen kanske aldrig kommer till stånd.

Under utredningens arbete har det framkommit att det finns en samstämmighet bland företrädare för vårdpersonalen att de yrkesetiska riktlinjer som tagits fram inom olika professioner inom vården väl speglar det synsätt som enligt dessa företrädare bör vara vägledande för vårdpersonalens dagliga arbete.⁹ De etiska riktlinjerna bedöms också väl ge uttryck för ett förhållningssätt som stödjer den mänskliga rättigheten rätt till bästa möjliga hälsa för alla och att det är vårdpersonalens huvuduppgift att förverkliga detta. Som framgår redan i direktiven till utredningen och som konstateras i problembeskrivningen i kapitel 6 korresponderar den nuvarande regleringen

⁹ Se bl.a. skrivelse som inkom till utredningen den 14 februari 2011 från Svensk sjuksköterskeförening som undertecknats av 16 vårdprofessionella organisationer (Dnr S 2010:01/2011/34).

av hälso- och sjukvården för asylsökande och papperslösa personer emellertid inte helt med de etiska riktlinjerna.

Syftet med den lagstiftning som styr den svenska hälso- och sjukvården är att tillförsäkra behövande personer en god vård och att den ska ges efter medicinskt behov, enligt de prioriteringsprinciper som gäller för vården och enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. I verksamheten finns flera yrkesgrupper som är särskilt legitimerade för att bidra till att den vård som ges är av god kvalitet och utförs av behöriga personer med rätt kunskaper. I lagstiftningen ställs också krav på vårdgivarna att värna patientsäkerheten och att för detta driva ett aktivt patientsäkerhetsarbete (jfr också not 3 ovan och Dir. 2011:25). I kapitel 6 konstaterar utredningen att det finns en dold del av den svenska hälso- och sjukvården som de nämnda syftena inte når fullt ut. Verksamheten kan inte heller sägas vara helt rättssäker eftersom tillämpningen inte är enhetlig över landet och verksamheten inte fullt ut kan utvärderas, bli föremål för sedvanlig tillsyn, revideras m.m. En sådan reglering kan inte heller anses ändamålsenlig.

Den nuvarande ordningen kan, som nämnts i kapitel 6, också ifrågasättas ur ett kommunalrättsligt perspektiv och då framför allt dess förenlighet med de grundläggande principerna i kommunallagen (1991:900). Med en tydlighet i hälso- och sjukvårdslagstiftningen skulle även denna osäkerhet till stor del kunna undanröjas och det skulle bli klart vad landstingen och kommunerna har för rätt och skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård, till vem och på vilka villkor. Vidare finns behov av att se till att även denna del av hälso- och sjukvården hanteras enligt principerna om god ekonomisk hushållning och i enlighet med de bokförings- och redovisningsprinciper som gäller för kommunal verksamhet.

En grundläggande princip för utformningen av förslaget måste enligt utredningens mening således vara att regelverket ska vara tydligt och så utformat att de syften lagstiftningen har uppnått och att vårdpersonalen i sitt dagliga vårdarbete inte ska behöva ställas inför otydligheter och moraliska dilemman. Den ordning som råder i dag ställer människor i behov av medicinsk vård utanför vården. Det gäller även personer som redan i dag ska erbjudas vård. Utan ett ändrat regelverk kan man, enligt utredningens mening, inte säga att Sverige fullt ut lever upp varken till sina internationella åtaganden när det gäller rätten till bästa möjliga hälsa för alla eller de ambitioner om patientsäkerhet, god arbetsmiljö m.m. samt de kommunalrättsliga principer som kommit till uttryck i nationell lagstiftning.

7.5 Öppenhet i verksamheten

Som utredningen konstaterar i avsnitt 6.1 sker i dag en del hälso- och sjukvård i det fördolda, med nyttjande av offentligt finansierad vårdpersonal och utrustning. Även om det inte har framkommit något annat än att denna vård ges av personer som är mycket engagerade för mänskliga rättigheter och som har kompetens att bedriva verksamheten, är det enligt utredningens uppfattning ett problem att verksamheten inte är öppen för insyn, tillsyn m.m. på det sätt som resten av hälso- och sjukvården är.

För att kunna garantera att all hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige uppfyller de kriterier som angavs i avsnitt 7.4 och därmed leva upp till de krav som kan ställas för att rätten till bästa möjliga hälsa för alla ska kunna anses tillgodosedd, krävs att verksamheten ska kunna granskas. Det är av flera skäl inte acceptabelt att vård sker i det fördolda.

All offentligt finansierad verksamhet måste vara öppen för insyn, uppföljning, tillsyn, revision och annan kontroll. Det är mot denna bakgrund inte rimligt att offentliga medel används på ett sätt som inte kan granskas, och på ett sätt som, om verksamheten inte bedrivs på ett seriöst sätt, kan medföra fara för enskilda personer. Det är inte heller rimligt att personer som vistas i Sverige ska vara beroende av ideellt arbetande vårdpersonal för att få sin rätt till bästa möjliga hälsa tillgodosedd.

För att tillgodose kraven på en god, rättssäker och patientsäker hälso- och sjukvård krävs enligt utredningens uppfattning att all vård sker på ett öppet och genomlysbart sätt.

7.6 Påverkan på asylmottagandet och den reglerade invandringen

Enligt direktiven är en viktig utgångspunkt för utredarens samlade förslag är att dessa inte har en negativ inverkan på asylprocessen inklusive asylmottagandet eller att tillgången till sjukvård bidrar till att fler personer uppehåller sig och arbetar här utan nödvändiga tillstånd för att vistas i landet.

En viktig aspekt i sammanhanget är att papperslösa personer befinner sig i landet utan att ha nödvändigt tillstånd att vistas här. I många av fallen har en domstol prövat och avslagit en ansökan om asyl och de har trots detta valt att stanna kvar och att undandra sig

verkställighet av beslutet att lämna landet. Är det i ett sådant fall moraliskt riktigt att den enskilde ska få tillgång till vård? De som är motståndare till sådana tankar brukar hävda att en sådan ordning vore orimlig och skulle minska respekten och efterlevnaden av svenska lagar. Enligt utredningens uppfattning bör man se tillgången till hälso- och sjukvård å ena sidan och verkställigheten av beslut i migrationsprocessen å andra sidan som vitt åtskilda processer. Dessa ska hanteras enligt respektive regelverk och efter de förutsättningar som lagstiftaren har ställt upp. De kan mycket väl tillgodoses jämsides. För en person som inte har tillstånd att vistas i landet måste utgångspunkten vara att han eller hon ska lämna Sverige och att det ska ske så fort som möjligt. Så länge personen befinner sig i landet bör han eller hon emellertid, om behov av hälso- och sjukvård trots allt uppstår, ha en ovillkorlig rätt till adekvat vård enligt sedvanliga premisser som uppfyller rätten till bästa möjliga hälsa för alla.

Frågan om vad som händer med människors vilja och drivkrafter att migrera till eller från ett land av skäl som har med tillgången till vård att göra innehåller naturligen många osäkerhetsfaktorer. Ingen kan med säkerhet säga vad utredningens förslag kommer att få för effekter i detta avseende. Detta ligger i sakens natur eftersom en stor del av de personer som utredningen har haft att studera och bedöma är papperslösa och därmed i huvudsak okända för det allmänna när det gäller t.ex. antal. Utredningen har i avsnitt 6.5 dock kunnat konstatera att frågeställningen inte är ny utan är och har varit föremål för diskussion inte minst internationellt. Den forskning som har bedrivits och som utredningen har tagit del av ger vid handen att tillgången till hälso- och sjukvård inte synes vara något som i särskilt stor utsträckning påverkar den enskildes beslut att migrera till ett visst land (s.k. pull-faktor). Utredningen har också kunnat konstatera att samma forskning ger vid handen att inte heller avsaknaden av tillgång till hälso- och sjukvård synes ha någon större påverkan när det gäller det egna beslutet att lämna ett land där man befinner sig utan tillstånd (s.k. push-faktor). På samma sätt har det i tidigare lagstiftningsärenden som utredningen tagit del av kunnat konstateras att påverkan på invandringen till landet har uteblivit, trots utökade rättigheter till t.ex. social service (jfr avsnitt 6.4.3).

Det finns således inget belägg för farhågan att en stor mängd utlänningar, vid ändrad lagstiftning av innebörd att vissa skulle få utökad tillgång till subventionerad hälso- och sjukvård, skulle söka sig till landet eller stanna kvar utan nödvändigt tillstånd. Antalet asyl-

sökande och papperslösa personer påverkas av andra faktorer i omvärlden. En annan viktig iakttagelse som kunnat göras i fråga om push- och pullfaktorer är att det finns en naturlig motvillighet hos människor att migrera och att push- respektive pullfaktorn måste vara förhållandevis stark för att ha någon effekt på den enskilde.

Det har också i olika sammanhang i den allmänna debatten uttryckts farhågor för att en ändrad lagstiftning skulle kunna ha en negativ påverkan på asylmottagandet och asylprocesserna genom att människor i större utsträckning än i dag skulle hålla sig undan. Som sagts ovan måste det emellertid stå helt klart att en vidgad rätt till hälso- och sjukvård inte på något sätt innebär att ett beslut om avvisning eller utvisning som fattats i ett asylärende inte ska verkställas. Tvärtom ska verkställighet av ett sådant beslut ske precis som tidigare, nämligen så fort som det kan ske. Att se till att dessa personer får adekvat medicinsk hjälp inför en avvisning eller utvisning kan också sägas vara ett humanitärt sätt att se till att dessa personer får bästa möjliga förutsättningar att kunna genomföra sin resa och att så småningom fortsätta sin tillvaro i det land de sedan kommer till. Utredningen har också vid kontakter bl.a. med både frivilligorganisationer och med Migrationsverket erfarit att det förekommer att personer som fått avslag på sin asylansökan har ett så dåligt hälso-tillstånd att beslut om avvisning i praktiken inte kan verkställas vid avsedd tidpunkt. Det skulle således kunna underlätta verkställigheten av sådana beslut om personen i fråga vid behov får adekvat hälso- och sjukvård.

Sammanfattningsvis är det utredningens uppfattning, baserad på den forskning och de undersökningar utredningen tagit del av men också utifrån erfarenheter från tidigare reformer i Sverige samt iakttagelser från andra länder, att det inte finns fog för farhågan att en utökad tillgång till hälso- och sjukvård får negativa konsekvenser för asylmottagandet eller den reglerade invandringen. De olika ansvarsområden som olika myndigheter har – i detta fall Migrationsverket och hälso- och sjukvården – bör och kan enligt utredningens uppfattning bedrivas parallellt och utan sammanblandning.

7.7 Ekonomiska konsekvenser

En aspekt som bör beaktas vid utredningens överväganden är vilka ekonomiska konsekvenser en utökad tillgång till vård för asylsökande och papperslösa personer kan få för de enskilda landstingen

och kommunerna, men också för staten i stort. Är det givet att kostnaderna kommer att öka eller finns det faktiska kostnader redan i dag som inte är helt synliga och finns det kostnader – faktiska eller befarade – som av något skäl kan förväntas minska? Påverkan på samhällsekonomin i stort måste också beaktas inkluderat frågan om vad det samhällsekonomiskt kostar – synligt eller osynligt – att inte ge berörda personer tillgång till vård.

Frågan om de ekonomiska konsekvenserna kommer att ytterligare penetreras i avsnittet om konsekvenser av utredningens förslag (se avsnitt 9.6).

En relevant aspekt i sammanhanget är att en tydligare hanteringsordning där patienter ges behandling i ett tidigt skede av ett sjukdomsförlopp – eller allra helst förebyggande – rent faktiskt kan innebära inte bara besparingar i mänskligt lidande utan även i ekonomiskt hänseende. Det kostar mer att hantera akuta eller allvarliga sjukdomstillstånd än lindrigare tillstånd. En annan aspekt är att hälso- och sjukvård kan bli onödigt dyr om den ges vid sjukhus i stället för inom primärvården.

Under utredningens gång har det framkommit att patienter ur de grupper som utredningens arbete avser framför allt söker sig till akutmottagningar när de är i behov av vård. Detta sker trots att många akuta tillstånd rent medicinskt kan hanteras inom primärvården. Att personer söker sig till akuten i stället för till primärvården har för utredningen förklarats med att många vårdcentraler på grund av bristande kunskap inte tar emot t.ex. papperslösa när de inte kan betala för sig. Förklaringen kan också vara att patienten själv känner till att han eller hon kan erbjudas akutvård och inte annan vård. Många papperslösa personer undviker kontakter med det allmänna och väntar på grund av rädsla många gånger länge med att söka vård så att akuta allvarligare tillstånd uppkommer. Beteendet har också kulturella förklaringar, på så vis att primärvård kan vara ett okänt begrepp i patientens hemland och att en naturlig reaktion är att söka sig till ett sjukhus. Ett besök på en akutmottagning är dyrare att producera än ett besök inom primärvården.¹⁰ Skillnaden i produktionskostnad mellan akutvård och primärvårdsinsats har utredningen kunnat se genom de taxor som landstingen fastställt för att användas vid fakturering av s.k. utomlänsvård. Skillnaden har också behandlats i Institutet för Hälso- och sjukvårds-

¹⁰ Enligt uppgift till utredningen från Skåne läns landsting (Region Skåne) och Norrbottens läns landsting är en behandling som görs inom akutvården ungefär dubbelt så dyr jämfört med om den gjorts inom primärvården (Dnr S 2010:01/2011/35 och S 2010:01/2011/36).

ekonomis (IHE) rapport (bilaga 2). Kan patienterna med andra ord ”flyttas” till den billigare – och ofta fullt tillräckliga – vårdcentralen, innebär detta en besparing liksom om vårdbehövande får sina medicinska behov tillgodosedda tidigt. Att patienter måste vänta tills sjukdomsläget blir akut är också negativt för den berörda personen och för folkhälsan i stort, eftersom det innebär större risker för smittspridning och utbrott av smittsamma sjukdomar. Det kan ge upphov till stora kostnader i form av sjukfrånvaro och vårdinsatser som smittspårning, provtagning, behandling etc.

Som anförts ovan under avsnitt 6.1 finns det inom vården i dag en dold hantering av sjuka människor. Vid utredningens kontakter med de mottagningar och organisationer som erbjuder vård åt papperslösa personer har framgått att dessa mottagningar i huvudsak drivs av ideellt arbetande personal och donerade hjälpmedel och läkemedel. Omfattningen av det ideella arbetet har ingen som utredningen haft kontakt med kunnat uppskatta varken i tid eller pengar. Det har emellertid också framkommit att vissa undersökningar behöver annan utrustning än vad som finns på mottagningarna och då görs de ibland på de ideella vårdgivarnas ordinarie arbetsplatser och att enskilda klinikers utrustning och personalarbets tid tas i anspråk. Det kan således konstateras att resurser inom vården används för detta ändamål redan i dag.

Mot bakgrund av det anförda – och vad som framkommer av de beräkningar som IHE gjort – är det ett rimligt antagande att en vidgad tillgång till hälso- och sjukvård för de aktuella grupperna innebär ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Hur stora kostnaderna är måste uppskattas. I sammanhanget finns flera osäkerhetsfaktorer som, förutom vårdbehovens omfattning och kostnader, både har med frågan hur många utlänningar som kommer att ta sig till Sverige i framtiden och hur många som kommer att stanna kvar utan nödvändigt tillstånd att göra. Därtill kommer att gruppen papperslösa personer har en något annan åldersstruktur än gruppen bosatta i Sverige vilket måste tas i beaktande vid jämförelser av vårdbehov och vårdkonsumtion. Den största gruppen av papperslösa personer antas vara relativt unga personer i arbetsför ålder, som således inte nyttjar exempelvis den geriatriska vården. Det finns dock inget som utredningen kunnat se som tyder på att en utökad tillgång till hälso- och sjukvård för de berörda grupperna skulle medföra att andra kategorier av personer – äldre och sjukare – skulle söka sig till Sverige för att vistas här utan nödvändigt tillstånd.

Det finns i dag ingen nationell statistik över statens kostnader för vård av papperslösa personer, men utredningen har erfarit att man i några enskilda landsting har fört sådan statistik. Landstinget i Skåne län (Region Skåne) som inom sitt geografiska område, enligt sin egen bedömning kan antas ha en relativt stor andel av de papperslösa personerna, beslöt i april 2008 att erbjuda vård till papperslösa personer utan att kräva betalning för vården. Landstinget räknade år 2009 med att kostnaden för denna vård skulle uppgå till ca 1,7 miljoner kronor. Detta belopp bör jämföras med det totala budgeterade beloppet för sjukvård i landstinget, vilket för det året uppgick till knappt 30 miljarder kronor.¹¹

Även andra landsting än Skåne läns landsting (Region Skåne) har, som framgått av redogörelsen i 2.4.7, beslutat om lokala riktlinjer för vården av framför allt papperslösa personer. Den omständigheten att det på olika håll i landet har ansetts finnas skäl för sådana riktlinjer kan i viss mån förutsättas vara en konsekvens av att ett större antal papperslösa personer finns inom dessa landstings områden.

De uppgifter som utredningen har inhämtat från främst frivilligorganisationerna tyder på att asylsökande och papperslösa personer söker sig till vården i något annan utsträckning än andra befolkningsgrupper.¹² Exempelvis har asylsökande barn mer än dubbelt så många primärvårdsbesök än bosatta barn. Deras slutenvårdsconsumtion är också högre än bosatta barns. Däremot besöker asylsökande kvinnor mödravården i lägre utsträckning än bosatta kvinnor.¹³

En omständighet som påverkar asylsökande och papperslösa personers benägenhet att uppsöka vården är att det ofta innebär ett mycket stort ekonomiskt avbräck för dem om de blir sjuka och måste ta ledigt för att besöka vårdinrättningar. Inte sällan försörjer sig papperslösa personer genom s.k. "svarta" arbeten. Personerna i fråga har därför ingen möjlighet att sjukskriva sig och att få ersättning från Försäkringskassan vid sjukdom. Även om patienter från de aktuella grupperna ges tillgång till vård i större utsträckning än i dag, är det enligt utredningens bedömning rimligt att anta att deras medicinska vårdbehov kommer att se ut så som i dag.

¹¹ Skåne läns landsting (Region Skåne) har under april 2011 beslutat att utvidga den grupp som erbjuds vård till att omfatta alla papperslösa migranter.

¹² Muntliga uppgifter bl.a. från Röda Korset i Stockholm.

¹³ Se vidare IHE:s rapport, bilaga 2.

Finns det då skäl att anta att de ekonomiska konsekvenserna av en utökad tillgång till hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa personer skulle kunna påverka de bosatta patienterna på ett negativt sätt? Som anfördes under avsnitt 7.2 ska denna patientgrupp också vara tillförsäkrad rätten till bästa möjliga hälsa för alla. I debatten kan ibland höras argumentet att de papperslösa kommer att ”knuffa ut” andra patienter från vården om den nuvarande regeringen ändras. Såvitt denna utredning kunnat bedöma finns ingen grund för ett sådant påstående. Dels är de papperslösa personerna som grupp, som anfördes tidigare, inte särskilt benägna att söka vård, dels skulle även denna grupps medicinska vårdbehov bli föremål för prioriteringar inom vården, på samma sätt som andra vårdsökande. Det bör också beaktas att det rör sig om en i förhållande till det totala antalet patienter i landet relativt liten grupp. Som anfördes ovan finns heller inget som talar för att det kommer att bli ett ökat antal sjuka personer i de aktuella grupperna.

Även om asylsökande och papperslösa personer ges utökad tillgång till hälso- och sjukvård i förhållande till vad som gäller i dag finns det enligt utredningens uppfattning, mot bakgrund av vad som anförts ovan, flera faktorer som talar för att merkostnaden inte bör beräknas schabloniserat utifrån det uppskattade antalet personer som kan komma att tillkomma som patienter. Sammanfattningsvis är det trots allt utredningens uppskattning att ett sådant förslag kommer att medföra en merkostnad i förhållande till vad som gäller i dag.¹⁴ Hur stor denna merkostnad kan antas vara utvecklas i kapitel 9.

7.8 Kan begränsningar av rätten till bästa möjliga hälsa för alla vara motiverade?

Finns det då något skäl till varför en begränsning av rätten till bästa möjliga hälsa skulle kunna vara motiverad?

I avsnitt 6.5.5 konstateras att några skäl att begränsa rätten till bästa möjliga hälsa, på sätt som har ansetts motiverat enligt andra konventioner på området mänskliga rättigheter, inte föreligger utifrån icke-diskrimineringsprincipen.

Hur är det med den enskildes ansvar för sin egen situation?

Det kan givetvis argumenteras att den situation som den papperslöse personen befinner sig i är ett resultat av hans eller hennes

¹⁴ Se IHE:s rapport, bilaga 2.

egna val att vistas utan tillstånd i landet och att personen därför får ta konsekvenserna av sitt handlande.

När det gäller den enskilde individens ansvar för sin egen situation gör utredningen följande överväganden. I viss mån måste asylsökande och papperslösa personer, precis som alla människor, anses ha ett eget ansvar för den situation som han eller hon befinner sig i. Oavsett hur man ser på enskilda asylsökande och papperslösa personers egna ansvar för sin situation, kan direkt konstateras att ett sådant synsätt i vart fall inte kan appliceras på barn i dessa grupper. Ett barn kan ju inte själv välja var han eller hon vistas, utan är beroende av föräldrars eller andra vuxnas val och beslut. När det gäller vuxnas situation är det ur perspektivet mänskliga rättigheter inte ett godtagbart skäl att begränsa dessa rättigheter på grund av att vederbörande hamnat i en belägenhet på grund av egen förskyllan. De skäl som gjort att personen i fråga har valt att lämna sitt hemland är givetvis subjektivt upplevda. Skälen varierar från person till person, men en gemensam nämnare får antas vara att de enskilda individerna tror sig ha bättre möjligheter att få ett bra liv i Sverige än i hemlandet. Detta kan vara rena ekonomiska kalkyler från den enskildes sida, eller grunda sig i att förhållandena i hemlandet är så oacceptabla att man inte anser sig ha något annat val än att lämna landet. Hur bör då den enskildes ansvar för sin situation beaktas? Det är svårt att svara entydigt på en sådan fråga. Det kan exempelvis synas mer behjärtansvärt att erbjuda vård åt en person som flytt från tortyr och svåra förhållanden än en person som tagit sig till landet enbart i syfte att arbeta inom den svarta arbetsmarknaden. Som framgått av redogörelsen i avsnitt 3.3 är de mänskliga rättigheterna emellertid inte avhängiga sådana moraliska tolkningar, utan är absoluta och gäller samtliga individer.

Ett argument som är vanligt förekommande när det gäller skäl att begränsa papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård är att dessa inte betalar skatt och därför inte heller bör komma i åtnjutande av skattesubventionerad samhällsservice.

Utredningen kan emellertid konstatera att tillgången till hälso- och sjukvård inte är något man som patient ska förtjäna genom att betala skatt. Bosatta patienter tillfrågas inte i vad mån de betalar skatt innan de får tillgång till vård. Svenska s.k. nolltaxerare eller personer som dömts för olika skattebrott avvisas inte från vården. Dessutom är påståendet om bristande skattebetalningar när det gäller papperslösa personer inte helt korrekt. Även om det tydligt har framkommit att papperslösa personer ofta är hänvisade till s.k.

svarta jobb och därmed inte betalar inkomstskatt, måste de konsumera för att kunna leva. Därigenom betalar de både punktskatter och mervärdesskatt. Dessutom är inte alla papperslösa medelslösa. Som utredningen fått beskrivet av frivilligorganisationerna så förekommer det att papperslösa personer trots allt har vissa inkomster, om än små och vanligen ”svarta”. Det är också, enligt utredningens mening, förhastat att dra slutsatsen att asylsökande och papperslösa personer inte vill göra rätt för sig och betala sina vårdavgifter. En annan sak är att de flesta har stora svårigheter att göra det, främst med hänsyn till den rådande regleringen där kostnaderna för vård kan uppgå till mycket höga belopp och något högkostnadsskydd inte kan åtnjutas.

Sammanfattningsvis kan konstateras att något skäl att begränsa tillgången till vård för asylsökande och papperslösa personer inte kan anses föreligga.

7.9 Sammanfattning av de principer som läggs till grund för utredningens förslag och bedömningar

Det ovan anförda leder fram till följande principer som läggs till grund för utredningens förslag.

1. Lagstiftningen ska utformas så att den fullt ut lever upp till de internationella åtaganden som Sverige har gjort när det gäller respekt för mänskliga rättigheter. Barns rättigheter ska därvid beaktas särskilt.
2. Tillgången till hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa personer ska styras av principen om bästa möjliga hälsa för alla, vilket innebär att den ska vara åtkomlig, tillgänglig, acceptabel och av god kvalitet.
3. Lagstiftningen ska vidare utformas på ett sätt som gör att hälso- och sjukvården kan bedrivas i förenlighet med de etiska principer som gäller för de olika yrkesgrupperna av vårdpersonal och så att oklarhet inte kvarstår eller uppstår när det gäller tillgången och tillgängligheten till vården eller vilka rättsliga principer som gäller för kommunal verksamhet.
4. Tillgången till vård och de därmed sammanhängande förpliktelserna och förmånerna ska utgå på lika villkor för dem som vistas

inom ett landsting, oavsett om de har nödvändigt tillstånd att vistas i landet eller ej.

5. All vård som bedrivs i landet ska utföras på samma premisser och utifrån samma krav på kvalitet, dokumentation och möjlighet till tillsyn och annan granskning.
6. All hälso- och sjukvård i Sverige ska ges öppet och inte i det fördolda.
7. Principerna för asylmottagandet och den reglerade invandringen ska ligga fast. En utökad tillgång till vård ska inte tolkas som en utökad acceptans mot vistelser i landet utan nödvändiga tillstånd. Olika myndigheters uppdrag ska inte ställas mot varandra utan lagstiftningen ska verka inom ramen för dessa.
8. De kostnader som redan i dag finns för vård till asylsökande och papperslösa inom den gråa ekonomin i vården ska synliggöras och den gråa sektorn avlägsnas.

8 Utredningens förslag och bedömningar

Utredningen omfattar asylsökande personer, personer som undanhåller sig verkställighet av beslut enligt utlänningslagen (2005:716) om avvisning eller utvisning och personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas i landet. Utredningen har valt att definiera personer i de båda senare grupperna som *papperslösa personer*. Av dessa benämns ibland sådana som undanhåller sig verkställighet av avvisnings- eller utvisningsbeslut *gömda* personer (se vidare avsnitt 2.1).

Även om tandvård generellt sett innefattas i begreppet hälso- och sjukvård har utredningen valt att hantera förslagen och bedömningarna om hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) separat.

Utredningen har också under utredningsarbetets gång kunnat konstatera att begreppet papperslös är ett begrepp som, hos både hälso- och sjukvårdspersonal och frivilligorganisationerna, är vedertaget som beteckning på personer i den grupp som undanhåller sig verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning. Med papperslös avser utredningen, som nämns ovan, även personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändigt tillstånd för att vistas i landet. Utredningen gör dock den bedömningen att även om begreppet papperslös är vedertaget och gångbart i dagligt tal och i betänkandets beskrivande texter, så är det inte är ett tillräckligt tydligt begrepp att använda i *författningssammanhang*. Utredningen väljer därför att i förslagen till författningsändringar beteckna papperslösa personer med det samlade uttrycket *personer som befinner sig i Sverige utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas i landet*.

Utredningens bedömning är att den svenska lagstiftningen rörande hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer inte fullt ut lever upp till de *internationella åtaganden* om rätt till bästa möjliga hälsa för alla som följer av de internationella konventioner och andra överenskommelser som Sverige ratificerat.

Utredningens bedömning är vidare att den nuvarande hanteringen inom den svenska hälso- och sjukvården, när det gäller hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer, inte heller fullt ut lever upp till vad som är föreskrivet i den nationella lagstiftningen om kommunal verksamhet när det gäller t.ex. vissa förvaltningsrättsliga principer, kommunala befogenheter, god ekonomisk hushållning, de bokförings- och redovisningsprinciper som gäller för kommunal verksamhet samt patient-säkerhet.

Utredningen redovisar i avsnitten 8.1–8.13 sina förslag och bedömningar.

8.1 Fullständig hälso- och sjukvård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) åt asylsökande och papperslösa personer

Utredningens förslag: Asylsökande personer och personer som befinner sig i Sverige utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas i landet ska, oavsett ålder, av det landsting inom vars område de befinner sig, erbjudas vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) i samma omfattning och på samma villkor som landstinget ska erbjuda bosatta personer.

Förslaget genomförs genom ändringar i 3 § HSL och genom ändringar i 4, 5, 6 §§ och genom en ny paragraf 5 a § i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Utredningens bedömning: Någon särskild reglering av barns tillgång till hälso- och sjukvård behövs inte eftersom asylsökande och papperslösa personer, oavsett ålder, ska erbjudas hälso- och sjukvård i samma omfattning och på samma villkor som bosatta personer.

I avsnitten 2.4–2.5 har utredningen beskrivit att landstingen enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) ska erbjuda bosatta personer vad som kan kallas *fullständig, subventionerad hälso- och sjukvård*. Hälso- och sjukvården ska ges i enlighet med de föreskrifter och de prioriteringar som gäller för sjukvården i respektive landsting samt efter hur hälso- och sjukvårdspersonalen i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet har att bedöma hur behoven av hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

Utredningen har i en egen analys av de internationella åtaganden som Sverige gjort när det gäller bästa möjliga hälsa för alla kommit fram till att Sverige inte fullt ut lever upp till varken sina internationella åtaganden eller ambitionerna i den nationella lagstiftningen (se vidare kapitel 6 och 7). Det finns enligt utredningens bedömning således fortfarande fog för den kritik som bl.a. FN:s förre specialrapportör för rätten till hälsa Paul Hunt riktade mot Sverige i september år 2007 och som redogörs för i avsnitt 6.3.2.

Inom den svenska hälso- och sjukvården pågår i dag (jfr avsnitt 2.3.6) en verksamhet där bl.a. papperslösa personer i viss utsträckning erbjuds hälso- och sjukvård och därigenom kommer i åtnjutande av de kommunala resurserna, genom personal, utrustning och läkemedel och i vissa fall dessutom utan att betala för den fast de borde ha gjort det. I vilken utsträckning så sker är omöjligt att kontrollera då vården bedrivs i det fördolda. Vården redovisas t.ex. inte öppet på det sätt som görs med övrig verksamhet. Detta är enligt utredningens uppfattning inte en tillfredställande och rättsäker ordning. Förutom att reglerna om t.ex. patientsäkerhet, redovisning och uppföljning inte följs fullt ut så kan grundläggande demokratiska krav på bl.a. öppenhet och insyn i hur gemensamma resurser används inte anses uppfyllda. Det är enligt utredningens uppfattning inte acceptabelt att det finns en inofficiell hantering av vissa patientgruppers behov av hälso- och sjukvård.

Mot bakgrund av detta och den etiska problematik samt de tillämpningssvårigheter som vårdpersonalen upplever i det dagliga vårdarbetet, föreslår utredningen att alla asylsökande och papperslösa personer oavsett ålder ska erbjudas hälso- och sjukvård i *samma omfattning* och på *samma villkor* som bosatta personer. En sådan reglering innebär enligt utredningens bedömning att Sverige kan anses *fullt ut leva upp till sina internationella åtaganden* om bästa möjliga hälsa för alla. Vidare kan det då inte heller längre med fog hävdas att lagstiftningens utformning och innehåll diskriminerar asylsökande och papperslösa personer i förhållande till de bosatta

när det gäller tillgången till hälso- och sjukvård. Vårdbehovet kommer att vara vägledande för alla dessa grupper på det sätt som stadgas i HSL och i tandvårdslagen. Med den ordning som utredningen föreslår kommer också *barnens tillgång till hälso- och sjukvård att klargöras* och någon särskild reglering av denna behövs därför inte.

Genom att asylsökande och papperslösa personer ska erbjudas samma tillgång till vård som bosatta personer *undandröjs* även till stor del *de tillämpningssvårigheter* och *etiska dilemman* som hälso- och sjukvårdspersonal ofta ställs inför när de i det dagliga vårdarbetet möter någon ur dessa personkategorier som har behov av vård. Det *medicinska vårdbehovet sätts i centrum* och blir den faktor som avgör vem som ska erbjudas vård och vilka medicinska insatser som ska göras och när.

I sammanhanget är det också värt att notera att alla asylsökande och papperslösa personer oavsett ålder ska omfattas av de prioriteringar och villkor i övrigt som gäller generellt inom ett landsting. Utredningens förslag innebär inte att papperslösa personer oavsett ålder härnäst ska erbjudas kostnadsfri vård, dvs. vård subventionerad från första kronan, i större utsträckning än vad som erbjuds bosatta personer. För asylsökande personer föreslås ingen förändring jämfört med dagens regler om vårdavgifter. De ska alltså fortsätta att betala vårdavgift för den hälso- och sjukvård som erbjuds dem enligt de särskilda föreskrifter som redan gäller för detta (se vidare avsnitt 8.6). De enda som i vissa fall med utredningens förslag kommer att erbjudas kostnadsfri hälso- och sjukvård är barn och ungdomar i de aktuella patientgrupperna. Kostnadsfri tandvård ska erbjudas sådana personer till och med det år de fyller 19 år, och då i samma omfattning och på samma villkor som bosatta i motsvarande ålder.

Med förslaget blir det också tydligt att det blir ett utvidgat *åliggande för landstingen* att erbjuda vård åt dessa personer. I praktiken innebär det att den verksamhet som redan i dag pågår i flera landsting får sin legala grund. Det innebär också att det blir tydligt att denna verksamhet i alla hänseenden ska *bedrivas, finansieras, redovisas och följas upp öppet* på samma sätt som all övrig hälso- och sjukvård. Ju *enhetligare en nationell reglering* är desto bättre förutsättningar finns för ett likartat bemötande inom alla landsting och kommuner. Vidare undandröjs vårdgivarnas behov av att i förtydligande syfte besluta om egna kompletterande lokala riktlinjer för vården. Dessutom torde också en tydlig reglering av landstingens

skyldigheter att erbjuda hälso- och sjukvård minska intresset hos de papperslösa personerna att vara anonyma eller att uppge en identitet som inte går att dokumentera och följa i t.ex. journalföringen. Detta skulle öka möjligheterna till ett *patientsäkert vårdarbete*.

Den hälso- och sjukvård – inklusive den utvidgade hälso- och sjukvård som utredningen föreslår – som ska erbjudas *asylsökande personer* bör även fortsättningsvis regleras inom ramen för lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Det finns flera skäl för att behålla denna lag vid sidan om HSL och inte ändra på det nuvarande systemet för hanteringen av de asylsökande personerna. För *det första* finns det en utarbetad och väl fungerande rutin hos både Migrationsverket och landstingen för hur den hälso- och sjukvård som de asylsökande personerna erbjuds administreras och finansieras m.m. För *det andra* vistas de asylsökande personerna i normalfallet i landet som just asylsökande under en förhållandevis kort period varefter de antingen beviljas uppehållstillstånd eller ska av- eller utvisas ur landet. De papperslösa personernas hälso- och sjukvård ska dock organiseras och administreras på samma sätt som bosatta personers hälso- och sjukvård. Därför är det en rimlig ordning att reglera deras tillgång till vård inom ramen för HSL.

I avsnitten 8.4–8.5 lämnas en närmare beskrivning av subventionen av den hälso- och sjukvård som landstingen ska erbjuda de asylsökande och papperslösa personerna.

8.2 Regelbunden och fullständig tandvård åt asylsökande och papperslösa barn och ungdomar i enlighet med tandvårdslagen (1985:125)

Utredningens förslag: Asylsökande personer samt personer som befinner sig i Sverige utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas i landet ska, till och med det år de fyller nitton år, av det landsting inom vars område de befinner sig erbjudas regelbunden och fullständig tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) i samma omfattning och på samma villkor som landstinget ska erbjuda bosatta personer i motsvarande ålder.

Förslagen genomförs genom ändringar i 6 och 7 §§ tandvårdslagen och genom ändring i 5 § samt genom en ny paragraf 5 a § i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Svensk tandvård har beskrivits i avsnitten 2.4 och 2.5. För bosatta personer är regleringen av tandvården konstruerad så att omfattningen av tillgången till tandvård är beroende av om det rör sig om tandvård för barn och ungdomar (t.o.m. det år de fyller 19 år) eller för vuxna. Kvalitetskraven på tandvården är dock desamma och finns angivna i tandvårdslagen (1985:125) på så sätt att bosatta personer ska erbjudas en god tandvård av landstingen. Vilken tandvård landstinget konkret ska erbjuda barn och ungdomar framgår av tandvårdslagen. Vuxna personers tandvård beskrivs förutom i tandvårdslagen även i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Den tandvård som landstingen ger de vuxna personerna ersätts nämligen genom det statliga tandvårdsstödet och är i detalj reglerat och pris-satt samt medför alltid en kostnad (vårdavgift) för patienten själv, medan den tandvård som landstingen ger till barn och ungdomar är kostnadsfri för dem, dvs. subventionerad från första kronan och dessutom i huvudsak finansierad via landstingsskatten.

Den kritik som FN:s tidigare specialrapportör för rätten till hälsa Paul Hunt har riktat mot den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen gäller även tandvården. Utredningen har i sin egen analys funnit att det finns fog för kritiken och att Sverige således inte heller beträffande tandvården fullt ut lever upp till varken sina internationella åtaganden eller ambitionerna i den nationella lagstiftningen.

För att så långt möjligt göra reglerna om tandvård mer ändamålsenliga och för att ta ett steg framåt i riktning mot att även tandvårdsreglerna fullt ut ska kunna anses leva upp till de internationella åtaganden som Sverige gjort (jfr kravet på progressiv realisering vilket beskrivs i avsnitt 3.4) föreslår utredningen vissa författningsförändringar. Utredningen föreslår att asylsökande och papperslösa barn och ungdomar ska ges samma tillgång till regelbunden och fullständig tandvård som bosatta i motsvarande ålder har (jfr 7 § tandvårdslagen). Detta innebär en utvidgning av dessa personers tillgång till tandvård i förhållande till vad som gäller i dag i så motto att åldersgränsen för tillgången till denna vård höjs från 18 till 19 år. Att denna tandvård ska vara kostnadsfri, dvs. subventionerad från första kronan (jfr 15 § tandvårdslagen) utvecklas i avsnitt 8.4.

I avsnitten 8.4 och 8.5 lämnas en närmare beskrivning av subventionen av den hälso- och sjukvård – inklusive tandvård – som landstingen ska erbjuda de vuxna asylsökande och de vuxna papperslösa personerna.

8.3 Frågan om utvidgad tillgång till tandvård åt vuxna asylsökande och vuxna papperslösa personer behöver utredas vidare

Utredningens bedömning: Frågan om en utvidgad tillgång till tandvård åt vuxna asylsökande och vuxna papperslösa personer till en nivå och på samma villkor som gäller för bosatta behöver utredas vidare.

Som utredningen har beskrivit i avsnitten 2.4.4.4 och 2.5.3 ska vuxna asylsökande personer av det landsting de befinner sig i under tiden som ansökan om uppehållstillstånd prövas, erbjudas subventionerad tandvård som *inte kan anstå*. Papperslösa vuxna personer ska däremot erbjudas *omedelbar* tandvård av det landsting de vistas i. Denna vård är inte subventionerad. De får därmed betala all sin tandvård själva.

För att Sverige ska kunna anses fullt ut leva upp till sina internationella åtaganden om bästa möjliga hälsa för alla, behöver också vuxna asylsökande och vuxna papperslösa personers tillgång till tandvård utvidgas till att vara på samma nivå och på samma villkor som gäller för bosatta. När det gäller tandvård åt dessa vuxna personer föreslår utredningen inga förändringar i nuläget eftersom utredningen inte har haft möjlighet att inom ramen för sitt arbete utreda, utarbeta och föreslå ett regelverk som gör dem likställda med vuxna bosatta. Det går nämligen inte att utan mer omfattande författningsändringar m.m. föreslå att de vuxna asylsökande och vuxna papperslösa personerna ska omfattas av samma regler som gäller för bosatta personer. Skälen för detta är följande.

För det första är det regelverk som i dag reglerar vuxentandvården mycket detaljerat och inte helt lätt att tillämpa när det gäller frågan om vilka tandvårdinsatser som enskilda patienter faktiskt ska erbjudas vid olika sjukdomstillstånd m.m.

För det andra ersätts vårdgivarna i dag genom en statlig tandvårdssubvention som också är tekniskt svårtillämpad för andra grupper av personer i landet än de som är folkbokförda och har ett personnummer. Ersättningen administreras och betalas ut av Försäkringskassan direkt till vårdgivarna. Det behöver således skapas ett system genom vilket kostnader kan administreras och kontrolleras effektivt.

För det tredje så betalar vuxna personer en relativt hög egenavgift för tandvården.

För det fjärde så förutsätter det nuvarande systemet att de tandvårdssökande personerna säkert kan identifieras, något som i dag inte är möjligt när det gäller de papperslösa personerna eftersom de inte har något användbart personnummer eller motsvarande. Visserligen är frågan om att säkerställa också barn och ungdomars identitet viktig. Men vårdgivarna får, när det gäller barn och ungdomar, ersättning efter de patienter de "listat" och givit tandvård. I dessa fall är det enligt företrädare för vården mindre komplicerat att använda sig av t.ex. reservnumren när vårdgivarna gör sina redovisningar till landstingen.

För att vuxna asylsökande och vuxna papperslösa personer ska kunna jämföras med vuxna bosatta personer när det gäller tillgången till subventionerad tandvård behöver således ett helt nytt ersättningssystem utarbetas. I det sammanhanget måste frågan om hur dessa personers identitet ska kunna säkerställas lösas eftersom klarlagd identitet är en förutsättning för hanteringen av personer i det nuvarande systemet för tandvårdsstöd. Utredningen har inte inom ramen för sitt uppdrag ansett sig ha mandat att göra överväganden i fråga om ändringar av tandvårdsstödet. Därför bedömer utredningen att regeringen bör överväga denna fråga i ett annat sammanhang.

Även om utredningen inte föreslår någon förändring av de vuxna asylsökande och vuxna papperslösa personernas tillgång till tandvård innebär utredningens ställningstagande som sagts ovan inte att dagens reglering är fullgod sett till de åtaganden som Sverige gjort angående skyddet för bästa möjliga hälsa för alla. Utredningen har i olika sammanhang uppmärksammat på att det finns brister i de vuxna asylsökande och vuxna papperslösa personernas tillgång till den tandvård som de faktiskt ska erbjudas redan i dag och att denna brist inte sällan beror på bristande kunskaper både hos dessa personer själva men också hos vårdgivarna. I denna del anser utredningen att vårdgivarna har ett ansvar för att bättre informera både patienter och personal om vad som gäller redan i dag så att dessa patienter inte utestängs från tandvård som de ska erbjudas.

8.4 Statlig subvention av den hälso- och sjukvård samt tandvård som ska erbjudas asylsökande personer

Utredningens förslag: Den utvidgade hälso- och sjukvård som asylsökande personer ska erbjudas enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. ska omfattas av den statliga subventionen. Det gäller både den utvidgade tillgången till hälso- och sjukvård åt alla asylsökande personer och den utvidgade tillgången till tandvård till och med det år de asylsökande personerna fyller nitton år. Staten ska kompensera Migrationsverket för de ökade kostnader som utredningens förslag medför i denna del.

Förslagen genomförs genom en ökning av det statsbidrag som utges enligt förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande genom att ersättningen till landstingen för asylsökande höjs och att de i fortsättningen enbart utgår med en åldersdifferentierad schablon (2, 6, 7 §§).

Som anges i avsnitten 8.1 och 8.2 ska alla asylsökande personer oavsett ålder ges tillgång till fullständig hälso- och sjukvård på samma villkor som bosatta personer. När det gäller tillgången till tandvård vidgas denna till att omfatta regelbunden, fullständig tandvård åt de asylsökande personerna till och med det år de fyller nitton år. Asylsökande personer som inte har fyllt arton år omfattas redan i dag av fullständig, subventionerad hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och regelbunden tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125). För den gruppen innebär förslaget ingen ändring. Ändringen avser således tandvårdens omfattning och subvention till de asylsökande personer som har fyllt nitton men inte tjugo år.

Enligt nu gällande reglering ersätts landstingen av staten via ett statsbidrag genom Migrationsverket för den kostnad de har för den hälso- och sjukvård och tandvård som landstingen ger de asylsökande personerna (se vidare avsnitt 2.5). De asylsökande betalar, under den förhållandevis korta period de är asylsökande, en vårdavgift som är lägre än vad de bosatta betalar för motsvarande vårdinsatser. Denna ordning är för denna personkrets väl etablerad och bör enligt utredningens bedömning kvarstå. Detta är också ett grundläggande skäl till varför utredningen föreslår att regleringen av asyl-

sökande personers tillgång till hälso- och sjukvård inklusive tandvård även fortsättningsvis ska göras inom ramen för lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Ytterligare skäl för utredningens förslag är följande. Storleken på de ersättningar som Migrationsverket lämnar till landstingen grundar sig på det antal asylsökande personer som är registrerade hos Migrationsverket den sista dagen i varje kvartal. Det är svårt att se att någon annan myndighet skulle kunna överta Migrationsverkets betalningsuppdrag. Ett överförande till en annan myndighet skulle kräva dels ett flertal författningsändringar för att möjliggöra en säker informationsöverföring till den nya myndigheten (framför allt med hänsyn till gällande sekretessbestämmelser), dels ett resurskrävande arbete för att ta fram ett nytt IT-baserat system för utbetalning av ersättningarna till landstingen. Migrationsverket bör därför även i fortsättningen besluta om och betala ut ersättningen enligt förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

Den statliga ersättning som landstingen får för den hälso- och sjukvård som givits de asylsökande personerna består i dag av olika delar: en åldersdifferentierad schablon (6 § förordningen [1996:1357] om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande), en ersättning för särskilt kostsam vård (7 § samma förordning) samt en ersättning för läkemedel (9 § samma förordning) och hälsoundersökning (6 a § samma förordning). Denna ordning bör enligt utredningens modifieras och anpassas till utredningens förslag i övrigt när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser åt asylsökande personer. Utredningen anser att statens ersättning enbart ska utgå från en åldersdifferentierad schablon. Exakt i vilken omfattning beloppen ska ändras är en fråga för regeringen att besluta om.

8.5 Statlig subvention av den hälso- och sjukvård samt tandvård som ges åt papperslösa personer

Utredningens förslag: Den utvidgade hälso- och sjukvård som papperslösa personer ska erbjudas enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska omfattas av den statliga subventionen. Detsamma gäller den tandvård som enligt tandvårdslagen (1985:125) ska erbjudas denna grupp personer till och med det år de fyller nitton år.

Papperslösa personer ska också erbjudas subventionerade läkemedel enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (läkemedelsförmånen) och kostnadsfri hälso- och sjukvård enligt reglerna i smittskyddslagen (2004:168).

De ökade kostnader som förslagen medför för landstingen avseende sjukvård och tandvård för de aktuella grupperna ska kompenseras via det generella statsbidraget (anslaget för kommunalekonomisk utjämning) genom en höjning av anslaget från och med 2013 med det belopp som regeringen efter riksdagens beslut bestämmer. I fråga om förslag som rör läkemedel inom öppenvården (som omfattas av läkemedelsförmånerna) föreslås att ersättningen till landstingen för läkemedelsförmånernas kostnader från och med 2013 utgår med det belopp som regeringen efter riksdagens beslut bestämmer.

Som anförts tidigare är det nuvarande regelverket utformat så att papperslösa personer ska ges tillgång till omedelbar vård enligt 4 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) och 5 § tandvårdslagen (1985:125), men att de måste betala hela kostnaden för vården själva. Detsamma gäller för erhållen vård till följd av bestämmelser i smittskyddslagen (2004:168) och läkemedel som skrivs ut enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Det utgår inga statsbidrag för hälso- och sjukvård, tandvård eller läkemedel som ges åt eller skrivs ut åt papperslösa personer, inklusive den grupp gömda barn och ungdomar som enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. av det landsting de befinner sig i ska erbjudas fullständig sjukvård och fullständig och regelbunden tandvård.

Eftersom många papperslösa personer inte kan betala för erhållen vård innebär den nuvarande ordningen att vården de facto ofta ändå finansieras via landstingsskatten. Eftersom dessa personer vanligen inte har några tillgångar att tala om eller någon för landstinget känd adress så är eventuella vårdskulder i praktiken inte heller indrivningsbara. I och med att utredningen föreslår att de papperslösa personerna ska ha samma tillgång till vård och på samma villkor som bosatta behöver finansieringen av denna vård regleras.

För att utredningens förslag angående dels fullständig sjukvård för samtliga papperslösa personer, dels regelbunden och fullständig tandvård för papperslösa personer till och med det år de fyller nitton år ska innebära en utökad ekonomisk tillgänglighet till vården för de aktuella grupperna (jfr avsnitt 3.4.3.4) är det utredningens

bedömning att denna vård måste omfattas av den statliga subventionen.

Utredningens förslag om att papperslösa personer ska erbjudas *fullständig hälso- och sjukvård* enligt HSL i samma omfattning och på samma villkor som bosatta personer medför inte i alla delar nya kostnader för landstingen. Vissa personer i denna patientgrupp, dvs. gömda personer som inte har fyllt arton år ska redan i dag erbjudas fullständig subventionerad hälso- och sjukvård (se vidare avsnitt 2.4) utan att det ersätts genom statsbidrag (se vidare avsnitt 2.5). Den kostnad som inte ersätts av den papperslösa personen själv finansieras i stället via landstingsskatten.

Utredningens förslag om att papperslösa personer ska erbjudas *fullständig och regelbunden tandvård* enligt tandvårdslagen till och med det år de fyller nitton år innebär två förändringar i sak. *För det första* kommer ytterligare en grupp papperslösa barn och ungdomar, dvs. sådana som vistas i landet utan nödvändigt tillstånd utan att tidigare ha varit asylsökande och som i dag inte har någon tillgång alls till tandvård, att förutom tillgång till själva tandvården också omfattas av subventionen. *För det andra* kommer även tandvård åt de papperslösa personer som undanhåller sig verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning (gömda), sedan de har fyllt arton men inte tjugo år, att omfattas av subventionen.

Utvidgningen av papperslösa barns och ungdomars tillgång till subventionerad tandvård är sammantaget en viktig förändring då den innebär att dessa personer framöver kommer att ges tandvård i samma omfattning och på samma villkor som de bosatta i motsvarande ålder. Verksamhetsmässigt och kostnadsmässigt innebär utredningens förslag, i förhållande till vad som gäller redan i dag, en relativt liten ökning av landstingens skyldigheter.

När bosatta personer hämtar ut ett inom den öppna vården förskrivet läkemedel fakturerar apoteket som lämnat ut läkemedlet det landsting inom vars område vederbörande befinner sig. Apotekens Service AB tillhandahåller en högkostnadsdatabas, som alla apotek måste vara anslutna till, genom vilken det räknas ut vad den enskilde ska betala och har betalat och när frikort ska utfärdas, dvs. när det s.k. högkostnadsskyddet träder in.

För att papperslösa personer ska ha samma möjlighet som bosatta att få ut de läkemedel som förskrivs åt dem inom den öppna vården behöver 4 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmånen m.m. ändras så att gruppen omfattas av förmånen. I och med att en person

omfattas av läkemedelsförmånen gäller också reglerna för högkostnadsskyddet denne.

När det gäller läkemedel som i dag förskrivs åt papperslösa personer inom den öppna vården har utredningen erfarit att hanteringen av detta lösts bl.a. genom att olika frivilligorganisationer har separata uppgörelser med vissa apotek som i sin tur skickar fakturan avseende läkemedlet till organisationerna.

Eftersom papperslösa personers identitet vanligen är osäker är det enligt utredningens bedömning inte helt enkelt att i praktiken låta papperslösa personer omfattas av läkemedelsförmånen, inte minst mot bakgrund av att apoteken behöver veta att de lämnar ut läkemedel till rätt person. Tillämpning av läkemedelsförmånen, dvs. beräkningarna av när högkostnadsskyddet träder in, bygger i dag på att apoteken kan registrera en säkerställd identitet. I de fall den papperslösa personen kan identifiera sig med giltig identitetshandling eller på annat sätt visa upp en sannolik identitet, är läget annorlunda. Det är därför nödvändigt att närmare belysa frågan om hur läkemedelsförmånen behöver anpassas för att kunna omfatta även papperslösa personer som inte har giltiga ID-handlingar på ett effektivt sätt, alternativt att tillskapa ett särskilt system för att t.ex. kunna registrera denna grupp personer och deras inköp av läkemedel. Det har inte varit möjligt att inom ramen för detta uppdrag utforma ett sådant system. Det anförda hänger nära samman med den större frågan om säkerställande av papperslösas identitet rent generellt inom hälso- och sjukvården och som behandlas nedan i avsnitt 8.8. Utredningen föreslår därför att berörda myndigheter får regeringens uppdrag att utreda och utarbeta ett nationellt system för hälsodatabehandling av asylsökande och papperslösa personer. I avvaktan på att ett sådant system är det utredningens bedömning att apoteken bör fakturera det landsting i vilket en papperslös person hämtat ut sitt läkemedel. För detta krävs att läkemedlet på något sätt kan kopplas till en individ. Det innebär att ersättningen för läkemedelskostnaderna för gruppen papperslösa personer måste fördelas på ett annat sätt än enligt vad som gäller för bosatta. Ett sätt skulle möjligen kunna vara att låta den enskilde patienten spara sina recept och kvitton för att kunna visa att han eller hon haft läkemedelskostnader i den omfattningen att reglerna för högkostnadsskydd träder in.

Utredningen anser också att en uppföljning av asylsökande och papperslösa personers nyttjande av läkemedelsförmånen bör göras av Myndigheten för vårdanalys (se avsnitt 8.12).

Genom att låta 7 kap. 3 § smittskyddslagen (2004:168) omfatta också papperslösa personer blir hälso- och sjukvård som genomförs med stöd av bestämmelserna i den lagen kostnadsfri även för dessa personer (se vidare 8.6). Asylsökande personer omfattas redan av bestämmelsen. Genom förslaget blir papperslösa i fråga om smittskyddsbehandling inom Sverige likställda med bosatta och asylsökande, vilket är en viktig förändring sett ur både individ- och folkhälsoperspektiv. Landstingen bör kompenseras också för denna merkostnad genom ett ökat anslag enligt det generella statsbidraget.

8.6 Frågan om vårdavgifter för asylsökande personer

Utredningens bedömning: Asylsökande personer ska, oavsett ålder, även fortsättningsvis betala de vårdavgifter som framgår av förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar.

Asylsökande personer betalar i dag enligt förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar vårdavgifter som är lägre än vad de bosatta betalar för motsvarande vårdinsatser. Detta gäller all den hälso- och sjukvård och tandvård åt asylsökande personer, inklusive läkemedel, oavsett ålder och vårdnivå (se vidare avsnitt 2.4), som landstinget de befinner sig i ska erbjuda. Hälsoundersökning och vård enligt smittskyddslagen är kostnadsfri (se vidare avsnitten 2.3.5 och 2.3.6).¹

Utredningen har i avsnitt 8.4 beskrivit att landstingen ersätts enligt en väl etablerad ordning av staten via ett statsbidrag genom Migrationsverket för den kostnad de har för den hälso- och sjukvård och tandvård som landstingen ger de asylsökande personerna (se vidare avsnitt 2.5). Utredningens bedömning är att denna ordning ska kvarstå. Det huvudsakliga skälet för detta är den förhållandevis korta period under vilken en person är asylsökande. Att vara asylsökande får således ses som ett undantag, vilket kan motivera att vårdavgiften sätts lägre än vad som gäller för bosatta och papperslösa personer.

¹ Kostnadsfrihet för hälsoundersökningar får anses framgå genom att ingen skyldighet för att betala vårdavgift finns, jfr 6 a § förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande. Kostnadsfriheten för vård och åtgärder enligt smittskyddslagen framgår av 4 § förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar.

8.7 Vårdavgifter för papperslösa personer

Utredningens förslag: Papperslösa personer ska betala samma vårdavgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) som bosatta personer.

Regelbunden fullständig tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) för papperslösa personer till och med det år de fyller nitton år ska, liksom vad som gäller för bosatta personer i motsvarande ålder, vara avgiftsfri.

Papperslösa personer ska inte betala vårdavgift för hälso- och sjukvård som görs med stöd av smittskyddslagen (2004:168).

Papperslösa personer ska betala vårdavgifter för läkemedel som skrivs ut inom öppen vården enligt läkemedelsförmånen i motsvarande omfattning som bosatta personer.

Genom att papperslösa personer enligt 3 § HSL ska erbjudas samma hälso- och sjukvård som bosatta personer omfattas papperslösa personer av de regler om vårdavgifter inom sluten- och öppenvården som gäller för bosatta personer enligt HSL och förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m. (se avsnitt 8.1). Genom att papperslösa personer görs till förmånstagare i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. omfattas den gruppen av de regler om avgifter som gäller enligt den lagen för bosatta personer (se avsnitt 8.4). I fråga om tandvård görs ändringar i 15 a § tandvårdslagen (1985:125). I fråga om behandling som görs med stöd av smittskyddslagens bestämmelser görs ändringar i 7 kap. 3 § samma lag.

Utredningens förslag innebär att papperslösa personer ska erbjudas hälso- och sjukvård i samma omfattning, på samma villkor och under samma förutsättningar som bosatta personer. Förslaget innebär vidare att papperslösa barn och ungdomar erbjuds tandvård på samma sätt som bosatta barn och ungdomar. Detta innebär bl.a. att papperslösa personer ska betala vårdavgifter i samma omfattning som bosatta personer. Det är landstingen själva som beslutar vilka vårdavgifter som gäller inom landstingets hälso- och sjukvård.

Som utredningen har beskrivit i avsnitt 2.4–2.5 måste de flesta papperslösa personer i dag själva betala hela kostnaden för den hälso- och sjukvård och tandvård som landsting och kommuner erbjuder. De nya reglerna innebär att de papperslösas ansvar för att bära

kostnaden för sin vård minskas betydligt. Det medför i praktiken att en viktig barriär mellan vården och dessa personer är undanröjd. Vården blir för dessa personer inte bara juridiskt tillgänglig utan även ekonomiskt mer tillgänglig. Detta är enligt utredningens mening en förutsättning för att Sverige ska kunna anses fullt ut uppfylla de internationella åtaganden om bästa möjliga hälsa för alla inom landets gränser som man gjort.

Förslaget synliggör emellertid olika komplikationer som finns inbyggda i systemet, bl.a. den omständigheten att papperslösa personer av naturliga skäl ofta inte har en officiellt bekräftad identitet eller är villiga att avslöja denna. Det ställer särskilda krav på det system som måste utformas för att garantera att även papperslösa personer omfattas av högkostnadsskydden inom hälso- och sjukvården. När det gäller de papperslösas tillgång till högkostnadsskyddet avseende vårdavgifter inom sluten- och öppenvården är denna fråga mindre problematisk jämfört med vad som gäller för att omfattas av det högkostnadsskydd som gäller inom läkemedelsförmånen eftersom det senare ställer krav på att den enskilde papperslöse måste kunna identifiera sig. Frågan diskuteras vidare i avsnitt 8.8, där utredningen föreslår att berörda myndigheter ges i uppdrag av regeringen att utreda och utforma ett system för att på något sätt fastställa asylsökande och papperslösa personers identitet. Detta system bör också kunna användas för att följa upp vilka kostnader asylsökande och papperslösa personer har haft för sin hälso- och sjukvård.

8.8 Frågan om identitet och patientjournalföring

Utredningens bedömning: Regeringen bör uppdra åt berörda myndigheter att utreda och utarbeta en ordning som möjliggör en mer ändamålsenlig ordning för dokumentation och uppföljning av den vård som enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) ska ges asylsökande och papperslösa personer. En sådan ordning ska också kunna ligga till grund för administrationen av sjukvårdssubventionen, inklusive läkemedelssubventionen, för dessa grupper.

I utredningens direktiv sägs ingenting specifikt om de asylsökande och papperslösa personernas identitet eller vilken betydelse identiteten har eller bör ha för tillgången till hälso- och sjukvård och för möjligheterna att följa upp gjorda insatser både på individ- och på verksamhetsövergripande nivå.

Utredningen har i utredningsarbetet blivit varse att frågan om att med så stor säkerhet som möjligt kunna åsätta de asylsökande och papperslösa personerna en bekräftad identitet är av central betydelse inte minst när det gäller möjligheten att på ett ändamålsenligt och patientsäkert sätt kunna föra patientjournaler.

För bosatta personer är det en självklarhet att det inom hälso- och sjukvården förs patientjournaler. Detta är för övrigt ett lagstadgat krav (se vidare avsnitt 3.7). I sådana sammanhang används personnumret som en över hela landet gällande sorteringsfaktor för att i tid och rum kunna dokumentera olika personers sjukdomshistoria, nuvarande sjukdomsbild, läkemedelsanvändning m.m. Utredningen har i avsnitt 3.7 analyserat olika frågeställningar som hänger samman med identitet och patientjournalföring. I detta avsnitt har också beskrivits att de asylsökande åsätts en identitet i samband med att de får sitt s.k. LMA-kort och att de finns upptagna i ett register som förs av Migrationsverket. Vidare har i avsnittet beskrivits att de papperslösa personerna, i den mån de kommer till den offentliga hälso- och sjukvården, när de erhåller vårdinsatser oftast åsätts ett s.k. reservnummer. Samma ordning gäller för övrigt alla patienter som inte går att direkt identifiera. För dessa reservnummer finns inget i landet sammanhållet register, vilket ansetts vara en brist.

I samband med tillkomsten av patientdatalagen (2008:355) uttalade regeringen i förarbetena att syftet med lagen är att stärka patientsäkerheten. Strängare krav på bl.a. dokumentation och uppföljning infördes.

Utredningen har kunnat dra slutsatsen att det, på grund av de svårigheter som i dag finns när det gäller att fastställa både asylsökande och papperslösa personers identiteter, inte finns någon ändamålsenlig ordning för att föra patientjournaler över genomförda medicinska insatser. Detta är inte bara till olägenhet för berörd patient. Även hälso- och sjukvårdspersonal upplever det som besvärande att inte veta vem som är föremål för en sjukvårdsinsats. Risken för att medverka till att en patient felbehandlas ökar dramatiskt på grund av att man i många fall inte kan veta om patienten är den han eller hon utger sig för att vara och därför inte kan ta del av hans

eller hennes sjukdomshistoria. I så motto utgör detta även ett arbetsmiljöproblem. Dessutom är många andra aktiviteter, som t.ex. läkemedelsförmånen, inom hälso- och sjukvården beroende av att det finns en bekräftad identitet. Detta gäller både i fråga om att som förmånstagare omfattas av högkostnadsskyddet som för apoteken att veta vilket landsting som ska faktureras. Det är även mycket svårt att kontrollera att patienter med osäker identitet fullföljer sina skyldigheter, som i huvudsak består i att betala för erhållna vårdinsatser. Utan en ordning för någon form av fastställande av identitet – om än osäker sådan – på patienter och dokumentation av t.ex. genomförda insatser är det inte heller på ett ändamålsenligt sätt möjligt för hälso- och sjukvårdspersonal att efterfölja sina skyldigheter att föra patientjournal enligt patientdatalagen och sina skyldigheter när det gäller utlämnande av allmänna handlingar enligt tryckfrihetsförordningens och offentlighets- och sekretesslagens bestämmelser.

Mot denna bakgrund anser utredningen att det för de asylsökande och papperslösa personerna inte råder en acceptabel patientsäkerhet. Utredningen anser att det är angeläget att berörda myndigheter snarast får regeringens uppdrag att utreda och utforma ett system för att på något sätt fastställa asylsökande och papperslösa personers identitet och med detta som grund kunna hitta en ändamålsenlig ordning för att i det medicinska sammanhanget hålla ordning och reda på vilka insatser som gjort för vem och när och varför. Ett nationellt register av något slag över de asylsökande och papperslösa personerna skulle underlätta och säkerställa bl.a. bättre vårdkontakter och vårdinsatser.

Om ett nytt system för identifikation av asylsökande och papperslösa personer inom hälso- och sjukvården inte kan vara i bruk inför att övriga delar av utredningens förslag träder i kraft, bör detta inte hindra att papperslösa personer kan komma i åtnjutande av subventionerad sjukvård enligt utredningens förslag. Även om det bör ses som en högst tillfällig lösning, så borde ett fortsatt användande av reservnumren vara möjligt.

I detta sammanhang är det viktigt att peka på att Apoteket AB har erfarenheter på detta område, liksom de olika landstingen genom den ordinarie dokumentationen av hälso- och sjukvårdsinsatser. Inom Skatteverket finns också ett system med samordningsnummer som regleras i folkbokföringslagen (1991:481). En person som inte är eller har varit folkbokförd får efter begäran från en myndighet eller ett annat organ som regeringen bestämmer

tilldelas ett samordningsnummer. Samordningsnumret ska utgå från den födelsetid som det rekviderande organet uppger. Inom ramen för etableringsreformen (lagen [2010:97] om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare) har Skatteverket, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Migrationsverket slutit en avsiktsförklaring om bl.a. användande av samordningsnummer i befintliga register.² I denna förklaring nämns att Migrationsverket ska kunna beställa samordningsnummer för asylsökande personer så snart Skatteverket kan tillhandahålla en elektronisk tjänst för ändamålet. Beställning av samordningsnummer kan för den som i dag saknar identitet i officiella register enbart rekvideras av Migrationsverket, Rikspolisstyrelsen och Skatteverket.

Inom EU-samarbetet har det beslutats att hanteringen av icke folkbokförda personer ska stramas upp, bl.a. mot bakgrund av Patientrörlighetsdirektivet. I enlighet med en kommande EU-förordning om gemensam statistik ska Socialstyrelsen samla in uppgifter både om avlidna bland icke folkbokförda personer och inhämta information om dödfödda, samt avrapportera dessa till Eurostat.³

Utredningen vill i detta sammanhang betona att det faktum att en person får ett person- eller samordningsnummer eller åsätts ett reservnummer inom hälso- och sjukvården inte innebär att vederbörande upphör att vara papperslös. Att för att kunna ta emot hälso- och sjukvård åsätts ett nummer innebär inte att man därigenom anses ha fått nödvändigt tillstånd att vistas i landet. Detta utgör ytterligare ett exempel på att hälso- och sjukvårdslagstiftningen och migrationsrätten kan fungera tillsammans utan att påverka varandra.

8.9 Frågan om tystnadsplikt, sekretess och uppgiftsskyldighet

Utredningens bedömning: De nuvarande reglerna om hälso- och sjukvårdens sekretess, tystnadsplikt, uppgiftsskyldighet och underrättelseskyldighet, i bl.a. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), patientsäkerhetslagen (2010:659) och utlänningsförordningen (2006:97) framstår som ändamålsenliga och behöver därför inte ändras.

² Arbetsförmedlingen Dnr. Af-2010/372020.

³ Se Regeringskansliets faktapromemoria 2007/08:FPM134 Patientrörlighetsdirektivet.

Utredningen ska enligt direktiven analysera och redovisa tillämpningen av nuvarande sekretessregler och regler om tystnadsplikt samt vid behov föreslå förändringar varvid vikten av att upprätthålla förtroende för hälso- och sjukvården beaktas. Hälso- och sjukvårdens anmälningsplikt gällande exempelvis övergrepp mot barn eller upptäckt av våld mot kvinnor ska inte förändras.

I avsnitt 3.6 redovisar utredningen vad som gäller i fråga om sekretess, tystnadsplikt och underrättelseskyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal. I avsnitt 4.4.2 beskrivs också hur frågan behandlades i betänkandet Skolgång för barn som skall avvisas eller utvisas (SOU 2007:34) och i betänkandet Skolgång för alla barn (SOU 2010:5).

Under utredningsarbetet har det inte framkommit att tillämpningen av de regler som i dag gäller för sekretess, tystnadsplikt och underrättelseskyldighet inom hälso- och sjukvården har gett upphov till några större problem i arbetet för hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns enligt utredningens bedömning således inget som motiverar författningsändringar. Mot denna bakgrund och med hänsyn till att det måste finnas en möjlighet för polisen att i vissa fall få information från hälso- och sjukvården för att t.ex. kunna gripa misstänkta gärningsmän och för olika myndigheter att kunna agera då det föreligger misstanke om övergrepp är utredningen av den uppfattningen att nuvarande regler är ändamålsenliga och inte behöver ändras.

8.10 Frågan om hälso- och sjukvård åt personer som befinner sig tillfälligt i landet

Utredningens bedömning: Den nuvarande regleringen av hälso- och sjukvård och tandvård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) är, när det gäller tillämpningen på personer som är i landet högst tillfälligt, t.ex. turister, ändamålsenlig och behöver inte ändras.

Utredningen har enligt sina direktiv att analysera om det finns behov av speciella regler för vissa grupper, som endast vistas i Sverige en kortare tid, t.ex. turister, som skulle kunna utnyttja en subventionerad hälso- och sjukvård i stället för att söka vård i sitt hemland.

I avsnitt 2.1 redogör utredningen för de grupper av personer som omfattas av utredningens uppdrag och ger exempel på grupper av personer som inte gör det. Bland de grupper av personer som inte omfattas av utredningens uppdrag finns de som vistas i landet tillfälligt som t.ex. turister, diplomater och EES-medborgare med uppehållsrätt.

Utredningen har under utredningsarbetets gång och i kontakterna med företrädare för hälso- och sjukvården fått uppfattningen att den nuvarande regleringen av hälso- och sjukvård inte är problematisk ur den aspekt som pekas på i utredningens direktiv. Hälso- och sjukvården upplever inget problem med att t.ex. turister utnyttjar vården utan att vårdgivaren får betalt på ett eller annat sätt. I den mån den aktuella utlänningen inte direkt betalar vad vården kostar så har han eller hon vanligen sin hälso- och sjukvård finansierad via sina hemländer, bl.a. genom någon form av socialförsäkring eller privat försäkring. I den utsträckning dessa personer har behov av hälso- och sjukvård ges adekvat vård under deras vistelse i Sverige i den omfattning det är medicinskt motiverat för att de ska kunna resa hem och i förekommande fall få sitt behov av eftervård tillgodosett där.

De förslag till utökad tillgång till hälso- och sjukvården som redovisats i avsnitten 8.1 och 8.2 gäller således inte sådana utländska personer som vistas med tillstånd i landet.

8.11 Frågan om de ideella organisationernas resurser och kunskaper – hur kan dessa tillvaratas på bästa sätt?

Utredningens bedömning: De ideella organisationers nuvarande arbete med att tillhandahålla hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer kan på sikt närmast antas upphöra. Utredningen har därför inte sett några skäl till att överväga ytterligare ansvar på ideella organisationer att tillhandahålla hälso- och sjukvård åt dessa personer. Däremot har organisationerna en fortsatt viktig uppgift att bidra i arbetet med att öka tillgången till information om vad som gäller inom svensk hälso- och sjukvård när det gäller framför allt papperslösa personer. I detta arbete bör Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, landstingen och kommunerna ha en aktiv del.

Utredningen har enligt sina direktiv att överväga i vilken mån de ideella organisationernas resurser och kunskaper kan tillvaratas på ett bättre sätt – underförstått – än i dag.

Utredningen har under utredningsarbetet fått beskrivet för sig att hälso- och sjukvård – inklusive tandvård – för papperslösa personer i stor utsträckning genomförs av olika ideella organisationer (frivilligorganisationer), se vidare t.ex. i avsnitt 2.3. Flera av dessa organisationer har kliniker som till viss del fungerar som en vårdcentral där enklare insatser av primärvårdskaraktär kan ges. I de fall patienterna är i behov av större medicinska insatser försöker organisationernas företrädare att så gott det går hjälpa patienterna till den ordinarie hälso- och sjukvården eller vid behov hjälpa dem med läkemedel.

Utredningens förslag om att samtliga asylsökande och papperslösa personer ska erbjudas hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) i samma omfattning som bosatta personer samt att asylsökande barn och ungdomar ska erbjudas tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) i samma omfattning som bosatta barn och ungdomar borde innebära att de vårdinsatser som organisationerna ger i dag skulle kunna minska i omfattning. Hur klar och tydlig lagstiftningen än blir så kommer det troligen ändå att finnas en grupp människor som på grund av rädsla för upptäckt av myndigheterna inte kommer att våga närma sig hälso- och sjukvården via de gängse kanalerna. I dessa fall kommer frivilligorganisationernas kliniker antagligen att ha en fortsatt funktion. Många av dem som kommer till Sverige som t.ex. flyktingar har dåliga erfarenheter av kontakter med myndigheter och kommer att ha svårt att släppa denna rädsla. Under bl.a. de referensgruppsmöten som utredningen haft med olika frivilligorganisationer och vårdgivare har det framförts att risken för att en identitet avslöjas för myndigheter har en avhållande effekt i fråga om viljan hos enskilda personer att söka sjukvård. Detta har också bekräftats i andra sammanhang som gällt papperslösas rätt till vård (se bl.a. avsnitt 3.6). Mot denna bakgrund ser utredningen att frivilligorganisationerna även fortsättningsvis kommer att behöva vara en stödjande brygga till den offentliga hälso- och sjukvården.

En stor del av det arbete som frivilligorganisationerna gör när det gäller de direkta kontakterna med bl.a. de asylsökande och papperslösa personerna är, förutom att försöka ge och förmedla hälso- och sjukvård på det sätt som beskrivs i detta betänkande, att ge både allmän och specifik information och att finnas som stöd till dessa

personer i olika situationer i deras vardag. I denna del och mot bakgrund av den goodwill som organisationerna har på både nationellt och internationellt plan, kommer organisationernas arbete att även fortsättningsvis vara till stor nytta för att sprida kunskap bland de papperslösa personerna om de nya reglerna.

Utredningen bedömer mot den ovan angivna bakgrunden att frivilligorganisationerna även fortsättningsvis kan ha rollen som stöd och informationsspridare om bl.a. hälso- och sjukvård när det gäller asylsökande och papperslösa personer. När det gäller att sprida information till dessa personer har de ideella organisationerna särskilt goda förutsättningar att nå ut, inte minst på grund av det förtroende dessa organisationer åtnjuter för sitt arbete hos asylsökande och papperslösa personer. Utredningen har i kontakterna med företrädare för de ideella organisationerna erfart att dessa är villiga att på olika sätt bidra till ökad informations spridning. Det kan t.ex. röra sig om att informera enskilda personer vilken som är den rätta institutionen att vända sig till när vårdbehov föreligger. Det handlar också om att hjälpa till att öka kunskapen hos hälso- och sjukvårdspersonal samt hos hälso- och sjukvårdens administrativa personal om vad som gäller i fråga om hälso- och sjukvård och tandvård för de berörda grupperna.

Utredningen ser det också som självklart att Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, landstingen och kommunerna tar en aktiv del i arbetet med att tillsammans med frivilligorganisationerna sprida kunskap om hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer.

Frivilligorganisationerna har även en viktig uppgift att fylla för att öka asylsökande och papperslösa personers kunskaper om sekretessreglernas innebörd och funktion inom svensk hälso- och sjukvård. Detta för att minska rädslan för att andra myndigheter ska få reda på att enskilda personer är eller varit i kontakt med hälso- och sjukvården.

8.12 Uppföljning av utredningens förslag

Utredningens bedömning: Myndigheten för vårdanalys bör få regeringens uppdrag att bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade reformer med anledning av utredningens förslag.

En stor del av den uppföljning som historiskt sett har gjorts i fråga om hälso- och sjukvård har inte gjorts utifrån patienternas eller medborgarnas perspektiv. Detta har upplevt som en brist. För att upphäva denna brist har regeringen inrättat Myndigheten för vårdanalys, som började sitt arbete den 1 januari 2011.

Ett av målen med myndigheten är att stärka patienternas och medborgarnas ställning och inflytande i vården. Det är viktigt att stärka deras insyn i och förtroende för hälso- och sjukvårdens verksamhet och resultat. Myndigheten ska utifrån patienters och medborgares perspektiv öppet utvärdera och analysera såväl offentligt som privat finansierad hälso- och sjukvård, inklusive tandvård. Den ska redovisa förhållanden inom hälso- och sjukvården, särskilt verksamhetens kvalitet och effektivitet. Den ska också utvärdera effekterna av de reformer och satsningar som regeringen gör.

Förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vårdanalys ligger till grund för myndighetens verksamhet. Enligt 3 § i förordningen ska myndigheten på regeringens uppdrag bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ.

Mot bakgrund av de osäkerhetsfaktorer som enligt utredningens bedömning trots allt finns när det gäller att uppskatta och beräkna kostnader och effekter av en reform med det innehåll som utredningen föreslår, så vore det en uppgift för Myndigheten för vårdanalys att närmare följa reformen.

8.13 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: Ändringarna träder i kraft den 1 januari 2013.
--

Det framstår som angeläget att ändringarna i den befintliga lagstiftningen inte drar ut alltför mycket på tiden. Detta mot bakgrund av den tid som förflutit sedan FN:s förre specialrapportör för rätten till hälsa, Paul Hunt, första gången riktade kritik mot Sverige i fråga om asylsökande och papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård i landet. Eftersom förslaget innebär ett utökande av respekten för de mänskliga rättigheterna i Sverige bör en ändring av lagen ske skyndsamt.

Mot bakgrund av de ändringar av rutiner och den information till berörd personal m.fl. som förslaget medför, föreslår utredningen att ändringarna träder i kraft den 1 januari 2013.

9 Ekonomiska och andra konsekvenser av utredningens förslag

9.1 Kraven på redovisning av förslagets konsekvenser

9.1.1 Kommittéförordningen (1998:1474) och förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning

Av 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474) framgår att en utredning är skyldig att redovisa vilka konsekvenser förslagen i ett betänkande kan få i en rad olika avseenden. Om förslagen påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt, ska dessa redovisas. När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller landsting, ska en finansiering föreslås. Förslagets betydelse för den kommunala självstyrelsen ska också redovisas liksom konsekvenserna för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan män och kvinnor och för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Enligt 15 a § kommittéförordningen ska det i ett betänkande som innehåller nya eller ändrade regler också anges förslagets kostnadmässiga och andra konsekvenser. Dessa ska anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Det är utredningens bedömning att de aspekter som nämns i 14–15 §§ kommittéförordningen inte påverkas av förslaget i betänkandet, med undantag av

- den kommunala självstyrelsen,
- offentlig service i olika delar av landet,
- jämställdheten mellan män och kvinnor, och
- möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen

En följd av denna bedömning är att den redovisning som nämns i 7 § förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning inte heller är aktuell.¹

Konsekvensdiskussioner kring utredningens förslag återfinns i viss mån i både kapitel 7 och 8. I förevarande kapitel redogörs utförligare för utredningens konsekvensbedömning i ovan nämnda avseenden, när det gäller konsekvenserna för de offentliga finanserna och samhällsekonomin, samt de aspekter som omnämns i 6 § förordningen om konsekvensutredning vid regelgivning.

9.1.2 Utredningens direktiv

Regeringen har i direktiven angivit att utredningen ska beräkna kostnaderna för en utvidgad subventionerad vård enligt förslaget samt uppskatta vilka effekter förslaget kan få för de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna, inklusive eventuella effekter för andra grupper av vårdbehövande och för efterfrågan på hälso- och sjukvård samt beräkna eventuella ökade kostnader för asylprocessen inklusive mottagandesystemet.

I direktiven påminns om den konsekvensutredning som ska göras enligt kommittéförordningen (jfr avsnitt 9.1.1).

9.2 Problembeskrivning och målsättning

Av 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning framgår att en sådan ska innehålla utredningens problembeskrivning och målsättning.

Bakgrunden till att denna utredning tillsattes är enligt direktiven att nuvarande reglering har uppfattats som problematisk i framför

¹ Nämligen vilka effekter förslaget får av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt.

allt två hänseenden. För *det första* anses det att den oklarhet som i dag råder när det gäller asylsökande och – framför allt – papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård innebär *stora tillämpningsproblem* inom hälso- och sjukvården, vilket i sig betraktas som ett arbetsmiljöproblem för personalen eftersom regleringen inte anses förenlig med vårdprofessionernas etiska riktlinjer. För *det andra* har riktats allvarlig kritik från flera FN- och andra behöriga internationella organ av innebörd att Sverige inte fullt ut lever upp till sina *internationella åtaganden*, framför allt såvitt gäller rätten till bästa möjliga hälsa för alla.

Därutöver har utredningen för *det tredje* under utredningsarbetets gång även kommit till insikten att den nuvarande regleringen och ordningen inte fullt ut lever upp till de målsättningar som regering och riksdag satt upp i den *nationella lagstiftningen*. Dagens ordning med mer eller mindre dolda vårdinsatser inom offentligt finansierad verksamhet, där framför allt papperslösa personer behandlas, utan möjlighet till offentlig insyn i verksamheten kan inte anses förenlig med flera av de förvaltnings- och kommunalrättsliga principer som gäller för kommunal verksamhet. Ordningen lever inte heller upp till de starka krav på patientsäkerhet som ställs på hälso- och sjukvården. Att verksamhet som kan innefatta myndighetsutövning bedrivs i det fördolda på det sätt som beskrivits för utredningen kan heller inte betraktas som rättsäkert.

Uppdraget för utredningen har varit att föreslå en *mer ändamålsenlig* reglering än den som gäller i dag när det gäller de asylsökande och papperslösa personernas tillgång till hälso- och sjukvård. Vidare har utredningen, mot bakgrund av Sveriges internationella åtaganden, haft i uppdrag att överväga och lämna förslag på en reglering som ger landstingen en *utvidgad skyldighet* att erbjuda dessa personkategorier subventionerad vård. Utredningen har i detta sammanhang haft som ledstjärna att lämna ett förslag på reglering som innebär att Sverige kan anses fullt ut leva upp till vad man åtagit sig i fråga om respekt för den mänskliga rättigheten bästa möjliga hälsa för alla samtidigt som den nationella lagstiftningen kan anses vara *rättssäker* och i samklang med de rättsliga principer som gäller för offentlig verksamhet.

Utredningens förslag omfattar inte alla utlänningar som befinner sig i Sverige. Att tillgången till vård för alla utlänningar som befinner sig i Sverige inte genom utredningens förslag uttryckligen regleras på ett enhetligt sätt får i och för sig till effekt att lag-

stiftningen även fortsatt kan komma att vara svårtillämpad och otydlig när det gäller vilken vård sådana persongrupper ska erbjudas. De flesta kommer troligen att även fortsättningsvis omfattas av 4 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som föreskriver att omedelbar hälso- och sjukvård ska erbjudas. De får även fortsättningsvis betala för sin vård fullt ut. Denna ordning ser utredningen inte kan bedömas som att den fullt ut lever upp till internationella åtaganden om bästa möjliga hälsa för alla. Mot denna bakgrund anser utredningen att frågan om vilken vård de nämnda kategorierna ska ge i en framtid bör bli föremål för fortsatta överväganden i ett annat sammanhang.

9.3 Har alternativa lösningar övervägts?

Av 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning framgår att betänkandet bör belysa de alternativa lösningar som har övervägts.

9.3.1 Annan omfattning av och andra villkor för tillgången?

9.3.1.1 Hälso- och sjukvården

Alternativa författningslösningar på de problem som utredningen har att hantera skulle, som utredningen ser det, kunna handla om att författningsreglera en vårdnivå som ligger under den som gäller för bosatta personer. Mot bakgrund av de principer som utredningen i avsnitt 7.9 lagt som grund för bedömningen, är det enbart förslag som innebär att asylsökande och papperslösa personer erbjuds hälso- och sjukvård i samma omfattning och på samma villkor som bosatta som kan anses visa på en ansträngning från Sverige sida att arbeta progressivt i en riktning mot en situation som innebär att landet på ett bättre sätt fullt ut lever upp till de internationella åtagandena om bästa möjliga hälsa för alla (se avsnitten 8.1 och 8.2). Andra alternativ är således inte förenliga med utredningens principer utan skulle fortfarande innebära brister i uppfyllandet av de internationella åtagandena om bästa möjliga hälsa för alla – och de facto fortfarande hålla Sverige kvar på samma standard som när FN:s specialrapportör för rätten till hälsa Paul Hunt kritiserade lagstiftningen.

9.3.1.2 Tandvården

Frågor rörande tandvård har inte ansetts kunna lösas fullt ut inom ramen för denna utredning (se avsnitt 8.2). Utredningens förslag i denna del får därför ses som ett progressivt steg på vägen i riktning mot en reglering som kan anses leva upp till internationella åtaganden fullt ut. Utredningen har mot den bakgrund som utvecklats i avsnitt 8.2 stannat för att i denna fråga föreslå att asylsökande och papperslösa barn (under 20 års ålder) ska erbjudas tandvård på lika villkor som bosatta barn, men att frågan om tandvård åt vuxna asylsökande och papperslösa bör övervägas ytterligare.

9.3.2 Författning eller annan reglering?

Hälso- och sjukvård är en kommunal angelägenhet och ska som sådan enligt 14 kap. 2 § regeringsformen² jämförd med t.ex. kommunallagen (1991:900) som huvudregel regleras i lag. En reglering i form av rekommendationer eller allmänna råd är därför inget alternativ.

När det gäller den lagtekniska lösningen har utredningen, efter det att det alternativ som beskrivs i avsnitt 9.3.1 ovan valts, stannat för att behålla regleringen av asylsökande personers tillgång till hälso- och sjukvård i 2008 års lag i stället för att reglera frågan i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Utredningens överväganden i denna del framgår av avsnitt 8.1 men kan kort sammanfattas enligt följande.

Rutinerna för den hälso- och sjukvård som erbjuds asylsökande personer synes vara väl inarbetade. Det har inte framkommit något som tyder på att hanteringen bör förändras på något avgörande sätt. Skulle någon annan myndighet än Migrationsverket ges huvudansvaret för vården av denna personkrets skulle tvärtom stora insatser få göras i fråga om informationsöverföring och ändring av rutiner.

Den personkrets som omfattas av 2008 års lag är inte enbart asylsökande personer, utan även andra utlänningar vars tillgång till hälso- och sjukvård inte berörs av denna utrednings arbete (jfr avsnitt 2.1 samt utredningsdirektiven, bilaga 1). Det råder således ingen tvekan om att 2008 års lag alltså har ett berättigande, även om regleringen av asylsökande personers tillgång till vård reglerades i

² SFS 2010:1408.

HSL. Mot denna bakgrund har utredningen stannat för att inte förslå några förändringar i detta avseende.

Papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård regleras enligt förslaget i HSL.

9.4 Vilka berörs av förändringarna i regleringen?

En analys av effekterna för de aktörer som berörs av förändringarna i regleringen krävs enligt 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

En grundläggande princip för utredningens förslag har varit att alla personer som vistas i landet – med eller utan tillstånd – ska behandlas lika när det gäller tillgång till hälso- och sjukvård. Detta gäller även villkoren för att få tillgång till vården. En sådan princip kommer exempelvis till uttryck i uttalandet att det inte finns någon ”snabbköpsvård” i Sverige – en utländsk medborgare kan således, lika lite som en bosatt person, kräva sjukvård. Han eller hon blir föremål för exakt samma medicinska bedömningar och prioriteringar som alla andra patienter som uppsöker vården.

De grupper av aktörer (jfr avsnitt 6.2) som närmast berörs av förändringarna i regleringen är patienterna, vårdpersonalen och vårdgivarna. Mot bakgrund av att alla personer som vistas i Sverige är potentiella patienter kan nästan alla som befinner sig i Sverige sägas beröras av förslaget (förutom de undantag som framgår av avsnitt 2.1).

Utredningen har under utredningsarbetet inte kunna finna några belägg för påståendet att en utvidgad tillgång till hälso- och sjukvård i enlighet med utredningens förslag skulle medföra några undanträngningseffekter sett till de patienter som i dag har tillgång till vården. Utredningen har kunnat konstatera att det totalt sett rör sig om en i förhållande till totalbefolkningens antal och till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården begränsad utvidgning.

För att kunna erbjuda bästa möjliga hälso- och sjukvård, vilket gynnar samtliga potentiella patienter, finns också strukturella frågor som måste hanteras. En av dessa är hur vården ska organiseras för att på bästa sätt tillgodose de krav som personer som befinner sig i landet har. För att kunna besvara frågan krävs överblick av all vårdverksamhet som bedrivs i landet och dessutom möjlighet att kunna bedriva forskning som omfattar alla personer som är i landet. Detta gäller inte minst ur smittspridningssynpunkt.

Befolkningen som skattebetalare och samhällsmedborgare har också ett intresse av att de gemensamma medlen används på ett sätt som medger insyn i verksamheten. Genom att de kostnader som i dag finns för vård till framför allt papperslösa personer synliggörs ökar förutsättningarna för en transparens i verksamheten.

Ett uttryck för utredningens princip vård på lika villkor är att asylsökande och papperslösa personer i princip ska omfattas av samma regler som bosatta även när det gäller egenavgifter och högkostnadsskydd (se avsnitten 8.5 och 8.6). Utredningen har dock, på skäl som anförts i avsnitt 8.6, valt att inte föreslå några förändringar när det gäller asylsökandes patientavgifter.

Att vårdpersonalen och vårdgivarna berörs när förutsättningarna för deras verksamhet ändras på det sätt som utredningen föreslår är givet. Mot bakgrund av vad som framförts framför allt i avsnitten 2.6 och 6.1 framstår dessa förändringar som gynnsamma för både vårdpersonal och vårdgivare.

9.5 Betydelsen för Sveriges anslutning till Europeiska unionen

Frågan om förslagens betydelse för Sveriges anslutning till Europeiska unionen är en sådan aspekt som enligt 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning ska belysas i ett betänkande.

Någon gemensam asyl- och migrationspolitik finns för närvarande inte inom EU. Stats- och regeringscheferna inom unionen har beslutat att en sådan politik ska finnas senast år 2012 (se avsnitt 2.2.2) och arbetet med att genomföra detta pågår.

Utredningen har gjort bedömningen att förslagen ligger helt i linje med Sveriges åtaganden till följd av EU-medlemskapet om man ser till den anda som är tänkt att råda inom unionen när det gäller synen på mänskliga rättigheter.

I sammanhanget kan noteras att Sverige år 1952 ratificerade Europarådets konvention om de mänskliga rättigheterna (Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna [Europakonventionen]) och att konventionen är en del av EU-rätten (se vidare avsnitt 3.2.2).

9.6 Kostnadmässiga konsekvenser

9.6.1 Fullständig och subventionerad hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer

9.6.1.1 Utvidgning och kodifiering

För det fall ett betänkande innehåller nya eller ändrade regler ska betänkandet också ange förslagets kostnadmässiga konsekvenser (se avsnitt 9.1.1).

I förarbetena till lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. gjorde regeringen bedömningen att den förlagna regleringen av landstingets skyldigheter att erbjuda asylsökande och vissa andra utlänningar hälso- och sjukvård i allt väsentligt innebär en kodifiering av den ordning som gällt tidigare enligt överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting och att denna reglering inte skulle medföra några ökade kostnader för staten.

Den reglering som utredningen nu föreslår innebär i praktiken både en formell rättslig *utvidgning* av landstingens och kommunernas åligganden och en *kodifiering* av en ordning som i praktiken redan äger rum och som till viss del redan bekostas inom nuvarande kommunala resursramar.

På utredningens uppdrag har Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund gjort en skattning av både de kostnader som kommunerna och landstingen har i dag för den hälso- och sjukvård – inklusive tandvård – som de asylsökande och papperslösa personerna erbjuds och de kostnader som en utvidgad subventionerad och fullständig hälso- och sjukvård enligt utredningens förslag kan antas medföra.

IHE:s rapport³, som baseras på data från bland annat Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen, visar att vårdkonsumtionen bland asylsökande personer i vissa fall är *lägre* än vad som gäller för bosatta generellt sett. Vuxna asylsökande personer gör exempelvis ett något lägre antal läkarbesök i primärvården per tidsenhet jämfört med bosatta personer i samma åldersgrupp. Asylsökande kvinnor besöker inte mödravården i samma utsträckning som bosatta kvinnor. Däremot redovisar gruppen asylsökande personer ett *högre* antal vårddagar i sluten-

³ Bilaga 2.

vården per tidsenhet jämfört med bosatta personer, vilket inte minst gäller grupperna barn och äldre.

I vissa avseenden kan det således konstateras att asylsökande personer har ett större vårdbehov än bosatta. Detta har framför allt setts gälla psykiatrisk vård. Hur behovet av sådan vård kan komma att ändras vid genomförandet av utredningens förslag är svårt att uttala sig om.

9.6.1.2 Kostnaderna för de asylsökande personerna

IHE har beräknat att **den totala kostnaden för den hälso- och sjukvård som de asylsökande personerna får i dag** uppgår till ca 1,1 miljarder kronor, vilket utgör ca 0,5 procent av de totala årliga kostnaderna om 237 miljarder kronor för de bosattas hälso- och sjukvård.

När IHE har beräknat hur stora de totala kostnaderna för den utökade tillgång till hälso- och sjukvård som utredningen föreslår skulle kunna bli har man förutsatt att deras konsumtion i stort sett kommer att se ut som i dag, med undantag för de delar av vården där de asylsökande personerna har en lägre vårdkonsumtion. Detta gäller, som nämndes ovan, exempelvis läkarbesök i primärvården och mödravården. IHE:s beräkningar utgår från att de asylsökande patienterna kommer att ha samma vårdkonsumtion i dessa delar som bosatta personer. Med sådana antaganden beräknar IHE att kostnaden per asylsökande person för erhållen hälso- och sjukvård skulle *öka* från 31 600 kr till 34 100 kr per år om gruppen gavs samma tillgång till hälso- och sjukvården som gruppen bosatta personer (en ökning med cirka 10 procent). Mot denna bakgrund beräknas **den totala kostnaden för den utökade tillgången av hälso- och sjukvård** åt hela gruppen asylsökande, som kan uppskattas till 35 000 personer, uppgå till mellan ca 1 190 och 1 230 miljoner kr per år.

Det sagda innebär att utredningens förslag skulle medföra **ökade kostnader med avseende på de asylsökande personerna jämfört med i dag** med maximalt 90–130 miljoner kronor.⁴

⁴ 1 190–1 100 respektive 1 230–1 100 miljoner kronor.

9.6.1.3 Kostnaderna för de papperslösa personerna

När det gäller gruppen *papperslösa* personer antas vid beräkningen av kostnaderna i IHE:s rapport att denna grupp har en vårdkonsumtion som motsvarar den som asylsökande personer har. Det innebär att inte heller dessa personers konsumtion skiljer sig nämnvärt från bosatta personers, med de undantag som angavs ovan. IHE har skattat **den totala kostnaden för den hälso- och sjukvård som de papperslösa personerna får i dag** till ca 80–440 miljoner kronor beroende på olika antaganden om mängden vårdkontakter och antalet papperslösa personer som vistas i landet.

IHE uppskattar **den totala kostnaden för den utökade tillgången av hälso- och sjukvård** åt hela gruppen papperslösa personer till 280 miljoner kronor vid ett antagande om att gruppen består av ca 10 000 personer. Vid ett antagande att gruppen består av 35 000 personer, vilket av bl.a. Socialstyrelsen redovisats som en möjlig övre gräns, uppskattas kostnaderna till 970 miljoner kronor. Det innebär att utredningens förslag, som utgår från ett antagande om att gruppen papperslösa personer uppgår till ca 35 000 personer, skulle **medföra ökade kostnader jämfört med i dag** med maximalt ca 530–890 miljoner kronor.⁵

9.6.1.4 De sammanlagda kostnaderna för utredningens förslag

Den maximala totala kostnaden för utredningens förslag om fullständig subventionerad hälso- och sjukvård åt alla asylsökande och papperslösa personer uppgår enligt IHE:s beräkningar således sammanfattningsvis till följande:

- a) 1 510 miljoner kronor (1 230 + 280) avseende de asylsökande personerna och papperslösa personer till ett uppskattat antal om ca 10 000,
- b) 2 200 miljoner kronor (1 230 + 970) avseende de asylsökande personerna och papperslösa personer till ett uppskattat antal om ca 35 000.

I relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården i Sverige om ca 237 miljarder kronor utgör dessa mellan 0,6 (a) och 0,9 (b) procent.

⁵ 970–440 respektive 970–80 miljoner kronor.

Eftersom en del av den utvidgade hälso- och sjukvård som utredningen föreslår redan i dag bedrivs och finansieras så är inte hela kostnaden ny. Den merkostnad som utredningens förslag medför i förhållande till dagens kostnader skulle mot bakgrund av IHE:s underlag kunna uppskattas till som mest 1 020 miljoner kronor⁶ vilket skulle motsvara en total kostnadsökning om ca 0,4 procent i förhållande till de totala kostnaderna för den svenska hälso- och sjukvården som per år uppgår till ca 237 miljarder kronor.⁷ Merkostnaden om maximalt 1 020 miljoner kronor torde också vara det belopp med vilket statsbidraget maximalt skulle behöva utökas vid ett genomförande av utredningens förslag.

Mot bakgrund av de osäkerhetsfaktorer som beräkningarna trots allt är behäftade med är det enligt utredningens uppfattning angeläget att följa kostnadsutvecklingen i frågan (se avsnitt 8.12 om förslaget rörande uppdrag till Myndigheten för vårdanalys).

9.6.2 Osäkra variabler

Det är svårt att göra säkra bedömningar av vad en utökad tillgång till hälso- och sjukvård för de aktuella grupperna skulle kosta. Det finns flera osäkra variabler att förhålla sig till när en sådan bedömning ska göras. Osäkerheten i bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna framgår också i ramöverenskommelsen mellan regeringen och Miljöpartiet de gröna. Likväl är det av vikt att förhålla sig till de osäkra variablerna som finns på ett sådant sätt att den värdering som görs av dem kan anses rimlig.

För det första är det mycket svårt att veta hur många personer som kan komma att finnas i de båda grupperna över tid. Av avsnitt 2.2.3 framgår att antalet asylsökande personer varierar relativt kraftigt mellan olika år. Detta är framför allt beroende på omständigheter och händelser i omvärlden. Av samma skäl kan det vara svårt att veta hur många papperslösa personer som vistas i Sverige. Under vissa perioder kan det kanske vara lättare respektive svårare att ta sig till och vistas i Sverige. Då kan antalet papperslösa personer antas öka respektive minska.

⁶ (1 230–1 100) + (970–80) miljoner kronor.

⁷ Denna uppskattade merkostnad torde ligga i paritet med det i ramöverenskommelsen uppskattade beloppet (i ramöverenskommelsen anges "Den preliminära bedömningen, som är förknippad med stor osäkerhet, är att de aktuella förslagen kan medföra kostnader på upp till 1,7 mdkr". I dessa förslag ingår även kostnader för andra reformer än tillgång till hälso- och sjukvård.).

För det andra kan det också ha betydelse för kostnadsberäkningarna hur migrationsprocesserna hanteras, hur många uppehållstillstånd som beviljas och var personerna som får avslag kommer ifrån. Av avsnitt 2.3.4 framgår att antalet papperslösa personer i Sverige beräknas vara mellan 10 000 och 35 000. Redan denna variabel är således osäker.

För det tredje har utredningen utifrån tidigare, främst internationella, erfarenheter och studier kommit fram till att det mesta talar för att en utökad tillgång till hälso- och sjukvård åt asylsökande och papperslösa personer inte kommer att ha någon större s.k. pull-effekt i migrationshänseende (se avsnitt 6.4). Att en liten ökning kan komma att ske i vart fall inledningsvis och då möjligen från länder inom Europa kan emellertid inte uteslutas. Hur stor denna ökning kan bli och vilken kostnadseffekt den skulle kunna få är mycket svår att ha en säker uppfattning om.

För det fjärde finns ytterligare osäkerhet det när det gäller de asylsökande och papperslösa personernas behov av hälso- och sjukvård. Vårdkonsumtionen för dessa grupper ser ju i dag något annorlunda ut än för de bosatta patienternas. Frågan är i vad mån detta beror på den nuvarande regleringen, kulturella skillnader eller bara bristande informationsinsatser/okunskap.

För det femte är landstingen i dag enbart skyldighet att till papperslösa vuxna patienter erbjuda akutvård och det mot betalning av hela vårdkostnaden. Det faller sig därför sannolikt naturligt för dem, i den mån de uppsöker den offentliga vården, att vända sig till akutmottagningar även om deras behov skulle bli väl så tillgodosedda inom primärvården. Primärvård är – har det sagts utredningen – ett okänt begrepp i flera andra länder, varför det även av denna anledning finns skäl att anta att patientströmmar går till akutmottagningar i stället för till primärvården, som enligt statistiska uppgifter är en billigare form av vård. Det kan således antas att en omdirigering av patienterna till primärvården skulle innebära att ökningen av totalkostnaden inte blir så hög som anges i IHE:s rapport. Det är således mer kostnadseffektivt att ge vård inom primärvården än inom akutsjukvården. Dessutom spar det mänskligt lidande och är mer kostnadseffektivt sett både till den enskilde patienten men också verksamhetsövergripande att behandla sjukdomstillstånd så tidigt som möjligt eller sätta in förebyggande insatser.

För det sjätte finns ytterligare en faktor som påverkar hur stor ökningen av kostnaden kan antas bli, om tillgången till vård blir större

för grupperna. Redan i dag används, som konstaterats i avsnitt 6.1, personal och utrustning från den offentligfinansierade vården för behandling av framför allt papperslösa personer. Det har också sagts till utredningen (se avsnitt 6.3.1) att de asylsökande och papperslösa patienter som tas emot i den offentliga vården ibland erhåller vård på en högre nivå (jfr avsnitt 2.4.4 om de olika vårdnivåerna) än vad lagstiftningen ger utrymme för. En av ambitionerna med utredningens arbete har varit att synliggöra dessa kostnader. I de offentliga räkenskaperna och statistiken kan således en om än relativt liten del antas belöpa på vård för papperslösa personer redan i dag. Detta gör att den totala ökningen möjligen kan antas bli något lägre än vad IHE räknat med.

9.6.3 Finansieringsfrågan

Även om det inte kan förutsättas att alla papperslösa personer är helt medellösa i så motto att de aldrig kan betala sina vårdavgifter eller lever under svaga ekonomiska omständigheter, är det sannolikt riktigt beträffande många av personerna i gruppen. Dessa personer bör emellertid enligt utredningens uppfattning inte betraktas på annat sätt än bosatta. I fall när en patient inte betalar sin vårdavgift, och det oavsett om det är en bosatt eller inte, är en vanlig rutin att saken drivs till inkasso. Så torde även komma att bli fallet med papperslösa patienter som inte kan betala. Detsamma gäller även för asylsökande personer, även om det får förutsättas gälla i mindre omfattning då de får ersättning av Migrationsverket för sina vårdkostnader. Det är angeläget att betona att förslaget inte innebär att dessa patienter ska få tillgång till gratis vård, utan att förslaget innebär tillgång till vård på lika villkor för alla. I den mån betalning för en vårdinsats inte inflyter får landstingen i sådana fall en kvarstående fordran, som i många fall torde få skrivas av eftersom patienten inte har medel. I sammanhanget bör också betonas att utredningen funnit att vissa kostnader belastar det allmänna för papperslösa personers vård redan i dag (jfr exempelvis avsnitt 6.1 om verksamhet i det fördolda). Ett genomförande av utredningens förslag innebär att dessa kostnader synliggörs.

Som framgått tidigare i detta avsnitt kan det således antas att ett genomförande av förslaget innebär en kostnadsökning för hälso- och sjukvården, genom att den vård som framför allt papperslösa personer kommer att utnyttja kommer att omfattas av den statliga sub-

ventionen. Kostnaderna för detta bör fördelas på samma sätt som sker i dag.

Det finns såvitt utredningen kunnat bedöma inte utrymme för en total kostnadsökning av den storleksordning som det rör sig om i detta fall inom den nuvarande budgeten för hälso- och sjukvården. Ytterligare medel bör således tillskjutas till genom utökade statsbidrag.

9.7 Betydelser för den kommunala självstyrelsen

Förslagets effekter för den kommunala självstyrelsen ska enligt de generella direktiven särskilt anges (se avsnitt 9.1.1).

Sedan den 1 januari 2011 finns en bestämmelse i 14 kap. 3 § regeringsformen⁸ med innebörd att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Bestämmelsen innebär att inskränkningar i den kommunala självstyrelsen ska göras med tillämpning av en proportionalitetsprincip.⁹ Lagstiftaren åläggs en skyldighet att undersöka om det ändamål som en reglering avser att tillgodose kan uppnås på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt.¹⁰ Det huvudsakliga syfte är att åstadkomma en ordning som innebär att intresset av kommunal självstyrelse under beredningen av lagförslag regelmässigt ställs mot de intressen som ligger bakom lagförslaget.¹¹ Även i fortsättningen kommer det vara möjligt att föreskriva skyldigheter för kommuner och lands-ting i speciallagstiftning i de fall detta motiveras av vikten av att åstadkomma en reglering som ger likvärdig service för invånarna oberoende av var de är bosatta.¹² En proportionalitetsprövning bör innefatta en skyldighet att undersöka om det ändamål som regleringen avser att tillgodose kan uppnås på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt än det som föreslås. Om olika möjligheter finns för att nå samma mål bör riksdagen av hänsyn till principen om den kommunala självstyrelsen välja den

⁸ Prop. 2009/10:80, bet. 2009/10:KU19, rskr. 2009/10:304, bet. 2010/11:KU4, rskr. 2010/11:21.

⁹ A. prop. s. 296.

¹⁰ A. prop. s. 2.

¹¹ A. prop. s. 213.

¹² A. prop. s. 211.

reglering som lägger minst band på den kommunala självbestämmanderätten.¹³

Utredningens förslag innebär att landstingen åläggs att tillhandahålla vård till papperslösa personer i samma utsträckning och på samma villkor som bosatta. Denna utvidgning av landstingens skyldigheter innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Mot bakgrund av landstingens ansvar för vården i Sverige och det stora antal personer som i dag har tillgång till den vården samt att även papperslösa personer i viss mån har den tillgången, måste den föreslagna utvidgningen anses som relativt begränsad. Inskränkningen kan inte anses gå utöver vad som är nödvändigt för att bereda de papperslösa personerna den vård som utredningen anser att de ska ha tillgång till.

Som anges i avsnitt 9.3.2 är hälso- och sjukvård en kommunal angelägenhet och ska som sådan enligt 14 kap. 2 § regeringsformen jämförd med t.ex. kommunallagen (1991:900) som huvudregel regleras i lag.

Under utredningsarbetets gång har det kunnat konstateras att den lagreglering som finns i dag beträffande framför allt papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvård inte varit tillräcklig och har föranlett en rad lokala initiativ. En stor majoritet av landstingen i Sverige har på eget initiativ och utan tydligt stöd i lag antagit egna riktlinjer när det gäller omfattning av och villkoren för den vård som berört landsting ska erbjuda åt sådana personer (se avsnitt 2.4.7). Detta skulle kunna betecknas som ett självstyrelseinitiativ om vidgade vårdmöjligheter för dessa personer som nu får sin legala grund. Detta innebär att den oklarhet som har rått i rättsligt hänseende (se avsnitt 6.1) genom förslaget får betraktas som undanröjd. Genom en nationell reglering av hur den nu aktuella vården ska utformas åstadkoms en ordning som ger samma möjligheter till patienterna oavsett inom vilket landsting de befinner sig. Eftersom utredningens förslag innebär att den utökade vården för grupperna ska bedrivas enligt samma rutiner och på samma sätt som för bosatta kommer landstingen att på ett tydligare och mer ändamålsenligt sätt ersättas av staten för den vård de lämnar till dessa patienter. Detta får betraktas som en positiv konsekvens för landstingen.

Med bl.a. hänsyn till erfarenheterna av de lokala riktlinjerna är det utredningens bedömning att det ändamål som regleringen avser

¹³ A. prop. s. 212.

att tillgodose, dvs. vård till de papperslösa personerna, inte kan uppnås på ett för den kommunala självstyrelsen mindre ingripande sätt än en skyldighet i lag att bereda dessa vård.

Mot bakgrund av det anförda kan det ingrepp i den kommunala självstyrelsen som en lagreglering av en ordning som i praktiken redan pågår inom landstingen betraktas som nödvändig och befogad.

9.8 Jämställdheten mellan män och kvinnor

Jämställdhet mellan män och kvinnor är en av de aspekter som enligt de generella direktiven ska belysas särskilt i en konsekvensanalys (se avsnitt 9.1.1).

Ett problem som nämnts av framför allt frivilligorganisationerna (se avsnitt 6.3) när det gäller begränsningarna i tillgång till hälso- och sjukvård för framför allt papperslösa kvinnor är att möjligheterna att upptäcka och därmed kunna hjälpa kvinnor som utsätts för brott, exempelvis våld i nära relationer eller sexualbrott, såsom trafficking, begränsas om kvinnorna inte kommer till vården. En ökad tillgång till vård skulle sannolikt öka möjligheterna att upptäcka sådan brottslighet.

Asylsökande kvinnor besöker enligt tillgänglig data (se IHE:s undersökning, bilaga 2) inte mödravården i samma utsträckning som bosatta kvinnor. Som anförts tidigare är det svårt att uttala sig i frågan om en utökad tillgänglighet av vården kan medföra ändringar i de nya patientgruppernas vårdkonsumtion.

Skulle asylsökande kvinnor uppsöka mödravården i ökande omfattning, skulle det kunna betraktas som positivt för jämställdheten mellan män och kvinnor. Inom ramen för mödravården bedrivs ju även föräldrautbildningar för blivande föräldrar. Möjligen skulle utökad information om exempelvis den svenska föräldraledigheten kunna vara gynnsamt för jämställdhetsarbetet.

9.9 Möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen

I de generella direktiven (se avsnitt 9.1.1) anges vidare som en särskild punkt att effekterna i fråga om möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen särskilt ska anges.

Målet för integrationspolitiken är allas lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter oavsett etnisk och kulturell bakgrund. Den omfattar också nyanlända invandrares etablering på arbetsmarknaden och i samhället, ersättning till kommunerna för flyktingmottagande, urban utveckling och svenskt medborgarskap.¹⁴ Integrationspolitiken är nu föremål för arbete i en arbetsgrupp inom Regeringskansliet (se avsnitt 2.2.2.2).

Ett genomförande av utredningens förslag innebär att Sverige blir ett av få länder i Europa och världen där asylsökande och papperslösa personer ges samma tillgång till hälso- och sjukvården som bosatta personer.

En uttalad ambition för utredningen har emellertid, vilket även angavs i utredningens direktiv, varit att tillse att det kommande förslaget inte får någon negativ påverkan på den reglerade invandringen eller asylprocessen eller att tillgången till hälso- och sjukvård bidrar till att fler personer uppehåller sig och arbetar här utan nödvändiga tillstånd för att vistas i landet. En grundläggande princip för förslaget har därför varit att tillgången till hälso- och sjukvård å ena sidan och den reglerade invandringen med asylprocessen å andra sidan ska ses som två vitt skilda komponenter som mycket väl kan beaktas båda två. Den utökade tillgången till hälso- och sjukvård ska således inte betraktas som ett uttryck för en öppnare inställning till att personer vistas utan tillstånd i Sverige utan som en konsekvens av de internationella åtaganden som Sverige har gjort i fråga om mänskliga rättigheter och som rör rätten till bästa möjliga hälsa för alla. Utgångspunkten när det gäller en person som inte har nödvändiga tillstånd för att vistas i landet måste vara att beslut om avvisning eller utvisning ska följas och verkställas så fort som möjligt. I avsnitt 7.6 har också gjorts bedömningen att förslaget inte kommer att ha någon märkbar påverkan på asylmottagandet och den reglerade invandringen.

En grundläggande princip för utredningens överväganden har också varit att hälso- och sjukvård ska erbjudas alla dem som utredningen har att hantera på lika villkor. Det innebär att de nya grupper som ges tillgång till vården ska behandlas på samma sätt som de bosatta patienterna, dvs. vara föremål för samma prioriteringsordning, betalningsansvar, tillsynsverksamhet etc. Förslaget innebär således inte någon ”gräddfil” in i vården för de nya grupperna. Det kan heller inte komma i fråga att någon utlänning kommer till

¹⁴ Faktablad, Integrations- och jämställdhetsdepartementet, November 2009 och prop. 2008/09:1 s.14.

Sverige och själv bestämmer att han eller hon ska ha en viss typ av vård. De ska hanteras på samma sätt som bosatta patienter och vården inriktning och innehåll blir ytterst en fråga för behandlande läkare att ta ställning till. Grundtanken bakom förslaget är att alla personer som bor i Sverige, däri inkluderat personer som bor här utan tillstånd, ska ges tillgång till hälso- och sjukvård – dvs. de som är bosatta här, är i en ansökningsprocess gällande asyl eller vistas här inte endast tillfälligt men utan tillstånd för det.

Det antas inom Schengen-området finnas en relativt stor och lätttrörlig grupp papperslösa. En del av dessa kommer möjligen att vistas någon tid i Sverige och kanske under denna tid komma att vara i behov av hälso- och sjukvård. Det är emellertid svårt att uppskatta i hur stor utsträckning dessa personer verkligen kommer att belasta den svenska hälso- och sjukvården. Det bör också beaktas vad som angavs inledningsvis – en grundläggande princip är att de personer som vistas i Sverige har tillstånd för detta och att personer som inte har sådana tillstånd lämnar landet. Det är enligt direktiven för utredningen en av utgångspunkterna.

Effekten av att ge asylsökande och papperslösa personer en ökad tillgång till hälso- och sjukvård kan emellertid i någon mån förutsättas bidra till en integration i sådana lägen där den enskildes situation förändras och han eller hon ges uppehållstillstånd och får stanna i Sverige. Har den enskilde i ett sådant fall kunnat få hälso- och sjukvård vid behov, kanske fått hjälp om han eller hon blivit utsatt för brott eller annan kränkning, får det antas att han eller hon är bättre rustad för att bidra till samhällsutvecklingen än om han eller hon helt stått utanför välfärdssystemet.

För en person som enligt lagakraftvunnet beslut ska lämna Sverige, eller som i övrigt inte har tillstånd att vistas här, kan det anses förenligt med de utgångspunkter om öppenhet och humanism som regeringen bland annat i ramöverenskommelsen med Miljöpartiet de gröna rörande migrationspolitiken (se avsnitt 4.1) gett uttryck för att de ges så goda förutsättningar som möjligt att kunna klara sig i det land de kommer till efter sin avresa från Sverige. Det kan därför ibland underlätta ett återvändande om personen får vård innan avresan från Sverige.

9.10 Konsekvenser för den offentliga servicen

De generella direktiven pekar särskilt på att konsekvenser när det gäller tillgången till offentlig service, till vilken hälso- och sjukvård kan räknas, i olika delar av landet ska belysas, för det fall förslaget kan antas få effekter i denna del.

Det har kunnat konstateras att, även om gruppen papperslösa är flyttningsbenägen och svårdefinierbar, den till största delen återfinns i storstadsområdena. Detta har sannolikt sin grund i benägenheten för utlänningar att söka sig till platser där de har landsmän och eventuellt släkt och vänner. Det kan emellertid inte helt uteslutas att frågan om tillgång till de s.k. ”gråa” vårdmottagningarna kan ha en viss betydelse för bosättningen (se avsnitt 2.3).

En mycket viktig utgångspunkt vid utredningens överväganden har varit att se till att regleringen blir sådan att vård ges till alla på lika villkor över hela landet. Ett antagande är att förslaget, på sikt, kommer att ge en form av utslätningseffekt när det gäller hur den offentliga servicen belastar de olika landstingen. Enskilda papperslösa personer kommer inte längre att behöva söka sig till enbart de landsting där de erbjuds vård, eller till platser där de ”gråa” mottagningarna finns.

9.11 Ikraftträdande och behovet av informationsinsatser

Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2013. De särskilda hänsyn till tidpunkt för ikraftträdandet som enligt utredningens bedömning behöver tas, kan sammanfattas enligt följande.

Det kan antas att viss tid kan behövas för landstingen att ändra sina rutiner och delge samtliga berörda medarbetare de nya bestämmelserna. Det kan också antas att Socialstyrelsen behöver viss tid för att ta fram eller ändra i nuvarande föreskrifter i ämnet.

Det får antas att den nya lagstiftningen kommer att få stor uppmärksamhet och skapa debatt inte minst i media men även debatter i Riksdagen inför en ny lagstiftning kan förutses. Det senare inte minst mot bakgrund av den ramöverenskommelse som regeringen träffat med Miljöpartiet De Gröna om migrationspolitiken.

Informationsinsatser kommer också att behövas i förhållande till hälso- och sjukvårdspersonalen. I detta sammanhang har Sveriges Kommuner och Landsting en given roll liksom de olika yrkesför-

bunden. Dessa insatser torde kunna genomföras relativt snabbt, exempelvis genom information på respektive landstings intranät. Informationen till berörd personalen torde således inte behöva medföra att ikraftträdandet behöver sättas onormalt långt fram i tiden.

I fråga om behovet av informationsinsatser till de asylsökande och de papperslösa personerna har det under utredningsarbetet framkommit att de frivilligorganisationer som engagerat sig för de aktuella grupperna är inställda på att fortsätta sitt arbete med att förmedla deras kontakt med vården. Detta framstår som en god lösning, mot bakgrund av det rykte och det förtroende som dessa organisationer har byggt upp i förhållande till de aktuella persongrupperna. Det bör i sammanhanget beaktas att papperslösa personer torde vara särskilt mycket svåra att nå genom officiella informationsinsatser. När det gäller asylsökande personer sker information genom Migrationsverkets försorg i samband med att personen anländer till Sverige. Tillgången till hälso- och sjukvård framstår som en självklar del av en sådan information.

10 Författningskommentar

10.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

3 § Varje landsting *ska* erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt *ska* landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård. *Vad som i denna lag sägs om bosatta gäller också dem som vistas inom landstinget utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas i landet.*

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och *ska* därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget *ska* bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierat av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.1.

I paragrafen regleras landstingens grundläggande ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt bl.a. dem som är bosatta i lands-

tinget. I paragrafens *första stycke* tillförs en ny mening. Genom denna ändring föreskrivs att vad som sägs i hälso- och sjukvårdslagen om bosatta också ska gälla dem som befinner sig i landet utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas i landet och som vistas inom landstinget dvs. sådana personer som i denna utredning och i dagligt tal kallas papperslösa personer.

Papperslösa personer som inte har fyllt 18 år, och som i dagsläget omfattas av reglerna i 4 och 5 §§ lagen (2008:304) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (2008 års lag), kommer således i fortsättningen i stället att regleras inom ramen för förevarande bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen. En följd av ändringen är att papperslösa personer överhuvudtaget inte längre ska omfattas av 2008 års lag. Den lagen kommer i fortsättningen enbart att omfatta asylsökande personer (4 § första stycket 1 i 2008 års lag) samt ytterligare några grupper som utredningen inte har haft i uppdrag att reglera (4 § första stycket 2–4 i 2008 års lag).

Den vård som avses är exakt densamma som bosatta personer erbjuds och har tillgång till (se vidare bl.a. i avsnitt 2.4). Det innebär att papperslösa personer måste underställa sig t.ex. de författningar som gäller samt de prioriteringar och beslut som hälso- och sjukvårdspersonal tar i bl.a. enskilda vårdsituationer. Den tandvård som ska erbjudas papperslösa personer regleras i tandvårdslagen (se vidare avsnitt 8.2).

När det gäller frågan om vårdavgifter se avsnitten 8.6 och 8.7.

Personer som befinner sig i landet högst tillfälligt, t.ex. turister eller artister, omfattas inte av 3 §. Dessa omfattas även fortsättningsvis av regleringen i 4 §, dvs. de ska erbjudas omedelbar vård och en vård som de dessutom ska betala för fullt ut, själva, genom en privat försäkring eller en allmän sjukförsäkring som hemlandet står för. Detta finns det i dag rutiner för som följs av landstinget och Försäkringskassan, t.ex. i enlighet med vad som gäller för det s.k. EU-kortet.

Ikraftträdandebestämmelse

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.13 och lagändringen träder i kraft den 1 januari 2013.

10.2 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

6 § Om någon som vistas i landstingskommunen utan att vara bosatt där *eller omfattas av 7 § andra stycket* behöver omedelbar tandvård, ska landstingskommunen erbjuda sådan tandvård.

Särskilda bestämmelser om tandvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Förslaget har behandlats i avsnitten 8.2 och 8.3.

Paragrafen reglerar i dag vilken skyldighet ett landsting har att erbjuda tandvård åt personer som vistas i landstinget utan att vara bosatta där. Med detta begrepp avses underförstått att vistelsen är av tillfällig karaktär och i varje fall så tillfällig att dessa personer inte kan betraktas som bosatta.

Genom ändringen i *första stycket* klargörs, genom en hänvisning till det föreslagna nya andra stycket i 7 §, att Folktandvården ska svara för regelbunden och fullständig tandvård åt papperslösa personer t.o.m. det år de fyller nitton år i samma omfattning som bosatta barn och ungdomar i motsvarande ålder. I och med denna ändring klargörs att de papperslösa barn och ungdomar som i dag inte omfattas av reglerna i 4 § lagen (2008:304) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. utan som enligt 6 § enbart kunnat erbjudas omedelbar vård enligt förevarande bestämmelse, nu också ska erbjudas tandvård i samma utsträckning som alla barn och ungdomar som vistas i landstinget oberoende av om de har nödvändigt tillstånd att vara i landet eller inte.

7 § Folktandvården *ska* svara för

1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller nitton år,
2. specialisttandvård för vuxna,
3. övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.

Vad som sägs i första stycket 1 gäller även dem som befinner sig inom landet utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas i landet till och med det år de fyller 19 år.

Förslaget har behandlats i avsnitten 8.2 och 8.3.

Ändringen i *första stycket* är av språklig karaktär och ordet skall byts ut mot ska.

Paragrafen förses med ett *andra stycke*. Genom denna ändring föreskrivs att Folktandvården även ska svara för regelbunden och

fullständig tandvård åt papperslösa personer till och med det år de fyller nitton år. De barn och ungdomar som i dagsläget omfattas av reglerna i 4 och 5 §§ lagen (2008:304) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (vad som också kallas gömda barn) kommer således att i stället regleras inom ramen för tandvårdslagen och förevarande bestämmelse. Den tandvård som avses är sådan förebyggande, akut och planerad tandvård som i dag erbjuds bosatta barn och ungdomar i motsvarande ålder. När det gäller frågan om avgiftsfrihet för dessa barn och ungdomar se kommentaren till 15 a §.

15 a § Tandvård som avses i 7 § 1 och 7 § *andra stycket* ska vara avgiftsfri för patienten. Uppkommer kostnader med anledning av att patienten uteblivit från avtalat tandvårdsbesök, får avgift tas ut av patienten enligt grunder som landstinget bestämmer. Landstinget får också ta ut avgift, om patienten på begäran ges tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Av patienter som får tandvård som avses i 7 § 2 och 3 får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som landstingsfullmäktige bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

Vid tandvård som avses i 8 a § samt vid undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling, som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser gäller bestämmelserna om avgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Patienten ska ha rätt att välja om sådan tandbehandling som avses i 8 a § ska utföras av folktandvården eller av en enskild näringsidkare, ett bolag, eller en annan juridisk person vars vård kan berättiga till ersättning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.2.

I paragrafen regleras bl.a. frågan om avgiftsfrihet för tandvård som ges åt barn och ungdomar. Genom ett tillägg i bestämmelsens *första stycke* föreskrivs att den tandvård som Folktandvården ska svara för när det gäller papperslösa personer enligt förslaget i 7 § *andra stycket* ska vara avgiftsfri för dem på samma sätt som gäller för bosatta barn och ungdomar i motsvarande ålder.

Ikraftträdandebestämmelse

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.13 och lagändringen träder i kraft den 1 januari 2013.

10.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

4 § Rätt till förmåner enligt denna lag har

1. den som är bosatt i Sverige, och
2. den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom eller moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Detsamma ska gälla för den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning. *Vad som i denna lag sägs om bosatta gäller också dem som befinner sig i Sverige utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas i landet och som vistas inom landstinget.*

Rätt till förmåner enligt 5 och 20 §§ med undantag för varor som avses i 18 § andra punkten har även den som i annat fall, utan att vara bosatt i Sverige, har anställning här.

Särskilda bestämmelser om kostnadsfria läkemedel gäller för dem som får sjukhusvård som avses i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt för den som åtnjuter hemsjukvård som avses i 3 e eller 18 d § hälso- och sjukvårdslagen och för den som bor i sådan särskild boendeform som avses i 18 d § samma lag.

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.5.

I paragrafen regleras vem som har rätt till läkemedelsförmånerna enligt lagen. I *första stycket* tillförs en ny mening. Genom denna ändring föreskrivs att vad som sägs i lagen om läkemedelsförmåner m.m. om bosatta också ska gälla för papperslösa personer. Som förmånstagare enligt lagen omfattas papperslösa personer av högkostnads-skyddet för läkemedel. Ett fullt genomförande i praktiken av den föreslagna ändringen, vilket således skulle innebära att papperslösa personer likställs med bosatta personer, förutsätter att förslaget kompletteras med en ordning för att i någon mån säkerställa papperslösa personers identitet (se avsnitten 8.5 och 8.8).

Ikraftträdandebestämmelse

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.13 och lagändringen träder i kraft den 1 januari 2013.

10.4 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

7 kap.

3 § Kostnadsfrihet enligt 1 och 2 §§ gäller

1. den som enligt 5 kap. socialförsäkringsbalken är bosatt i Sverige,
2. den som utan att vara bosatt här har rätt till förmåner enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen,
3. utländska sjömän när det gäller undersökning, vård, behandling och läkemedel vid gonorré, klamydia och syfilis enligt en internationell överenskommelse rörande vissa lättnader för sjömän vid behandling för könssjukdom av den 1 december 1924, samt
4. *den som befinner sig i Sverige utan att ha nödvändigt tillstånd för att vistas i landet.*

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.5.

I paragrafen regleras vem som är kostnadsbefriad för insatser och åtgärder enligt smittskyddslagen (2004:168). I paragrafen tillförs en ny *fjärde punkt*. Genom denna punkt föreskrivs att även papperslösa personer ska omfattas av den föreskrivna kostnadsfriheten.

Ikraftträdandebestämmelse

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.13 och lagändringen träder i kraft den 1 januari 2013.

10.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

4 § Denna lag omfattar utlänningar som

1. har ansökt om uppehållstillstånd i Sverige som flykting enligt 4 kap. 1 § eller som annan skyddsbehövande enligt 4 kap. 2 eller 2 a § utlänningslagen (2005:716) eller motsvarande äldre bestämmelser

2. har beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd eller uppehållstillstånd efter tillfälligt skydd med stöd av bestämmelserna i 21 kap. 2, 3, 4 eller 6 § utlänningslagen och som inte är folkbokförda här i landet,

3. hålls i förvar enligt 10 kap. 1 eller 2 § utlänningslagen och som inte har placerats i kriminalvårdsanstalt, häkte eller polisarrest, eller

4. vistas här med stöd av tidsbegränsat uppehållstillstånd enligt 5 kap. 15 § utlänningslagen.

Sådana utlämningar som avses i första stycket 2 omfattas av lagen även om de har meddelats beslut om avvisning eller utvisning. Det gäller dock inte utlämning som håller sig undan så att beslutet inte kan verkställas, om han eller hon har fyllt 18 år.

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.1.

Nu gällande andra stycke i bestämmelsen omfattar personer som avses i första stycket 1 och 2 – dvs. asylsökande (jfr 1 § första stycket 1 lagen [1994:137] om mottagande av asylsökande m.fl.) respektive s.k. massflyktingar. Av stycket följer för det första att asylsökande och massflyktingar omfattas av lagen även om beslut om avvisning eller utvisning har fattats enligt utlänningslagen (2005:716), för det andra att dessa utlämningar omfattas av lagen även som gömda om de inte har fyllt arton år. Angående definitionen av gömda se ovan i anslutning till kommentaren med anledning av ändringen i 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL). Det innebär att det i denna lag i dag finns regler som gäller för vissa papperslösa personer.

Genom den föreslagna ändringen i *andra stycket* klargörs dels att bestämmelsen i fortsättningen enbart ska gälla för personer som avses i första stycket 2 (s.k. massflyktingar), dels att lagen inte omfattar hälso- och sjukvård för papperslösa personer. De senare personerna ska erbjudas sjukvård antingen enligt HSL eller tandvårdslagen (1985:125).

5 § Ett landsting ska erbjuda sådana utlämningar som avses i 4 § första stycket 2 och 3 och som inte har fyllt 18 år, vård i samma omfattning som erbjuds den som är bosatt inom landstinget.

Vård i den omfattning som avses i första stycket ska även erbjudas utlämningar som avses i 4 § första stycket 4.

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.1.

Genom en ändring i *första stycket* klargörs att reglerna i nuvarande stycket enbart gäller för personer som omfattas av 4 § första stycket 2 och 3.

5 a § Ett landsting ska erbjuda utlänningar som avses i 4 § första stycket 1 hälso- och sjukvård i enlighet med vad som föreskrivs i 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Ett landsting ska också erbjuda sådana utlänningar regelbunden och fullständig tandvård enligt 7 § första stycket 1 tandvårdslagen (1985:125) till och med det år de fyller nitton år. Från och med det år sådana personer fyller tjugo år ska landstinget erbjuda dem tandvård som inte kan anstå.

Förslaget har behandlats i avsnitten 8.1 och 2.

Paragrafen är ny. I första meningen införs en regel om att ett landsting ska erbjuda asylsökande personer hälso- och sjukvård i enlighet med vad som föreskrivs i 3 § HSL (se ovan i anslutning i kommentaren till ändringen i 3 § HSL och avsnitt 2.4). Den vård som ska erbjudas är samma fullständiga hälso- och sjukvård som ska erbjudas bosatta och papperslösa. Det är det landsting den asylsökande vistas i som ska erbjuda vården. I andra meningen införs en regel med innebörden att asylsökande personer t.o.m. det år de fyller nitton år av landstinget de befinner sig i ska erbjudas regelbunden och fullständig tandvård enligt tandvårdslagen. Det betyder att asylsökande barn och ungdomar upp till den åldern ska få samma tandvård som bosatta i motsvarande ålder (se vidare avsnitt 2.4).

6 § Ett landsting ska erbjuda utlänningar som avses i 4 § första stycket 2 och 3, vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning.

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.1.

Genom en ändring i bestämmelsen klargörs att reglerna i nuvarande stycket enbart gäller för personer som omfattas av 4 § första stycket 2 och 3.

Ikraftträdandebestämmelse

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.13 och lagändringen träder i kraft den 1 januari 2013.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande till utredningen om vård för papperslösa m.fl.(S 2010:01) av Per Aldskogius, Kerstin I. Lindblad och Alexandra Wilton Wahren

Utredaren ska, mot bakgrund av Sveriges internationella åtaganden, överväga och lämna förslag på hur en utvidgad skyldighet för landstingen att erbjuda subventionerad hälso- och sjukvård åt de berörda grupperna kan utformas (Dir 2010:7). En avgörande utgångspunkt är således vilka krav Sveriges internationella åtaganden ställer när det gäller omfattningen av vård till de grupper som omfattas av utredningens uppdrag.

När det gäller skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård har Sverige tillträtt ett antal internationella konventioner som innehåller uttalanden om rätten till hälsa. Rätten till bästa möjliga hälsa för var och en som är i behov av medicinska insatser behandlas i artikel 12 i FN:s konvention om ekonomiska sociala och kulturella rättigheter (ESK-konventionen). Det kan inte av konventionen utläsas vad uttrycket bästa möjliga hälsa rent konkret innebär och vad som krävs av konventionsstaterna. Detta särskilt eftersom ESK-konventionen är en s.k. målsättningskonvention och de rättigheter som omfattas av ESK-konventionen inte är absoluta på samma sätt som rättigheterna i t.ex. FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter.

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-kommittén) har tagit fram en tolkningskommentar till ESK-konventionen (ICESCR General Comment). Av p 34 i kommentar nr 14 framgår bl.a. att staterna ska respektera rätten till bästa möjliga hälsa genom att avstå från att hindra eller begränsa tillgången till hälso- och sjukvård för någon individ, inte heller för asylsökande eller personer som vistas i landet utan tillstånd. Framför allt med stöd av detta drar utredningen slutsatsen att Sverige, för

att leva upp till sina internationella åtaganden, *måste* erbjuda *samma* vård till *alla*. Vi anser inte att man kan dra den slutsatsen.

För det första har tolkningskommentaren inte samma rättsliga status som konventionstexten. Kommentaren är inte en del av konventionen, den har inte antagits av de stater som har undertecknat eller ratificerat konventionen och är inte heller bindande eller förpliktande för konventionsstaterna.

För det andra bör, enligt vår mening, kommentaren analyseras utifrån den s.k. icke-diskrimineringsprincipen. Kommittén för de mänskliga rättigheterna, som är övervakningskommitté för FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, har uttalat att en distinktion avseende åtnjutandet av rättigheterna inte behöver vara en diskriminering förutsatt att grunden för denna är rimlig och saklig och att syftet är förenligt med konventionen. Detta talar för att det är möjligt att göra en viss åtskillnad trots uttalandet av ESK-kommittén. Vad som ytterligare talar för att det är möjligt för en stat att göra en differentiering vad gäller tillgång till vård är det förhållande att ett stort antal stater gör en sådan åtskillnad. Att det inte skulle gå att göra någon skillnad mellan t.ex. personer som vistas lagligt och personer som vistas olagligt i ett land när det gäller rättigheterna i ESK-konventionen skulle få mycket långtgående konsekvenser. Det skulle dessutom få olika konsekvenser beroende på om en stat valt en försäkringsbaserad eller skattefinansierad lösning för hälso- och sjukvård. Detta har inte analyserats av utredningen.

Sveriges internationella åtaganden är en avgörande utgångspunkt för utredningens arbete. Utredningen har visserligen berört det förhållandet att Sveriges internationella åtaganden inte är klart definierade men har inte i tillräcklig grad beaktat att rättsläget är oklart och att det finns utrymme för att göra andra tolkningar än den utredningen har gjort. Utredningen har därför enligt vår mening inte gjort en tillräcklig analys av dessa åtaganden. Mot den bakgrunden kan vi inte ställa oss bakom utredningens slutsats att Sverige för att leva upp till sina internationella åtaganden måste erbjuda de grupper som utredningen omfattar vård på samma villkor som de som är bosatta i Sverige.

Innehåller ett betänkande nya eller ändrade regler ska förslagets kostnadsmässiga och andra konsekvenser anges. Vidare ska andra lösningar övervägas och en finansiering föreslås. Vi anser inte att utredningen lever upp till dessa krav.

När det gäller de ekonomiska konsekvenserna anser vi inte att dessa är tillräckligt utredda och att de har redovisats alltför knapphändigt i betänkandet. Det föreligger av naturliga skäl en rad osäkra variabler såsom hur många personer som finns inom de berörda grupperna och deras vårdbehov. Detta gäller särskilt gruppen papperslösa. Trots dessa osäkra variabler anser vi att utredningen, i enlighet med direktiven, i större utsträckning borde ha analyserat frågan om vilken inverkan förslagen kan få på asylprocessen inklusive asylmottagandet eller att tillgången på sjukvård bidrar till att fler personer uppehåller sig i Sverige utan nödvändiga tillstånd för att vistas här samt analyserat om det finns behov av speciella regler för vissa grupper som endast vistas i Sverige en kortare tid. Utredningen konstaterar att det inte finns något belägg för att en stor mängd utlänningar skulle söka sig till landet eller stanna kvar utan nödvändigt tillstånd vid utökad tillgång till subventionerad hälso- och sjukvård (avsnitt 7.6), men att det inte kan uteslutas att en liten ökning kan komma att ske i vart fall inledningsvis och då möjligen från länder inom Europa (avsnitt 9.6). Det är oklart vilka belägg utredningen har för att dra denna slutsats samt vilka ekonomiska konsekvenser som kan förväntas. Utredningen har dessutom endast översiktligt redovisat vem som ska bära kostnaderna av förslagen och hur de ska finansieras.

Beträffande frågan om att överväga alternativa lösningar nöjer sig utredningen med att konstatera att eventuella alternativ inte är förenliga med utredningens principer utan fortfarande skulle innebära att Sverige inte fullt ut lever upp till sina internationella åtaganden. Denna slutsats dras emellertid utan att alternativa lösningar har analyserats eller jämförts med den föreslagna regleringen.

Mot den angivna bakgrunden är det inte möjligt att, även om andra aspekter som medicinsk etik och ändamålsenlighet också ska beaktas, bedöma rimligheten av utredningens förslag, och vi kan därför inte ställa oss bakom detta.

Litteratur- och källförteckning

Förarbeten

Utrednings- och kommittébetänkanden

- SOU 1975:75 *Medborgerliga fri- och rättigheter: regeringsformen: betänkande av 1973 års fri- och rättighetsutredning*
- SOU 1993:40 *Fri- och rättighetsfrågor*
- SOU 1995:5 *Vårdens svåra val*
- SOU 2003:89 *EG-rätten och mottagande av asylsökande*
- SOU 2005:34 *Socialtjänsten och den fria rörligheten*
- SOU 2005:90 *Abort i Sverige*
- SOU 2006:78 *Hälsa, vård och strukturell diskriminering*
- SOU 2007:34 *Skolgång för barn som skall avvisas eller utvisas*
- SOU 2008:125 *En reformerad grundlag*
- SOU 2009:19 *Aktiv väntan – asylsökande i Sverige*
- SOU 2009:56 *Den nya migrationsprocessen*
- SOU 2010:5 *Skolgång för alla barn*
- SOU 2010:16 *Sverige för nyanlända. Vården, välfärdsstat, vardagsliv.*
- SOU 2010:37 *Sverige för nyanlända utanför flyktingmottagandet*
- SOU 2010:40 *Cirkulär migration och utveckling – kartläggning av cirkulära rörelsemönster och diskussion om hur migrationens utvecklingspotential kan främjas*
- SOU 2010:70 *Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter*
- SOU 2011:28 *Cirkulär migration och utveckling, förslag och framåtblick*

Departementsserien m.m.

- Ds Ju 1981:17 *Sekretesskydd och informationsbehov*

Direktiv

Dir. 2006:27
Dir. 2009:125
Dir 2011:25

Propositioner och skrivelser

Prop. 1973:90
Prop. 1975/76:209
Prop. 1981/82:97
Prop. 1981/82:186
Prop. 1984/85:79
Prop. 1984/85:189
Prop. 1987/88:41
Prop. 1988/89:86
Prop. 1988/89:134
Prop. 1990/91:117
Prop. 1993/94:94
Prop. 1993/94:117
Prop. 1996/97:52
Prop. 1996/97:60
Prop. 1997/98:9
Prop. 1997/98:182
Prop. 2001/02:72
Prop. 2003/04:25
Prop. 2003/04:35
Prop. 2004/05:170
Prop. 2005/06:54
Prop. 2007/08:49
Prop. 2007/08:105
Prop. 2007/08:126
Prop. 2007/08:168
Prop. 2008/09:1
Prop. 2008/09:150
Prop. 2009/10:60
Prop. 2009/10:80
Prop. 2009/10:210
Prop. 2010/11:1

Skr. 2003/04:119 *Särskilda regler under en övergångsperiod för arbetstagare från nya medlemsstater enligt anslutningsfördraget*
Skr. 2007/08:109 *Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik*
Skr. 2008/09:24 *Egenmakt mot utanförskap – regeringens strategi för integration*
Skr. 2010/11:29 *Migration och asylpolitik*

Utskottsbetänkanden

Bet. 1993/94:KU24
Bet. 2007/08:SfU8

Motioner, frågor för skriftliga svar och interpellationer

Motion 2009/10:So512 *En politik för barnets bästa*
Motion 2009/10:Sf 326 *Arbetskraftsinvandring*
Motion 2009/10:Sf 284 *Apatiska barn och papperslösas rätt till hälso- och sjukvård*
Motion 2009/10:So 463 *En rättvis och jämställd hälso- och sjukvård*
Motion 2009/10:Sf 319 *Papperslösa*
Motion 2009/10:Sf 282 *Sjukvård för papperslösa*
Motion 2009/10:Sf 320 *Ett reformerat system för flyktingmottagande*
Motion 2009/10:Sf 377 *Rätt till sjukvård även för asylsökande, gömda och papperslösa*
Motion 2009/10:Ub 530 *Alla barns rätt till skolgång*
Motion 2010/11:Sf 210 *Vård av papperslösa*
Motion 2010/11:Sf 244 *Barns rätt till utbildning*
Motion 2010/11:Sf 252 *Rätten till vård*
Motion 2010/11:Sf 258 *Papperslösas rätt till vård*
Motion 2010/11:Sf 268 *Apatiska barn och papperslösas rätt till hälso- och sjukvård*
Motion 2010/11:Sf 314 *Rätt till skolundervisning för gömda och papperslösa barn*
Motion 2010/11:Sf 378 *Alla barns rätt till sjukvård*

Fråga för skriftligt svar 2009/10:39 *Vård till papperslösa*
Fråga för skriftligt svar 2009/10:386 *Papperslösas rätt till sjukvård*
Fråga för skriftligt svar 2009/10:939 *Asyl och rättspraxis*
Interpellation 2009/10:31 *Vård till papperslösa*

Interpellation 2009/10:114 FN:s barnrättskommittés kritik av Sverige

Rättsliga avgöranden

RÅ 1995 ref. 70

Länsrätten i Stockholms län, Dom den 16 april 2007, mål nr 19206-06.
Länsrätten i Skåne län, Dom den 16 juni 2009, mål nr 5184-08.

Rapporter

U.S. Census Bureau: *The 2009 American Community Survey*.
Citizenship and Education Canada: *CIC 2007 – Facts and Figures 2007, Immigration Overview. Permanent and Temporary Residents*.

Department of Homeland Security: *Yearbook of Immigration Statistics 2009*.

Home Office Research Study 243: *Understanding the decision-making of asylum seekers*, July 2002.

HUMA Network: *Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries*, 2009.

Försäkringskassan: *Försäkringskassan Analyserar 2005:3*.

Försäkringskassan: *Försäkringskassan Analyserar 2007:10*.

Försäkringskassan: *Försäkringskassans budgetuppföljning för 2009*.

International Organization for Migration: *2008 World Migration Report: Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy*, Genève, IOM, 2008.

Läkare i världen: "Tillgången till vård för papperslösa i 11 europeiska länder", september 2009.

Läkare i världen: "Har papperslösa och asylsökande rätt till vård i EU?", november 2010.

Läkare utan gränser: *Gömda i Sverige. Utestängda från hälso- och sjukvård*, Stockholm, 2005. Resultat från en studie av Läkare Utan Gränser.

Migrationsverket: *Migrationsverket: Migrationsverkets rapport 2:2010 Migration 2000–2010*

OECD SOPEMI 2007: *International Migration Outlook 2007*

- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights/World Health Organization: *The Right to Health*, Fact Sheet no. 31.
- Health Care in NowHereland: *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27*.
- PICUM: *PICUM's Main Concerns about the Fundamental Rights of Undocumented Migrants in Europe*, 2010.
- Socialstyrelsen: *Aborter 2009*.
- Socialstyrelsen: *Smittskydd 2010 – en lägesrapport*.
- Socialstyrelsen: *Social rapport 2010*.
- Socialstyrelsen: *Utländska kvinnors aborter i Sverige under år 2009*.
- Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt: *Mission to Sweden*, 2007, A/HRC/4/28/Add.2.
- Special Rapporteur on violence against women, Yakin Ertürk: *Mission to Sweden*, A/HRC/4/34/Add.3.
- Rädda Barnen: *Barn utan papper – jag vill bara landa*. Rapport från Rädda Barnens projekt Utanpapper.nu, en hjälplinje för barn utan papper, Stockholm, 2008.
- Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting: *Behov av tandvård hos asylsökande och gömda 2007/2008 (med fokus på barn)*.
- UN Committee on the Rights of the Child (CRC): *Concluding Observations: Sweden*, 10 May 1999, CRC/C/15/Add.101.
- UN Committee on the Rights of the Child (CRC): *Initial Reports of State Parties Due in 2005, Sweden*, 10 July 2006, CRC/C/OPAC/SWE/1.
- UN Committee on the Rights of the Child (CRC): *Concluding Observations: Sweden*, 12 June 2009, CRC/C/SWE/CO/4.
- UNICEF: *Lyssna på oss!* Rapport om barns upplevelser som asylsökande i Sverige, 2007.
- World Health Organization (WHO): *International Migration, Health & Human Rights*, Publication Series, Issue No. 4, December 2003.

Litteratur

- Aalandslid, V.: *A Comparison of the Labour Market Integration of Immigrants and Refugees in Canada and Norway*, Reports 2009/31, Statistisk sentralbyrå, Norge.

- Alexander, S.: "Humanitarian Bottom League? Sweden and the Right to Health for Undocumented Migrants", *European Journal of Migration and Law* 12, 2010, s. 215–240.
- Arango, J. och Jachimowicz, M.: *Regularizing Immigrants in Spain: A New Approach*.
- Batalova, J. och Terrazas, A.: *Frequently Requested Statistics on Immigrants and Immigration in the United States*, 2010.
- Barsky, R.F.: *Arguing and Justifying: Assessing the Convention Refugees' Choice of Moment, Motive and Host Country*, Ashgate, Aldershot, 2000.
- Björkman, A., Kjellström, L. och Lindberg, T.: "Diskriminering av papperslösa i vården leder till lidande och död", *Läkartidningen nr 8*, 2008
- Brekke, J-P. och Five Aarset, M.: *Why Norway? Understanding Asylum Destinations, Report (2009:012)*, Institutt for samfunnsforskning, Oslo.
- do Céu, M., Pereira, F. och Machaqueiro, S.: "Approaches to migrant health in Portugal", *Eurohealth Vol 16 No 1* s. 30–31.
- Cooper, B.: *Norway, Migrant Quality, not Quantity*, 2005.
- Correa-Velez, I. och Bice, S.J.: *Australian health policy on access to medical care for refugees and asylum seekers*.
- Courau, H.: "Undocumented Migration. Counting the Uncountable. Data and Trends Across Europe", *Clandestino Country Report*, 2009.
- EEK, H.: *Folkrätten*, 3:e upplagan 1980.
- Flodin, T.: "Ny lag! Bättre säkerhet?", *Läkartidningen nr 3*, 2011.
- Flodin, T.: "Patienten har också skyldigheter", *Läkartidningen nr 4*, 2011.
- Fresk, M. och Ganslandt, H.: *Vårdbehov hos papperslösa – Erfarenheter från Röda Korsets Sjukvårdsförmedling för papperslösa*, ST-uppsats, 2008.
- Hedetoft, Ulf: *Denmark: Integrating Immigrants into a Homogeneous Welfare State*, Aalborg University and the Academy for Migration Studies in Denmark, 2006.
- Holmberg, E., Stjernquist, N., Eliasson, M. och Regner, G.: *Grundlagarna – Regeringsformen, successionsordningen, riksdagsordningen*, andra upplagan.
- Inglis, C.: *Australia's Continuing Transformation*.
- Jansson, S., Koch, P., Overmeer, J. och Andersson, D.: *Papperslösa men inte tandlös – En studie av och tillgång till tandvård för*

- papperslösa i Göteborgsområdet*, Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien.
- Klintberg, Fredrik: *EU:s utvidgning mot öst och social turism i Sverige*, kandidatuppsats, Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet, 2007.
- Levi, R.: *Vad menas med beprövad erfarenhet?* SBU (Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården), [www.sbu.se/sv/vetenskap-och-praxis/2095](http://www.sbu.se/sv/vetenskap-och-praxis/vetenskap-och-praxis/2095)
- Lundberg, Anna: *Mänskliga rättigheter – juridiska perspektiv*, Liber 2010.
- Makkonen, T.: *Principen om icke-diskriminering i internationell rätt*.
- Passel, J.S. och Cohn, V.: *U.S. Unauthorized Immigration Flows Are Down Sharply Since Mid-Decade*, Report September 2010, Pew Hispanic Center.
- Peiro, M-J och Benedict, R.: "Migrant health policy, The Portuguese and Spanish EU presidencies", *Eurohealth Vol 16 No 1*, p. 1–4.
- Pottie K, m.fl.: *Migration and health in Canada: health in the global village*, Canadian Medical Association, 2010.
- Ray, B.: *Canada: Policy Changes and Integration Challenges in an Increasingly Diverse Society*, 2005.
- Romero-Ortuño, R.: "Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?", *European Journal of Health Law* 11:245–272.
- Ruiz-Casares, M., Rousseau, C. m.fl.; "Right and access to healthcare for undocumented children: Addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe", *Social Science & Medicine* 70, 2010, p. 329–336.
- Ruiz-Casares, M, Rousseau, C. m.fl.: *Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: The paradox between values and attitudes of health care professionals*, 2010.
- Sand, I: *Tandvård till papperslösa – vad säger lagen och hur fungerar det i praktiken*, Institutionen för odontologi, Karolinska Institutet Huddinge.
- Sigvardsson, E.: *Vård för papperslösa i Sveriges landsting – lokala riktlinjer och tillämpningsanvisningar*, Kulturgeografiska institutionen, Uppsala universitet.
- Statens medicinsk-etiska råd (SMER): *Etik – en introduktion*.
- Somerville, W., Sriskandarajah, D. och Latorre, M.: *United Kingdom: A Reluctant Country of Immigration*, 2009.

- Tanner, A: *Finland's balancing act: The Labor Market, Humanitarian Relief and Immigration Integration*, January 2011.
- Wheeler, M.: *Children Of Undocumented Parents May Be At Higher Developmental Risk*, University of California, 2009.
- Wikrén och Sandesjö: *Kommentaren till utlänningslagen*, Norstedts Juridik, nionde upplagan.
- Wöger, A.: *Report Denmark*, REGINE, Regularisations in Europe. Vienna, ICMPD, 2009.

Riktlinjer och rekommendationer

- Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-kommittén): *Substantive issues arising in the implementation of the ICESCR, General Comment No 14*, 2000.
- Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-kommittén): *Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights [art.2, para.2], General Comment No. 20*, 2009.
- Committee on the Elimination of Racial Discrimination on Discrimination against Non-Citizens: *General Recommendation No. 30*, 2004.
- Socialstyrelsen: *Socialstyrelsen: Allmänna råd från Socialstyrelsen (1995:4) Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar*.
- Socialstyrelsen: *Socialstyrelsen: Socialstyrelsens handbok till SOSFS 2008:14, Informationshantering och journalföring*.

Källor på Internet

- <http://www.barnmorskeforbundet.se>
- <http://www.cic.gc.ca>
- <http://www.cmaj.ca>
- <http://www.codex.vr.se>
- <http://diplomatie.belgium.be>
- <http://www.do.se>
- <http://www.essex.ac.uk>
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- <http://www.geo.international.gc.ca>
- <http://www.healthcare.gov>
- <http://www.intermin.fi>
- <http://www.iom.int>

<http://www.migrationinformation.org>
<http://www.migrationsverket.se>
[http://www.manskligarattigheter.gov.se/Förenta nationerna](http://www.manskligarattigheter.gov.se/Förenta_nationerna)
<http://www.ne.se>
<http://www.nyidanmark.dk/da-dk/>
<http://www.psykologforbundet.se>
<http://www.ptl.se>
<http://www.regjeringen.no>
<http://www.ratttillvard.se>
<http://www.slf.se>
<http://www.snabber.se>
http://www.ssb.no/innvandring_en/
<http://www.skl.se>
<http://www.statistikbanken.dk>
<http://www.swenurse.se>
<http://www.tandlakarforbundet.se>
<http://www.utl.is>
<http://eng.velferdarraduneyti.is>
<http://www.vr.se>
<http://www.wma.net>

Kommittédirektiv



Hälso- och sjukvård åt asylsökande, personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning samt personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas i landet

**Dir.
2010:7**

Beslut vid regeringssammanträde den 28 januari 2010

Sammanfattning

En särskild utredare ska lämna förslag på hur den reglering som avser hälso- och sjukvård åt asylsökande, personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning samt personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här kan göras mer ändamålsenlig än i dag. Vidare ska utredaren, mot bakgrund av Sveriges internationella åtaganden, överväga och lämna förslag på hur en utvidgad skyldighet för landstingen att erbjuda subventionerad hälso- och sjukvård åt de berörda grupperna kan utformas i förhållande till nuvarande reglering. Utredaren ska lämna förslag som innefattar såväl vilken omfattning som på vilka villkor de berörda grupperna ska erhålla sådan vård. Utredaren ska fästa särskild vikt vid barns behov.

Utredaren ska redovisa sitt uppdrag senast den 31 maj 2011.

Bakgrund

Internationella åtaganden

Sverige har tillträtt ett antal internationella konventioner som behandlar hälso- och sjukvård. FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, innehåller en bestämmelse, artikel 12, där konventionsstaterna erkänner rätten för var och en till

bästa uppnåeliga fysiska och psykiska hälsa. Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen), artikel 24, har varje barn rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. Rätten till hälsa är även bland annat inkluderad i artikel 11 i den europeiska sociala stadgan och WHO:s konstitution.

Den 27 januari 2003 antog Europeiska unionens råd direktiv 2003/9/EG om miniminormer för mottagande av asylsökande i medlemsstaterna (mottagandedirektivet). Direktivets bestämmelser är tillämpliga på alla tredjelandsmedborgare och statslösa personer som söker asyl enligt 1951 års konvention angående flyktingars rättsliga ställning (Genèvekonventionen). Direktivet är inte tillämpligt när rådets direktiv 2001/55/EG av den 20 juli 2001 om miniminormer för att ge tillfälligt skydd vid massiv tillströmning av fördrivna personer och om åtgärderna för att bära följderna av detta tillämpas. En medlemsstat får tillämpa mottagandedirektivet även då tredjelandsmedborgare ansöker om andra former av skydd. Artikel 15 i mottagandedirektivet reglerar frågan om hälso- och sjukvård och anger att medlemsstaterna ska se till att de asylsökande får nödvändig hälso- och sjukvård, vilket ska innefatta åtminstone akut vård och nödvändig behandling av sjukdomar. Vidare anges att medlemsstaterna ska sörja för nödvändig läkarhjälp eller annan hjälp för sökande med särskilda behov.

Hälso- och sjukvårdslagen

I 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, anges att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Om någon som vistas inom ett landsting utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård eller tandvård är landstinget enligt 4 § HSL skyldigt att erbjuda sådan vård. Det är den faktiska vistelseorten och inte folkbokföringsorten som är avgörande för landstingets ansvar i akuta situationer. Landstingets skyldighet omfattar även en utlänning på tillfälligt besök (prop. 1981/82:97 s. 120). Landstingets skyldighet att erbjuda omedelbar vård gäller även för personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning och personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här. Bestämmelserna i 4 § första stycket

HSL avser endast landstingets skyldighet att, utöver vården, svara för lokaler, personal och utrustning, inte att tillhandahålla vården kostnadsfritt eller till ett särskilt lågt pris. Ingen får dock nekas omedelbar vård på grund av bristande betalningsförmåga.

Vårdlagstiftning utöver hälso- och sjukvårdslagen

Landstingens skyldighet att bedriva hälso- och sjukvård framgår i huvudsak av HSL samt tandvårdslagen (1985:125). I lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område finns närmare bestämmelser om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen. Vidare finns speciallagar som innehåller skyldigheter för landstingen i fråga om hälso- och sjukvård, bl.a. smittskyddslagen (2004:168), abortlagen (1974:595) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Allmänt

Den 1 juli 2008 trädde lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. i kraft, nedan 2008 års lag. De skyldigheter för landstingen som anges i lagen innebär i allt väsentligt en kodifiering av den ordning som gällde då enligt överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Vård som lämnas till berörda utlänningar med stöd av lagen ska följa samma regler som den vård som ges med stöd av HSL samt tandvårdslagen. Således är bestämmelserna i HSL om att den som har det största behovet av vården ska ges företräde till vården samt bestämmelser som handlar om hur hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god sjukvård och andra liknande bestämmelser tillämpliga.

Vilka utlänningar omfattas av 2008 års lag?

Asylsökande och de som ansökt om uppehållstillstånd enligt motsvarande bestämmelser i äldre reglering omfattas av lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Det finns även andra kategorier av utlänningar som omfattas av 2008 års lag. Det rör sig *dels* om ut-

läningar som har beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd eller uppehållstillstånd efter tillfälligt skydd med stöd av bestämmelserna i 21 kap. 2, 3, 4 eller 6 § utlänningslagen (2005:716) och som enligt 4 § folkbokföringslagen (1991:481) inte ska vara folkbokförda här, *dels* om utläningar som hålls i förvar enligt 10 kap. 1 eller 2 § utlänningslagen och utläningar som vistas här med stöd av ett tidsbegränsat uppehållstillstånd enligt 5 kap. 15 § utlänningslagen.

Asylsökande samt utläningar som har tidsbegränsade uppehållstillstånd med tillfälligt skydd eller efter tillfälligt skydd och som inte är folkbokförda, omfattas av lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. även om de har meddelats beslut om avvisning eller utvisning.

En person som undanhåller sig verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning omfattas dock inte av lagen om han eller hon har fyllt 18 år. De som inte omfattas av landstingets utvidgade skyldigheter enligt lagen ska alltid erbjudas omedelbar vård enligt 4 § första stycket HSL. Bestämmelserna medför inte någon skyldighet för landstingen att tillhandahålla vården kostnadsfritt eller till ett särskilt lågt pris. Ingen får dock nekas omedelbar vård på grund av bristande betalningsförmåga. Den som inte har fyllt 18 år, dvs. barn, omfattas däremot av lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. även om han eller hon håller sig undan verkställighet.

Vilken vård ska erbjudas enligt 2008 års lag?

Asylsökande barn, och barn som har uppehållstillstånd med tillfälligt skydd eller efter tillfälligt skydd och som inte är folkbokförda samt barn som hålls i förvar, ska enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. erbjudas hälso- och sjukvård samt tandvård i samma omfattning som barn som är bosatta inom landstinget. Det gäller även barn som undanhåller sig verkställighet av avvisnings- eller utvisningsbeslut.

Landstingets skyldighet att erbjuda vård till vuxna som omfattas av lagen begränsas till vård som inte kan anstå (se vidare s. 9), mödrhälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning.

Utläningar som vistas i Sverige med stöd av sådant uppehållstillstånd som en förundersökningsledare kan ansöka om enligt 5 kap. 15 § utlänningslagen, s.k. bevispersoner, ska erbjudas hälso- och sjukvård samt tandvård på samma villkor som personer som är bosatta inom landstinget.

Hälsundersökning och bemyndigande

Landstinget ska om det inte är uppenbart obehövt erbjuda samtliga utlänningar som omfattas av lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. en hälsundersökning. Uppenbart obehövt innebär att det endast undantagsvis kan komma i fråga att underlåta att erbjuda en hälsundersökning.

När det gäller hälsundersökningar kan regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela föreskrifter. Av förordningen (2008:347) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. framgår att regeringen har bemyndigat Socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter. Av den förordningen framgår också att Migrationsverket ska lämna vissa uppgifter om de utlänningar som omfattas av lagen till det landsting som berörs.

Vårdavgifter

I 26 § HSL anges att vårdavgifter får tas ut av patienter enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. I propositionen om betalningsansvaret för underårigas avgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården (prop. 2009/10:88 s. 17) föreslås ett förtydligande i 26 § HSL med innebörd att landstingen och kommunerna även ska få ta ut avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 juni 2010. Bestämmelser om vårdavgifter finns också i 4 § tandvårdslagen. Bestämmelser om vilka avgifter för vård, medicin och sjukresor som asylsökande m.fl. ska betala finns i förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar. Förordningen gäller numera asylsökande och utlänningar som har uppehållstillstånd med tillfälligt skydd eller efter tillfälligt skydd under den tid dessa omfattas av lagen om mottagande av asylsökande m.fl. samt för utlänningar som hålls i förvar. Av förordningen följer att berörda utlänningar ska betala 50 kr för läkarvård och 25 kr för annan sjukvårdande behandling. För receptföreskrivet läkemedel utgår avgift med 50 kr och för sjukresor utgår avgift med högst 40 kr. Den som behöver mer omfattande vård eller medicin kan beviljas särskilt bidrag för kostnader som uppkommer.

I förordningen om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar anges vidare att vårdavgifter ska betalas endast i den utsträckning som

motsvarande avgift ska betalas av andra vårdtagare. Om t.ex. barn och ungdomar som är bosatta inom ett landsting är befriade från att betala vårdavgift ska även de barn och ungdomar som omfattas av förordningen vara befriade från att betala vårdavgift. Berörda utlänningar ska inte heller betala vårdavgift för förebyggande barn- och mödrahälsovård som ges av en vårdgivare inom den offentliga primärvården, för förlossningsvård eller för smittskyddsvård.

Statlig ersättning

I propositionen om mottagande av asylsökande m.m. fastslogs att landstingen ska vara huvudmän för all hälso- och sjukvård för berörda utlänningar och att staten ska ha kostnadsansvaret för denna vård (prop. 1993/94:94 s. 58 f). Angående utformningen av ersättningssystemet betonades att systemet måste vara kostnadseffektivt och kostnadsneutralt. Det framhölls också att ersättningssystemet måste utformas så att kostnaderna kan kontrolleras och att systemet är administrativt hanterbart. I propositionen anfördes vidare att en schabloniserad ersättning borde eftersträvas kompletterad med någon form av särskild ersättning för särskilt kostnadskrävande vård samt att det borde ankomma på regeringen att efter överläggningar med Landstingsförbundet fastställa grunderna för ersättningen.

Grunderna för ersättningen framgår av de överenskommelser som har träffats mellan staten och Landstingsförbundet. För hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl. ersätts landstingen enligt ett schablonersättningssystem som kompletteras med en möjlighet att ansöka om särskild ersättning för kostnadskrävande vård. För kostnader som avser vård för utlänningar som hålls i förvar och för s.k. bevispersoner finns ingen motsvarande schablonersättning utan i stället ersätts landstingen efter ansökan. Den statliga ersättning som ska utgå i enlighet med överenskommelserna regleras i förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande och förordningen (2002:1118) om statlig ersättning för asylsökande m.fl. I samband med att den nya lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. trädde i kraft fastställdes även nivåer för ersättningen.

Efter s.k. kommunplacering av en utlänning som tidigare har omfattats av lagen om mottagande av asylsökande m.fl. kan i vissa fall statlig ersättning utgå för kostnader för hälso- och sjukvård. Sådan ersättning lämnas enligt förordningen (1990:927) om statlig ersätt-

ning för flyktingmottagande m.m. för flyktingar och vissa andra utlänningar som en kommun har tagit emot för bosättning. Ersättning lämnas under vissa förutsättningar för en utlänning som på grund av sjukdom eller funktionshinder har ett behov av varaktig vård.

Aktuella begrepp

Begreppet hälso- och sjukvård

Med begreppet hälso- och sjukvård avses enligt 1 § HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Begreppet hälso- och sjukvård omfattar således både sjukdomsförebyggande åtgärder och egentlig sjukvård. Av förarbetena till HSL framgår att definitionen i 1 § HSL innefattar såväl miljöinriktade som individinriktade förebyggande åtgärder och att sistnämnda åtgärder innefattar åtgärder för att spåra upp hälsoproblem (prop. 1981/82:97 s. 110). Som exempel på förebyggande individinriktade åtgärder nämns allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsouppllysning samt mödra- och barnhälsovård. I begreppet hälso- och sjukvård ingår också psykologisk och psykiatrisk vård till personer som på grund av exempelvis traumatiska upplevelser och övergrepp är i behov av vård. Även omvårdnad omfattas av begreppet. Åtgärder med anledning av kroppsfel och barnafödelse innefattas i begreppet hälso- och sjukvård trots att dessa åtgärder inte uttryckligen nämns i HSL. Detsamma gäller åtgärder i samband med abort och sterilisering.

Av 1 § HSL framgår vidare att även sjuktransporter och omhändertagandet av avlidna hör till hälso- och sjukvården.

I ett flertal andra författningar, bl.a. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, omfattar begreppet hälso- och sjukvård också begreppet tandvård. Tandvårdslagen och HSL gör dock skillnad mellan begreppen.

Begreppet vård som inte kan anstå

Begreppet vård som inte kan anstå är avsett att vara en utvidgning av den vård som definieras som omedelbar. Begreppet tillkom 1994 och har sedan dess använts i såväl överenskommelser som förordningar för att definiera omfattningen av den hälso- och sjukvård samt tandvård som ska erbjudas vuxna asylsökande m.fl. Enligt för-

fattningskommentaren till 6 § lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. innefattar begreppet ”vård som inte kan anstå”, vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten. Även följdinsatser till sådan vård innefattas. Vård ska kunna erbjudas i ett tidigt skede när detta kan motverka att ett mer allvarligt sjukdomstillstånd utvecklas och behov av en mer omfattande behandling uppstår. När det är fråga om en person med särskilda behov som t.ex. en person som har utsatts för tortyr eller andra allvarliga våldshandlingar bör bedömningen av vilken vård som kan anstå göras särskilt omsorgsfullt. Vård som inte kan anstå kan även innefatta en skyldighet att erbjuda lån av hjälpmedel och dylikt för funktionshindrade när sådant behov inte tillgodoses på annat sätt.

I bedömningen av om en behandling kan anstå ingår, enligt ovan nämnda författningskommentar, att den ska vara motiverad med hänsyn till att det är ovisst om utlänningen kommer att få stanna i Sverige. Ett erbjudande om behandlingsinsatser eller hjälpmedel ska således stå i rimlig proportion till det förhållandet att utlänningens vistelse i Sverige, under den tid utlänningen omfattas av den särskilda lagen, är att anse som tillfällig.

Asylsökande, personer som undanhåller sig verkställighet av avvisnings- eller utvisningsbeslut och personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas i landet

Baserat på uppdelningen i kategorierna asylsökande, personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning och personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här kan dagens tillgång till hälso- och sjukvård samt tandvård översiktligt sammanfattas enligt följande:

- *Asylsökande* som inte har fyllt 18 år har tillgång till hälso- och sjukvård samt tandvård i samma omfattning som erbjuds barn och ungdomar som är bosatta i landstinget. Vuxna asylsökande ska, förutom omedelbar vård, erbjudas sjukvård och tandvård som inte kan anstå. I tillägg till detta har vuxna asylsökande också tillgång till preventivmedelsrådgivning, mödrahälsovård, förlossningsvård, vård vid abort samt vård och åtgärder enligt smittskyddslagen. Vuxna asylsökande har förutom det ovan uppräknade ingen tillgång till preventiv hälsovård. Vården som ges är subventionerad.

- *Personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvísning eller utvisning* och som inte har fyllt 18 år har tillgång till hälso- och sjukvård samt tandvård i samma omfattning som barn och ungdomar som är bosatta i landstinget. Vuxna har enbart tillgång till omedelbar sjukvård samt tandvård (enligt 4 § första stycket HSL respektive 6 § tandvårdslagen). Denna vård är inte subventionerad.
- *Personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här* har enbart tillgång till omedelbar hälso- och sjukvård eller tandvård (enligt 4 § första stycket HSL respektive 6 § tandvårdslagen). Denna vård är inte subventionerad.

Utgångspunkter

Nuvarande reglering: praktiska tillämpnings- och avvägningsproblem inom hälso- och sjukvården

När det gäller frågan om vård åt asylsökande, personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvísning eller utvisning och personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här ställs hälso- och sjukvårdens personal med dagens regler ofta inför svåra avvägningar. Även om läkaretikens mest grundläggande princip är att behandla alla människor lika och att detta arbete enbart ska styras av det medicinska behovet, har prioriteringar på objektiva grunder alltid gjorts och kommer alltid att behöva göras inom vården (se bland annat slutbetänkandet från Prioriteringsdelegationen, SOU 2001:8).

Det har dock framförts att nuvarande kriterier för att bevilja vård skapar praktiska tillämpnings- och avvägningsproblem för dem som är verksamma inom vården och möter dessa vårdbehövande grupper bland annat eftersom det för dessa personer gäller olika tillgång till subventionerad hälso- och sjukvård. Även om ingen vårdsökande får nekas omedelbar vård på grund av bristande betalningsförmåga, kan det uppstå praktiska situationer där det inte omedelbart går att avgöra vilken tillgång till vård som vårdsökande faktiskt har. Dessutom har barn och vuxna i de nämnda grupperna inte samma tillgång på hälso- och sjukvård.

Ett flertal landsting har i dag, utöver de skyldigheter att erbjuda vård som framgår av HSL, tandvårdslagen och lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl., valt att anta egna riktlinjer om att ge

utvidgad vård till personer som vistas här utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här, oftast på samma villkor som gäller för asylsökande. Det är inte oförenligt med ovanstående lagar att erbjuda en utvidgad vård, men landstingen erhåller enbart ekonomisk ersättning från staten för den vård som är reglerad i lag. Det finns dessutom stora variationer mellan de olika landstingens interna riktlinjer i detta avseende.

Svensk reglering i ett internationellt perspektiv

Det råder skillnader i den faktiska tillgången på hälso- och sjukvård, och hur de olika medlemsstaterna i EU valt att reglera tillgången på denna vård, för asylsökande och främst personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning samt personer som vistas i EU utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för vistelse.

Europeiska unionens byrå för mänskliga rättigheter (FRA) har ansett att det finns behov av att närmare undersöka situationen, inklusive tillgången på hälso- och sjukvård för de personer som befinner sig utan tillstånd i EU. Byrån har i april 2009 påbörjat en jämförande studie i syfte att redovisa läget för och skyddet av rättigheter för personer som vistas utan tillstånd i medlemsstaterna.

Europarådets parlamentariska församling har instämt i att det finns ett behov att klarlägga vilka rättigheter som personer som befinner sig i Europa utan tillstånd har. Enligt den parlamentariska församlingens resolution 1509 (PACE 1509 Human rights of irregular migrants (2006)) ska personer som befinner sig utan tillstånd i Europa åtminstone ha rätt till akutvård.

Den tidigare särskilde FN-rapportören för rätten till bästa uppnåeliga hälsa, Paul Hunt, har baserat på flera FN-rapporter gjort en vidare tolkning av skyldigheten att erbjuda subventionerad vård till personer som befinner sig utan tillstånd i en stat och han har bland annat i mars 2006 framfört kritik mot Sverige för att inte erbjuda tillräcklig vård till asylsökande, personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning och personer som befinner sig här utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här.

Migrationspolitiska överväganden

En viktig utgångspunkt är att Sverige ska ha en reglerad invandring. Principen om en reglerad invandring har bekräftats av regering och riksdag senast i proposition 2009/10:1.

För utlänningar som ska vistas i Sverige i mer än tre månader uppställs krav på uppehållstillstånd eller uppehållsrätt. En ansökan om ett uppehållstillstånd utmynnar antingen i ett avslag eller ett beslut om uppehållstillstånd. Om den som befinner sig i Sverige får ett avslag på sin ansökan om uppehållstillstånd ska ett beslut om avvisning eller utvisning meddelas.

Det är angeläget att en person som har fått avslag på sin ansökan om uppehållstillstånd lämnar landet. Att så sker är viktigt för att Sverige i längden ska kunna behålla nuvarande asylsystem och erbjuda skydd och ett bra mottagande till dem som behöver det. Det är en viktig utgångspunkt att utredarens samlade förslag inte har en negativ inverkan på asylprocessen inklusive asylmottagandet eller att tillgången på sjukvård bidrar till att fler personer uppehåller sig och arbetar här utan nödvändiga tillstånd för att vistas här. Ändringarna får inte heller bidra till att fler personer väljer att hålla sig undan verkställighet av ett avvisnings- eller utvisningsbeslut eller få eventuella negativa konsekvenser för den reglerade invandringen i övrigt.

Hälso- och sjukvårdssekretess

När det gäller tilliten till hälso- och sjukvården är frågan om sekretess central. Vårdpersonal har generellt sett tystnadsplikt, se 25 kap. 1 § OSL och 2 kap. 8 § lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Bara i vissa fall, bl.a. om det finns misstanke om brottslighet eller om en ung person far illa p.g.a. missbruk m.m., får anställda i vården rapportera till polisen eller andra myndigheter (10 kap. 20 och 24 §§ OSL).

Hälso- och sjukvårdspersonalen är dock skyldig att lämna ut uppgifter om huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av en domstol, åklagarmyndighet, polismyndighet, Kronofogdemyndigheten eller Skatteverket (2 kap. 11 § lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område). Vidare ska en hälso- och sjukvårdsmyndighet, om en utlänning i ett ärende enligt utlänningslagen åberopar ett intyg om sin psykiska

eller fysiska hälsa, på begäran av den myndighet eller domstol som handlägger ärendet lämna de uppgifter som behövs för att bedöma uppgifterna i intyget (17 kap. 2 § utlänningslagen).

Trots tystnadsplikten kan det finnas en rädsla hos de grupper som avses i dessa kommittédirektiv för att vårdpersonalen ska lämna ut uppgifter om dem till andra myndigheter. När det gäller hälso- och sjukvård för nu aktuella personer är det därför av stor vikt att vårdpersonalen är väl medveten om sina skyldigheter så att förtroendet för vården inte urholkas.

Uppdraget

En särskild utredare ska lämna förslag på hur den reglering som avser hälso- och sjukvård åt asylsökande, personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning samt personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här kan göras mer ändamålsenlig än i dag. Vidare ska utredaren, mot bakgrund av Sveriges internationella åtaganden, överväga och lämna förslag på hur en utvidgad skyldighet för landstingen att erbjuda subventionerad hälso- och sjukvård för de berörda grupperna kan utformas i förhållande till nuvarande reglering. Utredaren ska lämna förslag som innefattar såväl vilken omfattning som på vilka villkor de berörda grupperna ska erhålla sådan vård.

Utredaren ska därvid;

- fästa särskild vikt vid barns behov,
- analysera och redovisa i vilken omfattning hälso- och sjukvård åt asylsökande, personer som undanhåller sig verkställighet av ett avvisnings- eller utvisningsbeslut eller som vistas i Sverige utan att ha ansökt om nödvändigt tillstånd för att vistas här tillhandahålls i landstingen i dag, samt vilka av de berörda grupperna som får tillgång till vilken typ av vård, subventionerad eller osubventionerad (resultatet ska så långt möjligt redovisas uppdelat på vuxna och barn samt fördelat på ideellt drivna mottagningar och den offentligt finansierade hälso- och sjukvården),
- uppskatta antalet personer i de berörda grupperna som är i behov av vård samt vilken vård de behöver (resultatet ska så långt möjligt redovisas uppdelat på vuxna och barn),

- redovisa hur andra jämförbara länder valt att hantera frågan om vård åt de berörda grupperna samt redogöra för hur dessa länders asyl- och migrationspolitik skiljer sig från Sveriges och hur denna politik har inverkat på de aktuella ländernas beslut om vård åt de berörda grupperna,
- i lämplig omfattning analysera tidigare utredningar som gjorts i Sverige och relevanta internationella utredningar och studier,
- beräkna kostnaderna för en utvidgad subventionerad vård enligt förslaget samt uppskatta vilka effekter förslaget kan få för de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna, inklusive eventuella effekter för andra grupper av vårdbehövande och för efterfrågan på hälso- och sjukvård, och
- beräkna eventuella ökade kostnader för asylprocessen inklusive mottagandesystemet.

Utredaren ska dessutom;

- analysera och redovisa tillämpningen av nuvarande sekretessregler och regler om tystnadsplikt samt vid behov föreslå förändringar varvid vikten av att upprätthålla förtroende för hälso- och sjukvården beaktas (hälso- och sjukvårdens anmälningsplikt gällande exempelvis övergrepp mot barn eller upptäckt av våld mot kvinnor ska inte förändras),
- analysera om det finns behov av speciella regler för vissa grupper, som endast vistas i Sverige en kortare tid, t.ex. turister som skulle kunna utnyttja en subventionerad hälso- och sjukvård istället för att söka vård i sitt hemland,
- bedöma om antalet asylsökande, personer som undanhåller sig verkställighet av ett avvisnings- eller utvisningsbeslut eller som vistas i Sverige utan att ha ansökt om nödvändigt tillstånd för att vistas här kan påverkas till följd av de förslag som utredaren lägger, och om dessa bedöms öka överväga åtgärder som kan bidra till ett ökat återvändande för personer som fått avslag på sin asylansökan,
- överväga i vilken mån de ideella organisationernas resurser och kunskap kan tillvaratas på ett bättre sätt,
- analysera och lämna förslag på hur ersättningen till utföraren av den föreslagna subventionerade vården ska utformas, och

- analysera hur förslagen förhåller sig till de principer som ligger till grund för en reglerad invandring.

Utredningens genomförande

Utredaren ska i arbetet samråda med myndigheter, intresseorganisationer och huvudmän inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredningen ska även samråda med myndigheter inom andra berörda områden. Utredaren ska särskilt beakta hur förslagen påverkar barns hälsa.

Förslagens konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Särskild vikt ska läggas vid att redovisa förslag till finansiering i de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det allmänna liksom i vilken utsträckning förslagen påverkar den kommunala verksamheten och självstyrelsen. Uppdraget ska redovisas senast den 31 maj 2011.

(Socialdepartementet)

Kostnader för nuvarande och utvidgad hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa

Slutrapport 2011-05-12

Marianne Svensson

Innehåll

1	Inledning	3
1.1	Uppdraget.....	4
2	Metod och material	5
3	Resultat.....	7
3.1	Vårdkonsumtion.....	7
3.1.1	Nuvarande vårdkonsumtion av bosatta	7
3.1.2	Nuvarande vårdkonsumtion av asylsökande.....	10
3.1.3	Nuvarande vårdkonsumtion av papperslösa	13
3.2	Skattad hälso- och sjukvårdskostnad	16
3.2.1	Kostnad för bosatta	16
3.2.2	Kostnad för nuvarande vårdkonsumtion av asylsökande och papperslösa	19
3.2.3	Kostnad vid utvidgad vård för asylsökande och papperslösa	33
3.2.4	Summering av kostnadsskattningarna.....	39
4	Sammanfattande kommentar.....	41
	Referenser.....	44

1 Inledning

Landstingens skyldighet att erbjuda subventionerad vård skiljer beroende på om personen är bosatt i Sverige, är asylsökande eller är papperslös, d.v.s. om personen undanhåller sig från verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning ("gömnda") eller om personen befinner sig i Sverige och inte ansökt om nödvändigt tillstånd för att vistas i Sverige.

Mycket kort kan skillnaderna i landstingens skyldighet att erbjuda subventionerad vård beskrivas enligt följande:

- 1) *Bosatta* ska erbjudas subventionerad vård enligt hälso- och sjukvårdslagen.
- 2) *Vuxna Asylsökande* (fyllt 18 år) ska erbjudas vård som inte kan anstå, mödravård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning samt vård och åtgärder enligt smittskyddslagen. Vården subventioneras.
- 3) *Vuxna Papperslösa* (fyllt 18 år) ska erbjudas omedelbar vård. Vården är osubventionerad, d.v.s. landstingen har ingen skyldighet att tillhandhålla vården kostnadsfritt eller till lägre pris. Ingen får dock nekas vård på grund av betalningsoförmåga.
- 4) *Asylsökande barn* och *Papperslösa barn* som undanhåller sig beslut om avvisning eller utvisning (yngre än 18 år) har samma tillgång till subventionerad hälso- och sjukvård som bosatta i motsvarande åldersgrupp.

Drygt 31 800 personer sökte asyl i Sverige år 2010¹. Jämfört med år 2009 var det en ökning med drygt 30 procent. År 2009 var antalet nytillkommande asylsökande knappt 24 200 personer (Migrationsverket, 2010). Förutom dessa nytillkommande asylsökande vistas ett antal personer i Sverige som väntar på beslut i sitt asylärende eller som har tillstånd att vistas i Sverige i väntan på avvisning. År 2009 uppskattades dessa till knappt 35 000 personer (SKL, 2010a)². Av dem var 23 procent 18 år eller yngre, d.v.s. knappt 8 000 var barn/ungdomar. Av de nytillkommande asylsökande är flertalet män (65 %).

Motsvarande uppgifter om gruppen papperslösa saknas av förklarliga skäl. Osäkra uppskattningar talar om att antalet papperslösa kan uppgå till ca 10 000 – 35 000 personer (Socialstyrelsen, 2010).

¹ www.migrationsverket.se/info/3379.html.printable

² Prevalensen motsvarar ett medeltal av antalet registrerade asylsökande vid slutet av varje kvartal

1.1 Uppdraget

IHE fick i december 2010 i uppdrag av utredningen för vård av papperslösa m.fl. att skatta kostnader för utvidgad hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa. Den särskilda utredningen ska lämna förslag på hur rätten till vård för asylsökande och för personer som befinner sig i Sverige utan nödvändigt tillstånd – s.k. gömda personer och de som inte har nödvändigt tillstånd – kan göras mer ändamålsenlig. Utredningen ska även överväga och lämna förslag på hur den subventionerade vården kan utökas till dessa grupper.

IHEs uppdrag är att beräkna kostnaden för:

- 1) nuvarande vårdkonsumtion för asylsökande och papperslösa,
- 2) en utvidgad vård för asylsökande och papperslösa motsvarande den vårdkonsumtion som idag gäller för bosatta inom Sverige.

I den fortsatta framställningen inkluderas både nytillkommande asylsökande, personer som väntar beslut i sitt asylärende och de som visas i landet i väntan på avvisning i gruppen *asylsökande*. Gruppen *papperslösa* inkluderar både personer som undanhåller sig från verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning ("gömda") och de personer befinner sig i Sverige och som inte ansökt om nödvändigt tillstånd för att vistas i Sverige. Med offentliga vårdkontakter avses i texten både vård som utförs av landstingskommunala eller privata utförare.

2 Metod och material

Skattningarna av kostnaden för vård för papperslösa och gömda baseras på befintlig information och registerdata om resursförbrukning av slutenvård, öppenvård (specialistvård och primärvård), läkemedel och tandvård. I ett första steg skattas den samlade kostnaden för hälso- och sjukvård i Sverige, fördelat på ålder och kön samt typ av vård. Denna kostnadsskattning motsvarar således kostnaden per invånare som är bosatt i Sverige.

Med information och antaganden om vårdkonsumtion för dels asylsökande, dels gruppen papperslösa skattas därefter kostnaden för hälso- och sjukvård för de två grupperna baserat på den tidigare skattningen av hälso- och sjukvårdskostnaden per bosatt i olika åldersgrupper. En prevalensansats används i skattningarna, varvid kostnaden redovisas för en period av ett år.

För att skatta kostnaden för vård som utförs i primärvården och slutenvården har vi utgått från Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) redovisning av landstingens och regionernas bokslutsstatistik över verksamhet och kostnader år 2009 (SKL, 2010b). Statistiken är indelad efter typ av verksamhet och prestation (besök och vårdtillfälle) och ligger bland annat till grund för nationalräkenskaperna (hälsoräkningskaperna). De kostnader som används är nettokostnader, d.v.s. samtliga kostnader för den löpande verksamheten (exkl. investeringsbudget) efter avdrag för samtliga intäkter. Nettokostnaden används för att undvika dubbelräkning till följd av exempelvis köp mellan olika verksamheter internt. Därefter adderas de egenavgifter som patienterna betalar vid öppenvårdsbesök och/eller vårdtillfällen i slutenvård samt för receptförskrivna läkemedel.

Kostnaden för tandvård baseras dels på SKLs bokslutsstatistik, dels på Försäkringskassans statistik över den statliga tandvårdsersättningen år 2009³. Den senare avser antalet patienter och besök, utbetald ersättning till privata och offentliga tandläkare samt patienternas egenavgifter.

Uppgift om kostnaden för skolhälsovård har hämtats från hälsoräkningskaperna (SCB, 2010-03-31). Denna kostnad särredovisas inte i kommunernas räkenskapsammandrag. Inom arbetet med hälsoräkningskaperna har därför kostnaden skattats utifrån antalet anställda skolsköterskor och lönekostnaden för dem.

Kostnaden för läkemedel inkluderar receptförskrivna läkemedel inom förmånen, patientens egenavgifter för receptförskrivna läkemedel samt rekvisitionsläkemedel år 2009. Kostnaden har även kompletterats med en uppskattning av kostnaden för förbrukningsartiklar/medicinska

³ Försäkringskassan, Magdalena Kubien, mars 2011

icke-varaktiga varor utifrån uppgifter i hälsoräkenskaperna år 2008. Den sammanlagda kostnaden för läkemedel och läkemedelsnära produkter och förbrukningsartiklar i öppenvård uppgick detta år till ca 39 miljarder. Kostnaden för receptläkemedel inkl. patientavgifter, receptfria läkemedel och rekvisitionsläkemedel i öppen- och slutenvård uppgick samma år till knappt 35 miljarder. Skillnaden mellan dessa belopp antas motsvara kostnaden för medicinska förbrukningsartiklar i öppenvård.

De totala löpande utgifterna för hälso- och sjukvård (exkl. hälso- och sjukvårdsproducenternas investeringar) uppgick enligt hälsoräkenskaperna till ca 280 miljarder år 2008 (preliminära siffror) (SCB, 2010-03-31). Denna totalskattning inkluderar kostnader för hälso- och sjukvård som inte inkluderas i vår skattning av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård. De kostnader som inte ingår i vår skattning är kostnader för långtidsomvårdnadstjänster, kostnader för hjälpmedel inom primärkommunal verksamhet, viss prevention såsom företagshälsovård, övriga folkhälsoaktiviteter och prevention mot icke-smittsamma sjukdomar, administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar. Värdet av dessa exkluderade hälsotjänster uppskattas till ca 37 miljarder kr.

För att kunna skatta kostnader för grupperna asylsökande och papperslösa behövs information om gruppernas vårdkonsumtion. Denna information jämförs med nuvarande vårdkonsumtion av bosatta för att nå en uppskattning av kostnaden för de båda gruppernas hälso- och sjukvård. Information om bosattas vårdkonsumtion hämtas från SKLs bokslutsstatistik (SKL, 2010b). De asylsökandes vårdkonsumtion har med hjälp av enkäter till landstingen kartlagts av SKL under flera år (SKL, 2007; 2008; 2009; 2010a). SKLs sammanställningar av primärdata används som underlag för de asylsökandes nuvarande vårdkonsumtion.

För papperslösa personer saknas av förklarliga skäl en översikt av deras vårdkonsumtion. Skattningar av gruppens vårdkonsumtion baseras på ett antal mindre studier som beskriver besök och vårdtillfällen av de papperslösa som har sökt vård.

3 Resultat

I detta kapitel redovisas skattningar av dels vårdkonsumtion för grupperna bosatta, asylsökande och papperslösa, dels kostnader för hälso- och sjukvård för de tre grupperna. Skattningar av bosattas vårdkonsumtion, och kostnaden för denna, blir underlag för att kunna skatta kostnader för asylsökandes och papperslösas nuvarande vårdkonsumtion samt en utvidgad vård enligt vad som idag gäller för bosatta. Mot bakgrund av osäkerhet i tillgängligt material, inte minst när det gäller gruppen papperslösa, presenteras olika kostnadsskattningar för asylsökande och papperslösa. Kostnadsskattningarna presenteras i olika scenarier utifrån antaganden om gruppernas storlek och förväntad vårdkonsumtion.

3.1 Vårdkonsumtion

3.1.1 Nuvarande vårdkonsumtion av bosatta

Vårdkonsumtion för bosatta presenteras som antalet besök och antalet vårdtillfällen i SKLs bokslutsstatistik. Denna visar att antalet besök i primärvården var i genomsnitt 3,65 besök per invånare år 2009 (tabell 1). Öppenvårdsbesök vid specialistmottagning var samma år 1,27 besök per invånare. Antalet vårddagar i somatisk slutenvård var 0,77 dagar per invånare och i psykiatrisk vård 0,17 dagar per invånare.

I tabell 1 redovisas även antalet besök inom barnhälsovård (BVC) och mödravård. Det ska noteras att dessa besök har fördelats på antalet invånare i åldersgruppen 0-17 år respektive 18-64 år, även om exempelvis BVC endast riktar sig till barn mellan 0-6 år.

Tabell 1 Vårdkonsumtion för bosatta per invånare respektive totalt, år 2009

	Antal besök/vårdtillfällen per invånare ⁴⁾	Totala antalet besök /vårdtillfällen (1000-tal)
Primärvård		
Allmänläkare besök	1,41	13 202
Sjuksköterska/annat besök	2,24	20 910
Summa primärvårdsbesök /inv	3,65	34 112
Mödravård (kv 18 -64 år) ¹⁾	0,71	2 004
Barnhälsovård (0-17 år) ²⁾	1,35	2 606
Spec somatisk vård		
Vårdtillfällen	0,16	1 462
Vårddag/tillfälle	4,84	6 594 ³⁾ vårddagar
Summa vårddagar /inv	0,77	
Läkarbesök	1,27	11 901
Psykiatrisk vård		
Vårdtillfällen	0,01	94
Vårddag/tillfälle	16,72	
Summa vårddagar /inv	0,17	1 737 ³⁾ vårddagar

Källa: SKL, Statistik om hälso- och sjukvården samt regional utveckling 2009. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: SKL, 2010; Socialstyrelsens statistikdatabas över diagnoser i slutenvård och antalet vårdtillfällen år 2009 (februari 2011)

- 1) Antalet besök inom mödravården är fördelat på kvinnor i åldersgruppen 18-64 år.
- 2) Barnhälsovård avser endast prevention för barn till och med 6 års ålder. Antalet besök är i tabellen fördelat på antalet invånare i åldersgruppen 0-17 år
- 3) Antalet vårddagar har hämtats ur Socialstyrelsens statistikdatabas (Socialstyrelsen, februari 2011)
- 4) Antalet invånare 31 dec 2009 = 9 340 682 personer (SCB, 2010)

För att kunna uppskatta den totala hälso- och sjukvårdskostnaden för olika grupper av individer behöver vi information om hur antalet vårdkontakter skiljer mellan barn och vuxna. Vi har valt att dela in materialet i tre åldersgrupper: 0-17 år, 18-64 år respektive 65 år eller äldre. Åldersgrupperna ”18-64 år” och ”65 år äldre” indelas även efter kön.

För besök i primärvården saknas en samlad bild över patienters åldersfördelning. Enligt Vårdbarometern år 2009 framgår att 13 procent av samtliga som besökt vården har gjort det som förälder eller anhörig till barn. Vi antar därför att 13 procent av läkarbesök och sjuksköterskebesök i primärvården avser vård av barn (tabell 2).

Med hjälp av SCB:s undersökning av befolkningens levnadsförhållanden (ULF) fördelas de vuxnas primärvårdsbesök efter kön och ålder. Enligt ULF 2005 (SCB, 2006) framgår att 48 procent av männen och 45 procent av kvinnorna i åldern 20-84 år uppgav att de hade haft kontakt med öppenvården under den senaste tremånadersperioden. För kvinnorna var

gynekologiska undersökningar och kontrollbesök vid graviditet borträknade. Av ULF undersökningen kan också utläsas hur stor andel av männen och kvinnorna 65 år eller äldre som har haft kontakt med den öppna vården. 65 procent av de äldre männen och 71 procent av de äldre kvinnorna uppger att de har haft kontakt med den öppna vården. Med hänsyn till åldersgruppernas storlek (SCB, 2010) och med hjälp av ovanstående uppgifter om män och kvinnors vårdkontakter i öppenvården antas primärvårdsbesöken fördelas enligt de andelar som presenteras i tabell 2.

Tabell 2 Procentuell fördelning av bosattas primärvårdsbesök, vårdtillfällen, tandläkarbesök och receptuttag av läkemedel fördelat på ålder. Antal invånare inom parentes

	0-17 år (1 921 093)	Man 18-64år (2 909 059)	Kv 18-64 år (2 819 753)	Man 65 år+ (753 608)	Kv 65 år+ (937 169)	Totalt (9 340 682) ⁵⁾
Primärvårdsbesök ¹⁾	13	31	29	11	15	100
Somatisk vård ²⁾	6	14	23	26	30	100
Psykiatrisk vård ²⁾	3	50	32	07	8	100
Tandvård ³⁾	-	33	36	14	16	100
Läkemedel ⁴⁾	17	24	33	11	14	100

1) Källa: SCB, Ohälsa och sjukvård 1980-2005. Stockholm, 2006 (Levnadsförhållanden rapport 2005)

2) Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas över diagnoser i slutenvård och antalet vårdtillfällen år 2009 (februari 2011)

3) Källa: Försäkringskassans statistik över statligt tandvårdsstöd år 2009

4) Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas av receptförskrivna läkemedel år 2009 (samtliga ATC-koder)

5) Källa: SCB, Sveriges befolkning efter ålder och kön 31 december 2009, Sveriges Officiella statistik, 2010

Antalet vårdtillfällen i somatisk vård har fördelats på de tre åldersgrupperna med hjälp av Socialstyrelsens statistikdatabas över antalet vårdtillfällen för samtliga diagnoser (februari 2011). För vuxna män och kvinnor har endast statistik för personer som är 45 år eller äldre använts, eftersom vårdtillfällen vid gynekologisk klinik redovisas separat i SKL bokslutsstatistik. Fördelningen av psykiatrisk vård efter ålder och kön har gjorts med hjälp av Socialstyrelsens statistikdatabas över antalet vårdtillfällen för patienter med psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (februari 2011).

Antal tandvårdsbesök har fördelats utifrån antalet registrerade besök av vuxna patienter som omfattas av det statliga tandvårdsstödet år 2009, enligt statistik från Försäkringskassan.

I studien inkluderas även kostnader för läkemedel (receptförskrivna och rekvisitionsläkemedel). Kostnaderna fördelas på de olika åldersgrupperna med hjälp av socialstyrelsens statistikdatabas av receptförskrivna läkemedel. I denna databas finns uppgifter om antalet personer som minst en gång per månad gjort ett apoteksuttag. Av de

personer som någon gång under år 2009 hämtat ut ett receptförskrivet läkemedel var 17 procent i åldern 0-17 år (tabell 2).

I tabell 3 presenteras totala antalet besök och vårdtillfällen för gruppen bosatta fördelat på ålder. Skattningen bygger på den procentuella fördelning som presenteras i tabell 2. I tabellen redovisas även genomsnittligt antal vårdtillfällen och besök per individ. Av tabellen framgår att vårdkonsumtionen per individ är högre för vuxna 65 år eller äldre jämfört med yngre när det gäller besök i primärvården och somatisk vård. Antalet vård dagar i sluten psykiatrisk vård är i genomsnitt högre för män i åldern 18-64 år jämfört med övriga grupper.

Tabell 3 Genomsnittlig vårdkonsumtion för gruppen bosatta, uppdelat på ålder. Besök och vårdtillfällen totalt (1000-tal) samt per individ, år 2009.

Primärvård	0-17 år		Man 18-64 år		Kv 18-64 år		Man 65 år +		Kv 65 år+	
	Totalt	/ ind	Totalt	/ ind	Totalt	/ ind	Totalt	/ ind	Totalt	/ ind
Allmänläkare besök	1 716	0,89	4113	1,41	3 856	1,37	1 481	1,97	2 035	2,17
Sjuksköterska /annat besök	1 151	0,60	6 064	2,09	5 689	2,02	3 369	4,47	4 636	4,95
Mödravård (kv 18 -64 år)	0	0	0	0	2004	0,71	0	0	0	0
Barnhälsovård (0-17 år)	2 606	1,35	0	0	0	0	0	0	0	0
Summa primärvårdsbesök /inv	5 473	2,84	10 177	3,50	11 549	4,09	4 850	6,44	6 671	7,12
Spec somatisk vård										
Vårdtillfällen	94,4	0,05	199,9	0,07	346,7	0,12	390,9	0,52	449,5	0,48
Vård dag/tillfälle ¹⁾		3,62		4,12		3,33		5,94		6,31
Summa vård dagar /inv		0,18		0,28		0,41		3,08		3,02
Spec. psykiatrisk vård										
Vårdtillfällen	2,8	0,001	46,8	0,016	29,6	0,011	6,9	0,009	7,7	0,008
Vård dag/tillfälle ²⁾		9,29		18,62		16,61		15,27		15,87
Summa vård dagar /inv		0,01		0,30		0,17		0,14		0,13

Källa: SKL, Statistik om hälso- och sjukvården samt regional utveckling 2009. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: SKL, 2010 b

1) Socialstyrelsens statistikdatabas över antalet vård dagar per åldersgrupp för samtliga diagnoser

2) Socialstyrelsens statistikdatabas över antalet vård dagar per åldersgrupp för diagnos psykiska sjukdomar

3.1.2 Nuvarande vårdkonsumtion av asylsökande

SKL kartlägger årligen de asylsökandes vårdkontakter i respektive landsting. År 2009 besökte den asylsökande i genomsnitt primärvården 4,36 gånger, varav 1,39 besök skedde hos primärvårdsläkare (tabell 4). Jämfört med år 2006 har antalet besök hos allmänläkare ökat

med 19 procent. Någon motsvarande ökning har inte skett av besök vid sjukhusens öppenvårdsmottagningar.

Enligt samma enkätundersökning vårdades den asylsökande i genomsnitt 0,74 dagar i sluten somatisk vård och 0,47 dagar i sluten psykiatrisk vård år 2009. Jämfört med år 2006 har antalet slutenvårdsdagar per person i somatisk vård ökat (ca 30 %), medan antalet slutenvårdsdagar i psykiatrisk vård har minskat (30 %). Sett över tiden har även antalet tandläkarbesök per asylsökande ökat från 0,54 besök år 2006 till 0,68 besök år 2009.

Tabell 4 Genomsnittlig vårdkonsumtion per asylsökande åren 2006, 2007, 2008 och 2009.
n=Antal asylsökande

	Antal besök/vårdtillfällen/vård dagar per asylsökande			
	År 2006 n=30 615	År 2007 n=33 869	År 2008 n=35 272	År 2009 n=34 846
Primärvård				
Allmänläkare besök	1,06	1,25	1,41	1,39
Sjuksköterska/annat besök	3,29	3,59	3,46	2,97
Summa primärvårdsbesök/asylsökande	4,35	4,84	4,87	4,36
Mödravård besök (kv 19 -60 år) ¹⁾				0,57 ¹⁾
Barnhälsovård besök (0-18år) ²⁾	0,70	0,65	0,92	0,75 ²⁾
Spec. somatisk vård				
Vårdtillfällen	0,15	0,14	0,15	0,16
Vård dag/tillfälle	3,79	4,05	4,61	4,65
Summa vård dagar/asylsökande	0,57	0,57	0,70	0,74
Läkarbesök	1,10	0,91	1,07	0,98
Spec. psykiatrisk vård				
Vårdtillfällen	0,05	0,03	0,03	0,04
Vård dag/tillfälle	14,91	15,85	11,35	11,83
Summa vård dagar/asylsökande	0,70	0,49	0,39	0,47
Tandvård				
Besök	0,54	0,57	0,57	0,68

Källa: SKL, 2007; 2008; 2009; 2010a

1) Vi antar att 35 procent av de vuxna asylsökande är kvinnor (SKL, 2010). Antalet besök inom mödravården är fördelat på asylsökande kvinnor 19-60 år.

2) Barnhälsovård avser endast prevention för barn till och med 6 års ålder. Antalet besök är i tabellen fördelat på asylsökande 0-18 år

I tabell 5 redovisas antalet vårdbesök i primärvården samt antalet vårdtillfällen och vård dagar i slutenvård per asylsökande efter ålder. Uppgifter om asylsökandes vårdkonsumtion har hämtats från SKLs undersökning om asylsökandes vårdkontakter år 2009. Underlaget presenteras i åldersgrupperna 0-18 år, 19-60 år samt 61 år eller äldre. Materialet är inte uppdelat på män och kvinnor. Vi antar att antalet besök och vårdtillfällen per asylsökande

man och kvinna är densamma inom åldersgruppen. Besök inom mödravården redovisas separat.

Tabell 5 Genomsnittlig vårdkonsumtion per asylsökande, uppdelat på ålder, år 2009

	0-18 år	Man 19-60 år	Kv 19-60 år	Man 61 år+	Kv 61 år +
Primärvård					
Allmänläkare besök	1,67	1,24	1,24	3,15	3,15
Sjuksköterska /annat besök	3,89	2,62	2,62	4,81	4,81
Mödravård (kv 18 -64 år)	0	0	0,57	0	0
Barnhälsovård (0-6 år)	0,75	0	0	0	0
Summa primärvårdsbesök / asylsökande	6,31	3,86	4,43	7,96	7,96
Spec somatisk vård					
Vårdtillfällen	0,14	0,15	0,15	0,49	0,49
Vård dag/tillfälle	3,5	4,47	4,47	8,74	8,74
Summa vårddagar / asylsökande	0,49	0,67	0,67	4,28	4,28
Spec psykiatrisk vård					
Vårdtillfällen	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
Vård dag/tillfälle	8,95	12,5	12,5	13,05	13,05
Summa vårddagar / asylsökande	0,36	0,50	0,50	0,52	0,52

Källa: SKL, Hälso- och sjukvård åt asylsökande under år 2009. Avdelningen för vård och omsorg, 2010a (Tabellbilaga)

Jämförs vårdkonsumtionen för asylsökande med de bosatta har asylsökande barn mer än dubbelt så många primärvårdsbesök jämfört med bosatta barn - antalet primärvårdsbesök per asylsökande barn var år 2009 6,31 besök vilket ska jämföras med 2,84 för bosatta barn. Även tidigare års statistik över asylsökandes vårdkonsumtion visar en likande besöksfrekvens för asylsökande barn. Asylsökande barn har även högre slutenvårdskonsumtion jämfört med bosatta barn. Antalet vårddagar i somatisk slutenvård var 0,49 dagar respektive 0,18 dagar för asylsökande barn respektive bosatta barn. Än en större skillnad noteras i antalet vårddagar inom psykiatrisk vård, där asylsökande barn år 2009 hade i genomsnitt 0,36 dagar per person medan bosatta barn hade 0,01 dagar per person.

En något högre vårdkonsumtion kan även noteras för vuxna asylsökande jämfört med bosatta, om än inte lika stor som för barn. Den största skillnaden i vårdkonsumtion redovisas för psykiatrisk vård mellan vuxna bosatta och asylsökande.

3.1.3 Nuvarande vårdkonsumtion av papperslösa

För papperslösa är informationen om personernas vårdkonsumtion mycket bristfällig. En stor del av den vård som ges till papperslösa sker inom frivilliga organisationer vid sidan om den offentliga vården. Studier visar exempelvis att ett vanligt hinder för papperslösa att söka vård är rädslan för att bli gripen eller nekas vård (Socialstyrelsen, 2010; Bagir-Zada, 2006; Ohlson, 2005). Andra hinder som nämns i litteraturen är kostnadsmässiga och begränsade kunskaper om hur vårdsystemet fungerar.

En sammanställning av vårdkontakter vid Röda Korsets ideella vårdmottagning i Stockholm visar att de vårdsökande år 2009 i huvudsak var 18-64 år (93 %) och närmare hälften av de totalt 399 patienterna var 25-34 år (Röda Korset, 2010). Till skillnad från de asylsökande var flertalet av patienterna kvinnor (59 %). Närmare 60 procent av patienterna hade tidigare sökt asyl och fått avslag.

Enligt en uppföljning av patienter som besökte samma mottagning under tre månader år 2009 var de vanligaste diagnoserna graviditet/oönskad graviditet och depression (Fresk och Ganslandt, 2009). Studien visade också att 64 procent av kontakterna kunde gjorts hos en allmänläkare medan 13 procent av besöken borde skett hos annan specialistläkare. Även en tidigare studie från frivilligmottagning i Stockholm visade att den dominerade kontaktorsaken är allmänmedicinska åkommor (Ohlson, 2005). Patienternas medelålder var låg - 36 år för kvinnor och 32 år för männen. Flertalet av de besökande (65 %) var kvinnor.

År 2008 beslutade Skåne läns landsting (Region Skåne) om en policy för gruppen ”gömda flyktingar”... ”om att medicinsk vård och behandling ska komma i första hand och betalas i andra hand, i enlighet med FN:s deklaration om mänskliga rättigheter” (Dnr 0800681). Med gömda flyktingar avser Region Skåne personer som undanhåller sig verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning. Uppgifter om gruppens vårdkonsumtion registreras inom regionen sedan år 2008. I tabell 6 redovisas antalet personer som besökt sjukvården och om de besökt primärvården eller annan öppenvårdsmottagning.

År 2010 hade 74 gömda barn besökt sjukvården (tabell 6). Antalet gömda vuxna som besökt sjukvården skattas till 13 personer. Uppgiften om antalet vuxna vårdkontakter är osäker eftersom en och samma person kan redovisas som en person i öppenvården och som en person i slutenvården. I tabell 6 antas att samtliga vuxna patienter som vårdats i slutenvården även har besökt öppenvård (antingen i primärvården eller på öppenvårdsmottagning på sjukhuset). Vidare bör noteras att en del av de besök som redovisas på öppenvårdsmottagning avser dialysbehandling av barn. Eftersom sådan behandling sker regelbundet och vid flertal

tillfällen i veckan får de stor betydelse för tolkningen av den vårdkonsumtion som presenteras i tabell 6. Vid tidpunkten för denna redovisning saknades möjlighet att särredovisa dessa besök. Jämfört med motsvarande statistik från Region Skåne år 2009, är det stor skillnad i antalet gömda barn som sökt vård. År 2009 var det 35 barn som besökt öppenvården och 6 barn som vårdats i slutenvården. Antalet vuxna som besökte öppenvården var 15 personer.

Av de 74 barn som sökt vård i Region Skåne var det 60 procent som besökt primärvården. Denna andel överensstämmer med resultaten från Fresk & Ganslandt studie (2009), där 64 procent av patienterna vid frivilligmottagning i Stockholm kunde, enligt författarna, ha sökt vård i primärvården. Samtidigt ska noteras att samtliga patienter som inkluderades i Fresks & Ganslandt studie var 18 år eller äldre.

Tabell 6 Antal besök i öppenvård samt antal vårddagar i slutenvård för gömda barn och vuxna i Region Skåne år 2010.

	Antal besök/vårddagar totalt	
	Barn N=74	Vuxna N=13
Öppenvård		
Besök hos allmänläkare/ssk/ annan i primärvården	199	19
Besök vid Öppenvårdsmottagning spec.	348	23
Slutenvård somatisk		
Vårddagar	93	18
Slutenvård Psykiatri		
Vårddagar	94	50

Källa: Region Skåne 2011-03-31, Pia Landgren

För att kunna uppskatta kostnaden för den vård som idag ges till papperslösa behövs en uppskattning av antalet öppenvårdsbesök respektive vårddagar per papperslös. Låt oss anta att gruppen papperslösa i hela landet uppgår till 10 000 personer och att dessa fördelar sig mellan landstingen på motsvarande sätt som de asylsökande år 2009. Det genomsnittliga antalet asylsökande i Skåne län år 2009 var enligt SKLs enkätundersökning 3 026 personer, vilket motsvarar knappt 9 procent av samtliga asylsökande i samma kartläggning. Vi antar därmed att antalet papperslösa i Skåne län uppgår till 900 personer. Med samma åldersfördelning som för asylsökande skulle ca 200 av dem vara barn (0-18 år).

I tabell 6 redovisas hur mycket vård gömda barn och vuxna som kontaktat sjukvården har konsumerat. Genom att dividera antalet besök och vårddagar i tabell 6 med totala antalet papperslösa barn respektive papperslösa vuxna i Region Skåne, erhåller vi en uppskattning av antalet vårdkontakter (öppenvårdsbesök respektive vårddagar) per papperslöst barn respektive

vuxen. Med antagandet att antalet vuxna papperslösa i Skåne är 700 personer och antalet papperslösa barn är 200 personer skattas antalet primärvårdsbesök per vuxen till 0,03 besök per år och antalet besök per papperslöst barn till 1,0 besök per år (tabell 7).

Skulle vi istället utgå från antagandet att antalet papperslösa är 35 000 på nationell nivå skattas antalet papperslösa i Skåne till 3 000 personer med antagandet att antalet papperslösa har samma geografiska fördelning som antalet asylsökande. Med ett sådant antagande slås antalet registrerade vårdkontakter vid Regions Skånes sjukvårdsmottagning ut på fler personer vilket innebär en minskning av antalet vårdkontakter per papperslös. Som framgår av tabell 7 minskar antalet primärvårdsbesök per papperslöst barn och år från 1,0 till 0,33.

Tabell 7 Uppskattad vårdkonsumtion per år bland papperslösa i Skåne utifrån olika antaganden om totala antalet papperslösa i landet

Öppenvård	Antal besök/vårddagar per papperslös			
	Antagande om totalt 900 papperslösa i Skåne		Antagande om totalt 3 000 papperslösa i Skåne	
	Barn	Vuxna	Barn	Vuxna
Besök hos allmänläkare/ssk/ annan i primärvården	1,0	0,03	0,33	0,01
Besök vid Öppenvårdsmottagning spec.	1,74	0,03	0,58	0,01
Slutenvård somatisk				
Vårddagar	0,46	0,03	0,16	0,01
Slutenvård psykiatri				
Vårddagar	0,47	0,07	0,16	0,02

Källa: egen skattning

Den uppskattade vårdkonsumtionen i tabell 7 innebär emellertid en underskattning av papperslösas genomsnittliga vårdkonsumtion. Detta på grund av att vi endast inkluderat gömdas vårdkontakter i sjukvården i skattningen. Utöver dessa vårdkontakter förekommer även ideella vårdinsatser för gömda och för de personer som inte ansökt om uppehållstillstånd. Röda korsets vårdförmedling i Stockholm besöktes av 411 personer år 2009 och det totala antalet besök och/eller konsultationer uppgick till 1 825 stycken, d.v.s. 4,4 konsultationer per person (Röda korset, 2010). Dessa uppgifter kan användas för att skatta vårdkonsumtion bland papperslösa vid ideella organisationer. År 2009 var det genomsnittliga antalet asylsökande i Stockholms län knappt 9 500 personer, vilket motsvarade 27 procent av totala antalet asylsökande samma år (SKL, 2010a). Om vi antar att det totala antalet papperslösa i landet är 10 000 personer och att den geografiska fördelningen av antalet papperslösa är densamma som för asylsökande, uppskattas antalet papperslösa i Stockholms län till 2 700 personer. Med 1 825 besök/konsultationer innebär det en vårdkonsumtion

motsvarande 0,68 ideella besök per papperslös. Om det totala antalet papperslösa antas uppgå till 35 000 personer uppskattas antalet papperslösa i Stockholms län till 9 400 personer. Antalet ideella vårdbesök skattas då till 0,19 besök per papperslös.

De patienter som besöker Röda korsets vårdförmedling är i huvudsak i åldern 18-64 år. Endast 6 procent av patienterna är 17 år eller yngre och 5 procent är 65 år eller äldre. I tabell 8 har vi fördelat antalet ideella öppenvårdsbesök på barn och vuxna papperslösa och antagit att 6 procent av det totala antalet konsultationer har getts till barn. Vidare antar vi enligt Fresk & Ganslandt (2008) att 15 procent av besöken avsåg kontakt med öppen specialistmottagning och resterande 85 procent motsvarade primärvårdskonsultation. Med dessa antaganden skattas antalet primärvårdsbesök per vuxen papperslös till 0,63 besök respektive 0,18 besök beroende på antagande om totala antalet papperslösa i landet.

Tabell 8 Antal ideella vårdkontakter per år bland papperslösa i Stockholm utifrån olika antaganden om totala antalet papperslösa i landet

Öppenvård	Antal ideella öppenvårdsbesök per papperslös			
	Antagande om totalt 2 700 papperslösa i Stockholm		Antagande om totalt 9 400 papperslösa i Stockholm	
	Barn	Vuxna	Barn	Vuxna
Motsvarande primärvårdsbesök	0,24	0,63	0,06	0,18
Motsvarande öppenvårdsbesök spec.	0,04	0,11	0,01	0,03

Källa: Egen skattning

3.2 Skattad hälso- och sjukvårdskostnad

3.2.1 Kostnad för bosatta

I tabell 9 redovisas skattade kostnader för primärvård, slutenvård, läkemedel och tandvård för gruppen bosatta dels totalt, dels per invånare respektive per individ i olika ålder. Som beskrevs i kapitel 2, har olika källor använts för att i ett första steg skatta den totala kostnaden för hälso- och sjukvård för bosatta. SKLs bokslutsstatistik (SKL, 2010b) redovisar nettokostnaden totalt i miljoner kr för olika hälso- och sjukvårdstjänster samt nettokostnaden per invånare. Dessa uppgifter återges i tabell 9.

Vid fördelningen av totalkostnaden per respektive åldersgrupp har vi utgått ifrån hur antalet besök och vårdtillfällen skiljer beroende på ålder och för vuxna även efter kön. Genom att

använda oss av den procentuella fördelningen av vårdkonsumtion som presenteras i tabell 2, skattas kostnaden för primärvård etc för de olika åldersgrupperna. Som framgår av tabell 9 har exempelvis kostnaden för allmänläkarbesök skattats till 1 165 kr per bosatt barn i åldern 0-17 år. Denna har skattats enligt följande:

[total kostnad för allmänläkarbesök (*tabell 10*)*åldersgruppens andel av gjorda primärvårdsbesök (*tabell 3*) / antalet invånare i åldersgruppen (*tabell 2*)]⁴,
dvs.

[(17 211 miljoner kr*0,13)/1 921 093 inv=1 165 kr]

På motsvarande sätt har kostnaderna fördelats på de olika åldersgrupperna. Av notförteckningen till tabell 9 framgår underlaget till fördelningen.

Den sammanlagda kostnaden för bosattas hälso- och sjukvård skattas till ca 237 miljarder kr. För gruppen 65 år eller äldre skattades den totala kostnaden per individ till drygt 50 000 kr. För barn/ungdom skattas motsvarande totalkostnad till ca 13 000 per person. Kostnaden per kvinna i yrkesverksam ålder är något högre än för män i motsvarande åldersgrupp. Kvinnorna i åldern 18-64 år har i snitt en högre kostnad för primärvård och somatisk korttidsvård, medan männen har i genomsnitt en högre kostnad för psykiatrisk vård och tandvård.

⁴ Notera att i våra beräkningar har fler decimaler använts i de andelar som presenterats i tabell 2.

Tabell 9 Skattade kostnader för hälso- och sjukvård totalt respektive per invånare samt per person i olika ålder för gruppen bosatta. Kostnad per år, prisnivå 2009 (Mkr=miljoner kr)

	Bosatta						
	Mkr	kr/inv	Kr /-17 år	Kr/18-64 år		Kr/65 år+	
				Man	Kv	Man	Kv
<i>Primärvård</i>							
Allmänläkarvård ¹⁾	17 211	1 843	1 165	1 843	1 783	2 562	2 831
Sjuksköterskevård ¹⁾	4 400	471	298	471	456	655	724
Mödrhälsovård	1 351	145	0	0	479	0	0
Barnhälsovård	1 821	195	948	0	0	0	0
Sjukgymnastik o arbetst ²⁾	4 011	429	0	494	478	686	758
Primärvårdsansl hemsjukvård ²⁾	1 679	180	0	207	200	287	317
Sluten/Övrig primärvård ³⁾	2 957	317	98	137	245	1 035	957
S:a Primärvård	33 431	3 579	2 508	3 152	3 641	5 226	5 588
Egenavgift primärvård ²⁾	2 484	268	0	306	296	425	470
Läkemedel Primärvård Förmån+rek ⁴⁾	8 872	950	796	742	1 029	1 324	1 371
Egenavgift receptläkemedel ⁵⁾	2 692	288	288	288	288	288	288
S:a specialiserad somatisk vård ³⁾	103 685	11 100	3 440	4 809	8 606	36 307	33 568
Egenavgift slutenvård (inkl hemsjukvård) ⁵⁾	641	69	0	39	34	273	241
Läkemedel somatisk förmån+rek ⁴⁾	16 234	1 738	1 457	1 357	1 883	2 422	2 509
Egenavgift receptläkemedel ⁵⁾	3 479	372	372	372	372	372	372
S:a specialiserad psykiatrisk vård ⁷⁾	17 877	1 914	275	3 064	2 003	1 745	1 571
Läkemedel psykiatrisk förmån+rek ⁴⁾	1 478	158	26	105	179	268	446
Egenavgift receptläkemedel ⁵⁾	394	42	42	42	42	42	42
TOTALT PRIMÄRVÅRD SLUTENVÅRD	191 267	20 479	9 204	14 275	18 374	48 691	46 466
Tandvård ⁸⁾							
Allmäntandvård vuxna	197	21	0	23	25	37	34
Tandvårdsstöd (patienter med särskilda behov)	817	87	0	0	0	502	468
Allmäntandvård barn	2 353	252	1 075	0	0	0	0
Specialisttandvård	1 581	169	329	109	123	176	164
Läkemedel tandvård	33	4	4	4	4	4	4
Statlig tandvårdsersättning ⁹⁾	4 583	491	0	506	536	1 027	884
Egenavgift tandvård landstinget	2 781	300	0	318	360	516	482
Egenavgift tandvård vuxna ⁹⁾	18 078	1 935	0	4 023	1 179	1 899	1 728
TOTALT TANDVÅRD	30 390	3 256	1 408	4 982	2 226	4 160	3 764
Övrig sjukvård							
Ambulanstransporter	3 707	397	397	397	397	397	397
Sjukresor	1 716	184	184	184	184	184	184
Handikapp/hjälperksamhet	4 334	464	464	464	464	464	464
Skolhälsovård (7-18 år) ¹⁰⁾	2 215	237	1 153	0	0	0	0
Medicinska icke-varaktiga varor/förbrukningsartiklar öppenvård ¹¹⁾	3 542	379	379	379	379	379	379
TOTALT HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	237 171	25 396	13 189	20 681	22 024	54 276	51 654

Källa: Om inget annat anges är källan, SKL (2010b)

- 1) Fördelning på åldersgrupp enligt tabell 2 – primärvård
- 2) Antar inga besök 0-17 år. Besök vuxna fördelats som primärvård i tabell 3 exkl. barn. (män 18-64 år 36%; kv 18-64 år 34%; män 65 år+ 13%; kv 65 år+ 18%)
- 3) Fördelning på åldersgrupp enligt tabell 2 – somatisk vård
- 4) Fördelning på åldersgrupp enligt tabell 2 - läkemedel
- 5) Källa: LIF, mars 2011. Total egenavgift år 2009 för receptläkemedel uppgick till totalt 6 565 miljoner kr. Totalen har fördelats på primärvård, somatisk slutenvård och psykiatrisk slutenvård efter hur läkemedelskostnaden fördelats mellan de tre verksamheterna.
- 6) Ingen egenavgift barn. Fördelning på åldersgrupp efter vårdtillfällen vuxna 45 år och äldre (män 18-64 år 18%; kv 18-64 år 15%; män 65 år+ 32%; kv 65 år + 35%)
- 7) Fördelning på åldersgrupp enligt tabell 2– psykiatrisk vård
- 8) Fördelning på åldersgrupp enligt tabell 2 – tandvård
- 9) Källa: Försäkringskassan mars 2011, Magdalena Kubien. Statistiken uppdelad på ålder och kön.
- 10) Källa: Hälsoräkenskaperna 2008, publicerade 2010-03-31
- 11) Källa: Hälsoräkenskaperna 2008, publicerade 2010-03-31. Den samlade kostnaden för läkemedel och medicinska förbrukningsartiklar enligt Hälsoräkenskaperna exklusive kostnader för receptläkemedel+ egenavgift, rekvisitionsläkemedel och receptfria läkemedel.

3.2.2 Kostnad för nuvarande vårdkonsumtion av asylsökande och papperslösa

Asylsökande

Kostnaden för primärvård, slutenvård, tandvård och läkemedel för asylsökande beräknas genom att utgå från dels den kostnad som skattats per individ i olika ålder för bosatta, dels skillnaden i genomsnittlig vårdkonsumtion mellan asylsökande och bosatta. Eftersom vi vet att vårdkonsumtionen skiljer mellan asylsökande och bosatta i samma åldersgrupper, justeras kostnaden per asylsökande för denna skillnad. I tabell 10 jämförs vårdkonsumtionen per individ mellan asylsökande och bosatta genom att dividera antalet besök per asylsökande med antalet besök per invånare i respektive åldersgrupp. Detta relationstal används för att skatta kostnaden för hälso- och sjukvård för gruppen asylsökande. Exempelvis har asylsökande barn och ungdomar 87 procent fler allmänläkarbesök än bosatta barn och ungdomar. Kostnaden för allmänläkarbesök per asylsökande barn och ungdom antas därför i våra skattningar vara 87 procent högre än för bosatta. [1 165 kr per bosatt barn 0-17 år (*tabell 10*)*1,87 (*faktor för barn 0-17 år i tabell 11*)=2 177 kr per asylsökande barn]

Understiger kvoten 1 i tabell 10, innebär det en nedskrivning av kostnaden per bosatt för att erhålla en kostnad per asylsökande.

Tabell 10 Asylsökandes vårdkonsumtion i förhållande till bosattas vårdkonsumtion

	Samtliga	0-17 år	Man 18-64 år	Kv 18-64 år	Man 65 år +	Kv 65 år+
Primärvård						
Allmänläkare besök	0,98	1,87	0,88	0,91	1,60	1,45
Sjuksköterska /annat besök	1,33	6,49	1,26	1,30	1,08	0,97
Mödravård (kv 18 -64 år)	0,80			0,80		
Barnhälsovård (0-6 år)	0,56	0,56				
Summa primärvårdsbesök /ind	1,19	2,22	1,10	1,08	1,24	1,12
Spec somatisk vård						
Vårdtillfällen	1,00	2,85	2,18	1,22	0,94	1,02
Vårdtag/tillfälle	0,96	0,97	1,08	1,34	1,47	1,39
Summa vårdtagar /ind	0,96	2,76	2,37	1,63	1,39	1,42
Läkarbesök	0,77					
Spec psykiatrisk vård						
Vårdtillfällen	4,00	27,70	2,49	3,80	4,37	4,85
Vårdtag/tillfälle	0,71	0,96	0,67	0,75	0,85	0,82
Summa vårdtagar /ind	2,83	26,69	1,67	2,86	3,73	3,99
Tandvård						
Besök per inv	0,52	0,66	0,57	0,50	0,36	0,39

Källa: Tabell 3 och 5

Följande antaganden ligger till grund för kostnadsskattningen för asylsökandes nuvarande vårdkonsumtion:

- Vårdkonsumtionen för asylsökande motsvarar de öppenvårdsbesök, slutenvårdstillfällen och tandläkarbesök som SKL kartläggning presenterat för år 2009 (SKL, 2010a) och som redovisas i tabell 5.
- Kostnaden för öppenvårdsbesök, slutenvårdstillfällen och tandläkarbesök skattas genom att justera skattad kostnad per bosatt med relationstalen i tabell 10.
- Kostnader för läkemedel inkluderas i skattningen. Kostnaden för läkemedel som förskrivs i primärvården justeras efter skillnader i antalet allmänläkarbesök mellan asylsökande och bosatta. Kostnaden för slutenvårdsläkemedel justeras efter skillnader i antalet vårdtillfällen i somatisk vård respektive psykiatrisk vård. På motsvarande sätt justeras patientens egenavgift för läkemedlet. Kostnaden för egenavgift för tandvård justeras efter skillnader i antalet tandläkarbesök mellan de två grupperna.
- Kostnader för ambulanstransporter, handikapp/hjälpmiddelsverksamhet, skolhälsovård och medicinska förbrukningsartiklar inkluderas i skattningen. Kostnaden för exempelvis ambulanstransporter justeras efter skillnader i antalet vårdtillfällen i somatisk vård medan kostnaden för skolhälsovård justeras efter skillnader i besök inom barnhälsovården.
- Det genomsnittliga antalet asylsökande under ett år antas till 34 846 personer, enligt SKLs kartläggning för år 2009, vid skattning av totalkostnaden (SKL, 2010a). Antaganden om asylsökandes åldersfördelning utgår från samma källa och år och

presenteras i tabell 11. Vi antar vidare att 35 procent av vuxna asylsökande (19 år eller äldre) är kvinnor, vilket motsvarar könsfördelningen bland nytillkommande asylsökande år 2009 (SKL, 2010a).

Tabell 11 Asylsökandes ålders- och könsfördelning

Åldersgrupp	Antal	%
0-18 år	7 980	23
19-60 år Man	16 823	48
19-60 år Kv	9 059	26
61 år+ Man	640	2
61 år + Kv	344	1
Summa	34 846	100

Källa: SKL (2010a)

I tabell 12 redovisas skattad kostnad för hälso- och sjukvården för dels bosatta, dels asylsökande enligt de antaganden som presenteras ovan. Kostnaden för bosatta är densamma som tidigare presenterats i tabell 9. Den totala kostnaden för hälso- och sjukvård för asylsökande har skattats med hjälp av skattade kostnaderna per individ i respektive åldersgrupp och antagande om asylsökandes åldersfördelning (tabell 11). Först skattas genomsnittlig kostnad per asylsökande enligt följande:

$(kr \text{ per } 0-17 \text{ år (tabell 12)} * 0,23) + (kr \text{ per Man } 18-64 \text{ år (tabell 12)} * 0,48) + (kr \text{ per Kv } 18-64 \text{ år (tabell 12)} * 0,26) + (kr \text{ per Man } 65 \text{ år + (tabell 12)} * 0,02) + (kr \text{ per Kv } 65 \text{ år+ (tabell 12)} * 0,01).$

Kostnaden för primärvård per asylsökande skattas då till $(4\,637 * 0,23) + (2\,829 * 0,48) + (3\,214 * 0,26) + (5\,548 * 0,02) + (5\,548 * 0,01) = 3\,426$ ⁵.

Med totalt 34 846 asylsökande skattas den totala kostnaden för asylsökandes primärvårdsbesök till ca 199 miljoner kr (34 846 personer * 3 426 kr) (se tabell 12).

⁵ I beräkningen används tal med fler decimaler vilket förklarar skillnaden jämfört med resultat i tabell 12.

Tabell 12 Skattade kostnader för hälso- och sjukvård totalt respektive per invånare samt per person i olika ålder för grupperna bosatta och asylsökande (nuvarande vårdkonsumtion)

	Bosatta						Asylsökande							
	Mkr	kr/inv	Kr/-17 år	Kr/18-64 år	Kr/18-64 år	Kr/65 år+	Mkr	kr/inv	Kr/-17 år	Kr/18-64 år	Kr/18-64 år	Kr/65 år+	Kr/65 år+	
			Man	Kvinnor	Man	Kvinnor			Man	Kvinnor	Man	Kvinnor	Man	Kvinnor
<i>Primärvård</i>														
Allmänläkarevård 1)	17 211	1 843	1 165	1 843	1 783	2 562	2 831	1 815	2 177	1 616	1 616	4 106	4 106	
Sjukstörersvård 2)	4 400	471	298	471	456	655	724	902	1 933	592	592	704	704	
Mödrhälsovård 3)	1 351	145	0	0	479	0	0	100	0	0	385	0	0	
Barnhälsovård 4)	1 821	195	948	0	0	0	0	121	527	0	0	0	0	
Sjukgymnastik o arbetst 2)	4 011	429	0	494	478	686	758	482	0	620	620	738	738	
Primärvårdsansl/hemsjukvård	1 679	180	0	207	200	287	317	0	0	0	0	0	0	
Sluten/Övrig primärvård	2 957	317	98	137	245	1 035	957	0	0	0	0	0	0	
S:a Primärvård	33 431	3 579	2 508	3 152	3 641	5 226	5 588	3 420	4 637	2 829	3 214	5 548	5 548	
Egenavgift primärvård 1)	2 484	268	0	306	296	425	470	218	0	268	268	681	681	
Läkemedel Primärvård Förmån + rekv 1)	8 872	950	796	742	1 029	1 324	1 371	956	1 488	650	933	2 122	1 989	
Egenavgift receptläkemedel 1)	2 692	288	288	288	288	288	288	326	538	253	261	462	418	
S:a specialiserad somatisk vård 5)	103 685	11 100	3 440	4 809	8 606	36 307	33 568	12 723	9 486	11 386	14 071	50 418	47 531	
Egenavgift slutenvård 6)	641	69	0	39	34	273	241	59	0	85	42	258	246	
Läkemedel somatisk förmån+rekv 6)	16 234	1 738	1 457	1 357	1 883	2 422	2 509	3 045	4 151	2 962	2 297	2 288	2 564	
Egenavgift receptläkemedel 6)	3 479	372	372	372	372	372	372	763	1 060	812	454	351	380	
S:a specialiserad psykiatrisk vård 7)	17 877	1 914	275	3 064	2 003	1 745	1 571	5 823	7 343	5 115	5 734	6 512	6 266	
Läkemedel psykiatrisk förmån+rekv 8)	1 478	158	26	105	179	268	446	508	708	261	679	1 171	2 163	
Egenavgift receptläkemedel 8)	394	42	42	42	42	42	42	365	1 168	104	160	183	204	
TOTALT PRIMÄRVÅRD SLUTENVÅRD	191 267	20 479	9 204	14 275	18 374	48 691	46 466	28 205	30 580	24 725	28 114	69 994	67 990	
Tandvård 9)														
Allmäntandvård vuxna	197	21	0	23	25	37	34	10	0	13	13	13	13	
Tandvårdstöd (patienter med särskilda b	817	87	0	0	0	502	468	0	0	0	0	0	0	
Allmäntandvård barn	2 353	252	1 075	0	0	0	0	163	714	0	0	0	0	
Specialisttandvård	1 581	169	329	109	123	176	164	0	0	0	0	0	0	
Läkemedel tandvård	33	4	4	4	4	4	4	2	3	2	2	1	2	
Statlig tandvårdersättning	4 583	491	0	506	536	1 027	884	219	0	287	269	371	342	
Egenavgift tandvård landstinget	2 781	300	0	318	360	516	482	140	0	181	181	186	186	
Egenavgift tandvård vuxna	18 078	1 935	0	4 023	1 179	1 899	1 728	1 276	0	2 284	592	686	668	
TOTALT TANDVÅRD	30 390	3 256	1 408	4 982	2 226	4 160	3 764	1 810	717	2 767	1 057	1 258	1 211	
Övrig sjukvård														
Ambulanstransporter 6)	3 707	397	397	397	397	397	397	814	1 131	867	484	375	406	
Sjukresor	1 716	184	184	184	184	184	184	0	0	0	0	0	0	
Handikapp/hjälpverksamhet 10)	4 334	464	464	464	464	464	464	358	358	358	358	358	358	
Skolhälsovård (7-18 år) 4)	2 215	237	1 153	0	0	0	0	147	641	0	0	0	0	
Medicinska icke-varaktiga varor/förb 10)	3 542	379	379	379	379	379	379	292	292	292	292	292	292	
TOTALT HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	237 171	25 396	13 189	20 681	22 024	54 276	51 654	31 626	33 718	29 009	30 306	72 277	70 257	

Notförteckning till tabell 12

- 1) Justerats allmänläkarbesök tabell 10
- 2) Justerats sjuksköterskebesök tabell 10
- 3) Justerats mödravård tabell 10
- 4) Justerats barnhälsovård tabell 10
- 5) Justerats somatisk vård summa vårddagar/ind tabell 10
- 6) Justerats somatisk vård vårdtillfällen tabell 10
- 7) Justerats psykiatrisk vård summa vårddagar/ind tabell 10
- 8) Justerats psykiatrisk vård vårdtillfällen tabell 10
- 9) Justerats tandvård besök per inv tabell 10
- 10) Justerats somatisk vård antal läkarbesök tabell 10

Kostnaden för hälso- och sjukvård för asylsökande med nuvarande vårdkonsumtion skattas till totalt ca 1,1 miljarder kronor, d.v.s. 0,5 procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård för bosatta. Kostnaden för asylsökandes vårdkontakter med primärvården motsvarar 11 procent av gruppens totala kostnad för hälso- och sjukvård. I jämförelse med gruppen bosatta är primärvårdens andel av kostnaden lägre för asylsökande. Primärvården utgör ca 15 procent av kostnaden för bosatta.

Hälften av de bosattas kostnader motsvarar kostnader för slutenvård (inklusive öppenvårdsbesök på specialistmottagning). För asylsökande står slutenvårdskostnaden för ca 60 procent. Denna skillnad kan till stor del förklaras av skillnader i kontakter med specialiserad psykiatrisk vård. Medan ca 8 procent av de bosattas totala kostnad för hälso- och sjukvård utgörs av psykiatrisk vård, står psykiatrisk vård för asylsökande för 18 procent av kostnaden. Vidare noteras att ca 6 procent av kostnaden för asylsökandes vårdkonsumtion motsvarar tandvård, vilket är en lägre andel än för bosatta vars tandvårdskostnader utgör 13 procent av totalen.

Som framgår av tabell 12 är kostnaden per asylsökande i genomsnitt högre än för bosatta oavsett åldersgrupp. Kostnaden per asylsökande har skattats till i genomsnitt drygt 31 000 kr, vilken kan jämföras med en genomsnittlig kostnad per individ för bosatta på drygt 25 000 kr.

Barn och ungdomar (0-17 år) antas utgöra 23 procent av samtliga asylsökande personer och deras andel av kostnaden för hälso- och sjukvården skattas till 24 procent. Männerna står för 44 procent av kostnaden medan de antas utgöra 48 procent av antalet asylsökande.

Kommentar

Eftersom kostnaden per individ i de olika åldersgrupperna skiljer, är skattningen känslig för vilken åldersfördelning som antas för gruppen asylsökande. I detta sammanhang kan nämnas att andelen barn 0-18 år har varierat mellan 22 och 24 procent under perioden 2006-2009 i

SKLs kartläggningar av asylsökandes vårdkonsumtion. Andelen äldre (61 år eller äldre) har varierat under samma period mellan ca 2-3 procent. Sett till senare års kartläggningar överensstämmer således våra antaganden om de asylsökandes åldersfördelning väl med tidigare år.

Däremot är sannolikt flertalet av de äldre asylsökande så kallade ”yngre äldre”. År 2008 var ingen av de asylsökande äldre än 70 år (SKL, 2009). Detta innebär sannolikt en överskattning av kostnaden per asylsökande 65 år eller äldre, eftersom den genomsnittliga kostnaden för bosatta i samma ålder inkluderar ”äldre äldre” som står för en hög andel av de äldres vårdkonsumtion. Eftersom andel äldre utgör en låg andel av samtliga asylsökande påverkas inte den totala kostnaden per asylsökande i våra skattningar i så stor utsträckning. Om vi antar att kostnaden per asylsökande 65 år eller äldre motsvarar kostnaden för asylsökande i yrkesverksam ålder, skattas den totala hälso- och sjukvårdskostnaden per asylsökande till ca 30 400. För samtliga asylsökande skattas kostnaden med samma antagande till 1 061 miljoner kr.

Papperslösa

I detta avsnitt redovisas skattningar av kostnaden för nuvarande vårdkonsumtion för gruppen papperslösa. På samma sätt som vid skattningen av hälso- och sjukvård för asylsökande utgår vi från kostnaden för bosatta och justerar denna utifrån skillnader i vårdkonsumtion mellan bosatta och papperslösa. Kostnadsskattningen för papperslösas vårdkonsumtion presenteras nedan i fem olika scenarier och varierar beroende på antagande om gruppens storlek och mängden vårdkontakter.

Scenario P:1: Papperslösa totalt 10 000 personer

Följande antaganden ligger till grund för kostnadsskattningen för papperslösas nuvarande vårdkonsumtion:

- Antalet papperslösa är totalt 10 000 i landet.
- Papperslösas vårdkonsumtion antas motsvara den vårdkonsumtion som registrerats inom sjukvården i Region Skåne med antagandet att papperslösa uppgår till totalt 900 personer i Regionen, varav 200 personer är 17 år eller yngre (jämför tabell 7). Papperslösas vårdkonsumtion sätts i relation till bosattas vårdkonsumtion (tabell 13).
- Kostnaden för primärvårdsbesök och vårdtillfällen i somatisk och psykiatrisk vård har skattats genom att justera skattad kostnad per bosatt med relationstalen i tabell 13.

- Vi antar att 59 procent av vuxna papperslösa är kvinnor enligt sammanställning av vårdförmedlingar vid Röda Korset mottagning i Stockholm (Röda Korset, 2010). Åldersfördelningen som används i skattningen framgår av tabell 13.
- Till skillnad från asylsökande, antas ingen tandvård eller övrig vård såsom ambulanstransport och skolhälsovård ges till papperslösa.
- För läkemedel och egenavgifter justeras kostnaden efter summa vårddagar alt primärvårdsbesök.

Tabell 13 Papperslösas vårdkonsumtion i förhållande till bosattas vårdkonsumtion vid antagande om 10 000 papperslösa (åldersfördelning inom parentes)

	0-17 år (23%)	Man 18-64 år (30%)	Kv 18-64 år (44%)	Man 65 år+ (2%)	Kv 65 år + (1%)
Allmänläkare besök	1,12	0,02	0,02	0,02	0,01
Spec somatisk vård Summa vårddagar /ind	2,59	0,11	0,07	0,01	0,01
Spec psykiatrisk vård Summa vårddagar /ind	35,04	0,23	0,40	0,50	0,53

Källa: tabell 3 och tabell 7: SKL (2010a); Röda Korset (2010)

I tabell 14 redovisas resultatet av skattningen enligt scenario P:1. Kostnaden per individ i respektive åldersgrupp har skattats genom att multiplicera motsvarande kostnad per bosatt individ med den faktor som anges i tabell 13. Kostnaden för allmänläkarbesök för barn 0-17 år skattas till ca 1 300 kr, vilket är 12 procent högre än för bosatta i motsvarande ålder [1165 kr per bosatt 0-17 år (tabell 9) *1,12 (tabell 13) =1304 kr]. Primärvårdskostnaden för en papperslös person i genomsnitt skattas med hjälp av skattade kostnaderna per individ i respektive åldersgrupp (tabell 14) och åldersfördelningen (tabell 13); [(1304 kr *0,23)+(39 kr*0,30)+(39kr*0,44)+(39 kr*0,02)+(39kr*0,01)=330 kr].

Som framgår av tabell 14 skattas den totala hälso- och sjukvårdskostnaden för papperslösa till närmare 80 miljoner kr vid antagandet att det finns 10 000 papperslösa i landet. Kostnaden per barn i åldern 0-17 år har skattats till ca 28 000 kr. Denna kostnad ligger i samma storleksordning som för asylsökande i samma ålder.

Tabell 14 Skattade kostnader för nuvarande hälso- och sjukvård totalt respektive per individ samt per person i olika ålder vid antagandet att 10 000 personer är papperslösa och enligt tre olika scenarier med varierad vårdkonsumtion

	Scenario P-1: Papperslösa 10 000 individer												Scenario P-2: Papperslösa 10 000 individer. Inkl. ideella vårdkontakter												Scenario P-3: Papperslösa 10 000 ind. Inkl. ideella besök justerat för akutesk											
	Mkr			Kv			Mkr			Kv			Mkr			Kv			Mkr			Kv														
	kr/ind	kr/17 år	kr/18-64 år	kr/65-84 år	kr/85 år+	kr/ind	kr/17 år	kr/18-64 år	kr/65-84 år	kr/85 år+	kr/ind	kr/17 år	kr/18-64 år	kr/65-84 år	kr/85 år+	kr/ind	kr/17 år	kr/18-64 år	kr/65-84 år	kr/85 år+	kr/ind	kr/17 år	kr/18-64 år	kr/65-84 år	kr/85 år+											
<i>Primärvård</i>																																				
Allmänläkarevård	330	1 304	39	39	39	1 034	1 616	860	860	860	1 034	1 616	860	860	860	2 295	2 177	2 330	2 330	2 330	2 295	2 177	2 330	2 330	2 330	2 330										
Sjukoterskarevård	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0										
Mödrhälsovård	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0										
Barnhälsovård	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0										
Sjukrymskastik o arbetst	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0										
Primärvårdssnsi hemsjukvård	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0										
<i>Sluten/Övrig primärvård</i>																																				
S-ä Primärvård	3	330	1 304	39	39	10	1 034	1 616	860	860	10	1 034	1 616	860	860	23	2 295	2 177	2 330	2 330	2 330	2 295	2 177	2 330	2 330	2 330										
Egenavgift primärvård	5	0	0	6	6	110	0	143	143	143	110	0	143	143	143	110	0	143	143	143	110	0	143	143	143	143										
Läkemedel Primärvård Förmån +rekv	220	891	16	23	20	590	1 105	346	497	445	220	891	16	23	20	590	1 105	346	497	445	220	891	16	23	20											
Egenavgift receptläkemedel	79	322	6	6	4	196	400	134	139	97	79	322	6	6	4	196	400	134	139	97	79	322	6	6	4											
S-ä specialiserad somatisk vård	25	2 488	8 906	509	630	43	4 281	9 680	2 377	2 938	43	4 281	9 680	2 377	2 938	43	4 281	9 680	2 377	2 938	43	4 281	9 680	2 377	2 938											
Egenavgift slutenvård (inkl hemsjukvård)	2	0	0	4	3	11	0	19	12	12	11	0	19	12	11	11	0	19	12	12	11	0	19	12	11											
Läkemedel somatisk förmån+rekv	972	3 773	144	138	24	1 431	4 101	671	643	110	1 431	4 101	671	643	110	1 431	4 101	671	643	110	1 431	4 101	671	643	110											
Egenavgift receptläkemedel	245	963	39	27	4	352	1 047	184	127	17	352	1 047	184	127	17	352	1 047	184	127	17	352	1 047	184	127	17											
S-ä specialiserad psykiatrisk vård	28	2 810	9 640	716	803	28	2 811	9 640	716	803	28	2 811	9 640	716	803	28	2 811	9 640	716	803	28	2 811	9 640	716	803											
Läkemedel psykiatrisk förmån+rekv	250	895	25	72	134	250	895	25	72	134	250	895	25	72	134	250	895	25	72	134	250	895	25	72	134											
Egenavgift receptläkemedel	349	1 472	10	17	21	350	1 472	10	17	21	350	1 472	10	17	21	350	1 472	10	17	21	350	1 472	10	17	21											
TOTALT PRIMÄRVÅRD SLUTENVÅRD	78	7 750	28 166	1 515	1 763	114	11 416	29 956	5 485	6 250	127	12 676	30 516	6 955	7 720	127	12 676	30 516	6 955	7 720	127	12 676	30 516	6 955	7 720	5 830										
<i>Tandvård</i>																																				
Allmän tandvård vuxna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Tandvårdsstöd (patienter med särskilda behov)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Allmän tandvård barn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Specialist tandvård	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Läkemedel tandvård	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Sattlig tandvårdersättning	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Egenavgift tandvård landstinget	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Egenavgift tandvård vuxna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
TOTALT TANDVÅRD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
<i>Övrig sjukvård</i>																																				
Ambulanstransporter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Sjukesor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Handikappt/hjälpverksamhet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Skolhälsovård (7-18 år)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Medicinska icke-varaktiga varor/förbrukningsartiklar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
TOTALT HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	78	7 750	28 166	1 515	1 763	114	11 416	29 956	5 485	6 250	127	12 676	30 516	6 955	7 720	127	12 676	30 516	6 955	7 720	127	12 676	30 516	6 955	7 720	5 830										

Scenario P:2: Papperslösa 10 000 personer, inklusive ideella vårdkontakter

Skattningen av scenario P:1 utgår från antagandet att papperslösa endast kontaktar den offentliga vården och att inga vårdkontakter sker via ideella vårdförmedlingar. I scenario P:2 inkluderar vi även en uppskattning av antalet ideella vårdkontakter.

Följande antaganden ligger till grund för kostnadsskattningen i scenario P:2:

- Antalet papperslösa är totalt 10 000 i landet (detsamma som i scenario P:1).
- Papperslösas vårdkonsumtion antas motsvara dels vårdkontakter i offentlig vård, dels vårdkontakter vid ideella vårdförmedlingar. Uppgifterna är hämtade från tabellerna 7 och 8 och sammanställs nedan i tabell 15. Vidare antar vi att varje ideellt besök i öppen specialistmottagning genererar en slutenvårds dag. Vi har antagit att denna sker inom somatisk vård.
- Papperslösas vårdkonsumtion sätts i relation till bosattas vårdkonsumtion (tabell 16).
- Kostnaden för primärvårdsbesök, vård i somatiskt och psykiatrisk vård har skattas genom att justera skattad kostnad per bosatt enligt tabell 16. Ingen justering görs av kostnaden beroende på om vårdkontakten sker vid offentlig vårdmottagning eller via ideella vårdförmedlingar.
- I övrigt gäller samma antaganden som för scenario P:1.

Tabell 15 Papperslösas vårdkonsumtion vid antagande om 10 000 papperslösa individer dels enbart offentliga vårdkontakter, dels inklusive ideella vårdkontakter. Antal läkarbesök och vårddagar per individ.

	Endast offentliga vårdkontakter					Inklusive vård vid ideella vårdmottagningar				
		Man	Kv	Man	Kv		Man	Kv	Man	Kv
	0-17 år	18-64 år	18-64 år	65 år+	65 år +	0-17 år	18-64 år	18-64 år	65 år+	65 år +
<i>Allmänläkare besök</i>	1	0,03	0,03	0,03	0,03	1,24	0,66	0,66	0,66	0,66
Spec somatisk vård										
<i>Summa vårddagar /ind</i>	0,46	0,03	0,03	0,03	0,03	0,5	0,14	0,14	0,14	0,14
<i>Läkarbesök</i>	1,74	0,03	0,03	0,03	0,03	1,78	0,14	0,14	0,14	0,14
Spec psykiatrisk vård										
<i>Summa vårddagar /ind</i>	0,47	0,07	0,07	0,07	0,07	0,47	0,07	0,07	0,07	0,07

Källa: Tabell 7 och 8

Tabell 16 Papperslösas vårdkonsumtion, inkl. ideella vårdbesök, i förhållande till bosattas vårdkonsumtion. Antar 10 000 papperslösa

	0-17 år	Man 18-64 år	Kv 18-64 år	Man 65 år+	Kv 65 år +
Allmänläkare besök	1,39	0,47	0,48	0,34	0,30
Spec somatisk vård Summa vårddagar /ind	2,81	0,49	0,34	0,05	0,05
Spec psykiatrisk vård Summa vårddagar /ind	35,04	0,23	0,40	0,50	0,53

Källa: Tabell 3 och 15

Resultaten visar att om de ideella vårdkontaktarna inkluderas i kostnadsskattningen ökar den totala kostnaden för papperslösas hälso- och sjukvård från 78 miljoner kr till 114 miljoner kr (tabell 14). Av den skattade totalkostnaden på 114 miljoner kr står barn och ungdomar för ca 60 procent av kostnaden (69 miljoner kr) och kvinnor i yrkesverksam ålder för 24 procent av kostnaden (28 miljoner kr).

Scenario P:3: Papperslösa 10 000 personer, inkl. ideella besök justerade för akutbesök

Dorn m.fl. (2011) studie om vårdsökande bland papperslösa i Holland visar att papperslösa som varit i kontakt med sjukvården hade i störst utsträckning besökt sjukhuset följt av vårdcentralen och ideell vårdförmedling. Ett läkarbesök på sjukhusets akutmottagning innebär en högre kostnad jämfört med ett allmänläkarbesök i primärvården. Ett läkarbesök i primärvården kostar ca 1500⁶ medan ett läkarbesök på sjukhusets akutmottagning kostar ca 2 800 kr⁷, dvs. vi antar att kostnaden för ett besök på akuten är 79 procent högre än ett läkarbesök i primärvården. I scenario P:3 antar vi att en del av patienternas primärvårdsbesök hos allmänläkare istället sker på akutmottagning.

Följande antaganden ligger till grund för kostnadsskattningen i scenario P:3:

- Antalet papperslösa är totalt 10 000 i landet (detsamma som i scenario P:2).
- Vi antar att ideella allmänläkarbesök i scenario P:2 istället sker på en akutmottagning, dvs vi antar att om inte vårdförmedlingen funnits hade besöken skett på akutmottagning. För barn 0-18 år innebär det att 0,24 besök av totalt 1,24 besök hos allmänläkare antas ske på akutmottagning och då till en 79 procent högre kostnad. För vuxna antas 0,63 av

⁶ Motsvarar ett genomsnitt av utomlanspriset för ett läkarbesök i primärvården enligt Södra Regionsjukvårdsnämndens prislista 2011 och Regional prislista Norra sjukvårdsregionen 2011.

⁷ Motsvarar ett genomsnitt av utomlanspris för läkarbesök på akutmottagning enligt Södra Regionsjukvårdsnämndens prislista 2011, Utomlansprislista Region Stockholm-Gotland 2011 samt Regional prislista Norra sjukvårdsregionen 2011.

totalt 0,66 besök per individ ske på akutmottagning. Ingen justering görs för primärvårdsbesök vid offentliga primärvårdscentraler eftersom dessa besök registrerats vid offentliga centraler.

- I övrigt gäller samma antaganden som för scenario P:2.

Resultaten av scenario P:3 redovisas i tabell 14. Justeringen av kostnader för ideella primärvårdsbesök till akutbesök för barn i åldern 0-17 år har gjorts enligt följande exempel: [kr per 0-17 år enligt scenario P:2 + ((antal akutbesök/totalt antal besök *kr per 0-17 år enligt scenario P:2)*1,79)],

dvs.

[1 616 kr+((0,24/1,24*1 616 kr)*1,79)].

Vid antagande att ideella primärvårdsbesök sker på akutmottagning skattas den totala kostnaden för papperslösas nuvarande hälso- och sjukvård till 127 miljoner kr, dvs. en ökning med 13 miljoner kr jämfört med scenario P:2 (tabell 14). Jämfört med scenario P:2 är det kostnaden för vård till vuxna som ökar. Barnens och ungdomarnas andel av totalkostnaden sjunker från 60 till 55 procent av kostnaden.

Scenario P:4: Papperslösa totalt 35 000 personer, inklusive ideella vårdkontakter

Hittills har vi utgått från antagandet att antalet papperslösa är totalt 10 000 personer. Detta antagande innebär en högre vårdkonsumtion per person jämfört med ett scenario där vi utgår från att det totala antalet personer är 35 000 (se tabell 7 och 8). I scenario P:4 antar vi att antalet papperslösa är 35 000 personer och således en lägre vårdkonsumtion per person.

Följande antaganden ligger till grund för kostnadsskattningen för papperslösas nuvarande vårdkonsumtion i scenario P:4:

- Antalet papperslösa är totalt 35 000 i landet.
- Papperslösas vårdkonsumtion inkluderar vårdkontakter både i offentlig vård och vid ideella vårdförmedlingar. Uppgifterna är hämtade från tabellerna 7 och 8 där vårdkontakterna är skattade utifrån antagandet att antalet papperslösa i Skåne län är totalt 3 000 stycken och i Stockholm län totalt 9 400 stycken. Vidare antar vi att varje ideellt besök i öppen specialistmottagning genererar en somatisk slutenvårds dag. Antalet läkarbesök och antalet vårddagar per individ redovisas i tabell 17.
- Papperslösas vårdkonsumtion sätts därefter i relation till bosattas (tabell 18).
- Kostnaden för primärvårdsbesök, vård i somatiskt och psykiatrisk vård har skattas genom att justera skattad kostnad per bosatt med relationstalen i tabell 18. Ingen justering av

kostnaden görs beroende på om vårdkontakten sker vid offentlig vårdmottagning eller via ideella vårdförmedlingar (samma antagande som för scenario P:2).

Enligt scenario P:4 skattas den totala kostnaden för papperslösas nuvarande vårdkonsumtion för 35 000 papperslösa till knappt 130 miljoner kr (tabell 19).

Tabell 17 Papperslösas vårdkonsumtion, inkl. ideella vårdkontakter, vid antagande om 35 000 papperslösa individer. Antal läkarbesök och vårddagar per individ.

	0-17 år	Man 18-64 år	Kv 18-64 år	Man 65 år+	Kv 65 år +
Allmänläkare besök	0,39	0,19	0,19	0,19	0,19
Spec somatisk vård					
Summa vårddagar /ind	0,17	0,04	0,04	0,04	0,04
Läkarbesök	0,59	0,04	0,04	0,04	0,04
Spec psykiatrisk vård					
Summa vårddagar /ind	0,16	0,02	0,02	0,02	0,02

Källa: Tabell 7 och 8

Tabell 18 Papperslösas vårdkonsumtion, inkl. ideella vårdkontakter, i förhållande till bosattas vårdkonsumtion. Antagande om 35 000 papperslösa personer

	0-17 år	Man 18-64 år	Kv 18-64 år	Man 65 år+	Kv 65 år +
Allmänläkare besök	0,44	0,13	0,14	0,10	0,09
Spec somatisk vård					
Summa vårddagar /ind	0,96	0,14	0,10	0,01	0,01
Psykiatrisk vård					
Summa vårddagar /ind	11,93	0,07	0,11	0,14	0,15

Källa: Tabell 3 och 17

Scenario P:5: Papperslösa totalt 35 000 personer, inkl. ideella besök justerat för akutbesök

I detta scenario antar vi att en del av de papperslösas primärvårdsbesök sker på akutmottagning enligt samma utgångspunkt som beskrivs för scenario P:3.

Följande antaganden ligger till grund för kostnadsskattningen för papperslösas nuvarande vårdkonsumtion i scenario P:5:

- Antalet papperslösa är totalt 35 000 i landet.
- Vi antar att ideella besök i primärvården istället sker på akutmottagning. Det innebär att av vuxnas 0,19 primärvårdsbesök antas 0,18 av besöken ske på akutmottagning. För barn 0-17 år antas att 0,06 av totalt 0,39 allmänläkarbesök sker på akutmottagning.

- I övrigt samma antagande som för scenario P:4

Resultat av skattningen av scenario P:5 visas i tabell 19. Kostnaden för allmänläkarbesök i åldern 0-17 år ökar från 508 kr per individ (*scenario P:4*) till 648 kr per individ efter justering för akutbesök $[(508 \text{ kr} + ((0,06/0,39 \text{ besök}) * 508 \text{ kr}) * 1,79) = 648]$. Jämfört med scenario P:4 ökar de totala kostnaderna för nuvarande hälso- och sjukvård av papperslösa från knappt 127 miljoner kr till 139 miljoner kr.

Kommentar

Osäkerheten i skattningen av kostnaden för papperslösas nuvarande hälso- och sjukvårdskontakter är stor. Av denna anledning har öppenvårdsbesök i primärvården inte fördelats på olika typer av vårdkontakter såsom läkarbesök, sjuksköterskebesök etc. Alla besök i primärvården antas i scenario P:1-P:5 motsvara ett allmänläkarbesök. Av samma anledning har vårdkontakterna endast fördelats mellan barn och vuxna. Detta innebär sannolikt en underskattning av antalet vårdkontakter för vuxna papperslösa kvinnor och en överskattning av vårdkontakterna för vuxna papperslösa män.

Jämförs kostnader per papperslös mellan scenario P:5 och P:3 är kostnaden per individ (oavsett åldersgrupp) lägre i scenario P:5 (3 977 kr) än i scenario P:3 (12 676 kr). Detta beror på att nuvarande vårdkonsumtionen per papperslös har skattats utifrån antagandet att antalet papperslösa i landet är totalt 35 000 personer istället för 10 000 personer. Det totala antalet förväntade vårdkontakter av papperslösa har i scenario P:5 fördelats på 35 000 personer istället för 10 000, vilket ger färre vårdkontakter per individ. Skulle vi anta att vårdkostnaden per individ i scenario P:3 (12 676 kr) är mer sannolik, skattas kostnaden för nuvarande vårdkonsumtion för 35 000 papperslösa till drygt 440 miljoner kr.

Tabell 19 Skattade kostnader för nuvarande hälso- och sjukvård totalt respektive per individ samt per person i olika ålder vid antagande om att 35 000 personer är papperslösa enligt två scenarier med varierad vårdkonsumtion

	Scenario P-4: Papperslösa 35 000 individer. Inkl ideella vårdkontakter							Scenario P-5: Papperslösa 35 000 ind. Inkl ideella besök justerat för akutbesök						
	Mkr	kr/ind	Kr/-17 år	Kr/18-64 år	Kr/18-64 år	Kr/65 år+	Kr/65 år+	Mkr	kr/ind	Kr/-17 år	Kr/18-64 år	Kr/18-64 år	Kr/65 år+	Kr/65 år+
			Man	Kvinnor	Man	Kvinnor			Man	Kvinnor	Man	Kvinnor	Man	Kvinnor
<i>Primärvård</i>														
<i>Allmänläkarvård</i>		308	508	248	248	248	248		663	648	668	668	668	668
<i>Sjuksköterskevård</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Mödrhälsovård</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Barnhälsovård</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Sjukgymnastik o arbetst</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Primärvårdsansl hemsjukvård</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Sluten Övrig primärvård</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>S-ia Primärvård</i>	11	308	508	248	248	248	248	23	663	648	668	668	668	668
<i>Egenavgift primärvård</i>		32	0	41	41	41	41		32	0	41	41	41	41
<i>Läkemedel Primärvård Förmån + rekv</i>		177	348	100	143	128	120		177	348	100	143	128	120
<i>Egenavgift receptläkemedel</i>		59	126	39	40	28	25		59	126	39	40	28	25
<i>S-ia specialiserad somatisk vård</i>	47	1 344	3 291	679	839	471	444	47	1 344	3 291	679	839	471	444
<i>Egenavgift slutenvård (inkl hemsjukvård)</i>		3	0	5	3	4	3		3	0	5	3	4	3
<i>Läkemedel somatisk förmån+rekv</i>		460	1 394	192	184	31	33		460	1 394	192	184	31	33
<i>Egenavgift receptläkemedel</i>		114	356	53	36	5	5		114	356	53	36	5	5
<i>S-ia specialiserad psykiatrisk vård</i>	32	924	3 282	205	229	250	240	32	924	3 282	205	229	250	240
<i>Läkemedel psykiatrisk förmån+rekv</i>		83	305	7	20	38	68		83	305	7	20	38	68
<i>Egenavgift receptläkemedel</i>		118	501	3	5	6	6		118	501	3	5	6	6
TOTALT PRIMÄRVÅRD SLUTENVÅRD	127	3 621	10 111	1 570	1 789	1 249	1 234	139	3 977	10 251	1 990	2 209	1 669	1 654
<i>Tandvård</i>														
<i>Allmän tandvård vuxna</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Tandvårdsstöd (patienter med särskilda behov)</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Allmän tandvård barn</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Specialisttandvård</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Läkemedel tandvård</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Statlig tandvårdsersättning</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Egenavgift tandvård landstinget</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Egenavgift tandvård vuxna</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
TOTALT TANDVÅRD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Övrig sjukvård</i>														
<i>Ambulanstransporter</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Sjukresor</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Handikapp/njälpverksamhet</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Skolhälsovård (7-18 år)</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Medicinska icke-varaktiga varor/förbrukningsartiklar ö</i>		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
TOTALT HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	127	3 621	10 111	1 570	1 789	1 249	1 234	139	3 977	10 251	1 990	2 209	1 669	1 654

3.2.3 Kostnad vid utvidgad vård för asylsökande och papperslösa

Asylsökande

Nedan presenteras två olika scenarier vid antagande om utvidgad vård för asylsökande.

Scenario A:1: Asylsökande - Utvidgad vård motsvarande bosattas vårdkonsumtion

Vårdkonsumtionen bland asylsökande är i vissa fall lägre än för bosatta i genomsnitt. Exempelvis har vuxna asylsökande i åldern 18-64 år något färre läkarbesök i primärvården jämfört med bosatta i samma åldersgrupp. Asylsökande kvinnor besöker inte mödravården i samma utsträckning som bosatta kvinnor. Även färre kontakter inom barnhälsovården noteras bland asylsökande barn. Å andra sidan redovisar gruppen asylsökande fler vård dagar i slutenvården jämfört med bosatta.

Följande antaganden ligger till grund för kostnadsskattningen för hälso- och sjukvård i scenario A:1:

- För de vårdtyper där asylsökandes vårdkonsumtion per individ understiger vårdkonsumtionen per bosatt, antas de asylsökandes vårdkonsumtion vara densamma som för bosatta. Det innebär att vi vid skattningar av kostnaden för exempelvis mödravård antar att asylsökande kvinnor i åldern 18-64 år har 0,71 besök i genomsnitt (vilket är genomsnittet för bosatt kvinna i samma ålder) istället för 0,57 besök (vilket är genomsnittet för asylsökande enligt SKLs kartläggning av asylsökandes vårdkonsumtion år 2009).
- Om asylsökandes vårdkonsumtion i genomsnitt ligger högre än för bosatta i genomsnitt sker ingen justering av asylsökandes vårdkonsumtion.
- I övrigt gäller samma antaganden som vid skattning av asylsökandes nuvarande vårdkonsumtion.

Resultat av skattningen av utvidgad vård för asylsökande enligt scenario A:1 redovisas i tabell 20. De markerade fälten i tabellen visar de kostnader som justerats upp till följd av en högre vårdkonsumtion för bosatta än för asylsökande. Skattningen visar att kostnaden per asylsökande ökar från 31 600 kr till 34 100 kr. Kostnaden per individ ökar mest för män i yrkesverksam ålder, vilket främst förklaras av ökade tandvårdskostnader. Totalkostnaden ökar från 1 102 miljoner kr till 1 189 miljoner kr. Två tredjedelar av ökningen förklaras av ökade kostnader för tandvård.

Scenario A:2: Asylsökande – Utvidgad vård med antagande om högre vårdkonsumtion än bosatta

I tabell 20 redovisas även resultatet av ytterligare en skattning – scenario A:2. Detta scenario utgår från skattningen av scenario A:1, men antar dessutom att asylsökande generellt har ett högre vårdbehov och därmed högre vårdkonsumtion än bosatta i genomsnitt. Uppföljningar av utlandsfödda personer i Sverige rapporterar i allmänhet en sämre självskattad hälsa än personer som fötts i Sverige (Burström m.fl., 2007; Burström m.fl., 2010). Detta gäller oavsett ålder och kön. Utrikesfödda uppger även en lägre livskvalitet och i större utsträckning nedsatt psykiskt välbefinnande.

Följande antaganden ligger till grund för kostnadsskattningen för hälso- och sjukvård i scenario A:2:

- För att kunna justera för ett högre vårdbehov för asylsökande generellt jämfört med bosatta antas att asylsökande har 19 procent fler vårdkontakter än bosatta i genomsnitt. I de fall asylsökande har lägre vårdkonsumtion än bosatta i genomsnitt, justeras den asylsökandes vårdkonsumtion till den bosattas nivå och ökas med 19 procent. Exempel: Vid skattningar av kostnaden för mödravården antar vi att asylsökande kvinnor i åldern 18-64 år har 0,84 besök i genomsnitt istället för 0,71 besök som antogs i scenario A:1. Vi antar således att mödravårdsbesöken är 19 procent fler än för bosatta i allmänhet. Kostnaden ökar från 948 kr per person till 1 128 kr per person ($948 \text{ kr} \cdot 1,19$). På motsvarande sätt justeras samtliga markerade kostnader i scenario A:1 (se tabell 20). Den procentuella ökningen motsvarar skillnaden i genomsnittligt antal primärvårdsbesök mellan asylsökande och bosatta ($4,36/3,65 \text{ besök} = 1,19$).
- Om asylsökandes vårdkonsumtion i genomsnitt ligger högre än för bosatta i genomsnitt sker ingen justering av asylsökandes vårdkonsumtion.
- I övrigt gäller samma antaganden som i scenario A:1.

Vid justering för ett större vårdbehov bland asylsökande jämfört med bosatta, skattas kostnaden för hälso- och sjukvård vid utvidgad vård till totalt 1 228 miljoner kr.

Tabell 20 Skattade kostnader för utvidgad hälso- och sjukvård totalt respektive per individ samt per person i olika ålder för asylsökande enligt två scenarier med olika antagande om vårdkonsumtion

Mkr	Scenario A.1: Asylsökande - Utvidgad vård motsv bosattas vårdkonsumtion						Scenario A.2: Asylsökande - Utvidgad vård med antagande om högre vårdkonsumtion än bosatta										
	kr/inv	Kr /-17 år	Kr/18 -64 år	Kr/18-64 år	Kr/65 år+	Mkr	kr/inv	Kr /-17 år	Kr/18 -64 år	Kr/18-64 år	Kr/65 år+	Mkr	kr/inv	Kvinnor	Man	Kvinnor	Man
<i>Primärvård</i>																	
Allmänläkarvård	1 968	2 177	1 843	1 783	4 106	4 106	2 225	2 177	2 194	2 122	4 106	4 106	2 194	2 122	4 106	4 106	
Sjuksköterskevård	903	1 933	592	592	704	724	904	1 933	592	592	704	861	592	592	704	861	
Mödrarhälsövård	125	0	0	479	0	0	148	0	0	570	0	0	148	0	570	0	
Barnhälsovård	217	948	0	0	0	0	258	1 128	0	0	0	0	258	1 128	0	0	
Sjukgymnastik o arbetst	482	0	620	620	738	738	482	0	620	620	738	738	482	0	620	738	
Primärvårdsansl/hemsjukvård	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sluten/Övrig primärvård	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
S:a Primärvård	3 694	5 058	3 056	3 474	5 548	5 568	140	5 238	3 406	3 904	5 548	5 705	3 406	3 904	5 548	5 705	
Egenavgift primärvård	244	0	306	296	681	681	286	0	364	352	681	681	286	0	364	681	
Läkemedel Primärvård Förmån + rekv	1 025	1 488	742	1 029	2 122	1 989	1 093	1 488	882	1 029	2 122	1 989	1 093	1 488	882	1 029	
Egenavgift receptläke medel	350	538	288	288	462	418	376	538	343	288	462	418	376	538	343	288	
S:a specialiserad somatisk vård	443	12 723	9 486	11 386	14 071	47 531	443	12 723	9 486	11 386	14 071	47 531	443	12 723	9 486	11 386	
Egenavgift slutenvård (inkl hemsjukvård)	59	0	85	42	273	246	60	0	85	42	246	246	60	0	85	42	
Läkemedel somatisk förmån+rekv	3 048	4 151	2 962	2 297	2 422	2 564	3 056	4 151	2 962	2 297	2 564	2 564	3 056	4 151	2 962	2 564	
Egenavgift receptläke medel	763	1 060	812	454	372	380	765	1 060	812	454	380	380	765	1 060	812	454	
S:a specialiserad psykiatrisk vård	203	5 823	7 343	5 115	6 512	6 266	203	5 823	7 343	5 115	6 512	6 266	203	5 823	7 343	5 115	
Läkemedel psykiatrisk förmån+rekv	508	708	261	679	1 171	2 163	508	708	261	679	1 171	2 163	508	708	261	679	
Egenavgift receptläke medel	365	1 168	104	160	183	204	365	1 168	104	160	183	204	365	1 168	104	160	
TOTALT PRIMÄRVÅRD SLUTENVÅRD	997	28 601	31 001	25 116	28 525	70 164	1 013	29 072	31 181	25 720	29 011	70 746	1 013	29 072	31 181	25 720	
Tandvård																	
Allmäntandvård vuxna	19	0	23	25	37	34	22	0	27	30	44	41	22	0	27	30	
Tandvårdsstöd (patienter med särskilda behov)	14	0	0	0	502	468	16	0	0	0	597	557	16	0	0	597	
Allmäntandvård barn	246	1 075	0	0	0	0	293	1 279	0	0	0	0	293	1 279	0	0	
Specialisttandvård	165	329	109	123	176	164	196	392	129	146	210	196	196	392	129	146	
Läkemedel tandvård	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Statlig tandvårdsersättning	411	0	506	536	1 027	884	489	0	602	637	1 222	1 051	489	0	602	637	
Egenavgift tandvård landstinget	261	0	318	360	516	482	311	0	379	428	614	574	311	0	379	428	
Egenavgift tandvård vuxna	2 301	0	4 023	1 179	1 899	1 728	2 738	0	4 788	1 403	2 260	2 056	2 738	0	4 788	1 403	
TOTALT TANDVÅRD	119	3 420	1 408	4 982	4 160	3 764	142	4 070	1 676	5 929	2 649	4 951	142	4 070	1 676	5 929	
Övrig sjukvård																	
Ambulanstransporter	814	1 131	867	484	375	406	814	1 131	867	484	375	406	814	1 131	867	484	
Sjukresor	184	184	184	184	184	184	184	184	184	184	184	184	184	184	184	184	
Handikapp/hjälpverksamhet	464	464	464	464	464	464	464	464	464	464	464	464	464	464	464	464	
Sko/hälsövård (7-18 år)	264	1 153	0	0	0	0	264	1 153	0	0	0	0	264	1 153	0	0	
Medicinska icke-varaktiga varor/förbrukningsartiklar ö	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	379	
TOTALT HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	1 189	34 126	35 720	31 992	32 263	75 726	1 228	35 247	36 168	33 543	77 099	74 059	1 228	35 247	36 168	33 543	

Papperslösa

Nedan presenteras två scenarier för en utvidgad hälso- och sjukvård för papperslösa. Utgångspunkten för skattningarna har varit att presentera ett scenario där maximal kostnad för papperslösas hälso- och sjukvård har skattats.

Scenario P:6: Papperslösa – utvidgad vård för 10 000 individer

Gruppen papperslösa består av två grupper, dels de som tidigare sökt asyl men fått avslag på sin ansökan, dels de som vistats i landet utan giltigt tillstånd (turister, studenter, yrkesverksamma) eller som haft tillstånd att vistas i landet tillfälligt och för vilka tillståndet gått ut. I scenario P:6 antar vi att vårdkonsumtionen skiljer beroende på om personen tidigare sökt asyl eller inte. I en studie av Schoevers m.fl.(2010) framkom att kvinnor som blivit nekade asyl hade en högre vårdkonsumtion jämfört med papperslösa kvinnor som kommit till Holland av personliga eller ekonomiska orsaker. Studien bygger på intervjuer med 100 papperslösa kvinnor i Holland.

Följande antaganden ligger till grund för kostnadsskattningen för hälso- och sjukvård i Scenario P:6:

- Antalet papperslösa är 10 000 i hela landet.
- 60 procent av de papperslösa har tidigare sökt asyl (s.k. gömda). Antagandet bygger på information från ca 400 patienter som sökte vård vid ideell vårdförmedling i Stockholm år 2009 (Röda Korset, 2010). Deras vårdkonsumtion antas motsvara nuvarande vårdkonsumtion för gruppen asylsökande enligt SKLs kartläggning år 2009 (SKL, 2010a). Gruppens åldersfördelning antas vara densamma som vid tidigare skattning (tabell 11).
- 40 procent av de papperslösa antas ha en vårdkonsumtion motsvarande nuvarande bosattas. Vi antar att hela gruppen är i yrkesverksam ålder och att det är lika många män som kvinnor.

Skattningen visar att vid en utvidgad vård enligt antaganden i scenario P:6 skattas den totala hälso- och sjukvårdskostnaden till knappt 280 miljoner kr om det totala antalet papperslösa är 10 000 personer (tabell 21). De s.k. gömda står för 69 procent av denna kostnad, d.v.s. 192 miljoner kr. Enligt scenario P:6 utgör barn och ungdomar 14 procent av totala antalet individer och förväntas stå för 17 procent av kostnaden.

Scenario P:7: Papperslösa – utvidgad vård för 35 000 individer

Scenario P:7 utgår från samma antaganden som i scenario P:6 beträffande vårdkonsumtion och fördelning av gruppen gömda och dem som saknar tillstånd. Däremot antar vi att gruppen papperslösa totalt uppgår till 35 000 individer och att 21 000 (60 %) av dem har tidigare sökt asyl. Med dessa antagande skattas den totala kostnaden vid utvidgad hälso- och sjukvård till 970 miljoner kr⁸, varav kostnaden för s.k. gömda uppgår till 671 miljoner kr (tabell 21).

Kostnaden för vård av barn och ungdomar förväntas uppgå till drygt 160 miljoner kr (17 %) av totalkostnaden. Män och kvinnor i yrkesverksam ålder svarar för 79 procent av kostnaden (drygt 760 miljoner kr).

Kommentar

I skattningarna om utvidgad vård för papperslösa har vi antagit att papperslösas vårdkontakter motsvarar gruppen asylsökande eller bosatta. Det innebär att vi antar att papperslösa i större utsträckning besöker primärvården än den öppna specialistvården. Ett läkarbesök på sjukhusets akutmottagning innebär en högre kostnad jämfört med ett allmänläkarbesök i primärvården, vilket beskrivits tidigare (scenario P:3). Om vi antar att samtliga allmänläkarbesök i primärvården i scenario P:6 istället sker på en akutmottagning ökar den totala kostnaden för utvidgad hälso- och sjukvård för papperslösa med 14 miljoner kr. Skattningen bygger på att kostnaden för allmänläkarbesök per individ i tabell 21 (scenario P:6) ökar med 79 procent.

Eftersom vi antar lägre vårdkonsumtion för de papperslösa som ”saknar tillstånd” jämfört med dem som tidigare sökt asyl påverkas skattningen av fördelningen av antalet papperslösa mellan s.k. ”gömda” respektive de som ”saknar tillstånd”. Skulle vi istället i scenario P:7 anta att 40 procent av de papperslösa är gömda (med en vårdkonsumtion som motsvarar asylsökande) och att 60 procent av dem saknar tillstånd (med en vårdkonsumtion som motsvarar de bosatta) minskar kostnaden enligt scenario P:7 från ca 970 miljoner kr till ca 896 miljoner kr – en minskning med 8 procent.

⁸ [(31941 kr*21000 gömda personer)+(21 353 kr*14 000 personer utan tillstånd) = 969,7 miljoner kr]

Tabell 21 Skattade kostnader för utvidgad hälso- och sjukvård totalt respektive per individ samt per person i olika ålder för papperslösa enligt två olika scenarier med olika antagande om antalet papperslösa

	Scenario P.6: Papperslösa - utvidgad vård 10 000 individer										Scenario P.7: Papperslösa - utvidgad vård 35 000 ind				
	"Görmda" - 6 000 personer					Saknar tillstånd - 4 000 personer					"Görmda" - 21 000 ind		Saknar tillstånd - 14000 ind		
	Mkr	kr/ind	kr/-17 år	kr/18-64 år	kr/65 år+	Mkr	kr/ind	kr/18-64 år	kr/65 år+	Mkr	kr/ind	Mkr	kr/ind		
<i>Primärvård</i>															
<i>Allmänläkervård</i>	1 820	2 177	1 616	1 616	4 106	1 813	1 843	1 783		1 820		1 813			
<i>Sjuksköterskervård</i>	904	1 933	592	592	704	464	471	456		904		464			
<i>Mödrhälsovård</i>	169	0	0	385	0	240	0	479		169		240			
<i>Barnhälsovård</i>	121	527	0	0	0	0	0	0		121		0			
<i>Sjukgymnastik o arbetst</i>	481	0	620	620	738	486	494	478		481		486			
<i>Primärvårdssnli hemsjukvård</i>	0	0	0	0	0	0	0	0		0		0			
<i>Sluten/Övrig primärvård</i>	0	0	0	0	0	0	0	0		0		0			
S:a Primärvård	21	3 496	4 637	2 829	3 214	5 548	5 548	5 548		73		42			
Egenavgift primärvård		219	0	268	268	681	681	296		219		301			
Läkemedel Primärvård Förmån + rekv		1 010	1 488	650	933	2 122	1 989	1 029		1 010		885			
Egenavgift receptläkemedel		328	538	253	261	462	418	288		328		288			
S:a specialiserad somatisk vård	80	13 273	9 486	11 386	14 071	50 418	47 531	27		279		94			
Egenavgift slutenvård (inkl hemsjukvård)		51	0	85	42	258	246	34		51		37			
Läkemedel somatisk förmån+rekv		2 926	4 151	2 962	2 297	2 288	2 564	1 883		2 926		1 620			
Egenavgift receptläkemedel		698	1 060	812	454	351	380	372		698		372			
S:a specialiserad psykiatrisk vård	36	5 939	7 343	5 115	5 734	6 512	6 266	10		125		35			
Läkemedel psykiatrisk förmån+rekv		585	708	261	679	1 171	2 163	105		585		142			
Egenavgift receptläkemedel		376	1 168	104	160	183	204	42		376		42			
TOTALT PRIMÄRVÅRD SLUTENVÅRD	173	28 901	30 580	24 725	28 114	69 994	67 990	65	16 324	14 275	18 374	607	28 901	229	16 324
Tandvård															
Allmän tandvård vuxna		10	0	13	13	13	13	13		10		24		10	24
Tandvårdsstöd (patienter med särskilda behov)		0	0	0	0	0	0	0		0		0		0	0
Allmän tandvård barn		164	714	0	0	0	0	0		164		0		164	0
Specialist tandvård		0	0	0	0	0	0	0		116		123		116	116
Läkemedel tandvård		2	3	2	2	1	2	4		2		4		2	4
Ställig tandvårdsersättning		0	0	0	0	0	0	0		0		0		0	0
Ställig tandvårdsersättning		215	0	287	269	371	342	536		215		521		215	521
Egenavgift tandvård landstinget		139	0	181	181	186	186	360		139		360		139	339
Egenavgift tandvård vuxna		966	0	2 284	592	686	668	1 179		966		2 601		966	2 601
TOTALT TANDVÅRD	9	1 497	717	2 767	1 057	1 258	1 211	14	3 604	4 982	2 226	31	1 497	50	3 604
Övrig sjukvård															
Ambulanstransporter		745	1 131	867	484	375	406	397		745		397		745	397
Sjukresor		0	0	0	0	0	0	0		184		184		0	184
Händikapp/hjälpverksamhet		358	358	358	358	358	358	464		358		464		358	464
Sko/hjäsovård (7-18 år)		147	641	0	0	0	0	0		147		0		147	0
Medicinska icke-varaktiga varor/förbrukningsartiklar		292	292	292	292	292	292	379		292		379		292	379
TOTALT HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	192	31 941	33 718	29 009	30 306	72 277	70 257	85	21 353	20 681	22 024	671	31 941	299	21 353

3.2.4 Summering av kostnadsskattningarna

I tabell 22 sammanfattas resultaten av kostnadsskattningarna enligt de olika scenarier som presenterats i denna studie. I tabellen redovisas skattad kostnad för hälso- och sjukvård för grupperna bosatta, asylsökande och papperslösa, dels totalt, dels per individ.

Resultaten visar att asylsökandes högre vårdkonsumtion, främst avseende sluten specialiserad psykiatrisk vård, innebär en högre kostnad per person jämfört med bosattas. Antas vidare att asylsökandes vård utvidgas motsvarande bosattas vårdkonsumtion ökar kostnaden per asylsökande, vilket i huvudsak kan förklaras av utökad tandvårdskonsumtion. Eftersom asylsökande kan förväntas ha en sämre hälsostatus än bosatta generellt, har vi i ett scenario antagit att asylsökandes vårdkonsumtion är 19 procent högre än bosattas för de vårdtyper där asylsökande idag har inga eller färre vårdkontakter. Den procentuella höjningen motsvarar skillnaden i antal primärvårdsbesök (läkare och sjuksköterska) mellan asylsökande år 2009 och bosatta år 2009. Kostnaden för asylsökandes nuvarande vårdkonsumtion har skattats till ca 1 102 miljoner kr. Vid utvidgad vård, motsvarande de bosattas, skattas kostnaden till i storleksordningen 1 190 - 1 230 miljoner kr.

I skattningen av kostnaden för asylsökandes hälso- och sjukvård har vi utgått från en prevalens på drygt 34 800 asylsökande i landet och den åldersfördelning och vårdkonsumtion som redovisats i SKLs kartläggning av asylsökandes vårdkonsumtion år 2009. Vid jämförelse med SKLs tidigare års statistik är det små skillnader i asylsökandes åldersfördelning. Däremot förekommer skillnader i vårdkonsumtion under perioden 2006-2009. Exempelvis har antalet slutenvårddagar i somatisk vård ökat, medan slutenvårddagar i psykiatrisk vård minskat mellan åren 2006 och 2009.

Flera skattningar har gjorts av kostnaden för papperslösas nuvarande vårdkonsumtion. Detta med anledning av den osäkerhet som är förknippad med papperslösas vårdkontakter idag. Med hjälp av ett fåtal mindre kartläggningar har vi inledningsvis skattat papperslösas totala antal vårdkontakter under ett år. Vi har utgått från gjorda besök i offentlig vård respektive vid ideella vårdförmedlingar. Summan av dessa besök och vårdtillfällen har därefter fördelats på antalet papperslösa. Antar vi att prevalensen av papperslösa är 10 000 personer blir antalet vårdbesök högre per person än om vi antar att antalet papperslösa är 35 000 personer. Kostnaden per individ varierar således i våra skattningar mellan 4 000 kr och 12 700 kr beroende på antagande om prevalensen. Skulle vi anta att kostnaden för hälso- och sjukvård per papperslösa uppgår till 12 700 kr skattas kostnaden för nuvarande vård av 35 000 papperslösa till ca 440 miljoner kr. Sammanfattningsvis skattas kostnader för papperslösas nuvarande hälso- och sjukvård till i storleksordningen 80-440 miljoner kr, beroende på antaganden om mängden vårdkontakter och antalet papperslösa.

Beroende på prevalensen av antalet papperslösa skattas kostnaden för utvidgad vård för papperslösa till mellan 280 och 970 miljoner kr. Antagandet bygger på att 60 procent av papperslösa förväntas söka vård som asylsökande år 2009 medan 40 procent av dem förväntas söka vård som dagens bosatta. Om vi istället antar att 40 procent av de papperslösa vid utvidgad vård söker vård motsvarande asylsökande och 60 procent av dem söker vård motsvarande bosatta, minskar kostnaden per individ från 27 700 kr till 25 600 kr.

Tabell 22 Översikt av kostandsskattningar av hälso- och sjukvård för bosatta, asylsökande och papperslösa enligt olika scenarier. Kr totalt respektive per individ

	Miljoner kr	Kr per individ
Bosatta	237 171	25 400
Asylsökande		
<i>Nuvarande vårdkonsumtion, Prevalens 34 846 asylsökande</i>	1 102	31 600
<i>Nuvarande vårdkonsumtion, Prevalens 34 846 asylsökande, men antagande om lägre kostnad per individ för asylsökande 65 år eller äldre.</i>	1 061	30 400
<i>Utvidgad vård motsvarande bosattas (scenario A:1)</i>	1 189	34 100
<i>Utvidgad vård med antagande om högre vårdkonsumtion (19%) än för bosatta (scenario A:2)</i>	1 228	35 200
Papperslösa		
<i>Nuvarande vårdkonsumtion, Prevalens 10 000, offentlig vård (scenario P:1)</i>	78	7 800
<i>Nuvarande vårdkonsumtion, Prevalens 10 000, offentlig och ideell vård (scenario P:2)</i>	114	11 400
<i>Nuvarande vårdkonsumtion, Prevalens 10 000 samt justerat för vårdkontakt på akutmottagning (scenario P:3)</i>	127	12 700
<i>Nuvarande vårdkonsumtion, Prevalens 35 000 samt justerat för vårdkontakt på akutmottagning (scenario P:5)</i>	139	4 000
<i>Nuvarande vårdkonsumtion, Prevalens 35 000 personer, motsvarande högre vårdkonsumtion enligt scenario P:3 ovan</i>	444	12 700
<i>Utvidgad vård, Prevalens 10 000 personer, 60 % vård som asylsökande och 40 % vård som bosatta (scenario P:6)</i>	277	27 700
<i>Utvidgad vård, Prevalens 35 000 personer 60 % vård som asylsökande och 40 % vård som bosatta (scenario P:7)</i>	970	27 700
<i>Utvidgad vård, Prevalens 35 000 personer 40 % vård som asylsökande och 60% vård som bosatta</i>	896	25 600

4 Sammanfattande kommentar

Denna studie har haft till syfte att skatta kostnaden för dels nuvarande vårdkonsumtion för asylsökande och papperslösa, dels för utvidgad vård för de båda grupperna. Skattningarna bygger på befintlig information och registerdata om resursförbrukning av slutenvård, öppenvård (specialistvård och primärvård), läkemedel och tandvård för grupperna bosatta, asylsökande och papperslösa.

Den totala kostnaden för hälso- och sjukvård för asylsökande skattas till ca 1,1 miljarder kr, vilket motsvarar knappt 0,5 procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård för bosatta år 2009. Skattningen bygger på att antalet asylsökande uppgår till drygt 34 800 personer, varav 23 procent antas vara 17 år eller yngre. Barn och ungdomar (0-17 år) står för 24 procent av den totala kostnaden för asylsökandes vård. Män i yrkesverksam ålder står för 44 procent av totalkostnaden samtidigt som de utgör 48 procent av antalet asylsökande.

Av den totala kostnaden för asylsökandes nuvarande vård motsvarar ca 11 procent kostnader för besök i primärvården medan läkemedels- och tandvårdskostnaden motsvarar 19 respektive 6 procent av totalkostnaden. Cirka 60 procent av kostnaden utgörs av somatiskt och psykiatrisk slutenvårdskostnad (inklusive besök på specialistmottagning). Närmare hälften (46 %) av denna slutenvårdskostnad motsvarar psykiatrisk vård, vilket är en högre andel jämfört med bosatta. 15 procent av bosatta slutenvårdskostnad motsvaras av kostnader för psykiatrisk vård.

Med olika antagande om asylsökandes vårdbehov skattas kostnaden för en utvidgad vård för asylsökande till mellan ca 1 190 och 1 230 miljoner kr. Vid en utvidgad vård, motsvarande de bosattas, förväntas kostnaden för asylsökandes vårdkonsumtion således öka med ca tio procent och motsvara drygt 0,5 procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård för bosatta.

Kostnaden för papperslösas nuvarande vårdkonsumtion har i denna studie skattats till i storleksordningen 80-440 miljoner kronor beroende på antagande om mängden vårdkontakter och antalet papperslösa som visats i landet. Uppgifterna om papperslösas vårdkonsumtion samt kostnaden för dessa vårdinsatser måste emellertid tolkas med stor försiktighet.

Skattningar av gruppens nuvarande vårdkonsumtion bygger på antaganden hämtade från mindre uppföljningar och kartläggningar gjorda inom offentlig vård samt vid frivilliga mottagningar. Studierna ger värdefulla beskrivningar av de papperslösas vårdbehov och kontakter med vården, men osäkerhet finns beträffande uppgifternas generaliserbarhet vid

skattning av gruppens samlade vårdkontakter och hur dessa förväntas fördelas på barn respektive vuxna. I denna studie står vård till papperslösa barn och ungdomar för drygt hälften av den sammanlagda kostnaden för nuvarande vård till papperslösa samtidigt som barn och ungdomar antas utgöra 23 procent av totala antalet papperslösa. Den största osäkerheten rör dock uppskattningen av hur många vårdkontakter (och vilken typ av vårdkontakter) som en papperslös person förväntas göra under ett år.

I studien har även kostnaden för olika scenarier för utvidgad vård för papperslösa skattats. Om antalet papperslösa i landet är 10 000 personer, skattas kostnaden för utvidgad vård till ca 280 miljoner kr. Antas istället att antalet papperslösa är 35 000 personer skattas kostnaden till 970 miljoner kr. Skattningarna utgår ifrån antagandet att 60 procent av de papperslösa erhåller vård enligt dagens asylsökande, medan 40 procent av dem söker vård som dagens bosatta.

I kostnadsskattningen utgår vi ifrån att resursåtgången per besök och vårdtillfälle är densamma för bosatta respektive asylsökande och papperslösa. Detta kan innebära en underskattning av kostnaden eftersom exempelvis språkliga hinder eller sämre kunskaper om hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar kan innebära längre besökstider och/eller fler personalresurser såsom tolkhjälp för asylsökande.

Att papperslösa avstår från att söka vård, inte minst på grund av rädslan att bli upptäckta, framgår av flera studier (Ohlson, 2006; Ascher m.fl., 2008; Baghir-Zada, 2008; Magalães m.fl., 2010). I exempelvis Schoevers m.fl.(2010) studie framkom att drygt hälften av de intervjuade kvinnorna med hälsoproblem under sin tid som papperslös inte hade sökt vård. I vår skattning av utvidgad vård för papperslösa har vi utgått ifrån att papperslösa söker vård på samma sätt och omfattning som nuvarande asylsökande och bosatta. Någon nedskrivning av vårdkonsumtionen till följd av att papperslösa avstår från att söka vård har inte gjorts eftersom syftet har varit att presentera en ”maximal” kostnad för utvidgad vård för papperslösa.

Studier visar att papperslösa kontaktar sjukvården i ett senare skede av sin sjukdom eller graviditet jämfört med bosatta (Wolf m.fl., 2008; Magalhaes, m.fl., 2010). Betydelsen av att patienten kommer i kontakt med sjukvården i rätt tid för att förhindra allvarliga komplikationer framkommer inte minst av Aschers fallbeskrivningar av papperslösa patienter (2008). Tidiga vårdkontakter kan också öka sannolikheten att upptäcka smittsamma sjukdomar, vilket inte bara innebär minskade behandlingskostnader och bättre hälsa för patienten utan också för personer i deras närhet. I de kostnader som presenteras i denna studie tas ingen hänsyn till effekten av tidpunkten för diagnos och behandling, vilket innebär att kostnader för utvidgad vård för papperslösa sannolikt har överskattats. Att skatta effekten av tidiga preventiva vårdkontakter till följd av utvidgad vård för papperslösa görs lämpligen med

hjälp av en modell där de ekonomiska och hälsomässiga konsekvenserna simuleras. En sådan simulering omfattades emellertid inte av detta uppdrag.

Referenser

Ascher, H, Björkman, A, Kjellström, L & Lindberg, B. Diskriminering av papperslösa i vården leder till lidande och död. Nytt förslag hot mot patienterna, vården och samhället. Läkartidningen, 2008; 105(8):538-541

Bagir-Zada, R. Papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård: en jämförande studie mellan olika EU-länder. Socialmedicinsk tidskrift 2008; 6:466-473

Burström, B, Schultz, A, Burström, K, Fritzell, S, Irestig, R, Jensen, R, Lynoe, N, Marttila, A & Sun, S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Enheten för Socialmedicin och Hälsoekonomi, 2007. (Rapport 2007:5.

Burström, B, Hemmingsson, T Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län – öppna jämförelser 2010. Stockholm: Karolinska Institutet, 2010. (Karolinska Institutets folkhälsoakademi 201:4)

Dorm, T, Ceelen, M, Tang, M, Browne, JL, de Keijzer, K JC, Buster, M CA & Das, K. Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. BMC Public Health 2011;190(11) (doi:10.1186/1471-2458-11-190)

Fresk, M & Ganslandt, H. Vårdbehov hos papperslösa – erfarenheter från Röda Korsets sjukvårdsförmedling för papperslösa 2008. ST-Uppsatts i allmänmedicin, Stockholms Universitet/?, febr. 2009.

LIF. Förmån och egenavgift för receptförskrivna humanläkemedel (www.lif.se mars 2011)

Röda Korset. Röda Korsets vårdförmedling för papperslösa migranter. September 2010.

Magalhaes, L, Carrasco, C & Gastaldo, D. Undocumented Migrants in Canada: A Scope Literature Review on Health, Access to Services, and Working Conditions. J Immigrant Minority Health, 2010;12:132-151

Migrationsverket. Årsredovisning Migrationsverket 2009. Norrköping : Migrationsverket, 2010.

Ohlson, M. Gömda vågar inte söka vård. Läkartidningen, 2005; 102(29):1551-1552

Ohlsson, M. Irregulära immigranter står utanför svensk sjukvård. Dags för Sverige att erkänna människors lika värde. Läkartidningen, 2006;103(459):3452-3455.

SCB. Ohälsa och sjukvård 1980-2005. Stockholm, 2006 (Levnadsförhållanden rapport 2005)

SCB, Sveriges befolkning efter ålder och kön 31 december 2009, Sveriges Officiella statistik, (www.scb.se Publicerat 2010)

SCB. Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter hälso- och sjukvårdsändamål (HC) samt i relation till BNP. (www.scb.se Publicerat 2010-03-31)

Schoevers, M.A, Loeffen, M.J, van den Muijsenbergh, M.E & Largo-Janssen, A.L.M. Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. Int J Public Health, 2010;55:421-428

SKL. Sjukvård åt asylsökande, omfattning och kostnader år 2006. Sveriges Kommuner och Landsting, avd för vård och omsorg, 2007.

SKL. Sjukvård åt asylsökande, omfattning och kostnader år 2007. Sveriges Kommuner och Landsting, avd för vård och omsorg, 2008.

SKL. Sjukvård åt asylsökande, omfattning och kostnader år 2008. Sveriges Kommuner och Landsting, avd för vård och omsorg, 2009.

SKL. Hälso- och sjukvård åt asylsökande under år 2009. Sveriges Kommuner och Landsting, avd för vård och omsorg, 2010a (dnr 10/0129)

SKL. Statistik om hälso- och sjukvården samt regional utveckling 2009. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: SKL, 2010b

SKL. Vårdbarometern – befolkningens syn på vården. Sammanfattning av resultaten från 2009 års intervjuer. April 2010

Socialstyrelsen. Kapitel 8 Papperslösa. I: Social rapport 2010. Stockholm, Socialstyrelsen, 2010.

Socialstyrelsen. Socialstyrelsens statistikdatabas över diagnoser i slutenvård och antalet vårdtillfällen år 2009 www.socialstyrelsen.se (februari 2011)

Wolff, H. Epiney, M, Lourenco, A.P , Costanza, M.C, Delieutraz-Marchand, J, Andreoli, N, Dubuisson, B, Gaspoz, J.M & Irion, O. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC Public Health 2008; 93(8) (doi:10.118/1471-2458-8-93)

Landstingsstyrelsens förvaltning
Produktionssamordning
Peter Rönnerfalk
Chefläkare

VERKSTÄLLIGHETSBESLUT
2009-01-01

PLE 9008

<i>Beslutande</i>	Peter Rönnerfalk
<i>Samråd</i>	Chefläkargruppen
<i>Delges</i>	Verksamhetschefer inom SLL
<i>Ärende</i>	Riktlinjer för omhändertagande av "papperslösa eller gömda" personer på hälso- och sjukvårdsinrättningar inom Stockholms läns landsting

I avvaktan på den statliga utredningen vid Socialdepartementet om huruvida "fler grupper ska ha rätt till subventionerad vård" har chefläkargruppen i Stockholms Läns Landsting utarbetat nedanstående riktlinjer som vägledning.

Ett okänt antal vuxna och barn uppehåller sig i Sverige efter avslutad asylprocess med avslag på ansökan. Dessutom finns vuxna och barn som befinner sig i Sverige utan uppehållstillstånd, och utan att ha sökt asyl. Dessa grupper brukar benämnas gömda eller papperslösa. En vistelse under dessa omständigheter kan bli relativt långvarig varvid det kan uppstå behov av hälso- och sjukvård.

1. Grundläggande är att SLL tolkar hälso- och sjukvårdslagen så att papperslösa har rätt till akut och omedelbar nödvändig hälso- och sjukvård (HSL § 4).
2. Behövlig vård av akut sjukdom ges liksom medicinskt nödvändiga återbesök för samma åkomma.
3. Som omedelbart nödvändig vård definieras vård för destruktiva, progredierande sjukdomar vilka obehandlade leder till påtagligt försämrad prognos för patientens fortsatta liv, oavsett var detta kommer att levas. Här innefattas nödvändig behandling för cancer och andra progressiva systemsjukdomar. Vidare ingår akut psykiatrisk vård såsom vård enligt LPT, akuta psykoser och depressionssjukdom med suicidalitet. Bedömning görs av vårdansvarig läkare i enlighet med Prop. 1981/82:97 och Socialstyrelsens Allmänna Råd 1995:4.
4. Konsekvenserna av utebliven kontroll under graviditet i form av akutiserade förlossningar och undvikbara komplikationer för mor och barn gör att mödrahälsovård ska ges på samma villkor som för övriga blivande mödrar. Registreringsskyldig av nyfött barn föreligger för att ett *samordningsnummer* ska kunna utfärdas av skatteverket (16 § 2st FOL). En kopia på insänd handling till Skatteverket ska lämnas

Exp. datum: Exp. av:

2009-02-06 *PT*

till modern av personal vid förlossningsenhet. Registrering av nyfött barn i Sverige är av särskild betydelse för barnet och förälder som visserligen önskar bosätta sig här men som inte har rätt till det eftersom de saknar uppehållstillstånd, se www.uppdragsguiden.sll.se/personuppgifter.

5. All hälso- och sjukvård ska journalföras. Utfärdat reservnummer av hälso- och sjukvården samt kombikod ska användas vid remittering av patient. Utfärdat samordningsnummer av Skatteverket i samband med födsel anges i journalen.

6. Uppgifter till Polismyndighet och Migrationsverket lämnas endast vid anmodan och bara då enligt lagen LYHS 1998:531, kap 2 paragraf 11.

7. Avseende patientavgifter tillämpas samma regler som för övriga utländska patienter, se Uppdragsguiden, rubrik: *Turisthandboken*.

Uppmärksamma att "gömda barn" som är asylsökande men som fått avslag har tillgång till all hälso- och sjukvård, inklusive tandvård på samma villkor som folkbokförda i Sverige.

8. Ovanstående riktlinjer delges berörda medarbetare inom hälso- och sjukvården. Det är av vikt att framhålla att oklarheter angående betalningsansvar alltid kan lösas i efterhand. Administrativa svårigheter får inte hindra att en patient ges akut och/eller nödvändig vård.

Kontaktperson vid frågor, chefläkare Peter Rönnerfalk, telefon 08-737 33 51

Beslutas



Peter Rönnerfalk

Regiongemensamma riktlinjer för hantering av patienter utan papper

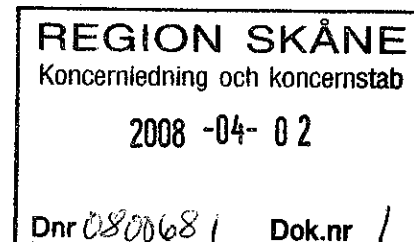
Ur etiskt hänseende och enligt gällande hälso- och sjukvårdslag bör de individer som befinner sig i regionen och är i behov av akut eller omedelbar sjukvård ha tillgång till sådan oberoende av aktuell betalningsförmåga. De insatser som vårdinrättningarna ger ska dokumenteras och registrering ska ske enligt gällande rutiner för att garantera den medicinska säkerheten. Genomförd inventering av hur regionens sjukvårdsverksamheter hanterar patienter utan papper pekar på behov av regiongemensamma riktlinjer.

Vården för asylsökande m fl har hittills reglerats i en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Det finns nu ett riksdagsbeslut som upphöjer den hittillsvarande överenskommelsen mellan regeringen och SKL till lag men denna omfattar inte patienter utan papper. Regeringen fortsätter att arbeta med frågan om eventuell utvidgning av vården för asylsökande samt gömda/papperslösa.

Hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande uppgift är att ge medicinsk vård och behandling utifrån patientens behov och oberoende av faktorer som kön, politisk uppfattning, sexuell läggning etc. En ökad tydlighet från regionen bidrar till att minska rädslan från denna grupp av patienter att söka vård samt ger medarbetarna en större säkerhet i sin handläggning av dessa patienter.

I avvaktan på regeringens beslut gällande vård till gömda/papperslösa flyktingar gäller att patienter utan papper i Västra Götalandsregionen får den vård som krävs, vilket innebär att vårdinrättningarna i regionen ska tillse:

- Att gömda flyktingar och andra patienter utan avtal eller försäkring ska erhålla akut eller annan omedelbart nödvändig vård vid regionens sjukvårdsinrättningar oavsett betalningsförmåga i ögonblicket
- Att befintliga rutiner inom regionen ska följas för registrering av patienter
- Att upprätta och följa rutiner för patienter utan uppehållstillstånd eller med bristfällig/icke känd identitet
- Att ombesörja utbildning till berörd personal så att vårdsökande patienter bemöts korrekt och i enlighet med gällande lagstiftning och regler
- Att riktlinjerna inte fråntar patienten sitt betalningsansvar men att den medicinska vården ska komma i första hand och kostnaderna får komma i andra hand
- Att för asylsökande och gömda barn gäller oförändrade rutiner där ersättning utbetalas från Migrationsverket i enlighet med gällande överenskommelse mellan staten och SKL.



Policy för Region Skåne vid akut och annan omedelbar nödvändig vård till gömda flyktingar

Ordförandens förslag

Hälso- och sjukvårdsnämndens förslag till regionfullmäktige

1. Föreslagen policy för Region Skåne vid akut och annan omedelbar nödvändig vård till gömda flyktingar antages.

Hälso- och sjukvårdsnämndens beslut

2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att ombesörja att adekvat utbildning till berörd personal kommer till stånd. Hälso- och sjukvårdsdirektören ska avrapportera till hälso- och sjukvårdsnämnden senast i oktober 2008.
3. Eventuella merkostnader för den akuta och omedelbara nödvändiga vården täcks ur den statliga ersättningen till Region Skåne för hälso- och sjukvård för asylsökande.
4. Tandvårdsnämnden får i uppdrag att utreda möjligheterna att utreda förutsättningarna för en likvärdig policy gällande Folk tandvården Skåne.

Sammanfattning av ärendet

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har alla personer som vistas i Sverige rätt till akut och omedelbar vård som inte kan anstå. Gömda flyktingar, barn undantagna, omfattas dock inte av statlig ersättning, utan har ett eget betalningsansvar. Detta innebär att hälso- och sjukvårdspersonal riskerar att hamna i etiska dilemman, där behovet av akut hälso- och sjukvård ställs mot patientens betalningsförmåga. Patientsäkerheten kan hotas, när vård fördröjs eller uteblir till följd av ovanstående.

Föreslagen policy för Region Skåne vid akut och annan omedelbar nödvändig vård för gömda flyktingar fastställer att medicinsk vård och behandling ska komma i första hand och ekonomin i andra hand, i enlighet med FN:s deklARATIONER om mänskliga rättigheter.

Beskrivning av ärendet

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har alla personer som vistas i Sverige rätt till akut och omedelbar vård som inte kan anstå. Gömda flyktingar, barn undantagna, omfattas dock inte av statlig ersättning, utan har ett eget betalningsansvar. Detta innebär i praktiken att en gömd flykting kan nekas vård, om betalningsförmåga saknas och bedömningen görs att behovet inte är omedelbart.

Ingen vet exakt hur många personer som håller sig gömda i Sverige, men frivilligorganisationerna bedömer att det handlar om minst 10 000 personer. Siste december 2006 fanns 9300 personer på Polismyndighetens lista över efterlysta, gömda flyktingar i Sverige. För närvarande har Skånepolisens utlänningssektor 1100 personer på sin lista över efterlysta, gömda flyktingar. Detta innebär dock inte per automatik att 1100 gömda flyktingar de facto befinner sig i Skåne. Siffran kan vara såväl högre som lägre, beroende på personernas rörlighet såväl nationellt som internationellt. FN:s särskilde rapportör om rätten till hälsa, Paul Hunt, bedömde i en rapport från 2007 att antalet papperslösa i Sverige uppgår till 15 000 personer. En enkät ska genomföras under mars månad i Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Stockholms läns landsting för att få ökad kunskap om de papperslösa migranternas, vilket inkluderar gömda flyktingars, vårdssituation.

I dagsläget är okunskapen således stor kring antalet gömda flyktingar och deras behov av hälso- och sjukvård i Region Skåne, men oavsett mängden kan gömda flyktingar, såsom alla människor, få behov av att akut uppsöka sjukvården. Nuvarande lagstiftning, där betalningsansvaret åligger den enskilde, kan leda till att vårdpersonalen tvingas gå emot sina yrkesetiska koder som säger att den som behöver vård också ska ges vård.

Patientsäkerheten kan hotas, när vård fördröjs eller uteblir utifrån patientens betalningsförmåga. Föreslagna policy för Region Skåne vid akut och annan omedelbar nödvändig vård för gömda flyktingar fastställer att kostnaderna för medicinsk vård och behandling alltid kan lösas i efterhand och aldrig får hindra sjukvården från att ge akut och annan omedelbart nödvändig vård.

Då den föreslagna policyn för Region Skåne vid akut och annan omedelbar nödvändig vård för gömda flyktingar är ett åtagande utöver den överenskommelse som finns mellan sjukvårdshuvudmännen och staten bör regionfullmäktige fatta beslutet i frågan.

Skälen för förslaget

I och med att akut och annan omedelbar nödvändig vård för gömda flyktingar inte omfattas av statlig ersättning, riskerar hälso- och sjukvårdspersonal att hamna i etiska dilemman, där behovet av akut hälso- och sjukvård ställs mot patientens betalningsförmåga. Patientsäkerheten kan hotas, när vård fördröjs eller uteblir till följd av ovanstående.

Föreslagna policy för Region Skåne vid akut och annan omedelbar nödvändig vård för gömda flyktingar minskar det mänskliga lidandet hos en redan utsatt grupp.

Enligt gällande lagstiftning preskriberas avvisningsbeslut för gömda flyktingar efter fyra år. Personen har då möjlighet att hos Migrationsverket på nytt söka uppehållstillstånd i Sverige. Ofta beviljas denna på grund av den långa tiden personen befunnit sig i Sverige, såvida personen inte gjort något brottsligt. Personer med uppehållstillstånd har rätt till fullständig hälso- och sjukvård. Det kan således innebära en samhällsekonomisk och humanitär vinst att under personens tid som gömd flykting ha utfört akut och omedelbar nödvändig sjukvård, eftersom akuta tillstånd inte tillåts bli förvärrade hos personer som i ett senare skede kan omfattas av rätten till fullständig hälso- och sjukvård.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Den i dagsläget bristande kunskapen gällande antalet gömda flyktingar och deras vårdssituation i Region Skåne gör det omöjligt att beskriva de ekonomiska konsekvenserna på ett fullgott sätt. I Stockholms läns landsting, där de offentligt drivna sjukhusen har möjlighet att återsöka kostnader för akut vård till gömda flyktingar centralt, uppgick kostnaden under 2006 till c:a 1,5 miljoner kronor. Utifrån detta kan en rimlig gissning vara att kostnaden för Region Skåne centralt hamnar på mellan 500 000 och 1 miljon kronor per år, som ska utbetalas till förvaltningarna för att täcka kostnaderna för vård av de gömda flyktingar som varaktigt saknar betalningsförmåga.

Dessa eventuella merkostnader för akut och omedelbart nödvändig vård för gömda flyktingar kan täckas ur den statliga schablonersättningen till Region Skåne för hälso- och sjukvård för asylsökande, som i 2007 års bokslut visade ett överskott på 14,1 miljoner kronor i förhållande till redovisade kostnader .

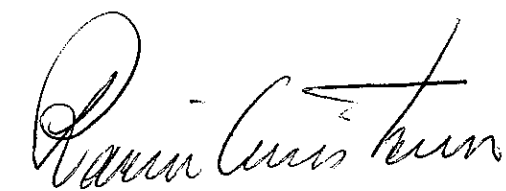
Kopplingar till Region Skånes policier och övergripande mål

I enlighet med FN:s deklARATIONER om mänskliga rättigheter ska alla människor ha tillgång till akut hälso- och sjukvård.

Samverkan med fackliga organisationer

Samverkan kommer att ske med de fackliga organisationerna genom den etablerade samverkansorganisationen.


Henrik Hammar
Ordförande


Karin Christensson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Policy för Region Skåne vid akut och annan omedelbar nödvändig vård till gömda flyktingar

- Den sjukvård som Region Skåne ansvarar för behandlar alla patienter i behov av akut eller omedelbar nödvändig vård, oavsett betalningsförmåga.
- Hälso- och sjukvårdspersonalen uppgift är att ge medicinsk vård och behandling.
- När patienter uppsöker sjukvården och det finns rimlig anledning att tro att de har flyktingstatus bör mottagande personal för patienten tydliggöra vikten av att korrekt information erhålls avseende "asylsökande" respektive "gömd". Med "gömd" avses en person som fått avslag på asylansökan och gått under jorden.
 - Vad gäller "asylsökande" och "gömda barn" gäller oförändrade rutiner i enlighet med Region Skånes riktlinjer, där ersättning utbetalas från Migrationsverket i enlighet med överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.
 - **För "gömda", som har eget betalningsansvar, gäller att kostnaderna för medicinsk vård och behandling alltid kan lösas i efterhand och aldrig får hindra patienten från att erhålla akut och annan omedelbart nödvändig vård.**
- Kontakta aldrig Migrationsverket om patienten är "gömd".
- Regler för sekretess och integritet gäller oavkortat för alla "gömda" flyktingar, på samma sätt som för asylsökande, individer med uppehållstillstånd eller med svenskt medborgarskap.
- Endast på direkt fråga från Polismyndigheten har förvaltningen skyldighet att uppge, om en fullt identifierbar "gömd" flykting vårdas på sjukhuset för tillfället. Begär för säkerhets skull att få motringa om polis ringer! Gällande regelverk för anmälningsplikt gäller för "gömda" flyktingar på samma sätt som för andra patientgrupper.
- "Gömda" patienter skall, som alla patienter, dokumenteras i PASIS och i förekommande journalföringssystem. Detta gäller även om patienten inte kan identifiera sig. I sådana fall skall ett tillfälligt personnummer utfärdas.
- Sjukvårdsinrättningen ansvarar för att det finns ett system för
 - kontaktväg till dessa patienter (många har mobiltelefon), för exempelvis provsvar och återbesökstider.
 - kontaktväg från dessa patienter, så att patienten vid behov kan få kontakt med vårdgivaren.
- Patientens identitet är för hälso- och sjukvården viktig enbart för att kunna garantera medicinsk säkerhet i vård och behandling genom en god dokumentation.

Patientavgifter för sk Gömda flyktingar	Förslag Patientavgifter för sk gömda flyktingar	Pat.avgifter icke gömda inom EU (nedan vanlig- aste exempel)	Pat.avgifter för icke gömda utanför EU, (nedan vanligaste exempel)
Patientavgifter för asylsökande			
Patientavgifter för asylsökande regleras i "Förordning om vårdavgifter m m för vissa utlänningar" (SFS1994:362).			
Avgift inom primärvården	Avgift	Avgift	Akut sjukvård
Akutvård och vård som ej kan anstå – alla som fyllt 12 år samt planerad vård för barn och ungdomar som fyllt 12 år men ej 18 år:			
Läkarebesök	50 kr	150 kr	150 kr
Sjukvårdande behandling efter remiss av läkare inom offentliga vården	25 kr	100 kr	100 kr
Planerad vård			
läkarbesök	utomlänsavgift	150 kr	Hela kostnaden (utomlänsavgift)
Sjukvårdande behandling	utomlänsavgift	100 kr	Hela kostnaden (utomlänsavgift)
Avgifter inom läns- och regionsjukvården			
Besök efter remiss från primärvården. Avgiften gäller tills patienten är färdigbehandlad (således inte endast det första besöket) samt erforderliga besök efter utskrivning			
läkarebesök	50 kr	150 kr	Hela kostnaden (utomlänsavgift)
sjukvårdande behandling	25 kr	100 kr	Hela kostnaden (utomlänsavgift)
Akutvård och vård som inte kan anstå – alla som fyllt 12 år samt planerad vård för barn och ungdomar som fyllt 12 år men ej 18 år:			
läkarebesök	300 kr	300 kr	300 kr
Sjukvårdande behandling	100 kr	100 kr	100 kr
Planerad vård – alla som fyllt 18 år:			
- läkarbesök	utomlänsavgift	300 kr	Hela kostnaden (utomlänsavgift)
sjukvårdande behandling	utomlänsavgift	100 kr	Hela kostnaden (utomlänsavgift)

Datum 2008-11-06

Dnr 0800681

1 (1)

Regionfullmäktige

Policy inom Folktandvården för akut och annan omedelbar nödvändig vård till gömda flyktingar (RF)

Regionstyrelsens förslag

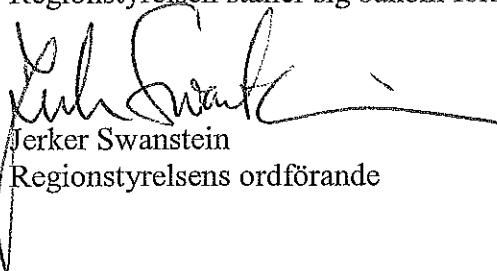
1. Regionfullmäktige fastställer att policy för Region Skåne vid akut och annan omedelbar nödvändig vård till gömda flyktingar ska även omfatta tandvård.
2. Gömda flyktingar erlägger patientavgift för tandvård om 50 kronor per besök.

Ärendebeskrivning


Regionfullmäktige antog 2008-04-22, § 28, policy för Region Skåne vid akut och annan omedelbar nödvändig vård till gömda flyktingar. Samtidigt fastställdes att gömda flyktingar skulle erlägga patientavgifter motsvarande de för asylsökande.

Tandvårdsnämnden har 2008-09-19 föreslagit hälso- och sjukvårdsnämnden att policy för Region Skåne vid akut och annan omedelbar nödvändig vård till gömda flyktingar gäller även tandvård. Hälso- och sjukvårdsnämnden har 2008-10-20 behandlat ärendet och bifallit framställan.

Regionstyrelsen ställer sig bakom förslaget.



Jerker Swanstein
Regionstyrelsens ordförande



Sören Olofsson
Regiondirektör

Rutin för identifiering m m av gömda flyktingar och papperslösa m fl

Bakgrund

Norrlandstingens Regionförbund antog vid sitt möte den 14 maj 2008 ett uttalande om papperslösa flyktingarnas rätt till vård. Det är för medlemslandstingen en självklarhet att ge hälso- och sjukvård till alla som har behov av sådan. Enligt Regionförbundets uttalande ska inte landstingens möjlighet att ge hälso- och sjukvård vara begränsad av att landstingen ska göra bedömningen av om en människa har rätt att befinna sig i Sverige eller inte.

Landstingsstyrelsen beslöt den 5 februari 2009 (§ 12) att en utlänning, som fyllt 18 år, och som håller sig undan ett av- eller utvisningsbeslut så att det inte kan verkställas ska utöver omedelbar vård också erbjudas nödvändig vård till den verkliga kostnaden för vården enligt den av regionförbundet fastställda regionala prislistan.

Begreppet omedelbar vård kan jämföras med begreppet akutvård som, i vedertagen medicinsk terminologi, innebär vård för plötsligt inträdande, hastigt förlöpande sjukdom.

Nödvändig vård innebär att en person ska kunna vistas i landet under trygga medicinska omständigheter. Med nödvändig vård avses också vård som orsakas av kronisk sjukdom och inkluderar även provtagningar, medicinska kontroller, förebyggande mödra- och barnhälsovård samt förlossning.

Rutin

Förhållningssätt

- Hälso- och sjukvårdspersonalens uppgift är att ge medicinsk vård och behandling.
- För hälso- och sjukvården är patienternas identitet viktig enbart för att kunna garantera medicinsk säkerhet i vård och behandling genom god dokumentation.
- Kostnaderna för medicinsk vård och behandling kan alltid lösas i efterhand och får aldrig hindra patienten från att få omedelbar eller nödvändig vård.

Allmänt

Fr o m den 1 juli 2008 gäller lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl enligt vilken landstingen är skyldiga att, utöver hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen, erbjuda hälso- och sjukvård och tandvård åt asylsökande och vissa andra utlänningar.

För asylsökande gäller oförändrade rutiner. Kostnader för vård som inte kan anstå betalas av Migrationsverket. Patienten betalar subventionerad patientavgift (se avsnittet Hälso- och sjukvård för flyktingar och asylsökande).



De utlänningar som omfattas är de, som enligt utlänningslagen, har ansökt om uppehållstillstånd i Sverige, beviljats uppehållstillstånd, hålls i förvar eller vistas här med stöd av tidsbegränsat uppehållstillstånd. Utlänningar som ansökt om eller beviljats uppehållstillstånd omfattas av lagen även om de har meddelats beslut om avvisning eller utvisning.

Lagen gäller inte utlänning som håller sig undan så att beslutet inte kan verkställas, om han eller hon har fyllt 18 år.

Personer som är 18 år eller äldre ska betala för vården enligt regionala prislistan.

Sjukvården ska behandla alla (gömda flyktingar oavsett ålder, papperslösa och andra tillfälliga besökare oavsett om de har uppehållstillstånd eller inte) i behov av omedelbar eller nödvändig vård. Det gäller även om patienten inte kan betala patientavgift.

Kontakta **inte** Migrationsverket om patienten är gömd.

Identifiering och dokumentation

När en person söker sjukvård och det finns rimlig anledning att tro att den har flyktingstatus bör mottagande personal tydliggöra vikten av att vården får korrekt information om personen är asylsökande eller gömd. Personens status i detta avseende ska därför utredas: Fråga efter ID-handling.

Journaler för gömda patienter ska, som för alla patienter, dokumenteras i VAS:

- Finns ingen form av ID-handling och om patienten inte uppger födelsetid eller namn skapas ett reservnummer i VAS (*dagens datum+kön*). Markera: *ID-handling saknas*.
- Om patienten uppger sina sex första siffror (år, månad, dag) anges dessa + kön, vilket är lika med reservnummer. Markera: *ID-handling saknas*.

Det är viktigt att förklara att det reservnummer som tilldelas patienten och som dokumenteras i VAS är till för patientens medicinska säkerhet och att numret ska uppges vid alla besök på vårdinrättningar i landstinget. Reservnumret innebär inte att individens identitet röjs.

Skriv ut uppgifterna från Personinformationsbilden (PA1) till patienten för att lämnas vid nästa besök inom sjukvården. Patienten måste själv ta ansvar för sitt medicinska ID-nummer (reservnummer).

Varje verksamhet ansvarar för att det finns ett system för kontaktväg **till** dessa patienter, som ju oftast saknar adress, för provsvar, kallelse till återbesök m fl situationer, samt kontaktväg **från** dessa patienter så att de vid behov kan få kontakt med vårdgivare. Många har mobiltelefon. Kontaktvägen innebär inte att patientens vistelseadress röjs.

Sekretess

- Regler för sekretess och integritet gäller oavkortat för alla som avses i detta dokument på samma sätt som för övriga patienter.
- Om polisen ringer – begär att få motringa.
- Först på en direkt fråga från Polismyndigheten om en fullt identifierbar person vårdas vid enheten för tillfället, har vårdpersonalen skyldighet att uppges om så när fallet.



Fastställd den 2 september 2010

.....

Elisabeth Holmgren
Landstingsdirektör



Statens offentliga utredningar 2011

Kronologisk förteckning

1. Svart på vitt – om jämställdhet i akademien. U.
2. Välfärdsstaten i arbete. Inkomsttrygghet och omfördelning med incitament till arbete. Fi.
3. Sanktionsavgifter på trygghetsområdet. S.
4. Genomförande av EU:s regelverk om inre vattenvägar i svensk rätt. N.
5. Bemanningsdirektivets genomförande i Sverige. A.
6. Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga. S.
7. Transporter av frihetsberövade. Ju.
8. Den framtida gymnasiesärskolan – en likvärdig utbildning för ungdomar med utvecklingsstörning. U.
9. Barnen som samhället svek. Åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelse i samhällsvården. S.
10. Antidopning Sverige. En ny väg för arbetet mot dopning. Ku.
11. Långtidsutredningen 2011. Huvudbetänkande. Fi.
12. Medfinansiering av transportinfrastruktur – utvärdering av förhandlingsarbetet jämte överväganden om brukaravgifter och lånevillkor. N.
13. Uppföljning av signalspaningslagen. Fö.
14. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2011 – geologin, barriärerna, alternativen. M.
15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. S.
16. Allmän skyldighet att hjälpa nödställda? Ju.
17. Förvar. Ju.
18. Strålsäkerhet – gällande rätt i ny form. M.
19. Tid för snabb flexibel inläring. U.
20. Dataskydd vid europeiskt polisiärt och straffrättsligt samarbete. Dataskyddsrambeslutet, Europolanställdas befattning med hemliga uppgifter. Ju.
21. Utrikesförvaltning i världsklass. UD.
22. Spirit of Innovation. UD.
23. Revision av livsmedelskedjans kontrollmyndigheter. L.
24. Sänkt restaurang- och cateringmoms. Fi.
25. Utökat polissamarbete i Norden och EU. Ju.
26. Studiemedel för gränslös kunskap. U.
27. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. – En bit på väg. N.
28. Cirkulär migration och utveckling – förslag och framåtblick. Ju.
29. Samlat, genomtänkt och uthålligt? En utvärdering av regeringens nationella handlingsplan för mänskliga rättigheter 2006–2009. + Lättläst + Daisy + Punktskrift. A.
30. Med rätt att välja – flexibel utbildning för elever som tillhör specialskolans målgrupp. U.
31. Staten som fastighetsägare och hyresgäst. S.
32. En ny upphovsrättslag. Ju.
33. Rapportera, anmäla och avhjälpa missförhållanden – för barns och elevers bästa. U.
34. Etappmål i miljömålssystemet. M.
35. Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individen, kunskapen och ansvaret. S.
36. Forskning och utveckling samt försvarslastik – i det reformerade försvaret. Fö.
37. Rovdjurens bevarandestatus. M.
38. Ett myndighetsgemensamt servicecenter. S.
39. Likvärdiga förutsättningar – Översyn av den kommunala utjämnningen + Bilagor. Fi.
40. Månadsavgifter – snabbt och enkelt. S.

41. Alkoholsservering på särskilda boenden. S.
42. En reformerad domstolslagstiftning. Ju.
43. Offentlig upphandling från eget företag?!
– och vissa andra frågor. Fi.
44. Fjärrvärme i konkurrens. N.
45. Förundersökning
– objektivitet, beslag, dokumentation
m.m. Ju.
46. FRANS
Framtida regelverk och ansvars-
förhållanden på naturgasmarknaden i
Sverige. N.
47. En samlad ekobrottsbekämpning. Ju.
48. Vård efter behov och på lika villkor
– en mänsklig rättighet. S.

Statens offentliga utredningar 2011

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Transporter av frihetsberövade. [7]
Allmän skyldighet att hjälpa nödställda? [16]
Förvar. [17]
Dataskydd vid europeiskt polisiärt och straff-
rättsligt samarbete.
Dataskyddsrambeslutet, Europolanställas
befattning med hemliga uppgifter. [20]
Utökat polissamarbete i Norden och EU. [25]
Cirkulär migration och utveckling
– förslag och framåtblick. [28]
En ny upphovsrättslag. [32]
En reformerad domstolslagstiftning. [42]
Förundersökning
– objektivitet, beslag, dokumentation
m.m. [45]
En samlad ekobrottsbekämpning. [47]

Utrikesdepartementet

- Utrikesförvaltning i världsklass. [21]
Spirit of Innovation. [22]

Försvarsdepartementet

- Uppföljning av signalspaningslagen. [13]
Forskning och utveckling samt försvarslogistik
– i det reformerade försvaret. [36]

Socialdepartementet

- Sanktionsavgifter på trygghetsområdet. [3]
Missbruket, Kunskapen, Vården.
Missbruksutredningens forskningsbilaga.
[6]
Barnen som samhället svek.
Åtgärder med anledning av övergrepp och
allvarliga försummelse i samhällsvården.
[9]
Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. [15]
Staten som fastighetsägare och hyresgäst. [31]
Bättre insatser vid missbruk och beroende –
Individen, kunskapen och ansvaret. [35]

- Ett myndighetsgemensamt servicecenter. [38]
Månadsuppgifter – snabbt och enkelt. [40]
Alkoholservering på särskilda boenden. [41]
Vård efter behov och på lika villkor
– en mänsklig rättighet. [48]

Finansdepartementet

- Välfärdsstaten i arbete.
Inkomsttrygghet och omfördelning med
incitament till arbete. [2]
Långtidsutredningen 2011. Huvudbetänkande.
[11]
Sänkt restaurang- och cateringmoms. [24]
Likvärdiga förutsättningar – Översyn av den
kommunala utjämningen + Bilagor. [39]
Offentlig upphandling från eget företag?!
– och vissa andra frågor. [43]

Utbildningsdepartementet

- Svart på vitt – om jämställdhet i akademien. [1]
Den framtida gymnasiesärskolan
– en likvärdig utbildning för ungdomar
med utvecklingsstörning. [8]
Tid för snabb flexibel inläring. [19]
Studiemedel för gränslös kunskap. [26]
Med rätt att välja
– flexibel utbildning för elever som tillhör
specialskolans målgrupp. [30]
Rapportera, anmäla och avhjälpa missför-
hållanden – för barns och elevers bästa. [33]

Landsbygdsdepartementet

- Revision av livsmedelskedjans kontroll-
myndigheter. [23]

Miljödepartementet

- Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2011
– geologin, barriärerna, alternativen. [14]
Strålsäkerhet – gällande rätt i ny form. [18]
Etappmål i miljömålssystemet. [34]
Rovdjurens bevarandestatus. [37]

Näringsdepartementet

Genomförande av EU:s regelverk om inre vattenvägar i svensk rätt. [4]

Medfinansiering av transportinfrastruktur – utvärdering av förhandlingsarbetet jämte överväganden om brukaravgifter och lånevillkor. [12]

Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. – En bit på väg. [27]

Fjärrvärme i konkurrens. [44]

FRANS

Framtida regelverk och ansvarsförhållanden på naturgasmarknaden i Sverige. [46]

Kulturdepartementet

Antidopning Sverige.

En ny väg för arbetet mot dopning. [10]

Arbetsmarknadsdepartementet

Bemanningsdirektivets genomförande i Sverige. [5]

Samlat, genomtänkt och uthålligt?

En utvärdering av regeringens nationella handlingsplan för mänskliga rättigheter 2006–2009. + Lättläst + Daisy + Punkt-skrift. [29]