

Paperittomien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja sitä koskeva lainsäädäntö eräissä EU-maissa

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ: ASIAKKAAT JA PALVELUT –
OSASTO, PALVELUJÄRJESTELMÄYKSIKKÖ
SILLANPÄÄ LEENA



Sisällys

Johdanto	2
1 Paperittomien sosiaali- ja terveyshuolto eräissä EU-maissa.....	2
1.1 Norja.....	2
1.2 Ruotsi	6
1.3 Tanska	9
1.4 Saksa	12
1.5 Italia	15
1.6 Espanja.....	18
2 Paperittomien sosiaali- ja terveyspalvelut vetovoimatekijänä ja kulueränä?.....	19
2.1 Terveystieteiden houkuttelevuus	19
2.2 Terveystieteiden laiton maahanmuutto Venäjältä	21
2.3 Hoidon rajaamisen kustannukset	23
Lähteet.....	26

Johdanto

Tässä selvityksessä tarkastellaan paperittomien sosiaali- ja terveyspalveluja koskevaa lainsäädäntöä eräissä EU-maissa. Tarkastelun kohteeksi ovat valikoituneet Norja, Ruotsi, Tanska, Saksa, Italia ja Espanja. Kansainvälistä vertailua voidaan hyödyntää lainvalmistelutöissä koskien paperittomien oikeutta julkisen terveydenhuollon palveluihin. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen hallitusohjelmassa vuodelta 2019 on kirjaus paperittomien oikeuden julkisen terveydenhuollon palveluihin laajentamisesta kiireellisestä hoidosta välttämättömään hoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriössä on aloitettu lainsäädäntötyön valmistelu kyseiseen hallitusohjelman kirjaukseen liittyen.

Selvityksen toisessa osassa, luvussa 2 käsitellään aiemmissa paperittomien terveydenhuoltoa koskevissa keskusteluissa esiin nousseita näkökulmia: terveydenhuoltoa vetovoimatekijänä sekä julkista taloutta rasittava kulueränä. Pyrkimyksenä on ollut tarkastella kyseisiä väitteitä tutkimustiedon valossa. Vetovoimatekijöitä tarkasteltaessa fokuksena on erityisesti Venäjä, jonka on useissa keskusteluissa nähty muodostavan suurimman potentiaalisen uhan Suomeen suuntautuvalla laittomalla maahanmuutolle.

1 Paperittomien sosiaali- ja terveyshuolto eräissä EU-maissa

1.1 Norja

Vuonna 2008 Norjan hallituksen toimeksiantona tehdyssä tutkimuksessa todettiin Norjassa olevan 18 196 paperitonta, joista kaksi kolmasosaa oli kielteisen turvapaikkapäätöksen saaneita entisiä turvapaikanhakijoita (Zhang, 2008). Norjan ministeriöt toteavat vuonna 2020 julkaistussa yhteisraportissaan, että tietoa Norjassa oleskelevien paperittomien henkilöiden määrästä ei ole. Tiedossa kuitenkin on, että paperittomia elää ainakin Norjan suurimmissa kaupungeissa. (Norjan ministeriöt, 2020.) Vuoden 2008 jälkeen paperittomien määrästä ei ole tehty uusia laskelmia ja arvioiden tekeminen on vaikeaa puuttuvan tilastotiedon takia. Paperittomien määrän voidaan kuitenkin arvioida lisääntyneen vuoden 2015 jälkeen, kun Norjaan saapui muiden Euroopan maiden tapaan poikkeuksellisen korkea määrä turvapaikanhakijoita, ja juuri entiset turvapaikanhakijat ovat Norjan paperittomien suurin ryhmä.

Norjassa oikeuksista terveydenhuoltoon säädetään laissa potilaan oikeuksista (Pasientrettighetsloven, 1999), jossa todetaan, että kaikilla on Norjassa oikeus kunnalliseen terveydenhuoltoon sekä terveydenhuoltoon erikoissairaanhoidon yksiköissä. Tämän oikeuden ulkopuolelle jäävät kuitenkin henkilöt, joilla ei ole Norjan kansalaisuutta, ja jotka eivät pysyvästi asu Norjassa. Vuoteen 2011 asti kyseistä lakia sovellettiin paperittomien terveydenhuoltoon, mutta laintulkinnallisten epäselvyyksien takia Norjan sosiaali- ja terveysministeriö järjesti vuonna 2011 kuulemisen koskien oikeuksia terveyspalveluihin niiden henkilöiden osalta, joilla ei ole oleskeluoikeutta Norjassa. Vuonna 2011 Norjassa astuikin voimaan erityisasetus, joka koskee paperittomien oikeuksia terveys- ja hyvinvointipalveluihin (Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket). (Øien & Sønsterudbråten, 2011, s. 38-39.)

Paperittomilla on erityisasetuksen puitteissa oikeus kiireelliseen hoitoon erikoisterveydenhuollossa sekä kunnallisessa perusterveydenhuollossa. Kiireellinen hoito on määritelty henkeä uhkaavan tilan akuutiksi hoidoksi tai sellaisen tilan hoidoksi, joka voi aiheuttaa pysyvän toimintakyvyn alenemisen. (Kuusio, Nykänen & Keskimäki, 2017, s. 241-242.) Lisäksi paperittomilla on oikeus ehdottoman välttämättömään hoitoon kunnallisessa terveydenhuollossa (Kvamme & Ytreshus, 2015). Ehdottoman välttämätön hoidon on laissa määritelty olevan hoitoa, joka ei voi odottaa ilman välittämön kuoleman, pysyvän vakavan vamman, vakavan vamman tai vakavan kivun riskiä (Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, 2011). Käytännön soveltamisessa ehdottoman välttämätön terveydenhoito tulee lähelle ensiavunkaltaista kiireellistä terveydenhoitoa eikä tästä syystä juurikaan laajenna paperittomien oikeutta terveystalouteen (Kvamme & Ytreshus, 2015).

Päätöksen hoidosta tekee terveydenhuollon työntekijä hoidon tarpeen arvion pohjalta (Øien & Sønsterudbråten, 2011, s. 38.) Paperittomien terveydenhuoltoa koskevan asetuksen kuulemismuistiossa todetaan, että lääketieteellisen arvioinnin olisi perustuttava oletukseen, että paperiton potilas lähtee maasta kolmen viikon kuluessa ja käyttää tämän jälkeen kotimaansa terveydenhuoltojärjestelmää. Jos katsotaan, että hoitoa voidaan lykätä kolme viikkoa ilman, että lääketieteellinen tilanne kärjistyy, oikeutta terveydenhuoltoon ei synny. (Haddeland, 2019.) Paperittomilla ei ole oikeutta esimerkiksi jälkitarkastuksiin sen jälkeen, kun akuutti tilanne on hoidettu (Aarø & Wyller, 2005).

Raskaana oleville paperittomilla on oikeus julkiseen terveydenhuoltoon ennen ja jälkeen synnytyksen sekä synnytyksen aikana. Lisäksi on oikeus aborttiin. Alle 18-vuotiailla paperittomilla on samat oikeudet terveydenhuoltoon kuin Norjassa pysyvästi asuvilla lapsilla. Paperittomalla on myös oikeus psykiatriseen hoitoon tilanteessa, jossa potilas on henkisesti psyykkisesti epävakaa ja aiheuttaa välittömän ja vakavan vaaran muiden elämälle ja terveydelle. (Kvamme & Ytreshus, 2015.)

Perusterveydenhuollon peruspalveluja paperittomille tarjoaa Oslossa Norjan punaisen ristin ja Norjan evankelisluterilaisen kirkon ylläpitämä terveystalous, jossa on mahdollisuus esimerkiksi lääkärin, psykologin, fysioterapeutin tai sairaanhoitajan tapaamiseen. Lisäksi klinikalla voidaan tehdä joitain laboratoriokokeita sekä tarvittaessa lähete jatkotutkimuksiin. Klinikka toimii pääosin vapaaehtoisvoimin, mutta lääkäri ja hallinnosta vastaava henkilö ovat palkattuja. (Kuusio ym., 2017, s. 241-242.)

Tiettyihin terveydenhuollon palveluihin oikeuttavasta lainsäädännöstä huolimatta, paperittomien pääsyä terveystalouksien piiriin vaikeuttavat terveydenhoidosta perittävät asiakasmaksut. Paperittomien odotetaan kattavan kaikki terveydenhoidon kulut itse, mukaan lukien synnytystä koskevat kulut. Poikkeustilanteet, joissa asiakasmaksuja ei peritä ovat raskauden seuranta, tahdonvastainen psykiatrinen hoito, rokotukset ja tartuntatautihoito. (Kvamme & Ytreshus, 2015; Onarheim ym., 2018.) Paperittomien lasten hoidon kustannuksista ei ole erillistä sääntelyä, mutta on yleisesti hyväksytty käytäntö, että lapset saavat hoitoa ilman korvausvelvollisuutta (Kuusio ym., 2017, s. 241-242).

Käytännössä lain soveltamisessa on kuitenkin tilannekohtaisia eroja, sillä esimerkiksi Haddeland (2019) on todennut, että toisinaan paperittomilta ei lainsäädännöstä huolimatta peritä julkisessa terveydenhuollossa lainkaan maksua tai maksua ei peritä kokomääräisenä. On kuitenkin otettava huomioon, että kirjavasta käytännön soveltamisesta huolimatta lainsäädäntö julkisen terveydenhuollon

maksullisuudesta voi estää paperittomia hakeutumasta hoitoon, sillä lähtökohtaisesti paperiton on korvausvelvollinen saamastaan hoidosta. Paperiton voikin hoidon tarpeesta huolimatta olla hakeutumatta terveydenhoitoon olettaen, että hoito on maksullista. Paperittomien työn teko on myös kriminalisoitu Norjassa eikä paperittomilla ole oikeutta sosiaalietuuksiin. Ainoastaan vastaanottokeskuksissa asuvat paperittomat voivat saada 1930 Norjan kruunun (noin 190 euron) suuruista kuukausittaista tukea. Tämän lisäksi vastaanottokeskuksissa asuvien paperittomien on mahdollista hakea korvausta esimerkiksi välttämättömistä reseptilääkkeistä. (Haddeland, 2019.)

Toinen merkittävä paperittomien pääsyä terveydenhuoltoon vaikeuttava tekijä on sekä paperittomien että hoitohenkilökunnan tiedon puute lainsäädännöstä ja paperittomien oikeuksista. Paperittomilla on todettu olevan hyvin vähän tietoa siitä, millaista terveydenhuoltoa heidän olisi lainsäädännön mukaan mahdollista saada. Toisaalta on myös tapauksia, joissa terveyskeskuksessa paperittomalta on oleskeluluvan puuttumisen vuoksi evätty hoito, johon hänellä olisi lain mukaan ollut oikeus. (Kvamme & Ytrehus, 2015.) Paperittomia on voitu käännättää jopa ensiavusta, koska hänellä ei ole ollut esittää henkilöllisyystodistusta. Lisäksi on esiintynyt tapauksia, joissa paperittomalta on evätty julkisessa terveydenhuollossa mahdollisuus aborttiin tai hoidon saanti krooniseen hepatiitti C –virukseen oli estetty. Näissä tapauksissa hoidon epäämisen perusteena on ollut se, että hoidon ei ole katsottu olevan täysin välttämätöntä tai hoitamatta jättämisen elämää uhkaavaa. (Haddeland, 2019.)

Lain säädännön ja siinä määriteltyjen paperittomien terveydenhuolto-oikeuksien soveltaminen on epäselvää myös mielenterveyspalvelujen kohdalla, sillä lainsäädännössä edellytetään, että paperittoman tulee olla vaaraksi itselleen tai muille, jotta hän voisi saada julkisia mielenterveyspalveluja ensiapuluonteisesti. Lainsäädäntö on johtanut tilanteisiin, jossa potilas jää täysin ilman mielenterveydellistä hoitoa sen jälkeen, kun potilaan itselleen tai muille aiheuttama välitön vaara on saatu neutraloitua esim. tahdonvastaisen hoidon avulla. (Haddeland, 2019.)

Paperittomien keskuudessa on myös esiintynyt pelkoa siitä, että hoitoon hakeutuminen johtaisi automaattisesti kiinni jäämiseen siitä huolimatta, että Norjassa terveydenhuollon työntekijöillä on vaitiolovelvollisuus eikä ilmoitusoikeutta poliisille (Kvamme & Ytrehus, 2015). Myös kolmannen sektorin toimijoilla on vaitiolovelvollisuus (Kuusio ym., 2017, s. 241-242). Haddeland (2019) on todennut, että valtaosa paperittomista ei yhdistä terveydenhuoltoa poliisiin tai maahanmuuttoviranomaisiin ja uskaltaa siksi hakeutua hoitoon. Kuitenkin pelko kiinni jäämisestä voi näytellä syytä olla hakeutumatta terveydenhuoltoon niiden paperittomien kohdalla, jotka pelkäävät poliisia ja piilottelevat. (Haddeland, 2019.)

Norjassa turvapaikanhakijoiden toimeentulon järjestäminen on valtion sekä valtiorahoitteen järjestelmän vastuulla. Tammikuussa 2004 Norjan hallitus hyväksyi uudistuksen, joka epäsi toimeentulotuen sekä asuinpaikan vastaanottokeskuksessa niiltä, jotka ovat saaneet käännätyspäättökseen, ja joiden turvapaikkaprosessi on loppuun käsitelty. Käytännössä uudistus vastaa pitkälti vastaanottopalvelujen päättämistä Suomessa. Uuden linjan käyttöönoton jälkeen asuinpaikka vastaanottokeskuksessa voitiin tarjota vain alaikäisille, lapsiperheille sekä niille, jotka sitoutuvat palaamaan kotimaahansa IOM:n avustetun vapaaehtoisen paluun ohjelman kautta. Uudistuksen tarkoituksena oli kannustaa kielteisen turvapaikkapäätökseen saaneita palaamaan kotimaihinsa paperittomaksi jäämisen sijaan. Kuitenkin

esimerkiksi vuonna 2005 vain 10 prosenttia 592 henkilöstä, joiden asumispalvelut päättyvät vastaanottokeskuksessa vuonna 2004, oli hakenut IOM:n vapaaehtoista avustettua paluuta. Vain 7 prosenttia vapaaehtoista paluuta hakeneista oli poistunut maasta, joten uudistuksen välittämöt vaikutuksen paperittomien halukkuuteen poistua maasta, jäivät heikoiksi. (Aarø & Wyller, 2005.)

Lähteet

Aarø, A. H. & Wyller, H. (2005). Food, Shelter and Health Services: The State's Responsibilities Regarding Persons Without Legal Residence. Oslo: Senter mot etnisk diskriminering (SMED).

Haddeland, Hanna Buer (2019). The Right to Health Care for Irregular Migrants in Norway: Interpretation, Accessibility, and Gaps Between Needs and Rights. *Nordic Journal of Human Rights*, 37(4), 329–349.

Kuusio, H., Nykänen, E. & Keskimäki, I. (2017). Paperittomien oikeudet terveystalviin Suomessa, Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 54, 238–247.

Kvamme, E. & Ytrefhus, S. (2015). Barriers to health care access among undocumented migrant women in Norway. *Society, Health & Vulnerability*, 6 (1).

Onarheim, K., Melberg, A., Meier, B., & Miljeteig, I. (2018). Towards universal health coverage: including undocumented migrants. *BMJ Global Health*, 3(5).

Øien, C., & Sønsterudbråten, S. (2011). *Noway in, no way out. A study of living conditions of irregular migrants in Norway*. Oslo: Fafo.

Zhang, L-C. (2008). *Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway. UDI FoU Report, 1*. Oslo: Statistics Norway.

1.2 Ruotsi

Ruotsissa paperittomien määrästä ei ole tilastotietoa, mutta määrää on yritetty arvioida. Matalimmissa ja korkeimmissa arvioissa paperittomien määrästä on kuitenkin kymmenien tuhansien henkilöiden ero. Ruotsin Socialstyrelsen arvio raportissaan vuonna 2010, että Ruotsissa oleskelee 10 000 – 50 000 paperitonta, joista noin 2000-3000 on lapsia (Socialstyrelsen, 2010). Vuonna 2017 tehdyn arvion mukaan määrä olisi noussut edellisestä arviosta ja asettuisi nyt 20 000 – 50 000 väliin. Valtaosa Ruotsissa elävistä paperittomista on saapunut maahan turvapaikanhakijoina, mutta saanut sittemmin kielteisen turvapaikkapäätöksen ja jäänyt maahan ilman oleskelulupaa (Andersson, Hjern & Ascher, 2018). Paperittomien on arvioitu keskittyvän erityisesti suurimpiin kaupunkeihin, joissa heillä on suurimmat mahdollisuudet työllistyä. Pääosa paperittomasti todennäköisesti työskentelee Ruotsissa ja paperittomista onkin tullut pysyvä osa Ruotsin työmarkkinoita. (Nordling, 2017.)

Ennen vuotta 2013 paperittomilla oli Ruotsin julkisessa terveydenhuollossa oikeus ainoastaan maksulliseen ensiapuun. Vuodesta 2013 Ruotsin lainsäädäntö on antanut täysi-ikäisille paperittomille oikeuden välttämättömään julkiseen terveydenhuoltoon ja suun terveydenhuoltoon. Käytännössä oikeus terveydenhuoltoon on yhtä laaja kuin turvapaikanhakijoiden oikeus terveydenhuoltoon. Välttämättömän hoidon on määritelty olevan hoitoa, jonka antamatta jättämisellä voisi olla vakavia seurauksia henkilölle itselleen, muille ihmisille tai väestölle. Hoidon tarpeen määrittelee lääkäri. Paperittomien on myös mahdollista päästä julkiseen terveydenhuoltoon ilmaiseen terveystarkastukseen. (Kuusio, Nykänen & Keskimäki, 2017.) Paperittomat saavat myös hoitoon liittyvät tutkimukset sekä lääkärin määräämät lääkkeet maksutta. Ruotsissa on linjattu, että myös EU-kansalaiset, jotka ovat ylittäneet kolmen kuukauden viisumivapaan ajan Ruotsissa, ovat paperittomia ja näin ollen oikeutettuja julkisen terveydenhuollon palveluihin. Tilanne on kuitenkin edelleen kiistanalainen niiden EU-kansalaisten kohdalla, joilla ei ole eurooppalaista sairaanhoitokorttia. (Barkensjö ym., 2018.)

Välttämättömän hoidon lisäksi paperittomilla on oikeus äitiysterveydenhuollon palveluihin synnytystä ennen, sen aikana sekä synnytyksen jälkeen. Lisäksi on oikeus raskaudenkeskeytykseen ja ehkäisyneuvontaan. Alle 18-vuotiailla lapsilla ja nuorilla on samat oikeudet julkiseen terveydenhuoltoon kuin Ruotsissa vakituisesti asuvilla lapsilla ja nuorilla. (Kuusio ym. 2017.)

Ruotsin terveydenhuollon ammattilaiset sekä kansallinen terveys- ja hyvinvointilautakunta ovat kritisoineet nykyistä lainsäädäntöä siitä, että ”välttämätön hoito” ja ”hoito, jota ei voida lykätä” eivät ole lääketieteellisiä määritelmiä. Samalla kyseiset käsitteet eivät kaikissa tilanteissa ole yhdenmukaisia terveydenhuollon ammattietiikan kanssa tai ihmisoikeuksien kanssa. Lainsoveltamiseen liittyvät epäselvyydet ovat johtaneet siihen, että hoitohenkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa siitä, millaisiin palveluihin paperittomilla potilailla on oikeus. Tästä syystä paperittomien hoitoon pääsyssä on edelleen puutteita. Lisäksi on esitetty, että henkilöturvattuuden puuttuminen on edelleen suurin este paperittomien tiellä julkisen terveydenhuollon palveluissa. Jopa raskaana olevilta paperittomilta naisilta on evätty pääsy hoitoon, koska hoitohenkilökunnalla ei ole tietoa paperittoman potilaan oikeuksista hoitoon ja hoitojen maksuista. Esimerkiksi raskauden keskeytykseen hakeutuvilta naisilta on vaadittu toimenpiteen maksamista etukäteen. Terveydenhuollossa esiintyvien epäselvyyksien takia raskaana olevien paperittomien naisten on todettu pidättäytyvän hoidosta, vaikka he olisivat päässeet hoidon

piiriin. Tutkimusten mukaan paperittomat odottavat äidit eivät usein saakaan julkisen terveydenhuollon palveluja, joihin heillä olisi oikeus. (Barkensjö ym., 2018.)

Paperittomia hoidettaessa terveydenhuollon työntekijöitä velvoittavat samat salassapitosäädökset ja vaitiolovelvollisuus kuin ketä tahansa muitakin potilaita hoidettaessa. Näin ollen terveydenhuollon työntekijät eivät voi ilmoittaa paperittomasta potilaasta viranomaisille. Ilmoitus tulee lain mukaan kuitenkin tehdä poikkeuksellisesti tilanteessa, jossa paperiton potilas oli syyllistynyt rikokseen, josta voisi seurata vähintään vuoden vankeustuomio. (Kuusio ym. 2017.) Myöskään paperittoman henkilön auttamista ei ole kriminalisoitu ja Ruotsissa toimiikin useita paperittomien oikeuksiin keskittyviä järjestöjä (Nordling, 2017).

Julkisen terveydenhuollon lisäksi paperittomille on tarjolla joitakin kolmannen sektorin ylläpitämiä klinikoita. Ennen paperittomien kuin paperittomien terveydenhuoltoa koskeva laki uudistui, kolmannen sektorin klinikat olivat paperittomien ensisijainen taho, josta oli mahdollista saada terveydenhuollon palveluja. (Barkensjö ym., 2018.) Klinikoiden kävijämäärät ovat kuitenkin kääntyneet laskuun vuoden 2013 jälkeen, jolloin voimaan tulleen lain myötä paperittomien oikeudet julkisen terveydenhuollon palveluihin laajenivat. Klinikoiden tämänhetkisenä tarkoituksena onkin lähinnä tehdä toimintansa tarpeettomaksi ohjaamalla kävijöitä julkiseen terveydenhuoltoon ja antamalla paperittomille neuvontaa ja tietoa oikeuksistaan. (Kuusio ym. 2017.) Paperittomien kanssa työskentelevät esimerkiksi Maailman lääkäri ja Lääkärit ilman rajoja Tukholmassa, Rosengrenska Stiftelsen Göteborgissa ja Deltastiftelsen Malmössä. Osa järjestöistä osallistuu klinikoiden järjestämiseen, mutta osa antaa ainoastaan neuvontaa sekä mahdollisesti taloudellista tukea. (Nordling, 2017.) Monille odottaville äideille järjestöjen tarjoamalla taloudellisella tuella on suuri merkitys myös käytännön tasolla terveydenhuoltoon pääsemisen kannalta, sillä järjestöt tukevat äitejä esimerkiksi julkisen liikenteen maksuissa kotoa neuvolaan (Barkensjö ym., 2018).

Tarkasteltaessa paperittomien oikeutta sosiaalihuoltoon, voidaan huomata, että oikeudet ovat jääneet jälkeen terveydenhuoltoon liittyvistä oikeuksista. Tämän on tulkittu johtuvan muun muassa siitä, että etuuksien maksamista on vaikeampi perustella kuin palvelujen tarjoamista. Sosiaalihuollossa paperittomilla on lain mukaan oikeus ”kiireelliseen apuun”, jonka sisältöä ei ole määritelty. Paperittomien sosiaalihuollosta saama tuki vaihtelee sekä yksilökohtaisesti sosiaalihuollon paperittomien asiakkaiden välillä että aluekohtaisesti kuntien välillä. Tähän mennessä tuomioistuimissa on tehty vain muutamia päätöksiä paperittomien sosiaalihuoltoa koskien, joten tältäkin osin kunnille ei ole soveltamisohjeita ja suuntaviivoja tarjolla. Toisin sanoen yhtenäistä linjaa paperittomille tarjottavista sosiaalipalveluista ei ole. (Nordling 2017.)

Lähteet

Andersson, L., Hjern, A. & Ascher, H. (2018). Undocumented adult migrants in Sweden: mental health and associated factors. *BMC Public Health*, 18 (1).

Barkensjö, M., Greenbrook, J., Rosenlundh, J., Ascher, H. & Elden, H. (2018). The need for trust and safety inducing encounters: a qualitative exploration of women's experiences of seeking perinatal care when living as undocumented migrants in Sweden. *Pregnancy and Childbirth*, 18 (1):217.

Kuusio, H., Nykänen, E. & Keskimäki, I. (2017). Paperittomien oikeudet terveystalvveluihin Suomessa, Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 54, 238–247.

Nordling, V. (2017). *Destabilising Citizenship Practices? Social work and undocumented migrants in Sweden*. (Lund Dissertations in Social Work 51 ed.). Lund: Lund University.

Socialstyrelsen. (2010). Social Rapport 2010 [National Board of Health and Welfare: Social report 2010]. Tukholma.

1.3 Tanska

Tanskassa on universaali verorahoitteinen terveydenhoitojärjestelmä. Järjestelmää voivat käyttää kaikki, jotka ovat rekisteröityneet kansalliseen henkilötietojärjestelmään. Valtaosa terveydenhuollon palveluista on maksuttomia palvelunkäyttäjälle, mutta esimerkiksi hammashoito ja reseptilääkkeet ovat maksullisia. Terveydenhuollossa asioidessaan potilaan tulee esittää kunnan myöntämä sairausvakuutuskortti, jolla oikeus terveydenhuollon palveluihin todistetaan. (Jensen ym., 2011.)

Tanskassa elää vuonna 2019 julkaistun arvion mukaan 22 000-28 000 paperitonta (Larsen & Saksen, 2019). Paperittomien oikeutta terveydenhoitoon koskeva lainsäädäntö on hyvin kapea. Tällä hetkellä ainoastaan Tanskan ulkomaalaislain 42 a §:ssä viitataan suoraan paperittomien oikeuteen saada terveydenhuollon palveluja. Laissa todetaan, että viranomaisille rekisteröityneillä ja vastaanottokeskuksessa oleskelevilla paperittomilla on samat oikeudet terveydenhoitoon kuin turvapaikanhakijoilla. Käytännössä tämä tarkoittaisi kuitenkin sitä, että paperittoman täytyisi hakea turvapaikkaa tai olla halukas lähtemään kotimaahansa. Näin ollen paperittomien oikeus terveydenhoitoon ei toteudu. Terveydenhoidon käyttäminen ei ole myöskään teknisesti mahdollista, sillä paperittomat eivät kuulu kansalliseen henkilötietojärjestelmään, joten heille ei voida myöntää sairausvakuutuskorttia. (Jensen ym., 2011.)

Tilanteeseen sisältyy kuitenkin joitain poikkeuksia. Paperittomilla on mahdollisuus saada ensiapua sen nojalla, että sairaaloilla on velvollisuus hoitaa kiireellistä hoitoa vaativat potilaat oleskelulupastatuksesta riippumatta (Jensen ym., 2011). Kiireellinen hoito on määritelty äkillisen sairastumisen, kroonisen sairauden vaikutuksen tai synnytyksen vaatimaksi hoidoksi. Tanskan lainsäädännössä ei määritellä selvästi sitä, milloin kyseessä on hätätapaus, joka vaatii kiireellistä hoitoa. Tästä syystä päätös hoidosta perustuu lääkärin arvioon hoidon tarpeesta. (Biswas, ym. 2012.)

Kiireellisen hoidon lisäksi paperittomilla on mahdollisuus HIV-testaukseen, mutta heille ei tarjota HI-virukseen hoitoa. Alle 18-vuotiailla lapsilla ja nuorilla on oikeus kiireelliseen hoitoon sekä ennalta ehkäiseviin palveluihin, joihin kuuluvat muun muassa kansallisen rokotusohjelman mukaiset rokotukset, kouluterveydenhuolto sekä hammashoidon palvelut. Julkisen terveydenhuollon palvelut ovat paperittomille maksuttomia, jos hänen asunpaikkansa on tiedossa, jolloin valtio korvaa kiireellisen hoidon kulut palvelun tuottajalle. Muussa tapauksessa paperittoman tulee kattaa hoidon kulut itse. (Kuusio, Nykänen & Keskimäki, 2017.) Paperittomilla on myös mahdollisuus hakea laissa määriteltyä oikeutta laajempaa hoitoa maahanmuuttoviraston kautta, mutta käytännössä tätä reittiä ei juuri-kaan käytetä, sillä maahanmuuttoviranomaisilla on paperittomia koskien ilmoitusvelvollisuus poliisille. (Biswas, ym. 2012; Kuusio ym., 2017.)

Julkisen terveydenhuollon palveluiden lisäksi paperittomille on tarjoilla joitakin kolmannen sektorin ylläpitämiä klinikoita. Tanskan Punainen risti, Tanskan lääkäriliitto ja Tanskan pakolaisneuvosto tuottavat yhteistyössä matalan kynnyksen perusterveydenhuollon palveluja kaikille maahanmuuttajille oleskelulupastatuksesta riippumatta. Kyseisellä klinikalla paperittomilla on mahdollisuus päästä esimerkiksi maksuttomaan lääkärin tarkastukseen. Odottaville äideille on tarjolla raskauden seuranta. Lisäksi pari kertaa kuussa paikalla on fysioterapeutti ja hammaslääkäri. (Biswas, ym. 2012; Kuusio, ym., 2017.)

Tanskassa esteenä paperittomien hoitoon pääsulle on paperittomien heikko tietämys siitä, millaisiin terveyspalveluihin heillä on oikeus. Lisäksi hoitoon hakeutumista haittaa kiinnijäämisen ja karkotuksi tuleminen pelko. Hoitoon hakeutumisen puute tai sen viivästyminen johtavat avun etsimiseen muista lähteistä, kuten kotimaan lääkäreiltä sekä itselääkinnästä. (Biswas, ym. 2012.) Terveystenhoiton henkilökunnan keskuudessa ongelmana on nähty ohjeistuksen puuttuminen, sillä lainsäädännön lisäksi lääkäreille ei ole tarjolla muuta ohjeistusta kiireellisen terveydenhoidon määrittelyn tueksi. (Jensen ym., 2011.)

Lähteet

Biswas, A., Toebes, H., Ascher, H. & Norredam, Marie (2012). Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: A comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands. *Health and Human Rights*, 14(2), 49-60.

Funge, J. K., Boye, M. C., Johnsen, H. & Norredam, M. (2020). “No Papers. No Doctor”: A Qualitative Study of Access to Maternity Care Services for Undocumented Immigrant Women in Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17.

Jensen, N. K., Norredam, M., Draebel, T., Bogic, M., Priede, S. & Krasnik, A. (2011). Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Services Research*, 11(154).

Kuusio, H., Nykänen, E. & Keskimäki, I. (2017). Paperittomien oikeudet terveystalouteen Suomessa, Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 54, 238–247.

Larsen, C. & Saksen, J.R. (2019). *De Illegale Indvandrere i Danmark, 2008–2018*. Rockwool Fonden: Copenhagen, Denmark.

1.4 Saksa

Keski-Euroopassa yleistä hyvinvointivaltiomallia on kutsuttu mm. bismarckilaiseksi malliksi tai Esping-Andersenin mukaan konservatiiviseksi hyvinvointivaltiomalliksi. Esimerkiksi Saksan ja Hollannin sosiaali- ja terveysturvajärjestelmien voidaan nähdä noudattavan kyseistä mallia. Mallille tyypillistä on työsuhteen kautta ansaittu sosiaalivakuutus sekä perheen tehtävän korostaminen osana turvaverkostoa. (Julkunen, 2017; Tanninen, 2008.)

Saksa terveydenhuolto on kaksijakoinen, vakuutusperusteinen järjestelmä. Maassa on lakisääteisiä sairausvakuutuskassoja sekä niiden lisäksi yksityinen sairausvakuutusjärjestelmä. (eu-terveydenhoito.fi.) Jokaisella Saksassa laillisesti oleskelevalla on oltava joko yksityinen tai julkinen sairausvakuutus (Mdm, 2013). Henkilöiden, joilla on lakisääteinen sairausvakuutus, ei tarvitse suorittaa terveydenhuollon tuottajalle (esimerkiksi lääkärilleen) etukäteismaksua saamansa hoidon hinnasta. Sen sijaan palvelun tuottaja laskuttaa tuottamansa palvelun potilaan lakisääteiseltä sairausvakuutusyhtiöltä eli sairausvakuutuskassalta. (eu-terveydenhoito.fi.) Sairausvakuutuskassoilla on lakisääteinen velvollisuus ottaa hoitoon kuka tahansa vakuutettu terveydentilasta riippumatta. Palveluntuottajan palkkiomaksu riippuu potilaan tulotasosta ja sen maksamisesta vastaavat potilas sekä hänen työnantajansa yhteisvastuullisesti. Lääkinnälliset kulut katetaan lähes täysin vakuutuksella. (Flegar, Dalli & Toebes, 2016.)

Turvapaikanhakijoiden oikeus terveydenhuoltoon perustuu Saksassa lakiin turvapaikanhakijoiden tuesta (*Asylbewerberleistungsgesetz*) sekä asuinpaikkalakiin (*Aufenthaltsgesetz*). Laki turvapaikanhakijoiden tuesta soveltuu myös paperittomiin silloin, jos paperittoman käännyttämisestä on tehty päätös, mutta päätöstä ei pysty väliaikaisesti toimeenpanemaan. Käännytyspäätöksen ei tarvitse olla lainvoimainen. Lain ulkopuolella ovat kuitenkin ne paperittomat joiden katsotaan tarkoituksen mukaisesti pyrkineen hyötymään turvapaikanhakijoiden tuesta säädetystä laista sekä ne, joita ei voida käännyttää tai karkottaa heidän omasta toiminnastaan johtuen. (Flegar, ym., 2016.) Laki turvapaikanhakijoiden tuesta antaa lain piiriin kuuluville henkilöille oikeuden saada maksutonta julkista terveydenhoitoa akuuttiin sairauteen tai kipuun. Myös lääkkeet, sidetarpeet sekä muut parantumiseen ja kuntoutumiseen tarvittavat tarvikkeet turvataan. Raskaana olevilla naisilla on oikeus saada lääketieteellistä apua ja hoitoa sekä tarvittavat lääkkeet. (Flegar ym., 2016.)

Laittomasti maassa oleville ja laittomasti työskentelevillä ei ole oikeutta ensiapua laajempaan julkiseen terveysvakuutukseen (Castañeda, 2009). Muita palveluja voidaan tarjota, jos ne ovat terveydelle välttämättömiä taikka lapsen tarpeiden kannalta välttämättömiä. (Flegar, ym., 2016.) Sitä, millaisissa tapauksissa tavallista laajempaa poikkeusmenettelyä voidaan käyttää, ei ole ohjeistusta (Bozorgmehr, Dieterich & Offe, 2019). Tartuntatautilakiasetuksen (*Infektionsschutzgesetz*) perusteella paperittomilla on pääsy hoitoon ja testaukseen koskien sukupuolitauteja sekä tuberkuloosia (Mylus & Fewer, 2015). Paperittomien lasten rokottamisesta säädetään osavaltiotasolla. Tästä syystä käytännössä on alueellisia eroja. Esimerkiksi Berliinissä lapsi- ja nuorisoterveyspalvelu (*Kinder- und Jugendgesundheitsdienst*) tarjoaa ehkäisevänä terveydenhuoltona mm. rokotuksia ja kuvantamista lapsille oleskelulupastatuksesta riippumatta. (Flegar ym., 2016.)

Toisin kuin turvapaikanhakijan, paperittoman täytyy ensiapua laajempia maksuttomia julkisen terveydenhuollon palveluja hakeakseen todistaa varattomuutensa todistuksella, joka hänen on mahdollista saada sosiaalitoimistosta. Paperittoman tapausta käsittelevällä työntekijällä on kuitenkin velvollisuus ilmoittaa maahanmuuttoviranomaisille henkilöstä, joka oleskelee maassa laittomasti. Tämä tarkoittaa sitä, että paperittoman identiteetti voi tulla ilmi viranomaisille jo ennen kuin hän saa hoitoa. Viimeistään näin käy kuitenkin todennäköisesti hänen päästessään hoitoon, sillä myös hoitohenkilökunnalla on velvollisuus ilmoittaa laittomasti maassa oleskelevasta henkilöstä maahanmuuttoviranomaisille. (Mylius & Fewer, 2015.) Asuinpaikkalaissa (*Aufenthaltsgesetz*) säädetään, että Saksassa laittomasti oleskelevasta henkilöstä tulee ilmoittaa viranomaisille, jos hän asioi ”julkisissa palveluissa”, joita ei ole tarkemmin määritelty. Lisäksi sama laki kieltää laittomasti maassa olevan auttamisen. Kyseisestä rikoksesta auttaja voidaan tuomita sakkoihin tai jopa viideksi vuodeksi vankeuteen. Ilmeisesti lainsäädännön tarkoituksena on ollut ihmiskauppaan puuttuminen, mutta lain muotoilun takia se on sovellettavissa kehen tahansa paperitonta auttavaan. (Castañeda, 2009.)

Saksassa paperittomien hoitoon pääsyn on nähty olevan vaikeaa ja hoidon puutteellista monimutkaisen lainsäädännön takia (Castañeda, 2009). Esimerkiksi useat riippumattomat terveysjärjestöt ovat ilmaisseet huolensa Saksan paperittomien terveydenhuollon tilasta ja pyrkineet paikkaamaan aukkoja terveyspalveluissa. Järjestöt kuten Medinetz, Medibüro ja Medizinische Flüchtlingshilfe pyrkivät edistämään oikeutta terveyspalveluihin kaikille oleskelulupatilanteesta riippumatta. Lisäksi ne ovat argumentoineet sen puolesta, että terveyspalvelujen tulisi olla paperittomille maksuttomia, mikäli mahdollista. (Flegar, ym., 2016.) Myös turvapaikanhakijoiden tuesta säädettyä lakia sekä turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon järjestämistä on kritisoitu muun muassa siitä, että ”välttämättömien terveyspalvelujen” käsite on epämääräinen. Lisäksi vastuuta paperittomien ja turvapainahakijoiden terveyspalvelujen järjestämisestä ei ole hallinnollisesti keskitetty. Epäselvyydet hallinnossa ja lainsäädännössä ovat johtaneet siihen, että kohderyhmälle tarjolla olevat terveyspalvelut eivät ole yhteisiä kansallisella tai alueellisella tasolla. (Bozorgmehr, ym., 2019.)

Sairaaloilla on lakisääteinen velvollisuus tarjota ensiapua kaikille tarvitseville – myös paperittomille. Todellisuudessa sairaalat eivät kuitenkaan aina täytä tätä velvollisuutta, sillä sairaalat ne eivät aina saa korvausta paperittoman hoidosta, vaikka paperiton olisi varattomuuden takia kykenemätön kattamaan hoitonsa kuluja. Tämä on johtanut tilanteisiin, joissa paperittomia on käännytetty sairaaloista tai heille on tarjottu heikkotasoisia hoitoa. (Die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, 2019.) Useat Saksan osavaltiot ovat tehneet aloitteita paperittomien perusterveydenhuollon järjestämiseksi. Esimerkiksi Berliinissä on otettu käyttöön anonyymi terveysvakuutuskortti, joka mahdollistaa paperittomien terveydenhuoltoon ilman pelkoa kiinnijäämisestä. Laajempaa tai valtiotasoisia järjestelmää ei ole kuitenkaan kehitetty. (Flegar, ym., 2016.)

Lähteet

Bozorgmehr, K., Dieterich, A. & Offe, J. (2019). UN concerned about the right to health for migrants in Germany. *The Lancet*, vol. 393.

Castañeda, H. (2009). Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine*, 68.

Die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (2019). *Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere*. Berlin: Diakonie Deutschland.

EU-terveydenhoito.fi. *Saksa*. Verkko-osoite: <https://www.eu-terveydenhoito.fi/terveyspalvelut-ulko-mailla/maakohtaista-tietoa-terveyspalveluista/saksa/>. Luettu 6.4.2021.

Flegar, V., Dalli, M. & Toebes, B. (2016). Access to Preventive Health Care for Undocumented Migrants: A Comparative Study of Germany, the Netherlands and Spain from a Human Rights Perspective. *Laws*, 5 (9).

Julkunen, R. (2017). *Muuttuvat hyvinvointivaltiot: eurooppalaiset hyvinvointivaltiot reformoitavina*. Jyväskylän yliopisto.

MdM (2013). *Access to healthcare in Europe in the times of crisis and rising xenophobia. An overview of the situation of people excluded from system*. Paris: Doctors of the World – Médecins du monde International Network.

Mylius, M. & Frewer, A. (2015). Access to healthcare for undocumented migrants with communicable diseases in Germany: a quantitative study. *European Journal of Public Health*, 25 (4), 582–586

Tanninen, H. (2008). *Hyvinvointivaltiomallit ja talouden toiminta*. Helsinki: Palkansaajien tutkimuslaitos.

1.5 Italia

Italiassa julkisesta terveydenhuollosta vastaa terveysministeriö. Alueet sekä itsehallintoalueet vastaavat terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta. (EU-terveydenhoito.fi.) Italian perustuslain 32 pykälä takaa terveydenhuollon kaikille varallisuudesta riippumatta. Pykälän mukaan valtiolla on velvollisuus suojella terveyttä yksilön perusoikeutena. Paperittomien oikeus terveystalveluihin tuli voimaan vuonna 1998 maahanmuuttolain asetuksessa (Testo Unico sull'Immigrazione no. 286/1998), jossa taattiin paperittomille joitakin peruspalveluja kuten rokotukset, äitiysterveystenhuolto, ehkäisy sekä terveydenhuolto alaikäisille. (Piccoli, 2020.)

Viimeisen kymmenen vuoden aikana kansallisten säädösten täyttöön panossa on kuitenkin ollut useita alueellisia haasteita, koska Italian lainsäädössä maahanmuuttoasiat kuuluvat valtion toimivaltaan, kun taas terveydenhuoltoasiat kuuluvat alueellisille hallintoelimille. Aluehallinnon ja valtion väliset ristiriidat eivät kuitenkaan johdu lainsäädännöstä vaan täytäntöönpanosäännösten puutteesta, joka johtaa kansallisen lainsäädännön tehottomuuteen. Ongelman ratkaisemiseksi valtion, alueiden ja itsehallintoalueiden konferenssi ratifioi vuoden 2012 lopussa sopimuksen (”Valtion ja alueiden sekä autonomisten maakuntien sopimus”), jossa määritellään maahanmuuttajien terveydenhuolto koskevat kansallisen lainsäädännön periaatteet, joita ei ole tähän mennessä noudatettu. Valtion, alueiden ja itsehallintoalueiden välisessä sopimuksessa (joka ratifioitiin yksimielisesti 20. joulukuuta 2012) määrätään eri säännösten täytäntöönpanosta alueiden puolesta. (NAGA, 2019; Piccoli, 2020, s. 1500).

Alaikäisten (alle 18-vuotiaiden) paperittomien on mahdollista saada julkista terveydenhuoltoa, rekisteröityään alueelliseen terveystalveluun. Tämä koskee myös EU:n ulkopuolisten laittomien (tai paperittomien) maahanmuuttajien lapsia sekä kaikkiin ilman huoltajaa oleviin alaikäisiin. EU:n paperittomien maahanmuuttajien lasten ei tarvitse ilmoittautua alueelliseen terveystalveluun, vaan he voivat saada terveydenhuoltoa toisenlaisen hallinnollisen menettelyn kautta saatuaan ei-rekisteröidyn eurooppalaisen koodin. (NAGA, 2019.)

Yli 18-vuotiaat paperittomat maahanmuuttajat eivät voi rekisteröityä julkiseen terveydenhuoltoon, elleivät he kuulu tiettyihin erityisryhmiin, kuten raskaana oleviin naisiin (vain EU:n ulkopuolelta tulleille paperittomille), Italian kansalaisten sukulaisiin, ihmiskaupan uhreihin, oleskelun laillistamista odottaviin maahanmuuttajiin ja vankeihin. Muut täysi-ikäiset paperittomat voivat saada terveydenhuollon palveluja ”tilapäisesti maassa oleskelevan ulkomaalaisen” (*straniero temporaneamente presente*) tai ”ei-rekisteröidyn eurooppalaisen” kortilla, jotka ovat tyypillisesti voimassa 6 kuukautta kerrallaan. Kortti oikeuttaa haltijansa julkisen terveydenhuollon palveluihin, jotka vastaavat laajuudeltaan Italian kansalaisten saamia palveluja. Myös terveydenhuollon maksut ovat tällöin samat kuin Italian kansalaisille ja pysyvästi Italiassa oleskeleville. terveydenhuollon kuluja ei kuitenkaan peritä kolmansista maista tulevilta maahanmuuttajilta, mikäli heidän todetaan olevan pitkäaikaisesti varattomia. (da Costa Leite Borges & Guidi, 2018; NAGA, 2019.)

Tilapäisesti maassa olevan ulkomaalaisen koodi voidaan myöntää, kun henkilö on tehnyt ilmoituksen varattomuudesta ja antanut seuraavat tiedot: etunimi, sukunimi, syntymäaika, syntymäpaikka. Tiedot

voidaan antaa tarvittaessa myös suullisesti ilman henkilöllisyystodistusta. Ei-rekisteröidyn eurooppalaisen koodia haettaessa hakijan todistustaakka on vahvempi. Koodi voidaan myöntää, kun henkilö on esittänyt EU:n lainsäädännön mukaisen henkilöllisyystodistuksen; lausunnon, joka osoittaa, että henkilö asuu alueella; lausunnon, joka osoittaa, että häntä ei ole merkitty väestörekisteriin; lausunnon, joka osoittaa, että hän ei voi ilmoittautua kansalliseen terveydenhoitojärjestelmään; lausunnon siitä, että hänellä ei ole yksityisten yhtiöiden kanssa solmittua sairausvakuutusuojaa sekä lähtömaan antaman lausunnon, joka osoittaa, että hänellä ei ole oikeutta terveydenhoitoon. Näiden lisäksi vaaditaan allekirjoitettu ilmoitus varattomuudesta. (NAGA, 2019.)

Paperittomilla on oikeus kiireelliseen hoitoon ja välttämättömään hoitoon. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan kaikkea lääketieteellistä hoitoa, jota ei voida lykätä vaarantamatta henkilön henkeä ja terveyttä. Kiireellinen hoito on hoidettavalle maksutonta. Välttämättömän hoidon taas on määritelty tarkoittavan terveys-, diagnoosi- ja hoitopalveluja, jotka liittyvät sairauksiin, joita ei pidetä vaarallisina välittömästi ja lyhyellä aikavälillä, mutta jotka voivat aiheuttaa terveyshaittaa tai muuttua ajan mittaan hengenvaarallisiksi. Välttämättömän hoidon palveluihin katsotaan kuuluvan mm. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avohoitopalvelut, joita tarjotaan eri puolilla maata sijaitsevilla terveydenhuoltolaitoksissa, kuten klinikoissa ja sairaaloissa, jotka voivat toimia yhteistyössä vapaaehtoisten yhdistysten kanssa. Oikeus välttämättömään hoitoon koskee myös elinsiirtoja ja luuydin-siirtoja. Sopimuksen mukaan ei-rekisteröidyillä Euroopan kansalaisilla oikeutta proteesileikkauksiin ja elinsiirtoihin ei kuitenkaan ole. Lisäksi välttämättömän hoidon palveluihin kuuluu sairaalahoido, johon voidaan ohjata lääkärin arvion perusteella. (NAGA, 2019.)

Lainsäädännössä on määritelty kiireellisen tai välttämättömän hoidon jatkuvuuden periaate, mikä tarkoittaa, että potilaille on annettava parantumisen kannalta riittävät diagnoosi-, hoito- ja kuntoutusjaksot täysimääräisinä. Arvion hoidon välttämättömyydestä ja kiireellisyydestä tekee lääkäri. Terveydenhuollon henkilöstöllä ei ole oikeutta ilmoittaa paperittomasta maahanmuuttoviranomaisille tai poliisille paitsi, jos tilanne edellyttäisi samaa menettelyä myös Italian kansalaisten kanssa ja ilmoituksen tekeminen olisi tilanteen luonteen takia ”pakollista”. (NAGA, 2019.)

Italiassa toimii myös järjestöjä, jotka täydentävät paperittomille tarjottavia terveydenhuollon palveluja. Esimeriksi Lääkärit ilman rajoja (MSF) on tarjonnut vuodesta 2013 alkaen Italiassa apua mm. julkisissa paperittomille tarkoitetuissa terveyskeskuksissa. MSF on toiminut mm. Basilicatan alueella Etelä-Italiassa tarjoten terveydenhuoltopalveluja maataloudessa päivätyötä tekeville maahanmuuttajille, jotka usein ovat paperittomia. (MSF, 2019.)

Lähteet

da Costa Leite Borges, D., & Guidi, C. (2018). Rights of access to healthcare for undocumented migrants: understanding the Italian and British national health systems. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 11(4).

EU-terveydenhoito.fi. *Italia*. Verkko-osoite: <https://www.eu-terveydenhoito.fi/terveyspalvelut-ulko-mailla/maakohista-tietoa-terveyspalveluista/italia/>. Luettu 16.4.2021.

MFS (2019). *International activity report*. Verkko-osoite: <https://www.msf.org/international-activity-report-2019/italy>. Luettu 16.4.2021.

NAGA Association (2019). *Italian health legislation for irregular migrants and current accessibility at regional level*.

Piccoli, L. (2020). Traditions of regional citizenship: Explaining subnational variation of the right to healthcare for undocumented immigrants. *Regional Studies*, 54(11), 1498-1507.

1.6 Espanja

Espanjassa julkisesta terveydenhuollosta vastaa Sistema Nacional de Salud (SNS). SNS toimii hajautettuna terveydenhuoltojärjestelmänä, mutta palvelujen hallinnointi on siirretty paikallisille hallintoalueilla. Perinteisesti Espanjassa on ollut koko Euroopan inkluusiivisimmat julkiset terveystalot paperittomille, sillä Espanjan yleinen terveyslaki (4/2000) takaa kansalaisuudesta tai oleskelulupastuksesta riippumatta julkisen terveydenhuollon kaikille Espanjassa asuville, jotka ovat rekisteröityneet paikalliseen siivilirekisteriin (Padrón Municipal de Habitantes). Vuonna 2003 lakia laajennettiin edelleen sitä, että julkisen terveydenhuollon palvelut taattiin kaikille palvelun käyttäjän taloudellisesta tilanteesta riippumatta. (Piccoli, 2020.)

Vuonna 2012 tilanne muuttui kuitenkin nopeasti päinvastaiseksi, kun Espanjan parlamentti hyväksyi osana säästötoimia kuninkaallisen lakiasetuksen (Royal Decree Law 16/2012) huolimatta yleisestä terveystalosta. Kyseinen asetus satoi julkiset terveystalot sosiaaliturvaan, jolloin paperittomat jäivät palvelujen ulkopuolelle. Paperittomilla oli mahdollisuus hankkia 60 euron kuukausihintaan tai 157 euron kuukausihintaan paperittoman ollessa oli 65-vuotias. (PICUM, 2016.) Ilman vakuutusta paperittomilla oli oikeus julkiseen terveydenhuoltoon maksutta vain poikkeustapauksissa, joita olivat ensiapu, äitiysterveys sekä perusterveydenhuolto alle 18-vuotiaille lapsille (Piccoli, 2020, s. 1500).

Viimeisin muutos lakiin tehtiin vuonna 2018, jolloin paperittomien oikeus julkiseen terveydenhoitoon palautettiin vuoden 2003 lainsäädäntöä vastaavaan laajuuteen. Varsin uuden muutoksen takia, Espanjan tilanteesta ei toistaiseksi ole löydettävissä ajankohtaista, kansainvälistä tutkimustietoa tai lakianalyysejä.

Lähteet

Piccoli, L. (2020). Traditions of regional citizenship: Explaining subnational variation of the right to healthcare for undocumented immigrants. *Regional Studies*, 54(11), 1498-1507.

2 Paperittomien sosiaali- ja terveyspalvelut vetovoimatekijänä ja kulueränä?

2.1 Terveystieteiden houkuttelevuus

Keskustelu paperittomien oikeuksien laajentamisesta Suomen sosiaali- ja terveyspalveluissa on herättänyt huolta paperittomien määrän lisääntymisestä. Taustalla on ajatus siitä, että paperittomien nykyistä laajemmat oikeudet sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin toimitettiin niin sanottuna ”vetovoimatekijänä”, joka houkuttelisi maahan paperittomia sosiaali- ja terveyspalveluista hyötymisen toivossa. Terveyspalveluiden käyttämiseen liittyviä vetovoimatekijöihin on toisinaan myös Suomessa viitattu julkisessa keskustelussa ”terveysturismina”. Kyseisen käsitteen käyttäminen ei kuitenkaan ole suositeltavaa, sillä se sekoittaa globaalien rajojen yli tapahtuvan matkustamisen ja muuttoliikkeen kaksi ääripäätä toisiinsa: vapaa-ajan turismin sekä yhteiskunnan marginaalissa tapahtuvan paperittomuuden.

”Vetovoimatekijäajattelun” taustalla voidaan nähdä vaikuttavan uusklassisiin talousteorioihin lukeutuva teoria maahanmuuton gravitaatiomallista, jossa maahanmuuttoon vaikuttavat syyt jaetaan työntäviin tekijöihin (push factors) ja vetäviin tekijöihin (pull factors). Jaottelu on kuitenkin yksinkertainen erityisesti silloin, kun tarkastelun kohteena on pakkomuutto, sillä gravitaatiomalli tarkastelee maahanmuuttajaa tietoisena toimijana, joka punnitsee vaihtoehtojaan sekä muuton hyötyjä ja haittoja. Samalla lähtökohtaisena oletuksena on, että muuttajalla on käytössään laajasti tietoa, jota analysoida ja hyödyntää tehdessään valintaa siitä, mihin maahan suunnata. Pakkomuuttajat, pakolaiset tekevät kyllä valintoja tietojensa pohjalta, mutta kehys, jossa valinnat tehdään, on rajallinen matkustusrajotusten, taloudellisen tilanteen, salakuljettajien ja salakuljetusreitien sekä lukuisten muiden syiden takia. Pakolaisen lähdön motivaationa on samaan aikaan sekä hengenvaarallinen yhteiskunnallinen tilanne asuinmaassa, että halu elää turvallisessa paikassa. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden kohdalla ei voidakaan puhua ”kohdemaan vallinnasta” – ehkä pikemminkin ”ensisijaisesta vaihtoehdosta”, johon pyritään. Siihen, miten ensisijainen vaihtoehto valikoituu, vaikuttavat suuresti kuulo- ja mielikuvat kyseisestä maasta. Tutkimusten mukaan esimerkiksi faktuaalisella maahanmuuttopolitiikalla ja esimerkiksi maahanmuutto politiikan kiristämällä on vain hyvin vähän todellisia vaikutuksia turvapaikanhakijoiden halukkuuteen hakeutua tiettyyn maahan, sillä pääsääntöisesti mielikuvat maista rakentuvat perheen ja ystävien kertomuksille, joiden totuusarvo on heikko. (Crawley & Hagen-Zanker, 2018.)

Tarkasteltaessa paperittomien määrä ja määrän kehityksiä Suomessa, on kiinnitettävä huomiota siihen, miten ja mistä paperittomia tulee. Ulkomaalainen on Suomeen saapuessaan vain harvoin paperiton. Suomessa elävistä paperittomista valtaosa turvapaikka- ja vastaanottojärjestelmän ulkopuolelle jääneitä henkilöitä, jotka ovat hakeneet turvapaikkaa, mutta saaneet kielteisen päätöksen hakemuksensa. (Ahonen & Kallius, 2019.) Toisin sanoen, tarkasteltaessa ”vetovoimatekijöitä”, jotka houkuttelisivat paperittomia Suomeen, on tosiasiaa tarkasteltava niitä motivaatiotekijöitä, jotka vaikuttavat turvapaikanhakijoiden hakeutumiseen tiettyyn maahan. Kielteisen turvapaikkapäätöksen saaneet eivät ole saapuneet Suomeen tarkoituksessa elää paperittomana, sillä he ovat turvapaikkaprosessin kautta pyrkineet laillistamaan maassa oleskelunsa. Paperittomia heistä tulee, kun päätös turvapaikasta

on kielteinen eikä oleskelun laillistaminen ole mahdollista muulla perusteella tilanteesta johtuen. Voidaan siis todeta, että useimmiten ulkomaalaisesta tulee paperiton harjoitetun maahanmuuttopolitiikan ja –lainsäädännön seurauksena. Ilmiöstä voidaan käyttää nimitystä ”paperittomuuden tuottaminen”, joka korostaa yhteiskunnan roolia paperittomuuden synnyssä. Paperittomat jäävät vain harvoin oleskelemaan pitkäksi aikaa Suomeen. Sen sijaan he hakeutuvat muihin Euroopan maihin, jossa mahdollisuudet työskennellä pimeillä työmarkkinoilla ovat Suomea laajemmat. (Ahonen & Kallius, 2019.)

Suomessa paperittomien määrän lisääntymiseen ovat vaikuttaneet muutokset maahanmuuttopolitiikan ja lainsäädännön soveltamisessa. Esimerkiksi vuonna 2016 humanitaarisen suojelun perusteella myönnettävä oleskelulupa poistettiin oleskelulupavaihtoehdoista. Muutos merkitsi sitä, että kansainvälisen suojelun perusteella myönnettävät oleskeluluvat kaventuivat turvapaikkaan ja toissijaiseen suojeluun. Uudistuksen seurauksena paperittomiksi jäi ihmisiä, joiden perusteet kansainvälisen suojelun saamiseen eivät enää täytyneet, vaikka heillä olisi aiemman lainsäädännön perusteella ollut mahdollisuus lailliseen oleskeluun Suomessa humanitaarisin perustein. (Ahonen & Kallius, 2019.) Toinen merkittävä käänne tapahtui vuoden 2015 jälkeen, kun Maahanmuuttovirasto laajensi turvallisiksi alueiksi määriteltyjen lähtömaiden aluetta. Uuden linja mukaan esimerkiksi Irak ja Afganistan luokiteltiin maiksi, joihin palaaminen on turvallista ainakin alueellisesti. Vaikka jokainen turvapaikkahakemus harkitaan yksilöllisesti, vei linjauudistus lähtökohtaisesti pois mm. irakilaisten ja afganistanilaisten perusteet turvapaikkaan. (Saarikkomäki ym., 2018.)

Mikäli oikeus terveystalouteihin näytelisi merkittävää vetovoimatekijää, voitaisiin tämän näkyvän vuoden 2015 turvapaikanhakijaluissa siten, että suurimpia kohdemaita olisivat olleet maat, jotka tarjoavat laajimmat terveystaloutet turvapaikanhakijoille ja paperittomille. Terveystaloutta painottaen vetovoimatekijääjattelun logiikalla Ranskan tulisi olla suosituin kohdemaata vertailtaessa sitä, Saksan ja Iso-Britannian kanssa, sillä toisin kuin edellä mainituissa maissa, Ranskassa on terveystalouten ammattikoodisto kieltää ehdottomasti terveystaloutessa potilaana olevan paperittoman ilmoittamisen viranomaisille. Tästä huolimatta Saksan turvapaikanhakijamäärä oli vuonna 2015 väkilukuun suhteutettuna 5 kertaa suurempi kuin Ranskassa. (Ingleby & Petrova-Benedict, 2016, s. 37-38.) Esimerkiksi Ingleby ja Petrova-Benedict (2016) ovatkin todenneet, etteivät ole onnistuneet laajassa IOM:lle tekemässään kansainvälisessä selvityksessä löytämään tukea väitteelle siitä, että terveystalouten laajuus korreloisi paperittomien määrän kanssa. Myös Maailman lääkärit (Mdm) on todennut, että Euroopassa järjestön potilaiden keskuudessa usean vuoden aikana kerätty data osoittaa, että vain harva paperittomien palveluja käyttävä on tiennyt terveystaloutesta tilastaan ennen maahanmuuttoa tai ollut tietoinen Euroopan maissa tarjotuista terveystaloutista. Esimerkiksi vuonna 2012 kerätyn datan pohjalta terveystalouten osuus kaikista maahanmuuton syistä turvapaikanhakijoiden ja paperittomien keskuudessa oli vain 1,6 prosenttia. (Mdm, 2013, s. 28).

Käsitystä siitä, etteivät paperittomat ole tietoisia terveystaloutista, joihin heillä olisi oikeutus, vahvistavat esimerkiksi Norjassa tehdyt huomiota. Norjassa terveystaloutta tarvitsevat paperittomat eivät usein hoidon tarpeesta huolimatta hakeudu hoitoon, koska heillä ei ole oikeuksistaan terveystalouten hoitoon. Esimerkiksi Norjassa on esiintynyt tapauksia, joissa raskaana olevat naiset ovat hakeutuneet hoitoon ensimmäistä kertaa vasta raskausviikon 32 jälkeen. Samalla havainnot vahvistavat käsitystä siitä, että paperittomilla ei usein ole tietoa terveystaloutistaan kotimaassaan tai terveystaloutsongelmat

alkavat vasta kohdemaassa. Näin voi tapahtua esimerkiksi raskaan fyysisen työn seurauksena. (Kvamme & Ytrehus, 2015.)

Myös Ruotsin valtiokonttori on vuonna 2016 tekemässään laajassa paperittomia koskevassa selvityksessään todennut, että lailla paperittomien terveystaloudesta ei ole mainittavaa merkitystä Ruotsiin kohdistuvaan maahanmuuttoon. Lain ei uskota lisänneet kiinnostusta hakeutua elämään Ruotsiin paperittomana, sillä paperittomien täytyy edelleen itse huolehtia taloudellisesta toimeentulostaan. Terveystalouksiin pääsyä suurempana tekijänä Ruotsin valtiokonttori näkee maahantulijoiden verkostot, joiden avulla pyritään löytämään työ, toimeentulo ja asunto. Lisäksi valtiokonttori toteaa, että paperittomilla on mahdollisuus saada hoitoa myös muissa EU-maissa, joten maahan hakeutuminen ainoastaan terveydenhuollon takia ei vaikuta loogiselta. (Statistikmyndigheten, 2016.)

2.2 Terveystaloustieteinen laiton maahanmuutto Venäjältä

Erityisenä huolena paperittomien oikeutta sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskevassa keskustelussa on ollut Suomen lähialueiden, mukaan lukien Venäjän terveydenhuollon heikkotilanne, jonka on ajateltu houkuttelevan Suomeen ihmisiä, jotka haluavat hyödyntää Suomen terveydenhuoltoa. Esiin on nostettu esimerkiksi Venäjän HIV/AIDS-positiiviset, jotka eivät usein Venäjällä saa tarvitsemaansa antiretroviraali- eli HAART-lääkitystä (*highly active antiretroviral therapy*). Lisäksi Venäjältä Suomeen liikkumisen nähdään luonnollisesti olevan helppoa maantieteellisen sijainnin takia, mikä on nähty potentiaalisena laitonta maahanmuuttoa lisäävänä riskitekijänä.

Venäjän valtio on Putin-Medvedev –kaudella vuodesta 2005 alkaen tehnyt merkittäviä uudistuksia Venäjän sosiaali- ja terveydenhuoltoon, joka Yeltsinin kaudella Neuvostoliiton hajottua ajettiin pitkälti alas taloudellisista syistä. Viime vuosien sosiaali- ja terveystaloustieteiset uudistukset ovat kuitenkin kohdistuneet ilmiöihin, jotka nähdään prioriteetteina ja riskeinä Venäjän talous- ja turvallisuustaloustieteille. Suurimpana investointien kohteena ovat olleetkin lapsiperheiden palvelut, joilla on pyritty kannustamaan perheitä lasten hankintaan. Investoinnit väestönkasvuun nähdään Venäjän tulevaisuuden, turvallisuuden sekä sisä- ja taloustaloustieteiden kannalta erityisen tärkeinä, sillä maan demografinen rakenne on laskeva ja väestö pienenee. Jo vuonna 2014 nähtiin, että seuraavan 20 vuoden aikana eläkeläisten määrä nousisi 10 miljoonalla samaan aikaan, kun työikäisten määrä pienenee 11 miljoonalla. Yhtä nopeaa väestön pienemistämistä ei ole vielä nähty rauhan aikana teollisuusmaissa. Muut suuret kansanterveydelliset ongelmat (kuten miesten lyhyt elinikä sekä päihteidenkäyttö) ovat jääneet vähemmälle huomiolle. (Kulmala ym., 2014.)

Vaikka Venäjän sosiaali- ja terveystaloustieteiset uudistukset voivat vaikuttaa kokonaiskuvan ja väestön hyvinvoinnin kannalta epärelevantteille ja väärin kohdistetuille, kertovat ne hallinnon poliittisista intresseistä. Venäjä pyrkii huolehtimaan talous- ja turvallisuustaloustieteikastaan enenevässä määrin ohjaimella väestökehitystään kestävässä suuntaan (Kulmala ym., 2014). Toinen keino, jolla väestökatoa on pyritty korjaamaan, on Venäjälle suuntautuva työperäinen maahanmuutto erityisesti Neuvostoliittoon kuuluiden maiden alueelta (Nazarenko ym., 2019). Venäjällä ei ole halua menettää väestöään, joten on hyvin epätodennäköistä, että Venäjällä sallittaisiin nykyistä suuremman maastamustaloustieteiden

syntyminen ilman hallinnon reaktiota. On myös huomionarvoista, että suuri osa Venäjälle suuntaavista työperäisistä maahanmuuttajista oleskelee Venäjällä laittomasti, toisin sanoen paperittomina (Nazarenko ym., 2019). Mikäli Suomi nähtäisiin Venäjällä ja sen lähialueilla sosiaali- ja terveystalvelujen takia erityisen kiinnostavana kohdemaana, Venäjältä olisi todennäköisesti jo tähän mennessä saapunut Suomeen Venäjällä paperittomina oleskelevia maahanmuuttajia. Tällaisesta ilmiöstä ei ole kuitenkaan tähän mennessä raportoitu.

Maahanmuuttovirasto on 19.4.2018 julkaissut maatietopalvelussa vastauksen liittyen kyselyyn koskien HIV/AIDS-potilaiden hoidon laatua Venäjällä. Maahanmuuttoviraston vastauksessa todetaan HAART-lääkityksen saatavuudesta seuraavaa:

”Hi-virusta kantavien ja antiretroviraalilääkitystä saavien tilastointi on kiistanalaista, mutta maailmanlaajuiseen keskitasoon verrattuna (46 %) Venäjällä HI-virusta kantavien lääkitystä saavien henkilöiden määrän arvioidaan olevan hyvin matala, noin 17–26 %. Vuonna 2015 diagnosoiduista HI-virusta kantavista henkilöistä 37,3 % sai lääkitystä. Antiretroviraalilääkkeiden saavutettavuus on Venäjällä huomattavasti laajentunut, mutta jatkuva uusien HI-virustartuntojen kasvu peittää alleen lääkkeiden parantuneesta saavutettavuudesta koituvat hyödyt. Lääkitystä säännöllisesti saavien potilaiden tilanteen todetaan olevan hyvä, vaikka heidän vaikutus epidemian kokonaistilanteeseen ja tartuntojen ehkäisemiseen on pieni, sillä edelleen iso osa haavoittuvimmassa asemassa olevista ihmisryhmistä ei ole lääkittyjä. (Maahanmuuttovirasto, 2018.) ”

Toisaalta samaan aikaan todetaan, että muun muassa epidemian valvonta, hoidon saatavuus ja hoitohenkilökunnan ammattitaito ovat WHO:n tuella edistyneet, joskin ulkomaalaisten järjestöjen toimintaa on Venäjällä vaikeuttanut vuonna 2012 voimaan tullut laki ulkomaalaisista agenteista (*law of foreign agents*) (Maahanmuuttovirasto, 2018). Uusimman haasteen HIV/AIDS-potilaiden hoidolle ovat muodostaneet koronarajoitukset, jotka ovat estäneet potilaita liikkumasta omalle kotipaikkakunnalleen saamaan hoitoa ja lääkitystä (Maahanmuuttovirasto, 2020).

Vuonna 2018 Venäjän hallitus ilmoitti pyrkivänsä nostamaan HAART-lääkityksen kattavuutta 90 prosenttiin HIV/AIDS-positiivisista vuoteen 2020 mennessä (UNAIDS, 2018). Käytännön toteutus tavoitteen saavuttamiseksi on kuitenkin jäänyt heikoksi. On todennäköistä, että Venäjän virallisten tahojen viesti hoitojen kattavuudesta sekä tavoiteluvuista on liioiteltu, sillä ulkopuolisten tahojen mukaan HAART-kattavuus oli vuonna 2009 vain 20 prosenttia HIV/AIDS-positiivisista suonensisäisten huumeidenkäyttäjistä, vaikka 80 prosenttia kaikista HIV/AIDS-tartunnoista on juuri kyseisellä ryhmällä. Julkisia palveluja ja hoitoja on kuitenkin tarjolla, mutta hoitoon pääsy on vaikeaa monimutkaisen järjestelmän sekä huumeiden käytön lopettamisen edellyttämisen takia (Sarang ym., 2013). Hallinnon heikkoa panostusta HIV/AIDS-positiivisten hoitoon ovat kuitenkin pyrkineet paikkaamaan järjestöt (Kulmala ym., 2014).

On kuitenkin huomionarvoista, että vaikka HIV/AIDS-positiiviset ovat pitkään olleet marginalisoidujen ryhmien edustajia kuten suonensisäisten huumeiden käyttäjiä sekä seksuaalivähemmistöjen edustajia. Alati kasvava osuus HIV/AIDS-infektion saaneista on kuitenkin valtaväestön edustajia.

Tämä on saanut myös Venäjän hallinnon kiinnostumaan HIV/AIDS-infektioiden leviämisen estämisestä sekä hoidon tarjoamisesta. Vaikka esimerkiksi seksuaalivähemmistöihin kuuluvien pääseminen hoitoon on muita vaikeampaa, on todennäköistä, että heidän kohdallaan maastamuuton syynä olisi pikemminkin heikko turvallisuustilanne kuin yksinomaan terveys ja hoitoon hakeutuminen.

Venäjän ja Baltian alueen HIV/AIDS-positiivisista puhuttaessa on otettava huomioon, että HAART-lääkityksessä on kyse elinikäisestä ja jatkuvasta hoidosta (Hivpoint, 2020). Tämä sulkee HIV/AIDS-positiiviset lyhytaikaisen ”terveysturismin” ulkopuolelle, sillä hoitoon hakeutuminen tarkoittaisi käytännössä hoidon tarpeessa olevalle maahanmuuttoa Suomeen. Suomessa paperittomana oleskeleminen on kuitenkin haastavaa rajallisten pimeiden työmarkkinoiden takia ja suuri osa Suomessa oleskelevista paperittomasti jatkaakin jo tällä hetkellä matkaansa muihin Euroopan maihin, joissa mahdollisuudet työskentelylle oleskeluluvan puuttumisesta huolimatta ovat laajemmat (Ahonen & Kallius, 2019). Maassa oleskelun laillistaminen terveydellisten syiden perusteella on vaikeaa, sillä oleskeluluvan myöntäminen yksilöllisen inhimilliseen syyn perusteella terveydentilan vuoksi edellyttää sitä, että hakijan on mahdotonta saada välttämätöntä hoitoa kotimaassa (HE 28/2003; Ulkomaalaislaki 2004/301, 52 §). Lisäksi on otettava huomioon, että edelleen suuri osa Venäjän ja Baltian alueen HIV/AIDS-positiivisista on suonensisäisten huumeiden käyttäjiä (Salminen, 2015). Juuri sosiaalisesti ja taloudellisesti heikoimmassa olevien HIV/AIDS-positiivisten on Venäjällä vaikea saada hoitoa (Sarang, Rhodes & Sheon, 2013). Todennäköisesti monien kohdalla muutto tai matkustaminen vieraaseen maahan ei ole kuitenkaan realistista huonon terveydentilan ja elämää hallitsevan addiktion takia (Salminen, 2015).

2.3 Hoidon rajaamisen kustannukset

Tutkimusten mukaan ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen tarjoaminen säästää kustannuksia terveydenhuollon järjestelmissä. Näin ollen potilaan hoidon lykkääminen hätätilanteeseen ei ainoastaan vaaranna potilaan henkeä ja terveyttä vaan myös kuormittaa terveydenhuoltoa taloudellisesti. Bozorgmehr ja Razum (2015) ovat todenneet, että esimerkiksi Saksassa terveydenhuolto-oikeuden rajoittamisesta johtuvat kulut ovat kahden vuosikymmenen ajalta 1,560 miljardin euron. Nämä kulut olisi voitu välttää, jos terveydenhuollon saatavuutta ei olisi rajoitettu ja tarjolla olisi kokonaisvaltaisia hyvinvointipalveluja. (Bozorgmehr & Razum, 2015.) Esimerkiksi korkeasta verenpaineesta kärsivälle paperittomalle tarjottavan perushoidon on nähty säästävän kuluja riippumatta potilaan iästä tai tarkastelun aikavälistä, sillä perusterveydenhuollon kustannukset ovat huomattavasti matalammat kuin esimerkiksi halvaus- tai sydäninfarktitalanteessa vaadittavan erikoissairaanhoidon kustannukset. Tästä syystä ennaltaehkäisevän hoidon puutteesta johtuvan tilanteen kriisiytymisen odottaminen lykkää kustannuksia, mutta lisää niitä samalla merkittävästi. Esimerkiksi Euroopan perusoikeusvirasto (FRA) esittänyt, että verenpainetautipotilaiden perushoito ehkäisisi Saksassa 309 halvausta ja 223 sydäninfarktia jokaista 1000 maahanmuuttajaa kohden koko otannan elinikää tarkasteltaessa. Ruotsissa vastaavat luvut olisivat 233 halvausta ja 168 sydäninfarktia 1000 maahanmuuttajaa kohden. (FRA, 2015.)

Yhtäläillä kustannustehokasta on raskaudenseurannan tarjoaminen paperittomille raskaana oleville. Kustannusvertailun konkretisoimiseen on käytetty kahta vastakkaista skenaariota Saksassa, Kreikassa ja Ruotsissa: 1) Tilanne, jossa 100 prosenttia raskaana olevista naisista saa terveyshoitoa; 2) Tilanne, jossa yksikään nainen ei pääse raskausajan terveydenhoidon palvelujen piiriin. Vertailu on osoittanut raskausajan terveydenhoidon ja seurannan kustannustehokkaaksi, sillä ilman terveydenhoitoa esimerkiksi raskausajan seurannalla ennakoitavissa ja ehkäistävissä olevien keskosten määrä kasvaa, mikä lisää terveydenhuollon kustannuksia. Kahden vuoden aikajänteellä (johon sisältyy raskausaika sekä lapsen syntymä) raskausajan terveydenhuollon tarjoaminen kaikille raskaana oleville naisille säästää kustannuksia merkittävästi: Ruotsissa 69 prosenttia, Saksassa ja Kreikassa 48 prosenttia. Euromääräisesti säästö on Ruotsissa 177 euroa naista kohden. Saksassa vastaava summa on 56 euroa ja Kreikassa 52 euroa. (FRA, 2015.)

Kuluista puhuttaessa terveydenhuoltoa ja sosiaalihuoltoa ei voida rajata omiksi erillisiksi entiteeteiksi. Esimerkiksi Aarø ja Wyller (2015) ovat Norjan etnisen syrjinnänvastaisen keskuksen (Senter mot etnisk diskriminering, SMED) raportissa kuvanneet terveydenhuollossa paperittomien kanssa kohdattavia haastavia ja sosiaalihuollon kanssa tehtävää yhteistyötä vaativia tilanteita seuraavan esimerkin kautta:

Lähi-idän alueelta kotoisin oleva potilas oli saanut lopullisen kielteisen päätöksen oleskelulupahakemukseensa kaksi vuotta sitten. Hän kieltäytyi tekemästä yhteistyötä viranomaisten kanssa palauttamisensa edistämiseksi, koska hän pelkäsi henkensä ja terveytensä puolesta. Jonkin aikaa hän yritti tulla toimeen keräämällä ja palauttamalla pulloja sekä myymällä kukkia. Hänet kuitenkin toimitettiin kiireellisesti erityissairaanhoidon, kun hän kaatui kadulla. Tutkimukset osoittivat, että potilas kärsi merkittävistä terveydellisistä ongelmista kuten aliravitsemuksesta. Tämän lisäksi hänelle oli kehittynyt diabetes ja hän tarvitsi insuliinia. Potilas kotiutettiin usein viikkojen sairaalahoidon jälkeen ilman suunniteltuja jälkitarkastuksia. Hänelle annettiin maksutta mukaan kuitenkin useaksi kuukaudeksi riittävä annos insuliinia. Ilman toimeentuloa, joka potilaalla oli aiemmin ollut, hän ei voinut huolehtia riittävästä ravinnonsaannista ja jokin ajan kuluttua hän alkoi säännöllä insuliinia siten, että otti kahden päivittäisen annoksen sijasta vain yhden annoksen. Potilas sairastui jälleen akuutisti, mutta ei kuitenkaan riittävän vakavasti päästäkseen sisään sairaalaan. Myötätunnosta lääkäri tarjosi hänelle toistamiseen useaksi kuukaudeksi riittävät insuliiniannokset maksutta. (Aarø & Wyller, 2015.)

Kyseinen diabetesta sairastavan miehen esimerkki osoittaa, että terveydenhuolto ei yksin pysty vastaamaan paperittomien terveydellisiin ongelmiin ja ongelmien ennaltaehkäisyyn, sillä useat terveysongelmat ovat seurausta varattomuudesta sekä vaikeista ja epähygieenisistä elinolosuhteista. Kuten Norjan sosiaali- ja terveystalvueluita tarkastelevassa luvussa todettiin (ks. s. 2), Norjassa paperittomien oikeus terveydenhuoltoon perustuu pitkälti ajatukseen vain välittömän kriisitilanteen hoitamisesta ensiavun kaltaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön sekä jälkiseurannan puuttumisen vuoksi tilanteet kriisiytyvät ja vaativat erikoissairaanhoidon palveluja – sekä kuormittavat ja lisäävät terveydenhuollon kustannuksia.

Lähteet

Aarø, A. H. & Wyller, H. (2005). *Food, Shelter and Health Services: The State's Responsibilities Regarding Persons Without Legal Residence*. Oslo: Senter mot etnisk diskriminering (SMED).

Ahonen, T. & Kallius, A. (2019). Paperittomuuden tuotanto ja hallinta Suomessa vuosina 2015-2017. Teoksessa T. Ahonen, S. Kallakorpi ja E. Lyytinen (toim.), *Turvapaikanhaku ja pakolaisuus Suomessa* (s. 89–116). Turku: Siirtolaisuusinstituutti.

Bozorgmehr K. & Razum O. (2015). *Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013*. PLoS ONE 10(7).

Crawley, H. & Hagen-Zanker, J. (2018). Deciding Where to go: Policies, People and Perceptions Shaping Destination Preferences. *International Migration*, 57(1), 20-35.

FRA (2015). *Cost of Exclusion from Healthcare: The Case of Migrants in an Irregular Situation*. Luxembourg: Publication Office of the European Union.

Hallituksen esitys eduskunnalle ulkomaalaislaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. HE 28/2003.

Hivpoint (2020). *Hivin hoito*. <https://hivpoint.fi/hivin-hoito/>

Ingleby, D. & Petrova-Benedict, R. (2016). *Recommendations on access to health services for migrants in an irregular situation: an expert consensus*. Bryssel: International Organization for Migration (IOM) Regional Office Brussels, Migration Health Division.

Kulmala, M., Kainu, M., Nikula, J., & Kivinen, M. (2014). Paradoxes of agency: democracy and welfare in Russia. *Demokratizatsiya (Washington, D.C.)*, 22(4), 523–.

Maahanmuuttovirasto (2018). *VENÄJÄ, HIV/AIDS-hoito Venäjällä ja Ingušiasissa, hoidon saatavuus, hoidon taso, lääkkeiden saatavuus*. Maahanmuuttovirasto: Maatietopalvelu Tellus. Verkko-osoite: <https://maatieto.migri.fi/base/2724d19a-5460-485d-bff8-6cd8f75f86d5/countryDocument/4d5fd0e7-3ce1-4318-9504-5dc3828bb8>

Maahanmuuttovirasto (2020). *Venäjä / Korona-viruksen vaikutus HIV-positiivisten hoitoon Venäjällä*. Maahanmuuttovirasto: Maatietopalvelu Tellus. Verkko-osoite: <https://maatieto.migri.fi/base/2724d19a-5460-485d-bff8-6cd8f75f86d5/countryDocument/c8acea3e-d1ba-4995-84aa-e9537dad9b6>

MdM (2013). *Access to healthcare in Europe in the times of crisis and rising xenophobia. An overview of the situation of people excluded from system*. Paris: Doctors of the World – Médecins du monde International Network.

Nazarenko, S., Aitamurto, K., Heusala, A., Korhonen, V., Koski, S., Laine, V., Lassila, J., & Mitikka, E. (2019). *Venäjän sisäinen kehitys*. Puolustusministeriö.

Piccoli, L. (2020). Traditions of regional citizenship: Explaining subnational variation of the right to healthcare for undocumented immigrants. *Regional Studies*, 54(11), 1498-1507.

PICUM (2016). *Undocumented migrants and the Europe 2020 Strategy: Making social inclusion a reality for all migrants in Spain*. Bryssel: PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants).

Tuomola, P. (2013). Terveysthuoltopalvelut kuuluvat myös paperittomille. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 129(9), 903-4.

Saarikkomäki, E., Oljakka, N., Pirjatanniemi, E., Lavapuro, J. & Alvesalo-Kuusi, A. (2018). *Kansainvälistä suojelua koskevat päätökset Maahanmuuttovirastossa 2015-2017. Pilottitutkimus 18-24-vuotiaita Irakin kansalaisia koskevista myönteisistä ja kielteisistä päätöksistä*. Turku: Turun yliopisto & Åbo Akademi.

Salminen, M. (2015). *Paperittomien terveystalvelut ehkäisevät tartuntatauteja*. THL. Verkko-osoite: <https://blogi.thl.fi/paperittomien-terveystalvelut-ehkaisevat-tartuntatauteja/>

Sarang, A., Rhodes, T., & Sheon, N. (2013). Systemic barriers accessing HIV treatment among people who inject drugs in Russia: a qualitative study. *Health Policy and Planning*, 28(7), 681–691.

Stadtskontoret (2016). *Vård till papperslösa. Slutrapport av uppdraget att följa upp lagen om vård till personer som vistas Sverige utan tillstånd*.

Ulkomaalaislaki 301/2004. Sisäministeriö. Voimaantulo 01.05.2004.

UNAIDS (2018). *Russian Federation commits to reach 75% antiretroviral therapy coverage in 2019*. Verkko-osoite: <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/september/russian-minister-health-90-90-90>