



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

Sjukvård åt asylsökande, omfattning och kostnader år 2006

Sammanfattning

Landstingen och regionerna svarar för hälso- och sjukvård åt asylsökande i enlighet med de överenskommelser som träffats mellan Landstingsförbundet och regeringen i maj 1996, februari 2002, september 2004 och maj 2006. Överenskommelserna har utvärderats avseende omfattning och kostnader i samråd mellan staten och Landstingsförbundet. Utvärderingen ger inget besked om diagnoser eller andra medicinska data.

Bakgrund

En utgångspunkt för överenskommelsen 1966 var att asylprocessen inte skulle överstiga ett kalenderår. Processen pågår emellertid i många fall både två och tre år. Under denna tid kan ett betydligt större vårdbehov för de asylsökande uppkomma och därmed högre vårdkostnader än om processen avslutats inom ett kalenderår med antingen uppehållstillstånd med folkbokföring eller ett negativt med avvisning. Effekterna i detta avseende på grund av den nya lagstiftning som infördes 2006 kan avläsas först i nästa års sammanställning.

En målsättning var att de vuxna asylsökande under asylprövningstiden skulle erbjudas rimlig mängd hälso- och sjukvård samt att barnen skulle erbjudas fullständig vård. Denna målsättning har uppnåtts med undantag för att alla barn sannolikt inte har fått fullständig tandbehandling.

En ytterligare målsättning 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. Under 2006 tycks dock ersättningarna närma sig landstingens kostnader.

Hälso- och sjukvård åt asylsökande

De asylsökandes läkarbesök i primärvård och öppen specialistvård var under 2006 ungefär lika många som den bosatta befolkningens. De asylsökande har däremot genomsnittligt väsentligt högre behov av sluten vård än den bosatta befolkningen. Kostnaderna för vården räknat per åldersgrupp överstiger motsvarande grupper inom den bosatta befolkningen.

Under 2006 har utnyttjandet av sluten psykiatrisk vård varit fortsatt högt jämfört med befolkningen i övrigt. Vårdutnyttjandet har emellertid minskat med c:a 30% jämfört med 2005. 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 får vänta. Risken för detta har dock minskat under 2006. 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 har minskat kraftigt

Under 2004 drabbades ett stort antal barn av det som kom att kallas uppgivenhets-symtom. 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 uppgick då till 0,97 dagar per barn. Under 2005 skedde en kraftig ökning av antalet dagar, då behandlades varje skolbarn i barnpsykiatrisk sluten vård 1,27 dagar. Under 2006 är minskningen mycket kraftig, från 1,27 dagar till 0,57 dagar. Även antalet dagar i sluten somatisk vård har minskat något för denna åldersgrupp.

Redovisningen ger inget besked om i vilken utsträckning gömda barn får sluten barn- och ungdomspsykiatrisk vård.

Hälsosamtal/undersökningar

Många asylsökande har inte heller under 2006 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 2006 minskade andelen asylsökande som genomgick ersatta hälsosamtal/undersökning till under 40 %. Samtidigt har nästan 2000 hälsosamtal genomförts med personer som redan fått ett sådant. Antalet erbjudanden/kallelser är okänt. Sveriges Kommuner och Landsting kommer emellertid att tillsammans med Socialstyrelsen att närmare analysera denna fråga.

Landstingens nettokostnader

Landstingens nettokostnader för vården har varit betydande. Statens ersättning till landstingen för deras hälso- och sjukvårdskostnaderna för de asylsökande var dock även under 2006 otillräcklig. Den statliga ersättningen täckte under 90-talet och fram till och med 2005 endast c:a 80 % av landstingens kostnader för den vård som ska täckas av schablonersättningen. Under 2006 har denna siffra enligt landstingens redovisningar ökat till c:a 94 %. Eftersom en kraftig uppräknings av ersättningarna skedde vid halvårsskiftet 2006 kan de ekonomiska effekterna på kalenderårsbasis ännu inte presenteras.

Inledning

Landstingsförbundet och staten kom den 31 maj 1996 överens om att landstingen fr o m 1 jan 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.

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

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. Den senaste träffades i maj 2006 och gäller till halvårsskiftet 2008..

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 av Migrationsverket högst en månad i efterskott. Härutöver utgår ersättning för kostnader för en vårdkontakt som överstiger 50 000 kronor eller, efter den 1 juli 2006, 100 000 kronor.

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

Överenskommelserna med staten följs upp i samråd mellan parterna. Landstingsförbundet följde i början av år 1998 upp 1997 års ekonomiska utfall av överens

kommelsen. Uppföljningen avseende 1997 visade på nationell nivå en god överensstämmelse mellan landstingens redovisade kostnader och utbetalade schablonersättningar. Däremot fanns betydande kostnadsskillnader mellan olika landsting.

Landstingsförbundet, sedermera Sveriges Kommuner och Landsting, och Utrikesdepartementet har härefter tillsammans med Migrationsverket och Socialstyrelsen utformat enkäter avseende förhållandena 1999 - 2006. Enkäterna är relativt detaljerade och alla landsting har inte haft samtliga efterfrågade uppgifter tillgängliga. Sveriges Kommuner och Landsting svarar för redovisningen och tolkningen av de insamlade uppgifterna.

Resultat

Här redovisas resultatet av enkät avseende 2006 års förhållanden. Samtliga landsting och regioner har besvarat enkäten. Alla genomsnittsberäkningar som redovisas utgår från antalet asylsökande i de redovisade landstingen och regionerna.

Antal asylsökande (tabell 1)

Tabell 1 visar det genomsnittliga antalet personer som omfattas av lagen om mottagande av asylsökande, (LMA) i landstingen. Beräkningarna är ett medeltal av antalet registrerade asylsökande 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 2005.

Observera att tabellen inte visar 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 avvisning.

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 sekretesskäl inte genomföra. Det är en fråga för Socialstyrelsen. Detta innebär också att förbundet exempelvis inte känner till omfattningen av den vård som ges till asylsökande barn med uppgivenhetssymtom.

Besök i öppen hälso- och sjukvård (läkarbesök mm)

De asylsökande är i huvudsak hänvisade till primärvården och landstingens öppna specialistvård. Antalet läkarbesök per person i öppen hälso- och sjukvård är 2,16 för hela gruppen (se tabell 4). Antalet besök minskade med i det närmaste 13 % jämfört med 2004 och med ytterligare 9 % år 2005.

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:

	Besök i primärvård och öppen hälso- och sjukvård, Region Skåne 2001						
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 nivå som redovisas i Landstingsförbundets årsbok tycks det genomsnittliga antalet läkarbesök i öppen vård per asylsökande under år 2006 ungefär detsamma som den bosatta befolkningens i motsvarande åldersgrupper. Någon betydande förändring i förhållande till tidigare år har inte skett.

Antalet besök för sjukvårdande behandling har ökat något i förhållande till 2005. Jämförelsesiffror med befolkningen i övrigt saknas.

Tandvård

Förbundets överenskommelser med staten anger att de asylsökande barnen ska ges samma hälso- och sjukvård samt tandvård som bosatta barn. Varje skolbarn fick under 2006 en avslutad behandlingsomgång. Detta är en ökning med nästa 20% jämfört med 2005. Det är emellertid stora skillnader mellan landstingen. Landstingen i Östergötlands och Jönköpings län ger varje skolbarn två avslutade behandlingsperioder medan asylsökande barn i Malmöhus läns landsting och Landstinget i Kalmar län endast behandlar var tredje skolbarn. Landstingen ska enligt överenskommelsen ge vuxna omedelbar tandvård och tandvård som inte kan anses stå. Likväl får endast varannan vuxen asylsökande någon form av tandvård.

Antal vårddagar i sluten vård

Antalet vårddagar per person i sluten somatisk och psykiatrisk vård överstiger kraftigt befolkningens. Gruppen asylsökande hade år 2006 1,32 vårddagar per individ [antal redovisade vårddagar dividerat med antal asylsökande från samtliga landsting/regioner] (1,49 år 2005). Detta skall jämföras med att motsvarande bosatt population har högst 0,6 vårddag per individ. Antalet vårdtillfällen, dvs inskrivningar, är också betydligt fler för de asylsökande, 0,22 per individ att jämföras med c:a 0,1 för den bosatta populationen i samma åldersgrupper. Antalet vårdtillfällen minskade något mellan 2004 och 2005, från 0,26 till 0,23 men är oförändrat under 2006.

Vårddagar i sluten psykiatrisk vård

Antalet redovisade vårddagar inom sluten psykiatrisk vård för de asylsökande ökade mycket kraftigt åren 2001 och 2002 men minskade något under 2003 till 1,4 och under 2004 till 1,26 vårddagar per asylsökande och år. Vårdbehovet var mycket större än hos den bosatta befolkningen. Under 2005 sjönk antalet vårddagar och antalet vårdtillfällen så kraftigt att det går att tala om ett trendbrott. Antalet vårddagar per asylsökande minskade till 0,89 eller med 30 %. Minskningen har fortsatt under 2006. Antalet vårddagar i sluten psykiatrisk vård per person uppgick då till 0,73. Antalet vårddagar per person har under de senaste två åren minskat med mer än 40 %. Antalet vårdtillfällen har under samma period minskat med 30 %. Likväl har de asylsökande en väsentligt större efterfrågan på psykiatrisk vård än den bosatta befolkningen.

Antalet vårddagar i sluten psykiatrisk vård skiljer sig kraftigt åt mellan landstingen. Som exempel klan nämnas att Landstinget i Jönköpings län visar 1,67 vårddagar per asylsökande under 2006 medan Landstinget Dalarna redovisar 0,12 dagar. Några landsting, däribland Landstingen i Jönköpings och Blekinge län redovisar sedan flera år tillbaka högt antal vårddagar för de vuxna medan andra län, t ex Region Skåne och Norrbottens läns landsting under flera år regelmässigt redovisar lågt antal vårddagar. 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 vårddagar både under 2003 och under 2004 till som högst 1,02 dagar. Under 2005 minskade antalet till 0,81 och under 2006 till 0,47 vårddagar.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det finns stora skillnader mellan landstingen samt att antalet slutenvårdsdagar och antalet vårdtillfällen har sjunkit kraftigt. Minskningen är likartad inom såväl vuxenpsykiatri som barn- och ungdomspsykiatri.

Antalsuppgifterna ska emellertid jämföras med förhållandena i Skåne. Där redovisas 0,33 vårddagar per invånare och 0,014 vårdtillfällen inom den slutna psykiatriska vården i åldersgruppen 19 – 60 år.

Vårddagar i sluten barn- och ungdomspsykiatri

Inom den slutna barn och ungdomspsykiatri, åldersgruppen 7 – 18 år, ökade antalet vårddagar under 2005 från 0,97 dagar till 1,27 dagar. Under 2006 kan man konstatera ett trendbrott. Under 2006 har en minskning skett med c:a 70% till c:a 0,35 dagar. Även detta är väsentligt högre än för bosatta barn, men tendensen till minskad slutenvård för gruppen är tydlig.

Antalet vårdtillfällen ökade 2005 från 0,07 till 0,22 per individ. Även antalet vårdtillfällen har minskat kraftigt under 2006. Minskningen är stor i alla landsting. Antalet slutenvårdsdagar per barn i barnpsykiatri var även under 2001 högt, ungefär 1 dag per barn och år i samma åldersgrupp med en markant minskning under

2002. Fr.o.m 2003 ökade antalet dagar återigen kraftigt samtidigt som barnen med uppgivenhetssymtom uppmärksammades.

Att antalet slutenvårdsdagar även under 2001 var högt uppmärksammades dock inte i den allmänna debatten om barnen med uppgivenhetssymptom, kanske främst därför att antalet asylsökande då var lägre, kapaciteten inom barn- och ungdomspsykiatri inte lika hårt utnyttjad och barn med uppgivenhetssymptom inte då hade identifierats.

Ett särskilt problem här utgör de ”gömda barnen”. De ska erbjudas samma vård som bosatta barn medan deras föräldrar fram till halvårsskiftet 2006 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 sluten barnpsykiatrisk vård.

Vård dagar i sluten somatisk vård

Vårdkonsumtionen per individ i sluten somatisk vård har varit oförändrad sedan 2003. Här är skillnaderna mellan landstingen inte lika stora som inom psykiatri. Det tillgodosedda vårdbehovet överstiger kraftigt den bosatta befolkningens, särskilt eftersom asylsökande inte skall erbjudas lika omfattande vård som de bosatta. Inom den somatiska slutenvården finns emellertid betydligt större vårdresurser än inom psykiatri varför de asylsökandes vårdbehov inte får samma genomslag vad gäller möjligheterna att tillgodose andra angelägna vårdbehov inom ramen för tillgängliga resurser

Hälsundersökningar/hälsosamtal (Tabell 12)

Vilket syfte har hälsundersökningarna och hur många hälsundersökningar genomförs? Dessa har varit återkommande frågor i de utvärderingar som har genomförts. Under den första överenskommelsen ingick ersättning för en hälsundersökning i varje årsschablon. Bakgrunden var ju att hela asylprocessen inte beräknades ta mer än ett kalenderår. I överenskommelsen från 2002 bröts ersättningen för hälsundersökning ut och nu betalar staten för en undersökning av varje asylsökande. Dessa undersökningar ska faktureras separat till Migrationsverket. Härigenom kommer Migrationsverket att få en mer fullständig bild av hur många hälsundersökningar som genomförs inom ramen för överenskommelsen.

Antalet hälsundersökningar/hälsosamtal har minskat

Under 2006 redovisar landstingen 9183 genomförda hälsundersökningar. Detta är nästan 40 % av alla nyanlända asylsökande. Andelen är ungefär densamma som under föregående år. Men landstingen har inte fått ersättning för fler än 7325 samtal. Det innebär att endast c:a 30 % av samtliga nyanlända asylsökande genomgick en hälsundersökning.

Av samtliga hälsosamtal är således ungefär 2000 icke ersatta beroende på att de asylsökande redan har genomgått en hälsundersökning tidigare. Det är tydligt att

det brister i informationen till landstingen men kanske också till den asylsökande om att hälsosamtal har genomförts. Fler än 20 % av hälsosamtalen är i någon mening onödiga, bl.a därför att det inte finns något system som informerar en ny huvudman om att den asylsökande redan har hälsoundersökts och resultatet av denna. Konsekvensen av detta har därmed som nämndes ovan blivit att endast 30 % av nyanlända asylsökande har hälsoundersökts.

Det är otillfredsställande att landstingen inte uppfyller sin del i överenskommelsen mellan staten och SKL avseende hälsoundersökningar. 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.

Det är mycket angeläget att få väl fungerande rutiner för att fånga upp så många nyanlända asylsökande som möjligt till hälsoundersökningar. Socialstyrelsen skulle under 2006 lägga förslag till nya allmänna råd till uppläggning av dessas hälsoundersökningar/samtal. Hittills har inga sådana allmänna råd presenterats. I sammanhanget bör även frågan om uppföljningen av dessa undersökningar, sammanställningar av resultaten och tillvaratagandet av den kunskap de genererar diskuteras.

Gömda barn

I enkäten efterfrågades uppgifter om antalet gömda barn som fått vård. Endast ett litet fåtal landsting uppger att gömda barn har behandlats. Det finns uppenbara svårigheter för landstingen att redovisa både antalet behandlade barn och därmed också kostnaderna för detta. Därför redovisas inte några uppgifter avseende behandling av gömda barn.

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 här baseras på en fastställd prislista och är desamma som landstingen fakturerar varandra i samband med utomlänsvård, försäkringsbolag och för EU-sjukvård. De redovisade kostnaderna för hälso- och sjukvård åt asylsökande är således helt jämförbara 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/100 000 kronor för en enstaka vårdkontakt.

I sammanhanget kan nämnas att landstingen ska redovisa sina kostnader för hälso- och sjukvård exklusive sökta ersättningar för särskilt dyrbar vård, dvs vårdkostna-

der överstigande 50000 kronor eller efter 1 juli 2006 100 000 kronor. Stockholms läns landsting har anmärkt att detta inte har gjorts. Det finns stora svårigheter att i varje enskilt fall reducera vårdkostnaderna med den särskilda ersättningen varför landstingens kostnader i något fall kan vara överskattade.

De redovisade kostnaderna 2006 exklusive kostnader för vård som för en sammanhängande vårdepisod överstiger 50 000/100 000 kronor uppgick till 430 miljoner kronor medan den statliga ersättningen uppgick till 402 miljoner. Den genomsnittliga kostnaden år 2004 per individ uppgick till 14044 kronor (15258 kronor år 2005 och 14940 kr år 2004). Motsvarande kostnader för bosatta år 2004 var 15338 kronor. Den genomsnittliga ersättningen per individ var 13131 kronor (11322 kronor 2005 och 9768 kr år 2004). Kostnaderna per asylsökande har minskat med 6,5 % jämfört med år 2005.

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 sjukvårdskostnader 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.

Landstingens samlade underskott uppgår till c:a 800 Mkr

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvård åt asylsökande påverkas av antalet asylsökande. Under 2006 skedde en betydande ökning av antalet asylsökande från c:a 17 000 2005 till över 24 000 personer. Däremot har antalet personer som väntar på besked om de får stanna eller inte minskat med nästan 2000 personer, bl a till följd av den tillfälliga lagen. Detta medför att antalet personer som omfattas av överenskommelsen har minskat något.

Landstingens samlade underskott inom asylsjukvården för perioden 1997 – 2005 uppgår till c:a 800 Mkr. En starkt bidragande orsak är den höga frekvensen sluten psykiatrisk vård. Under 2006 har en betydande minskning av landstingens underskott skett, trots att de höjda schablonersättningarna endast har utbetalats fr o m 1 juli. En mer definitiv uppskattning av överenskommelsens utfall kan därför inte göras förrän i utvärderingen för år 2007.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård utgör c:a 80 % av totalkostnaderna. Övriga kostnader utgör c:a 13% och tandvårdskostnaderna 7 % av landstingens totala

kostnader. Dessa posters andel av totalkostnaderna har ökat något i förhållande till tidigare år.

Slutenvårdskostnaderna utgör knappt 50 % av kostnaderna för hälso- och sjukvården inklusive ersättningarna för ”50 000/100 000 kronorsfallen”. Detta är något högre än slutenvårdskostnadernas andel av totala vårdkostnader för jämförbara åldersgrupper.

Avslutning

En utgångspunkt för överenskommelsen 1966 var att asylprocessen inte skulle överstiga ett kalenderår. Processen pågår emellertid i många fall både två och tre år. Under denna tid kan ett betydligt större vårdbehov för de asylsökande uppkomma och därmed högre vårdkostnader än om processen avslutats inom ett kalenderår med antingen uppehållstillstånd med folkbokföring eller ett negativt med avvisning. Under 2006 påbörjade de nya migrationsdomstolarna 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. Dessa förhållanden kan ha medverkat till att landstingens kostnader och intäkter börjar närma sig varandra.

Redovisningen för 2006 pekar mot att landstingen börjar få en ersättning för denna vård som motsvarar dess kostnader. Nästa omkostnadsunderökning för 2007 får visa om tendensen är bestående.