

Hälsa – en mänsklig rättighet för alla

Degree Thesis 20 points

Author: Annika Thid

Supervisor: David Fisher

August 2007

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| 1. INLEDNING..... | 3 |
| 2. FRÅGESTÄLLNINGAR..... | 3 |
| 3. SYFTE OCH AVGRÄNSNING..... | 3 |
| 4. MATERIAL OCH METOD..... | 4 |
| 5. DISPOSITION..... | 4 |
| 6. SAMMANFATTNING..... | 5 |
| 7. HÄLSA, OHÄLSA OCH INTEGRATION I SVERIGE..... | 5 |
| 8. BEGREPPET IRREGULJÄRA IMMIGRANTER..... | 6 |
| 9. ALLMÄNT OM HÄLSA..... | 8 |
| 9.1 Flera olika definitioner av hälsa..... | 8 |
| 9.2 Rätten till hälsa som en mänsklig rättighet..... | 10 |
| 10. FN: S ALLMÄNNA DEKLARATIONEN OM DE MÄNSKLIGA RÄTTIGHETERNA..... | 11 |
| 10.1 Flyktingkonventionen..... | 12 |
| 11. KONVENTIONEN OM AVSKAFFANDE AV ALLA FORMER AV RASDISKRIMINERING..... | 13 |
| 12. KONVENTIONEN OM EKONOMISKA, SOCIALA OCH KULTURELLA RÄTTIGHETER..... | 13 |
| 12.1 Särskilt om artikel 12 i ESK- konventionen..... | 15 |
| 12.2 Staters skyldigheter enligt ESK – konventionen..... | 18 |
| 13. KVINNOR OCH BARNES RÄTT TILL HÄLSA..... | 21 |
| 14. EUROPARÄTTENS REGLERING AV RÄTTEN TILL HÄLSA..... | 23 |
| 14.1 Europakonventionen..... | 23 |
| 14.2 Den europeiska sociala stadgan..... | 24 |
| 14.3 Direktivet om miniminormer för mottagande av asylsökande..... | 25 |
| 15. STATERS EFTERLEVAD AV INTERNATIONELL RÄTT..... | 25 |
| 16. SVERIGES FÖRHÅLLANDE TILL INTERNATIONELL RÄTT..... | 27 |
| 17. RÄTTEN TILL HÄLSA I SVERIGE..... | 27 |
| 18. DE ASYLSÖKANDES RÄTT TILL HÄLSA I SVERIGE..... | 29 |
| 18.1 Överenskommelsen mellan staten och SKL..... | 30 |
| 18.2 Den faktiska vården till asylsökande..... | 31 |
| 18.3 Kostnaderna för sjukvård till asylsökande..... | 32 |
| 19. IRREGULJÄRA IMMIGRANTERS HÄLSOSITUATION I SVERIGE..... | 33 |
| 19.1 Begreppet tillgång till vård och definitionen ”akut vård”..... | 34 |
| 19.2 De facto tillgång till vård..... | 35 |
| 20. INTERNATIONELL KRITIK MOT SVERIGE..... | 36 |
| 21. SVERIGES EFTERLEVAD AV INTERNATIONELLA ÅTAGANDEN..... | 39 |
| 22. SLUTORD..... | 42 |
| 23. KÄLLFÖRTECKNING..... | 46 |
| 23.1 Litteratur..... | 46 |
| 23.2 Lagstiftning..... | 46 |
| 23.3 Offentligt tryck..... | 46 |
| 23.4 Fördrag, konventioner, deklARATIONER OCH PROTOKOLL..... | 47 |
| 23.5 FN rapporter..... | 48 |
| 23.6 Rapporter från fristående organisationer..... | 49 |
| 23.7 Europarättsligt material..... | 49 |
| 23.8 Artiklar..... | 50 |
| 23.9 Internet..... | 50 |
| 23.10 Statistik..... | 50 |
| 23.11 Praxis..... | 51 |
| 23.12 Övrigt..... | 51 |

1. Inledning

Idén till uppsatsen växte fram under sommaren 2006 efter ett möte på Röda Korset. Parallellt med att idén tog form hjälpte jag Röda Korset med en skrift om hälsa som en av de mänskliga rättigheterna. Uppsatsen är till stor del ett resultat inte bara inspirationen från Röda Korset utan även av vårt goda samarbete. Jag har haft ett nära samarbete med projektledaren Maria Stålgren som för Röda Korset håller i projektet ”Kartläggning och dialog i syfte att främja hälsa hos asylsökande”.¹ Rätten till hälsa är i dagsläget ett mycket aktuellt ämne som flitigt rapporteras och diskuteras i media. Uppsatsen riktar sig till alla som önskar få en översiktlig beskrivning av rätten till hälsa, både i Sverige och internationellt, samt hälsosituationen för asylsökande och irreguljära immigranter i Sverige i synnerhet. Med irreguljära immigranter menas personer som befinner sig utanför det juridiska systemet antingen genom att de stannat i landet efter ett negativt beslut om uppehållstillstånd från myndigheterna eller personer som kommit in i landet utan erforderliga dokument.

2. Frågeställningar

Vad innebär rätten till hälsa? Hur ser de internationella reglerna ut i förhållande till den svenska lagstiftningen? På vilket sätt uppfyller Sverige rätten till bästa möjliga uppnåeliga hälsa för asylsökande och irreguljära immigranter? Det bör redan här uppmärksammas att rätten till hälsa oftast är en av flera mänskliga rättigheter som kränks vid ett och samma tillfälle.

3. Syfte och avgränsning

Syftet med denna uppsats är redogöra för rätten till hälsa som en mänsklig rättighet. Jag har valt att undersöka rätten till hälsa för dels asylsökande och dels irreguljära immigranter (i vardagligt tal kallas gruppen även ibland för gömda). Jag presenterar de internationella regler såväl som den relevanta svenska lagstiftningen. Jag har valt att endast nämna ett exempel från internationell praxis eftersom det av olika skäl

¹ För mer info kontakta projektledare Maria Stålgren, Maria.Stalgren@redcross.se eller 08- 452 46 20

inte finns så mycket praxis varken internationellt eller nationellt. Istället förs en diskussion om den svenska regeringens agerande med anledning av den internationella kritiken som riktats mot Sverige.

4. Material och metod

Största delen av materialet består av olika FN rapporter. Det förekommer även hänvisningar till rapporter från frivilliga organisationer såsom Läkare utan gränser, PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants) och Tema Asyl. Jag har även fått många tips från Maria Stålgren på Röda Korset vad gäller material och aktuella händelser som varit mycket värdefulla för mitt arbete. Mycket material, såsom rapporter, artiklar och i viss mån propositioner är åtkomligt via Internet. I förekommande fall anges fullständiga länkhänvisningar samt när materialet senast har använts. Uppsatsen är skriven enligt den deskriptiva, utredande, metoden. Rätten till hälsa analyseras utifrån internationell och nationell lagstiftning.

5. Disposition

En redogörelse för rätten till hälsa kräver inledningsvis en diskussion om hälsa kontra ohälsa. Eftersom uppsatsen främst behandlar två grupper, nämligen asylsökande och irreguljära immigranter är det vidare nödvändigt att generellt redogöra för integration och begreppet irreguljära immigranter. Sedan presenteras olika definitioner av hälsa, hälsa som mänsklig rättighet och olika utvalda internationella instrument där rätten till hälsa återfinns. Vidare beskrivs stater förhållande till internationell rätt. Rätten till hälsa för asylsökande och irreguljära immigranter (gömda) i Sverige beskrivs var för sig. Slutligen presenteras internationell kritik som riktats mot Sverige och på vilket sett Sverige förhåller sig till den. I slutordet finns mina egna kommentarer och tankar redovisade.

6. Sammanfattning

Hälsa är en av flera förutsättningar för hållbar mänsklig utveckling med direkta konsekvenser för reducering av fattigdom, social välfärd, politisk stabilitet och ekonomisk tillväxt. Hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet för alla människor och en förutsättning för att många andra mänskliga fri- och rättigheter ska kunna realiseras. Hälsa är ett tillstånd som är olika för alla människor. Stater kan inte garantera att människor ska få vara friska. Däremot innebär de internationella och de nationella reglerna att stater är skyldiga att garantera lika möjligheter för alla att kunna åtnjuta de resurser som finns för att kunna uppnå bästa möjliga nivå av hälsa. Internationellt sett så är det diskrimineringsförbudet som är det fundamentala inom mänskliga rättigheter och som också är det som vanligtvis kränks av stater. Förhållandena för asylsökande och irreguljära immigranter i Sverige är inte olik situationen i andra europeiska länder. De rättigheter är begränsade i förhållande till svenska medborgare. Det är tydligt att Sverige inte lever upp till sina internationella förpliktelser. Den svenska regeringen har i dagsläget inte presenterat några nya förslag till förbättringar. Det finns dock förhoppningar om att den internationella kritik som riktats från bland annat FN:s specialrapportör för rätten till hälsa ska leda till bättre efterlevnad av internationella åtaganden.

7. Hälsa, ohälsa och integration i Sverige

Det är lämpligt att i detta inledande skede kort resonera kring hälsa och integration och hur de två begreppen förhåller sig till varandra. I rapporten *Integration och Folkhälsa* från 2005 konstaterar författarna att hälsofrämjande i relation till integration kan vägledas av hur man definierar integration nämligen som en ömsesidig process mellan individen och samhället med lika tillgång till makt, inflytande och politiska resurser oavsett en persons kulturella tillhörighet. Integration innebär förändring av samhället och inte förändring av den enskilde personens identitet som till exempel assimilering.²

² Integration och Folkhälsa – en kunskapsöversikt, tillgänglig på Södertörns Bibliotek www.sh.se, senast använd den 4 maj 2007

I sammanhanget är det även värt att resonera kring hälsa och ohälsa. Man brukar säga att hälsa och ohälsa är länkat till den enskilda individens uppfattning om sina möjligheter att agera och påverka sin egen situation. Ohälsa är den subjektiva upplevelsen av nedsatt psykisk eller fysisk förmåga. Det är hur personen i fråga upplever sin förmåga och sin livssituation som är avgörande i det fallet och inte om man objektivt sett är ”frisk”.³ Det förekommer också att man skiljer mellan negativ och positiv hälsa. Den negativa syftar på avsaknaden av sjukdom medan den positiva handlar om välbefinnande.⁴

8. Begreppet irreguljära immigranter

I Sverige finns en stor grupp människor som saknar tillgång till adekvat hälso- och sjukvård. Gruppen benämns ofta som irreguljära, illegala, papperslösa eller som i vardagligt tal ”gömda” flyktingar. Jag föredrar att använda uttrycket irreguljära immigranter eftersom jag anser att termen illegal för tankarna till kriminella samt att människor denna grupp inte nödvändigtvis alltid är helt papperslösa varför det inte vore korrekt att kalla dem så. Undersökningar visar att det snarare är regel än undantag att irreguljära immigranter behandlas som en grupp kriminella i samhällsdebatten.⁵ Termen gömda verkar ha blivit populär i vardagligt tal i Sverige vilket, trots att det antyder gruppens situation, inte är ett vedertaget begrepp. Begreppet irreguljär immigrant är en term som även används av Shahram Khosravi, forskare inom irreguljär migration vid Stockholms universitet. Termen irreguljär immigrant är dessutom en relativt neutral term även i ett migrationspolitiskt perspektiv trots att termen ”gömda” är vanligare i dagligt tal.

Khosravi talar om icke medborgare som kan delas in i två kategorier, reguljära och irreguljära. De irreguljära är de som 1) har tillstånd att vistas i landet eller dem som är befriade från tillståndskravet, 2) som har sökt asyl och väntar på besked, 3) som turister och andra tillfälliga besökare. De irreguljära personernas närvaro inom

³ Nationell samsyn kring hälsa och den första tiden i Sverige, rapporten finns tillgänglig på www.temaasyl.se, senast använd den 4 maj 2007

⁴ Medin, Jennie och Alexandersson, Kristina, Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie, Studentlitteratur 2000, s. 73

landets gränser kan vara olaglig av flera skäl. Irreguljär immigrant är enligt Khosravi en term som ”i något avseende bryter mot vad som är regel för icke-medborgare”.⁶ De kan vara så kallade ”overstayers”, det vill säga de som stannar kvar i landet efter att deras visums giltighetstid har gått ut, asylsökande som underlåter att lämna landet efter utvisningsbesked eller personer vars inträde och vistelse i landet är okända för myndigheterna. Skillnaden mellan en reguljär och en irreguljär person är deras legala status. De reguljära har vissa sociala och civila rättigheter medan de irreguljära helt saknar rättigheter och därmed står utanför samhällets normer, skyldigheter och rättigheter. Irregulariteten kan åskådliggöras enligt nedanstående tabell.⁷

| Inträde | Vistelse | Typ |
|------------|----------|---|
| A Illegalt | Illegal | Personligt finansierad och organiserad (smuggling) |
| B Illegalt | Illegal | Skuldbunden relation till smugglaren eller arbetsgivare (trafficking) |
| C Legalt | Illegal | a) Overstayers b) Asylsökande som fått avslag |
| D Illegalt | Legal | Kollektiv/individuell legalisering; flyktingstatus |

Irreguljär invandring kan vara olika för olika länder, en del har mer arbetskraftsinvandring andra har mer asylärenden. Det är svårt att säga hur många irreguljära immigranter som befinner sig i Sverige. Det finns ingen pålitlig statistik över detta utan det handlar ofta om uppskattningar. Den statistik som finns, även om det i allra högsta grad finns ett stort mörkertal, är den statistik från Migrationsverket till polisen över antal ärenden som lämnas till polisen för

⁵ Flynn, D. and Düvell, F., *Undocumented Migrants – symptom, not the problem*, PICUM, tillgänglig på www.picum.org, senast använd den 27 juli 2007

⁶ SOU 2006:37 Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet, Khosravi, Shahram s.285

⁷ Tabellen är utformad enligt Shahram Khosravis modell i SOU 2006:37 Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet, s. 290

verkställande av utvisning.⁸ Statistiken från 2002 visar en siffra på drygt 5000 personer som lämnats över från Migrationsverket till polisen för verkställande av utvisning. För 2005 hade samma siffra ökat till drygt 8000 personer, vilket är en ökning med mer än en femtio procent jämfört med år 2002.⁹

9. Allmänt om hälsa

De flesta skulle nog kunna enas om att rätten till hälsa innebär mer än frånvaro av sjukdom samt att hälsovård borde tillhandahållas utan diskriminering. Rätten till hälsa brukar delas in i två kategorier. Det är dels komponenter relaterade till hälso- och sjukvård och dels komponenter som utgör förutsättningar för hälso- och sjukvård såsom tillgång till rent vatten och föda.¹⁰ På engelska skiljer man mellan rätten till "health care" och rätten till "health conditions". Det går inte att säga att varje individ kan kräva av sin stat få vara frisk. Statens skyldighet enligt internationell rätt handlar istället om att arbeta med förutsättningarna för att varje individ ska kunna uppnå bästa möjliga nivå av fysisk och psykisk hälsa.¹¹

9.1 Flera olika definitioner av hälsa

Hälsa har alltid varit ett omdiskuterat begrepp förenat med svårigheten att hitta en allmänt accepterad definition. Enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport 2005 saknas det ett entydigt hälsobegrepp.¹² Synen på vad hälsa är förändras med tiden och kopplas ofta samman med värderingar och kulturmönster. I en studie av hälsa och hälsofrämjande från 2000 lyfts två huvudinriktningar i synen på hälsa fram. Den ena kallas för *biomedicinsk inriktning* och den andra för *humanistisk inriktning*. Den biomedicinska modellen utgår från hälsa som frånvaro av sjukdom och

⁸ SOU 2006:37 Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet, Khosravi, Shahram s. 289-291

⁹ Se Migrationsverkets statistik från 2005 och 2002, [bilaga 1](#) respektive [bilaga 2](#) samt statistik från Rikspolisstyrelsen, [bilaga 3](#).

¹⁰ Tønnes, Lisa, "En värdig levnadsstandard" ur *Asylmottagande i fokus, en skriftserie från NTG - asyl och integration*, nr 2 2006, s 30

¹¹ Se www.amnestyusa.org, vidare till issues och health, senast använd den 11 april 2007

¹² Socialstyrelsens folkhälsorapport 2005, finns tillgänglig på www.socialstyrelsen.se, senast använd den 25 juli 2007

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABC727A9/6169/20051114.pdf>

människan betraktas som ett biologiskt system av fungerande organ. När dessa organ fungerar normalt är personen vid hälsa. Den biomedicinska modellen har alltså sjukdom som utgångspunkt där hälsa är det normala och sjukdom är avvikelser. Enligt det humanistiska synsättet ses hälsa som något mer än bara frånvaro av sjukdom. De två begreppen hälsa och sjukdom kan ställas i relation till varandra på olika sätt. Enligt det humanistiska perspektivet tillhör hälsa och sjukdom olika dimensioner, den som har en eller flera sjukdomar kan samtidigt ha hälsa och tvärtom, de behöver därmed inte utesluta varandra¹³

Det finns flera internationella definitioner av begreppet hälsa. Den vanligaste är världshälsoorganisationens (WHO) definition som definierar hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom. Åtnjutandet av bästa möjliga nivå av hälsa är en grundläggande rättighet för varje människa utan åtskillnad på grund av ras, religion, politisk uppfattning, ekonomisk eller social ställning.¹⁴ Hälsa är inte bara ett mål utan en resurs i livet och ansvaret för hälsan åvilar samhället.¹⁵

På senare tid har även annan definition av professor Richard Mollica tillkommit "*Health is a personal and social state of balance and well-being in which people feel strong, active, wise and worthwhile, where their capacities and rythmes are valued, where they are able decide and choose, express themselves, and move about freely*"¹⁶. Den senare definition kan möjligtvis uppfattas inte bara som mer omfattande utan också som mer individriktad. Jag har angående den senare definitionen varit i kontakt med Svenska röda korset och jag instämmer i deras uppfattning att Richard Mollicas definition kompletterar WHO:s definition.¹⁷

¹³ Medin, Jennie och Alexandersson, Kristina, Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie, Studentlitteratur 2000, s. 39-65

¹⁴ Se WHO:s konstitution

<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>, senast använd den 11 februari 2007

¹⁵ Medin, Jennie och Alexandersson, Kristina, Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie, Studentlitteratur 2000, s. 68

¹⁶ Richard Mollica, professor i psykiatri vid Harvard University och ansvarig för Harvard Program on Refugee Trauma, citatet finns översatt från engelska i rapporten Integration och folkhälsa, s.19, den finns tillgänglig på Södertörns bibliotek, www.sh.se senast använd den 3 juni 2007

¹⁷ Richard Mollica's definition används dock inte av Röda Korset utan främst inom forskning som berör asylsökande och flyktingar. Röda Korset använder sig av WHO:s definition.

9.2 Rätten till hälsa som en mänsklig rättighet

Rätten till hälsa är ingen isolerad rättighet. När den kränks, kränks ofta flera andra mänskliga rättigheter som till exempel förbudet mot omänsklig och förnedrande behandling eller rätten till liv.¹⁸ Rätten till hälsa är nära besläktad med och beroende av andra mänskliga rättigheter såsom bland annat rätten till mat, arbete, utbildning, jämlikhet och icke diskriminering med flera.

Förhållandet mellan rätten till hälsa och mänskliga rättigheter är inte konfliktfritt. Likafullt kompletterar de varandra. Hälsa och mänskliga rättigheter kompletterar varandra samtidigt som de inte kan existera var för sig, på engelska säger man att de är ”*complementary and interconnected*”¹⁹. Det är stater som utformar riktlinjer och mål för tillgänglig sjukvård och folkhälsa. Samtidigt kan en stat begränsa rätten till vissa mänskliga rättigheter genom att hänvisa till hälsa som grund (public health).²⁰

I ingressen till WHO: s konstitution från 1946 står det att hälsa är en mänsklig rättighet.²¹ Ottawadeklarationen från 1986 hade hälsa för alla senast år 2000 (health for all by the year 2000) som målsättning. Deklarationen beskriver grundförutsättningar för hälsa såsom fred, skydd, tak över huvudet, utbildning, föda, inkomster, ett balanserat ekosystem, hållbart utnyttjande av resurser, social rättvisa, respekt för mänskliga rättigheter och jämlikhet.²²

Världens hälsosituation har förändrats avsevärt under åren vilket har inneburit en förändring av hur hälsa definieras. Flera faktorer måste tas med i bedömningen,

¹⁸ Gruskin, S. and Tarantola, D, *Health and Human Rights*, FXB Center Working Paper No. 10, tillgänglig på www.hsph.harvard.edu/xfbcenter, senast använd den 27 juli 2007

¹⁹ The Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), *Human Rights, Poverty Reduction and Sustainable Development: Health, Food and Water 2002*, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 6 maj 2007

²⁰ Mann, Jonathan and others., *Health and Human Rights: An International Journal*, Vol. 1, No. 1, 1994, Inaugural Issue, tillgänglig på www.hsph.harvard.edu/xfbcenter, senast använd den 27 juli 2007

²¹ WHO:s konstitution finns tillgänglig på http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, senast använd den 3 maj 2007

²² Ottawadeklarationen finns tillgänglig på <http://www.paho.org/English/AD/SDE/HS/OttawaCharterEng.pdf>, senast använd den 3 maj 2007

såsom resursfördelning och genuskillnader. En vidare definition av hälsa tar också hänsyn till våld och beväpnade konflikter i världen. Idag utgör sjukdomar som HIV/AIDS och cancer samt jordens ökande befolkning svåra hinder för att realisera rätten till hälsa. Rätten till hälsa är en fundamental mänsklig rättighet oumbärlig för åtnjutandet av andra mänskliga rättigheter. Strävandet efter bästa uppnåeliga hälsa kan ske genom utvecklandet av hälsopolicies, genom implementering av WHO: s hälsoprogram eller genom lagstiftning.²³ Mänskliga rättigheter ska kunna åtnjutas av alla oavsett om de är en stats medborgare eller inte.²⁴

10. FN: s allmänna deklARATIONEN om de mänskliga rättigheterna

Den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna är ett av de centrala, absolut grundläggande, dokumenten inom internationell rätt. Det är dock inte juridiskt bindande i samma mening som en konvention. Den anses dock till stor del vara bindande genom att den uppnått sedvanerättslig status. För att uppnå sedvanerättslig status krävs att en stat agerar på ett visst sätt (statspraxis) och med en viss juridisk övertygelse, så kallad *opinio juris*, som ligger i linje med i detta fall den allmänna förklaringens mål. Detta innebär alltså att en stat utifrån sitt agerande och sin övertygelse kan bli juridiskt bunden utan att ha skrivit under någonting. Självklart är det inte helt enkelt att bevisa att en stat handlat på ett visst sätt eller efter en viss övertygelse. Den internationella domstolen (ICJ) bekräftade i North Sea Continental Shelf Case²⁵ att konsekvent statspraxis och *opinio juris* är de två obligatoriska förutsättningarna för att sedvanerätt ska uppstå. Den internationella domstolen har vidare uttalat att i de fall en stat inte agerar i enlighet med sin praxis så ska det inte uppfattas som ett erkännande av nya regler utan likställs med ett avtalsbrott²⁶. Sedvanerättsliga principer bekräftas ofta genom den internationella

²³ General Comment No.14 (2000) E/C.12/2000/4 The right to the highest attainable standard of health, art. 12, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 16 april 2007

²⁴ Cholewinski, Ryszard, *Irregular migrants – access to minimum social rights*, Council of Europe Publishing, 2005, s. 27

²⁵ North Sea Continental Shelf (1969), tillgänglig på www.icj-cij.org, senast använd den 25 juli 2007

²⁶ Jämför Military and Paramilitary Activities in and against Nicaragua (Nicaragua v. United States) 1986, tillgänglig på www.icj-cij.org/docket/files/70/9973.pdf, senast använd den 3 juni 2007

domstolens praxis enligt principen om *jura novit curia* (latin; domstolen känner rätten).²⁷

Artikel 2 i den allmänna deklARATIONEN säger att var och en är berättigad till de rättigheter och friheter som stadgan ger rätt till utan åtskillnad av något slag såsom på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan uppfattning, nationellt eller socialt ursprung, egendom, börd eller ställning i övrigt. Även artikel 7 stadgar ett diskrimineringsförbud genom att slå fast att alla är lika inför lagen och berättigade till samma skydd av lagen.

Artikel 25 är den som mer direkt berör rätten till hälsa genom att slå fast att "... var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård...". Rätten till hälsa återfinns, förutom i den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna, även i andra konventioner för särskilt utsatta såsom kvinnor och barn.

10.1 Flyktingkonventionen

Flyktingkonventionen är folkrättsligt sett den viktigaste källan till flyktingars rättigheter.²⁸ Kärnan av det skydd som konventionen erbjuder flyktingar är rätten att söka asyl och principen om non-refoulement.²⁹ Principen innebär att ett förbud mot att skicka tillbaka en asylsökande till ett land där han riskerar tortyr eller annan mänsklig behandling. För att dessa rättigheter, som numera även betraktas som sedvanerätt, till fullo ska kunna säkerställas krävs dock att även asylsökande tillerkänns vissa rättigheter under den tid de väntar på att deras asylansökan behandlas. Konventionen föreskriver trots detta ingenting explicit om asylsökandes rättigheter eller hur asylsökande ska behandlas i väntan på att deras status fastställs. Flyktingkonventionen innehåller visserligen en rad rättigheter av socioekonomisk karaktär, se artikel 24, men den förutsätter att en person erhållit en

²⁷ Evans, M.D (edited by)., *International Law*, Oxford University Press, 2003, s. 124-130

²⁸ Flyktingkonventionen, Convention relating to the Status of Refugees 1951, tillgänglig på www.unhcr.ch, senast använd den 12 augusti 2007

²⁹ FN:s flyktingkonvention art. 33

flyktingförklaring och skyddet sträcker sig alltså inte till att omfatta asylsökande och irreguljära immigranter.³⁰

11. Konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering

Rätten till likabehandling och att inte diskrimineras är fundamentala delar av grunden för de mänskliga rättigheterna.³¹ Konventionen syftar till att garantera alla människor oavsett ursprung absolut och fullständig rätt till alla tänkbara mänskliga rättigheter. Med "rasdiskriminering" menas varje skillnad, undantag, inskränkning eller företräde på grund av ras, hudfärg, härstamning eller nationellt eller etniskt ursprung, som har till syfte eller verkan att omintetgöra eller inskränka erkännandet, åtnjutandet eller utövandet, på lika villkor, av mänskliga rättigheter och grundläggande friheter på politiska, ekonomiska, sociala, kulturella eller andra områden av det offentliga livet (artikel 1). Konventions efterlevnad övervakas av kommittén för avskaffande av alla former av rasdiskriminering (CERD). Konventionsanslutna stater ska rapportera till kommittén om vilka åtgärder som vidtagits. Stater kan anmäla varandra om de skulle anse att en stat brutit mot sina åtaganden. Enskilda individer och grupper kan även de anmäla klagomål till kommittén.³²

12. Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter

FN konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (nedan ESK-konventionen) trädde ikraft 1976 för Sveriges del. Tanken med konventionen är att de anslutna länderna ska uppfylla konventionens mål gradvis i takt med att de ökar sina materiella resurser som tillförsäkrar staternas medborgare ESK-konventionens föreskrivna rättigheter. Man kan säga att ESK-konventionen är mål

³⁰ Tønnes, Lisa, "En värdig levnadsstandard" ur *Asylmottagande i fokus, en skriftserie från NTG -asyl och integration*, nr 2 2006, s 12ff.

³¹ General recommendation No: 30: Discrimination against non citizens 01/10/2004, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 3 juni 2007

orienterad på samma sätt som svenska Regeringsformen (RF), se närmare bestämt RF 1:2 2 st.³³

Konventionens travaux préparatoires³⁴ kan liknas vid den svenska lagstiftningens förarbeten. I internationella samband har de egentligen ingen större betydelse eller auktoritet på samma sätt som i Sverige men de kan ändå vara till hjälp för att bättre förstå konventionens syfte och därmed underlätta tolkningen av den.³⁵

De juridiska skyldigheter som uppstår i och med att en stat tillträder ESK-konventionen har inte alltid fått lika mycket uppmärksamhet som implementeringen, utvecklingen och skyddandet av de ekonomiska, sociala och kulturella samt civila och politiska rättigheterna.³⁶ Med anledning av detta upprättades kommittén för de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (ICESCR) vars uppgift är att granska efterlevnaden. Varje konventionsanslutet land ska rapportera om vilka åtgärder de vidtagit för att uppfylla konventionens mål. Sveriges senaste rapport till kommittén för sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter lämnades in i juni 2006.³⁷ Kommitténs uppgift är att granska konventionsstaternas arbete och att ge rekommendationer. Kommitténs medlemmar representerar inte sina regeringar utan är självständiga.³⁸

Enligt konventionens artikel 2 ska dess rättigheter kunna åtnjutas av alla utan diskriminering. Inskränkningar i konventionens rättigheter får endast göras om de är angivna i lag och är förenliga med rättigheternas natur och endast för att "*främja det allmänna välbefindandet i ett demokratiskt samhälle*" enligt artikel 4. Däremot

³² Konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering samt information om kommitténs arbete, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast den 3 juni 2007

³³ Fisher, David i, *Mänskliga rättigheter – en introduktion*, Nordstedts Juridik AB, 2005, s. 29-30

³⁴ Ramcharan, Dr. B.G, *Judicial protection of economic, social and cultural rights; Cases and materials*, The Raoul Wallenberg Institute Humans Rights Library, vol 22, Martinus Nijhoff Publishers, 2005, s. 17-25

³⁵ Evans, M.D (edited by)., *International Law*, Oxford University Press, 2003, s. 188-189

³⁶ FN:s generalförsamlings resolution 40/114 av den 13 December 1985, tillgänglig på www.un.org, senast använd den 3 juni 2007

³⁷ Rapporten finns att ladda ner på www.manskligarattigheter.gov.se, senast använd den 11 april 2007

³⁸ Mer om konventionen, hela konventionstexten och ICESCR på www.manskligarattigheter.gov.se samt www.unhchr.ch, senast använd den 11 april 2007

finns det inga hinder att en stat för en stat att ge mer långtgående rättigheter än vad konventionen stadgar.

Artikel 12 befäster rätten till fysisk och psykisk hälsa och att staterna ska bland annat förbättra hälsovården, motverka epidemier och tillförsäkra envar sjukvård. Även om konventionen inte har några sanktioner för det fall den inte efterlevs så måste de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna anses utgöra en integrerad del av FN: s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna och därmed sedvanerätt. Det internationella samfundet har, hittills utan resultat, diskuterat huruvida ett fakultativt protokoll skulle upprättas för att göra det möjligt för enskilda personer att klaga på sin stat om konventionens rättigheter inte efterlevs. För de medborgerliga och politiska rättigheterna finns redan en liknande möjlighet.

12.1 Särskilt om artikel 12 i ESK- konventionen

Under arbetet med artikel 12 i ESK-konventionen valde FN: s generalförsamling att inte adoptera WHO: s hälsodefinition. WHO: s definition beskriver rätten till hälsa som omfattande inte bara ett psykisk, fysiskt och socialt välmående utan även rätten till skydd mot ohälsa.

Artikel 12 i ESK-konventionen har följande lydelse:

1. Konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.
2. De åtgärder som konventionsstaterna ska vidta för att till fullo tillgodose denna rätt ska innefatta sådana åtgärder som är nödvändiga för att
 - a) minska foster- och spädbarnsdödligheten och främja barnets sunda utveckling,
 - b) förbättra alla aspekter av samhällets hälsovård och den industriella hälsovården,
 - c) förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar, samt
 - d) skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom.

Artikel 12 är inte begränsad till rätten till hälso- och sjukvård. Med rätten att ”åtnjuta bästa uppnåeliga nivå av hälsa” ville generalförsamlingen lyfta fram att rätten till hälsa omfattar en rad olika socioekonomiska faktorer som påverkar människors möjligheter till god hälsa. Underliggande faktorer som inte bara påverkar utan är en vital del av rätten till hälsa är tillgången till mat och näring, boende, rent vatten och adekvata sanitära förhållanden samt säkra och hälsosamma arbetsförhållanden och sist men inte minst hälsosam miljö.

Kommittén för sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter är medveten om att möjligheterna för alla människor i världen att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa är ett avlägset mål. Kommittén presenterade under 2000 sin kommentar, en så kallad ”*general comment*”, till hur artikel 12 ska tolkas.³⁹

Artikel 12.1 ger definitionen av rätten till hälsa medan 12.2 stadgar en icke uttömmande förteckning över staters skyldigheter. Rätten till hälsa ska inte förstås som rätten att vara frisk. Rätten till hälsa består både av friheter och rättigheter. Friheterna inkluderar rätten att ha kontroll över sin hälsa och kropp, inklusive sexuell och reproduktiv frihet samt att vara fri från tortyr, ofrivillig medicinsk behandling och experiment. Rättigheterna inkluderar rätten till ett system där rätten till hälsa skyddas och alla individer erbjuds lika möjligheter att uppnå bästa uppnåeliga nivå av hälsa. Frasen ”bästa uppnåeliga hälsa” tar hänsyn både till den enskilda individens biologiska och socioekonomiska förutsättningar och till statens tillgängliga resurser. Det finns flera aspekter av rätten till hälsa som inte härrör från förhållandet mellan en enskild individ och en stat. En god hälsa kan inte garanteras av en stat och en stat kan inte heller skydda sin medborgare mot alla former av ohälsa. Vidare spelar andra faktorer som genetiska förutsättningar, olika mottaglighet för sjukdomar samt en ohälsosam och riskfylld livsstil roll för varje individs hälsa. Som konsekvens av detta ska rätten till hälsa förstås som en rätt till olika faciliteter, varor, tjänster och förhållanden nödvändiga för att så många som

³⁹ General Comment No.14 (2000) E/C.12/2000/4 The right to the highest attainable standard of health, art. 12, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 16 april 2007

möjligt ska uppnå bästa möjliga nivå av hälsa. Det är viktigt att befolkningen ges möjligheten att delta i beslutsfattandet när det gäller hälso- och sjukvårds relaterade frågor i samhället, både nationellt och internationellt.

Rätten till hälsa består av följande essentiella och sammanhängande element, den exakta tillämpningen av varje enskilt element måste anpassas till olika staters förutsättningar och utgångspunkter. Generellt sett handlar det om vård som beror på en sorts teoretisk och faktisk tillgänglighet samt en ekonomisk möjlighet.⁴⁰ Kommittén beskriver en stats skyldigheter enligt artikel 12.2 på följande sätt.

- A. *Teoretisk tillgänglighet (Availability)*. Ett fungerade sjukvårdssystem med personal, lokaler och mediciner måste finnas tillgängligt inom statens territorium. Faktiska tjänster och nivån på utbudet kan variera från stat till stat beroende på landets utvecklingsnivå.
- B. *Faktiskt tillgänglighet (Accessibility)*. Hälsfaciliteter, varor och tjänster måste vara tillgängliga för alla, inom statens jurisdiktion, utan diskriminering. Den faktiska tillgängligheten har fyra överlappande dimensioner.
 - 1) Icke-diskriminering: hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig för alla och särskilt för speciellt utsatta och marginaliserade grupper i samhället.
 - 2) Fysisk tillgänglighet: vården ska vara fysiskt tillgänglig i den meningen att till exempel även handikappade personer eller personer i otillgängliga områden kan ta del av den.
 - 3) Ekonomisk tillgänglighet: vården måste vara ekonomiskt tillgänglig för alla det vill säga den måste åsättas ett rimligt pris oavsett om det är statlig eller privat vård det är fråga om. Hushåll med mindre resurser ska inte belastas av vårdkostnader på ett oproportionerligt sätt.
 - 4) Tillgänglig information: inkluderar rätten till att söka, ta emot och meddela information och idéer avseende hälsa. Rätten att ta del av information får dock inte inkräkta på eventuell sekretess inom hälso- och sjukvården.

⁴⁰ Olsson, Mattias, SOU 2006:78, *Irreguljära immigranter – osynliggjorda och diskriminerade inom sjukvården*

- C. *Acceptans (Acceptability)*. Alla hälsofaciliteter, varor och tjänster måste respektera medicinskt etiska principer och kulturella faktorer som kan variera i olika förhållanden samt värna om sekretess.
- D. *Kvalitet (Quality)*. Förutom att vara kulturellt acceptabla, som nämns ovan, så måste hälsofaciliteter, varor och tjänster även vara av beprövad och godkänd kvalitet (vetenskaplig standard). Detta innefattar inte bara utrustning utan även utbildad och kunnig personal.

Den icke uttömmande listan av exempel i 12.2 tjänar som ledning för stater i deras handlande för att alla ska kunna uppnå bästa möjliga hälsa⁴¹. Kommittén betonar att stater har en speciell skyldighet att se till att de, som inte själva har tillräckliga resurser, inte diskrimineras. En misslyckad allokering av hälsoresurser kan leda till en diskriminering som inte är så enkel att upptäcka. Ett exempel på detta skulle vara investeringar i dyr hälsovård istället för i primärvård som kommer fler människor tillgodo.⁴²

12.2 Staters skyldigheter enligt ESK – konventionen

Genom artikel 2 i ESK – konventionen förbinder sig staterna att till fullo utnyttja sina resurser för att trygga rättigheterna förverkligande, i synnerhet genom lagstiftning. Konventionsstaterna åtar sig också att rättigheterna utövas utan diskriminering på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell eller social härkomst, egendom, börd eller ställning i övrigt. Även asylsökande och irreguljära immigranter omfattas således av diskrimineringsförbudet. Män och kvinnor har lika rätt att åtnjuta konventionens rättigheter.⁴³

⁴¹ Mer om listan med kriterier står att läsa bland annat på MR-forum, www.mrforum.se, senast använd den 5 maj 2007

⁴² General Comment No.14 (2000) E/C.12/2000/4 The right to the highest attainable standard of health, art. 12, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 16 april 2007

⁴³ CESCR General Comment No.3 14/12/90 *The nature of State parties obligations (art.2.1)*, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 6 maj 2007

Principen om icke-diskriminering är en norm av jus cogens karaktär i internationell rätt. Det betyder att den är bindande, den är tvingande och indispositiv, utan direkt referens till ett juridiskt bindande traktat. En norm av jus cogens karaktär ger upphov till förpliktelser erga omnes. I ett fall från Inter-American Court of Human Rights uttalade domstolen att *“the principle of equality before the law, equal protection before the law and non-discrimination belongs to jus cogens, because the whole legal structure of national and international public order rests on it and it is a fundamental principle that permeates all laws.”*⁴⁴ Förpliktelser av erga omnes karaktär är förpliktelser som kan göras gällande inte bara av en drabbad stat utan av alla stater i det internationella samfundet.⁴⁵

FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har i sin kommentar till artikel 2 utvecklat principen om progressiv utveckling och att hänsyn måste tas till varje enskild stats resurser. Vissa av skyldigheterna ska och kan genomföras omedelbart oavsett en stats ekonomiska situation och resurser. Det är dels skyldigheten att arbeta emot diskriminering och dels att rent faktiskt vidta åtgärder för att förverkliga rättigheterna i konventionen. Konventionens *raison d'être* är att staters skyldigheter ska ge upphov till att konventionens rättigheter realiseras så snabbt och effektivt som möjligt. Ren passivitet skulle innebära ett brott mot konventionen.⁴⁶

Stater som på något sätt vill inskränka utnyttjandet av rättigheterna i ESK – konventionen hänvisar ofta till folkhälsoskäl. En stat kan göra inskränkningar enligt artikel 4 i konventionen. Det är endast möjligt om det är tillåtet enligt lag och om det är förenligt med rättigheternas natur och om syftet uteslutande är att främja det allmänna välbefindandet i ett demokratiskt samhälle. Eventuella inskränkningar måste vidare vara proportionerliga det vill säga om det finns flera alternativ så ska det som är minst inskränkande äga företräde. Rätten till hälsa ställer, liksom ett flertal andra

⁴⁴ Inter-American Court of Human Rights, Advisory Opinion OC-18/03 of September 17, tillgänglig på www.corteidh.or.cr, senast använd den 27 juli 2007

⁴⁵ Evans, M.D (edited by)., *International Law*, Oxford University Press, 2003, s. 142

⁴⁶ General Comment No. 3, *The nature of States parties obligations (art. 2, para 1)*, 14/12/90, finns tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 4 juni 2007

mänskliga rättigheter, krav på att en stat ska respektera, skydda och uppfylla en viss rättighet.

Det inte helt enkelt att bedöma om stater uppfyller sina åtaganden enligt ESK – konventionen. Detta är naturligt så eftersom konventionen är mer av en mål – orienterad konvention och att dess bestämmelser är starkt hänger samman med social och ekonomisk utveckling vilket är individuellt från stat till stat. Däremot så innehåller konventionen så ett så kallat ”*minimum core content*” vilket kan översättas med en sorts rättighetsgrund som är oinskränkbar för alla i alla situationer. I detta fall innebär det bland att staters skyldighet att till fullo utnyttja tillgängliga resurser för att förverkliga konventionens mål. Av vad som beskrivits ovan kan man alltså dra slutsatsen att denna minimivå varierar från land till land beroende på resurser.⁴⁷

De så kallade Limburgprinciperna kom till på 1980 – talet och var ett försök att konkretisera staternas skyldigheter enligt ESK – konventionen. Artikel 21 i Limburgprinciperna behandlar artikel 2 i konventionen där det ställs krav på ett gradvis förverkligande (progressive achievement) av alla mänskliga rättigheter.⁴⁸ I de så kallade Maastricht riktlinjerna från 1997 understryks också att det är staten som har bevisbördan för att rättfärdiga bristen på förverkligande av rättigheterna.

Som ovan nämnts har den enskilde ingen klagorätt enligt ESK-konventionen. Det har dock diskuterats huruvida man skulle upprätta ett fakultativt protokoll liknande det som finns till konventionen om de medborgerliga och politiska rättigheterna. Enligt protokollet tillerkänns en enskild individ rätten att framföra klagomål till kommittén för de mänskliga rättigheterna som har till sin uppgift att övervaka konventionens efterlevnad. Kommittén har endast jurisdiktion över stater som biträtt protokollet. Innan man kan vända sig till kommittén måste de inhemska

⁴⁷ General Comment No.14 (2000) E/C.12/2000/4 The right to the highest attainable standard of health, art. 12, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 11 juni 2007

⁴⁸ Introduktionshäfte till MR – fondens skriftserie om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna, tillgänglig på www.humanrigts.se, senast använd den 4 juni 2007

rättsmedlen vara uttömda det vill säga ärendet måste ha gått till högsta instans. Det förekommer att enskilda organisationer som till exempel svenska Röda Korset lämnar in så kallade parallellrapporter till staternas rapporter. Kommittén avslutar sin granskning genom att ge kommentarer och rekommendationer om den enskilda statens tillämpning av konventionen, så kallade ”*concluding observations and recommendations*”.⁴⁹

13. Kvinnor och barns rätt till hälsa

Kommittén för de sociala, ekonomiska och kulturella rättigheterna berör kvinnors och barns rättigheter under egna rubriker i rapporten. För att eliminera diskrimineringen av kvinnor så finns det ett behov av att implementera nationella strategier för kvinnors hälsa genom hela deras livscykel. Det skulle särskilt handla om insatser för att motverka sjukdomar som drabbar kvinnor och rimliga vårdkostnader för behandling. Ett av de stora målen för strategierna borde vara riskreducering för att minska dödlighet i samband med förlossning och kvinnofridskränkningar. För att kvinnors rätt till hälsa ska realiseras i praktiken krävs att alla barriärer som motarbetar tillgängligheten till hälsovård, utbildning och information, oskadliggörs. Det är minst lika viktigt att det finns preventiva, främjande och läkande insatser tillgängliga för att skydda kvinnor från skadliga, kulturella sedvänjor som nekar kvinnor deras rätt till reproduktiv hälsa.⁵⁰

Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor kom till 1979 för att stoppa diskriminering av kvinnor.⁵¹ I konventionen avser uttrycket ”diskriminering av kvinnor” varje åtskillnad, undantag eller inskränkning på grund av kön som har till följd eller syfte att begränsa eller omintetgöra erkännandet av mänskliga rättigheter och grundläggande friheter på det politiska, ekonomiska, sociala, kulturella eller medborgerliga området eller något annat område för kvinnor, oberoende av civilstånd och med jämställdheten mellan män och kvinnor

⁴⁹ Mer om konventionen om de medborgerliga och politiska rättigheterna, se www.manskligarattigheter.gov.se, senast använd den 28 april 2007

⁵⁰ General Comment No.14 (2000) E/C.12/2000/4 The right to the highest attainable standard of health, art. 12, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 16 april 2007

som grund, eller åtnjutandet eller utövandet av dessa rättigheter och friheter. Enligt artikel 12 i konventionen ska anslutna stater vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor. När det gäller hälsovård ska stater, med jämställdheten mellan män och kvinnor som grund, säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive sådan som avser familjeplanering. Vidare ska kvinnor tillförsäkras lämplig vård vid graviditet och förlossning. Konventionsstaterna är skyldiga att minst vart fjärde år rapportera till kommittén för avskaffande av diskriminering av kvinnor (CEDAW), detta enligt artikel 17 och 18. De ska där redovisa de steg som vidtagits såsom lagstiftning och andra rättsliga, administrativa eller övriga åtgärder för att genomföra konventionens bestämmelser. Sedan 2000 finns ett fakultativt protokoll som gör det möjligt att för CEDAW att ta emot klagomål från individuella eller grupper inom konventionens jurisdiktion.⁵² Exempel på vilka framsteg som åstadkommit för kvinnor och deras rätt till hälsa runt om i världen under 2006 är rätten att göra abort i Colombia och lagstiftning som kriminaliserar våld mot kvinnor i Indien.⁵³

Det faller inom ESK – konventionens artikel 12.2 (a) att vidta åtgärder för att minska barnadödlighet och främja hälsoutvecklingen för spädbarn och barn. Barnkonventionen skyddar barns rätt till hälsa. Principen om icke-diskriminering kräver att både flickor och pojkar får lika möjligheter till mat, trygg omgivning och hälsovård. Det finns ett behov att vidta effektiva och nödvändiga åtgärder för att avskaffa skadliga traditionella sedvänjor som påverkar hälsan, för flickor gäller det då särskilt tidiga äktenskap, könsstympning och favorisering av pojkar. I alla åtgärder som vidtas av stater ska principen om barnets bästa vara högsta prioritet.⁵⁴ Barnkonventionen trädde i kraft 1990 för att särskilt tillvarata barns rättigheter

⁵¹ Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor finns tillgänglig på <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>, senast använd den 3 maj 2007

⁵² Tilläggsprotokoll (optional protocol) finns tillgängligt på <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/text.htm>, senast använd den 3 maj 2007

⁵³ För fler framsteg se International Women's Health Coalition, <http://www.iwhc.org/resources/topten.cfm>, senast använt den 4 maj 2007

⁵⁴ General Comment No.14 (2000) E/C.12/2000/4 The right to the highest attainable standard of health, art. 12, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 16 april 2007

världen över.⁵⁵ Barnkonventionen tar sikte på personer under 18 år. Barns rätt till hälsa regleras i artikel 24, även mammans hälsa omnämns i denna paragraf. Alla barn har rätt att åtnjuta bästa möjliga nivå av hälsa. Även Barnkonventionen har ett fakultativt protokoll med som gör det möjligt att lämna in klagomål till kommittén för barnets rättigheter, i likhet med kommittén för kvinnokonventionen.⁵⁶

14. Europarättens reglering av rätten till hälsa

14.1 Europakonventionen

Den europeiska unionen har alltid arbetat aktivt för mänskliga rättigheter. Den mest omtalade är den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) som även gäller som lag sedan 1995 eftersom den inkorporerats i sin helhet.⁵⁷ Europakonventionen har inget specifikt skydd för rätten till hälsa. Däremot så finns tortyrförbudet i artikel 3 som innebär ett ”... *förbud mot tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.*” Man skulle här kunna argumentera för att till exempel utvisning av en dödssjuk person till ett land där nödvändig vård inte finns att tillgå skulle innebära inte bara omänsklig och förnedrande behandling utan ett brott mot rätten till hälsa.

För att ansluta sig till Europakonventionen krävs att man är medlem av Europarådet som är samarbetsorgan för mänskliga rättigheter. Europarådet är skilt från EU även om många av dess medlemmar är EU anslutna länder.⁵⁸

Under 2000 antog EU en politisk förklaring, en stadga, om de grundläggande rättigheterna som även den skyddar rätten till hälsa, artikel 35, inom unionen.⁵⁹ Stadgan har införlivats i EU: s nya konstitution, i del II närmare bestämt, som träder

⁵⁵ Barnkonventionen finns tillgänglig på <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>, senast använd den 3 maj 2007

⁵⁶ Mer om kommittén för barnets rättigheter finns på www.ohchr.org, senast använd den 3 juni 2007

⁵⁷ Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna

⁵⁸ Europarådet www.coe.int, senast använd den 12 april 2007

⁵⁹ Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna EGT C 364 18/12/2000 s. 1-22,

i kraft när den ratificerats av alla medlemsländer. Det är i dagsläget ej klart när den kommer att träda ikraft. Sverige har ännu inte röstat i frågan.⁶⁰

14.2 Den europeiska sociala stadgan

Den europeiska sociala stadgan antogs av Europarådet.⁶¹ De arbetades fram vid sidan av Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna och den reviderade versionen trädde ikraft 1999 för Sveriges del. Den är dock endast tillämplig på personer som är medborgare i andra stater även de anslutna till den sociala stadgan.⁶² Artikel 11 i den sociala stadgan stadgar rätten till skydd för den enskildes hälsa. Staten åtar sig att antingen direkt eller genom samarbete med offentliga eller privata organisationer vidta åtgärder för att undanröja orsaker till ohälsa och så långt som möjligt förebygga uppkomsten av epidemier och folksjukdomar.

Länderna efterlevnad kontrolleras dels genom inlämnandet av rapporter och dels genom en klagomålsmekanism som olika sociala organisationer kan använda för att tillvarata sina medlemmars intressen.⁶³ Den europeiska sociala kommittén kontrollerar hur väl de anslutna länderna lever upp till sina åtaganden. Sveriges senaste rapport där artikel 11 berörs är från 2005. Den sociala kommittén poängterade att medlemsstaternas utvärdering av hälso- och sjukvårdsreformer bör ske i ljuset av att en effektiv vård, tillgänglig för alla, är en mänsklig rättighet. Vidare efterfrågade de statistik över samhällets mest missgynnade grupper såsom immigranter. Den sociala kommittén har efterfrågat mer information om bland annat efterlevnaden av artikel 11 senast mars 2008.⁶⁴ Artikel 11 kommer även att införlivas i EU:s konstitution om den ratificeras.⁶⁵

www.eur-lex.europa.eu/sv/index.htm, senast använd den 12 april 2007

⁶⁰ EU:s webbportal www.europa.eu/constitution/index_sv.htm, senast använd den 12 april 2007

⁶¹ Den europeiska sociala stadgan finns tillgänglig på Europarådets hemsida www.coe.int, senast använd den 11 april 2007

⁶² Cholewinski, Ryszard, *Irregular migrants – access to minimum social rights*, Council of Europe Publishing, 2005, s. 30

⁶³ Se vidare regeringens hemsida www.manskligarattigheter.gov.se, senast använd den 11 april 2007

⁶⁴ Europarådets hemsida www.coe.int, vidare till recent conclusions by state; Sweden (2005 för artikel 11), senast använd den 11 april 2007

⁶⁵ Fördrag om upprättande av en konstitution för Europa EGT C-310, 16/12/2004 s. 0001 – 0474, www.eur-lex.europa.eu, senast använd den 12 april 2007

Numera finns rätten till kollektiva klagomål inför den europeiska ministerkommittén för vissa organisationer genom ett fakultativt protokoll och sedan 1999 finns också en särskild kommissionär som har till uppgift att bevaka efterlevnaden av de mänskliga rättigheterna.⁶⁶

14.3 Direktivet om miniminormer för mottagande av asylsökande

I artikel 7 i direktivet om miniminormer för mottagande av asylsökande (direktivet) i medlemsstaterna stadgas att ”... *det bör fastställas mininormer för mottagande av asylsökande som under normala förhållanden räcker till för att ge dem en värdig levnadsstandard och jämförbara levnadsvillkor i alla medlemsstater...*”⁶⁷

Europeiska unionen har genom de av medlemsstaterna beslutade direktivet för första gången skapat ett gemensamt regelverk för vilka normer som ska gälla för asylsökande under väntetiden. Direktivet innebär en sorts minimistandard för de asylsökande men det finns inget som hindrar ett medlemsland från att ge mer omfattande rättigheter till asylsökande än dem som direktivet stadgar.⁶⁸

15. Staters efterlevnad av internationell rätt

De grundläggande bestämmelserna om en stats juridiska skyldighet att leva upp till internationella avtal finns i *Wienkonventionen* om traktaträtten från 1969.⁶⁹ När en stat ratificerar en konvention blir den folkrättsligt bunden att agera i enlighet med konventionens bestämmelser enligt principen om *pacta sunt servanda*. En stat kan aldrig hävda att intern lagstiftning förhindrar den från att leva upp till reglerna i konventionen.⁷⁰

⁶⁶ Se vidare regeringens hemsida www.manskligarattigheter.gov.se, senast använd den 3 juni 2007

⁶⁷ Rådets direktiv 2003/9/EG av den 27 januari 2003 om miniminormer för mottagande av asylsökande EGT L031 06/02/2003 s. 0018-0025, www.eur-lex.europa.eu, senast använd den 12 april 2007

⁶⁸ *Tönnes, Lisa, "En värdig levnadsstandard" ur Asylmottagande i fokus*, en skriftserie från NTG - asyl och integration, nr 2 2006,s.

⁶⁹ The Vienna Convention on the Law of Treaties finns tillgänglig på http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf, senast använd den 9 maj 2007

⁷⁰ Enligt artikel 26 och 27 i Wienkonventionen

I och med tillkomsten av Wienkonventionen kodifierades vad som tidigare var sedvanerätt. Det är inte ovanligt både sedvanerätt och traktater behandlar samma fråga. I sådana fall gäller att den senast tillkomna normen har företräde. Folkrätten är dispositiv till sin natur vilket innebär att parterna har möjlighet att avtala bort sedvanerättsliga regler. Detta gäller dock med undantag för normer av jus cogens karaktär, principen om att en senare lag av allmän natur inte ersätter en lag av speciell natur och principen om att en speciallag har företräde framför en mer allmän lag. Stater kan genom sin övertygelse och sitt agerande, opinio juris, skapa sedvanerätt. På detta sätt kan traktaters innehåll överföras till sedvanerätt och stater som inte anslutit sig till en konvention kan genom sitt handlande ändå anses bundna av traktatens principer.⁷¹

Det är naturligtvis så att den internationella rätten inte har samma förutsättningar som en enskild stat, att genom lagstiftade sanktioner, ”straffa” en stat som inte uppfyller sina internationella åtaganden. Det finns dock andra mekanismer för att markera ett oacceptabelt beteende. Den internationella opinionen kan genom fördömanden i media eller i FN vara mycket besvärande. Stater kan använda sig av repressalier, vilket i normala fall skulle vara i strid med gällande avtal eller sedvanerätt, som blir legitima om de är proportionerliga i förhållande till den avtalsbrytande statens agerande. I fredstid är det förbjudet att använda sig av väpnade repressalier. Det är desto vanligare att stater till exempel återkallar diplomaters privilegier. Det är även vanligt att stater vidtar kollektiva sanktioner i FN:s regi. Diktatoriska regimer har genom folkrättens historia åberopat den nationella suveräniteten som skydd mot till exempel ingripanden från FN: s sida. Enligt FN stadgans artikel 40⁷² är dock stadgans medlemmar skyldiga att acceptera säkerhetsrådets beslut mot folkrättsbrott och andra hot mot internationell fred och säkerhet.

⁷¹ Svanberg, Katinka, Introduktion till traktaträtten – en lärobok i traktaträtt, 3.u 2003, Juridiska Fakulteten vid Stockholms Universitet skriftserien nr. 65, s. 9-15

⁷² Charter of the United Nations, tillgänglig på www.un.org, senast använd den 3 juni 2007

16. Sveriges förhållande till internationell rätt

Förhållandet mellan internationell rätt och nationell suveränitet har alltid varit komplicerat. Nationell rätt uppkommer genom lagstiftning medan internationell rätt uppkommer genom förhandlingar som leder till bindande överenskommelser för stater. Man kan säga att den internationella rätten utvecklas genom att staters nationella suveränitet begränsas. Det kan diskuteras huruvida det är fråga om staters utnyttjande eller uppgivande av den nationella suveräniteten. Samtidigt som internationella åtaganden inkräktar på nationell suveränitet så ligger det i staters intresse att vinna till exempel ekonomiska eller miljöpolitiska fördelar.

Sverige ansluter sig till principen att internationella traktat inte automatiskt blir en del av svensk lagstiftning. För att bli tillämpliga måste internationella traktat antingen transformeras till svensk lagstiftning eller inkorporeras genom en särskild författning. Det finns tre olika metoder för att undvika en kollision mellan folkrätt och nationell rätt. För det första kan domstolar och myndigheter i sin verksamhet använda sig av fördragskonform tolkning vilket innebär att tolkningen av inhemska regler ska ske i linje, i harmoni, med internationella åtaganden. För det andra kan stater genom så kallad transformation ge en konvention en internerättslig motsvarighet, den kan skrivas om eller översättas för att passa in i nationell lagtext. För det tredje kan en konvention i sin helhet, oförändrad, inkorporeras i nationell lagstiftning. Vad gäller mänskliga rättigheter förfaller inkorporeringsmetoden vara den vanligaste i svensk rätt.⁷³

17. Rätten till hälsa i Sverige

Någon allmängiltig hälsodefinition finns inte heller i Sverige utan det är ett relativt begrepp bland annat beroende av ekonomiska resurser, ett lands vetenskapliga nivå och utveckling samt olika miljöfaktorer.⁷⁴

Enligt 1 kap. 2 § fjärde stycket regeringsformen (RF) ska det allmänna bland annat motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller

⁷³ Bring, Ove och Mahmoudi, *Sverige och folkrätten*, Nordstedts Juridik, 2 u. 2001, s. 18-45

⁷⁴ Se till exempel prop. 1981/82:97 s 113 Om hälso- och sjukvårdslag m.m.

etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller annan omständighet som gäller den enskilde som person. Enligt andra kapitlet i regeringsformen, som behandlar de grundläggande fri- och rättigheterna, får lag eller annan föreskrift inte missgynna *medborgare* därför att han med hänsyn till ras, hudfärg eller etniskt ursprung tillhör minoritet. Enligt 2 kap. 22 § RF likställs utlänningar i de allra flesta fall med svenska medborgare vad avser åtnjutandet av RF:s fri- och rättigheter även om denna paragraf är snävare i sin tillämpning än 1 kapitlet som mera ger uttryck för en målsättning. 2 kap. 22§ RF omfattar inte första kapitlets målsättning och dessutom anges ett antal möjligheter att begränsa rättigheterna.

Det finns mängder av studier som visar på sambandet mellan olik former av diskriminering och ohälsa, framför allt psykisk ohälsa. Det finns dem som menar att diskriminering är en faktor som påverkar socioekonomiska som i sin tur påverkar inflytande och tillgång till hälsofrämjande resurser.⁷⁵

Vård på lika villkor för hela befolkningen betyder att det ska vara möjligt för, oavsett bostadsort, att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens.

I Sverige stadgas enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen⁷⁶ att:

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

Möjligheterna att erhålla vård får inte påverkas av till exempel ålder, kön, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet eller kulturella olikheter.

⁷⁵ Diskriminering – ett hot mot folkhälsan, slutrapport från projektet diskriminering och hälsa, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering: R 2006:1, tillgänglig på www.fhi.se, senast använd den 27 juli 2007

⁷⁶ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Det finns vissa allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Dessa är baserade på grundläggande och fundamentala etiska principer som människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Om man låter behov stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden så innebär det inte bara en form av diskriminering utan det är även oförenligt med de etiska principerna. Däremot är det förenligt med de etiska principerna att i enskilda fall ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder.⁷⁷

18. De asylsökandes rätt till hälsa i Sverige

Sverige har inga regler för subventionerad eller gratis sjukvård för irreguljära immigranter. Hälso- och sjukvårdslagen säger att landstingen ska erbjuda ”omedelbar vård” till alla som befinner sig inom landstingets gränser⁷⁸. Med andra ord gäller detta likväl irreguljära immigranter som turister. När det gäller irreguljära immigranter och vården som eventuellt erbjuds dem så är betalningsansvaret deras vilket i praktiken kan innebära en ovilja att behandla denna patientgrupp som kanske inte kan betala för sig.⁷⁹ Regeringen under statsminister Göran Persson uttalade att utgångspunkten för allt folkhälsoarbete är alla människors lika värde. I en proposition om målen för folkhälsan slogs det fast att den rådande ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper i befolkningen måste motverkas. Barns, ungdomars, äldres och invandrades förutsättningar att på lika villkor utveckla och bibehålla en så god hälsa som möjligt bör särskilt uppmärksammas.⁸⁰

4 § hälso- och sjukvårdslagen stadgar följande:

”Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska landstinget erbjuda sådan vård.

Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det.”

⁷⁷ Se prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

⁷⁸ Se mer om 4 § hälso- och sjukvårdslagen nedan.

⁷⁹ SOU 2006:78 Hälsa, vård och strukturell diskriminering, kapitel 5 av Olsson, M. *Irreguljära immigranter – osynliggjorda och diskriminerade inom vården*, s. 137-170

⁸⁰ Se Prop. 2002/03:35 Mål för folkhälsan

Varje landsting ska enligt hälso- och sjukvårdslagen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Landstinget ska även erbjuda omedelbar, men inte planerad, hälso- och sjukvård åt den som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där. Denna skyldighet omfattar såväl asylsökande som andra utlänningar som av olika skäl vistas i landet utan uppehållstillstånd.

18.1 Överenskommelsen mellan staten och SKL

Vård som ges utöver hälso- och sjukvårdslagen regleras av en särskild överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL).⁸¹ Enligt överenskommelsen ska landstingen erbjuda asylsökande ”omedelbar vård och vård som inte kan anstå”. Barn (0-18 år) ska erbjudas hälso- och sjukvård samt tandvård precis som bosatta barn. Vidare ska landstingen erbjuda tolk, sjukresor, hjälpmedel samt mödravård, förlossningsvård och åtgärder enligt smittskyddslagen. Med andra ord så går överenskommelsen utöver landstingens skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen som endast stadgar omedelbar vård. Staten lämnar ersättning till landstingen för deras åtagande med en schablonersättning som lämnas med visst belopp per kvartal och person. I vissa fall lämnas särskild ersättning för ytterligare kostnadskrävande vård. Landstingen har utöver den statliga ersättningen rätt att debitera asylsökande patientavgifter enligt förordningen om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar. I de fall ett landsting inte debiterar bosatta någon avgift ska inte heller asylsökande debiteras någon avgift enligt förordningen.

Överenskommelsen omfattar inte och staten lämnar inte ersättning för hälso- och sjukvård som ges till:

a) utlänningar som fyllt 18 år som håller sig undan så att beslut om avvisning eller utvisning inte kan verkställas och som enligt 12 § lagen om mottagande av asylsökande m.fl.⁸² inte har rätt till bistånd samt

⁸¹ Överenskommelsen mellan Sveriges kommuner och landsting SKL och staten finns att ladda ner från www.skl.se, senast använd den 2 maj 2007

⁸² Lag (1994:137) om mottagande av asylsökande

b) utlänningar som har ansökt om uppehållstillstånd i Sverige och som av särskilda skäl medgetts rätt att vistas här medan ansökan prövas enligt 1 § 1st. 3p. lagen om mottagande av asylsökande m.fl. Migrationsverket får dock ersätta kostnaderna för hälsoundersökning som görs av smittskyddsskäl för utlänningar som vistas i landet medan ansökan prövas.

Överenskommelsen omfattar inte heller utlänningar som har beviljats uppehållstillstånd och omfattas av det kommunala flyktingmottagandet. Staten lämnar dock under vissa förutsättningar ersättning för varaktig vård som ges till dessa utlänningar. Migrationsverket får också lämna ersättning för hälsoundersökningar av utlänningar som inte genomgått hälsoundersökning innan de första gången togs emot i en kommun.⁸³

18.2 Den faktiska vården till asylsökande

Vuxna, som inte är svenska medborgare eller har uppehållstillstånd, har endast rätt till viss vård som asylsökande. Alla barn i Sverige har rätt till hälso- och sjukvård, detta gäller oavsett om de lever gömda eller är asylsökande. Vården regleras enligt ovan nämnda överenskommelse mellan staten och landstingsförbundet.

Hälsoundersökningar är kostnadsfria. Vid akut- och specialistvård utan remiss kan landstingen ta ut den vanliga patientavgiften.⁸⁴ Landstingen kan debitera patientavgifter om utlänningen uppvisar ett LMA-kort⁸⁵ som intygar att personen i fråga är registrerad som asylsökande hos Migrationsverket. Om personen inte kan visa upp ett LMA-kort kan landstingen kräva personen på den totala vårdkostnaden.

Vården som ges av landstingen omfattar förutom hälsoundersökning omedelbar sjukvård och tandvård enligt 4 § hälso- och sjukvårdslagen och 6 § tandvårdslagen. Vidare omfattas sjukvård och tandvård som inte kan anstå,

⁸³ Enligt 3 § förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m.

⁸⁴ Landstingen får debitera asylsökande med patientavgifter enligt förordningen 1994:362 om vårdavgifter mm för vissa utlänningar.

⁸⁵ LMA – kort ges till asylsökande och andra utlänningar som omfattas av lagen om mottagande av asylsökande och som är inskrivna hos Migrationsverket, det är dock ingen identitetshandling.

preventivmedelsrådgivning, mödrahälsovård, förlossningsvård, vård vid abort och vård enligt smittskyddslagen.

Landstingens skyldighet att erbjuda vård till asylsökande sträcker sig fram till att personen antingen erhåller ett beslut om permanent uppehållstillstånd eller avvisning. Vårdskyldigheten kvarstår tills beslutet om avvisningen verkställts det vill säga tills personen faktiskt lämnat landet. Landstingen har som sagt enligt svensk lag ingen skyldighet att fortsätta erbjuda vård om en asylsökande som fått avslag på sin ansökan om uppehållstillstånd väljer att fortsätta leva i Sverige som gömd.⁸⁶

Den personkrets som omfattas av nämnda överenskommelse är följande⁸⁷:

- a) asylsökande som har ansökt om uppehållstillstånd i Sverige enligt 3 kap. 2 eller 3 § utlänningslagen det vill säga som flykting eller skyddsbehövande i övrigt⁸⁸,
- b) utlänningar som har beviljats tidsbegränsat uppehållstillstånd med stöd av bestämmelserna i 2 kap. 4 a § utlänningslagen,
- c) utlänningar som vistas på förläggning även efter det att utlänningarna beviljats uppehållstillstånd om de inte anvisats eller kunnat utnyttja en anvisad plats i en kommun samt
- d) utlänningar som inte vistas på förläggning och har rätt till bistånd under en månad från den dag de har beviljats uppehållstillstånd.

18.3 Kostnaderna för sjukvård till asylsökande

Det är som sagt landstinget och kommunerna som ansvarar för vården till asylsökande. Överenskommelsen har utvärderats av SKL.⁸⁹ Av rapporten framgår att det är handläggningstiden för asylprocessen som är en avgörande faktor för landstingens kostnader för sjukvården till asylsökande. Ju längre asylprocessen tar

⁸⁶ Rapporten *Vård av personer från andra länder – sammanställning av bestämmelser om finansiering via Försäkringskassan på Gotland, Migrationsverket, patienten och landstingen*, 4 u 2006, s.19-21, tillgänglig på www.skl.se, senast använd den 5 maj 2007

⁸⁷ Överenskommelsen mellan Sveriges kommuner och landsting SKL och staten finns att ladda ner från www.skl.se, senast använd den 2 maj 2007

⁸⁸ Utlänningslagen 1989:529

desto mer stiger sjukvårdskostnaderna om den asylsökande inte beviljas permanent uppehållstillstånd eller avvisas ur landet. Statens ersättning till landstingen har, precis som tidigare, även under 2006 varit otillräcklig även om kostnaden per asylsökande minskat något sedan 2005. Eftersom asylprocessens handläggningstid av avgörande för kostnadsfrågan är det svårt att veta hur den siffran kommer att se ut i framtiden med tanke på de nya migrationsdomstolarna och hur mycket den reformen påverkat handläggningstiderna.

19. Irreguljära immigranterns hälsosituation i Sverige

Irreguljära immigranter som söker vård i Sverige befinner sig utan tvekan i en svår situation. Sverige har inget statligt finansierat stöd till sjukvården som ska tillhandahålla vården. Detta betyder att de irreguljära immigranterna hamnar i kläm mellan vårdgivarnas vilja att å ena sidan ge den vård som etiska riktlinjer kräver och att å andra sidan säkra betalning. Den politiska oviljan att erkänna denna grupp i samhället är inget unikt för Sverige. Många andra europeiska länder delar rädslan för vad som allmänt kallas för ”medicinsk turism”. Enligt organisationen PICUM tillhör Sverige de mest restriktiva länderna i EU vad gäller tillgång till hälso- och sjukvård för människor utan legal status.⁹⁰

Personal inom hälso- och sjukvården har ingen skyldighet att rapportera irreguljära immigranter till myndigheterna med undantag från direkta frågor från polis vid misstanke om brott. Enligt sekretesslagen har irreguljära immigranter rätt till anonymitet i sina kontakter med vården.⁹¹ Utöver vad lagen säger så har även läkarvetenskapen slagit fast etiska regler.⁹² Absolut grundläggande för medicinsk etik är att vård ska ges på lika villkor utifrån medicinska behov. Etiska regler finns både i hälso- och sjukvårdslagen och i Läkarförbundets etiska regler. Den så kallade

⁸⁹ Nu senast för år 2006, Wintzer, S., *Sjukvård åt asylsökande, omfattning och kostnader år 2006*, SKL avdelningen för vård och omsorg, tillgänglig på www.skl.se, senast använd den 27 juli 2007

⁹⁰ SOU 2006:78 Hälsa, vård och strukturell diskriminering, kapitel 5 av Olsson, M. *Irreguljära immigranter – osynliggjorda och diskriminerade inom vården*, s. 137-170

⁹¹ Se 2 kap 11§ Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område samt 7 kap 1§ Sekretesslagen (1980:100)

⁹² Läkarförbundets etiska regler finns tillgängliga på hemsidan www.slf.se, senast använd den 5 april 2007

Lissabon deklARATIONEN stadgar att ”...närhelst lagstiftning, regeringsåtgärder, eller annan administration eller institution förnekar en patient dessa rättigheter, bör läkare vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa eller återupprätta dem...”. Varje patient har rätt till medicinsk vård av god kvalitet och lämplig medicinsk vård utan åtskillnad.⁹³

Informationen om vården som ges till irreguljära immigranter bygger till största delen på en studie från Läkare Utan Gränser (MFS) av drygt 100 irreguljära immigranter i Stockholmsområdet samt på SOU 2006:78 Hälsa, vård och strukturell diskriminering⁹⁴ vars syfte var att kartlägga i vilken mån Sveriges lagar och regler berör irreguljära immigranter, immigranternas egna upplevelser, friktionen mellan dem och vårdsystemet samt hur dem som är verksamma inom vården upplever detta möte. Bristerna i regelverket ger direkta konsekvenser i form av att vården inte blir tillgänglig för alla på grund av bristande subventionering och indirekta konsekvenser genom att de irreguljära patienterna särbehandlas. Vårdens omöjliga situation skapar en måhända ofrivillig ovilja hos yrkesverksamma inom vården och en rädsla hos de irreguljära immigranterna.

19.1 Begreppet tillgång till vård och definitionen ”akut vård”

Begreppet tillgång till vård betyder olika saker för olika patientgrupper. Man kan till exempel göra skillnad mellan hur tillgången till vård uppfattas för gruppen turister respektive irreguljära immigranter. De irreguljära immigranterna vistas inte tillfälligt på samma sätt som turister. Att säga att ingen nekas ”akut vård” i Sverige är därför en sanning med modifikation.

Akut vård är ett begrepp med klart olika betydelse för olika patientgrupper eftersom tidsspannet för den akuta vården skiljer sig åt. Irreguljära immigranter är dessutom ibland rädda för att återvända till sina hemländer och rädda för att då utsättas för

⁹³ LissabondeklARATIONEN, antagen av 34:e World Medical Assembly Lissabon, Portugal, September/Oktober 1981 och reviderad av 47:e General Assembly Bali, Indonesien, September 1995, tillgänglig på www.slf.se, senast använd den 2 juni 2007

tortyr eller att dödas. Vidare spelar attityden hos både de irreguljära immigranterna och sjukvårdspersonalen en stor roll för tillgången till vård. Irreguljära immigranternas rädsla att söka vård är i högsta grad en reell faktor som begränsar deras faktiska tillgång till sjukvård. Ett uppenbart hinder för tillgången är de avsevärt högre vårdkostnaderna som drabbar de irreguljära immigranterna till skillnad från svenska medborgare.⁹⁵ Vid en bedömning av om vård ska ges eller inte borde man ta hänsyn till väntetider och sjukdomens prognos.

19.2 De facto tillgång till vård

Som ovan nämnts baseras uppgifterna om den faktiska tillgången på vård framför allt på MFS:s studie av irreguljära immigranter i Stockholms området. Gruppen består både tidigare asylsökande som nekats asyl och därefter tvingats gömma sig och övriga som kommit till Sverige utan giltiga dokument. Den genomsnittliga tiden som en person lev gömd i Sverige är cirka 1,2 år. En majoritet av de undersökta rapporterade att deras fysiska och psykiska hälsa försämrats under deras tid som gömda. En stor del av gruppen uppgav att de kände stor rädsla för att återvända till sitt hemland på grund av risken för att dödas eller skadas allvarligt. 46,1 % av de undersökta uppgav att de varit i behov av vård men underlåtit att söka hjälp på grund av olika hinder att nå vården. En del av dem som ändå sökt vård upplevde att det fanns hinder för att få vård. Direkta hinder för vård kunde vara att de helt enkelt nekats vård medan indirekta hinder kunde vara deras egen rädsla för att söka vård. Andra subjektiva, indirekta hinder förutom den egna rädslan var okunskapen om att de har rätt till vård och de höga kostnaderna. Det har förekommit att irreguljära immigranter fått betala 21 000 kronor för en förlossning. Majoriteten rapporterade att de kände en ”ganska hög” eller ”mycket hög” risk för att myndigheterna och polisen skulle informeras och att de då skulle utvisas ur landet. Sammanfattningsvis kan sägas att vården är villkorad genom kravet på att giltiga dokument, som personnummer, och de höga vårdkostnaderna.

⁹⁴ Särskilt kapitel 5 av Olsson, M. Irreguljära immigranter – osynliggjorda och diskriminerade inom vården, s. 137-170

⁹⁵ Gömda i Sverige – utestängda från hälso- och sjukvård, en studie av Läkare utan gränser (MSF), rapporten finns tillgänglig på www.lakareutanranser.se/gomda, senast använd den 4 april 2007

De socioekonomiska förhållandena är ofta svåra eftersom irreguljära immigranter saknar rätt till statligt stöd och rätt att arbeta. Svåra inkomstförhållanden hänger i sin tur ihop med en osäker bostadssituation vilket sammantaget leder till en pressad situation för den enskilde individen.⁹⁶

Denna grupp som står utan legal status i Sverige saknar till stor del tillgång till vård. Konsekvensen av avsaknaden av ett statligt system för att finansiera denna vård och sjukvårdens etiska regler⁹⁷ att tillhandahålla vård innebär tydligen en svår balansgång för såväl de svenska politikerna som den svenska sjukvården. Att denna patientgrupp inte får samma vård som andra patientgrupper beror säkerligen inte bara på kostnadsfrågan utan även på okunskap om vilka lagar och regler som gäller för irreguljära flyktingar.

20. Internationell kritik mot Sverige

FN:s special rapportör för varje individs rätt till bästa möjliga standard för fysisk och psykisk hälsa Paul Hunt besökte Sverige under januari 2006. Syftet med besöket var att undersöka hur Sverige arbetar, såväl nationellt som internationellt, för att varje enskild individ ska tillförsäkras hälsa som en mänsklig rättighet det vill säga genom att skapa förutsättningar för att alla ska uppnå bästa möjliga hälsa.

Levnadsstandarden, folkhälsan och sjukvårdens kvalitet i Sverige är bland de bästa i världen. Den svenska regeringen arbetar inte bara nationellt utan även internationellt, i många utvecklingsländer, med att främja rätten till hälsa. Även om Sverige har anslutit sig till ett flertal internationella överenskommelser där rätten till hälsa ingår så är det inte lika märkbart i nationell lagstiftning och policies. Den

⁹⁶ Gömda i Sverige – utestängda från hälso- och sjukvård, en studie av Läkare utan gränser (MSF), rapporten finns tillgänglig på www.lakareutangranser.se/gomda, senast använd den 4 april 2007

⁹⁷ En läkare ska enligt Läkarförbundets etiska regler "... efter bästa förmåga bistå människor i medicinsk nödsituation..." och "... aldrig frångå principen om människors lika värde och aldrig utsätta en patient för diskriminerande behandling eller bemötande...", tillgängligt på www.slf.se, senast använd den 3 maj 2007

största utmaningen är därför att öka implementeringen och integreringen av rätten till hälsa i nationella policies och riktlinjer för verksamheter som berörs av den.

Sverige har som sagt ratificerat flera konventioner där rätten till hälsa återfinns. Den europeiska sociala stadgans fakultativa protokoll ger bland arbetsgivarorganisationer rätten att avlämna kollektiva klagomål. Sverige har i dagsläget inte utvidgat denna rättighet till att omfatta andra frivilligorganisationer.⁹⁸ Paul Hunt uppmanar Sverige att arbeta för att även andra organisationer ska inkluderas.

Det är endast den europeiska konventionen till skydd för de mänskliga rättigheterna som inkorporeras som lag i Sverige. Skyddet för rätten till hälsa skulle stärkas ytterligare om fler internationella konventioner i sin helhet inkorporerades. Paul Hunt noterade i sin rapport att den nationella förståelsen för rätten till hälsa är dålig. Direkta referenser till rätten till hälsa i policies och riktlinjer saknas. Det finns heller inte ett endaste fall prövat av domstol där rätten till hälsa återfinns. Detta kan tyckas märkligt eftersom Sverige ratificerat så många internationella konventioner. Sverige har dessutom aktivt arbetat för att utvecklingsländer ska integrerar rätten till hälsa i sina riktlinjer. Paul Hunt menar att många skulle kunna uppfatta detta som att Sverige inte lever som det lär. Ökad integration av rätten till hälsa i den svenska hälso- och sjukvården skulle inte innebära några radikala förändringar av befintliga riktlinjer utan snarare en förstärkning av de redan befintliga. Paul Hunt rekommenderar att den senaste handlingsplanen för de mänskliga rättigheterna (2006-2009) används för att utbilda personal inom inte bara hälso- och sjukvårdsområdet utan även socialtjänsten och andra som kan tänkas beröras av hälsofrågor. Detta är en av förutsättningarna för att rätten till hälsa ska bli en mer självklar del i utarbetandet av nya riktlinjer. Enligt Paul Hunt skulle det innebära *"... mainstreaming of human rights, including the right to health, in all relevant policymaking processes..."*. För att komplettera arbetet som idag bedrivs av olika

⁹⁸ Additional Protocol to the European Social Charter Providing for a System of Collective Complaints Strasbourg, 9.XI.1995 (se särskilt artikel 2), finns tillgänglig på www.conventions.coe.int, senast använd den 31 maj 2007

ombudsmän såsom till exempel diskrimineringsombudsmannen DO föreslår Paul Hunt att detta institut kompletteras av en nationell myndighet för de mänskliga rättigheterna utan att för den skull äventyra ombudsmännens arbete.

Rätten till hälsa innebär en hälso- och sjukvård tillgänglig för alla. Den ska vara tillgänglig både från ett geografiskt och ekonomiskt perspektiv och utan diskriminering. I Sverige är den generellt sett tillgänglig för alla och av bra kvalitet. Det faktum att till exempel hemlösa har svårt att få tillgång till psykvård då de saknar permanent adress och att irreguljära flyktingar har svårt att få tillgång till vården på grund av ekonomiska svårigheter då de debiteras den fulla kostnaden till skillnad från svenska medborgare utgör i princip ett brott mot rätten till hälsa och förbudet mot icke – diskriminering. Det är inte heller kompatibelt med Hälso- och sjukvårdslagens målsättning att tillhanda hålla hela befolkningen en god hälsa på lika villkor.

Paul Hunt noterar att asylsökande barn har samma rätt till sjukvård som svenska barn. Men asylsökande vuxna får inte samma sjukvård som svenska medborgare. Paul Hunt anser att detta utgör otillåten diskriminering enligt internationell rätt. Vuxna irreguljära immigranter befinner sig i en ännu svårare situation då deras vård ska bekostas av dem själva. Det rör sig om cirka 15 000 personer. Enligt Paul Hunt uppfyller Sverige inte sina internationella åtaganden varken avseende asylsökandes eller irreguljära flyktingars rätt till hälsa. Detta bekräftas även av kommittén för de sociala, kulturella och ekonomiska rättigheterna som i sin allmänna kommentar till artikel 12 i ESK – konventionen uttalade “...*States are under an obligation to respect the right to health by refraining from denying or limiting equal access for all persons, including ... asylum-seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services...*”.⁹⁹ Även kommittén avskaffande av all slags rasdiskriminering instämmer i detta i sin allmänna kommentar angående diskriminering mot icke medborgare.¹⁰⁰ Paul Hunt instämmer i detta och påpekar

⁹⁹ General Comment No.14 (2000) E/C.12/2000/4 *The right to the highest attainable standard of health, art. 12*, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 1 juni 2007

¹⁰⁰ General Recommendation No. 30: *Discrimination against non citizens* 01/10/2004, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 1 juni 2006

även att mänskliga rättigheter ska kunna åtnjutas av alla människor. Han påpekar även att rätten till hälsa är mer omfattande i internationell rätt än enligt EU:s direktiv för mottagande av asylsökande.¹⁰¹ Rätten att ta del av hälso- och sjukvård utan diskriminering är särskilt viktigt för utsatta individer och grupper. Asylsökande och irreguljära immigranter är bland de mest utsatta grupperna i Sverige och det är dessa grupper som internationell rätt har till uppgift att skydda.

Angående den senaste tidens debatt om de apatiska flyktningbarnen konstaterade Paul Hunt att debatten handlat mer om asyl- och migrations politik och än om hälsa och mänskliga rättigheter. Enligt min mening måste detta dock anses gälla för hur rätten till hälsa behandlas i Sverige överhuvudtaget. Debatten tenderar till att hålla sig inom migrationspolitikens ramar istället för att utgå från en hälso- och sjukvårdsperspektiv med mänskliga rättigheter som dess grundpelare.¹⁰²

Eftersom rätten till hälsa är en rättighet vars utveckling sker progressivt så krävs det indikatorer för att mäta hur väl en stat uppfyller sin förpliktelse enligt internationell rätt. Det är ett sätt för att se både hur en stats handlingsplaner är kompatibla med internationella standarder samt vad som kan ändras och förbättras.¹⁰³

21. Sveriges efterlevnad av internationella åtaganden

Generellt sett kan sägas att Sverige genom den lagstiftning som finns idag inte uppfyller sina internationella åtaganden. Det första och mest uppenbara är misslyckandet med att upprätthålla principen om icke – diskriminering. Principen är den mest grundläggande och fundamentala principen inom mänskliga rättigheter. Genom att behandla asylsökande och irreguljära immigranter på ett diskriminerande

¹⁰¹ Rådets direktiv 2003/9/EG av den 27 januari 2003 om miniminormer för mottagande av asylsökande

¹⁰² *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, Addendum, MISSION TO SWEDEN, A/HRC/4/28/Add.2*, tillgänglig på www.ohchr.org, senast använd den 1 juni 2006

¹⁰³ Ett exempel på hälsoindikatorer kan användas finns i Paul Hunts rapport, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (Mr. Paul Hunt)*, E/CN.4/2006/48, tillgänglig på www.ohchr.org, senast använd den 26 juli 2007

sätt jämfört med svenska medborgare bryter Sverige mot sina internationella åtaganden genom:

1. Att, handla i strid med FN: s stadgans syfte "... nämligen att främja och uppmuntra att allas mänskliga rättigheter och grundläggande friheter allmänt respekteras och iakttas utan åtskillnad på grund av ras..."
2. Att, handla i strid med den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna "... alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter och att var och en är berättigad till alla de rättigheter och friheter som uttalas där utan åtskillnad av något slag, särskilt inte på grund av ras, hudfärg eller nationellt ursprung..."
3. Att, handla i strid med konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering genom att "...omintetgöra eller inskränka erkännandet, åtnjutandet eller utövandet, på lika villkor, av mänskliga rättigheter..."
4. Att, inte i tillräckligt hög grad arbeta aktivt för att alla ska få möjlighet att uppnå bästa möjliga nivå av hälsa enligt artikel 12 i ESK – konventionen.

När det ska fastställas huruvida Sverige uppfyller rätten till hälsa enligt ESK – konventionen så är det brytningspunkten mellan åtagandet och vad man rent praktiskt åstadkommer som indikerar graden av efterlevnad. När man finner att en stat inte lever upp till ESK – konventionen kan man med största sannolikhet även konstatera, ifall som rör kvinnor och barn, brott mot Konventionen om avskaffande av slags diskriminering av kvinnor och Barnkonventionen.

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter kallar kärnpunkterna för rätten till hälsa för "minimum core content". Dessa sammanhänger med staters grundskyldigheter enligt ESK – konventionen, de så kallade "minimum core obligations". Som ovan beskrivits är det nödvändigt att ta hjälp av indikatorer för att kunna mäta efterlevnad och effektivitet.

En stat kan genom sitt agerande bryta mot ESK – konventionen på olika sätt. Det första är naturligtvis genom passivitet och acceptering av diskriminering. Även

lagstiftning eller andra politiska förändringar till nackdel för enskilda individer utan rättfärdigande och underlåtenhet att leva upp till minimistandarder trots att det är fullt möjligt med hänsyn till landets utveckling utgör konventionsbrott. Slutligen utgör ett icke – erkännande av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, frånvaro av strategier och policys för förstärkning av rättigheterna, brist på förutsättningar för att rättigheterna ska kunna utövas samt avsaknaden av möjligheter att för enskilda att få kompensation om rättigheterna kränks brott mot ESK – konventionen.

Det föreligger säkerligen olika uppfattningar huruvida Sverige kan anses vara passivt. Det förefaller inte som att Paul Hunt är av den uppfattningen i den kritiken som han riktat mot Sverige efter sitt besök under januari 2006. Däremot står det klart att asylsökande och irreguljära immigranter är diskriminerade i förhållande till svenska medborgare när det gäller rätten till hälsa.

5. Att, utvisa personer till länder där nödvändig vård inte finns att tillgå. Den europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna har vid ett flertal tillfällen haft att ta ställning till huruvida avvisning av personer, med livshotande sjukdomar utgör inhuman och förnedrande behandling, i de fall då nödvändig vård inte finns att tillgå i det mottagande landet. Det går inte att komma ifrån att fall den här sorten har ett nära samband med rätten till hälsa även om det aldrig uttryckligen nämns. En stat som skickar en person till ett land där livsavgörande vård inte finns tillgänglig bryter prima facie mot en enskild individs rätt till bästa möjliga nivå av hälsa.

Ett exempel är ett fall från februari 2007 där en svårt HIV sjuk man skulle utvisas till Somalia eller Kenya. Han klagade till Europadomstolen och menade att ett utvisningsbeslut skulle innebära att Sverige bryter mot artikel 3, om förbud mot tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, då varken adekvat medicin eller behandling finns i något av dessa länder. Målet avskrevs av domstolen eftersom mannen beviljades tillfälligt uppehållstillstånd

fram till december 2008.¹⁰⁴ I ett fall som det nyss refererade så finns det uppenbara hälsoaspekter även om de inte uttryckligen nämns av domstolen.

Med anledning av kritiken från Paul Hunt så är det lämpligt att lyfta fram nuvarande migrationsminister Tobias Billströms svar på kritiken om bristande vård för asylsökande och irreguljära flyktingar.¹⁰⁵ Han menar att ”... *ingen får dock nekas omedelbar vård på grund av bristande betalningsförmåga...*”. Ändå är situationen i praktiken ofta precis den motsatta eftersom gränserna för vad den omedelbara vården omfattar är vaga samt att rädslan för myndigheterna avskräcker de irreguljära immigranterna från att söka den vård de har rätt till. Enligt migrationsministern finns ett förslag om hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande med flera under utredning och frågan om rätt till vård för gömda är under fortsatta övervägande inom regeringskansliet. Tanken med förslaget är att överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och landsting ska ersättas med en lag med motsvarande innehåll. Vad gäller irreguljära immigranter så innebär inte lagförslaget någon ändring utan de ska erbjudas vård som inte kan anstå.¹⁰⁶ Det nya förslaget från regeringen kommer, som det nu är utformat, alltså inte att medföra någon förändring till det bättre för irreguljära immigranter.

22. Slutord

Efter att ha läst så här långt kan man ställa sig frågan vad så rätten till hälsa egentligen innebär och vilken sorts rättighet det egentligen är? Är det bara en rättighet eller innebär den förpliktelser också?

Rätten till hälsa är en omfattande, bred rättighet som är relativt svår att avgränsa. Man kan säga att den omfattar rätten inte bara till ett fungerande system för hälso- och sjukvård utan även till omkringliggande faktorer som till exempel rent vatten. De omkringliggande faktorerna är av yttersta vikt eftersom i sig behövs för att rätten till hälsa ens ska kunna förverkligas. Dessa faktorer måste särskiljas från

¹⁰⁴ ECHR Case of Ahmed v. Sweden, 9886/05, 22 February 2007, tillgänglig på www.echr.coe.int, senast använd den 2 juni 2007

¹⁰⁵ Skriftlig fråga 2006/07:899 Vård för asylsökande, tillgänglig från www.riksdagen.se, senast använd den 4 juni 2007

andra faktorer som enskilda staters politiska vilja att arbeta för människors hälsa. I dagens Europa är debatten om förverkligandet av rätten till hälsa mer inriktat på politisk vilja än basala faktorer som rent vatten och utbildad sjukvårdspersonal. Rätten till hälsa är formulerad som en förpliktelse för stater snarare än en rättighet till den enskilde individen. Detta gör att det ofta saknas ett rättighetsperspektiv som man finner när man till exempel diskuterar rätten till liv.

Rätten till hälsa ska tillförsäkras alla människor utan åtskillnad. Det kan låta så enkelt men är i praktiken ett stort problem. Inom området mänskliga rättigheter utgör förbudet mot diskriminering en grundläggande värdering fastslagen i bindande juridiska traktater. Hur kommer det sig då att så många ständigt berövas rätten till bästa möjliga nivå av hälsa? De flesta skulle nog svara att det saknas klara sanktioner, att det är en för vagt formulerad rättighet och/ eller att det är svårt att avgöra vad som faktiskt utgör en kränkning. Men vad som utgör en kränkning av en måhända vag, men ändå bred om omfattande rättighet, torde inte vara så svårt. Det är klart det är svårare att infoga sanktioner när traktat görs målinriktade. Traditionell lagstiftning måste naturligtvis vara tydligare och lättare att förutspå i ett rättssäkert samhälle. Samtidigt som det finns nackdelar med att ge en rättighet en vag formulering så måste man när det gäller rätten till hälsa komma ihåg att den tangerar och aktualiserar många andra rättigheter. Beroende på det enskilda fallet så kan man hävda att även rätten till liv kränks, till exempel ifall där HIV sjuka kränks.

Av alla konventioner är ESK konventionen den som betyder mest för rätten till hälsa. ESK konventionen är till sin karaktär mål – inriktad. Det betyder att dess effekt och grad av förverkligande i stor del beror på den enskilda statens utvecklingsnivå och resurser. Att alla människor skulle komma upp på samma nivå av hälsa är näst intill omöjlig med en konvention som ESK. Den enskilde individens hälsa är beroende av det landets utvecklingsnivå där han eller hon befinner sig. Nu uppkommer genast frågan vad detta betyder för Sveriges del, för de asylsökande och irreguljära immigranterna inom rikets gränser?

¹⁰⁶ Förslag till lag om hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande m.fl., promemoria upprättad inom Utrikesdepartementet juni 2005

Ovan har redan redogjorts för vårdens omfattning till såväl asylsökande som irreguljära immigranter. De flesta skulle hålla med om att Sverige är ett land med tillräcklig hög utvecklingstakt och standard att det inte borde vara så svårt att uppnå ESK – konventionens mål. Att hävda att konventionens mål skulle vara för svåra eller omöjliga att sträva efter borde för Sverige del alltså vara omöjligt. Sveriges, och de flesta andra länders, vanligaste återkommande argument är ökade sjukvårdskostnader. Är det då helt meningslöst att lagstifta om sociala rättigheter när deras förverkligande helt är beroende av ekonomiska förutsättningar? Är de sociala rättigheterna förbehållna de rika i samhället? Det är logiskt att tänka sig att de internationella reglerna ska fungera som en sorts minimistandard, ett skyddsnet, för mindre gynnade grupper i samhället. Beräkningar har visat att det skulle vara en marginell kostnad att ge utökad sjukvård till asylsökande och irreguljära flyktingar, Paul Hunt stödjer denna åsikt i sin kritik mot Sverige. Rätten till hälsa kan av många uppfattas som en medborgerlig rättighet snarare än en mänsklig rättighet. Denna observation är inte helt orimlig med tanke på många länders praxis och på hur det ser ut i samhället idag. Även om det är tänkt att vara en mänsklig rättighet och att den förtjänar samma skydd så är det uppenbarligen inte riktigt så i verkligheten. Kanske har Paul Hunt rätt i sin iakttagelse att det för Sveriges del egentligen inte är så mycket är en kostandsfråga som en principfråga. Är det då rädslan får en sorts medicinsk turism som avhåller regeringen för att bevilja utökad hälso- och sjukvård? Detta verkar då inte vara fallet för andra europeiska länder som gått mycket längre i den vård som de erbjuder till såväl asylsökande som irreguljära immigranter.

Det grundläggande syftet med mänskliga rättigheter är att samhällets mest utsatta grupper ska skyddas. Paul Hunts förhoppning att den svenska regeringen ska ge asylsökande och irreguljära immigranter samma tillgång till hälso- och sjukvård som garanteras svenska medborgare är inte orimlig. Den borde heller inte vara omöjlig med tanke på Sveriges resurser. Dagens situation med landstingen som hävdar att de får för lite pengar för vården och asylprocessens alltför långa handläggningstider är ohållbar. Regeringen har dessvärre inte visat några nya

tecken på förändringar skulle vara aktuella. Det är deprimerande att konstatera att asylsökande inte inom den närmaste tiden kommer att få samma möjligheter att uppnå bästa möjliga nivå av hälsa som svenska medborgare. Likaså verkar det som att irreguljära flyktingar får fortsätta att sätta sitt hopp till frivilligorganisationernas goda vilja.

En tanke som är svår att släppa är huruvida rätten till hälsa i praktiken egentligen är mer av en medborgerlig rättighet än en mänsklig rättighet? Av internationell rätt framgår att det *är* en mänsklig rättighet. Det är inte lätt att förstå varför rätten till hälsa i praktiken fått karaktären av en medborgerlig rättighet med tanke på att begreppet stat, nationalstat, inte är så gammalt. Borde inte de mänskliga rättigheterna lämpligen ha funnits före de medborgerliga? Utan att gå in på en närmare naturrättslig kontra rättspositivistisk diskussion vill jag hävda att de mänskliga rättigheterna är av en högre dignitet. De är universella rättigheter som står över rättigheter av medborgerlig karaktär. Därmed inte sagt att en kränkning av varken det eller det andra är befogad. Det beror naturligtvis på om det finns någon annan grund som gör att rättigheten får vika vilket avgörs genom proportionalitetsprincipen.

Frågan om det är en medborgerlig eller mänsklig rättighet är som frågan om hönan eller ägget. Vad kom egentligen först? Har det någon betydelse? Jag måste nog ändå konstatera att i vilken ordning rätten till hälsa utvecklats är underordnat rättighetens syfte. Syftet är att *alla människor* har rätt till bästa möjliga nivå av hälsa. Det har Sverige skrivit under, *pacta sunt servanda*, och jag ser därför framemot att regeringens framtida arbete innebär att möjligheterna för asylsökande och irreguljära immigranter att få samma vård som svenska medborgare förbättras.

23. Källförteckning

23.1 Litteratur

- Bring, Ove och Mahmoudi, *Sverige och folkrätten*, Nordstedts Juridik, 2 u. 2001
- Cholewinski, Ryszard, *Irregular migrants – access to minimum social rights*, Council of Europe Publishing, 2005
- Evans. M.D (edited by)., *International Law*, Oxford University Press, 2003
- Fisher, David i, *Mänskliga rättigheter – en introduktion*, Nordstedts Juridik AB, 2005
- Medin, Jennie och Alexandersson, Kristina, *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*, Studentlitteratur 2000
- Ramcharan, Dr. B.G, *Judicial protection of economic, social and cultural rights; Cases and materials*, The Raoul Wallenberg Institute Humans Rights Library, vol 22, Martinus Nijhoff Publishers, 2005, s. 17-25
- Svanberg, Katinka, *Introduktion till traktaträtten – en lärobok i traktaträtt*, 3.u 2003, Juridiska Fakulteten vid Stockholms Universitet skriftserien nr. 65
- Tönnes, Lisa, "En värdig levnadsstandard" ur *Asylmottagande i fokus*, en skriftserie från NTG -asyl och integration, nr 2 2006

23.2 Lagstiftning

- Utlänningslagen 1989:529
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
- Sekretesslagen (1980:100)
- Förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m
- Förordningen 1994:362 om vårdavgifter mm för vissa utlänningar

23.3 Offentligt tryck

- Regeringens skrivelse 2005/06:95 En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006-2009, tillgänglig från www.manskligarattigheter.gov.se
- Förslag till lag om hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande m.fl., promemoria upprättad inom Utrikesdepartementet juni 2005

Skriftlig fråga 2006/07:899 Vård för asylsökande, tillgänglig från

www.riksdagen.se, senast använd den 4 juni 2007

Prop. 2002/03:35 Mål för folkhälsan

Prop. 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag m.m.

Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

SOU 2006:37 Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet

SOU 2006:78 Hälsa, vård och strukturell diskriminering

Integration och Folkhälsa – en kunskapsöversikt, tillgänglig på Södertörns Bibliotek

www.sh.se , senast använd den 4 maj 2007

Nationell samsyn kring hälsa och den första tiden i Sverige, rapporten finns

tillgänglig på www.temaasyl.se, senast använd den 4 maj 2007

Socialstyrelsens folkhälsorapport 2005

[http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf)

[D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf)

Överenskommelsen mellan Sveriges kommuner och landsting SKL och staten finns

att ladda ner från www.skl.se, senast använd den 2 maj 2007

Rapporten *Vård av personer från andra länder – sammanställning av bestämmelser om finansiering via Försäkringskassan på Gotland, Migrationsverket, patienten och landstingen*, 4 u 2006, s.19-21, tillgänglig på www.skl.se, senast använd den 5 maj 2007

Diskriminering – ett hot mot folkhälsan, slutrapport från projektet diskriminering

och hälsa, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering: R 2006:1, tillgänglig på

www.fhi.se, senast använd den 27 juli 2007

Wintzer, S., *Sjukvård åt asylsökande, omfattning och kostnader år 2006*, SKL

avdelningen för vård och omsorg, tillgänglig på www.skl.se, senast använd den 27 juli 2007

23.4 Fördrag, konventioner, deklARATIONER och PROTOKOLL

The Vienna Convention on the Law of Treaties finns tillgänglig på

http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf,

senast använd den 9 maj 2007

Konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering samt information

om kommitténs arbete, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast den 3 juni 2007

WHO:s konstitution finns tillgänglig på

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, senast använd den 3 maj 2007

Ottawadeklarationen finns tillgänglig på

<http://www.paho.org/English/AD/SDE/HS/OttawaCharterEng.pdf>, senast använd den 3 maj 2007

Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor finns

tillgänglig på <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>, senast använd den 3 maj 2007

Tilläggsprotokoll (optional protocol) finns tillgängligt på

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/text.htm>, senast använd den 3 maj 2007

Barnkonventionen finns tillgänglig på

<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>, senast använd den 3 maj 2007

Lissabondeklarationen, antagen av 34:e World Medical Assembly Lissabon,

Portugal, September/Oktober 1981 och reviderad av 47:e General Assembly Bali,

Indonesien, September 1995, tillgänglig på www.slf.se, senast använd den 2 juni 2007

Flyktingkonventionen/ Convention relating to the Status of Refugees, Adopted on

28 July 1951 by the United Nations Conference of Plenipotentiaries on the Status of

Refugees and Stateless Persons convened under General Assembly resolution 429

(V) of 14 December 1950, tillgänglig på www.ohchr.org, senast använd den 12

augusti 2007

23.5 FN rapporter

Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the

highest attainable standard of physical and mental health (Mr. Paul Hunt),

E/CN.4/2006/48, tillgänglig på www.ohchr.org, senast använd den 26 juli 2007

Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the

highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, Addendum,

MISSION TO SWEDEN, A/HRC/4/28/Add.2, tillgänglig på www.ohchr.org, senast

använd den 1 juni 2006

General Comment No.14 (2000) E/C.12/2000/4 *The right to the highest attainable standard of health, art. 12*, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 16 april 2007

CESCR General Comment No.3 14/12/90 *The nature of State parties obligations (art2.1)*, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 6 maj 2007

FN:s generalförsamlings resolution 40/114 av den 13 December 1985, tillgänglig på www.un.org, senast använd den 3 juni 2007

General recommendation No: 30: Discrimination against non citizens 01/10/2004, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 3 juni 2007

The Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), *Human Rights, Poverty Reduction and Sustainable Development: Health, Food and Water 2002*, tillgänglig på www.unhchr.ch, senast använd den 6 maj 2007

23.6 Rapporter från fristående organisationer

Gömda i Sverige – utestängda från hälso- och sjukvård, en studie av Läkare utan gränser (MSF), rapporten finns tillgänglig på www.lakareutangranser.se/gomda , senast använd den 4 april 2007

23.7 Europarättsligt material

Rådets direktiv 2003/9/EG av den 27 januari 2003 om miniminormer för mottagande av asylsökande EGT L031 06/02/2003 s. 0018-0025, www.eur-lex.europa.eu, senast använd den 12 april 2007

Additional Protocol to the European Social Charter Providing for a System of Collective Complaints Strasbourg, 9.XI.1995 (se särskilt artikel 2), finns tillgänglig på www.conventions.coe.int, senast använd den 31 maj 2007

Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna Europarådet www.coe.int, senast använd den 12 april 2007

Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna EGT C 364
18/12/2000 s. 1-22, www.eur-lex.europa.eu/sv/index.htm senast använd den 12
april 2007

EU:s webbplats www.europa.eu/constitution/index_sv.htm, senast använd den 12
april 2007

Den europeiska sociala stadgan finns tillgänglig på Europarådets hemsida
www.coe.int , senast använd den 11 april 2007

Fördrag om upprättande av en konstitution för Europa EGT C-310 , 16/12/2004 s.
0001 – 0474 ,
www.eur-lex.europa.eu, senast använd den 12 april 2007

23.8 Artiklar

Introduktionshäfte till MR – fondens skriftserie om de ekonomiska, sociala och
kulturella rättigheterna, tillgänglig på www.humanrigts.se, senast använd den 4 juni
2007

23.9 Internet

Regeringens hemsida för mänskliga rättigheter

www.manskligarattigheter.gov.se

Amnesty International/ USA

Se www.amnestyusa.org, vidare till issues och health, senast använd den 11 april
2007

MR-forum, www.mrforum.se

International Women´s Health Coalition,

<http://www.iwhc.org/resources/topten.cfm>, senast anvnd den 4 maj 2007

FN:s kommissionär för mänskliga rättigheter www.ohchr.org

23.10 Statistik

Migrationsverkets statistik från 2002 och 2005, [bilaga 1](#) respektive [bilaga 2](#).

Statistik från Rikspolisstyrelsen, [bilaga 3](#), skickat via e-post från Hans Rosenqvist

23.11 Praxis

Internationella domstolen i Haag (ICJ)

Military and Paramilitary Activities in and against Nicaragua (Nicaragua v. United States) 1986, tillgänglig på www.icj-cij.org/docket/files/70/9973.pdf, senast använd den 3 juni 2007

North Sea Continental Shelf (1969), tillgänglig på www.icj-cij.org, senast använd den 25 juli 2007

Inter-American Court of Human Rights, Advisory Opinion OC-18/03 of September 17, tillgänglig på www.corteidh.or.cr, senast använd den 27 juli 2007

Europadomstolen för de mänskliga rättigheterna

ECHR Case of Ahmed v. Sweden, 9886/05, 22 February 2007, tillgänglig på www.ww.echr.coe.int, senast använd den 2 juni 2007

23.12 Övrigt

Läkarförbundets etiska regler finns tillgängliga på hemsidan www.slf.se, senast använd den 5 april 2007

Maria Stålgren, Maria.Stalgren@redcross.se eller 08- 452 46 20

Bilaga 1

Statistik från Migrationsverket 2005

| Avgjorda återvändandeärenden för perioden 2005-01 -- 2005-12 | | | | | | | | |
|---|-----------------|--------------|----------------|--------------|-----------|--------|--------------|------------------|
| Ett återvändandeärende läggs upp i de fall ett verkställbart beslut i ett avlägsnandeärende föreligger. Sådant beslut föreligger efter nöjdförklaring, beslut av överinstans i överklagande eller efter beslut om omedelbar verkställighet. | | | | | | | | |
| | | SJÄLVM ÅTERV | ÖVLPOL AVVIKEN | ÖVLPOL TVÅNG | AVSKRIVNA | Totalt | Snitt hdltid | Andel inom 2 mån |
| | ÅTERV | 5708 | 5816 | 1249 | 2750 | 15523 | 200 | 46% |
| | ÅTERV-D | 1188 | 1128 | 238 | 76 | 2630 | 41 | 81% |
| | <u>Tillbaka</u> | 6896 | 6944 | 1487 | 2826 | 18153 | 177 | 51% |
| | | SJÄLVM ÅTERV | ÖVLPOL AVVIKEN | ÖVLPOL TVÅNG | AVSKRIVNA | Totalt | Snitt hdltid | Andel inom 2 mån |
| jan-05 | | 638 | 620 | 168 | 82 | 1508 | 110 | 52% |
| feb-05 | | 690 | 622 | 186 | 149 | 1647 | 133 | 53% |
| mar-05 | | 820 | 817 | 209 | 86 | 1932 | 492 | 57% |
| apr-05 | | 802 | 823 | 158 | 134 | 1917 | 111 | 58% |
| maj-05 | | 740 | 772 | 91 | 129 | 1732 | 111 | 57% |
| jun-05 | | 625 | 835 | 193 | 124 | 1777 | 123 | 56% |
| jul-05 | | 584 | 526 | 129 | 92 | 1331 | 124 | 55% |
| aug-05 | | 429 | 517 | 70 | 188 | 1204 | 137 | 46% |
| sep-05 | | 558 | 563 | 99 | 225 | 1445 | 149 | 42% |
| okt-05 | | 465 | 489 | 98 | 255 | 1307 | 166 | 50% |
| nov-05 | | 343 | 271 | 53 | 252 | 919 | 140 | 51% |
| dec-05 | | 202 | 89 | 33 | 1110 | 1434 | 254 | 25% |
| | <u>Tillbaka</u> | 6896 | 6944 | 1487 | 2826 | 18153 | 177 | 51% |

Bilaga 2

Statistik från Migrationsverket 2002

| | | | Till polisen överlämnade återvändandearärenden för perioden 2002-01 -- 2002-12 |
|--|--------------------------|------------------------|--|
| Kolumnen "Övl polis avviken" avser personer registrerade med beslutskod "ÖVL-POL-A" och kolumnen "Övl polis tvång" avser personer registrerade med beslutskod "ÖVL-POL-T". | | | |
| | Övl polis avviken | Övl polis tvång | Totalt |
| Summa nedan | 4148 | 1390 | 5538 |
| jan-02 | 321 | 100 | 421 |
| feb-02 | 242 | 71 | 313 |
| mar-02 | 293 | 115 | 408 |
| apr-02 | 259 | 101 | 360 |
| maj-02 | 306 | 137 | 443 |
| jun-02 | 337 | 161 | 498 |
| jul-02 | 329 | 76 | 405 |
| aug-02 | 305 | 98 | 403 |
| sep-02 | 457 | 99 | 556 |
| okt-02 | 425 | 156 | 581 |
| nov-02 | 489 | 145 | 634 |
| dec-02 | 385 | 131 | 516 |
| <u>Tillbaka</u> | 4148 | 1390 | 5538 |

Bilaga 3

Statistik från Rikspolisstyrelsen

Från: Hans Rosenqvist [mailto:hans.rosenqvist@rps.police.se]

Skickat: den 20 juli 2007 10.34

Till: Thid, Annika

Ämne: Statistik

Hej!

Nu ska jag äntligen försöka ge dig lite statistikuppgifter.

Reformen med att Migrationsverket (dåvarande Invandrarverket - det blev Migrationsverket den 1 juli 2000, tror jag) fick ta över ansvaret för verkställigheter av verkets egna och dess överinstansers beslut trädde i kraft den 1 januari 1999. Verket kan ju lämna över verkställighetsärendet till polismyndigheten av två anledningar, dels för att verket antar att det komme ratt behövas någon form av tvång för att den ska kunna genomföras, dels när utlännningen håller sig undan. Den senare grunden är den absolut vanligaste.

| | |
|------|--------|
| 1999 | 1 570 |
| 2000 | 1 572 |
| 2001 | 3 133 |
| 2002 | 5 182 |
| 2003 | 8 805 |
| 2004 | 10 434 |
| 2005 | 8 719 |
| 2006 | 4 468 |

Minskning de senare åren beror givetvis på den tillfälliga lagstiftningen som gällde 15 november 2005 - 31 mars 2006.

T.o.m. april i år har verket lämnat över 2 032 ärenden.

Även om du inte frågade efter det kan jag nämna att polismyndigheterna vid utgången av april i år hade 13 294 verkställighetsärenden i balans. Drygt 600 av dem gäller utvisning p.g.a. brott (som ju polismyndigheten verkställer utan Migrationsverkets inblandning) och knappt 200 var avvisningsbeslut som Polisen själv har beslutat om (även dessa verkställs av polismyndigheten). I de drygt 13 000 ärendena var utlännningen efterlyst i 9 343 fall. Var ska man hitta dem? Själv tror jag att många av dem inte är kvar i Sverige.

Nu går jag snart på semester. Om du vill fråga något med anledning av ovanstående kan du kontakta Hans Pont på tel 401 6520. Trevlig sommar! Hans Rosenqvist