



Till landstingens och regionernas kanslier

Avdelningen för vård och omsorg  
Stig Wintzer  
Tfn direkt 08 452 77 04  
stig.wintzer@skl.se

## **Sjukvård åt asylsökande, omfattning och kostnader år 2005**

### **Sammanfattning**

Landstingen och regionerna har åtagit sig att svara för hälso- och sjukvård åt asylsökande. Samtliga landsting och regioner erbjuder hälso- och sjukvård åt asylsökande i enlighet med de överenskommelser som träffats mellan Landstingsförbundet och regeringen i maj 1996, februari 2002 och september 2004. Överenskommelserna har utvärderats avseende omfattning och kostnader i samråd mellan staten och Landstingsförbundet.

### **Utgångspunkter**

En utgångspunkt för överenskommelsen 1966 var att asylprocessen inte skulle överstiga ett kalenderår. Processen tenderar emellertid att i många fall bli utdragen över både två och tre år, vilket ger ett betydligt större vårdbehov för de asylsökande och därmed högre kostnader för landstingen än om processen avslutats med antingen ett positivt beslut eller ett negativt med påföljande avvisning från landet inom ett år.

En annan utgångspunkt var att de vuxna asylsökande skulle få tillgång till rimlig mängd hälso- och sjukvård samt att barnen skulle få fullständig vård. Denna har i huvudsak uppnåtts med undantag för att alla barn sannolikt inte har fått fullständig tandbehandling, i första hand beroende på att informationen om barnens bostadsadress inte har varit fullständig. Möjligen har även vissa barn inte heller blivit kallade till barnvårdscentral av samma skäl som gäller för tandvården, d.v.s. bristande information om barnets bostadsadress.

En tredje utgångspunkt var att vare sig staten eller landstingen skulle få ökade kostnader på grund av landstingens nya åtagande. Denna målsättning har inte uppnåtts. Landstingen har sedan 1997 fått ökade kostnader med c:a 800 miljoner kronor för sjukvård åt asylsökande. En stor del av dessa kostnader kan antas sammanhånga med långa handläggningstider i asylprocessen.

### **Sveriges Kommuner och Landsting**

118 82 Stockholm, Besök: Hornsgatan 20  
Tfn: växel 08-452 70 00, Fax: 08-452 70 50  
info@skl.se, www.skl.se

### **Hälso- och sjukvård åt asylsökande**

De asylsökande har genomsnittligt väsentligt högre hälso- och sjukvårdskonsumtion vad avser sluten vård än den bosatta befolkningen. Antalet läkarbesök i primärvård och öppen specialistvård var under 2005 likartat med den bosatta befolkningens. Kostnaderna för vården räknat per åldersgrupp överstiger motsvarande grupper inom den bosatta befolkningen.

Under 2005 har utnyttjandet av sluten psykiatrisk vård varit fortsatt högt. Dock har vårdutnyttjandet minskat med c:a 30% jämfört med 2004. Detta gäller såväl vuxenpsykiatri som barn- och ungdomspsykiatri. Eftersom de asylsökandes vårdbehov kräver omedelbar behandling, och resurserna inom psykiatrin är begränsade, kan konsekvenserna även fortsättningsvis bli att andra angelägna behandlingsbehov fått vänta. Detta gäller såväl inom vuxen- som barnpsykiatrin.

Under 2005 infördes möjligheter för föräldrabehandling inom den barnpsykiatriska vården. Detta har medfört att insatta kvalificerade barnpsykiatriska insatser på ett bättre sätt uppnått sitt syfte.

### **Slutenvårdsdagar inom barn- och ungdomspsykiatri**

Under 2004 konstaterades att ett stort antal barn hade drabbats av det som kom att kallas uppgivenhetssymtom. Antalet slutenvårdsdagar i barn- och ungdomspsykiatri ökade från c:a 0,79 dagar per barn 6 – 18 år under 2002 till 0,98 år 2003. Antalet slutenvårdsdagar var i stort sett oförändrat under 2004 men minskade som nämnts med c:a 30% under 2005. Antalet slutenvårdsdagar per barn i barn- och ungdomspsykiatri var dock även under 2001 högt, ungefär 1 dag per barn och år i samma åldersgrupp, med en markant minskning under 2002. Minskningen av slutenvårdsdagar inom barn- och ungdomspsykiatrin kan dock ha medfört en viss ökning av somatisk slutenvård inom samma åldersgrupp. Detta är särskilt påtagligt i Stockholms läns landsting och landstinget Blekinge. Redovisningen ger inget besked om i vilken utsträckning gömda barn får sluten barn- och ungdomspsykiatrisk vård.

### **Hälsosamtal/undersökningar**

Alla asylsökande har inte genomgått den frivilliga hälsoundersökningen beroende antingen att de inte har nåtts av kallelse, inte fått information om möjligheten att genomgå sådan eller beroende på att de har avböjt deltagande. Under 2005 minskade andelen asylsökande som genomgick hälsosamtal/undersökning kraftigt jämfört med 2004 till under 40%. Orsaken härtill är okänd. Sveriges Kommuner och Landsting kommer emellertid att tillsammans med Socialstyrelsen att närmare analysera denna fråga.

### **Landstingens nettokostnader**

Landstingens nettokostnader för vården är betydande. Statens ersättning till landstingen för deras hälso- och sjukvårdskostnaderna för de asylsökande var även under 2005 otillräcklig. Den statliga ersättningen täcker endast c:a 80% av landstingens kostnader för den vård som ska täckas av schablonersättningen. Lands-

tingens underskott 200 uppgår till c:a 125 miljoner kronor vilket ska täckas av inom ramen för landstingens skatteintäkter.

## **Inledning**

Landstingsförbundet och staten kom den 31 maj 1996 överens om att landstingen fr.o.m. den 1 januari 1997 skulle överta ansvaret för sjukvård åt asylsökande från staten. Staten behöll dock hela det ekonomiska ansvaret för de asylsökande. Landstingen har genom en särskild överenskommelse i maj 2000 åtagit sig att också ge s.k. gömda barn samma hälso- och sjukvård som asylsökande barn.

## **Nya överenskommelser**

Den 21 februari 2002 tecknade Landstingsförbundet och staten en ny treårig överenskommelse med i huvudsak samma inriktning som den tidigare, men där ersättningsnivåerna ökades med c:a 30%. En viktig skillnad i förhållande till den tidigare överenskommelsen var att hälsoundersökningarna ersätts separat och att endast en undersökning per asylsökande ersätts. En ytterligare överenskommelse med i huvudsak samma innehåll men med högre ersättningsnivåer tecknades i september 2004 att gälla fr.o.m. 2005. Denna senare överenskommelse har nu utvärderats.

Överenskommelserna anger att landstingen skall ge vuxna asylsökande ”omedelbar vård och vård som inte kan anstå”, och att barn 0 – 18 år skall erbjudas fullständig hälso- och sjukvård samt tandvård, d.v.s. samma hälso- och sjukvård som erbjuds bosatta barn. I överenskommelsen ingår också att landstingen ska tillhandahålla tolk, sjukresor samt hjälpmedel, mödravård, förlossningsvård, vård vid abort samt vård och åtgärder enligt smittskyddslagen.

## **Schablonersättning**

Staten ersätter landstingen med schablonersättning för varje asylsökande som vistas i landstinget, olika för olika åldersgrupper. Ersättningen utgår för det antal asylsökande som den sista dagen i varje kvartal vistas i landstinget och betalas ut av Migrationsverket högst en månad i efterskott. Härutöver utgår ersättning för kostnader som överstiger 50 000 kronor för en vårdkontakt.

Landstingen fördelar schablonersättningen inom landstinget och utformar sin redovisning på olika sätt. Några landsting fördelar hela ersättningen till sjukvårdsdistrikten och till tandvården, andra reglerar sjukvårds- och tandvårdskostnaderna via internfakturor på samma sätt som vid ersättning via riksavtalet. Detta senare förfarande innebär att en vårdgivare inte får ersättning för utförd vård förrän den är internfakturerad. Landstingen får härigenom en god uppfattning såväl av omfattningen av den vård som ges som kostnaderna för denna.

## **Gemensam uppföljning**

Överenskommelsen med staten följs upp i samråd mellan parterna. Landstingsförbundet följde i början av år 1998 upp 1997 års ekonomiska utfall av överenskommelsen. Uppföljningen avseende 1997 visade på nationell nivå en god överens-

stämme mellan landstingens redovisade kostnader och utbetalade schablonersättningar. Däremot fanns betydande kostnadsskillnader mellan olika landsting. Landstingsförbundet och Utrikesdepartementet har härefter tillsammans med Migrationsverket och Socialstyrelsen utformat enkäter avseende förhållandena 1999 - 2004. Enkäterna är relativt detaljerade och alla landsting har inte haft samtliga efterfrågade uppgifter tillgängliga.

## Redovisning

Här redovisas resultatet av enkät avseende 2005.

Samtliga landsting och regioner utom Landstinget Kronoberg och Landstinget Dalarna har besvarat enkäten. Alla genomsnittsberäkningar som redovisas utgår från antalet asylsökande i de redovisade landstingen och regionerna.

## Resultat

### Antal asylsökande (tabell 1)

Tabell 1 visar det genomsnittliga antalet asylsökande i landstingen. Beräkningarna är ett medeltal av antalet registrerade vid slutet av varje kvartal och visar således inte det faktiska antalet asylsökande personer som under året vistats i Sverige. Tabellen visar att något mer än hälften av de asylsökande finns Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Tabellen visar också att asylsökande finns i alla landsting om än i några fall, i ett mycket litet antal. Antalet har minskat något jämfört med 2004. Tabellen visar inte antalet nya asylsökande utan det sammanlagda antalet personer som väntar på slutligt beslut i sitt asylärende samt även personer som har tillstånd att vistas i Sverige i väntan på avvísning.

### Vårdens omfattning (tabell 2 – 11)

Vuxna asylsökande ska enligt överenskommelsen erbjudas ”omedelbar vård och vård som inte kan anstå” medan barn under 18 år ska erbjudas samma hälso- och sjukvård inklusive tandvård som bofasta barn. Någon särskild uppföljning av det medicinska innehållet i denna vård kan Sveriges Kommuner och Landsting av sekretessskäl inte genomföra. Det är en fråga för Socialstyrelsen. Detta innebär också att förbundet inte heller känner till omfattningen av den vård som ges till asylsökande barn med uppgivenhetssymtom.

### Besök i öppen hälso- och sjukvård (läkarbesök) samt tandvård

De asylsökande är i huvudsak hänvisade till primärvården och landstingens öppna specialistvård. Antalet läkarbesök per person i öppen hälso- och sjukvård är 2,31 för hela gruppen (se tabell 4). Antalet besök har minskat med i det närmaste 13 % jämfört med 2003.

Den bosatta befolkningen gör c:a 2,8 läkarbesök i primärvård och öppen hälso- och sjukvård inklusive besök hos privatläkare. (Statistisk årsbok för landsting 2005). Någon riksomfattande åldersindelad läkarbesöksstatistik för bofasta finns inte. Region Skåne har för 2001 redovisat följande besökssiffror inklusive vård av privatläkare:

	<b>Besök i primärvård och öppen hälso- och sjukvård, Region Skåne 2001</b>						
Ålder	0 – 4 år,	4 – 14 år	15 – 44 år	45 – 64 år	65 – 74 år	75 – 84 år	85 – år
Antal besök	4,78	1,86	2,39	3,54	4,69	5,58	4,74
	Genomsnitt: 3,24 besök per individ.						

Region Skåne har en högre besöksfrekvens inom den öppna vården än i landet i övrigt. Om man antar likartad åldersfördelning som i Skåne men på den lägre nivån som redovisas i Landstingsförbundets årsbok tycks det genomsnittliga antalet läkarbesök i öppen vård per asylsökande under år 2004 ungefär detsamma som den bosatta befolkningens i motsvarande åldersgrupper. Någon förändring i förhållande till tidigare år har inte skett.

Antalet besök i tandvård understiger relativt kraftigt den bosatta befolkningens. Särskilt gäller detta barn och ungdom.

#### **Antal vårddagar i slutenvård**

Antalet vårddagar per person i slutenvård somatisk och psykiatrisk vård överstiger kraftigt befolkningens. Gruppen hade år 2005 1,47 vårddagar per individ. (antal redovisade vårddagar dividerat med antal asylsökande från samtliga landsting/regioner). Detta skall jämföras med att motsvarande bosatt population har högst 0,6 vårddag per individ. Antalet vårdtillfällen är också betydligt fler för de asylsökande, 0,23 tillfällen per individ att jämföras med c:a 0,1 för den bosatta populationen i samma åldersgrupper. Antalet vårdtillfällen har minskat något jämfört med 2004, från 0,26 till 0,23 men är fortfarande mer än dubbelt så många som för bosatta i jämförbara åldrar.

#### **Vårddagar i slutenvård psykiatrisk vård**

Antalet redovisade vårddagar inom slutenvård psykiatrisk vård för de asylsökande ökade med över 20 % 2001 och ytterligare minst 45% under 2002. Vårdutnyttjandet minskade något under 2003 till 1,4 och under 2004 till 1,26 vårddagar per asylsökande och år. Under 2005 sjönk antalet vårddagar och även antalet vårdtillfällen så kraftigt att det går att tala om ett trendbrott. Antalet vårddagar per asylsökande minskade till 0,89 eller med 30%. Likafullt har de asylsökande en väsentligt större efterfrågan på psykiatrisk vård än den bosatta befolkningen.

Antalet vårddagar i slutenvård psykiatrisk vård skiljer sig kraftigt åt mellan landstingen. Som exempel klan nämnas att Landstinget i Uppsala län redovisar 3,6 vårddagar per asylsökande under 2005 medan Stockholms läns landsting redovisar 0,66 dagar, vilket är i huvudsak oförändrat jämfört med föregående år. I Norrbottens läns landsting minskade den slutna psykiatriska vården med c:a 80 % mellan åren

2001 och 2002 från 1,81 dagar till 0,37, till stor del beroende på ett väl fungerande teamarbete där primärvården, socialtjänsten, slutenvården m fl verksamheter medverkade. Trots att detta samarbete har fortsatt har ökade antalet vård dagar både under 2003 och under 2004 till som högst 1,02 dagar. Under 2005 har återigen en minskning skett till 0,77 dagar.

#### **Vård dagar i slutna barn- och ungdomspsykiatri**

Inom den slutna barn och ungdomspsykiatri, åldersgruppen 7 – 18 år, ökade antalet vård dagar under 2004 från 0,93 dagar till 1,23 dagar. Även här kan man konstatera ett trendbrott, 2005 visar en minskning med c:a 30% till c:a 0,66 dagar. Antalet vårdtillfällen har minskat från 0,07 till 0,04 per individ. Däremot kan konstateras en viss ökning av antalet vård dagar i slutna somatisk vård från 0,38 vård dagar per ungdom till 0,61. Ökningen är emellertid mycket ojämnt fördelad över landet. Den största ökningen finns i Stockholms läns landsting och Landstinget Blekinge. Räknas Stockholms läns landsting bort blir ökningen mera blygsam, till 0,46 dagar.

Under 2004 konstaterades att ett stort antal barn hade drabbats av det som kom att kallas uppgivenhetssymtom. Antalet slutenvårdsdagar i barnpsykiatri ökade från c:a 0,79 dagar per barn 7 – 18 år under 2002 till 0,98 år 2003. Antalet slutenvårdsdagar var i stort sett oförändrat under 2004 och uppgår till 0,97 dagar per barn. Däremot har det som ovan nämnts skett en betydande minskning under 2005. Minskningen uppvägs dock till viss del av att antalet dagar i slutna somatisk vård har ökat för gruppen. Denna ökning är dock särskilt markant i Stockholms läns landsting och Landstinget Blekinge. Man kan också konstatera en viss ökning av antalet besök i sjukvårdande behandling under 2005. Kostnaderna per individ tycks också ha ökat vilket kan tyda på ökade insatser i öppen vård av psykologer, kuratorer m.fl. yrkesgrupper.

Antalet slutenvårdsdagar per barn i barnpsykiatri var dock även under 2001 högt, ungefär 1 dag per barn och år i samma åldersgrupp, med en markant minskning under 2002. Detta förhållande uppmärksammades dock inte i den allmänna debatten, kanske främst därför att antalet asylsökande var lägre, kapaciteten inom barn- och ungdomspsykiatri inte lika hårt utnyttjad och diagnosen uppgivenhetssymtom inte hade etablerats.

Ett alldeles särskilt problem i detta sammanhang utgjorde de ”gömda barnen” eftersom de ska erbjudas samma vård som bosatta barn medan deras föräldrar inte kunde erbjudas någon vård utom akutvård, och då mot självkostnadspris. Detta problem är nu löst genom den nya överenskommelsen som ger landstingen ersättning även för nödvändig familjebehandling i samband med barnpsykiatrisk vård. Redovisningen ger inget besked om i vilken utsträckning gömda barn får slutna barnpsykiatrisk vård.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det har skett stora förändringar mellan landstingen och att både antalet slutenvårdsdagar inom psykiatrin och antalet vårdtillfällen genomsnittligt har sjunkit i betydande utsträckning. Minskningen är likartad inom såväl vuxenpsykiatrin som barn- och ungdomspsykiatrin. Antalsuppgifterna ska emellertid jämföras med förhållandena i Skåne. Där redovisas 0,33 vård dagar per invånare och 0,014 vårdtillfällen inom den slutna psykiatriska vården i åldersgruppen 19 – 60 år.

#### **Vård dagar i slutna somatisk vård**

Inom den slutna somatiska vården är skillnaderna mellan landstingen inte lika stora som inom psykiatrin. Dock är de asylsökandes vårdbehov även inom somatiken betydligt större än genomsnittsbefolkningens. Här finns emellertid betydligt större vårdresurser varför tillskottet av asylsökande inte får samma genomslag vad gäller möjligheterna att tillgodose vårdbehovet inom ramen för tillgängliga resurser som inom psykiatrin och i första hand barnpsykiatrin. Vårdkonsumtionen per individ har varit oförändrad sedan 2003.

#### **Hälsoundersökningar/hälsosamtal (Tabell 12)**

Syftet med hälsoundersökningarna och i vilken utsträckning dessa har genomförts har varit en återkommande fråga i de utvärderingar som har genomförts. Under den förra överenskommelsen ingick ersättning för en hälsoundersökning i varje årsschablon. I överenskommelsen från 2002 bröts ersättningen för hälsoundersökning ut och nu betalar staten för en undersökning av varje asylsökande. Dessa undersökningar ska faktureras särskilt till Migrationsverket. Härigenom kommer Migrationsverket att få en mer fullständig bild av hur många hälsoundersökningar som genomförs inom ramen för överenskommelsen.

#### **Antalet hälsoundersökningar/hälsosamtal har minskat**

Under 2005 redovisar landstingen att 6805 hälsoundersökningar har genomförts. Detta är strax under 40% av alla nyanlända asylsökande. Antalet är väsentligt lägre än under föregående år då c:a 60% fick ett hälsosamtal. Det är inte tillfredsställande att landstingen inte uppfyller denna del i överenskommelsen.. Inte heller ur smittskyddssynpunkt är det bra att hälsoundersökningarna inte är fler. Det finns problem dels att nå de asylsökande med kallelser, i vissa fall flera kallelser, dels att få utrymme framför allt vid de små vårdcentraler på de små orter där förläggningarna finns också för denna verksamhet. Förbundet kommer att närmare undersöka varför hälsosamtalen har minskat så kraftigt under året.

Det är angeläget att få väl fungerande rutiner för att fånga upp så många asylsökande som möjligt till hälsoundersökningar. Socialstyrelsen kommer under året att lägga förslag till nya allmänna råd till uppläggning av dessas hälsoundersökningar/samtal. I sammanhanget bör även frågan om uppföljningen av dessa undersökningar och tillvaratagandet av den kunskap de genererar diskuteras.

### Landstingens kostnader och ersättningar (Tabell 13 - 21)

Landstingen beräknar sina kostnader för sjukvård åt asylsökande enligt riksavtalet för hälso- och sjukvård. Detta innebär att de kostnader som redovisas baseras på en fastställd prislista och motsvarar de kostnader som landstingen fakturerar varandra i samband med utomlänsvård och som landstingen också fakturerar försäkringsbolag och EU-länderna. Den redovisade kostnaden för hälso- och sjukvård åt asylsökande är således helt jämförbar med den utomlänskostnad som redovisas de olika landstingens budgetar.

Landstingen redovisar sina kostnader för primärvård, öppen vård, slutenvård samt sjukvårdande behandling. Dessa kostnader finns specificerade i tabellerna 14 -19. Tabell 19 visar de samlade kostnaderna för tandvård samt övriga kostnader såsom tolk, hjälpmedel, sjukresor och administration. Tabell 20 är en samlingstabell där landstingens kostnader och ersättningar, dels totalt dels per individ, finns redovisade. Tabell 21 visar Migrationsverkets ersättningar för vårdkostnader överstigande 50 000 kronor för en enstaka vårdkontakt.

De redovisade kostnaderna 2005 exklusive kostnader för vård som för en sammanhängande vårdepisod överstiger 50 000 kronor uppgick till 490 miljoner kronor medan den statliga ersättningen uppgick till 366 miljoner.

Den genomsnittliga kostnaden år 2004 per individ uppgick till 15137 kronor (14940 kr år 2004). Motsvarande kostnader för bosatta år 2004 var 15338 kronor.

Den genomsnittliga ersättningen per individ var 11322 kronor, (9768 kr år 2003). Kostnaderna per asylsökande har ökat med 1% jämfört med år 2005. Kostnaderna per individ ökade under 2002 med c:a 25 % men minskade under 2003 med 8%. Av de asylsökande är endast 2 – 3 % äldre än 60 år och i stort sett ingen är äldre än 70 år. Som framgår av nedanstående tabell ökar den genomsnittliga sjukvårdskostnaden starkt med ökande ålder. Detta förhållande måste beaktas när man jämför de asylsökandes genomsnittliga kostnader för hälso- och sjukvård med befolkningens motsvarande kostnader.

### Hälso- och sjukvårdskonsumtion per capita 2004, kr Region Skåne

0 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	56 - 74	75 - 84	85 -	Totalt
14 259	4 963	7 159	8 729	12 652	22 758	29 975	30 027	12 485
114	40	57	70	101	182	240	241	100

En jämförelse med de beräkningar som Region Skåne regelbundet gör visar att de genomsnittliga hälso- och sjukvårdskostnaderna för de asylsökandes vårdkonsumtion, trots de överenskomna begränsningarna i vården för vuxna, kraftigt överstiger motsvarande kostnader för bosatta.

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvård åt asylsökande påverkas av antalet asylsökande. Under 2002 var antalet nya asylsökande betydligt högre än 2001.



Antalet minskade något under 2003. Minskningen fortsatte under 2004 och även under 2005. Däremot ökade antalet personer som väntar på besked om de får stanna eller inte vilket medför att antalet personer som omfattas av överenskommelsen endast har minskat marginellt. Detta påverkar naturligtvis totalkostnaden. Eftersom skillnaden mellan individkostnaden och schablonersättningen är fortsatt betydande, ökar landstingens samlade underskott för sjukvård åt de asylsökande.

### **Landstingens samlade underskott uppgår till c:a 800 Mkr**

Fram till år 2002 hade landstingen ett samlat underskott avseende sjukvård åt asylsökande om minst 235 Mkr. Efter uppräkningsen av den statliga ersättningen var förväntningarna att landstingen skulle få full kostnadstäckning för denna sjukvård. Sammantaget ökade den statliga ersättningen per asylsökande med c:a 30%. Men eftersom såväl vårdkostnaderna som övriga kostnader för de asylsökande ökade kraftigt från en nivå som redan tidigare gav ett stort underskott för landstingen, samtidigt som antalet asylsökande ökar mycket kraftigt, uppstod ett underskott i storleksordningen minst 150 miljoner kronor. Även under 2003 redovisar landstingen ett underskott om drygt 150 miljoner kronor. Underskottet under 2004 kan beräknas till c:a 200 miljoner. Landstingen fick en kraftig uppräkningsen av schablonen i samband med 2004 års avtal. Detta syns tydligt i genomsnittsansättningen för 2005, som har ökat med c:a 14%. Trots detta visar landstingen upp ett betydande underskott. Detta innebär att landstingens samlade underskott inom asylsjukvården uppgår till c:a 800 Mkr. En starkt bidragande orsak är den höga frekvensen sluten psykiatrisk vård.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård utgör c:a 85 % av totalkostnaderna, samma relation som tidigare år. Övriga kostnader utgör c:a 10% och tandvårdskostnaderna 5% av landstingens totala kostnader.

Slutenvårdskostnaderna utgör c:a 46% av kostnaderna för hälso- och sjukvården vilket är jämförbart med befolkningen i jämförbara åldersgrupper (SOU 1996:163 s 169 och 175).

## **Avslutning**

Sammanfattningsvis kan konstateras att överenskommelserna med regeringen inte heller under 2005 har gett landstingen full kostnadstäckning för hälso- och sjukvård åt asylsökande. Detta innebär att sjukvården åt de asylsökande sedan 1997 har kostat landstingen minst 800 miljoner kronor. Detta är inte ett acceptabelt förhållande. En stor del av kostnaderna kan antas sammanhånga med långa handläggningstider i asylprocessen. En utgångspunkt för överenskommelsen var att asylprocessen inte skulle överstiga ett kalenderår. Processen tenderar emellertid att i många fall bli utdragen över både två och tre år, vilket ger ett betydligt större vårdbehov för de asylsökande än om processen avslutades med antingen ett positivt beslut eller ett negativt med påföljande avvisning från landet inom ett år. Under 2006 kommer de nya migrationsdomstolarna att påbörja sin verksamhet. De nya reglerna för asylprocessen kan komma att förkorta handläggningstiderna, kanske framför allt genom att det inte längre kommer att bli möjligt att återkomma

gång efter gång med en ny ansökan. Landstingen kan emellertid inte i längden acceptera att asylsjukvården går med ett stort underskott. Detta får naturligtvis konsekvenser för det samlade vårdutbudet, särskilt inom områden där efterfrågan är stor och resurserna små.

Sveriges Kommuner och Landsting kräver att landstingen får full kompensation för sitt vårdåtagande i samband med att den nya lagen om sjukvård åt asylsökande kommer att införas.