

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård, 2 § i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland och 20 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att lagen om ordnande av social- och hälsovård, lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland samt lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård ändras.

Enligt förslaget ska välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen åläggas att utöver brådiskande vård ordna sådana hälso- och sjukvårdstjänster som har bedömts som nödvändiga för vissa utlänningar som inte har hemkommun i Finland eller som inte med stöd av någon annan nationell lag eller internationell lagstiftning eller överenskommelse som är bindande för Finland har rätt till andra offentliga hälso- och sjukvårdstjänster än brådiskande vård. Vid bedömningen av huruvida tjänsterna är nödvändiga ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utöver personens hälsotillstånd också beakta hur lång personens vistelse i Finland förväntas bli. För minderåriga föreslås det att välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen ska ordna alla nödvändiga hälso- och sjukvårdstjänster i samma omfattning som för minderåriga med hemkommun i Finland. Rätten till hälso- och sjukvårdstjänster är enligt förslaget närmast av samma omfattning som för personer som söker internationellt skydd i Finland. Genom ändringen tryggas bättre än för närvarande den rätt till nödvändig omsorg och till tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster som förutsätts enligt grundlagen och i de internationella människorättskonventioner som är bindande för Finland.

Det föreslås att bestämmelserna för det första tillämpas på personer som inte har uppehållstillstånd som ger rätt till laglig vistelse i Finland. För det andra föreslås bestämmelserna gälla personer som lagligen vistas i Finland med stöd av tillfälligt uppehållstillstånd men inte har hemkommun i Finland eller inte med stöd av lagen jämställs med invånare i ett välfärdsområde. Dessutom ska bestämmelserna gälla medborgare i Europeiska unionen, Europeiska ekonomiska samarbetsområdet och Schweiz som vistas i Finland och på vilka lagstiftningen om social trygghet i bosättningsstaten inte tillämpas, samt dessa personers familjemedlemmar. En förutsättning för tillämpningen av bestämmelserna är att personen inte med stöd av någon annan nationell lag, Europeiska unionens lagstiftning eller en internationell överenskommelse redan ska ges andra hälso- och sjukvårdstjänster utöver brådiskande vård. Bestämmelsen ska inte tillämpas på personer som sökt sig till Finland för att här få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster.

Staten ska i enlighet med lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård ersätta de aktörer som ordnar hälso- och sjukvårdstjänsterna för kostnaderna för de tjänster som tillhandahållits, om kostnaderna inte kan tas ut hos personen själv. En persons betalningsoförmåga ska inte få vara ett hinder för att få vård. Därför föreslås det att man får avstå från att ta ut de kostnader som omfattas av ersättningen, om den person som fått vård bedöms vara uppenbart medellös. I lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård föreslås sådana justeringar i fråga om statlig ersättning som ändringen av lagen om ordnande av social- och hälsovård förutsätter.

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2023 och avses bli behandlad i samband med den.

De föreslagna lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2023.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	1
MOTIVERING	4
1 Bakgrund och beredning	4
2 Nuläge och bedömning av nuläget.....	5
2.1 Rätten till hälso- och sjukvårdstjänster	5
2.2 Avgifter som tas ut för hälso- och sjukvårdstjänster	19
2.3 Papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös.....	20
2.4 Bedömning av nuläget.....	24
3 Målsättning	26
4 Förslagen och deras konsekvenser	26
4.1 De viktigaste förslagen.....	26
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna	30
5 Alternativa handlingsvägar	35
5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser.....	35
5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet	37
6 Remissvar	45
7 Specialmotivering	46
7.1 Lagen om ordnande av social- och hälsovård	46
7.2 Lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland	50
7.3 Lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård	50
8 Ikraftträdande.....	51
9 Verkställighet och uppföljning	51
10 Förhållande till budgetpropositionen	52
11 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning	52
LAGFÖRSLAG	56
1. Lag om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård	56
2. Lag om ändring av 2 § i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland	58
3. Lag om ändring av 20 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård	59
BILAGA	60
PARALLELLTEXTER	60
1. Lag om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård	60
2. Lag om ändring av 2 § i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland	62
3. Lag om ändring av 20 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård	63

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

Ett av målen i regeringsprogrammet 2019 för statsminister Sanna Marins regering är att Finland ska vara ett alltmer jämlikt och likställt land där varje människa är värdefull och förtroendet ökar. Avsikten är bland annat att var och en ska få vård, omsorg och omvårdnad i rätt tid och på lika grunder. Ett sätt att nå det målet är att trygga nödvändig vård också för alla papperslösa.

Propositionen har beretts vid social- och hälsovårdsministeriet som tjänsteuppdrag och som en del av projektet Papperslösa personers social- och hälsovårdstjänster i Finland. Beredningsunderlaget till propositionen finns offentligt tillgängliga på webbplatsen <https://stm.fi/sv/projekt?tnnus=STM075:00/2021> med identifieringskoden STM075:00/2021. Utöver beredningen av den aktuella propositionen om rätten till hälso- och sjukvård utreds inom ramen för projektet även de sociala rättigheterna för papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös. Utredningen genomförs som ett forskningsprojekt om förverkligandet av papperslösas sociala rättigheter i Finland inom statsrådets gemensamma utrednings- och forskningsverksamhet (VN TEAS). Forskningsprojektets slutrapport torde bli klar hösten 2022 och efter det bedöms vid social- och hälsovårdsministeriet eventuella ändringsbehov i fråga om anvisningar och lagar som gäller socialvården.

Regeringens proposition RP 343/2014 rd, som förföll våren 2015, har utgjort grund för denna proposition. I den propositionen föreslogs det att det skulle stiftas en lag om kommunernas skyldighet att ordna vissa hälso- och sjukvårdstjänster för vissa utlänningar och en lag om ändring av lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Bakgrunden till propositionen var utredningen Hälso- och sjukvård för papperslösa i Finland som gjordes av Institutet för hälsa och välfärd på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet 2013 (rapport 11/2014, på finska, <https://www.julkari.fi/handle/10024/114941>). I utredningen presenterades tre alternativa modeller för hur papperslösa personers rätt till hälso- och sjukvård ska tryggas i större omfattning. Modellerna grundades på en tolkning som lägger vikt vid olika synpunkter i internationella människorättskonventioner, deras övervakningsorgans riktlinjer samt Finlands lagstiftning. Enligt modellerna bör så kallade papperslösa tryggas A) möjlighet att anlita hälsovårdstjänster i samma utsträckning som personer med hemkommun i Finland, B) tjänster på samma nivå och av samma omfattning som för asylsökande eller C) brådskande vård enligt gällande lagstiftning samt vård för barn under 18 år, gravida och nyförlösta kvinnor. Utifrån utredningen ordnade social- och hälsovårdsministeriet ett diskussionsmöte i riksdagen 2014 och i samband med det ombads alla riksdagsgrupper ta ställning till de alternativ som presenterades i utredningen. Dessutom ombads de viktigaste intressentgrupperna ta ställning till utredningen. Den egentliga beredningen av regeringspropositionen inleddes som tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet i september 2014. Med anledning av regeringens utkast till proposition ordnades ett samrådsmöte till vilket 27 instanser var inbjudna. Propositionen bereddes utifrån utlåtandena och lämnades därefter till riksdagen den 18 december 2014. Under riksdagsbehandlingen gav grundlagsutskottet (GrUU 73/2014 rd) och förvaltningsutskottet (FvUU 38/2014 rd) sina utlåtanden i ärendet. Propositionen godkändes i riksdagen i enlighet med social- och hälsovårdsutskottets betänkande (ShUB 55/2014 rd) den 13 mars 2015, men behandlingen av den hann inte slutföras under valperioden och propositionen förföll i riksdagen våren 2015.

Det aktuella utkastet till proposition var på remiss under tiden 11.3–22.4.2022. Utlåtanden begärdes via tjänsten utlatande.fi. Begäran om utlåtande var öppen för alla, men den riktades särskilt till 347 instanser. Dessa var kommuner, sjukvårdsdistrikt, de välfärdsområden som ska inrättas, olika myndigheter samt sådana aktörer inom tredje sektorn som tillhandahåller tjänster

för papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös. Remissinstanserna ombads särskilt att ge sina åsikter om den personkrets som omfattas av tillämpningsområdet, omfattningen av rätten till vård samt ansvarsfördelningen i fråga om kostnaderna för tjänster som tillhandahållits. Sammanlagt 27 utlåtanden lämnades in. Ett sammandrag av remissyttrandena finns i den offentliga tjänsten på adressen <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM075:00/2021> med identifieringskoden STM075:00/2021.

Förhandlingar enligt 11 § i kommunallagen har förts om regeringens proposition och frågan har behandlats i delegationen för kommunal ekonomi och kommunalförvaltning.

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Rätten till hälso- och sjukvårdstjänster

När allt fler människor rör sig från ett land till ett annat realiserar allt oftare deras behov av hälso- och sjukvårdstjänster utanför deras ursprungliga bosättningsstat. Frågor om personers lagstadgade rätt att i en gränsöverskridande kontext få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster i olika stater och till vilket pris man får tjänster, får stor betydelse. Rätten till hälsa är en av individens grundläggande mänskliga rättigheter och den ingår i många konventioner om mänskliga rättigheter som är bindande för Finland. På motsvarande sätt ingår rätten till hälso- och sjukvård i de grundläggande fri- och rättigheter som anges i Finlands grundlag. Rätten att få tillgång till offentliga hälso- och sjukvårdstjänster i Finland grundar sig traditionellt på att personen har beviljats en i lagen om hemkommun (201/1994) avsedd hemkommun i Finland. Även om en person inte har hemkommun i Finland kan personen ändå med stöd av nationell eller internationell lagstiftning ha rätt till hälso- och sjukvårdstjänster i Finland. Alla personer utan hemkommun har dock inte i samma utsträckning rätt till hälso- och sjukvårdstjänster. Hur omfattande denna rätt är varierar mycket mellan olika persongrupper.

Rätten till hälsa som mänsklig rättighet

Människors rätt till hälsa eller rätt till hälso- och sjukvård har som en mänsklig rättighet erkänts i flera konventioner om mänskliga rättigheter som är bindande för Finland. De viktigaste av dessa är konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, nedan ESK-konventionen), konventionen om barnets rättigheter (FördrS 59–60/1991), konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (FördrS 68/1986, CEDAW) och internationella konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering (FördrS 37/1970, CERD), som alla har ingåtts inom ramarna för Förenta nationerna (FN). Utöver de konventioner som ingåtts inom ramen för FN har Finland också förbundit sig att iaktta de rättigheter och skyldigheter som föreskrivs i Europarådets reviderade Europeiska sociala stadga (FördrS 78–80/2002, nedan den reviderade stadgan).

Rätten till hälsa har som mänsklig rättighet stark anknytning också till de så kallade klassiska friheterna och rättigheterna. Därmed ska människors rätt till hälso- och sjukvårdstjänster bedömas också i ljuset av de människorättsförpliktelser som gäller rätten till liv samt förbudet mot tortyr och annan grym och förnedrande behandling. Rätten till liv samt förbudet mot tortyr och annan grym och förnedrande behandling har erkänts både i internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (FördrS 8/1976, MP-konventionen), som ingåtts inom FN, och i europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (FördrS 63/1999, Europakonventionen), som ingåtts inom ramen för Europarådet.

Den främsta källan vid tolkningen av konventionerna är ställningstagandena från de internationella organ som övervakar genomförandet av konventionerna. Tillsynsorganen uttrycker sina ställningstaganden bland annat i sina allmänna kommentarer eller allmänna rekommendationer. Dessa är inte rättsligt bindande såsom själva bestämmelserna i konventionerna, men de har en avsevärd betydelse för tolkningen av bestämmelserna, eftersom karaktären och omfattningen av konventionsstaternas skyldigheter och människornas rättigheter definieras närmare i dem.

En mer omfattande genomgång av de skyldigheter som gäller människors rätt till hälso- och sjukvård i internationella konventioner om mänskliga rättigheter, inklusive källhänvisningar, finns (på finska) i den offentliga tjänsten på adressen <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM075:00/2021> med identifieringskoden STM075:00/2021.

ESK-konventionen: Konventionen ger de fördragsslutande staterna i uppdrag att utveckla nationella system för att tillgodose de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (ESK-rättigheter) och innehåller ett förbud mot att försämra den nivå som redan uppnåtts. Staterna förbinder sig att trygga vissa rättigheter inte bara för sina egna medborgare utan också för alla andra som vistas inom deras territorium. I konventionen erkänns att de resurser staterna har till sitt förfogande är begränsade samt livets realiteter och att tillgodoseendet av alla ESK-rättigheter i allmänhet inte kan uppnås till fullo på kort tid. Varje konventionsstat har en viss prövingsmarginal i fråga om vilka åtgärder som bäst tillgodoser rättigheterna i den statens särförhållanden. En grundläggande minimiskyldighet för varje konventionsstat är dock att säkerställa att miniminivån för varje rättighet som är skyddad i konventionen uppnås. Om en konventionsstat misslyckas med att uppfylla respektive minimikrav och åberopar att dess resurser är obefintliga, ska staten påvisa att den på alla sätt har eftersträvat att använda de resurser som den förfogar över för att i första hand uppfylla sina minimiförpliktelser. Det bör beaktas att uppnåendet av miniminivån inte innebär att en konventionsstat därmed skulle ha fullgjort sina internationella förpliktelser till fullo. Varje konventionsstat har förbundit sig att inom ramen för sina tillgängliga resurser eftersträva att de i konventionen inskrivna rättigheterna gradvis förverkligas i sin helhet.

ESK-konventionen innehåller den mest omfattande artikeln om rätten till hälsa i internationell människorättslagstiftning. Rätten till hälsa enligt artikel 12 punkt 1 i konventionen är en heltäckande rättighet som ska tolkas extensivt och som utöver lämplig hälso- och sjukvård i rätt tid även omfattar faktorer som påverkar hälsan, såsom rent dricksvatten. Rätten till hälsa ska förstås som varje människas rätt att åtnjuta olika möjligheter, nyttigheter, tjänster och förhållanden som är nödvändiga för att uppnå den bästa möjliga hälsa. Konventionsstaternas allmänna rättsliga förpliktelse är att respektera, skydda och tillgodose rätten till hälsa. En grundläggande minimiskyldighet är att säkerställa att miniminivån på rätten till hälsa uppnås, vilket även inkluderar nödvändig primärvård. Artikel 12 i ESK-konventionen kan dock inte tillämpas enskilt, utan den ska tolkas tillsammans de andra bestämmelserna i konventionen. Artiklarna 2 och 4 har särskild betydelse. Enligt artikel 2.1 förpliktar sig varje konventionsstat att utnyttja sina resurser för att säkerställa att syftet med konventionen uppnås. Alla lämpliga metoder och i synnerhet lagstiftningsåtgärder ska utan dröjsmål tas i bruk i konventionsstaten för att rättigheterna ska kunna tillgodoses till fullo och för att var och en så snart som möjligt ska kunna åtnjuta den bästa möjliga hälsa såväl i fysiskt som i psykiskt hänseende. Dessutom förutsätter förbudet mot diskriminering i artikel 2.2 att konventionsstaterna vidtar omedelbara åtgärder för att garantera att de i konventionen inskrivna rättigheterna utövas utan diskriminering av något slag. Varje människa har rätt att åtnjuta sina ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Utgångspunkten är följaktligen att med stöd av konventionen förbjuda all sådan diskriminering med avseende på faktorer som påverkar hälso- och sjukvården och hälsan, inbegripet medel och rättigheter för deras förvärvande som grundar sig på en förbjuden diskrimineringsgrund och vars syfte eller

verkan är att upphäva eller inskränka vars och ens rätt till hälsa på lika villkor. Konventionsstaterna får inte på diskriminerande grunder neka eller begränsa likvärdig tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster. Artikel 4 innehåller de förutsättningar med stöd av vilka de i konventionen tillförsäkrade rättigheterna kan begränsas. En konventionsstat kan endast underkasta dessa rättigheter sådana begränsningar som är angivna i lag och då enbart i den utsträckning detta är förenligt med rättigheternas natur samt uteslutande i syfte att främja det allmänna välbefindandet i ett demokratiskt samhälle. Även om någon rättighet begränsas, ska de minimiskyldigheter som följer av rättigheten alltid respekteras. En konventionsstat får under inga omständigheter berättiga ett underlåtande att fullgöra sina minimiskyldigheter och får inte avvika från dessa skyldigheter. Syftet med artikel 4 i ESK-konventionen är i första hand att skydda individens rättigheter och att inte göra det möjligt att begränsa dem. Dessutom ska artikel 4 tolkas tillsammans med diskrimineringsförbudet i artikel 2. Nationellt ursprung och medborgarskap är exempel på förbjudna diskrimineringsgrunder, vilket innebär att särbehandling på dessa grunder är diskriminering, om det inte finns några godtagbara och objektiva grunder för särbehandlingen.

FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (nedan ESK-kommittén), som är tillsynsmyndighet, har med hjälp av sina allmänna kommentarer preciserat tolkningen av rätten till hälsa. Enligt kommittén är tillgång, tillgänglighet, godtagbarhet och kvalitet väsentliga element i rätten till hälsa. Av detta följer att konventionsstaterna är skyldiga att säkerställa en jämlik fördelning av alla vårdplatser, hälsovårdsprodukter och hälso- och sjukvårdstjänster. Staterna har också en ovillkorlig skyldighet att säkerställa att alla har såväl formell som faktisk tillgång till vårdplatser, hälsovårdsprodukter och hälso- och sjukvårdstjänster, utan diskriminering. Kommittén har påpekat att konventionsstaterna utan diskriminering ska garantera de rättigheter som erkänts i konventionen också när det gäller personer som vistas inom deras territorium och som saknar medborgarskap i staten i fråga, såsom flyktingar, asylsökande, statslösa, gästarbetare och offer för människohandel, oberoende av deras rättsliga ställning och oavsett om de har de handlingar som ger dem rätt att vistas i landet. Dessutom har ESK-kommittén betonat att rätten till hälsa också inbegriper ett krav på att produkter och tjänster för hälso- och sjukvård ska finnas till skäligt pris för alla, även för socialt missgynnade grupper. Avgifterna ska grunda sig på skälighetsprincipen, och ett högt pris får inte utgöra ett hinder för att tillgodose denna rätt.

Enligt ESK-kommittén gör sig konventionsstaten skyldig till hälsorelaterad överträdelse av konventionen, om den lagstiftning som behövs inte har satts ikraft eller om statens åtgärder, förfaranden eller lagstiftning strider mot kraven i artikel 12 i konventionen och sannolikt leder till fysisk skada, onödigt insjuknande eller dödlighet som kan förebyggas. På motsvarande sätt har kommittén tolkat att skyldigheter åsidosätts också om staten inte har vidtagit lämpliga åtgärder för att säkerställa att alla har rätt att såväl i fysiskt som i psykiskt hänseende åtnjuta den bästa möjliga hälsa eller om staten är ovillig att i så stor utsträckning som möjligt utnyttja sina tillgängliga resurser för att till fullo tillgodose rätten till hälsa. Den stat som åberopar resursbrist har bevisbördan i fråga om att i första hand genom alla medel ha strävat efter att utnyttja alla till buds stående resurser för att uppfylla de skyldigheter som följer av rätten till hälsa.

ESK-kommittén har upprepade gånger uttryckt sin oro över att papperslösa personer i Finland i regel inte har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster annat än i brådskande, livshotande situationer. Kommittén har upprepat sin tolkning att papperslösa med stöd av artikel 12 i konventionen bör ha större rätt att få de hälso- och sjukvårdstjänster de behöver. Kommittén har rekommenderat att Finland ska säkerställa att alla personer enligt lagen och i praktiken har lika möjligheter att få den vård som de behöver, oberoende av deras rättsliga ställning och dokumentation. ESK-kommitténs senaste ställningstagande är från 2021, då kommittén gav rekommendationer om sina slutsatser om Finlands sjunde periodiska rapport (E/C.12/FIN/CO/7).

Konventionen om barnets rättigheter: Med stöd av konventionen om barnets rättigheter förbinder sig konventionsstaterna att tillförsäkra alla barn de rättigheter som konventionen skyddar. Bestämmelser om barnets rätt till hälsa finns i artikel 24 i barnkonventionen. I artikel 24.1 åläggs konventionsstaterna att sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Enligt FN:s kommitté för barnets rättigheter (barnrättskommittén), som övervakar efterlevnaden av konventionen om barnets rättigheter, har konventionsstaterna en tungt vägande skyldighet att säkerställa att alla barn har tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster och andra relevanta tjänster. Konventionsstaterna bör identifiera och undanröja hinder som försvårar barns tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster. Konventionsstaterna ska fästa särskild uppmärksamhet vid tillgången till tjänster för de regioner och befolkningsgrupper som är missgynnade eller i en utsatt eller ofördelaktig ställning. Barn som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös är en särskilt sårbar grupp.

På motsvarande sätt som i fråga om ESK-konventionen påverkar också de övriga artiklarna i konventionen tolkningen och tillämpningen av bestämmelsen. Av särskild betydelse är artikel 4, samt artiklarna 2, 3 och 6 som innehåller normer som omfattar hela konventionen och definieras som allmänna principer. Enligt artikel 4 ska konventionsstaterna vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen. I artikeln nämns särskilt barns ESK-rättigheter. Också barnkonventionen erkänner att staternas resurser är begränsade och gör det möjligt att gradvis tillgodose ESK-rättigheterna. Enligt barnrättskommittén är konventionsstaterna skyldiga att omedelbart vidta alla lämpliga åtgärder inom ramen för tillgängliga resurser för att barnets ESK-rättigheter enligt konventionen ska tillgodoses till fullo. Konventionsstaterna är skyldiga att så snart som möjligt och utan diskriminering omedelbart vidta åtgärder för att fullgöra sin skyldighet att respektera, skydda och tillgodose varje barns rätt till hälsa. En konventionsstat som åberopar knappa resurser ska kunna visa att den i första hand har utnyttjat så mycket av sina tillgängliga resurser som möjligt för att till fullo tillgodose barnets rättigheter. Om en konventionsstat påvisar att dess resurser är otillräckliga, ska den trots detta vidta riktade åtgärder och sträva efter att så snabbt och effektivt som möjligt till fullo tillgodose barnets rätt till hälsa.

Enligt artikel 2 åläggs konventionsstaterna att tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion tillgång till de rättigheter som erkänns i konventionen utan diskriminering. Konventionsstaterna är skyldiga att förbjuda all slags diskriminering och vidta ändamålsenliga förebyggande åtgärder för att varje barn ska ha likvärdiga möjligheter att åtnjuta de rättigheter som tryggas i konventionen. Förteckningen över förbjudna diskrimineringsgrunder innehåller bl.a. nationellt ursprung, men eftersom det inte är fråga om någon uttömmande förteckning innebär det att t.ex. medborgarskap kan komma i fråga som en förbjuden diskrimineringsgrund. Barn kan även bli utsatta för förbjuden diskriminering på grund av sina föräldrar.

Barnets bästa, som nämns i artikel 3.1, är en av konventionens ledande principer. Enligt den tolkning som barnrättskommittén gör, är detta ett begrepp som består av tre dimensioner. För det första har varje barn rätt att få sina egna intressen bedömda och beaktade i beslutsfattande som gäller barnet självt. För det andra är barnets bästa en grundläggande tolkningsprincip, enligt vilken man bland olika genomförbara alternativ bör välja det alternativ som bäst tillgodoser barnets bästa i den aktuella situationen. För det tredje är barnets bästa en tillvägagångssätt som förutsätter att barnets bästa bedöms, avvägs och motiveras i allt beslutsfattande.

Enligt barnrättskommittén är alla barns rätt till hälsa en omfattande rättighet som inte enbart avser omvårdnad och hälso- och sjukvårdstjänster på ändamålsenligt sätt och i rätt tid. Varje barn har rätt att växa och utvecklas efter sina egna förutsättningar och att leva under förhållanden som främjar barnets hälsa på bästa sätt. Rätten till hälsa inbegriper också olika hälsofrämjande faktorer, såsom lämplig kost och rent dricksvatten.

Barnrättskommittén har ansett att barn har rätt till högklassiga hälso- och sjukvårdsvårdstjänster, såsom förebyggande, hälsofrämjande, rehabiliterande och botande vård och tjänster samt palliativ vård. All diskriminering av barn inom hälso- och sjukvården är förbjuden och konventionsstaterna har en direkt skyldighet att säkerställa att barns hälsa inte äventyras på grund av diskriminering. Det ska finnas tillräckligt med primärvårdstjänster att tillgå och de ska vara tillräckligt högklassiga och fungerande. Även tjänster inom den specialiserade sjukvården på olika nivåer ska finnas tillgängliga i den mån det är möjligt. Tjänsterna ska både fysiskt och ekonomiskt vara tillgängliga för alla barn. Enligt kommittén bör hälso- och sjukvårdstjänster vara allmänt tillgängliga för alla barn till ett skäligt pris. Kravet på att priset ska vara skäligt innebär att en persons oförmåga att betala kostnaderna för hälso- eller sjukvårdstjänster, utrustning eller mediciner inte får leda till att personen nekas tillgång till vård.

Utöver barnens rättigheter förutsätter konventionen även att konventionsstaterna vidtar lämpliga åtgärder för att säkerställa tillfredsställande hälso- och sjukvård för mödrar före och efter förlossningen samt för deras barn. I flera allmänna kommentarer har barnrättskommittén med tanke på barnets hälsa och välbefinnande betonat betydelsen av ändamålsenlig hälso- och sjukvård i rätt tid för kvinnor före och efter en förlossning. Hälso- och sjukvårdstjänster samt hälso- och sjukvårdstjänster, utrustning och produkter ska vara tillgängliga för alla barn samt för kvinnor före och efter förlossning, både på lagnivå och i praktiken, och utan diskriminering av något slag.

Barnrättskommittén har också avgjort ett enskilt klagomål som behandlade rätten till hälsa och vård för ett barn som hade ansökt om uppehållstillstånd och fått en uppmaning att avlägsna sig ur landet. I avgörandet om det individuella klagomålet (Communication No. 22/2017) ansåg kommittén att nödvändig medicinsk vård borde ha ordnats för barnet som ansökt om uppehållstillstånd och som insjuknat i malaria och andra sjukdomar som förorsakats av inälvsparasiter. I avgörandet ansågs Spanien ha försummat att ordna nödvändig vård och brutit mot artikel 24 i konventionen.

Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor: Med stöd av konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor åtar sig konventionsstaterna att vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor. Det allmänna syftet med konventionen är att garantera kvinnor utövande och åtnjutande av mänskliga rättigheter och grundläggande friheter på grundval av jämställdhet med männen. Konventionsstaterna har en allmän rättslig skyldighet att respektera, skydda och tillgodose kvinnors rätt till icke-diskriminering och jämställdhet. Konventionsstaterna ska avstå från varje diskriminerande handling mot kvinnor och skydda kvinnor mot att någon tredje part kränker deras rättigheter. Skyldigheten att tillgodose kvinnors rätt till icke-diskriminering och jämställdhet förutsätter att konventionsstaterna vidtar omfattande åtgärder för att säkerställa att kvinnor och män har lika rättigheter juridiskt och faktiskt. Konventionsstaterna ska på lämpligt sätt och utan dröjsmål inrikta sin politik på att avskaffa diskriminering av kvinnor. Förutom konventionen har också ett fakultativt protokoll (FördrS 21/2001) till den om ett klagomålsförfarande undertecknats och satts i kraft i Finland.

I artikel 2 i konventionen om avskaffande av alla slags diskriminering av kvinnor föreskrivs det att konventionsstaterna fördömer diskriminering av kvinnor i alla dess former och är eniga om att på lämpligt sätt och utan dröjsmål inrikta sin politik på att avskaffa diskriminering av kvinnor och åtar sig i detta syfte att vidta de särskilda åtgärder som nämns i artikel 2 a–g. Artikel 2 definierar konventionsstaternas allmänna rättsliga skyldigheter och är därför särskilt viktig för att konventionen ska förstås till fullo och vid tolkningen av övriga bestämmelser i konventionen.

I artikel 12 och artikel 14.2 b föreskrivs det om kvinnors rätt till hälsa. Kvinnor ska ha rätt till hälso- och sjukvård och tjänster på samma villkor som män, och samtidigt ska kvinnors särskilda hälsorelaterade behov beaktas på tillbörligt sätt. Konventionen kräver att konventionsstaterna ska avskaffa all diskriminering som kvinnor råkar ut för i fråga om tillgången till hälso- och sjukvård under hela sin livstid och särskilt när det gäller familjeplanering, graviditet och tiden efter en förlossning. Konventionsstaterna är skyldiga att till fullo vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, rättsliga och administrativa åtgärder, åtgärder som hänför sig till budgeten, ekonomiska och andra åtgärder inom ramarna för de resurser staterna har, för att garantera att kvinnors rätt till hälso- och sjukvård tillgodoses. Kvinnor har rätt att utan diskriminering få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster av god kvalitet i rätt tid och till skäligt pris.

Enligt de allmänna rekommendationerna från den kommitté för avskaffande av diskriminering av kvinnor som övervakar genomförandet av konventionen ska konventionsstaterna undanröja sådana hinder, såsom höga avgifter för hälso- och sjukvårdstjänster, som kvinnor stöter på när de försöker få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster. Konventionsstatens åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor är otillräckliga, om det inom hälso- och sjukvårdssystemet i konventionsstaten saknas sådana tjänster som förebygger, identifierar och behandlar hälsoproblem eller sjukdomar som är särskilt typiska hos kvinnor. Det konstateras separat att konventionsstaterna bör garantera tillgång i rätt tid till omfattande tjänster i fråga om familjeplanering, reproduktiv hälsa och sexuell hälsa. Kommittén för avskaffande av diskriminering av kvinnor har betonat kvinnors rätt till tjänster för sexuell och reproduktiv hälsa samt tjänster i samband med graviditet och förlossning.

I sitt avgörande i ett enskilt klagomål (communication no. 110/2016) har kommittén upprepat sin tolkning att det i konventionsstaterna enligt artikel 12 i konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor ska fästas särskild uppmärksamhet vid hälsobehov och rättigheter för kvinnor och flickor som hör till utsatta och missgynnade grupper. Konventionsstaterna ska vidta åtgärder för att avlägsna de hinder som finns i fråga om kvinnors tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster. Kommittén har konstaterat att kvinnor har rätt att få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster och särskilt till tjänster som gäller reproduktiv hälsa i rätt tid och till skäligt pris, och att konventionsstaten Nordmakedonien därför bröt mot sina förpliktelser enligt konventionen när den inte ordnade några sådana hälso- och sjukvårdstjänster alls för extremt fattiga, gravida romska kvinnor som utsatts för diskriminering på flera grunder.

Internationella konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering: Konventionen förpliktar konventionsstaterna att fördöma alla former av rasdiskriminering och att utan dröjsmål följa en politik syftande till att avskaffa rasdiskriminering. I konventionen fastställs allmänna rättsliga skyldigheter och särskilda åtgärder som konventionsstaterna ska förbinda sig till för att avskaffa rasdiskriminering. Artikel 5 gäller rätten till hälso- och sjukvård utan rasdiskriminering. Artikel 5 i sig grundar inte någon rätt till hälso- och sjukvårdstjänster, utan i den föreskrivs det att konventionsstaterna förpliktar sig att förbjuda och avskaffa rasdiskriminering i alla dess former och att tillförsäkra envar, utan åtskillnad grundad på ras, hudfärg eller nationellt eller etniskt ursprung, likhet inför lagen, också vad avser åtnjutandet av ESK-rättigheter och rätten till hälsa.

Konventionsstaterna ska vid behov se över sin lagstiftning för att säkerställa att lagstiftningen i fråga till alla delar överensstämmer med konventionen och att de rättigheter som anges i artikel 5 faktiskt kan utövas utan diskriminering. Konventionsstaterna ska också säkerställa att den lagstiftning som garanterar rättsligt skydd mot rasdiskriminering även tillämpas på andra än medborgare, oberoende av deras ställning som invandrare, och att verkställigheten av lagstiftningen inte har diskriminerande konsekvenser för personer som inte är medborgare.

I fråga om ESK-rättigheterna har konventionsstaterna en särskild skyldighet att avlägsna hinder som hindrar icke-medborgare från att åtnjuta sina ESK-rättigheter särskilt när det gäller utbildning, arbete och hälsa. Konventionsstaterna ska säkerställa att de respekterar rätten till en tillräcklig nivå av fysisk och psykisk hälsa även i fråga om andra än medborgare. Konventionsstaterna ska avstå från att förbjuda eller begränsa icke-medborgares möjligheter att få tillgång till tjänster inom förebyggande, botande och palliativ vård.

Konventionen om rasdiskriminering har betydelse i synnerhet när en stat behandlar medborgare och icke-medborgare olika. CERD-kommittén för avskaffande av rasdiskriminering, som övervakar genomförandet av konventionen, har i sina allmänna rekommendationer betonat att konventionsstaterna är skyldiga att i den omfattning som erkänns i internationell rätt säkerställa jämställdheten mellan medborgare och andra än medborgare, bland annat vid utövandet av ESK-rättigheter. Särbehandling på grund av nationalitet eller invandringsstatus är diskriminering, om särbehandlingen inte sker för att uppnå ett godtagbart syfte eller de valda metoderna inte står i rätt proportion till uppnåendet av ett godtagbart syfte.

År 2017 uttryckte CERD-kommittén sin oro för Finland när det gäller papperslösa personers svårigheter att få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster i andra än brådskande fall. (CERD/C/FIN/CO/23) Kommittén har rekommenderat Finland att vidta konkreta åtgärder för att papperslösa på ett effektivt sätt ska få tillgång till ändamålsenliga hälso- och sjukvårdstjänster till ett skäligt pris. Enligt ställningstagandet begränsas papperslösas rätt till hälso- och sjukvårdstjänster i finsk lagstiftning i sista hand också på grunder som härrör sig till medborgarskap och invandringsstatus. Också i ljuset av konventionen mot rasdiskriminering bör det finnas objektivt sett godtagbara grunder för särbehandling av papperslösa.

Den reviderade europeiska sociala stadgan: Konventionen är Europarådets människorättskonvention om ekonomiska och sociala rättigheter och kompletterar Europakonventionen, som tryggar medborgerliga och politiska rättigheter. Övervakningen av genomförandet av den reviderade stadgan baserar sig på konventionsstaternas periodiska rapporter. Rapporterna granskas av Europeiska kommittén för sociala rättigheter, som i sina slutsatser framför juridiska ställningstaganden till huruvida konventionsstaternas rättsläge överensstämmer med eller strider mot bestämmelserna i konventionen. Efterlevnaden av den reviderade sociala stadgan övervakas också genom ett kollektivt klagomålsförfarande, om vilket det finns ett eget tilläggsprotokoll som Finland har anslutit sig till (FördrS 75–76/1998).

Den reviderade stadgan innehåller flera bestämmelser som gäller rätten till hälsa. Enligt del I punkt 11 i stadgan har konventionsstaterna åtagit sig att eftersträva förhållanden där var och en har rätt att komma i åtnjutande av alla åtgärder som kan bidra till att ge honom eller henne bästa möjliga hälsotillstånd. I artikel 11 i del II i stadgan fastställs rätten till bästa möjliga hälsotillstånd och rätten till hälso- och sjukvård. Europeiska kommittén för sociala rättigheter tolkar begreppet hälsa i vid bemärkelse och hänvisar till Världshälsoorganisationens (WHO) definition, enligt vilken hälsa avser ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning.

En allmän skyldighet för konventionsstaterna är att vidta lämpliga rättsliga och praktiska åtgärder för att till fullo tillgodose de rättigheter som erkänns i den reviderade stadgan utan diskriminering av något slag. Ett stegvis tillgodoseende av rättigheterna kommer i fråga när genomförandet är synnerligen komplicerat och medför betydande ekonomiska kostnader.

Enligt Kommittén för sociala rättigheter ska konventionsstaterna garantera alla individer tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet och hälso- och sjukvårdssystemet ska vara tillgäng-

ligt för hela befolkningen. Konventionsstaterna ska ordna ändamålsenlig vård i rätt tid på grundval av principen om icke-diskriminering. Samhället ska åtminstone delvis ansvara för kostnaderna för hälso- och sjukvården. Kostnaderna får inte orsaka en för stor börda för enskilda människor och finansieringen av hälso- och sjukvårdssystemet ska inte huvudsakligen bygga på de avgifter som klienterna själva betalar. Den ekonomiska belastningen på de patienter som har sämst förutsättningar bör minskas.

I artikel 13 i del II föreskrivs det om rätten till social och medicinsk hjälp. Artikeln tryggar rätten till sistahandstryggande av försörjning samt brådskande vård. Personer som saknar tillräckliga medel för sin försörjning ska ha rätt att vid sjukdom avgiftsfritt få den vård deras tillstånd kräver. I detta sammanhang omfattar medicinsk hjälp enligt kommittén för sociala rättigheter gratis eller subventionerad hälso- och sjukvård, eller bidrag med hjälp av vilka personerna kan betala för den vård som deras hälsotillstånd kräver. Enligt avgörandet av det kollektiva klagomålet *European Roma Rights Centre (ERRC) v. Bulgaria* (Complaint No. 46/2007) ska rätten till medicinsk hjälp inte begränsas till endast brådskande fall. Ett system som ersätter vårdkostnaderna endast för en viss tid eller som inte täcker sådan öppenvård inom bassjukvården eller den specialiserade sjukvården som patienten behöver var enligt kommittén inte tillräckligt för att garantera hälso- och sjukvård för fattiga eller socialt utsatta personer som insjuknat. Hur allvarlig en sjukdom är får inte heller vara en faktor som avgör om man vägrar ge medicinsk hjälp.

Flera av bestämmelserna i den reviderade stadgan garanterar särskilt skydd för barn och unga. Kommittén för sociala rättigheter har ansett att artikel 17 i del II i stadgan som gäller minderårigas rätt till socialt, rättsligt och ekonomiskt skydd också garanterar barn som vistas i landet i strid med bestämmelser och ensamkommande barn rätt till vård och hjälp, inklusive medicinsk hjälp. Kommittén för sociala rättigheter beaktar i frågor som gäller barn hur FN:s konvention om barnets rättigheter har tolkats, och kommittén har i sina beslut som berör barn iakttagit principen om prioritering av barnets bästa.

Papperslösa personers rätt till hälsa med stöd av den reviderade europeiska sociala stadgan har inte varit en entydig fråga, eftersom punkt 1 i tillägget till den reviderade europeiska sociala stadgan innehåller en bestämmelse om stadgans personrelaterade tillämpningsområde och de stater som anslutit sig till stadgan har förbundit sig att garantera de rättigheter som nämns i den i princip endast för medborgare i andra konventionsstater. Avgränsningen förhindrar på basis av sin ordalydelse att de rättigheter som tryggas i stadgan tillämpas på alla utlänningar som i strid med bestämmelserna vistas på en konventionsstats territorium. Kommittén för sociala rättigheter har noterat att staterna har rätt att kontrollera utländska medborgares inresa och vistelse i landet samt avlägsnande ur landet. Detta innebär också att staten därvid kan behandla personer som lagligen vistas i landet och personer som i strid med bestämmelser vistas i landet olika.

Kommittén för sociala rättigheter har dock betonat att staterna ändå måste samordna de grundläggande mänskliga rättigheterna för invandrare med den nationella migrationslagstiftningen. Kommittén tolkar den reviderade stadgan som en konvention om de mänskliga rättigheterna, vars målsättning och syfte inte endast är att värna om de mänskliga rättigheterna på teoretisk nivå, utan också i praktiken. Kommittén har i flera avgöranden av kollektiva klagomål hänvisat till att människovärdet är den europeiska människorättsjuridikens kärna och ett av dess grundläggande värden, och att hälso- och sjukvården är en grundförutsättning för att människovärdet ska bevaras. Avgränsningen av tillämpningsområdet enligt punkt 1 i tillägget till den reviderade stadgan ska enligt kommittén inte tolkas så att invandrare som vistas i landet utan tillstånd nekats de rättigheter som garanteras i den reviderade stadgan eller så att deras grundläggande rättigheter, såsom rätten till liv eller fysisk integritet eller människovärde inskränks. Kommittén har

ansett att avgränsningen av det personrelaterade tillämpningsområdet inte bör leda till att grupper med sämre förutsättningar inte kan utöva sin rätt till hälsa, eftersom detta samtidigt innebär att dessa människors människovärde och rätt till liv inte respekteras. Därför har kommittén ansett att de rättigheter som tryggas i artikel 11 och 13 i del II i den reviderade stadgan, trots avgränsningen av tillämpningsområdet omfattar även utlänningar som vistas i en stat i strid med bestämmelserna, även om de inte är medborgare i konventionsstaterna. Kommittén har betonat att en sådan tolkning av tillämpningsområdet är aktuell endast i ytterst exceptionella fall och endast när en annan tolkning skulle leda till en situation där rätten till liv eller fysisk integritet eller människovärdet inte respekteras och följderna i fråga om dessa grundläggande rättigheter blir mycket skadliga. Enligt kommittén för sociala rättigheter är lagstiftning eller praxis som förbjuder eller nekar rätten till medicinsk hjälp för utlänningar som vistas inom en konventionsstats territorium i strid med bestämmelserna inte förenlig med den reviderade stadgan. Personer som vistas i landet i strid med bestämmelserna har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster av god kvalitet och till skäligt pris. Även om kommittén inte definierar dessa tjänster närmare har den ansett att rätten till hälso- och sjukvårdstjänster inte bör avgränsas till endast brådskande vård i livshotande situationer. Kommittén har betonat att barn som vistas i landet i strid med bestämmelserna är en särskilt sårbar grupp och att dessa barn med stöd av avgörandena av kollektiva klagomål bör ha en så omfattande rätt som möjligt till hälso- och sjukvårdstjänster samt till ändamålsenlig inkvartering, särskilt skydd och omvårdnad.

Andra konventioner om mänskliga rättigheter: Efterlevnaden av MP-konventionen övervakas av FN:s kommitté för mänskliga rättigheter, som år 2019 utarbetade en allmän rekommendation om tolkningen av rätten till liv. Enligt rekommendationen innebär rätten till liv att staterna aktivt ska vidta lämpliga åtgärder för att åtgärda sådana allmänna missförhållanden i samhället som kan orsaka direkta hot mot liv eller hindra personer från att med värdighet åtnjuta sin rätt till liv. Enligt rekommendationen betyder detta att staterna ska se till att alla utan dröjsmål har tillgång till sådana förnödenheter och tjänster som är nödvändiga för deras liv. Med nödvändiga tjänster avses enligt rekommendationen bland annat nödvändiga hälso- och sjukvårdstjänster i fråga om vilka bristfällighet kan orsaka fara för en persons liv. (se CCPR/C/GC/36, punkt 26)

På motsvarande sätt har Europeiska domstolen för mänskliga rättigheter (Europadomstolen), som övervakar efterlevnaden av Europakonventionen, ansett att av konventionen åtminstone följer en skyldighet att utan diskriminering tillförsäkra alla som står under en stats jurisdiktion och vars liv är i fara tillgång till de hälso- och sjukvårdstjänster som staten är skyldig att tillhandahålla sin befolkning. Det bör noteras att Europadomstolens domar kan verkställas nationellt. Till denna del skiljer de sig till sin juridiska betydelse från avgöranden om klagomål och rekommendationer från andra kommittéer som lyder under Europarådet eller FN.

Dessutom har övervakningsorganen för båda konventionerna i olika sammanhang lyft fram att förvägrande av sådan vård och medicinering som personer i en särskilt utsatt ställning behöver kan anses vara sådan grym och förnedrande behandling som är förbjuden enligt konventionerna.

Rätten till hälsa som en grundläggande fri- och rättighet

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Rätten till social- och hälso- och sjukvårdstjänster ingår i rätten till omsorg. Bestämmelsen tryggar för var och en som omfattas av Finlands jurisdiktion en subjektiv rätt till sådan inkomstnivå och sådana tjänster som tryggar miniminivån på förutsättningarna för ett människovärdigt liv. Det är fråga om stöd i sista hand, dvs. rättigheten blir aktuell om en person inte själv på något annat sätt förmår skaffa sig oundgänglig försörjning och omsorg och personen inte har rätt att få stöd från andra system för social

trygghet eller av andra personer. Syftet är att för de personer som har det sämst ställt trygga ett minimiskydd, som samhället måste kunna trygga under alla förhållanden.

Eftersom den rätt som föreskrivs i 19 § 1 mom. i grundlagen är en subjektiv rättighet är den inte beroende av kompletterande bestämmelser på lägre nivå och en person kan vid behov åberopa den direkt för att få sin rätt tillgodosedd. Grundlagsutskottet framhöll dock i sitt betänkande i samband med stiftandet av de grundläggande fri- och rättigheterna att det för att alla ska kunna tillförsäkras minimiskyddet i praktiken behövs lagstiftning på lägre nivå, där de stödformer som miniminivån omfattar, förutsättningarna för att få stöd samt ansökningsprocesserna preciseras (GrUB 25/1994 rd, s. 10). I grundlagen eller förarbetena till den tar man inte på ett uttömmande sätt ställning till vilken nivå av nödvändig omsorg som ska anses trygga ett människovärdigt liv. Förutsättningarna för att få hjälp ska utredas genom individuell behovsprövning.

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt. Till skillnad från 19 § 1 mom. i grundlagen är den förpliktelse i 3 mom. som gäller det allmänna ingen subjektiv rättighet som kan åberopas av en enskild person. Bestämmelsen har stark anknytning till andra grundläggande fri- och rättigheter i grundlagen (till exempel förpliktelse i fråga om jämlikhet och förbudet mot diskriminering enligt 6 § samt rätten till liv enligt 7 §) och till skyldigheterna i de konventioner om mänskliga rättigheter som är bindande för Finland. Dessa ska också beaktas när lagar om social- och hälso- och sjukvårdstjänster stiftas.

Bestämmelserna i 19 § i grundlagen har dessutom anknytning till 22 § i grundlagen, enligt vilken det allmänna ska se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Syftet med bestämmelsen är att garantera faktiska förutsättningar för tillgodosendandet av de grundläggande fri- och rättigheterna. Enligt förarbetena till grundlagen förutsätter det faktiska tillgodosendandet av de grundläggande fri- och rättigheterna ofta aktiva åtgärder från det allmänna, till exempel för att skydda individens grundläggande fri- och rättigheter mot kränkningar från utomstående sida eller för att skapa faktiska förutsättningar för utövning av de grundläggande fri- och rättigheterna (RP 309/1993 rd, s. 79/II). Dessutom berör den förpliktelse som gäller det allmänna inte enbart de grundläggande fri- och rättigheterna enligt Finlands grundlag. Förpliktelsen omfattar också en skyldighet att trygga de rättigheter som anges i de konventioner om mänskliga rättigheter som är bindande för Finland.

Rätten till hälso- och sjukvårdstjänster i den nationella lagstiftningen

Enligt 3 § 1 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) har var och en som varaktigt bor i Finland utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. I fråga om rätten till vård för personer som tillfälligt vistas i Finland gäller vad som föreskrivs särskilt eller vad som avtalas om det mellan stater på basis av ömsesidighet.

Personer som varaktigt bor i Finland: Enligt den gällande lagstiftningen om offentlig hälso- och sjukvård i Finland ligger ansvaret för ordnandet av hälso- och sjukvården på kommunerna. Bestämmelser om kommunernas ansvar för ordnandet av hälso- och sjukvården finns i folkhälso- och sjukvårdslagen (66/1972) och lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989). Dessutom finns i hälso- och sjukvårdslagen och i speciallagar inom hälso- och sjukvården närmare bestämmelser om tillhandahållandet av och innehållet i hälso- och sjukvården. Den kommunala hälso- och sjuk-

vårdens personrelaterade tillämpningsområde omfattar kommuninvånarna. Med kommuninvånare avses den vars hemkommun kommunen i fråga är i enlighet med lagen om hemkommun (201/1994).

I juni 2021 godkände riksdagen de viktigaste lagarna genom vilka social- och hälsovårdens strukturer, tjänster och finansiering reformeras (RP 241/2020 rd). Efter reformen bildas det i Finland 21 välfärdsområden som tar över de uppgifter inom social- och hälsovården och räddningsväsendet som kommunerna för närvarande ansvarar för. Ansvaret för att ordna tjänsterna överförs från kommunerna till välfärdsområdena från ingången av 2023. Staten svarar för de kommande välfärdsområdenas finansiering. I detta sammanhang avviker Helsingfors stad, som också efter totalreformen kommer att ansvara för ordnandet av tjänster inom sitt område. Därtill har den HUS-sammanslutning som grundas i och med reformen tilldelats lagstadgade uppgifter i fråga om ordnandet av tjänster. Vad som i denna proposition nämns om välfärdsområdena tillämpas också på Helsingfors stad och i tillämpliga delar på HUS-sammanslutningen.

I 3 § 2 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter hänvisas det till de lagar där det också föreskrivs om skyldigheten att ordna hälso- och sjukvårdstjänster. I och med totalreformen av social- och hälsovården tillämpas enligt paragrafen från den 1 januari 2023 i fråga om välfärdsområdenas och statens skyldighet att ordna hälso- och sjukvårdstjänster vad som föreskrivs i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021), hälso- och sjukvårdslagen, lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016), mentalvårdslagen (1116/1990), lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015) och lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987).

Enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård svarar välfärdsområdet för ordnandet av social- och hälsovården inom sitt område och har organiseringsansvaret för invånarnas social- och hälsovård. Liksom i den gällande lagstiftningen är definitionen av invånare anknuten till en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun. Med invånare i ett välfärdsområde avses den som har hemkommun inom välfärdsområdets område. Ansvaret för ordnandet av tjänster är inte bundet till finskt medborgarskap utan till varaktig bosättning. Därmed har också utländska medborgare som är varaktigt bosatta i Finland och som har hemkommun i Finland i egenskap av invånare i ett välfärdsområde rätt till alla hälso- och sjukvårdstjänster som välfärdsområdet är skyldigt att ordna för sina invånare. På motsvarande sätt omfattar välfärdsområdets lagstadgade organiseringsansvar inte sådana finska medborgare som på grund av varaktig vistelse utomlands inte längre har hemkommun i Finland.

Personer som vistas tillfälligt i Finland: Även om en person inte bor varaktigt i Finland, dvs. inte har hemkommun i Finland, kan personen med stöd av nationell eller internationell lagstiftning ha rätt till tjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården. Speciallagstiftningens personrelaterade tillämpningsområde och omfattningen av den rätt till hälso- och sjukvård som garanteras, dvs. vilka tjänster och vilken nivå på dem rätten omfattar, varierar mycket mellan olika speciallagar. Enligt en grov indelning är en persons rätt beroende av personens så kallade status, dvs. grunden för vistelsen och vistelsens karaktär samt från vilken stat personen har kommit till Finland.

Europeiska unionens lagstiftning innehåller många bestämmelser om rätten till hälso- och sjukvård, dvs. vårdförmåner, för personer som rör sig mellan staterna. De mest omfattande bestämmelserna finns i EU-förordning 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (nedan EU-förordning 883/2004). Förordningen tillämpas främst på personer som är försäkrade i EU-medlemsstater och stater som hör till Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES, dvs. Island, Liechtenstein och Norge) och Schweiz och som rör sig mellan staterna, samt deras familjemedlemmar. Dessutom tillämpas EU-förordning 883/2004 i vissa situationer också på

tredjelandsmedborgare som är varaktigt bosatta inom EU:s territorium (förordning (EU) nr 1231/2010 om utvidgning av förordning (EG) nr 883/2004 och förordning (EG) nr 987/2009 till att gälla de tredjelandsmedborgare som enbart på grund av sitt medborgarskap inte omfattas av dessa förordningar). Dessutom har EU och Förenade konungariket Storbritannien och Nordirland (nedan Storbritannien) ingått två avtal som reglerar förhållandet mellan Storbritannien och EU efter att Storbritannien lämnade EU den 1 februari 2020. I båda avtalen finns bestämmelser som tryggar rätten till social trygghet för personer som rör sig mellan EU och Storbritannien. I fråga om de rättigheter som gäller hälso- och sjukvård är bestämmelserna i avtalen nästan identiska med bestämmelserna om vårdförmåner i EU-förordning 883/2004. Det som nedan konstateras om rättigheterna i fråga om vårdförmåner enligt EU-förordning 883/2004 gäller således i tillämpliga delar också belägenheter mellan Finland och Storbritannien.

Huvudprincipen i EU-förordning 883/2004 är att lagstiftningen om social trygghet i endast en medlemsstat åt gången tillämpas på en person. I regel bestäms vilken lagstiftning om social trygghet som ska tillämpas enligt den så kallade principen om anställningsstat, vilket innebär att lagstiftningen om social trygghet i den stat där en person är i lönearbete eller verksam som självständig yrkesutövare ska tillämpas på personen. På personer som står utanför arbetslivet tillämpas lagstiftningen i bosättningsstaten. Utöver dessa så kallade lagvalsbestämmelser finns i EU-förordning 883/2004 särskilda bestämmelser om vilken stat som svarar för kostnaderna för den sjukvård som ges en person i EU- och EES-staterna och i Schweiz. I regel bestäms en stats kostnadsansvar i fråga om sjukvård i enlighet med lagvalsbestämmelserna, men till exempel i fråga om pensionärer som omfattas av lagstiftningen i sin bosättningsstat är den stat som betalar pensionen ansvarig för kostnaderna. Den stat som svarar för sjukvårdskostnaderna kallas för den behöriga staten. En person har alltid rätt till hälso- och sjukvårdstjänster i sin behöriga stat. En person vars sjukvårdskostnader Finland ansvarar för har således rätt till alla de offentliga hälso- och sjukvårdstjänster i Finland som personen behöver, även om personen inte har hemkommun i Finland.

Genom EU-förordning 883/2004 tryggas också för personer som tillfälligt rör sig på en annan medlemsstats territorium rätten till de vårdförmåner som av medicinska skäl blir nödvändiga under vistelsen med beaktande av förmånernas karaktär och vistelsens förväntade längd. Medicinskt nödvändig vård inbegriper som term också vård vid långtidssjukdom, graviditet och förlossning. Enligt förordningen ska personen ges sådan vård som han eller hon behöver för att kunna fortsätta sin vistelse i destinationsstaten på planerat sätt. Personen ska åtminstone få den vård som behövs för att personens tillstånd ska vara tryggt för resa eller förflyttning. EU-förordning 883/2004 innehåller också bestämmelser om situationer där en person reser till en annan EU- eller EES-stat eller till Schweiz uttryckligen för att få vård där. En person kan ansöka om tillstånd av den behöriga staten för att få ändamålsenlig vård utanför sin bosättningsstat (nedan förhandstillstånd enligt förordningen). Den behöriga staten ska alltid bevilja tillstånd om den behandling det gäller finns bland de förmåner som tillhandahålls enligt lagstiftningen i staten i fråga och denna behandling inte kan ges inom den tid som är medicinskt försvarbar, med hänsyn till personens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp. Förhandstillståndet enligt förordningen fungerar som en betalningsförbindelse och personen får vård på samma villkor och till samma avgifter som invånarna i den stat som ger vården. Förutom EU-förordning 883/2004 innehåller Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (nedan patientrörlighetsdirektivet) bestämmelser om rätten för personer som är försäkrade i en EU- eller EES-stat att få vård i en annan medlemsstat. I patientrörlighetsdirektivet är rätten till vård inte begränsad, men kostnaderna för vården tas ut hos personen själv. I Finland har patientrörlighetsdirektivet genomförts genom lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013, nedan gränslagen). Enligt 6 § ska kommunen, om en person som är försäkrad i en annan EU-stat söker vård hos

den offentliga hälso- och sjukvården i Finland, utan att diskriminera personen ordna dessa tjänster för honom eller henne på samma grunder som för den som bor i Finland.

EU-förordning 883/2004 och patientrörlighetsdirektivet ger främst rättigheter åt personer som är försäkrade i en EU- eller EES-stat eller i Schweiz. Utöver detta har EU också infört lagstiftning som gäller rätten till hälso- och sjukvårdstjänster för tredjelandsmedborgare, dvs. personer som flyttat från länder utanför EU- och EES-området och Schweiz. EU:s så kallade invandringsdirektiv gäller en viss avgränsad personkrets och typiskt för direktiven är att de innehåller bestämmelser, med stöd av vilka personer som hör till personkretsen i fråga om social trygghet ska behandlas jämlikt med invånarna i en stat. Hittills har EU antagit fem invandringsdirektiv: Direktiv 2009/50/EG om villkor för tredjelandsmedborgares inresa och vistelse för högkvalificerad anställning, direktiv 2011/98/EU om ett enda ansökningsförfarande för ett kombinerat tillstånd för tredjelandsmedborgare att vistas och arbeta på en medlemsstats territorium och om en gemensam uppsättning rättigheter för arbetstagare från tredjeland som vistas lagligen i en medlemsstat, direktiv 2014/66/EU om villkor för inresa och vistelse för tredjelandsmedborgare inom ramen för företagsintern förflyttning av personal, direktiv 2014/36/EU om villkor för tredjelandsmedborgares inresa och vistelse för säsongsanställning, samt direktiv (EU) 2016/801 om villkoren för tredjelandsmedborgares inresa och vistelse för forskning, studier, praktik, volontärarbete, deltagande i elevutbytesprogram eller utbildningsprojekt och för au pairarbete. I fråga om de rättigheter som gäller hälso- och sjukvården har direktiven genomförts genom att i nationell lag föreskriva om en skyldighet att jämställa personer som hör till personkretsen för direktiven med personer som har hemkommun i Finland (14 § i folkhälsolagen, 3 a § i lagen om specialiserad sjukvård och från den 1 januari 2023 56 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård). Finland har också ingått bilaterala överenskommelser om sjukvård och överenskommelser om social trygghet med vissa tredjeländer. I överenskommelserna om social trygghet med Australien, delstaten Quebec i Kanada och Israel ingår bestämmelser om sjukvård. Bestämmelserna påverkar rätten för dem som omfattas av tillämpningsområdet för överenskommelserna att anlita tjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården i Finland.

Personer som söker internationellt skydd eller får tillfälligt skydd samt offer för människohandel: Personer som söker internationellt skydd har en särställning när det gäller tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster, även om deras vistelse i Finland inte anses vara av permanent karaktär, vilket gör att de inte kan få en hemkommun här. De har med stöd av 26 § i lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd och om identifiering av och hjälp till offer för människohandel (746/2011, nedan mottagningslagen) som en del av mottagnings tjänsterna rätt till hälso- och sjukvårdstjänster på det sätt som föreskrivs i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen och 3 § 2 mom. i lagen om specialiserad sjukvård samt rätt till andra hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömt som nödvändiga. Motsvarande rätt till hälso- och sjukvårdstjänster har även offer för människohandel som upptagits i hjälpsystemet enligt den lagen och som inte har hemkommun i Finland. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömer behovet av tjänster på basis av den individuella situationen i fråga om personer som söker internationellt skydd i Finland eller offer för människohandel som saknar hemkommun, med beaktande av personens hälsotillstånd samt hur länge personen har vistats i Finland och hur lång vistelsen förväntas bli. Bland annat tjänster som tillhandahålls av rådgivningsbyråerna för mödravård samt behandling av kroniska sjukdomar hör till sådana nödvändiga tjänster som personer har rätt till på grund av sitt hälsotillstånd. Med stöd av lagen i fråga får personer under 18 år hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som minderåriga som har hemkommun i Finland.

Mottagningslagen tillämpas också på personer som har beviljats tillfälligt skydd i Finland i enlighet med 109 § i utlänningslagen (301/2004). Både vuxna och minderåriga personer som får

tillfälligt skydd har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som de som har hemkommun i Finland.

Andra personer: Om en person som vistas i Finland inte med stöd av internationell eller nationell lagstiftning har särskild rätt till hälso- och sjukvårdstjänster har personen dock med stöd av 50 § i hälso- och sjukvårdslagen rätt till brådskande sjukvård i Finland. Med brådskande sjukvård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Brådskande vård omfattar också brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd. Enligt social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (782/2014) indelas brådskande vård i vård under jourtid och annan brådskande vård. Med vård under jourtid avses i regel bedömning och vård som ges inom 24 timmar och som på grund av hälsoproblemets akuta karaktär inte kan skjutas upp utan att symtomen förvärras eller skadan försvåras. Tjänster som hör till vård under jourtid är tillgängliga under alla tider på dygnet. Enligt 8 § 2 mom. i förordningen ska patienten tas in för vård vid jourenheten om det är osäkert om brådskande vård kan ges någon annanstans. Utöver brådskande vård kan hälso- och sjukvårdstjänster också med stöd av lagen om smittsamma sjukdomar ges till personer som inte med stöd av annan lagstiftning har rätt till tjänsterna. Bekämpandet av smittsamma sjukdomar är uttryckligen inte begränsat till personer med hemkommun i Finland.

Utöver de tjänster som den offentliga hälso- och sjukvården erbjuder, tillhandahålls tjänster för papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös också av frivillig- och medborgarorganisationer. I april 2011 startade i Helsingfors verksamheten vid Finlands första klinik för papperslösa (Global Clinic) som drivs genom frivillig verksamhet. Vid kliniken jobbar frivilliga yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (läkare, hälsovårdare, barnmorskor, tandläkare och psykologer). Enligt klinikens statistik om mängden patienter besöktes kliniken av sammanlagt ca 400 patienter mellan april 2011 och slutet av 2013. År 2017 var antalet besökare 556 och 2019 var det 684. År 2020 gjordes klart färre besök (432 besök), men det kan antas bero på följderna av covid-19-pandemin. Det är viktigt att notera att antalet besök inte korrelerar med antalet klienter, eftersom en stor del av besöken är återbesök. Under de senaste åren har könsfördelningen varit relativt jämn (2020 var andelen kvinnor 49 % och andelen män 51 %). År 2019 representerade klienterna 29 olika nationaliteter och största delen av dem var i arbetsför ålder. I huvudsak fokuserar verksamheten vid Global Clinic på sådana hälsoproblem som skulle kunna skötas inom primärvården. När personerna är i behov av brådskande vård hänvisas de ofta till fortsatt vård, bland annat inom den offentliga hälso- och sjukvården. Hos klienterna förekommer hälsoproblem inom alla medicinska områden. En del av besöken hänför sig till kroniska sjukdomar (till exempel diabetes och blodtryckssjukdomar) som konstaterats tidigare och ofta vårdats och följts upp på ett otillräckligt sätt. Vanliga hälsoproblem är också mun- och tandhälsoproblem, lättbehandlade infektioner, problem i övre delen av buken, sjukdomar i stöd- och rörelseorganen samt hudproblem. En betydande del av kvinnornas besök gällde reproduktiv och sexuell hälsa, men besöken har också gällt graviditet. (Årsstatistik från Global Clinic samt avhandlingen [Paperittomien terveyden edistäminen: Rekisteritutkimus Helsingissä tavattujen paperittomien terveysongelmista, käyntisyistä, perustason hoidosta ja hoidon kustannuksista](https://osuva.uwasa.fi/handle/10024/5917), Nina Tjukanov, Pro gradu-avhandling 2018, Vasa universitet; <https://osuva.uwasa.fi/handle/10024/5917>). Motsvarande Global Clinic-verksamhet finns för närvarande förutom i Helsingfors också i Åbo, Lahtis, Tammerfors och Joensuu.

2.2 Avgifter som tas ut för hälso- och sjukvårdstjänster

Bestämmelser om klientavgifter inom den offentliga hälso- och sjukvården finns i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992, klientavgiftslagen) och förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992, klientavgiftsförordningen). Enligt 1 § i lagen kan en avgift uppbäras hos den som använder hälso- och sjukvårdstjänster, om inte något annat föreskrivs genom lag. I 5 § i klientavgiftslagen anges vilka hälso- och sjukvårdstjänster som är avgiftsfria. Avgiften får uppbäras enligt användarens betalningsförmåga och i 6 a § föreskrivs det dessutom om ett maximibelopp för de totala kostnader som klientavgifterna under ett kalenderår orsakar den som använder servicen, dvs. ett avgiftstak. Den avgift som tas ut för servicen får vara högst lika stor som kostnaderna för serviceproduktionen. Enligt 2 § 2 mom. i klientavgiftslagen kan det genom förordning av statsrådet föreskrivas om den högsta avgiften för service och att en avgift ska bestämmas enligt betalningsförmågan. Genom förordning av statsrådet kan det också föreskrivas att avgiften ska justeras enligt förändringen i index. I klientavgiftsförordningen finns bestämmelser om bland annat maximibeloppen för avgifter för öppenvård vid hälsovårdscentral, sjukhusens poliklinikavgifter, avgifter för dagkirurgi samt avgifter för undersökning och vård av mun och tänder.

I huvudsak har endast personer som har hemkommun i Finland eller som med stöd av nationell lag ska jämföras med invånare i en kommun rätt att få tillgång till offentliga hälso- och sjukvårdstjänster mot de klientavgifter som föreskrivs i klientavgiftslagen och klientavgiftsförordningen. I detta sammanhang har medborgarskap ingen betydelse, dvs. klientavgifter enligt klientavgiftslagen kan tas ut också hos andra länders medborgare som är varaktigt bosatta i Finland och har hemkommun i Finland. Dessutom har personer, som med stöd av internationell lag eller en internationell överenskommelse som är bindande för Finland har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster i Finland, i regel samtidigt rätt att få vård till samma pris som varaktigt bosatta invånare i Finland.

Om en person inte har rätt att få hälso- och sjukvårdstjänster till ett pris som motsvarar den klientavgift som föreskrivs i klientavgiftslagen, får det enligt 13 § 1 mom. i klientavgiftslagen tas ut en avgift som är högst så stor att den täcker de kostnader som ordnandet av tjänsten förleder. I detta sammanhang ska klientavgiftslagens bestämmelser om beaktande av betalningsförmågan eller om avgiftstak inte tillämpas. Därmed bär en person, som inte har rätt till andra hälso- och sjukvårdstjänster än brådskande vård, i regel själv ansvaret för alla sina vårdkostnader. Enligt 13 § 2 mom. i klientavgiftslagen är dock vissa hälso- och sjukvårdstjänster avgiftsfria för alla personer vars vistelse i Finland inte är avsedd att vara tillfällig eller som inte får ersättning för kostnaderna med stöd av någon annan lag eller från en försäkring. Avgiftsfria är bland annat undersökning och brådskande vård och förskrivning av läkemedel för vården i syfte att förhindra smittspridning när det gäller en allmänfarlig smittsam sjukdom samt vissa vaccinationer enligt lagen om smittsamma sjukdomar.

För den del av vårdkostnaderna som överstiger klientavgiften svarar fram till utgången av 2022 hemkommunen och från ingången av 2023 välfärdsområdet. Med avvikelse från huvudregeln ersätter Folkpensionsanstalten dock enligt 20 § i gränslagen av statens medel de kostnader som den som ordnat hälso- och sjukvård har för tjänsterna, om tjänsterna har getts en person som inte har en hemkommun i Finland med stöd av förordning (EG) nr 883/2004, en överenskommelse om social trygghet, ett annat internationellt avtal eller nationell lagstiftning. Ersättningar betalas också för vissa personer som har hemkommun i Finland men i fråga om vilka det med stöd av förordning (EG) nr 883/2004 är en annan EU- eller EES-stat eller Schweiz som svarar för vårdkostnaderna. Dessutom ersätter Folkpensionsanstalten av statens medel kostnaderna för den offentliga hälso- och sjukvårdens tjänster, när sådan brådskande vård som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen har getts en person som inte har hemkommun i Finland och vars

vårdkostnader inte har kunnat tas ut av den berörda personen eller av någon annan instans, såsom ett försäkringsbolag. I fråga om de kostnader för hälso- och sjukvårdstjänster som avses i 20 § 1–3 mom. i gränslagen ersätts av statens medel ett belopp som motsvarar de kostnader för hälso- och sjukvårdstjänster som en kommun, samkommun eller från och med 2023 ett välfärdsområde skulle fakturera med stöd av 58 § i hälso- och sjukvårdslagen för kostnader för vård som getts till en invånare i en annan kommun. Från beloppet av kostnaderna för ordnandet av tjänsterna dras alltid av den klientavgift som tas ut av personen i fråga i enlighet med bestämmelserna i klientavgiftslagen.

2.3 Papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös

Personkrets: Enligt Internationella organisationen för migration (International Organization for Migration, IOM) fanns det globalt sett ca 272 miljoner internationella migranter 2019. Detta antal innefattar alla som av någon anledning har lämnat den stat de är födda i eller anses vara hemma från. De flesta migranter har flyttat lagligen på grund av arbete, familj eller studier. Enligt FN:s avdelning för ekonomiska och sociala ärenden (UN DESA) är det nästan omöjligt att bedöma hur många av migranterna som är så kallade papperslösa ("Irregular migrant" eller "Undocumented migrant"). Detta beror på flera olika saker. För det första finns det ingen global definition av att vara papperslös eller av personer som anses vara papperslösa. Eftersom olika stater och andra aktörer som samlar in statistiska uppgifter inte har enhetliga definitioner är de statistiska uppgifter som olika aktörer samlar in inte heller jämförbara. År 2011 har IOM fastställt att papperslöshet avser ett fenomen där personer rör sig över gränser på ett sätt som inte omfattas av bestämmelserna i lagstiftningen i ursprungsstaten, den mottagande staten eller transiteringsstaten. För det andra kan personers status förändras efter att de passerat en gräns och även variera under en vistelse. Enligt kontoret för FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter (OHCHR) rör sig merparten av världens migranter över gränserna lagligen. Papperslösheten eller det som är i strid med reglerna uppkommer i allmänhet först senare, när personerna av någon anledning stannar i ett land utan behörigt tillstånd. Dessutom kan papperslösheten för en del av den minoritet som ursprungligen rör sig över gränsen på ett sätt som strider mot reglerna vara tillfällig, om personerna efter att de passerat gränsen söker internationellt skydd i den nya staten. Under en ansökningsprocess som gäller internationellt skydd anses det vara lagligt att vistas i landet. Om personerna i fråga senare beviljas asyl i den nya bosättningsstaten fortsätter vistelsen vara laglig. Om asylansökan däremot avslås och personen trots det av någon anledning fortsätter vistas i en stat utan tillbörligt uppehållstillstånd blir personens status igen papperslös. (IOM, [World migration report 2020](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf), https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf)

I Finland finns det inte heller någon egentlig nationell definition av papperslösa personer. Olika aktörer ser på fenomenet ur sin egen synvinkel. Med papperslösa avses i huvudsak personer som vistas i Finland utan visum, uppehållstillstånd eller någon annan sådan rätt till inresa eller fortsatt vistelse i Finland som föreskrivs i utlänningslagstiftningen. Denna persongrupp benämns också *person som otillåtet eller olagligt vistas i landet*. Till denna grupp hör både personer som sökt internationellt skydd i Finland och stannat kvar i landet efter att ha fått avslag på sin ansökan och personer som rest in i landet med stöd av ett turistvisum eller uppehållstillstånd, men vars visum har gått ut eller uppehållstillstånd upphört att gälla. Dessutom vistas i Finland personer som ursprungligen har passerat Finlands gräns utan att ansöka om det visum eller uppehållstillstånd som krävs och inte efter att de passerat gränsen har ansökt om internationellt skydd i Finland.

Med tanke på social- och hälsovårdstjänsterna innebär papperslöshet inte enbart ovannämnda personer, som vistas i Finland på ett sätt som strider mot bestämmelserna. Det finns också per-

soner i liknande situation, vars vistelse i landet i princip är laglig med stöd av utlänningslagstiftningen. Deras rätt till social- och hälsovårdstjänster i Finland är dock begränsad, eftersom de inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland eller inte med stöd av EU-lagstiftningen eller en internationell överenskommelse har rätt till offentliga hälso- och sjukvårdstjänster i större utsträckning. Enligt 4 § 1 mom. i lagen om hemkommun får en tredjelandsmedborgare som har kommit till Finland beviljas hemkommun i Finland, om personen har ett i utlänningslagen avsett giltigt uppehållstillstånd som ger rätt till kontinuerlig eller permanent vistelse. Dessutom får hemkommun beviljas om personen har ett i utlänningslagen avsett giltigt uppehållstillstånd som ger rätt till minst ett års tillfällig vistelse och personen dessutom med beaktande av förhållandena som helhet har för avsikt att stadigvarande bosätta sig i Finland. Faktorer som visar att en person är stadigvarande bosatt i Finland är enligt lagen bland annat att personen är av finländsk härkomst, tidigare har haft hemkommun i Finland eller har för avsikt att arbeta eller studera i Finland i minst två år. Om det finns särskilda skäl kan en person dock beviljas tillfälligt uppehållstillstånd i Finland, vilket inte ger personen rätt att få en hemkommun i Finland.

På motsvarande sätt finns det personer som vistas lagligt i Finland och väntar på Migrationsverkets beslut. Utöver uppehållstillståndsprocessen för personer som söker internationellt skydd identifierar utlänningslagen andra situationer där Migrationsverket kan fatta beslut om en persons ansökan om uppehållstillstånd också när ansökan gjorts i Finland. Antalet pågående ansökningar om uppehållstillstånd som anhängiggjorts i Finland för andra personer än sådana som sökt internationellt skydd var i september 2021 drygt 2800. Majoriteten av dessa personer ansökte om uppehållstillstånd i Finland på grund av familjeband, men en stor del av ansökningarna gällde också arbete i Finland. I utlänningslagen anges krav på behandlingstiderna för olika ansökningsgrunder. Den tid som går åt till att behandla en enskild ansökan varierar dock mycket från fall till fall. Under processen för behandling av ansökan om uppehållstillstånd vistas personerna i fråga lagligen i Finland. När det gäller deras rätt till hälso- och sjukvård är de dock i en situation som kan liknas vid att vara papperslös, eftersom de inte omfattas av mottagningslagens tillämpningsområde.

I Finland vistas dessutom också EU-medborgare, vars tillfälliga vistelse i Finland är laglig med stöd av lagstiftningen om fri rörlighet för EU-medborgare, men vars permanenta bosättningsstat inte tillhandahåller dem försäkringsskydd för sjukvård. Eftersom dessa personer inte har något försäkringsskydd i bosättningsstaten följer i praktiken att vårdförmånerna enligt EU-förordning 883/2004 och de principer för kostnadsansvar mellan staterna som utformats utifrån den inte tillämpas när personerna rör sig mellan medlemsstaterna. Enligt statistik som OECD samlat in har majoriteten av staterna i Europa lyckats skapa system som generellt omfattar alla eller åtminstone nästan alla invånare och med stöd av vilka invånarna garanteras åtminstone de viktigaste hälso- och sjukvårdstjänsterna samt sjukhusvård. I tre stater (Bulgarien, Rumänien och Cypern) stod dock över 10 procent av befolkningen utanför det lagstadgade hälso- och sjukvårdssystemet 2018. I Bulgarien är det främst fråga om långtidsarbetslösa, personer som utför småskaligt arbete eller arbete inom den grå ekonomin och personer som hör till den romska befolkningen i Bulgarien och som inte har betalat den lagstadgade sjukförsäkringspremien. Den främsta orsaken till att personer inte betalar sjukförsäkringspremierna är att de inte har råd med dem. I Rumänien omfattar sjukförsäkringen inte heller vissa långtidsarbetslösa och personer som arbetar inom jordbruk eller som egenföretagare och som inte är registrerade i systemet för social trygghet. De som hör till den romska minoriteten i Rumänien saknar identitetshandlingar, vilket innebär att de inte kan ansluta sig till det lagstadgade systemet för social trygghet i Rumänien. Cypern har 2019 tagit i bruk ett förnyat system där ett av målen är att systemet allmänt ska omfatta alla människor. (OECD, [Health at a glance](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/82129230-en/index.html?itemId=/content/publication/82129230-en), Europe 2020; <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/82129230-en/index.html?itemId=/content/publication/82129230-en>)

De utläningar som inte har rätt till andra hälso- och sjukvårdstjänster än brådskande sjukvård utgör en mycket brokig och mångfacetterad grupp av personer, som vistas i Finland av olika orsaker och med väldigt olika utgångslägen. Ibland kan det vara nästan omöjligt att utreda personernas identitet, men bland dessa finns också personer som kan identifieras till exempel med hjälp av resedokument. Det är till exempel fråga om tredjelandsmedborgare som vistas en kort tid i Finland utan uppehållstillstånd, dvs. i praktiken turister från tredjeländer. Dessutom finns det bland personerna sådana som på grund av sin ställning eller sin situation behöver särskilt skydd och särskild omsorg och som inte nödvändigtvis har ekonomiska möjligheter att bekosta de hälso- och sjukvårdstjänster som de erbjuds. Situationen är dock inte uttryckligen sådan i fråga om alla personer. Förutom de undantag som föreskrivs i den nationella lagstiftningen är en förutsättning för att få uppehållstillstånd att personen kan visa att hans eller hennes försörjning är tryggad. I fråga om hälso- och sjukvårdstjänster betyder detta i regel att personen har en gällande privat sjukförsäkring. Personens ekonomiska situation kan också på annat sätt vila på en stabil grund. Dessutom har till exempel examensstuderande på högskolor med stöd av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) rätt till de studerandehälsovårdstjänster som ordnas av Folkpensionsanstalten och produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS), även om deras allmänna rätt till offentliga hälso- och sjukvårdstjänster är begränsad till endast brådskande vård.

Med tanke på hälso- och sjukvården utgörs dessutom en egen grupp av personer som har sökt internationellt skydd i Finland och redan fått uppehållstillstånd i Finland, men för vilka anteckningen om hemkommun i befolkningsregistret av administrativa orsaker har fördröjts eller anteckningen om hemkommun inte har kunnat göras på grund av att personens identitet förblivit oklar. Före anteckningen om hemkommun och andra uppgifter om en utlännings förs in i befolkningsdatasystemet ska den myndighet som registrerar uppgifterna i befolkningsdatasystemet, dvs. i huvudsak Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata, enligt 9 § i lagen om befolkningsdatasystemet och de certifikattjänster som tillhandahålls av Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata (661/2009) försäkra sig om den utländska medborgarens identitet. I regel kontrolleras identiteten med hjälp av ett giltigt resedokument, men under vissa förutsättningar kan identiteten också kontrolleras med stöd av någon annan bestyrkt och tillförlitlig handling eller en utredning som bedöms vara tillförlitlig. En anteckning om hemkommun som Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata gjort är inte bindande för andra myndigheter, utan de ska självständigt bedöma en persons rättsliga ställning och till exempel personens rätt till hälso- och sjukvårdstjänster. På grund av avsaknaden av anteckning om hemkommun tillgodoses dessa personers rätt till offentliga tjänster inte alltid och de hälso- och sjukvårdstjänster som de tillhandahålls kan i praktiken trots ett uppehållstillstånd begränsas till endast brådskande vård.

Antalet papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös i Finland: Det totala antalet personer som vistas i Finland som papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös är mycket svårt att uppskatta och antalet förändras ständigt. De som vistas i Finland i strid med bestämmelser vill på grund av hot om gripande eller avlägsnande ur landet oftast undvika situationer där deras vistelse kan komma till myndigheternas kännedom. På grund av slopade gränskontroller mellan de stater som är anslutna till Schengensystemet är det också lättare att resa mellan dessa stater utan de resedokument som krävs, vilket innebär att personerna även ofta kan byta vistelseort. Antalet personer från EU- eller EES-stater eller Schweiz som inte har sjukvårdsförsäkring är svårt att uppskatta, eftersom personerna vistas i landet i enlighet med EU:s bestämmelser om fri rörlighet och deras tillfälliga vistelse i landet inte förutsätter registrering av uppehållsrätt. I huvudsak grundar sig uppskattningarna av antalet papperslösa på indirekta uppgifter från olika myndigheter och aktörer inom tredje sektorn om bland annat hur många papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att

vara papperslös som de träffat. Eftersom det inte finns någon etablerad definitionen av personkretsen i Finland varierar uppskattningarna av antalet personer också mellan olika aktörer.

Enligt en undersökning som Åbo universitet låtit göra uppskattades det vid utgången av 2017 att ca 3000–4000 personer vistas i Finland utan laglig uppehållsrätt eller utan försäkringsskydd för sjukvård. Knappt en tiondel av dessa, dvs. ca 300–400 personer, uppskattas vara minderåriga papperslösa. Papperslösheten som fenomen har koncentrerats till vissa kommuner i Finland. Vid utgången av 2017 uppskattades det finnas papperslösa i 42 kommuner. I huvudsak är det fråga om de största städerna, där det även annars finns invånare med utländsk bakgrund. Antalet papperslösa var störst i Helsingfors, där det uppskattades finnas från några hundra till över tusen. I övriga huvudstadsregionen och i Åbo uppskattar företrädare för kommunerna att antalet papperslösa är något mellan tiotals och hundratals, vilket är mer än i andra större städer. I mindre kommuner uppskattas det finnas enskilda papperslösa eller deras familjer. På landsbygden finns endast ett fåtal papperslösa. I detta sammanhang bör det noteras att 269 kommuner i samband med undersökningen hade meddelat att det inte alls fanns papperslösa i kommunen, eller att det inte fanns kännedom om sådana. Papperslösa flyttar också inom Finlands gränser. Det har observerats att papperslösa ofta söker sig till Helsingfors, men att flytt inom gränserna också sker till andra kommuner i huvudstadsregionen samt till Åbo och Tammerfors. ([Papperslösa i Finland 2017](#) (på finska), Turun yliopiston maantieteen ja geologian laitoksen julkaisuja nr 8, Jussi S. Jauhiainen, Katri Gadd & Justus Jokela, https://www.researchgate.net/publication/322702535_UNDOCUMENTED_MIGRANTS_IN_FINLAND_IN_2017_PAPERITTO-MAT_SUOMESSA_2017)

Enligt myndigheternas bedömning är en betydande del av de papperslösa sådana personer som sökte internationellt skydd i Finland åren 2015–2016. Våren 2020 skickade Kommunförbundet en enkät till varje kommun i Finland (exkl. kommunerna på Åland). Syftet med enkäten var att utreda antalet personer som fått negativt asylbeslut och som vistas i kommunerna samt den socialservice som ordnats för dem i februari 2020 och år 2019. På basis av svaren vistades år 2019 i kommunerna enligt Kommunförbundets bedömning ca 1000 personer som fått avslag på sin asylansökan och beslut om avlägsnande ur landet, men som av en eller annan orsak inte hade lämnat landet. Enligt kommunernas bedömning var antalet barnfamiljer som hör till denna målgrupp på riksnivå ca 30–50 familjer. När resultaten tolkas bör man dock beakta att det inte i alla kommuner var möjligt att särskilja denna målgrupp som en egen grupp i förhållande till andra papperslösa. Dessutom har de papperslösa personerna under året kunnat vistas i flera kommuner, vilket innebär att en och samma person kan förekomma i statistiken för flera kommuner. Enligt Migrationsverket fanns ca 4000 av de asylsökande som kommit under åren 2015–2016 i mottagningssystemet i slutet av 2020. Dessa har fått negativt asylbeslut, men därefter lämnat in en ny ansökan eller nya ansökningar och därför hållits kvar i mottagningssystemet. I september 2021 var endast ca 600 av dessa ansökningar om internationellt skydd ännu anhängiga. Av dessa personer omfattades 400 personer av mottagningstjänster. De vistas lagligen i landet tills det ärende som gäller internationellt skydd har avgjorts genom ett beslut som vunnit laga kraft eller tills ett verkställbart beslut har fattats om att personen ska avlägsnas ur landet. Det är sannolikt att en del av personerna i mottagningssystemet ännu i något skede kommer att vistas i Finland utan uppehållstillstånd. Det bedöms dock, med hänvisning till antalet anhängiga ansökningar, att de inte kommer att vara särskilt många.

Antalet personer från EU- eller EES-stater eller Schweiz som inte har försäkringsskydd från sin egen bosättningsstat är också svårt att uppskatta, eftersom personerna vistas i landet med stöd av EU:s bestämmelser om fri rörlighet och deras tillfälliga vistelse i landet inte förutsätter registrering av uppehållsrätt. År 2014 uppskattades det att det på sommaren finns ca 500–800 sådana personer i Finland, i huvudsak personer med romsk bakgrund, och under vintertid betydligt färre (Hälsö- och sjukvård för papperslösa i Finland, Keskimäki m.fl., Institutet för hälsa och

välfärd (THL) 11/2014, på finska, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114941/THL_RAP2014_011web.pdf?sequence=3).

Utifrån dessa uppgifter kan man grovt uppskatta att det i Finland vistas ca 3 000–6 000 personer som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös.

2.4 Bedömning av nuläget

Enligt FN:s människorättskonventioner är staten skyldig att trygga rätten till hälsa på lika villkor för alla personer som vistas inom dess område. En liknande skyldighet ingår i Europarådets system för mänskliga rättigheter, även om utgångspunkten är att systemet bygger på principen om ömsesidigt erkännande. De internationella organ som övervakar överenskomsterna i fråga har dock framfört att en begränsning av tillämpningen inte kan iakttas om tolkningen leder till en situation där någons rätt till liv eller fysisk integritet eller någons människovärde inte respekteras. På motsvarande sätt ska de nationella grundläggande sociala rättigheter som föreskrivs i 19 § i grundlagen utan diskriminering tillförsäkras alla som omfattas av Finlands jurisdiktion. Utgångspunkten är, på samma sätt som när det gäller de människorättsförpliktelser som fastställs i de internationella människorättskonventionerna, att de grundläggande fri- och rättigheterna ska skydda individen oberoende av exempelvis ålder, kön, medborgarskap eller orsak till vistelsen i landet. Rätten enligt 19 § 3 mom. i grundlagen till tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster som särskilt bestäms genom lag är inte en sådan absolut rätt att den inte under några omständigheter kan begränsas eller att olika människogrupper inte kan behandlas olika. Särbehandling ska dock vara godtagbar och proportionell med tanke på systemet för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande fri- och rättigheterna, och varje individs absoluta rätt till nödvändig försörjning och omsorg enligt 19 § 1 mom. i grundlagen ska alltid tillgodoses. I systemet för de mänskliga rättigheterna betonas dessutom förpliktelsen att särskilt skydda personer som är utsatta eller befinner sig i en utsatt livssituation, såsom barn samt gravida och nyförlösta kvinnor, och tillgodose deras särskilda hälsorelaterade behov.

De internationella människorättskonventionerna innehåller inga tydliga kriterier eller förutsättningar som definierar vilken nivå eller omfattning på hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att rätten till hälsa ska tillgodoses. Utifrån ställningstaganden av de organ som följer upp och övervakar genomförandet av människorättskonventionerna och mot bakgrund av de anmärkningar dessa gett Finland bör det dock anses att enbart den brådskande sjukvården enligt gällande lagstiftning inte på ett tillfredsställande sätt tillgodoser kraven i de internationella människorättskonventionerna eller grundlagens krav på nödvändig omsorg i fråga om utlännningar som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös, i synnerhet när det gäller gravida och nyförlösta kvinnor samt barn. Vissa personer vistas längre i Finland än exempelvis turister. Ibland kan vistelsen vara flera månader eller rentav år. Dessutom kan inga snabba förändringar i deras situation skönjas. Det gör att den brådskande vård som de erbjuds inte alltid räcker till för att trygga deras hälsa. Situationen för dessa papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös kan till stor del jämföras med situationen för personer som söker internationellt skydd. Det finns ingen motiverad anledning till att behandla dem olika, särskilt med tanke på att de som är i en situation som kan liknas vid att vara papperslös vistas lagligt i Finland.

De organ som följer upp och övervakar genomförandet av människorättskonventionerna har flera gånger framfört att rätten till hälsa också omfattar en förpliktelse att garantera att alla har ekonomiska möjligheter att använda de hälso- och sjukvårdstjänster som de behöver. De kostnader som orsakas en person får inte utgöra ett hinder för att få vård. Enligt den nationella lagstiftningen i Finland är papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös i första hand själva ansvariga för vårdkostnaderna. Staten har ålagts ett sekundärt

ansvar för kostnaderna. Syftet med den statliga ersättning som föreskrivs i gränslagen är att säkerställa att anordnare av offentlig hälso- och sjukvård inte ska bära ansvaret för sådana kostnader för hälso- och sjukvårdstjänster som har tillhandahållits personer utan hemkommun med stöd av de förpliktelser som staten har avtalat om. Det huvudsakliga målet är således inte att garantera att alla som vistas i Finland har ekonomiska möjligheter att använda de hälso- och sjukvårdstjänster som de behöver. Det finns en risk att papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös in i det sista undviker att vända sig till hälso- och sjukvården även i brådskande situationer, av rädsla för de kostnader som uppkommer. Därmed är risken att deras rätt till hälsa inte tillgodoses på grund av ekonomiska följder. Dessutom är papperslösa och många personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös medellösa, vilket innebär att det ofta i praktiken är onödigt att först ta ut kostnaderna hos personen själv.

Enligt uppskattningar är antalet papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös i Finland inte stort. En stor del av personerna befinner sig i en socialt utsatt ställning. Detta gäller i synnerhet barn samt gravida och nyförlösta kvinnor. På grund av sin sårbarhet och socialt utsatta ställning kan papperslösa i värsta fall bli offer för människohandel eller annat utnyttjande. I Finland utgör papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös en mycket heterogen grupp, vilket innebär att de hälsorelaterade problemen och behoven bland dessa personer varierar beroende på deras bakgrund och levnadsförhållanden samt på hur och vilken väg personerna har kommit till Finland. En del har dåliga levnadsförhållanden och många har upplevt diskriminering och våld, och därför kan psykiska problem vara vanligare bland dem än hos majoritetsbefolkningen. På grund av situationen i ursprungsländerna när det gäller smittsamma sjukdomar eller arbete i exempelvis erotik- eller sexbranschen, kan risken för smittsamma sjukdomar vara högre än hos den övriga befolkningen. Det förekommer också obehandlade sjukdomar och till exempel mun- och tandsjukdomar som ökar risken för andra sjukdomar. I huvudsak är dessa personers hälsoproblem och behov av tjänster dock relativt likadana som hos majoritetsbefolkningen.

Definitionen av brådskande vård har utvecklats i första hand för att styra nivåstruktureringen av vården inom den offentliga hälso- och sjukvården till vård av sjukdomar som behandlas som jourfall antingen genast eller senast inom 24 timmar och på motsvarande sätt till vård av sjukdomar som behandlas inom ramen för normal tidsbokning på mottagning. Nivåstruktureringen lämpar sig inte för situationer där personen inte har rätt till andra tjänster än brådskande vård och möjligheten till annan vård saknas. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården blir tvungna att från fall till fall bestämma till vilka delar vården ska klassificeras som sådan brådskande vård som alla har rätt till. I praktiken förvärras många sjukdomar om vård uteblir, och när definitionen av brådskande vård slutligen uppfylls, kan en sjukdom som ursprungligen hade kunnat behandlas enkelt och till låga kostnader kräva dyr specialiserad vård. Därför är det motiverat att yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården också vid vård av utlänningar som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös i större utsträckning än för närvarande får bedöma behovet av tjänster utifrån en persons hälsotillstånd och ordna den vård som bedöms vara nödvändig, dock med beaktande av den uppskattade längden på personens vistelse i Finland.

Det är bra att fästa uppmärksamhet vid att papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös som vistas i Finland befinner sig i olika ställning beroende på i vilken kommun de vistas, trots de rättigheter som föreskrivs i den nationella lagstiftningen. Detta beror på att vissa kommuner i Finland självständigt genom egna beslut har utvidgat rätten till hälso- och sjukvårdstjänster för sådana papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös som vistas i deras område. Kommunernas beslut är inte enhetliga och det finns därmed stor variation mellan olika kommuner när det gäller rättigheternas omfattning. Helsingfors och Esbo erbjuder exempelvis hälso- och sjukvårdstjänster för papperslösa främst i samma

utsträckning som förläggningarna ordnar dessa tjänster för personer som vistas i Finland och söker internationellt skydd i Finland. Vanda och Åbo har för egen del beslutat att bevilja endast minderåriga och gravida vuxna mer omfattande rättigheter. I praktiken har skillnaderna mellan kommunerna också lett till att papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös flyttar inom Finlands gränser eller att de hänvisas till sådana kommuners områden där de har bättre möjlighet att få de hälso- och sjukvårdstjänster de behöver. På riksnivå kan detta anses vara en utmaning med tanke på bestämmelsen om jämlikhet i grundlagen.

3 Målsättning

Det allmänna ska se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Det centrala målet för reformen är att för vissa utlänningar som vistas en längre tid i Finland utöka rätten till sådana hälso- och sjukvårdstjänster som ordnas av välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Det är ofta fråga om personer i en utsatt livssituation som är i behov av att det allmänna vidtar åtgärder för att tillgodose deras mänskliga rättigheter och grundläggande fri- och rättigheter. I en situation som kan liknas vid att vara papperslös befinner sig dessutom personer som vistas i Finland med stöd av ett uppehållstillstånd, men som på grund av att vistelsen är tillfällig inte uppfyller villkoren i lagen om hemkommun för att få en hemkommun. För närvarande har dessa personer endast rätt till brådskande vård. Syftet med lagändringen är att trygga dessa personers rätt till nödvändig omsorg med respekt för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande fri- och rättigheterna och för att tillgodose den mänskliga värdigheten. Dessutom främjas den i grundlagen tryggade rätten till likabehandling, eftersom personerna ges rättigheter av samma omfattning som för personer som söker internationellt skydd i Finland.

De som övervakar att de människorättskonventioner som är bindande för Finland iakttas har flera gånger uppmärksammat att Finlands gällande lagstiftning inte i tillräcklig utsträckning garanterar alla människor de rättigheter som hänför sig till hälsa. Finland har uppmanats att säkerställa att alla både enligt lag och i praktiken har lika möjligheter att få den hälso- och sjukvård som de behöver. Detta innebär att man behöver justera omfattningen av rätten till hälso- och sjukvård men också säkerställa att alla i praktiken ekonomiskt sett har möjlighet att utnyttja sin rätt.

Syftet är också att garantera papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös enhetlig rätt till hälso- och sjukvårdstjänster överallt i Finland, oberoende av i vilket välfärdsområde de vistas. Ändringen tillgodoser bättre dessa personers rätt till likabehandling i förhållande till andra papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös. Samtidigt är syftet också att göra så att personerna i fråga inte ska behöva förflytta sig inom Finlands gränser endast på grund av regionala skillnader i rätten till hälso- och sjukvård.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

Omfattningen av skyldigheten att ordna hälso- och sjukvård

Enligt förslaget fogas till lagen om ordnande av social- och hälsovård en ny paragraf, med stöd av vilken välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen är skyldiga att utöver den brådskande vård som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen ordna sådana hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömer som nödvändiga för sådana personer som anges i propositionen och som vistas inom deras område. Med

sådana andra hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömer som nödvändiga avses åtminstone vård i samband med graviditet och förlossning, inklusive rådgivningsbyråttjänster för graviditetskontroller, abort och tjänster för skydd mot graviditet samt nödvändig vård och medicinskt nödvändiga hjälpmedel vid långtidssjukdom och andra sjukdomar. Som nödvändiga ska också betraktas sådana hälsokontroller och vaccinationer enligt lagen om smittsamma sjukdomar som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården konstaterat att med tanke på skyddet av folkhälsan behövs på grund av en smittsam sjukdom eller misstankar om en sådan, samt vård av personer som insjuknat i den smittsamma sjukdomen i fråga. I en sådan situation är syftet, utöver förebyggande eller vård av sjukdom hos en papperslös eller en person i en situation som kan liknas vid att vara papperslös, att förhindra spridningen av en smittsam sjukdom i samhället. Behovet av hälsovårdstjänster och hur nödvändiga tjänsterna är ska alltid bedöms av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utifrån patientens individuella situation, med beaktande av dennes hälsotillstånd och den förväntade längden på vistelsen i Finland.

Det anses vara mest ändamålsenligt att ordna hälso- och sjukvårdstjänsterna för de personer som anges i förslaget som en del av den nuvarande lagstadgade offentliga hälso- och sjukvården. Då kan tjänsterna styras och utvecklas, ansvaret fastslås, verksamheten övervakas och kvaliteten säkras enligt samma praxis som gäller för andra hälso- och sjukvårdstjänster. Dessutom bör tjänsterna utföras kostnadseffektivt och stödja de allmänna hälsopolitiska målen, såsom förbättrad folkhälsa och mindre hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper. Det ter sig naturligt att genomföra de aktuella lagändringar som behövs genom att ändra lagen om ordnande av social- och hälsovård, eftersom den lagen redan innehåller en paragraf om välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens skyldighet att ordna hälso- och sjukvårdstjänster för vissa tredjelandsmedborgare som arbetar i Finland och som inte har hemkommun i Finland.

Formuleringen i förslaget ligger nära 26 § 1 mom. i mottagningslagen, enligt vilket personer som söker internationellt skydd och offer för människohandel som har upptagits i hjälpsystemet och som inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster på det sätt som föreskrivs i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen samt rätt till andra hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömt som nödvändiga. Jämställandet av de utlännningar utan hemkommun som definieras i lagförslaget med personer som söker internationellt skydd tryggar bättre än för närvarande deras rätt till nödvändig omsorg enligt 19 § 1 mom. i grundlagen och tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen. Förpliktelserna i de internationella människorättskonventioner som är bindande för Finland iakttas också bättre än för närvarande. I detaljmotiveringen till 26 § i regeringens proposition om mottagningslagen (RP 266/2010 rd) konstateras det att även om en person som söker internationellt skydd i juridisk bemärkelse varken vistas kontinuerligt eller permanent i Finland kan vistelsen i praktiken vara upp till några år. Därför kan enbart brådskande vård inte ses som en tillräcklig nivå på hälso- och sjukvården i fråga om dessa personer, utan de behöver också få tillgång till andra nödvändiga hälso- och sjukvårdstjänster. I detaljmotiveringen till bestämmelsen hänvisas det till skyldigheten enligt 19 § i grundlagen att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Ställningen för papperslösa eller personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös som vistas en längre tid i Finland kan i praktiken jämföras med en person som söker internationellt skydd. Således kan samma motivering tillämpas också på dem.

När man lagstiftar om skyldigheten att ordna hälso- och sjukvård är det viktigt att se till att såväl de människorättskonventioner som är förpliktande för Finland som kraven i grundlagen tillgodoses i tillräcklig utsträckning och att särskilt utsatta grupper, såsom gravida och nyförlösta kvinnor samt barn beaktas. I det avseendet kan man anse att förslaget bättre än för närvarande

uppfyller kraven i de internationella människorättskonventionerna och i grundlagen när det är fråga om särskilt skydd av personer i utsatt ställning samt deras hälsorelaterade behov. Enligt 26 § i mottagningslagen får barn som söker internationellt skydd hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som en person som har hemkommun i Finland. Med hänsyn till barnens särskilt utsatta ställning och den särskilda rätt till omvårdnad och omsorg som tryggas dem genom systemet med grundläggande fri- och rättigheter och mänskliga rättigheter, föreslås det att de utländska barn som avses i detta lagförslag också ska ha samma rätt till hälsovårdstjänster som de barn som är permanent bosatta i landet.

Välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen kan därutöver om de så önskar ordna andra hälso- och sjukvårdstjänster för de personer som avses i lagen. Eftersom det dock inte föreskrivs någon skyldighet att ordna dessa tjänster, ersätts välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen inte heller för kostnaderna för dem i enlighet med gränslagen. Dessutom bör det beaktas att den finansiering som grundar sig på lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021) i regel är avsedd att täcka kostnader för de uppgifter som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar. Om utförandet av de lagstadgade uppgifterna tillåter det, kan finansieringen i fråga också användas för att täcka kostnader för frivilliga uppgifter.

Personkrets som omfattas av tillämpningsområdet

Syftet med lagändringen är att med respekt för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande fri- och rättigheterna trygga människors rätt till nödvändig omsorg för att tillgodose den mänskliga värdigheten. Särskild uppmärksamhet fästs vid situationen för personer som under en längre tid vistas i Finland och personer i utsatt ställning. Syftet är därmed inte att allmänt utvidga rätten till offentliga hälso- och sjukvårdstjänster enligt hälso- och sjukvårdslagen för alla som vistas i Finland och som saknar hemkommun.

De personer som avses i förslaget är utlänningar som under en längre tid vistas i Finland utan giltigt uppehållstillstånd eller visum. Ändringen gäller också personer som vistas i Finland med stöd av tillfälligt uppehållstillstånd, om deras uppehållstillstånd inte ger dem rätt att få en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland eller om de inte enligt 56 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska jämföras med invånare i ett välfärdsområde. Trots att vistelsen är laglig har personerna i fråga i regel inte rätt till annan än bräddskande vård i Finland, eftersom de saknar hemkommun. Förslaget omfattar dessutom sådana medborgare i EU- eller EES-länder eller Schweiz och deras familjemedlemmar som tillfälligt vistas i Finland och som inte omfattas av lagstiftningen om social trygghet i sin bosättningsstat. Medborgare i dessa stater bör i första hand ha ett sjukförsäkringsskydd från sin bosättningsstat. Med stöd av EU-förordning 883/2004 har de därmed också rätt till medicinskt nödvändig vård vid tillfällig vistelse i en annan EU- eller EES-stat eller i Schweiz. I regel ansvarar den stat där personen är sjukförsäkrad för kostnaderna för de hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahållits. Utöver EU-förordning 883/2004 garanterar patientdirektivet medborgare i EU- och EES-stater samt deras familjemedlemmar rätten att söka och få hälso- och sjukvårdstjänster när de vistas i en annan EU- eller EES-stat. Den som får vård är skyldig att betala alla vårdkostnader till tjänsteproducenten, men har rätt att få ersättning för kostnaderna i efterhand i enlighet med lagstiftningen i den egna staten. De rättigheter som tryggas i EU-lagstiftningen tillämpas dock inte på medborgare som inte omfattas av lagstiftningen om social trygghet i sin bosättningsstat. Dessa, främst personer med romsk bakgrund från sydöstra Europa, är i fråga om tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster i samma ställning som personer som vistas i Finland utan uppehållstillstånd och de kan anses vara utsatta på samma sätt. Enligt Europeiska sociala stadgan ska medborgarna i konvent-

ionsstaterna garanteras tillgång till högklassig hälso- och sjukvård. Med avvikelse från EU-förordning 883/2004 är rättigheterna enligt den sociala stadgan inte begränsade till personer som är försäkrade i en annan stat.

En ytterligare förutsättning för tillämpningen av ändringen är att personen inte med stöd av någon annan lag, EU-lagstiftningen eller en internationell överenskommelse som är bindande för Finland redan har rätt till andra hälso- och sjukvårdstjänster än brådskande vård.

Enligt förslaget ska ändringen inte tillämpas på personer som kommer till Finland för en kortare tid, till exempel turister. De som har för avsikt att vistas i landet bara en kort tid kan vanligen söka sig till sådan vård som avses i förslaget när de återvänt till sitt hemland. Det är inte heller meningen att tillämpningsområdet ska omfatta sådana fall där den berörda personens enda avsikt har varit att komma till Finland uttryckligen för att använda sig av hälso- och sjukvårdstjänster. I praktiken kan det dock vara svårt att ta reda på huruvida en person har kommit till Finland enbart för att söka sig till hälso- och sjukvårdstjänster.

Kostnadsansvar

När välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen åläggs att ordna hälso- och sjukvårdstjänster för en bredare personkrets än för närvarande, får kostnaderna inte belasta tjänsteansvarig. Målet är att ansvaret ska fördelas rättvist mellan tjänsteanvändarna och det allmänna.

Det föreslås att välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen får ta ut en avgift i enlighet med 13 § i klientavgiftslagen av de personer som tillhandahållits hälso- och sjukvårdstjänster på de grunder som anges ovan. Enligt 13 § i den lagen kan av den som inte är bosatt i Finland, med vissa undantag i fråga om smittsamma sjukdomar, tas ut en avgift som är högst lika stor som kostnaderna för tjänsteproduktionen, om inte något annat följer av en internationell överenskommelse som är bindande för Finland.

Avsikten är att en person som har tillgångar eller arbetsinkomster själv ska svara för kostnaderna för vården. Om kostnaderna inte kan tas ut hos personen själv, föreslås det att välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen ersätts för kostnaderna med statliga medel inom det befintliga systemet. Det föreslås att ersättningarna betalas ut på samma sätt som för närvarande enligt gränslagen, när en person fått brådskande vård i Finland. Enligt 20 § 3 mom. i den gällande gränslagen betalar staten ersättning till den aktör som gett brådskande vård för den andel av de kostnader som vården orsakat som överstiger klientavgiften enligt klientavgiftslagen. En förutsättning är att man först har försökt ta ut kostnaderna av personen själv eller någon annan instans. I dessa situationer är statens kostnadsansvar sekundärt.

Många av de personer som avses i propositionen är dock medellösa och därmed betalningsoförmögna. Betalningsoförmåga får inte utgöra ett hinder för att få vård. Därför föreslås det att man kan avstå från att ta ut de kostnader som omfattas av ersättningen enligt gränslagen av en person, om det är uppenbart att personen inte har ekonomiska förutsättningar för att kunna betala avgiften. Förfarandet motsvarar principen i 1 § i klientavgiftslagen, enligt vilken avgiften får uppbäras enligt användarens betalningsförmåga. På detta sätt sörjer man för att rätten till hälsa tryggas i praktiken i enlighet med de människorättskonventioner som är förpliktande för Finland. Dessutom orsakar försöken att ta ut avgiften också i sig kostnader för välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Av administrativa och ekonomiska skäl kan det inte betraktas som ändamålsenligt att kräva att välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen trots att de är medvetna om en persons medellöshet gör ett onödigt försök att ta ut avgiften innan ansökan om ersättning görs hos Folkpensionsanstalten.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

Ekonomiska konsekvenser

Bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna av lagförslagen försvåras av att det är svårt att uppskatta det totala antalet papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös i Finland. I huvudsak grundar sig uppskattningarna av antalet papperslösa på indirekta uppgifter från olika myndigheter och aktörer inom tredje sektorn om bland annat hur många papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös som de träffat. Utifrån de uppgifter som finns att tillgå kan man grovt uppskatta att det i Finland för närvarande vistas ca 3 000–6 000 personer som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös.

Majoriteten av utlänningarna i fråga vistas i huvudstadsregionen, främst i Helsingfors. Helsingfors stadsfullmäktige godkände den 29 november 2017 en motion om utvidgning av papperslösas rättigheter i fråga om social- och hälsovårdstjänster och Helsingfors erbjuder nu nödvändiga social- och hälsovårdstjänster också för alla papperslösa. Redan från 2013 har gravida kvinnor och barn under 18 år haft samma rättigheter som personer vars hemkommun är Helsingfors. De tjänster som erbjuds och den personkrets som tillämpas i Helsingfors ligger mycket nära de rättigheter till hälso- och sjukvård som föreslås i det här lagförslaget i fråga om papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös. Helsingfors statistik över de kostnader som uppkommit fungerar därmed som en bra måttstock för de ekonomiska konsekvenserna av lagändringen. Den hälso- och sjukvård som tillhandahållits papperslösa i Helsingfors har följts upp med hjälp av både information om prestationer och kostnader. En systematisk uppföljning av den vård som tillhandahållits eller av hur papperslösas rätt till vård tillgodoses kan inte genomföras i Helsingfors.

År 2019 uppgick de beräknade kostnaderna för att ordna primärvårdstjänster för papperslösa (bortsett från mun- och tandvård) till ca 81 000 euro i Helsingfors. Därtill uppgick kostnaderna för mun- och tandvård inom primärvården 2019 till uppskattningsvis ca 25 000 euro. Social- och hälsovårdstjänsterna besöktes av 256 klienter, som sammanlagt gjorde 658 besök. Inom mun- och tandvården var antalet klienter 102 och antalet besök 189. Utöver dessa kostnader betalade Helsingfors stad ca 439 000 euro till Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt för kostnader för den specialiserade sjukvård som papperslösa fått år 2019. Helsingfors stad har lämnat dessa uppgifter till social- och hälsovårdsministeriet. I detta sammanhang bör det noteras att ovannämnda statistik från Helsingfors också innehåller kostnader som hänför sig till sådan brådskande vård som papperslösa redan har rätt till med stöd av gällande lagstiftning. I fråga om den aktuella lagändringen bör endast icke-brådskande tjänster beaktas. Detta gäller särskilt kostnaderna för den specialiserade sjukvården, där det ofta förekommer situationer då en person i ett akut läge har besökt jouren. Det är dock nästan omöjligt att utreda andelarna av icke-brådskande och brådskande vård med hjälp av den statistik som finns tillgänglig. Enligt uppgift från HUS hade 88 procent av de papperslösa patienterna under tiden 1.1.2021 – 30.4.2022 ingen remiss och endast 12 procent en remiss. De som inte har remiss kan anses vara brådskande. Baserat på antagandet att förhållandet mellan brådskande vård och icke-brådskande remisser inom den specialiserade sjukvården i fråga om papperslösa är detsamma som ovan och kostnaderna för de vidtagna åtgärderna är lika stora, skulle kostnaderna för den icke-brådskande vården av totalkostnaderna för den specialiserade sjukvården för papperslösa år 2019 ha varit något under 55 000 euro. Eftersom beräkningsformeln ändå innehåller flera osäkerhetsfaktorer, har man i de riksomfattande kalkylerna nedan använt en uppskattning, enligt vilken kostnaderna för den icke-brådskande vården av totalkostnaderna för den specialiserade sjukvården för papperslösa i Helsingfors under det året var 75 000 euro.

Det finns endast uppskattningar om hur de personer som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös fördelas regionalt i Finland, men slutsatserna av olika aktörers kartläggningar har varit desamma, dvs. att majoriteten av de papperslösa och de som är i en situation som kan liknas vid att vara papperslös vistas i Helsingforsregionen. Kostnaderna för den eventuella ändringen av lagstiftningen kan således uppskattas med viss noggrannhet. Som ett grovt bakgrundsantagande för uppskattningen av kostnaderna kan man exempelvis tillämpa det att en fjärdedel av de papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös som vistas i Finland bor i Helsingfors och att dessa inte i fråga om demografiska bakgrundsfaktorer (ålder, kön, hälsotillstånd m.m.) skiljer sig från dem som bor någon annanstans i Finland. När bedömningarna på riksnivå utarbetades ansågs det ändamålsenligt att använda den statistik från Helsingfors som gäller 2019. På grund av covid-19-pandemin och specialarrangemangen till följd av den ger de tjänster som tillhandahållits 2019 och kostnaderna för dem sannolikt en bättre bild av normala förhållanden än statistiken för 2020. Således skulle de totala kostnaderna för att i hela Finland ordna motsvarande hälso- och sjukvårdstjänster som de som redan ordnas i Helsingfors uppgå till ca 300 000–350 000 euro per år för primärvården, ca 100 000 euro för mun- och tandvården och 300 000 euro för den icke-brådskande specialiserade sjukvården. De kostnader som beräknats med de avgränsningar som anges ovan uppgår alltså till ca 0,7–0,8 miljoner euro per år.

Å andra sidan har antalet papperslösa i Finland enligt Kommunförbundets utredning ökat med ca 700–1 100 personer sedan 2019, eftersom en del av dem som sökt internationellt skydd i Finland 2015–2016 har fått avslag på sin ansökan. Detta ökar antalet potentiella klienter inom social- och hälsovårdstjänsterna åtminstone för en tid. Det är svårt att bedöma hur mycket de nya papperslösa personerna kommer att belasta servicesystemet. Enligt en grov uppskattning kan de totala kostnaderna i och med de nya klienterna öka med ca 100 000–200 000 euro i hela landet, vilket innebär att kostnaderna under de närmaste åren uppgår till ca 0,8–1,0 miljoner euro.

En lagändring som gjordes 2013 i Sverige, där papperslösas rätt till social- och hälsovårdstjänster utökades, ledde till en ökning i antalet besök av papperslösa klienter. Det ökade antalet besök berodde delvis på att klienter övergick från aktörer inom tredje sektorn till den offentliga hälso- och sjukvården. Utvidgningen av tjänsterna genom lagstiftning så att de blir riksomfattande leder sannolikt till en ökning i antalet serviceanvändare även i Finland, vilket i sin tur gör att de totala kostnaderna ökar. Liksom i Sverige är det sannolikt att lagändringen också frigör resurser hos aktörer inom tredje sektorn som kan användas för rådgivning och för att hänvisa klienter till tjänster inom den offentliga sektorn.

När det gäller social- och hälsovårdstjänster för papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös har det ofta framförts att personerna söker vård först när deras hälsotillstånd har försämrats och behovet av vård är oundvikligt. Genom att snabbare ingripa i hälsotillståndet kan man förebygga till exempel spridningen av smittsamma sjukdomar och anlita tjänster inom den specialiserade sjukvården. Ur ett kostnadsperspektiv kan ett tidigt förebyggande av hälsoproblem därmed ha betydande effekter i fråga om att spara in kostnader. Det kan tänkas att de ökade kostnader som nya klienter medför neutraliseras i och med att dyra behandlingsåtgärder ersätts med billigare och förebyggande åtgärder.

I fråga om antalet användare av tjänster och antalet klientbesök är en annan fråga huruvida de utvidgade rättigheterna till hälso- och sjukvårdstjänster utgör en sådan faktor som lockar papperslösa att byta destinationsland. Bakom detta finns en tanke om att de orsaker som påverkar invandringen kan delas in i tilldragande faktorer och fränstötande faktorer. Att använda en sådan indelning när det gäller personer som anser sig tvungna att lämna sin egen stat är dock en utmaning. Modellen betraktar invandrare som medvetna aktörer som överväger olika alternativ samt

fördelar och nackdelar med flytten. Samtidigt är utgångspunkten ett antagande om att den som flyttar har tillgång till omfattande information som kan analyseras och utnyttjas när personen fattar beslut om vilken stat han eller hon ska söka sig till. Personer som flyr från den egna staten fattar givetvis beslut utifrån den information de har tillgång till, men ramarna för valen är begränsade på grund av reserestriktioner, ekonomisk situation, människosmugglare, smugglingsrutter och flera andra faktorer. I fråga om personer som söker internationellt skydd kan man i allmänhet inte tala om att välja en destinationsstat, utan de väljer den stat som de i första hand försöker få skydd i. Det som inverkar på valet av förstahandsalternativ är till stor del rykten och föreställningar om staten i fråga.

I den internationella forskningslitteraturen har man inte hittat något samband mellan rätten till hälso- och sjukvård i den mottagande staten och valet av destinationsstat hos papperslösa personer. Om rätten till hälso- och sjukvårdstjänster visade sig vara en betydande attraktionsfaktor, kan man anta att detta skulle synas i statistiken över personer som år 2015 sökt internationellt skydd i Europa. De viktigaste destinationsstaterna skulle då ha varit de stater som tillhandahåller de mest omfattande hälso- och sjukvårdstjänsterna för papperslösa som vistas inom deras område. Enligt den logik som betonar hälso- och sjukvården som attraktionsfaktor skulle till exempel Frankrike ha varit en populärare destinationsstat än Tyskland, eftersom det enligt den nationella lagstiftningen i Frankrike är absolut förbjudet att anmäla en papperslös patient hos hälso- och sjukvården till myndigheterna. Trots detta visar statistiken att antalet personer som sökte internationellt skydd i Tyskland 2015 i proportion till folkmängden var upp till fem gånger så stort som i Frankrike. På motsvarande sätt ändrade Sverige 2013 sin lagstiftning om papperslösas rättigheter i fråga om social- och hälsovårdstjänster så att papperslösa garanteras liknande rättigheter som personer som söker internationellt skydd. I en utredning som gjordes 2015 upptäcktes det att de utökade rättigheterna knappt hade inverkat alls på det totala antalet papperslösa i Sverige. Orsaken till att sådana attraktionsfaktorer inte kunde uppfattas ansågs för det första vara att få av de personer som söker internationellt skydd ursprungligen har lämnat avresestaten av hälsoskäl. För det andra väljs destinationsstaten oftast på basis av i vilket land man bedömer att det finns bäst möjligheter till arbete inom den grå ekonomin eller att det redan finns ett stödnätverk.

När man granskar antalet personer som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös och den möjliga utvecklingen i Finland i fråga om detta antal bör man också beakta att utlänningar sällan är papperslösa när de anländer till Finland. Majoriteten av de papperslösa som vistas i Finland har ursprungligen sökt internationellt skydd i Finland men fått avslag på sin ansökan eller är personer som tidigare har haft uppehållstillstånd eller visum. I princip ska en person som fått avslag på sin ansökan om uppehållstillstånd eller vars dokument som visar på laglig vistelse har gått ut återvända till avresestaten eller i sista hand till den stat där personen är medborgare. Av olika skäl har personerna i fråga ändå stannat kvar i Finland. Med andra ord har personerna har inte kommit till Finland med avsikten att leva som papperslös här, utan de blir papperslösa till följd av den invandringspolitik och invandringslagstiftning som tillämpas i Finland. Därmed avviker Finland inte från den internationella statistiken. Enligt OHCHR har majoriteten av de papperslösa i världen rört sig lagligt över gränserna eller också har vistelsen genast efter att de passerat en gräns blivit laglig igen på grundval av att personen har sökt internationellt skydd i staten i fråga. Dessutom visar undersökningar att papperslösa vistas i Finland endast en kort tid. De försöker ta sig till andra europeiska länder där möjligheterna att arbeta inom den svarta arbetsmarknaden är mer omfattande än i Finland.

Enligt gällande lagstiftning har papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös rätt till brädslande vård i Finland. Enligt lagen ska de, på samma sätt som andra personer som endast får brädslande vård, i första hand i enlighet med 13 § i klientavgiftslagen själva svara för kostnaderna för den vård de har fått. Enligt 20 § i gränslagen betalar staten den

andel som överstiger klientavgiften för en kommuninvånare till kommunerna och sjukvårdsdistrikten, om kostnader inte har kunnat tas ut hos klienterna. Efter 2023 betalas denna ersättning till välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Denna så kallade statliga ersättningsförmån söks hos Folkpensionsanstalten. Enligt statistik från Folkpensionsanstalten över brådskande vård har det betalats drygt 2 miljoner euro i statlig ersättning för 2019. På motsvarande sätt betalades det år 2020 knappt 2,5 miljoner euro i ersättningar för brådskande vård. Det bör dock noteras att Folkpensionsanstaltens statistik över statlig ersättning som hänförs till brådskande vård inte kan delas upp enligt persongrupp. Således kan man inte på någon nivå hänföra några kostnader till de tjänster som tillhandahållits papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös. Alla som vistas i Finland har enligt hälso- och sjukvårdslagen rätt att få brådskande vård i Finland. Statlig ersättning enligt gränslagen kan sökas oberoende av persongrupp, om personen själv trots försök att ta ut kostnaderna inte har betalat kostnaderna för vården. Enligt en grov uppskattning från Folkpensionsanstalten gäller största delen av de statliga ersättningar som hänförs till brådskande vård sådana turister som lagligen har vistats i Finland. I ansökan om statlig ersättning är det också möjligt att anteckna uppgifter om att personen inte har kunnat identifieras i samband med vården, men enligt Folkpensionsanstaltens bedömning kommer det mycket sällan in ansökningar med en sådan anmärkning.

I denna proposition föreslås det att välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen ska kunna avstå från att ta ut kostnaderna för den vård som omfattas av den statliga ersättningen hos den som fått vård, om det är fråga om en person som omfattas av personkretsen i lagändringen och personen är uppenbart medellös. Det är inte ändamålsenligt att utfärda en allmän bestämmelse om att avstå från att ta ut kostnaderna, eftersom personkretsen i den föreslagna bestämmelsen också omfattar personer som har fått tillfälligt uppehållstillstånd och arbetar i Finland eller för vilka villkoret för att få uppehållstillstånd är att deras försörjning är tryggad. Kommunerna och sjukvårdsdistrikten har vid verkställandet av den nuvarande lagstiftningen tydligt fört fram att uttagandet av kostnaderna hos klienterna i enlighet med gränslagen är ett onödigt administrativt skede, eftersom papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös i huvudsak är medellösa. Kostnaderna för den brådskande vård som ges papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös (förutom i de kommuner som genom eget beslut har avstått från att ta ut kostnaderna för den vård som ges papperslösa) betalats således i huvudsak med statliga medel inom den redan gällande mekanismen för statlig ersättning enligt gränslagen. De merkostnader för staten som följer av detta lagförslag är endast sådana kostnader som orsakas av de nya uppgifter som enligt förslaget ska omfattas av skyldigheten att ordna hälso- och sjukvård, dvs. kostnader för de hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömer som nödvändiga samt de kostnader i anslutning till brådskande vård som uppkommit i sådana kommuner (t.ex. Helsingfors) som för närvarande genom egna beslut har avstått från att ta ut kostnaderna av papperslösa klienter.

Helsingfors har utöver kostnaderna för vården inte följt upp vården av papperslösa eller tillgodeendet av papperslösas rätt till vård. På basis av den statistik som finns tillgänglig kan man således inte särskilja kostnaderna för brådskande och icke-brådskande vård. Därför är det inte möjligt att på ett heltäckande sätt uppskatta de merkostnader som lagändringen medför på riksnivå. Eftersom antalet användare av tjänsterna är litet bedöms det att konsekvenserna för statsfinanserna är ringa. De årliga merkostnaderna beräknas uppgå till högst 1 miljon euro. Avsikten är att kostnaderna ska beaktas vid ramberedningen av statsfinanserna för 2023–2026 och i statsbudgeten för 2023.

I enlighet med den gällande lagstiftningen ska kostnaderna för den brådskande vård som ges papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös i första hand tas

ut av klienten. Papperslösa och en stor del av de personer som är i en situation som kan liknas vid att vara papperslös är medellösa, vilket innebär att ersättning för den andel av kostnaderna som överstiger klientavgiften enligt klientavgiftslagen har sökts hos Folkpensionsanstalten efter att man har försökt ta ut kostnaderna. I propositionen föreslås det att man ska avstå från att ta ut dessa kostnader, om ett välfärdsområde, Helsingfors stad eller HUS-sammanslutningen i samband med vården bedömer att personen i fråga är medellös. Personen kan då faktureras direkt för enbart den klientavgift enligt klientavgiftslagen som inte omfattas av den statliga ersättningen enligt gränslagen. Det är omöjligt att bedöma hur mycket och hurdana nödvändiga icke-brådskande tjänster som papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös kommer att behöva efter att den föreslagna ändringen trätt i kraft, vilket innebär att det inte heller går att uppskatta mängden eller beloppet av klientavgifter som ska faktureras. Tillhandahållandet av nödvändiga icke-brådskande tjänster antas också sannolikt minska personernas behov av sådana brådskande tjänster som redan omfattas av rätten och för vilka klientavgifter skulle faktureras. Därför kan det bedömas att ändringen har ringa konsekvenser för välfärdsområdenas ekonomi.

Konsekvenser för individens ställning med tanke på grundläggande och mänskliga rättigheter

Lagförslaget förbättrar ställningen för de i förslaget definierade utlänningar som vistas i Finland så att de får mer omfattande rättigheter än för närvarande när det gäller hälso- och sjukvårdstjänster som ordnas av välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Förslaget innebär att de mänskliga rättigheterna och grundläggande fri- och rättigheterna för personer som på olika sätt marginaliserats och lever i utsatta situationer samt rätten enligt 19 § 1 mom. i grundlagen till nödvändig omsorg och det allmännas skyldighet enligt 3 mom. att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa tillgodoses bättre än för närvarande i fråga om personer som står under Finlands jurisdiktion. Dessutom främjar lagförslaget dessa personers rätt till likabehandling, eftersom rätten till hälso- och sjukvårdstjänster utvidgas till samma nivå som för personer som sökt internationellt skydd i Finland och för offer för människohandel. I den personkrets som förslaget gäller ingår personer som lagligen vistas i Finland och som har beviljats uppehållstillstånd, om ett sådant krävs av dem. Det finns ingen grundad anledning till att personerna i fråga har mindre rätt till hälso- och sjukvårdstjänster i Finland än personer som har sökt internationellt skydd i Finland.

Förslaget att staten direkt ska svara för kostnaderna för vården av sådana personer som omfattas av bestämmelsen och som bedöms vara medellösa beaktar bättre än för närvarande förpliktelserna i de internationella människorättskonventioner som är bindande för Finland, enligt vilka en persons kostnadsansvar inte får förhindra att rätten till hälso- och sjukvård tillgodoses. Rädslan för att kostnaderna ska tas ut kan i praktiken leda till att en person så länge det bara är möjligt undviker att vända sig till hälso- och sjukvården. Det bedöms att personerna i och med ändringen kommer att ta kontakt med hälso- och sjukvården i ett tidigare skede, vilket innebär att hälsoproblem kan lösas i ett så tidigt skede som möjligt. Samtidigt beaktar bestämmelsen om kostnadsansvar att personkretsen omfattar personer som har löneinkomster eller vars försörjning är tryggad så att de själva eller genom en försäkring kan bekosta den vård de fått, på samma sätt som andra utlänningar som inte har en hemkommun.

Eftersom ändringen garanterar tillgången till vård i samband med graviditet och förlossning för personer som omfattas av det personrelaterade tillämpningsområdet för lagen samt ger minderåriga rätt till samma hälso- och sjukvårdstjänster som invånare med hemkommun, förbättras på det sätt som förutsätts i de konventioner om mänskliga rättigheter som är bindande för Finland ställningen i synnerhet för kvinnor och barn som ofta hör till de allra mest utsatta grupperna. Minderåriga barn kan i allmänhet inte själva påverka det faktum att de befinner sig i ett land

som papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös. Internationellt sett har det gjorts mycket få undersökningar om barn som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös och om hur papperslösheten påverkar deras hälsa. Forskningsresultaten visar dock att de behov som hänför sig till barns hälsa i stor utsträckning är beroende av hälso- och sjukvårdssystemet i avresestaten. Det är avgörande för barnens hälsa före resan. De prövningar och erfarenheter som barnen utsätts för under resan inverkar naturligtvis också på deras hälsa, men hur de behandlas i den mottagande staten har också en inverkan. Under de senaste åren har man i Europa fäst särskild uppmärksamhet vid de smittsamma sjukdomar som papperslösa bär på och således för med sig. Därtill är det enligt forskningsresultaten i jämförelse med barn som lagligen vistas i landet större sannolikhet att barn som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös har psykiska problem eller får sådana efter att de kommit till landet. I fråga om barn som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös är rätten till förebyggande vård särskilt viktig, så att eventuella psykiska problem kan upptäckas och åtgärdas i ett så tidigt skede som möjligt.

Ett mer omfattande utbud av hälso- och sjukvårdstjänster för minderåriga är också motiverat med tanke på folkhälsan. Detta gäller till exempel minderårigas möjlighet att få vacciner som ingår i det nationella vaccinationsprogrammet. Internationella undersökningar visar att vaccinationsnivån hos barn som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös beror på barnets avresestat, men att barnen mycket ofta saknar vacciner också mot sådana sjukdomar vars spridning man i Finland och annanstans i Europa i stor utsträckning har kunnat förhindra med hjälp av vaccin (t.ex. mässling). När vaccinationstäckningen i samhället minskar finns det risk för att sjukdomarna i fråga börjar spridas på nytt.

På grund av det ringa antalet minderåriga som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös i Finland finns det knappt någon evidensbaserad kunskap alls om konsekvenserna av omfattningen av de rättigheter som gäller hälso- och sjukvården. Därför bör man noggrant följa upp hur den föreslagna lagstiftningen påverkar barnens ställning och tillgodoseendet av deras rättigheter och vid behov vidta åtgärder för att tillgodose barnens ovillkorliga rätt till vård och omsorg och bästa uppnåeliga hälsa. I det här sammanhanget bör man också följa upp hur de tjänster som beviljats vuxna som är papperslösa eller befinner sig i en situation som kan liknas vid att vara papperslös, och i synnerhet de tjänster som inte beviljats dem, eventuellt inverkar på hälsan hos de barn som kommit med dessa vuxna. Enligt propositionen ska barnets bästa också beaktas vid bedömningen av huruvida de tjänster som vuxna personer behöver är nödvändiga.

Genom ändringen strävar man efter att påverka utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster också så att nödvändiga tjänster ska erbjudas papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös på ett enhetligt sätt nationellt, oberoende av vilket välfärdsområde som ordnar tjänsterna. Även på detta sätt tryggas likabehandlingen av personer som vistas i Finland och främjas personernas möjlighet att vistas i det välfärdsområde de önskar. Det medför att personerna inte flyttar eller uppmanas att flytta inom Finlands gränser till sådana välfärdsområden där hälso- och sjukvård erbjuds i större omfattning än vad den gällande allmänna lagstiftningen förutsätter.

5 Alternativa handlingsvägar

5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser

När det gäller omfattningen av skyldigheten att ordna hälso- och sjukvårdstjänster framfördes vid beredningen av propositionen ett alternativ där välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen för vuxna som omfattas av personkretsen i förslaget utöver brådslande

vård enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen skulle vara skyldiga att ordna endast sådana tjänster som bedömts nödvändiga i samband med graviditet och förlossning. Behovet av hälso- och sjukvårdstjänster och hur nödvändiga tjänsterna är skulle bedömas av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utifrån patientens individuella situation, med beaktande av dennes hälsotillstånd och längden på vistelsen i Finland. Precis som enligt det valda alternativet skulle minderåriga barn ha rätt till hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som en person som har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland. Ett sådant alternativ skulle, när det gäller barn och gravida kvinnor samt i fråga om vissa tjänster även andra vuxna med familj, bättre än för närvarande trygga rätten till nödvändig omsorg enligt 19 § 1 mom. i grundlagen och tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen samt uppfylla motsvarande internationella förpliktelser som gäller mänskliga rättigheter. Eftersom rättigheterna för andra papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös bibehålls på nuvarande nivå skulle Finlands nationella lagstiftning fortfarande inte helt och hållet iakttä anmärkningarna från övervakningsorganen för de internationella människorättskonventionerna, enligt vilka enbart brådskande vård inte kan anses vara en tillräcklig nivå på hälso- och sjukvården för att uppfylla Finlands internationella förpliktelser. Dessutom har det i beredningen ansetts att man genom en sådan lösning skapar en ny, svårtolkad undantagsregel som gäller en viss grupp. Det kan vara svårt för välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen att för det första identifiera alla som omfattas av personkretsen och för det andra bedöma vilka vårdbehov som hänför sig till graviditet och förlossning och vilka som inte gör det. Med hänvisning till det låga antalet papperslösa har det inte ansetts administrativt ändamålsenligt att bygga upp ett undantagssystem endast för vissa personer som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös.

I fråga om personkretsen framfördes vid beredningen av propositionen ett alternativ, enligt vilket utvidgningen av rätten till hälso- och sjukvård begränsas till att omfatta endast personer i särskilt utsatt ställning. Detta innebär förutom personer som otillåtet vistas i Finland och personer som tillfälligt vistas i Finland och inte omfattas av lagstiftningen om social trygghet i sin bosättningsstat även vissa personer som vistas i Finland med stöd av tillfälligt uppehållstillstånd. För att uppehållstillstånd ska kunna beviljas förutsätts det i regel att utlännings försörjning är tryggad. På motsvarande sätt förutsätts det i fråga om EU-medborgare som med stöd av utlänningslagen registrerar sin vistelse i Finland att deras försörjning är tryggad. Om en persons lagliga vistelse kräver att försörjningen är tryggad kan personen inte anses vara i en särskilt utsatt ställning. Alla som vistas i Finland med tillfälligt uppehållstillstånd är dock med tanke på tillgången till hälso- och sjukvård i en situation som kan liknas vid att vara papperslös. De har oberoende av vistelsens längd i praktiken rätt att få endast brådskande vård i Finland. Med tanke på likabehandlingen kan det inte anses vara rättvist att en person som lagligen vistas i Finland har en snävare rätt till offentliga hälso- och sjukvårdstjänster än personer som vistas i landet i strid med bestämmelser eller personer som söker internationellt skydd. Dessutom korrelerar det krav på försörjning som är kopplat till beviljande av uppehållstillstånd snarare med de regler som gäller uttagande av kostnader för vården än med de regler som gäller omfattningen av själva skyldigheten att ordna tjänster. I ett alternativ, enligt vilket personkretsen avgränsas så att största delen av de personer som är i en situation som kan liknas vid att vara papperslös inte omfattas av ändringen blir antagandet att alla personer som hör till personkretsen är medellösa. Då skulle det vara ändamålsenligt att direkt jämställa personerna med personer som söker internationellt skydd också i fråga om kostnader. En klientavgift enligt klientavgiftslagen skulle kunna tas ut hos personerna, om inte personen anses vara oförmögen att betala, och staten skulle kunna påföras det primära ansvaret för den del som överstiger klientavgiften genom att 20 § 1 mom. i gränslagen ändras.

5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

Den utsatta ställning och de hälsorisker som bland annat dåliga boende- och arbetsförhållanden samt arbetslöshet medför för utlänningar som vistas olagligt i olika länder har uppmärksamats mer än tidigare i de flesta länder. Samtidigt har man börjat identifiera de människorätsproblem som är förenade med personernas svaga ställning, och insett att staterna är skyldiga att tillgodose också dessa personers rättigheter, till exempel genom att erbjuda dem hälso- och sjukvårdstjänster. Länderna skiljer sig åt bland annat i fråga om hur tjänsterna ordnas och i vilken omfattning de erbjuds samt när det gäller storleken på eventuella klientavgifter. En jämförelse mellan länderna försvåras också av att definitionerna av till exempel personkretsen papperslösa och bråds-kande vård varierar mellan olika länder.

År 2021 offentliggjorde Europeiska migrationsnätverket (EMN) en rapport om en utredning som nätverket upprättat om åtgärder mot personer som i strid med bestämmelser vistas i ett land en längre tid ([Responses to long-term irregularly staying migrants: practices and challenges in the EU and Norway](http://www.emn.fi/files/2164/EMN-Study_Responses-to-long-term-irregularly-staying-migrants.pdf), EMN, 07/2021, http://www.emn.fi/files/2164/EMN-Study_Responses-to-long-term-irregularly-staying-migrants.pdf). Syftet med undersökningen var att ge en allmän bild av den politik och den praxis som i 25 medlemsstater i EU samt i Norge tillämpas i fråga om tredjelandsmedborgares utdragna vistelser i strid med bestämmelser. De uppgifter som användes grundade sig på sekundära källor som staterna lämnat. Enligt utredningen varierar personernas rätt till hälso- och sjukvårdstjänster enligt den nationella lagstiftningen beroende på personernas olika migrationsstatus. Majoriteten av staterna beviljade mer omfattande rättigheter än bråds-kande vård till personer som myndigheterna har uppgifter om (t.ex. personer som väntar på att ett beslut om utvisning ska verkställas). Drygt en tredjedel av staterna erbjöd också mer omfattande rättigheter än bråds-kande vård åt sådana papperslösa som myndigheterna inte har kännedom om. Därtill fanns det stater där vissa regioner eller, såsom i Finland, vissa kommuner gav papperslösa personer mer omfattande rättigheter än vad som föreskrivs i den nationella lagstiftningen.

En mer omfattande utredning om olika staters bestämmelser som berör papperslösa och de utmaningar som hänför sig till bestämmelserna finns (på finska) i den offentliga tjänsten på adressen <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM075:00/2021> med identifieringskoden STM075:00/2021.

Sverige. I Sverige finns inga statistiska uppgifter om antalet papperslösa, men man har försökt uppskatta antalet. I de lägsta och de högsta uppskattningarna varierar antalet papperslösa med tiotusentals personer. Enligt en bedömning från 2017 är antalet ca 20 000–50 000. Merparten av de papperslösa som lever i Sverige har sökt internationellt skydd i Sverige efter ankomsten till landet. Efter att de har fått ett beslut har de stannat i landet. Det bedöms att papperslösa söker sig främst till de största städerna där de har störst chans att få arbete.

I Sverige ska alla befolkningsgrupper ha lika rätt till hälso- och sjukvårdstjänster. Rätten är bosättningsbaserad på samma sätt som i Finland. Landstingen har ansvaret för ordnandet av tjänsterna. Landstingen svarar för finansieringen och ordnandet av primärvården och den specialiserade sjukvården och för ersättningarna för läkemedelskostnader. Tjänsteutbudet är det-samma för alla invånare. Landstingen beslutar själva om klientavgifterna inom ramen för den nationella lagstiftningen och därför kan avgifterna variera i någon mån mellan landstingen.

Före 2013 hade papperslösa endast rätt till avgiftsbelagd första hjälp inom den offentliga hälso- och sjukvården i Sverige. Sommaren 2013 trädde lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd i kraft i Sverige. I och med lagändringen har papperslösa som har fyllt 18 år rätt till nödvändig offentlig hälso- och sjukvård samt mun- och tandvård. I praktiken är rätten till hälso- och sjukvård lika omfattande som för

personer som söker internationellt skydd i Sverige. Nödvändig vård har definierats som vård som inte kan anstå utan allvarliga följder för personen själv, andra människor eller befolkningen. En persons vårdbehov bestäms av behandlande läkare. Utöver nödvändig vård har papperslösa rätt till tjänster i samband med graviditet och förlossning, före och under förlossningen samt efter förlossningen. Dessutom omfattar rätten abort och preventivmedelsrådgivning. Barn och unga under 18 år har samma rättigheter i fråga om den offentliga hälso- och sjukvården som barn och unga som är varaktigt bosatta i Sverige.

Landstingen svarar för de vårdkostnader som gäller papperslösa utlänningar. Av en papperslös person som får hälso- och sjukvård får en vårdavgift som är lika stor som avgiften för svenska invånare tas ut för läkar- och tandläkarbesök samt för besök på mottagning hos andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Betalningsoförmåga får dock inte vara ett hinder för vård. Hälsoundersökningar, vård enligt smittskyddslagen och all vård som ges personer under 18 år är avgiftsfria.

Lagen gäller personer som vistas i Sverige utan officiellt uppehållstillstånd eller annan laglig grund. Enligt förarbetena till lagen är sådana personer till exempel personer som fått avslag på en asylansökan, personer som har stannat i landet efter att deras tillfälliga uppehållstillstånd eller visum gått ut samt personer som inte alls har vänt sig till de svenska migrationsmyndigheterna efter att de kommit till landet. Lagen omfattar inte utlänningar vars vistelse i Sverige är avsedd att vara tillfällig. Dessutom är tillämpningen av lagen på medborgare i EU- eller EES-länder eller Schweiz en omstridd fråga. I regel har sådana medborgare i EU- eller EES-länder eller Schweiz som inte kan visa sin rätt till hälso- och sjukvård med ett europeiskt sjukvårdskort utfärdat av bosättningsstaten rätt till hälso- och sjukvårdstjänster, men är skyldiga att själva betala alla kostnader för vården. De anvisas att ansöka om ersättning i efterhand i enlighet med lagstiftningen i sin bosättningsstat. I förarbetena till Sveriges gällande lag om hälso- och sjukvård för papperslösa har det dock skrivits in att lagen i enskilda fall kan tillämpas också på EU-medborgare. I propositionen preciseras dock inte i vilka situationer och under vilka förutsättningar det är möjligt. Vissa landsting har genom egna beslut fastställt att EU-medborgare som har vistats i Sverige mer än tre månader, utan att deras vistelse har officiell status i enlighet med svensk lagstiftning, ska betraktas som papperslösa personer och att lagen om hälsovård för papperslösa därmed ska tillämpas på dem. Det finns dock inga officiella riksomfattande riktlinjer för hur frågan ska tolkas.

Utöver den offentliga hälso- och sjukvården finns det för papperslösa tillgång till vissa kliniker som drivs av tredje sektorn. Innan lagen om hälsovård för papperslösa förnyades var klinikerna inom tredje sektorn den primära instansen för papperslösa i fråga om tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster. Antalet besökare vid klinikerna har dock minskat sedan 2013. Det nuvarande syftet med klinikerna är främst att hänvisa besökare till den offentliga hälso- och sjukvården samt att ge papperslösa rådgivning och information om deras rättigheter.

Vid beredningen av den nya lagstiftningen utgick man från att landstingens kostnader skulle öka i och med den nya lagen, men det var inte möjligt att exakt bedöma hur stor ökningen skulle bli. När lagen hade trätt i kraft gav den svenska regeringen Statskontoret i uppdrag att utreda verkställigheten och tillämpningen av lagen i landstingen. Statskontoret gav 2015 en lägesrapport över den vård som gavs åren 2013–2014 (Vård till papperslösa; En uppföljning av lagen om vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd, 2015:10) och 2016 en slutrapport som i huvudsak behandlade den vård som gavs 2015 (Vård till papperslösa; Slutrapport av uppdraget att följa upp lagen om vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd, 2016:11). Vården följdes upp med hjälp av statistik från landstingen. I regel hade de tjänster som tillhandahållits papperslösa registrerats i landstingens patientdatasystem med en särskild kod, så att uppgifterna

i efterhand kunde tas ut ur systemen. Enligt Statskontorets lägesrapport hade det 2014 registrerats 19 000 patientbesök som gällde hälso- och sjukvårdstjänster för papperslösa personer. Av dessa gällde ca 14 000 primärvårdstjänster som tillhandahållits i Stockholmsregionen. När den nya lagen hade trätt i kraft steg som väntat totalkostnaderna för den hälso- och sjukvård som tillhandahålls papperslösa inom alla landsting. Ökningen var snabb och skillnaden mot kostnaderna 2013 var 80 procent. Ökningen ansågs huvudsakligen bero på att man hade informerat mycket om lagändringen, så att målgruppen hade fått kännedom om ändringen. Dessutom hade landstingen efter lagändringen börjat registrera papperslösas patientbesök bättre. Det bör dock noteras att totalkostnaderna endast uppgick till en tredjedel av det belopp som uppskattats under lagberedningen. Eftersom de ersättningar som svenska staten hade betalat till landstingen grundade sig på uppskattningarna i regeringspropositionen var slutsatsen i lägesrapporten att landstingen hade fått för mycket ersättning. Enligt Statskontorets slutrapport hade det 2015 på riksnivå registrerats 30 000 patientbesök som gällde papperslösa personer. Antalet besökare enligt lägesrapporten och enligt slutrapporten är dock inte helt jämförbara, eftersom landstingen under samma tid hade vidareutvecklat sina rapporteringsprocesser. Dessutom bedömdes det att en del patientbesök inte hade registrerats. På riksnivå uppskattades det således att antalet patientbesök uppgick till ca 35 000–40 000 år 2015. Största delen av besöken gjordes inom primärvården. Av besöken gällde ca 4–8 procent mun- och tandvårdstjänster. Största delen av kostnaderna hänförde sig dock till tjänster inom den specialiserade sjukvården eller slutna avdelningar. År 2015 registrerades ungefär hälften av alla patientbesök i fråga om papperslösa personer i Sverige inom primärvården i Stockholm. Kostnaderna för dessa tjänster uppgick dock endast till ca 16 procent av de rapporterade totalkostnaderna i regionen. Enligt slutrapporten väntades antalet patientbesök öka ytterligare i och med utvecklingen av de olika administrativa processerna. Dessutom antogs antalet papperslösa personer i Sverige öka något när det fattats beslut om ansökningarna om uppehållstillstånd i fråga om de personer som sökte internationellt skydd i Sverige 2015–2016.

Målet med Statskontorets utredning var också att utreda vilka konsekvenser den utvidgade rätten till hälso- och sjukvård har för invandringen på ett allmänt plan. Enligt slutrapporten ansågs lagändringen inte ha några konsekvenser i fråga om antalet personer som söker internationellt skydd i Sverige. Dessutom bedömde man att lagändringen sannolikt inte heller hade påverkat valen för de personer som också annars kommit till Sverige i strid med reglerna. Det gick dock inte att helt utesluta att lagändringen skulle ha kunnat inverka på valet av destinationsstat hos någon enskild person som kommit till Sverige. Statskontorets bedömning baserade sig på resultaten från internationella undersökningar, enligt vilka man inte kan se någon korrelation mellan valet av destinationsstat och lagstiftningen om hälso- och sjukvård i landet i fråga. Valet görs främst utifrån om personen har möjlighet att arbeta svart i staten i fråga. Papperslösa lever utanför samhällsstrukturerna, vilket innebär att de inte har möjlighet att få arbete på den lagliga arbetsmarknaden. Dessutom är en förutsättning för att vara papperslös i praktiken att personen lyckas skapa något slags stödnätverk som hjälper till med att ordna resa, arbete och boende.

Norge. År 2020 konstaterade de norska ministerierna att det inte finns några uppgifter om antalet papperslösa personer som vistas i Norge. Det fanns dock uppgifter om att papperslösa personer vistas åtminstone i de största städerna i Norge. Den föregående riksomfattande bedömningen gjordes redan 2008 och då uppskattades det att det fanns drygt 18 000 papperslösa i Norge. Majoriteten av dem var personer som sökt internationellt skydd i Norge och fått avslag på sin ansökan. Det kan dock uppskattas att antalet papperslösa har ökat sedan 2015 då det till Norge, liksom till andra europeiska länder, anlände ett exceptionellt stort antal personer som sökte internationellt skydd.

Alla varaktigt bosatta invånare i Norge har lika rätt till hälso- och sjukvårdstjänster. Social ställning, hemkommun eller inkomster får inte utgöra hinder för rätten att få vård. Det norska hälso-

och sjukvårdssystemet är indelat i tre nivåer. På nationell nivå administreras fyra regionala hälsovårdsmyndigheter, som i sina områden ansvarar för ordnandet och finansieringen av den specialiserade sjukvården. Norges landskap är självständiga politiska och administrativa enheter som ansvarar för mun- och tandvården och i viss mån för folkhälsoarbetet tillsammans med kommunerna. Kommunerna ansvarar för de uppgifter som inte hör till staten eller landskapen. Dessa är bland annat primärvård, förebyggande tjänster, förebyggande av sjukdomar och olycksfall, allmänläkarjour, fysioterapi samt enheter inom äldreomsorgen som kräver övervakning dygnet runt.

I Norge finns bestämmelser om rätten till hälso- och sjukvård i lagen om patienters och brukares rättigheter (Lov om pasient- og brukerrettigheter, lov-1999-07-02-63) där det föreskrivs att alla i Norge har rätt till kommunal hälso- och sjukvård samt till hälso- och sjukvård vid enheter inom den specialiserade sjukvården. Enligt lagen kan det genom en särskild kunglig förordning utfärdas bestämmelser om undantag i fråga om tillämpningen av den allmänna lagen när det gäller personer som inte har norskt medborgarskap och som inte är varaktigt bosatta i Norge.

Fram till 2011 tillämpades den allmänna lagen också på papperslösa. År 2011 utfärdades dock en förordning med bestämmelser om rätten till social- och hälsovårdstjänster för personer som tillfälligt vistas i Norge (Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, For-2011-12-16-1255). Med stöd av denna förordning har vuxna papperslösa rätt till brådskande vård såväl inom primärvården som inom den specialiserade sjukvården. Brådskande vård definieras som akut vård av livshotande tillstånd eller vård av sådana tillstånd som kan orsaka permanent nedsatt funktionsförmåga. Dessutom har papperslösa rätt till absolut nödvändig vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Absolut nödvändig vård definieras i lagen som vård som inte kan vänta utan risk för att personen avlider eller får en allvarlig bestående skada, en allvarlig skada eller svår smärta. Beslut om vård fattas av en anställd inom hälso- och sjukvården utifrån en bedömning av vårdbehovet. I en samrådspromemoria om den förordning som gäller hälso- och sjukvård för papperslösa konstateras det att den medicinska bedömningen ska basera sig på antagandet att en papperslös patient lämnar landet inom tre veckor och därefter utnyttjar hälso- och sjukvårdssystemet i sitt hemland. Om det anses att vården kan skjutas upp med tre veckor utan att den medicinska situationen blir akut, uppstår inte någon rätt till hälso- och sjukvård. Gravida papperslösa har rätt till offentlig hälso- och sjukvård före och efter förlossningen samt under förlossningen. Dessutom har de rätt till abort. Papperslösa under 18 år har samma rätt till hälso- och sjukvård som barn som är varaktigt bosatta i Norge.

Trots den lagstiftning som ger rätt till vissa hälso- och sjukvårdstjänster, försvåras papperslösas tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster av de klientavgifter som tas ut för hälso- och sjukvården. Papperslösa förväntas täcka alla sina hälso- och sjukvårdskostnader själva, inklusive kostnaderna för förlossning. Undantagsfall när klientavgifter inte tas ut är graviditetskontroller, psykiatrisk tvångsvård, vaccinationer och behandling av smittsamma sjukdomar. Det finns ingen separat reglering som gäller kostnaderna för vård av papperslösa barn, men allmänt godkänd praxis är att barn får vård utan ersättningsskyldighet.

Inom tredje sektorn erbjuds papperslösa bastjänster inom primärvården vid en hälsoklinik i Oslo som drivs av Norges Röda Kors och evangelisk-lutherska kyrkan i Norge. Här kan papperslösa få tid hos exempelvis en läkare, psykolog, fysioterapeut eller sjuksköterska. Vid kliniken kan man dessutom göra vissa laboratorieprov och vid behov få remiss till fortsatta undersökningar. Kliniken drivs i huvudsak av frivilliga krafter, men en läkare och en person med ansvar för administrationen är anställda. Servicen är avgiftsfri för kunden.

Danmark. År 2019 uppskattade man i Danmark att ca 22 000–28 000 papperslösa personer bor i landet. Den största gruppen är personer som sökt internationellt skydd och fått avslag på sin ansökan, och den näst största gruppen är utlänningar som arbetar utan arbetstillstånd.

Danmark har ett universellt hälso- och sjukvårdssystem, som omfattar alla som är permanent bosatta i Danmark. Systemet kan användas av alla som är registrerade i det nationella persondatasystemet. Vid besök inom hälso- och sjukvården ska patienten visa upp ett av kommunen beviljat sjukförsäkringskort, med hjälp av vilket rätten till hälso- och sjukvårdstjänster bevisas. Tjänsterna är i allmänhet avgiftsfria för användaren. Systemet omfattar primärvård, allmänläkartjänster och specialiserad sjukvård. För att komma till en specialistläkares mottagning eller till den specialiserade sjukvården krävs remiss från allmänläkare. I Danmark ansvarar regionerna för ordnandet av primärvården och den specialiserade sjukvården. Kommunerna ansvarar för förebyggande vård, hälsofrämjande, tandvård för barn, skolhälsovård, hemsjukvård och i viss mån rehabilitering. Med en tilläggsförsäkring från ett offentligt försäkringsbolag kan man få ersättning för läkemedelsspecifika självriskandelar, tandvård och fysioterapi.

Den lagstiftning som gäller papperslösas rätt till hälso- och sjukvårdstjänster är mycket snäv. Med stöd av den danska utlänningslagen har papperslösa som är registrerade hos myndigheterna eller vistas på en förläggning samma rätt till hälso- och sjukvård som personer som söker internationellt skydd. I praktiken innebär detta att en papperslös person för att få mer omfattande rätt till hälso- och sjukvårdstjänster måste söka internationellt skydd i Danmark eller frivilligt vara beredd på att återvända till sin avresestat. Det är inte heller tekniskt möjligt att få hälso- och sjukvårdstjänster, eftersom papperslösa inte omfattas av det nationella persondatasystemet, vilket innebär att de inte kan beviljas ett nationellt sjukförsäkringskort.

Papperslösa har dock rätt till första hjälpen, eftersom sjukhusen är skyldiga att vårda patienter som behöver brådskande vård oberoende av vilken status personerna har i fråga om uppehållstillstånd. Brådskande vård definieras som sådan vård som krävs vid akut sjukdom eller effekter av kronisk sjukdom eller i samband med förlösning. I den danska lagstiftningen definieras det inte tydligt när det är fråga om ett akut fall som kräver brådskande vård. Beslut om huruvida vård ska ges grundar sig på den behandlande läkares bedömning av vårdbehovet. Utöver brådskande vård har papperslösa tillgång till HIV-testning, men de erbjuds inte vård för HI-viruset. Barn och unga under 18 år har rätt till brådskande vård och förebyggande tjänster, som omfattar bland annat vaccinationer enligt det nationella vaccinationsprogrammet, skolhälsovård samt mun- och tandvårdstjänster. Offentliga hälso- och sjukvårdstjänster är gratis för papperslösa, om personens bostadsort är känd. I dessa fall ersätter staten tjänsteproducenten för kostnaderna för den brådskande vården. I andra fall ska den papperslösa själv täcka vårdkostnaderna. Papperslösa personer har också möjlighet att via migrationsverket ansöka om en i lagen definierad rätt till mer omfattande vård. I praktiken används denna möjlighet sällan, eftersom migrationsmyndigheterna har anmälningsskyldighet till polisen när det gäller papperslösa.

Utöver de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna finns det för papperslösa tillgång till vissa kliniker som drivs av tredje sektorn. Danmarks Röda Kors, det danska läkarförbundet och Danmarks flyktingråd producerar tillsammans primärvårdstjänster med låg tröskel för alla invandrare oberoende av vilken status personerna har i fråga om uppehållstillstånd. Vid en sådan klinik har papperslösa möjlighet att till exempel få en avgiftsfri läkarundersökning. Blivande mammor erbjuds graviditetskontroller.

Tyskland. År 2017 uppskattades det att ca 3,9–4,8 miljoner människor som klassificeras som papperslösa vistas i Europa. Det bedömdes att majoriteten av dessa personer, ca 1,0–1,2 miljoner, vistas i Tyskland. När man läser Tysklands siffror bör man dock beakta att definitionen av

papperslösa i Tyskland också omfattar sådana personer som sökt internationellt skydd i Tyskland och väntar på beslut. Antalet sådana personer uppskattades i slutet av 2017 vara något under 450 000. På motsvarande sätt omfattar personkretsen papperslösa sådana personer som vistas i Tyskland och inte har beviljats uppehållstillstånd, men som har fått ett tillfälligt beslut om att det beslut om avvisning som gäller dem inte kan verkställas (Duldung). Ett sådant beslut kan fattas till exempel med hänsyn till att personen inte kan avlägsnas ur landet på grund av allvarlig sjukdom. Det uppskattades år 2017 att antalet personer som vistas i Tyskland och som har fått ett sådant beslut var något under 170 000. Det bör också beaktas att personkretsen papperslösa i Tyskland inte omfattar de personer som beviljats tillfälligt uppehållstillstånd på grundval av att återvändande till avresestaten i deras fall inte är tryggt.

Den tyska hälso- och sjukvården är ett tvådelat, försäkringsbaserat system. Landet har lagstadgade sjukförsäkringskassor och utöver dessa ett privat sjukförsäkringssystem. Alla som lagligen vistas i Tyskland ska ha antingen en privat eller en offentlig sjukförsäkring. Personer som har en lagstadgad sjukförsäkring behöver inte själva betala kostnaderna för vården, utan producenten av hälso- och sjukvårdstjänsterna fakturerar patientens lagstadgade sjukförsäkringsbolag, dvs. sjukförsäkringskassa, direkt för kostnaderna för de tjänster som tillhandahållits.

Rätten till hälso- och sjukvård för personer som sökt internationellt skydd grundar sig i Tyskland på lagen om stöd för asylsökande (Asylbewerberleistungsgesetz, 30.06.1993) och lagen om bostadsort (Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet, 30.07.2004). Lagen tillämpas också på sådana papperslösa vars beslut om avvisning temporärt inte kan verkställas. Detta gäller dock inte sådana papperslösa som anses medvetet ha försökt dra nytta av lagen om stöd för asylsökande eller sådana som inte kan avvisas eller utvisas på grund av deras eget handlande. Lagen om stöd för asylsökande ger de personer som omfattas av lagen rätt till avgiftsfri offentlig hälso- och sjukvård när det är fråga om akut sjukdom eller akut smärta. Också läkemedel, förband och dylikt som behövs för tillfrisknande och rehabilitering garanteras. Gravida kvinnor har rätt att få medicinsk hjälp och vård samt de läkemedel de behöver.

Personer som vistas i strid med bestämmelser eller arbetar olagligt i Tyskland har inte rätt till mer omfattande offentlig hälso- och sjukvård än första hjälpen. Andra tjänster kan dock tillhandahållas, om tjänsterna är nödvändiga för hälsan eller nödvändiga med tanke på ett papperslöst barns behov. Det finns inga närmare anvisningar om i vilka situationer eller under vilka förutsättningar detta undantag kan tillämpas. För att avgiftsfritt få mer omfattande offentlig hälso- och sjukvård än första hjälpen ska papperslösa visa att de är medellösa med ett intyg från socialbyrån. Med stöd av den nationella lagen om smittsamma sjukdomar (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen, 20.07.2000) har papperslösa i fråga om könssjukdomar och tuberkulos rätt att bli testade och få vård. Det föreskrivs på delstatsnivå om vaccinering av papperslösa barn. Därför finns det mycket variation mellan regionerna.

Enligt den tyska lagen om bostadsort ska en anmälan alltid göras till migrationsmyndigheterna, om en person som vistas i landet i strid med bestämmelserna anlitar offentlig service. I lagen definieras inte närmare vilka alla tjänster som anses vara offentliga, men av bestämmelsen följer att en arbetstagare inom hälso- och sjukvården eller socialvården som behandlar ett fall med en papperslös person är skyldig att göra en anmälan. Dessutom är det enligt lagen också förbjudet att hjälpa en person som i strid med bestämmelserna vistas i landet, och den som har hjälpt en papperslös kan dömas till böter eller fängelse upp till fem år.

På grund av den komplicerade lagstiftningen har det ansetts svårt för papperslösa att få tillgång till vård i Tyskland och vården har ansetts bristfällig. Flera oberoende hälsoorganisationer inom

tredje sektorn har uttryckt sin oro över situationen i Tyskland när det gäller vården för papperslösa och försökt åtgärda de luckor som finns i hälso- och sjukvårdstjänsterna. Dessutom har organisationerna talat för att hälso- och sjukvårdstjänsterna ska vara avgiftsfria för papperslösa.

Nederländerna. Åren 2017–2018 uppskattades det att det finns ca 23 000–58 000 papperslösa personer i Nederländerna. Den största gruppen var arbetssökande som saknar tillstånd. Bland de papperslösa fanns också personer som sökt internationellt skydd i Nederländerna och fått avslag på sin ansökan samt personer som fått beslut om utvisning och inte hade lämnat landet. Det bör noteras att det uppskattade antalet har sjunkit i jämn takt sedan 1987. Då uppskattades det att det fanns så mycket som 194 000 papperslösa personer i landet. Enligt forskare har minskningen i huvudsak berott på två saker. År 1994 stiftades en lag, enligt vilken personer är skyldiga att alltid ha med sig ett identitetsbevis och 1998 slopades papperslösas rätt till vissa tjänster (till exempel banktjänster, tjänster som gäller hyresbostäder samt vissa utbildningstjänster). Till följd av utvidgningen av EU kan dessutom många medborgare i länder som tidigare var avresestater nu lagligen vistas i Nederländerna med stöd av EU-lagstiftningen.

Liksom i Tyskland, bygger det statsreglerade hälso- och sjukvårdssystemet i Nederländerna på obligatoriska hälsoförsäkringar som administreras av privata hälsoförsäkringsbolag. Enligt den nationella sjukförsäkringslagen (Zorgverzekeringswet, 16.6.2005) ska alla vuxna och barn som är varaktigt bosatta i landet teckna en lagstadgad hälsoförsäkring. Staten bidrar till betalningen av mindre bemedlades försäkringspremier, och för barn under 18 år betalar staten hälsoförsäkringen i sin helhet. Också invandrare som beviljats permanent uppehållstillstånd ska teckna en hälsoförsäkring. De lagstadgade försäkringarna är lika för alla försäkrade oberoende av försäkringsbolag eller serviceproducent. Den obligatoriska försäkringen täcker besök på mottagningar och sjukhusvård inom primärvården och den specialiserade sjukvården, tandvård upp till 18 års ålder samt viss terapi (till exempel fysioterapi och talterapi). Husläkarna och sjukhusen producerar hälso- och sjukvårdstjänsterna och försäkringsbolagen fungerar som beställare.

Däremot har papperslösa personer inte rätt att teckna en försäkring. Med stöd av den nationella utlänningslagen har de dock rätt till medicinskt nödvändig vård. Staten ersätter serviceproducenten för 80 procent av kostnaderna. Ett villkor är att tjänsteproducenten först har försökt ta ut vårdkostnaderna av den som fått vård. Systemet baserar sig på att staten bär det ekonomiska ansvaret om en papperslös person som har fått vård själv är medellös.

Även om vården av papperslösa i ekonomiskt hänseende betalas genom ett annat system än vården av sjukförsäkrade personer har papperslösa personer i praktiken en mycket omfattande rätt att få de hälso- och sjukvårdstjänster de behöver. Rätten omfattar både primärvården och den specialiserade sjukvården. De tjänster som omfattas av systemet är indelade i två grupper, dvs. så kallade ”tjänster som är direkt tillgängliga” (till exempel allmänläkare, brådskande sjukhusvård inom den specialiserade sjukvården, barnmorsketjänster samt mun- och tandvårdstjänster för personer under 21 år) och ”tjänster som inte är direkt tillgängliga” (till exempel annan än brådskande specialiserad sjukvård samt tjänster inom äldreomsorgen). Skillnaden mellan dessa är att papperslösa personer på eget initiativ kan söka sig till de tjänster som är direkt tillgängliga. För de tjänster som inte är direkt tillgängliga behövs en remiss av allmänläkare, och det finns endast ett begränsat antal officiella producenter av avtalstjänster. Med stöd av Nederländernas nationella lagstiftning har papperslösa barn dessutom avgiftsfritt rätt till förebyggande vård, hälsoundersökningar, vacciner samt rådgivnings- och tandläkartjänster som ordnas av kommunen, om tjänsterna i fråga anses nödvändiga av medicinska skäl.

Spanien. I slutet av 2019 uppskattades det att det finns ca 390 000–470 000 papperslösa personer i Spanien. Majoriteten av dem var från Centralamerika och Sydamerika. Antalet papperslösa ökade i jämn takt i början av 2000-talet men började sjunka kraftigt under den ekonomiska

krisen i Spanien 2008–2015. Efter 2015 har det igen skett en ökning. Enligt forskarna är utvecklingen i Spanien ett tydligt tecken på att papperslöshet som fenomen i hög grad korrelerar med det ekonomiska läget i en stat och personernas möjligheter att få arbete i den nya staten. Största delen av de papperslösa personer som vistas i Spanien antas ha fått arbete där och bidrar således genom konsumtion och indirekta skatteinkomster till den spanska ekonomin. Eftersom papperslösa inte har rätt att få tillstånd att arbeta anställs de inom den grå ekonomin.

I Spanien svarar de självstyrande lokala förvaltningsområdena för ordnandet av offentlig hälso- och sjukvård. Traditionellt har Spanien ansetts ha de mest omfattande rättigheterna i hela Europa i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster för papperslösa, eftersom den allmänna spanska hälsolagen garanterade offentlig hälso- och sjukvård för alla som bor i Spanien och som har registrerat sig i det lokala befolkningsregistret (*Padrón Municipal de Habitantes*), oberoende av medborgarskap eller vilken status en person har i fråga om uppehållstillstånd. År 2003 utvidgades hälsolagen ytterligare. Offentliga hälso- och sjukvårdstjänster garanterades för alla, oberoende av serviceanvändarens ekonomiska situation. Tjänsterna var avgiftsfria för klienterna och omfattade i viss utsträckning också läkemedel som förskrivits av en läkare.

Situationen ändrades 2012 när rätten till offentliga hälso- och sjukvårdstjänster i Spanien till följd av en lagändring kopplades ihop med den sociala tryggheten. I och med ändringen avskaffades den fria tillgången till tjänster för papperslösa. De hade dock möjlighet att själva teckna en försäkring. Utan försäkring hade papperslösa rätt till offentlig hälso- och sjukvård endast i undantagsfall som gällde första hjälpen och brådskande vård, vård i samband med graviditet och förlossning samt i fråga om barn under 18 år även primärvårdstjänster. I samband med ändringen infördes också ett socialförsäkringskort som användes för att bevisa rätten till vård. För att beviljas kortet skulle personen i fråga arbeta, vara en aktiv arbetssökande eller en pensionär som tidigare arbetat i Spanien, eller höra till en sådan persons familj. Ändringen kritiserades hårt, eftersom den ansågs stå i strid med både den nationella lagstiftningen och internationella överenskommelser. Europeiska kommittén för sociala rättigheter, som övervakar genomförandet av den reviderade Europeiska sociala stadgan, konstaterade i januari 2014 att Spanien brutit mot stadgans artikel 11 om rätten till hälsa. Lagändringen fick mycket motstånd också nationellt i Spanien, både på regionförvaltningsnivå och bland aktörer inom tredje sektorn. Flera självstyrande områden fattade egna beslut med stöd av vilka de universella rättigheterna återställdes för alla som vistades på Spaniens territorium.

År 2018 återinfördes papperslösas rättigheter i fråga om offentliga hälso- och sjukvårdstjänster till stor del i en omfattning som motsvarar lagstiftningen år 2003. För att få dessa rättigheter måste de dock först med ett officiellt dokument intyga att en annan EU-stat inte med stöd av EU-lagstiftningen är ansvarig för kostnaderna för den hälso- och sjukvård som de får, att de inte har möjlighet att medföra sina rättigheter i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster från avresestaten med stöd av någon annan lag eller överenskommelse samt att det inte finns någon annan tredje part som kan svara för vårdkostnaderna. Det finns ännu inga forskningsrön om hur kravet på att uppvisa intyg eventuellt i praktiken har inverkat på papperslösa personers tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster i Spanien. I samband med lagändringen 2018 slopade man också det försäkringskort som infördes 2012 och som man kunde få endast genom att visa upp ett gällande arbetsavtal. Utöver det att de mänskliga rättigheterna för papperslösa inskränktes ansågs kortet i praktiken ha försämrat möjligheterna för vissa spanska medborgare att få tillgång till offentliga hälso- och sjukvårdstjänster. Detta gällde i synnerhet personer som på grund av arbetslöshet inte betalade socialskyddsavgifter enligt spansk lagstiftning.

EU. EU har ingen gemenskapslagstiftning som gäller hälso- och sjukvård för de personer som avses i detta lagförslag.

6 Remissvar

Utkastet till proposition var på remiss mellan den 11 mars och den 22 april 2022. Sammanlagt 27 utlåtanden lämnades in. Alla remissinstanser understödde ändringen och flera uttryckte att de ser mycket positivt på målen med propositionsutkastet och ställer sig bakom dem. Finansministeriet uppmärksammade dock att det i propositionen inte helt uttömmande framförts att Finlands nuvarande lagstiftning strider mot internationella förpliktelser. I de internationella människorättskonventionerna räknas det inte upp kriterier som definierar vilken nivå eller omfattning på hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att rätten till hälsa ska tillgodoses. Således är det inte möjligt att på ett heltäckande sätt ta ställning till om Finlands nuvarande lagstiftning strider mot internationella förpliktelser. Utifrån ställningstaganden av de organ som följer upp och övervakar genomförandet av människorättskonventionerna och med beaktande av de anmärkningar dessa gett Finland kan man ändå på goda grunder anse att den nuvarande rätten till endast brådskande vård inte på ett tillfredsställande sätt uppfyller kraven i de internationella konventionerna om mänskliga rättigheter, särskilt i fråga om personer som vistas längre i Finland.

I några yttranden fästes uppmärksamhet vid bedömningen av propositionens konsekvenser. För det första lyftes det fram att det finns behov av att bedöma konsekvenserna för barnen i de fall då föräldrar till papperslösa barn inte får tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster. Med anledning av remissvaren har motiveringen till bedömningen av nödvändigheten i fråga om vuxna preciserats genom att nämna att det i bedömningen i vissa fall när ett barn följer med personen ska beaktas vad som är barnets bästa. För att vuxna ska bemötas på lika villkor får barnlösa vuxna dock inte automatiskt ha sämre rättigheter i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster än personer som har barn. För det andra betonades det att förslaget bör bedömas med tanke på hälso- och sjukvårdssystemets beredskap när det gäller störningar och krishantering, så att omfattningen av och personkretsen för rätten att få vård inte tillsammans äventyrar hälso- och sjukvårdens bärkraft i plötsliga och oväntade situationer. Propositionen har inte ändrats i fråga om detta, eftersom största delen av de personer som kommer till Finland i en krissituation sannolikt söker internationellt skydd eller tillfälligt skydd i Finland. Endast en liten del skulle efter den processen komma att vistas i Finland som papperslösa.

I princip ansågs den kostnadsfördelning som föreslås i propositionen vara motiverad. Flera remissinstanser uppmanade dock beredarna att ännu bedöma möjligheten att helt slopa kravet på att de faktiska kostnaderna ska tas ut. Det bästa och tydligaste tillvägagångssättet ansågs vara att samma klientavgifter kan tas ut hos de personer som omfattas av tillämpningsområdet för lagen och hos invånarna i ett välfärdsområde. Ett sådant förslag har inte tagits in i propositionen. I personkretsen för den föreslagna bestämmelsen ingår personer för vilka en förutsättning för att få uppehållstillstånd är att deras försörjning är tryggad. Beredningen och genomförandet av en eventuell ändring av klientavgiftslagen i fråga om vissa persongrupper förutsätter en noggrann utredning av kostnadseffekterna och andra konsekvenser, vilket inte har varit möjligt inom tidsramarna för beredningen av detta lagförslag. Som bakgrund till en sådan utredning behövs också sådan statistik som det har föreslagits att man ska samla in efter ikraftträdandet av denna lagändring.

Merparten av remissinstanserna framförde behov av preciseringar och förtydliganden, i synnerhet i motiveringstexten. Utifrån remissvaren har motiveringen och andra delar av propositionen förtydligats och kompletterats.

7 Specialmotivering

7.1 Lagen om ordnande av social- och hälsovård

1 §. Det föreslås att 4 mom. i paragrafen ändras. Enligt momentet tillämpas lagen när det gäller vissa paragrafer som nämns i momentet också på den HUS-sammanslutning som avses i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021), när sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård enligt den lagen. När det föreskrivs om ett nytt ansvar för att ordna tjänster för papperslösa, behöver momentet kompletteras med ett omnämnande av att HUS-sammanslutningens organiseringsansvar även omfattar sådana situationer som anges i 56 a §. En motsvarande ändring föreslås också i 2 § i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland.

56 a §. Det föreslås att en ny paragraf fogas till lagen. I paragrafen föreskrivs det i vilken utsträckning välfärdsområdena är skyldiga att ordna hälso- och sjukvårdstjänster för de personer som avses i paragrafen. Enligt 2 § 1 mom. 1 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård avses med hälsovård de lagstadgade uppgifter och tjänster inom hälso- och sjukvården som omfattas av ett välfärdsområdes organiseringsansvar samt främjande av hälsa och välfärd. De föreslagna tjänsternas omfattning motsvarar snarast vad som i 26 § i mottagningslagen föreskrivs om de hälso- och sjukvårdstjänster som ska ges personer som omfattas av den lagens tillämpningsområde.

Enligt 1 § 3 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård tillämpas lagen också på välfärdsområdena i landskapet Nyland och på Helsingfors stad till de delar de ordnar hälso- och sjukvård i enlighet med lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland. I 4 mom. i den paragrafen konstateras dessutom att lagen till vissa delar också tillämpas på den HUS-sammanslutning som avses i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland när sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård enligt lagen. Eftersom det i 1 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård tas ställning till hur lagen tillämpas på välfärdsområdena i landskapet Nyland, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen, nämns dessa områden inte separat i 56 a §.

Enligt det föreslagna 1 mom. är välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen skyldiga att utöver brådskande vård ordna sådana hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården har bedömt som nödvändiga. De tjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömer som nödvändiga ska vara sådana som ingår i tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården i Finland i enlighet med 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen samt i de normala rutinerna för den finska hälso- och sjukvården. Det går inte att på ett uttömmande sätt ange vilka eller vilken typ av tjänster som ska anses vara nödvändiga. Bedömningen av nödvändigheten grundar sig alltid på prövning från fall till fall med beaktande av det aktuella hälsotillståndet hos den som behöver vård samt sjukdomens karaktär och det eventuella sjukdomsförloppet. Om den som behöver vård har huvudansvaret för ett barns vård, omsorg och fostran ska behovet av vård bedömas också med tanke på tillgodoseendet av barnets bästa. Vård ska ordnas om sjukdomen kan försämra förmågan hos den som behöver vård att sörja för barnets vård, omsorg och fostran eller om utebliven vård gör det svårare att ta hand om barnet. I sådana situationer kan det bedömas att behandlingen av en persons sjukdom är nödvändig för att tillgodose barnets bästa. Sådana tjänster som bedöms som nödvändiga ska åtminstone anses vara vård i samband med graviditet och förlossning, inklusive rådgivningsbyrå-tjänster för graviditetskontroller, tjänster för skydd mot graviditet samt abort. Tjänster som bedöms som nödvändiga är också nödvändig vård och medicinskt nödvändiga hjälpmedel vid långtidssjukdom och andra sjukdomar. Vid bedömningen av nödvändigheten ska sjukdomens sannolika förlopp under den tid som personen vistas i Finland bedömas. Utöver tillgodoseendet

av personernas rättigheter kan ändringen också innebära kostnadsbesparingar i fråga om kostnader som eventuellt uppkommer senare om en långvarig sjukdom förvärras. Till exempel kan behandling av infektioner som verkar ofarliga, såsom ett infekterat sår, förhindra att situationen leder till en generell bakterieinfektion, till intensivvård och till tiofald större kostnader. På samma sätt kan tandrelaterade infektioner om de förblir obehandlade leda till en allmän infektion som kräver intensivvård. Också genom att behandla kroniska sjukdomar, såsom diabetes, hjärtsjukdomar och astma kan man effektivt förhindra att det uppstår situationer som kräver sjukhusvård. En del obehandlade mun- och tandproblem kan försämra vårdbalansen i fråga om vissa långtidssjukdomar, till exempel diabetes. Därför är det skäl att i tid satsa på behandling av mun- och tandinfektioner särskilt hos dessa patientgrupper. Det kan vara skäl att bedöma behandling av cancersjukdomar som nödvändig, om det finns risk för att patientens livslängd minskar avsevärt eller att patientens hälsotillstånd och funktionsförmåga försämras avsevärt under den tid som patienten antas vistas i Finland. Cancersjukdomar kan också medföra komplikationer som leder till ett betydande behov av brådskande vård, till exempel på grund av infektioner, tarmstopp eller smärta, vilket innebär att det kan anses nödvändigt att behandla sjukdomarna och symptomen i tid. Däremot hör behandlingar som kräver långa och komplicerade vårdperioder, som personen inte kan förbinda sig till eller delta i på grund av sin livssituation, i regel inte till sådan vård som anses nödvändig. Det kan till exempel vara fråga om lång psykoterapi, krävande cancerbehandlingar eller opiatsubstitutionsbehandling. Även i sådana fall ska personen vårdas, men med andra medel, om det finns behov av nödvändig vård.

Som nödvändiga ska också betraktas sådana hälsokontroller och vaccinationer enligt lagen om smittsamma sjukdomar som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården konstaterat att med tanke på skyddet av folkhälsan behövs på grund av en smittsam sjukdom eller misstankar om en sådan, samt vård av personer som insjuknat i den smittsamma sjukdomen i fråga. I en sådan situation är syftet, utöver förebyggande eller vård av sjukdom hos en person som är papperslös eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös, att förhindra spridningen av en smittsam sjukdom i samhället. Som exempel på sådana smittsamma sjukdomar kan nämnas sjukdomen covid-19 och mycket smittsam tuberkulos.

Skyldigheten att ordna hälso- och sjukvård föreslås gälla personer som 1) inte har ett uppehållstillstånd i Finland som avses i utlänningslagen, lagen om villkor för tredjelandsmedborgares inresa och vistelse för säsongsanställning (907/2017), lagen om villkor för inresa och vistelse för tredjelandsmedborgare inom ramen för företagsintern förflyttning av personal (908/2017) eller lagen om villkoren för tredjelandsmedborgares inresa och vistelse på grund av forskning, studier, praktik och volontärarbete (719/2018). Enligt förslaget är utlänningslagar som har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster också personer som 2) vistas i Finland med stöd av tillfälligt uppehållstillstånd och inte har hemkommun i Finland eller inte enligt 56 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård jämföras med invånare i ett välfärdsområde. Skyldigheten att ordna hälso- och sjukvård föreslås dessutom omfatta 3) sådana medborgare i EU- eller EES-länder eller Schweiz och deras familjemedlemmar som lagligen vistas tillfälligt i Finland och som inte omfattas av lagstiftningen om social trygghet i sin bosättningsstat. Enligt förslaget ska ändringen inte tillämpas på turister som kommer till Finland för en kortare tid. Det anses naturligt att turister inte omfattas av bestämmelsens tillämpningsområde, eftersom längden på vistelsen i Finland beaktas vid bedömningen av huruvida det är nödvändigt att få tillgång till icke-brådskande tjänster.

Den personkrets som omfattas av tillämpningsområdet bör vara så noggrant reglerad som möjligt, så att inte personer som saknar den rätt till hälso- och sjukvårdstjänster som avses i lagförslaget söker sig till tjänsterna. Det är dock svårt att identifiera de personer som avses i förslaget och på ett tillförlitligt sätt verifiera deras rätt till tjänsterna i fråga. Papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös har inte alltid handlingar eller resedokument

för att styrka sin identitet. Personer som vistas olagligt i Finland utan uppehållstillstånd vill inte heller alltid uppge sina personuppgifter eller uppger felaktiga uppgifter av rädsla för att avslöjas. Det kan i praktiken vara svårt att bedöma om en person hör till den personkrets som lagen tillämpas på, om personen saknar handlingar eller andra tillförlitliga uppgifter som styrker rättigheterna. Det är ändamålsenligt att utgångspunkten i dessa situationer är att man litar på personens egna uppgifter om att han eller hon ingår i den personkrets som avses i lagförslaget, om det inte finns grundad anledning att misstänka att uppgifterna är oriktiga. Förfarandet motsvarar den praxis som man gått in för i Sverige. I första hand ska man dock försöka identifiera personen på basis av en identitetshandling, resehandlingar eller andra tillförlitliga uppgifter. Att låta bli att uppge personuppgifter bör dock inte utgöra ett hinder för att få vård.

Det bör fästas särskild vikt vid att personernas rättigheter enligt EU-lagstiftningen och internationella överenskommelser alltid är primära i förhållande till denna bestämmelse. Om det är oklart huruvida en person hör till den personkrets som omfattas av tillämpningsområdet för en EU-bestämmelse eller en internationell överenskommelse kan ett välfärdsområde, Helsingfors stad eller HUS-sammanslutningen med stöd av bestämmelserna i gränslagen be Folkpensionsanstalten utreda saken. Dessutom har medborgare i en EU- eller EES-stat eller deras familjemedlemmar, som omfattas av lagstiftningen om social trygghet i en annan EU- eller EES-stat, men inte har med sig eller inte på begäran kan få ett intyg över den rätt till vård som den stat som är ansvarig för kostnaderna har beviljat personen, också med stöd av patientrörlighetsdirektivet rätt till de hälso- och sjukvårdstjänster som de behöver i Finland. Alla kostnader för den givna vården tas dock ut hos dessa personer.

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården är skyldig att anteckna sådana uppgifter i journalhandlingar som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient på det sätt som anges i 12 § i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992). Journalhandlingarna bildar ett personregister, och den personuppgiftsansvarige svarar för att uppgifterna i registret är korrekta. För att föra in patientuppgifter, arkivera och hantera handlingar och förskriva läkemedel måste man kunna identifiera patienten. Också för uppföljningen av vården och den fortsatta vården krävs det att patienten kan identifieras så att man även senare kan hitta uppgifter om honom eller henne. När de personer som avses i förslaget söker vård är det hälso- och sjukvårdsenhetens uppgift att på det sätt som anges i lagen om patientens ställning och rättigheter anteckna patientens uppgifter i journalhandlingarna så att uppgifterna senare kan hänföras till personen i fråga på ett tillförlitligt sätt. Att patienten identifieras för att möjliggöra en tillräcklig uppföljning är redan för närvarande aktuellt i samband med att en person behöver brådskande sjukvård.

Bestämmelser om den sekretess som ska iakttas av dem som arbetar inom hälso- och sjukvården finns i 13 § i lagen om patientens ställning och rättigheter och i 16 och 17 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994). I lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) finns bestämmelser om skyldigheten att iaktta sekretess och om undantagen från sekretessen. Bestämmelserna gäller alla myndigheter. Hälso- och sjukvårdspersonalens tystnadsplikt förhindrar att uppgifter om tillhandahållen vård lämnas ut till utomstående, med vissa undantag som föreskrivs särskilt i lag. Redan uppgiften om att en person har tillhandahållits hälso- och sjukvårdstjänster skyddas av sekretess. I detta lagförslag är det inte nödvändigt att särskilt föreskriva om sekretess, utan vid tillhandahållandet av de hälso- och sjukvårdstjänster som avses i förslaget ska gällande sekretessbestämmelser i annan lagstiftning följas.

Enligt det föreslagna 2 mom. ska man vid bedömningen av huruvida hälso- och sjukvårdstjänsterna är nödvändiga förutom personens hälsotillstånd beakta hur länge personen förväntas vistas i Finland. Eftersom vistelsens längd för dem som omfattas av lagförslagets tillämpningsområde

kan uppgå till flera månader eller rentav till flera år, kan enbart brådskande vård inte anses vara tillräcklig i deras fall. Med hänsyn till deras individuella situation och hälsotillstånd samt till vistelsens längd bör de också få andra nödvändiga hälso- och sjukvårdstjänster. Vid bedömningen av vårdbehovet ska det dock beaktas att papperslösa eller personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös inte har mer omfattande rätt till tjänster än personer som har hemkommun i Finland. Om en person har beviljats uppehållstillstånd ska den giltighetstid som anges i uppehållstillståndet i detta sammanhang anses vara den uppskattade längden på personens vistelse i Finland. I andra fall kan det i praktiken vara omöjligt att göra en fullständig bedömning av den totala längden på en persons vistelse i Finland. Utgångspunkten är att bedömningen ska basera sig på de uppgifter som personen uppgett, om det inte finns grundad anledning att betvivla uppgifternas riktighet. I praktiken finns det skäl att hålla tröskeln tillräckligt låg i fråga om att lita på de uppgifter som en person ger om längden på sin vistelse. Det är inte ändamålsenligt att använda osäkerhet kring längden på en persons vistelse i Finland som grund för att begränsa vården, om vården anses nödvändig utifrån en bedömning av personens hälsa. Vid bedömningen av tjänsternas omfattning behöver man också jämföra hur länge den påbörjade vården sannolikt pågår i förhållande till den förväntade längden på vistelsen i Finland samt beakta personens möjligheter att få vård och fortsatt vård när personen återvänt till avresestaten. I detta sammanhang bör man överväga konsekvenserna för personens hälsotillstånd av ett eventuellt avbrott i vården, om personen under vårdperioden återvänder till avresestaten.

Bestämmelser om rätten att vara verksam som yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården finns i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994). Enligt 22 § i lagen beslutar legitimerade läkare om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed. På motsvarande sätt beslutar legitimerade tandläkare om odontologiska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed. Enligt 23 a § får också en annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utgående från sin utbildning, erfarenhet och uppgiftsbeskrivning inleda behandlingen utifrån patientens symtom, den tillgängliga informationen och en bedömning som personen i fråga gör av vårdbehovet. Bedömningen av vårdbehovet ska alltid göras av en yrkesutbildad person. Därmed är uppgiften för en läkare, tandläkare eller någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården att i varje enskilt fall bedöma om hälsotillståndet hos en person som avses i paragrafen med beaktande av vistelsens längd och övriga individuella omständigheter nödvändigtvis kräver annat än brådskande vård. Särskild vikt bör fästas vid att det i praktiken kan garanteras att vårdbehovet kan bedömas i lugn och ro från fall till fall. De besök som eventuellt behövs för bedömningen av vårdbehovet ska alltid anses vara sådana nödvändiga hälso- och sjukvårdstjänster som avses i paragrafen.

I det föreslagna 3 mom. föreskrivs det om rätten för sådana minderåriga, dvs. personer under 18 år, som omfattas av lagens tillämpningsområde att få tillgång till tjänster av samma omfattning som för minderåriga med hemkommun i Finland. Med hänsyn till barnens särskilt utsatta ställning och den särskilda rätt till omvårdnad och omsorg som tryggas dem genom systemet med grundläggande fri- och rättigheter och mänskliga rättigheter, är det motiverat att också de utländska barn som avses i detta lagförslag garanteras samma rätt till hälso- och sjukvårdstjänster som de barn som är permanent bosatta i landet. Minderåriga ska således ha rätt att använda alla tjänster enligt hälso- och sjukvårdslagen, vilka enligt 1 § i den lagen omfattar hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamhet, primärvård och specialiserad sjukvård och vars innehåll närmare bestäms i hälso- och sjukvårdslagen. Även minderåriga som söker internationellt skydd har föreskrivits rätt till heltäckande hälso- och sjukvårdstjänster.

Enligt 4 mom. ska bestämmelsen inte tillämpas om personen i fråga utöver sådan brådskande vård som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen ska tillhandahållas hälso- och sjukvårdstjänster med stöd av mottagningslagen eller någon annan lag (t.ex. gränslagen), eller med stöd av

Europeiska unionens lagstiftning eller en internationell överenskommelse. Enligt momentet ska bestämmelsen dessutom inte tillämpas på personer som reser till Finland uttryckligen i syfte att få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster. Det kan dock i praktiken vara svårt att bedöma orsaken till en persons vistelse i Finland. Utgångspunkten är att bedömningen ska grunda sig på de uppgifter som en person ger samt på observationer av personens situation. Orsaken till att en person har rest till Finland är uppenbar till exempel om personen har bokat sin tid till tjänsten i fråga innan han eller hon anlände till Finland. Förmodligen omfattas personer som söker sig till Finland uttryckligen för tjänsterna inte heller annars av bestämmelsens tillämpningsområde, eftersom längden på vistelsen i Finland beaktas vid bedömningen av huruvida det är nödvändigt att få icke-brådskande tjänster.

7.2 Lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland

2 §. Det föreslås att 5 mom. i paragrafen ändras. Enligt momentet ska vissa paragrafer i lagen om ordnande av social- och hälsovård som nämns i momentet tillämpas på HUS-sammanslutningen när den ordnar hälso- och sjukvård med stöd av lagen. När det föreskrivs om ett nytt ansvar för att ordna tjänster för papperslösa, behöver momentet kompletteras med ett omnämnande av att HUS-sammanslutningens organiseringsansvar även omfattar sådana situationer som anges i 56 a § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

7.3 Lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård

20 §. Det föreslås att 3 mom. ändras så att tillämpningsområdet för 20 § i gränslagen utvidgas till att omfatta ersättningar av statens medel för de kostnader som detta lagförslag medför för välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen.

Statens kostnadsansvar ska i regel vara sekundärt. Välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen kan ansöka om ersättning från Folkpensionsanstalten för kostnaderna om de först har försökt ta ut kostnaderna av den berörda personen eller av någon annan instans (till exempel ett försäkringsbolag). Många av de personer som avses i propositionen är dock medellösa och därmed betalningsoförmögna. Enligt förpliktelse i de internationella mänskliga rättskonventioner som är bindande för Finland får betalningsoförmåga inte vara ett hinder för att få vård. Därför föreslås det att det i momentet föreskrivna kravet på att kostnaderna ska tas ut hos personen själv inte ska tillämpas, om det är uppenbart att personen inte har ekonomiska förutsättningar för att kunna betala avgiften. I dessa fall får välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen direkt ansöka om statlig ersättning från Folkpensionsanstalten. I detta sammanhang bör det dock beaktas att efterskänkandet inte gäller klientavgiften enligt klientavgiftslagen. Enligt 4 mom. i gränslagen ersätter staten högst beloppet av de kostnader som ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänsterna har medfört, minskat med den klientavgift som med stöd av klientavgiftslagen har tagits ut av den berörda personen.

I praktiken kan det vara svårt att verifiera medellöshet eller betalningsoförmåga. Av administrativa skäl anses det dock inte ändamålsenligt att den som söker sig till tjänsterna ska kunna bevisa att han eller hon är medellös med en handling eller någon annan tillförlitlig utredning. För att avgiften ska efterskännas föreslås det att det ska räcka med att ett välfärdsområde, Helsingfors stad eller HUS-sammanslutningen har gjort en motiverad bedömning av personens ekonomiska situation med slutsatsen att ett försök att ta ut avgiften inte skulle lyckas. Bedömningen av betalningsoförmågan ska alltid grunda sig på en helhetsbedömning utifrån de observationer som den yrkesutbildade person som gör bedömningen har gjort av individens situation. I helhetsbedömningen kan särskild vikt fästas vid personens vistelsestatus. Om personen till exempel har beviljats ett uppehållstillstånd som det krävs tryggad försörjning för att få, kan man mer sannolikt anta att personen har antingen löneinkomster i Finland eller en privat försäkring

som täcker hälso- och sjukvårdskostnader. Vid verkställigheten av lagen bör det uppmärksammas att bedömningen av betalningsoförmåga ska kunna vara tillräckligt flexibel. Det måste säkerställas att det inte kan uppstå oskäligen situationer för individen.

Dessutom föreslås en teknisk ändring, genom vilken sådana hänvisningar till 1–2 § i klientavgiftslagen som är onödiga med tanke på tolkningen av lagen stryks.

8 Ikraftträdande

Lagarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2023.

Enligt 1 § i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen (616/2021) träder lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland i kraft den 1 januari 2023. Därmed kan ändringen av lagen om ordnande av social- och hälsovård i denna proposition inte träda i kraft före det datumet.

9 Verkställighet och uppföljning

Information och kommunikation har en central roll i verkställandet. Särskild vikt bör fästas vid utvecklingen av rutinerna inom den offentliga förvaltningen och tjänsterna. De administrativa förfarandena bör utvecklas så att de inte utgör faktiska hinder för tillgodoseendet av de rättigheter som tryggas i lagen och för användningen av tjänsterna. Tillgången till tjänsterna kan hindras till exempel om personen inte kan styrka sin identitet med en officiell handling eller inte har en hemadress. Det är möjligt att ändra förfaringssätten redan inom ramen för gällande lagstiftning och även utan några andra lagstiftningsåtgärder.

Största delen av de personer som omfattas av lagförslagets tillämpningsområde är i en särskilt utsatt ställning i förhållande till myndigheterna och det övriga samhället. Papperslösa och många som befinner sig i en situation som kan liknas vid att vara papperslös hyser misstro mot myndigheterna och är rädda för att uppgifter om dem ska spridas vidare till andra myndigheter. De frivilligarbetare och icke-statliga organisationer som möter dem i sitt arbete och i sin verksamhet är således i en nyckelläge, för att information om ändringen av skyldigheten att ordna tjänster och om rätten till tjänsterna ska nå dem som har rätt till tjänsterna. Även de instanser som ansvarar för att ordna och producera tjänsterna bör vara väl medvetna om att ändringen kommer att träda i kraft och om innehållet i den samt om sina skyldigheter enligt andra lagar, till exempel sekretessbestämmelserna. Det är viktigt att personalen på förläggningar och inom vården får utbildning och instruktioner så att den tillförlitligt kan identifiera de personer som omfattas av lagförslagets tillämpningsområde. Det är särskilt viktigt att ge dem som tillhandahåller tjänster information om avgifterna för vården och om de förfaranden som gäller uppbörden av avgifterna. Dessutom bör det betonas att en person som behöver tjänsterna inte blir utan vård, även om personen inte har pengar att betala vårdkostnaderna med.

Genomförandet av lagändringen ska följas upp och utvärderas. Det är särskilt viktigt att följa upp antalet papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös som söker sig till hälso- och sjukvårdstjänster och vilka tjänster dessa får samt hur kostnaderna för den tillhandahållna vården utvecklas. Eftersom barn och gravida kvinnor är i särskilt behov av skydd, bör det noggrant följas upp hur många barn som söker sig till tjänsterna och hur många kvinnor som behöver tjänster i samband med graviditet och förlossning samt vilka tjänster dessa tillhandahållits. I samband med verkställandet av lagen är det viktigt att skapa metoder för att samla in statistisk om de tjänster som tillhandahållits papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös och om kostnaderna för tjänsterna samt om ansökta och

utbetalda statliga ersättningar. Dessutom bör man också utvärdera om ändringen bättre än för närvarande tryggar rättigheterna enligt 19 § i grundlagen för dem som omfattas av Finlands jurisdiktion och om den i tillräcklig grad främjar tillgodoseendet av de mänskliga rättigheterna och de grundläggande fri- och rättigheterna på det sätt som avses i de internationella människorättskonventioner som är bindande för Finland.

Det föreslås att kostnaderna för de tjänster som avses i detta lagförslag ersätts av statens medel till välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen på samma sätt som kostnader för brådskande vård av personer utan hemkommun för närvarande ersätts. Detta innebär att man först ska försöka ta ut kostnaderna för vården hos personen själv på det sätt som anges i 13 § i klientavgiftslagen. De grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna bör dock tryggas på ett sådant sätt att personen har ekonomiska möjligheter att uppnå dem. Därför föreslås det i propositionen att välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen ska kunna avstå från att ta ut kostnaderna, om den person som får hälso- och sjukvårdstjänster bedöms vara uppenbart medellös. I praktiken kan dock rädslan för de avgifter som tas ut vara ett hinder för att söka sig till tjänsterna. Efter att lagen har trätt i kraft bör man särskilt följa upp och i ett senare skede bedöma huruvida bestämmelsen i gränslagen om att avstå från att ta ut kostnaderna är en tillräcklig metod för att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna i fråga om betalningsoförmögna personer som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös. I detta sammanhang bör det också bedömas om det finns behov av att ändra klientavgiftslagen för att det i fråga om den brådskande vård och de tjänster som avses i lagförslaget och som tillhandahållits de personer som avses i förslaget ska kunna tas ut en klientavgift på samma grunder som av dem som har hemkommun i Finland. En del av de personer som omfattas av denna proposition förutsätts ha tryggad försörjning för att de ska kunna beviljas uppehållstillstånd i Finland. I en kompletterande utredning behöver man därmed bedöma kostnadsfördelningens konsekvenser och följder skilt för de olika persongrupperna. Beredningen och genomförandet av en sådan ändring förutsätter en noggrann utredning av kostnadseffekterna och andra konsekvenser, vilket inte har varit möjligt inom tidsramarna för beredningen av denna proposition. Som stöd för en sådan bedömning behövs noggrannare statistiska uppgifter än de som finns för närvarande. I samband med verkställandet av lagen är det därför viktigt skapa förfaranden för att samla in statistisk om sådana beslut att avstå från att ta ut kostnader som hänför sig till vård av papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös.

10 Förhållande till budgetpropositionen

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2023 och avses bli behandlad i samband med den.

11 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

Av betydelse för propositionen är bestämmelserna om nödvändig omsorg i 19 § i grundlagen och även bestämmelsen om jämlikhet i 6 §. Propositionen har också samband med det allmänna skyldighet enligt 22 § i grundlagen att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses.

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Enligt de förarbeten som gäller de grundläggande fri- och rättigheterna tryggar 19 § i grundlagen för var och en som omfattas av Finlands jurisdiktion en subjektiv rätt till sådan inkomstnivå och sådana tjänster

som tryggar miniminivån på förutsättningarna för ett människovärdigt liv. (RP 309/1993 rd). Syftet med det aktuella lagförslaget är att bättre än för närvarande trygga rätten till tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster för alla som vistas i Finland. Vid behandlingen av den regeringsproposition med motsvarande innehåll som lämnades till riksdagen 2015 konstaterade grundlagsutskottet i sitt utlåtande (GrUU 73/2014 rd) att de föreslagna bestämmelserna bättre än den gällande lagstiftningen fullgör skyldigheterna enligt 19 § 1 mom. i grundlagen. Förslaget ansågs då vara förenligt med bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna i grundlagen.

Grundlagens 19 § är starkt bunden till 6 § 1 mom. i grundlagen, enligt vilken alla är lika inför lagen. Ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. Barn ska bemötas som jämlika individer och de ska ha rätt till medinflytande enligt sin utvecklingsnivå i frågor som gäller dem själva. Enligt förarbetena till grundlagen är syftet med paragrafen att trygga inte bara den traditionella rättsliga jämlikheten utan också att förverkliga en faktisk jämställdhet i samhället. (RP 309/1993 rd). Grundlagsutskottet har i flera utlåtanden tagit ställning till rättigheterna i fråga om jämlikhet och omfattningen av dem. Enligt utskottet har jämlikheten och i synnerhet förbudet mot diskriminering en central betydelse i den internationella regleringen av de mänskliga rättigheterna. Idén om jämlikhet och förbudet mot diskriminering ingår i begreppet mänskliga rättigheter och grundläggande fri- och rättigheter som en tanke om människors lika rättigheter oberoende av bland annat ursprung. Jämlikhetsbestämmelsen i grundlagen gäller också lagstiftaren, vilket innebär att vissa människor eller människogrupper inte genom lag godtyckligt får ges en gynnsammare eller ogynnsammare ställning än andra. I regel ska särbehandling anses strida mot diskrimineringsförbudet i 6 § i grundlagen (GrUU 31/2014 rd). Jämlikhetsbestämmelsen förutsätter dock inte att alla ska bemötas likadant i alla situationer, om inte de förhållanden som inverkar på ärendet är likadana. Med stöd av bestämmelsen förbjuds inte all åtskillnad mellan människor, även om åtskillnaden bygger på en av de grunder som uttryckligen nämns i bestämmelsen. Tillgodoseendet av faktisk jämlikhet kan ibland också innebära positiv särbehandling, som avviker från den formella jämlikheten. Med positiv särbehandling avses att en viss grups ställning eller situation förbättras för att främja faktisk jämlikhet och förebygga eller undanröja missförhållanden som beror på diskriminering. Sådan särbehandling som är proportionerlig och vars syfte är att främja faktisk jämlikhet och förebygga eller undanröja missförhållanden som beror på diskriminering ska inte betraktas som sådan diskriminering som är förbjuden enligt 9 § i diskrimineringslagen (1325/2014), en bestämmelse som preciserar innehållet i grundlagens bestämmelse om jämlikhet. Enligt förarbetena till diskrimineringslagen kan det vara motiverat att stödja socialt missgynnade grupper också i de fall där det inte kan påvisas att missgynnandet beror på diskriminering. Främjande av faktisk likabehandling kan således vara en form av positiv särbehandling (RP 19/2014 rd). I ljuset av grundlagsutskottets utlåtanden är det med tanke på diskrimineringsförbudet i grundlagen alltid viktigt att bedöma om åtskillnaden kan motiveras på ett sätt som är godtagbart med avseende på systemet för de grundläggande fri- och rättigheterna. De krav som ställs på en godtagbar grund som möjliggör särbehandling enligt 6 § 2 mom. i grundlagen är enligt utskottets etablerade praxis höga i all synnerhet för de grunder för särbehandling som räknas upp i bestämmelsen (till exempel GrUU 8/2020 rd, GrUU 57/2016 rd, GrUU 31/2014 rd, GrUU 1/2006 rd). Utskottet har till exempel i ljuset av 6 § i grundlagen tolkat det som problematiskt att invandrare försätts i en annan ställning än andra som befinner sig i samma situation i fråga om storleken av en förmån. Detta kan lätt innebära att särbehandlingen uttryckligen beror på en persons ursprung, vilket är en förbjuden grund för särbehandling (GrUU 55/2016 rd). På motsvarande sätt har utskottet ansett att det med tanke på diskrimineringsförbudet är problematiskt att man i en proposition motiverade att beloppet av den förmån som betalas till invandrare ska vara mindre för att göra Finland mindre attraktivt (GrUU 27/2016 rd).

Enligt förarbetena till mottagningslagen innebär skyldigheten att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att personer som söker internationellt skydd bör tillförsäkras också vissa icke-brådskande tjänster, dock med beaktande av personens hälsotillstånd och länden på vistelsen i Finland. Syftet med den aktuella propositionen är att förbättra rätten till nödvändiga hälso- och sjukvårdstjänster för sådana papperslösa och personer i en ställning som kan liknas vid att vara papperslös som vistas i Finland. Enligt förslaget ska rättigheterna för papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös efter ändringen motsvara rättigheterna i fråga om hälso- och sjukvård för personer som sökt internationellt skydd och offer för människohandel som saknar hemkommun och upptagits i hjälpsystemet. Ändringen främjar också dessa personers rätt till likabehandling. Eftersom vistelsen i Finland för personer som är papperslösa eller i en situation som kan liknas vid att vara papperslös kan vara långvarig, precis som för personer som söker internationellt skydd i Finland, finns det i fråga om rätten till hälso- och sjukvård ingen grundad anledning att behandla dessa persongrupper olika.

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Enligt förarbetena kan utgångspunkten, då man avgör om tjänsterna ska anses tillräckliga, vara en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället (RP 309/1993 rd). Grundlagsutskottet har konstaterat att 19 § 3 mom. i grundlagen inte i sig tar ställning till om tjänsterna är avgiftsbelagda eller inte (GrUB 25/1994 rd) utan endast till tillgången till tjänster. I flera utlåtanden har utskottet dock uppmärksammat att de avgifter som tas ut för social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster kopplade till 19 § 3 mom. i grundlagen inte får vara så stora att de behövande inte har möjlighet att få tjänsterna (GrUU 10/2009 rd, GrUU 8/1999 rd, GrUU 39/1996 rd).

Människors rätt till hälsa och rätten till hälso- och sjukvård har som en mänsklig rättighet också erkänts i flera konventioner om mänskliga rättigheter som är bindande för Finland. De viktigaste av dem är ESK-konventionen, konventionen om barnets rättigheter, konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor och Internationella konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering, som alla ingått inom ramen för FN, samt Europarådets reviderade europeiska sociala stadga (konventionerna och innehållet i dem beskrivs närmare i avsnitt 2.1). Den främsta källan vid tolkningen av konventionerna är ställningstagandena från de internationella organ som övervakar genomförandet av konventionerna, även om de inte är juridiskt bindande. Finland har vid flera tillfällen fått anmärkningar av de organ som övervakar genomförandet av konventionerna om att den rätt till brådskande vård som enligt Finlands nuvarande lagstiftning garanteras papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös inte uppfyller Finlands internationella förpliktelser. Den senaste anmärkningen gällde ESK-konventionen. Våren 2021 upprepade ESK-kommittén sin rekommendation att Finland ska säkerställa att alla personer enligt lagen och i praktiken har lika möjligheter att få den vård som de behöver, oberoende av deras rättsliga ställning och dokumentation.

I fråga om hälso- och sjukvårdstjänster är syftet med propositionen att höja det så kallade existensminimum som föreskrivs i den nationella lagen, dvs. miniminivån på förutsättningarna för ett människovärdigt liv. Enligt regeringen förbättras genom propositionen den i grundlagen tryggade rätten till oundgänglig försörjning och omsorg samt till likabehandling för personer som vistas i Finland. Dessutom anser regeringen att Finland med hjälp av den föreslagna ändringen bättre än för närvarande beaktar förpliktelserna i de internationella människorättskonventioner som är bindande för Finland. De ändringar som föreslås i propositionen är allmänna och regeringen anser inte att de kränker den övriga befolkningens grundlagsenliga rättigheter.

Regeringen anser att propositionen inte står i strid med grundlagen eller internationella förpliktelser avseende mänskliga rättigheter som är bindande för Finland. Lagförslaget kan enligt regeringens uppfattning behandlas i vanlig lagstiftningsordning.

Kläm

Med stöd av vad som anförts ovan föreläggs riksdagen följande lagförslag:

1.

Lag

om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) 1 § 4 mom. och
fogas till lagen en ny 56 a § som följer:

1 §

Lagens syfte och tillämpningsområde

Vad som i 4, 5, 8–20, 22–26, 29, 30, 32 och 34–39 §, 6 och 7 kap. samt 56, 56 a, 57, 59 och 61 § föreskrivs om välfärdsområden tillämpas på den HUS-sammanslutning som avses i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland till den del sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård enligt den lagen.

56 a §

Ordnande av hälso- och sjukvård för vissa personer som vistas i ett välfärdsområde

Välfärdsområdet ska utöver den brådskande vård som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen ordna sådana hälso- och sjukvårdstjänster som bedöms nödvändiga för en person som vistas i en kommun inom välfärdsområdets område och som

1) inte har sådant uppehållstillstånd som avses i utlänningslagen, lagen om villkor för tredjelandsmedborgares inresa och vistelse för säsongsanställning, lagen om villkor för inresa och vistelse för tredjelandsmedborgare inom ramen för företagsintern förflyttning av personal eller lagen om villkoren för tredjelandsmedborgares inresa och vistelse på grund av forskning, studier, praktik och volontärarbete,

2) vistas i Finland med stöd av tillfälligt uppehållstillstånd enligt någon av de lagar som nämns i 1 punkten men inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland eller inte jämställs med invånare i ett välfärdsområde med stöd av 56 § i denna lag,

3) är medborgare i en medlemsstat i Europeiska unionen, Island, Liechtenstein, Norge eller Schweiz men inte är försäkrad i en annan stat i enlighet med artikel 1 c i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen eller inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland, samt en sådan persons familjemedlem.

Vid bedömningen av huruvida hälso- och sjukvårdstjänsterna är nödvändiga ska det beaktas hur länge den som söker sig till tjänsterna vistas i Finland.

Om en person som avses i 1 mom. är minderårig, ska det för personen ordnas hälso- och sjukvårdstjänster i samma omfattning som för invånarna i välfärdsområdet.

Denna paragraf tillämpas inte om en person ska tillhandahållas hälso- och sjukvårdstjänster med stöd av lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd och om identifiering av och hjälp till offer för människohandel (746/2011) eller någon annan lag, eller med stöd av Europeiska unionens lagstiftning eller en internationell överenskommelse. Paragrafen

RP 112/2022 rd

tillämpas inte heller, om en person har rest till Finland i syfte att få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster under sin vistelse i Finland.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

2.

Lag

om ändring av 2 § i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021) 2 § 5 mom. som följer:

2 §

Tillämpningsområde och tillämpningen av olika lagar

När HUS-sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård med stöd av denna lag ska på den dessutom tillämpas det som i 4, 5, 8–20, 22–26, 29, 30, 32 och 34–39 §, 6 och 7 kap. samt 56, 56 a, 57, 59 och 61 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs om välfärdsområden. På HUS-sammanslutningen tillämpas dessutom vad som annanstans i lag föreskrivs om ordnande av hälso- och sjukvård.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

3.

Lag

om ändring av 20 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013) 20 § 3 mom., sådant
det lyder i lag 584/2022, som följer:

20 §

Statlig ersättning till den offentliga hälso- och sjukvården

Dessutom ersätter Folkpensionsanstalten av statens medel de kostnader som ett välfärdsområde, Helsingfors stad eller HUS-sammanslutningen har för den offentliga hälso- och sjukvårdens tjänster, när sådan brådslande vård som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen eller hälso- och sjukvårdstjänster med stöd av 56 a § i lagen om ordnande av social- och hälsovård har getts en person som inte har hemkommun i Finland och vars vårdkostnader inte har kunnat tas ut enligt 13 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. Om den person som fått vård är uppenbart medellös, behöver den som tillhandahållit vården inte försöka ta ut kostnaderna hos personen.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

Helsingfors den 4 augusti 2022

Statsminister

Sanna Marin

Familje- och omsorgsminister Aki Lindén

1.

Lag

om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) 1 § 4 mom. och
fogas till lagen en ny 56 a § som följer:

Gällande lydelse

1 §

Lagens syfte och tillämpningsområde

Vad som i 4, 5, 8–20, 22–26, 29, 30, 32 och 34–39 §, 6 och 7 kap. samt 56, 57, 59 och 61 § i denna lag föreskrivs om välfärdsområden tillämpas på den HUS-sammanslutning som avses i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland till den del sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård enligt den lagen.

Föreslagen lydelse

1 §

Lagens syfte och tillämpningsområde

Vad som i 4, 5, 8–20, 22–26, 29, 30, 32 och 34–39 §, 6 och 7 kap. samt 56, 56 a, 57, 59 och 61 § föreskrivs om välfärdsområden tillämpas på den HUS-sammanslutning som avses i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland till den del sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård enligt den lagen.

56 a §

Ordnande av hälso- och sjukvård för vissa personer som vistas i ett välfärdsområde

Välfärdsområdet ska utöver den brådskande vård som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen ordna sådana hälso- och sjukvårdstjänster som bedöms nödvändiga för en person som vistas i en kommun inom välfärdsområdets område och som

1) inte har sådant uppehållstillstånd som avses i utlänningslagen, lagen om villkor för tredjelandsmedborgares inresa och vistelse för säsongsanställning, lagen om villkor för inresa och vistelse för tredjelandsmedborgare inom ramen för företagsintern förflyttning av personal eller lagen om villkoren för tredjelandsmedborgares inresa och vistelse på

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

grund av forskning, studier, praktik och volontärarbete,

2) vistas i Finland med stöd av tillfälligt uppehållstillstånd enligt någon av de lagar som nämns i 1 punkten men inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland eller inte jämföras med invånare i ett välfärdsområde med stöd av 56 § i denna lag,

3) är medborgare i en medlemsstat i Europeiska unionen, Island, Liechtenstein, Norge eller Schweiz men inte är försäkrad i en annan stat i enlighet med artikel 1 c i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen eller inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland, samt en sådan persons familjemedlem.

Vid bedömningen av huruvida hälso- och sjukvårdstjänsterna är nödvändiga ska det beaktas hur länge den som söker sig till tjänsterna vistas i Finland.

Om en person som avses i 1 mom. är minderårig, ska det för personen ordnas hälso- och sjukvårdstjänster i samma omfattning som för invånarna i välfärdsområdet.

Denna paragraf tillämpas inte om en person ska tillhandahållas hälso- och sjukvårdstjänster med stöd av lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd och om identifiering av och hjälp till offer för människohandel (746/2011) eller någon annan lag, eller med stöd av Europeiska unionens lagstiftning eller en internationell överenskommelse. Paragrafen tillämpas inte heller, om en person har rest till Finland i syfte att få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster under sin vistelse i Finland.

Denna lag träder i kraft den 20 .

2.

Lag

om ändring av 2 § i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland
(615/2021) 2 § 5 mom. som följer:

Gällande lydelse

2 §

*Tillämpningsområde och tillämpningen av
olika lagar*

När HUS-sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård med stöd av denna lag ska på den dessutom tillämpas det som i 4, 5, 8–20, 22–26, 29, 30, 32 och 34–39 §, 6 och 7 kap. samt 56, 57, 59 och 61 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs om välfärdsområden. På HUS-sammanslutningen tillämpas dessutom vad som annanstans i lag föreskrivs om ordnande av hälso- och sjukvård.

Föreslagen lydelse

2 §

*Tillämpningsområde och tillämpningen av
olika lagar*

När HUS-sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård med stöd av denna lag ska på den dessutom tillämpas det som i 4, 5, 8–20, 22–26, 29, 30, 32 och 34–39 §, 6 och 7 kap. samt 56, 56 a, 57, 59 och 61 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs om välfärdsområden. På HUS-sammanslutningen tillämpas dessutom vad som annanstans i lag föreskrivs om ordnande av hälso- och sjukvård.

Denna lag träder i kraft den 20 .

3.

Lag

om ändring av 20 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013) 20 § 3 mom., sådant
det lyder i lag 584/2022, som följer:

Gällande lydelse

20 §

*Statlig ersättning till den offentliga hälso-
och sjukvården*

Dessutom ersätter Folkpensionsanstalten av
statens medel de kostnader som ett välfärds-
område, Helsingfors stad eller HUS-samman-
slutningen har för den offentliga hälso- och
sjukvårdens tjänster, när sådan brådskande
vård som avses i 50 § i hälso- och sjukvårds-
lagen har getts en person som inte har hem-
kommun i Finland och vars vårdkostnader inte
har kunnat tas ut enligt 1, 2 och 13 § i lagen
om klientavgifter inom social- och hälsovår-
den.

Föreslagen lydelse

20 §

*Statlig ersättning till den offentliga hälso-
och sjukvården*

Dessutom ersätter Folkpensionsanstalten av
statens medel de kostnader som ett välfärds-
område, Helsingfors stad eller HUS-samman-
slutningen har för den offentliga hälso- och
sjukvårdens tjänster, när sådan brådskande
vård som avses i 50 § i hälso- och sjukvårds-
lagen eller hälso- och sjukvårdstjänster med
stöd av 56 a § i lagen om ordnande av social-
och hälsovård har getts en person som inte har
hemkommun i Finland och vars vårdkostna-
der inte har kunnat tas ut enligt 13 § i lagen
om klientavgifter inom social- och hälsovår-
den. Om den person som fått vård är uppen-
bart medellös, är det möjligt avstå från försök
att ta ut kostnaderna.

Denna lag träder i kraft den 20 .
