

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statsbudget för 1998

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

| | | |
|--------|---|----|
| 1 | Förslag till riksdagsbeslut | 5 |
| 2 | Lagtext..... | 7 |
| 2.1 | Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring..... | 7 |
| 3 | Inledning..... | 9 |
| 3.1 | Omfattning/ändamål..... | 9 |
| 4 | A. Hälsovård och sjukvård | 13 |
| 4.1 | Omfattning/ändamål..... | 13 |
| 4.2 | Resultatbedömning och slutsatser | 14 |
| 4.2.1 | Folkhälsa | 14 |
| 4.2.2 | Hälso- och sjukvårdens resurser..... | 15 |
| 4.2.3 | Vårdens struktur..... | 16 |
| 4.2.4 | Patientens ställning och vårdens tillgänglighet | 17 |
| 4.2.5 | Verksamhetsutveckling inom vården..... | 18 |
| 4.2.6 | Psykiatri..... | 19 |
| 4.2.7 | Läkemedel | 19 |
| 4.2.8 | Tandvården | 20 |
| 4.2.9 | Vissa etiska frågor | 20 |
| 4.2.10 | Vissa myndighetsfrågor..... | 21 |
| 4.3 | Anslag..... | 21 |
| A 1. | Sjukvårdsförmåner m.m..... | 21 |
| A 2. | Bidrag för läkemedelsförmåner | 24 |
| A 3. | Bidrag till hälso- och sjukvård | 25 |
| A 4. | Insatser mot aids..... | 26 |
| A 5. | Ersättning till Spri..... | 27 |
| A 6. | Bidrag till WHO | 28 |
| A 7. | Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar..... | 29 |
| A 8. | Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan | 29 |
| A 9. | Folkhälsoinstitutet | 30 |
| A 10. | Smittskyddsinstitutet | 31 |
| A 11. | Statens institut för psykosocial miljömedicin | 33 |
| A 12. | Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik..... | 34 |
| A 13. | Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd | 35 |
| 4.4 | Avgiftsfinansierad verksamhet | 36 |
| 4.4.1 | Läkemedelsverket | 36 |
| 4.5 | Övrig statlig verksamhet..... | 38 |
| 4.5.1 | Apoteksbolaget | 38 |

Innehållsförteckning

| | | | |
|---|-------|--|----|
| 5 | B. | Omsorg om äldre och personer med funktionshinder | 39 |
| | 5.1 | Omfattning/ändamål | 39 |
| | 5.2 | Resultatbedömning och slutsatser | 40 |
| | 5.2.1 | Äldreomsorg | 40 |
| | 5.2.2 | Omsorg om personer med funktionshinder | 42 |
| | 5.3 | Anslag | 48 |
| | B 1. | Vissa statsbidrag inom äldre- och handikappområdet..... | 48 |
| | B 2. | Statsbidrag till vårdtjänst m.m. | 48 |
| | B 3. | Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder | 50 |
| | B 4. | Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer | 51 |
| | B 5. | Ersättning för texttelefoner | 51 |
| | B 6. | Bilstöd till handikappade | 52 |
| | B 7. | Kostnader för statlig assistansersättning..... | 53 |
| | B 8. | Statens institutet för särskilt utbildningsstöd..... | 53 |
| | B 9. | Handikappombudsmannen | 54 |
| 6 | C. | Åtgärder för barn, socialt behandlingsarbete samt alkohol- och narkotikapolitik | 57 |
| | 6.1 | Omfattning/ändamål | 57 |
| | 6.2 | Resultatbedömning och slutsatser | 58 |
| | 6.2.1 | Socialtjänstens individ- och familjeomsorg | 58 |
| | 6.2.2 | Allmänna barnfrågor..... | 61 |
| | 6.2.3 | Alkoholpolitik | 62 |
| | 6.2.4 | Narkotikapolitik | 63 |
| | 6.3 | Anslag | 65 |
| | C 1. | Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård samt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete...65 | 65 |
| | C 2. | Bidrag till organisationer på det sociala området...65 | 65 |
| | C 3. | Barnombudsmannen | 67 |
| | C 4. | Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor.67 | 67 |
| | C 5. | Statens institutionsstyrelse..... | 68 |
| | C 6. | Alkoholinspektionen | 70 |
| | C 7. | Alkoholsortimentsnämnden | 70 |
| | C 8. | Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder..... | 71 |
| | 6.4 | Övrig statlig verksamhet..... | 71 |
| | 6.4.1 | Systembolaget | 71 |
| 7 | D. | Socialstyrelsen | 73 |
| | 7.1 | Omfattning/ändamål | 73 |
| | 7.2 | Resultatbedömning och slutsatser | 74 |
| | D 1. | Socialstyrelsen | 74 |
| 8 | E. | Stöd till forskning..... | 77 |
| | 8.1 | Omfattning/ändamål | 77 |
| | 8.2 | Resultatbedömning och slutsatser | 78 |
| | 8.3 | Anslag | 78 |
| | E 1. | Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskning..... | 78 |
| | E 2. | Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning...78 | 78 |
| 9 | | Övrig verksamhet | 81 |
| | 9.1 | Allmänna arvsfonden | 81 |

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. godkänner målen inom utgiftsområdet i enlighet med vad regeringen förordar under avsnitt 3.1.
2. antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.
3. bemyndigar regeringen att, i fråga om ramanslaget Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskningsmedel, under 1998 åta sig ekonomiska förpliktelser så att dessa, tillsammans med tidigare åtagna förpliktelser i fråga om detta ramanslag, uppgår till högst 90 miljoner kronor under 1999, högst 60 miljoner kronor år 2000 och högst 80 miljoner kronor under år 2001 och senare.
4. bemyndigar regeringen att, i fråga om ramanslaget Statens institutionsstyrelse under 1998 åta sig ekonomiska förpliktelser så att dessa, tillsammans med tidigare åtagna förpliktelser i fråga om detta ramanslag, uppgår till högst 20 miljoner kronor under 1999, högst 20 miljoner kronor år 2000 och högst 20 miljoner kronor under år 2001 och senare.
5. för budgetåret 1998 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning

| ANSLAG | ANSLAGSTYP | ANSLAGSBELOPP (TUSENTAL KRONOR) |
|--|--------------------|------------------------------------|
| A 1. Sjukvårdsförmåner m.m. | ramanslag | 1 550 000 |
| A 2. Bidrag för läkemedelsförmånen | ramanslag | 13 491 000 |
| A 3. Bidrag till hälso- och sjukvården | ramanslag | 939 424 |
| A 4. Insatser mot aids | ramanslag | 65 622 |
| A 5. Ersättning till Spri | anslag | 29 700 |
| A 6. Bidrag till WHO | ramanslag | 33 697 |
| A 7. Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedels biverkningar | anslag | 2 591 |
| A 8. Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan | ramanslag | 16 800 |
| A 9. Folkhälsoinstitutet | ramanslag | 110 178 |
| A 10. Smittskyddsinstitutet | ramanslag | 98 923 |
| A 11. Statens Institutet för psykosocial miljömedicin | ramanslag | 10 853 |
| A 12. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik | ramanslag | 15 517 |
| A 13. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd | ramanslag | 22 879 |
| B 1. Vissa statsbidrag inom äldre- och handikappområdet | reservationsanslag | 275 000 |
| B 2. Statsbidrag till vårdtjänst | ramanslag | 189 000 |
| B 3. Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder | anslag | 75 394 |
| B 4. Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer | anslag | 132 194 |
| B 5. Ersättning för texttelefoner | ramanslag | 16 077 |

| ANSLAG | ANSLAGSTYP | ANSLAGSBELOPP (TUSENTAL KRONOR) |
|---|------------|------------------------------------|
| B 6. Bilstöd till handikappade | ramanslag | 203 978 |
| B 7. Kostnader för statlig assistansersättning | ramanslag | 4 053 000 |
| B 8. Statens institut för särskilt utbildningsstöd | ramanslag | 8 561 |
| B 9. Handikappombudsmannen | ramanslag | 7 746 |
| C 1. Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård samt alkohol- och drogförebyggande arbete | anslag | 52 000 |
| C 2. Bidrag till organisationer på det sociala området | anslag | 64 341 |
| C 3. Barnombudsmannen | ramanslag | 7 550 |
| C 4. Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor | ramanslag | 6 468 |
| C 5. Statens institutionsstyrelse | ramanslag | 503 986 |
| C 6. Alkoholinspektionen | ramanslag | 14 548 |
| C 7. Alkoholsortimentsnämnden | ramanslag | 674 |
| C 8. Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder | ramanslag | 30 000 |
| D 1. Socialstyrelsen | ramanslag | 369 636 |
| E 1. Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskning | ramanslag | 94 610 |
| E 2. Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning | ramanslag | 7 569 |
| Summa för utgiftsområdet | | 22 499 516 |

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring¹

dels att 2 kap. 12, 12 a och 12 c §§ samt 20 kap. 8 a § skall upphöra att gälla,

dels att 2 kap. 10 § och 20 kap. 10 § skall ha följande lydelse.

NUVARANDE LYDELSE

FÖRESLAGEN LYDELSE

2 kap.
10 §²

Frågor om ersättning enligt detta kapitel prövas i andra fall än som avses i andra stycket av den allmänna försäkringskassa, hos vilken den försäkrade är inskriven eller skulle ha varit inskriven, om han uppfyllt åldersvillkoret i 1 kap. 4 §. Denna försäkringskassa får dock uppdra åt en annan försäkringskassa att pröva sådana frågor.

Frågor om ersättning enligt 2, 3 och 6 §§ samt ersättning enligt 4 och 5 §§ som inte hänför sig till visst vårdtillfälle prövas av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde vårdgivaren eller annan som får ersättning bedriver sin verksamhet. Detsamma gäller ersättning i övrigt i de fall där den försäkrade eller vårdtagaren inte är och inte heller under den förutsättning som sagts i första stycket skulle ha varit inskriven hos allmän försäkringskassa. Frågor om ersättning enligt 5 § får efter bemyndigande av regeringen även prövas av Riksförsäkringsverket.

Frågor om avgift enligt 12 och 12 a § § prövas av den försäkringskassa hos vilken den försäkrade är inskriven.

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

Senaste lydelse av 2 kap. 12 § 1995:509.

Senaste lydelse av 2 kap. 12 a § 1989:121.

Senaste lydelse av 2 kap. 12 c § 1992:1737.

Senaste lydelse av 20 kap. 8 a § 1997:275.

² Senaste lydelse av 2 kap. 10 § 1994:1814.

Ändringen innebär att tredje stycket upphävs.

20 kap.
10 §³

Beslut av en allmän försäkringskassa som har fattats av tjänsteman i ärenden om försäkring enligt denna lag skall omprövas av kassan, om det begärs av en enskild som beslutet angår och beslutet inte har meddelats med stöd av 10 a §. Omprövningen skall göras av socialförsäkringsnämnden om beslutet gäller fråga som avses i 2 kap. 12 a eller 12 b §, 3 kap. 7–9 eller 17 §, 20 kap. 3 § eller 22 kap. 7–10 eller 16 §. Omprövningen skall också göras av socialförsäkringsnämnden om beslutet gäller återbetalningsskyldighet enligt 20 kap. 4 § och det belopp som har utbetalats för mycket överstiger 10 procent av basbeloppet.

Beslut av en allmän försäkringskassa som har fattats av tjänsteman i ärenden om försäkring enligt denna lag skall omprövas av kassan, om det begärs av en enskild som beslutet angår och beslutet inte har meddelats med stöd av 10 a §. Omprövningen skall göras av socialförsäkringsnämnden om beslutet gäller fråga som avses i 3 kap. 7–9 eller 17 §, 20 kap. 3 § eller 22 kap. 7–10 eller 16 §. Omprövningen skall också göras av socialförsäkringsnämnden om beslutet gäller återbetalningsskyldighet enligt 20 kap. 4 § och det belopp som har utbetalats för mycket överstiger 10 procent av basbeloppet.

Vid omprövningen får beslutet inte ändras till den enskildes nackdel.

Om omprövning begärs av ett beslut och Riksförsäkringsverket överklagar samma beslut, skall försäkringskassa inte ompröva beslutet. Begäran om omprövning skall anses som ett överklagande.

³ Senaste lydelse av 20 kap. 10 § 1991:1976. Ändringen innebär att hänvisningen till 2 kap. 12 a och 12 b §§ tas bort (12 b § upphävd 1993:50).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1998. De upphävda bestämmelserna skall dock fortfarande tillämpas på avgift för sjukhusvård som avser tid före ikraftträdandet.

3 Inledning

Välfärdspolitikens mål är att ge alla människor förutsättningar att leva ett gott liv. Att gemensamt ta hand om barn, gamla och sjuka är ett grundläggande inslag i ett solidariskt samhälle. Barnbidrag, ett allmänt pensionssystem och sjukförsäkringar är andra medel som utjämnar orättvisor och ger ekonomisk trygghet i olika skeden av livet.

Vård och omsorg skall kännetecknas av trygghet, kvalitet och delaktighet. Alla skall veta att vården finns tillgänglig när den behövs. Den skall vara gemensamt finansierad och demokratiskt styrd. Behovet av vård är avgörande. Personlig ekonomi eller social status får aldrig påverka vårdens kvalitet eller fördelning.

Den svenska sjukvården är av hög kvalitet och i många avseenden i världsklass. Äldreomsorgen har en enastående omfattning. Men det räcker inte. Omvårdnad och bemötande kan förbättras. Kvaliteten i vård och omsorg kan förbättras. Det medicinska kunnandet kan ökas och nya rön spridas – en nödvändig utveckling för att möta befolkningens behov och önskemål. Fortsatta förbättringar stärker också motivationen hos personalen.

Socialtjänsten är det yttersta skydds nätet i vårt trygghetssystem. Den ska medverka till att barn och ungdomar kan växa upp under goda förhållanden, att människor med sociala eller andra handikapp kan delta i samhällslivet, att de som missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel kommer ifrån sitt missbruk och att de som saknar medel till sitt uppehälle får möjlighet att klara sin försörjning.

Människor måste kunna påverka sin vardag. Detta gäller inte minst patienter i sjukvården, äldre och personer med funktionshinder i kommunernas omsorg. Delaktighet för brukare och personal kan bidra till snabba förbättringar av välfärdens viktiga verksamheter.

3.1 Omfattning/ändamål

Utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg omfattar fem verksamhetsområden:

- A Hälsovård och sjukvård
- B Omsorg om äldre och personer med funktionshinder
- C Åtgärder för barn, socialt behandlingsarbete samt alkohol- och narkotikapolitik
- D Socialstyrelsen
- E Stöd till forskning

I utgiftsområdet ingår 15 myndigheter som har till uppgift att svara för genomförande, uppföljning och tillsyn inom de olika verksamhetsområdena. Socialstyrelsen utgör ett eget verksamhetsområde till följd av att myndighetens ansvar för uppföljning och tillsyn sträcker sig över verksamhetsområdena A – C. Verksamheter inom dessa tre områden är huvudsakligen riktade mot kommuner och landsting vilka står för huvudmannaskapet avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst m.m.

Resultatbedömning och slutsatser redovisas under respektive verksamhetsområde (A-E).

UTGIFTSUTVECKLINGEN

| MILJONER KRONOR (LÖPANDE PRISER) | | | | | |
|----------------------------------|--------|--------|---------------|--------|--------|
| 1995/96 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| 35 393 | 23 737 | 23 469 | 22 499 | 24 360 | 25 602 |

Sammanfattande kommentar till verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

- Folkhälsan har fortsatt att förbättras.
- Barnens situation har fått ökad uppmärksamhet
- Handikappreformen har haft positiva effekter trots ett samhällsekonomiskt svårt läge.
- Omfattande besparings- och förnyelsearbete pågår inom vård och omsorg till följd av det svåra ekonomiska läget i kommuner och landsting.
- Genomförandet av psykiatrireformen är kraftigt försenad.
- Utgifterna för den statliga assistansersättningen har ökat kraftigt mot bakgrund av att personkretsen fortsätter att öka liksom det genomsnittliga antalet beviljade timmar per person.
- Antalet socialbidragstagare har ökat.
- Behov av och krav på omställning inom alkoholområdet har uppkommit med anledning av internationaliseringen och det svenska EU-medlemskapet.
- Efterfrågan på institutionsvård för missbrukare vid LVM-hem har minskat vilket bl.a. lett till underskott i Statens institutionstyrelsens verksamhet och behov av omfattande omstruktureringsåtgärder.

Större förändringar

- En reviderad socialtjänstlag träder i kraft den 1 januari 1998
Barnets ställning stärks genom att det som är bäst för barnet alltid skall sättas i första rummet
Även de som har stora vård och omsorgsbehov skall ha rätt att flytta
Närstående som vårdar långvarigt sjuka, äldre och personer med funktionshinder skall få stöd och avlösning
En riksnorm för socialbidrag införs
- En ny vårdgaranti med generell tillgänglighet till vård har införts
- Den statliga tillsynen över hälso- och sjukvården har stärkts genom en ny lag om verksamhetstillsyn
- Ett nytt förmånssystem för läkemedel har införts med dämpad kostnadsutveckling som följd
- Kostnaden för läkemedelsförmånen förs över till landstingen den 1 januari 1998

- Förändringar sker i regelsystemet för den statliga assistansersättningen

En schabloniserad timersättning har införts

Ett förslag om att kostnadsansvaret för de första 20 timmarna per vecka skall föras över till kommunerna har lagts fram för riksdagen

Mål för utgiftsområdet

- Att trygga en god hälsa och att åstadkomma en hälso- och sjukvård av god kvalitet med effektiv resursanvändning som tillgodoser den enskildes behov.
- Att aktivt bidra till att trygga den enskildes hälsa och ekonomi i samband med behov av kostnadskrävande läkemedelsbehandling och/eller tandvårdsbehandling.
- Att stimulera och bidra till att en god tandhälsa bland vuxna upprätthålls. Därutöver ett särskilt stöd för utsatta grupper förbättras.
- Att erbjuda en äldre- och handikappomsorg som ger goda levnadsvillkor för äldre och personer med funktionshinder med olika behov av service, omvårdnad och vård och som bygger på den enskilda människans delaktighet och självbestämmande.
- Att åstadkomma en social omsorg av god kvalitet med effektiv resursanvändning som tillgodoser den enskildes behov av stöd och bistånd i samband med sociala eller andra handikapp, missbruksproblem och försörjningssvårigheter samt som tillgodoser att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden.
- Att begränsa alkoholens skadeverkningar genom att minska den totala alkoholkonsumtionen.
- Att verka för ett narkotikafritt samhälle genom insatser för att minska tillgången och efterfrågan på narkotika.
- Att öka kunskapen om tillstånd, processer och effekter rörande hälsa och social välfärd.

Prioriteringar för 1998

- Kvalitets- och kompetensutveckling skall ges hög prioritet i syfte att långsiktigt trygga en vård, omsorg och social service av god kvalitet och en kompetent och motiverad personal.
- Tillsyn, uppföljning och utvärdering av verksamheterna skall utvecklas och förstärkas.
- Ett genderperspektiv skall ingå i all verksamhet. Förslag och verksamheter skall analyseras utifrån båda könen behov och förutsättningar i syfte att höja kvaliteten och effektiviteten.

- Hänsyn till barnets bästa skall tas i alla sammanhang där barn berörs. Intentionerna i FN:s Konvention om barnets rättigheter skall genomsyra verksamheter som rör barn.
- Arbetet med att integrera handikappaspekterna i all verksamhet skall fortsätta och intensifieras.
- Ytterligare åtgärder för att stärka patientens ställning skall vidtas.
- Väntetiderna i hälso- och sjukvården skall kortas.
- Psykiatrireformen skall påskyndas. Ett målmedvetet arbete skall bedrivas i syfte att öka kunskapen om psykisk ohälsa i befolkningen.
- Uppföljning och analys av assistansreformen skall fördjupas.
- Opinionsinsatser och förebyggande åtgärder bland ungdomar skall intensifieras för att påverka attityder och beteenden inom alkohol- och narkotikaområdet.

UTGIFTSUTVECKLING FÖR DE I UTGIFTSOMRÅDE 9 INGÅENDE VERKSAMHETSOMRÅDEN

MILJONER KRONOR

| | UTGIFT 1995/96 | DÄRAV 1996 | UTGIFTS- PROGNOS 1997 | FÖRSLAG 1998 | BERÄKNAT 1999 | BERÄKNAT 2000 |
|---|-------------------|---------------|-----------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| Hälsovård och sjukvård | 25 612 | 17 136 | 16 464 | 16 387 | 15 519 | 17 800 |
| Omsorg om äldre och personer med funktionshinder | 8 028 | 5 394 | 5 726 | 4 961 | 5 659 | 6 587 |
| Åtgärder för barn, socialt behandlingsarbete samt alkohol- och narkotikapolitik | 1 080 | 717 | 767 | 680 | 698 | 716 |
| Socialstyrelsen | 554 | 393 | 420 | 370 | 380 | 390 |
| Stöd till forskning | 144 | 97 | 99 | 102 | 105 | 108 |
| Äldre anslag | 1 125 | 712 | 542 | – | – | – |
| Totalt för utgiftsområde 9 | 36 543 | 24 449 | 24 018 | 22 499 | 24 410 | 25 602 |

4 A Hälsovård och sjukvård

4.1 Omfattning/ändamål

Verksamhetsområdet omfattar hälso- och sjukvård som i huvudsak är ett kommunalt ansvar och regleras bl.a. i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Statens stöd till den kommunala sektorn utgår främst från utgiftsområde 25. *Allmänna bidrag till kommuner*. Under utgiftsområde 9. *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* redovisas vissa ersättningar som utges till sjukvårdshuvudmännen till följd av de s.k. Dagmar-överenskommelserna. Det särskilda stimulansbidraget till psykiatriområdet upphör under 1997.

De dominerande posterna anslagsmässigt inom verksamhetsområdet utgörs av läkemedelsförmånen

och tandvårdsförsäkringen. Till följd av att kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen överförs till landstingen fr.o.m. den 1 januari 1998 lämnas fr.o.m. samma tidpunkt ett särskilt statsbidrag för detta ändamål och ett nytt anslag avseende läkemedelsförmånen förs därmed upp i budgeten.

Vidare ingår i verksamhetsområdet de statliga myndigheterna med anknytning till hälso- och sjukvård, förutom Socialstyrelsen som redovisas under ett separat verksamhetsområde, samt bidrag till Världshälsoorganisationen (WHO) och Nordiska hälsovårdshögskolan. Under verksamhetsområdet redovisas även Apoteksbolaget AB.

UTGIFTSUTVECKLINGEN

MILONER KRONOR

| | UTGIFT 1995/96 | UTGIFT 1996 | UTGIFTS PROGNOS 1997 | FÖRSLAG 1998 | BERÄKNAT 1999 | BERÄKNAT 2000 |
|--|-------------------|----------------|----------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| A1. Sjukvårdsförmåner | 23 422 | 15 686 | 15 031 | 1 550 | 1 578 | 1 607 |
| A2. Bidrag för läkemedelsförmånen | – | – | – | 13 491 | 14 557 | 14 792 |
| A3. Bidrag till hälso- och sjukvård ¹ | 1 396 | 910 | 906 | 939 | 968 | 975 |
| A4. Insatser mot aids ¹ | 267 | 187 | 148 | 66 | 67 | 69 |
| A5. Ersättning till Spri | 43 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| A6. Bidrag till WHO | 67 | 34 | 39 | 34 | 34 | 35 |
| A7. Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| A8. Bidrag Nordiska hälsovårdshögskolan | 26 | 17 | 17 | 17 | 17 | 18 |
| A9. Folkhälsoinstitutet | 190 | 134 | 136 | 110 | 113 | 116 |
| A10. Smittskyddsinstitutet | 128 | 90 | 100 | 99 | 102 | 105 |
| A11. Statens institut för psykosocial miljömedicin | 15 | 10 | 11 | 11 | 11 | 12 |
| A12. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik | 26 | 18 | 24 | 16 | 16 | 16 |
| A13. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd | 27 | 19 | 21 | 23 | 24 | 24 |
| Äldre anslag ² | 551 | 424 | 421 | – | – | – |
| Totalt för verksamhetsområdet | 26 163 | 17 561 | 16 885 | 16 387 | 17 519 | 17 800 |

1. Utgift 1995/96 och 1996 avser utfall på tidigare reservationsanslag

2. Varav merparten avser anslaget 1997 A 8 Bidrag till psykiatriområdet

Sammanfattande kommentar till verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

- Folkhälsan har fortsatt att förbättras. Förväntad livslängd var 1996 för kvinnor 81,5 år och för män 76,5 år.
- Det svåra ekonomiska läget i kommuner och landsting har lett till ett omfattande besparings- och förändringsarbete. Kvaliteten i den medicinska behandlingen har troligen inte påverkats negativt medan brister i omvårdnaden kan skönjas.
- Genomförandet av psykiatrireformen är kraftigt försenad.
- Kostnadsutvecklingen för läkemedel och förbrukningsartiklar under budgetåret 1995/96 var inte tillfredsställande. En omfattande hamstring av främst läkemedel inträffade under slutet av året.

Större förändringar

- Vårdgarantin förändrades under 1997 till att omfatta en generell tillgänglighet till vård oberoende av diagnos.
- En ny lag om verksamhetstillsyn i hälso- och sjukvården trädde i kraft den 1 januari 1997.
- Ett nytt förmånssystem för läkemedel infördes den 1 januari 1997 med dämpad kostnadsökning som följd.
- Kostnadsansvaret för läkemedel överförs fr.o.m. 1998 från sjukförsäkringen till landstingen. Samtidigt överförs kostnadsansvaret för förbrukningsartiklar vid inkontinens till landsting och kommuner.
- En reviderad och förenklad tandvårdstaxa infördes den 15 oktober 1996.

Prioriteringar för 1998

- Ytterligare åtgärder skall vidtas för att stärka patientens ställning.
- Väntetiderna i hälso- och sjukvården skall kortas.
- Psykiatrireformen skall påskyndas. Ett målmedvetet arbete skall bedrivas i syfte att öka kunskapen om psykisk ohälsa i befolkningen.
- Kvalitets- och kompetensutveckling skall ges hög prioritet i syfte att långsiktigt trygga en hälso- och sjukvård av god kvalitet liksom en kompetent och motiverad personal.
- Den stabilisering av kostnaderna för läkemedelsförmånen som nu kan skönjas skall vidmakthållas 1998 när kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen överförs till landstingen.

4.2 Resultatbedömning och slutsatser

4.2.1 Folkhälsa

Hälsoutvecklingen

Av Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997 (SoS-rapport 1997:18) framgår att svenska folkets hälsa – vare sig den mäts som dödlighet, sjuklighet eller självrapporterad hälsa – har förbättrats. Detta gäller inte minst medellivslängden som har ökat med 5,3 år för män och 6,6 år för kvinnor sedan 1960. En nyfödd flicka har år 1996 en förväntad livslängd på 81,5 år och en nyfödd pojke 76,5 år. Sedan mitten av 1980-talet har svenska mäns livslängd ökat snabbare än kvinnornas, vilket är ett trenderbrott jämfört med de närmast föregående årtiondena.

Trots att kvinnor i genomsnitt lever fem år längre än män uppvisar de en högre sjuklighet och besöker sjukvården oftare än män. Kvinnors sjukdomsmönster präglas dock i högre grad av sådana sjukdomar som inte behöver leda till döden. Skillnader i levnadsvanor som alkoholbruk, rökning och våld har stor betydelse för dödlighet och är en del av förklaringen till mäns högre dödlighet.

Den främsta förklaringen till ökningen av medellivslängden är att dödligheten i hjärtkärlsjukdomar har minskat. Minskad dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar och skador har också, om än i mindre utsträckning, bidragit till den ökande medellivslängden. En marginell minskning i cancerdödligheten kan också skönjas. Självordsfrekvensen har sjunkit sedan 1970-talet i alla åldersgrupper. Denna minskning har emellertid avstannat och en tendens till ökning kan ses år 1995 jämfört med året innan.

Enligt Folkhälsorapporten tycks den tid vi lever med svår ohälsa minskat, men att detta gäller också den tid vi lever med full hälsa. De år som lagts till livet är således inte helt friska år, utan år med lätt eller måttligt svår ohälsa. Omkring tre fjärdedelar av befolkningen betraktar dock sitt allmänna hälsotillstånd som gott.

De sociala skillnaderna i ohälsa är emellertid fortfarande påtagliga vare sig man mäter dödlighet eller sjuklighet. Arbetare, både män och kvinnor, har oftare sämre hälsa, någon långvarig sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga, än tjänstemän. De sociala skillnaderna är generellt större i storstäder än i mindre tätbebyggda områden. Det finns enligt Folkhälsorapporten inget entydigt svar på frågan om skillnaderna i ohälsa ökar.

I rapporten konstateras också att det finns tecken på ökande hälsoproblem. Bland annat finns en oroande tendens att den positiva utvecklingen när det gäller barns och ungdomars hälsa kan komma att brytas. Andelen skolungdomar som använder alkohol och har prövat narkotika ökar liksom de barn och ungdomar som känner oro, ångslan eller ångest. Barns och ungdomars dagliga fysiska aktivitet mins-

kar. Psykiska och psykosociala besvär tenderar att öka även bland vuxna, särskilt bland arbetare och arbetslösa. Övervikt och allergier är andra hälsoproblem som ökar i omfattning liksom sjukdomar i rörelseorganen hos arbetarkvinnor.

De hiv-preventiva insatserna har varit framgångsrika och Sverige har förblivit ett land med låg förekomst av hiv-infektion.

Pågående arbete

Åtgärder för att förbättra folkhälsan har enligt regeringens bedömning fortsatt hög prioritet. Det gäller inte minst insatser riktade mot barn och ungdom och mot de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna.

Den parlamentariska kommitté (S 1995:14) som regeringen har tillkallat med uppgift att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen har påbörjat sitt arbete. Kommittén skall arbeta sektorsovergripande och målen vara vägledande för samhällets insatser för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar död. Kommittén skall enligt direktiven (1995:158) särskilt analysera och lämna förslag vad avser att minska hälsoskillnader mellan olika grupper i befolkningen.

En parlamentarisk kommitté (In 1996:03) skall utvärdera det statliga stödet till idrotten. I uppdraget ingår att föreslå nya och tydligare mål för stödet. Enligt direktiven skall arbetet utgå från att statens stöd i huvudsak bör utformas så att det bland medborgarna bidrar till att skapa ett bestående intresse för fysisk aktivitet i syfte att uppnå en god folkhälsa.

Miljöhälsoutredningen överlämnade under hösten 1996 betänkandet (SOU 1996:124) Miljö för en hållbar hälsoutveckling – Förslag till ett nationellt handlingsprogram. Betänkandet har remissbehandlats och avsikten är att regeringen under våren skall underställa riksdagen förslag till ett nationellt handlingsprogram.

Kommittén (S 1992:04) om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) kommer inom kort att överlämna ett delbetänkande om hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet. Betänkandet kommer att remissbehandlas.

Olika insatser vad gäller barn och ungdom samt regeringens alkohol- och narkotikapolitik redovisas under verksamhetsområde C. Åtgärder för barn, socialt behandlingsarbete samt alkohol och narkotikapolitik.

En särskild utredare har haft i uppdrag att utreda frågan om möjligheterna att införa förbud mot indirekt tobaksreklam och utforma förslag till lagreglering. Betänkandet (SOU 1995:114) Indirekt tobaksreklam har remissbehandlats. Ett direktivförslag vad avser tobaksreklam bereds för närvarande inom EU. I denna beredning arbetar Sverige mycket aktivt för att åstadkomma gemensamma regler mot tobaks-

reklam inom Unionen. Regeringen har för avsikt att redovisa sina ställningstaganden vad avser dessa frågor för riksdagen under hösten 1997.

Inom EU pågår folkhälsoprogram vad avser cancer, aids och vissa andra smittsamma sjukdomar, narkotika samt hälsofrämjande aktiviteter. Ett gemensamt ställningstagande vad avser ett program för hälsoövervakning är antaget medan program vad avser sällsynta sjukdomar, förebyggande av personskaador respektive miljörelaterade sjukdomar är under beredning.

Inom WHO pågår ett arbete med att revidera ”Hälsa för alla”-strategin. Ambitionen är att beslut om nya strategier skall kunna fattas såväl på global nivå som för Europaregionen under 1998.

4.2.2 Hälso- och sjukvårdens resurser

I november 1996 överlämnade den parlamentariska kommittén (S 1992:04) om hälso- och sjukvårdens framtida organisation och finansiering (HSU 2000) sitt delbetänkande (SOU 1996:163) Behov och resurser i vården – en analys. HSU 2000:s bedömning var att vård- och omsorgsbehoven framöver kommer att vara större än tillgängliga resurser. Enligt kommitténs mening var det inte realistiskt att förlita sig på att resursproblemen skulle kunna lösas enbart genom organisatoriska förändringar och verksamhetsutveckling.

Mot bl.a. denna bakgrund föreslog regeringen i 1997 års ekonomiska vårproposition (1996/97:150) att kommuner och landsting skulle tillföras ytterligare medel genom höjning av de allmänna statsbidragen. För 1997 föreslogs en nivåhöjning om 4 miljarder kronor och för 1998 ytterligare en nivåhöjning med 4 miljarder kronor, dvs. totalt 8 miljarder kronor. De ökade statsbidrag som föreslagits bör leda till att antalet sysselsatta inom den kommunala sektorn ökar och att resurstillskottet tillförs vården, omsorgen och skolan. Regeringen anser att inriktningen bör vara att resurstillskottet leder till att kommuner och landsting vidtar åtgärder så att väntetiderna i sjukvården blir kortare, kvaliteten i äldreomsorgen blir högre, de psykiskt störda ges en bättre vård och omsorgen och vården i livets slutskede förbättras.

Regeringen har begärt en redovisning av samtliga kommuner och landsting bl.a. av vilka sysselsättningseffekter det ökade statsbidraget beräknas leda till. En sammanfattning av resultaten finns under utgiftsområde 25. Allmänna bidrag till kommuner. Enligt regeringens mening är det också angeläget med en uppföljning utifrån ett vård- och omsorgsperpektiv.

Denna bör ses i ljuset av att det enligt regeringens bedömning finns ett generellt behov av att förbättra uppföljningen och redovisningen av vissa centrala

frågor inom hälso- och sjukvården. Härmed avses bl.a. tillgängligheten i form av väntetider, kvaliteten i form av behandlingsresultat och patienternas upplevelse av vården. Det pågående arbetet med denna inriktning bör intensifieras.

Under utgiftsområde 25 aviserar regeringen ett ytterligare tillskott till kommuner och landsting om 4 miljarder kronor för år 1999 och ytterligare 4 miljarder kronor år 2000 i syfte att öka sysselsättningen och förbättra kvaliteten i vården, omsorgen och skolan. Regeringen har för avsikt att återkomma i vårpropositionen 1998 om hur medlen skall tillföras sektorn.

4.2.3 Vårdens struktur

Historiskt sett har Sverige i en internationell jämförelse haft en sjukhusdominerad vårdstruktur. Primärvården har på flera håll inte varit tillräckligt utbyggd bl.a. i avsaknad av allmänläkare. De senaste årens huvudmannaskaps- och strukturförändringar, exempelvis kommunernas ökade ansvar för äldre- och vård av psykiskt långtidssjuka, satsningarna på primärvård och utbyggnaden av hemsjukvård, innebär dock en klar förskjutning mot en ökad andel öppen vård.

Det synsätt som har präglat stat, landsting och kommuner i de senaste årens förändringsarbete är att den hälso- och sjukvård – inte minst för de äldre – som kräver en långsiktig kontakt mellan patient och behandlare skall erbjudas på nära håll så att tillgänglighet, kontinuitet och helhetssyn underlättas. Den lokalt baserade hälso- och sjukvården skall också vara patientens vägvisare till den högspecialiserade vården, när dess insatser behövs. Vad gäller den högspecialiserade vården har inriktningen varit koncentration till ett färre antal enheter så att kompetensen kan hållas och utvecklas på högsta nivå.

I landstingens strukturplaner återspeglas detta synsätt på så sätt att även sjukhus som får minskat ansvar för generell akutvård och specialiserad verksamhet bibehålls som närsjukhus med mottagningsverksamhet, geriatrika vårdplatser och akutservice för kända patienter. Koncentrationen av den mera högspecialiserade verksamheten kommer till uttryck bl.a. i samverkan mellan sjukhus, gemensamma chefsområden mellan flera sjukhus och olika samverkansprojekt som underlättar det professionella utbytet. Centrumbildningar inom sjukhusen överbrygger traditionella specialitetsgränser och tele- och informationsteknologi används alltmer för kunskaps- och informationsutbyte.

I Sverige liksom i många andra europeiska länder förs en intensiv diskussion om för- respektive nackdelar med att koncentrera akutsjukvården till ett färre antal sjukhus. Motiven kan vara såväl ekonomiska, organisatoriska som kvalitetsmässiga. Mot detta

står ofta värdet av det lilla sjukhusets närhet och goda interna samarbete. Argument kring lokal arbetsmarknad och infrastruktur spelar också en viktig roll i diskussionen.

Samspelet mellan den lokalt baserade vården och den högspecialiserade vården handlar dock inte bara om vården vid svåra och ovanliga sjukdomstillstånd utan också om att utveckla ny kunskap och nya metoder för vård av de vanligt förekommande sjukdomarna. Gränserna mellan den högspecialiserade vården och den övriga hälso- och sjukvården måste ständigt justeras så att nya metoder och verksamhetsformer successivt sprids varefter som det nya kunnandet prövats och värderats.

Med hänsyn till det omfattande förändringsarbete som pågår och planeras i de flesta landsting och kommuner måste utvecklingen noga följas och värderas inte minst vad avser vårdkvaliteten. Regeringen anser att detta är en av de uppgifter som Socialstyrelsen skall ge särskild prioritet under 1998.

Hälso- och sjukvården i Sverige bedrivs i huvudsak i offentlig regi. Regeringen har dock vid ett flertal tillfällen framhållit att det, inom ramen för ett integrerat system, kan finnas ett värde såväl ur patienternas som ur personalens synpunkt, i ett varierat vårdutbud i olika driftsformer. Enligt regeringens mening bör det vara verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet som styr valet av vårdgivare. I syfte att underlätta samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård har regeringen inrättat en särskild delegation (S 1995:10) den s.k. Samverkansdelegationen. Delegationen som skall avge sitt slutbetänkande vid utgången av detta år skall bl.a. söka former för att underlätta samverkan mellan privat och offentligt bedriven vård och söka undanröja eventuella hinder för en sådan samverkan.

Samhällets stöd, vård, omsorg och rehabilitering måste ses och organiseras ur den enskildes perspektiv. Huvudmannagränser eller olika finansiella styrsystem får inte leda till ineffektivitet, dubbelarbete eller att den enskilde inte får det samhällsstöd han/hon är i behov av eller har rätt till.

I syfte att stimulera och förbättra samverkan har utökade möjligheter till samverkan – också finansiellt – öppnats upp liksom möjligheter till försöksverksamheter och lokalt anpassade lösningar.

Regeringen framhåller i sin proposition 1996/97:63 Samverkan, socialförsäkringens nivåer och administration, m.m. att det finns ett stort behov av att mer effektivt utnyttja samhällets samlade resurser för att bättre kunna tillgodose enskilda människors behov av olika stödåtgärder. I propositionen anförde regeringen vidare att det nu var dags att införa en möjlighet till frivillig samverkan för berörda myndigheter och att arbetet borde inriktas på generella lösningar.

Under utgiftsområde 10 föreslår regeringen lagförslag såvitt avser att undanröja begränsningar i nuvarande lagstiftning för försäkringskassan, socialtjänst-

ten och hälso- och sjukvården att delta i gemensamma samverkansprojekt. Regeringen föreslår också att Arbetsmarknadsstyrelsen, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen skall ha som gemensamt mål att genom att främja samverkan inom rehabiliteringsområdet för att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser i syfte att underlätta för den enskilde att försörja sig genom eget arbete.

Inom hittills fem områden – Finspång, Gotland, Grästorp, Hisingen i Göteborg och Stenungsund – pågår lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (SOCSAM), Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har ett gemensamt uppföljnings- och utvärderingsansvar. En första delrapport – SOCSAM; Tre huvudmän i samma båt – en lägesrapport – överlämnades i mars 1997. Försöksverksamheten skall slutrapporteras år 2001.

I tre kommuner – Helsingborg, Katrineholm och Sigtuna – bedrivs försöksverksamhet med primärkommunal primärvård. Socialstyrelsen har löpande följt upp och utvärderat verksamheterna och slutrapporten beräknas överlämnas under senhösten 1997.

4.2.4 Patientens ställning och vårdens tillgänglighet

Riksdagen antog i april 1997 (rskr. 1996/97:186) de av regeringen i propositionen 1996/97:60 föreslagna riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. I enlighet med förslaget i propositionen har riksdagen beslutat att en särskild delegation med parlamentarisk förankring skall inrättas med uppgift att bl.a. följa tillämpningen av de etiska riktlinjerna. En av delegationens uppgifter blir att sprida information och kunskap om riktlinjerna för prioriteringarna och de etiska värderingar som ligger till grund för dessa. Delegationen är för närvarande under inrättande.

En grundläggande utgångspunkt för utvecklings- och förnyelsearbetet inom svensk hälso- och sjukvård är att patientens ställning skall stärkas. Detta är också en av utgångspunkterna för den s.k. Dagmaröverenskommelsen för år 1997 som slutits mellan företrädare för staten och sjukvårdshuvudmännen och som tidigare redovisats till riksdagen i en särskild skrivelse (1996/97:66).

I den nya vårdgaranti som utgör en del av överenskommelsen är målsättningen att öka tillgängligheten för alla patienter. Det är primärvården som är ansvarig för de första kontakterna och skall erbjuda hjälp samma dag, antingen på telefon eller genom besök. Läkarbesök skall erbjudas inom åtta dagar. När så erfordras skall primärvården biträda med hänvisning till specialistvård för patientbesök inom

tre månader. För patienter med oklar diagnos skall besöket hos specialist ske inom en månad. Utifrån de bedömningar som gjorts i primärvården eller av specialtläkare skall behandlingen påbörjas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioriteringar. Om inte den egna sjukvårdshuvudmannen kan erbjuda vården inom ovan nämnda tidsramar har patienten rätt att söka vård hos annan sjukvårdshuvudman.

En uppföljning av väntetiderna har genomförts vid ett 25-tal sjukhus i hela landet under en vecka i april. Denna visar att drygt hälften av patienterna med oklar diagnos får träffa en specialist inom en månad, medan cirka 90 % av patienterna med en fastställd diagnos får träffa en specialist inom vårdgarantins tre månader. Väntetiderna varierar dock stort mellan och inom sjukhus. En ny uppföljning genomförs av Landstingsförbundet i oktober 1997.

Under den senaste tiden har det framkommit uppgifter om att barnfamiljer i vissa fall avstår från att söka vård av ekonomiska skäl. Regeringen ser allvarligt på dessa uppgifter då framför allt yngre barn är infektionskänsliga och kan ha ett stort behov av hälso- och sjukvård. Utebliven vård kan också bidra till att smitta sprids inom familjen eller till andra som kommer i kontakt med barnet. För att inte barnfamiljer skall avstå från vård på grund av att de inte anser sig ha råd med patientavgifterna har flera landsting tidigare beslutat att reducera eller helt avskaffa patientavgifterna för barn.

I syfte att alla barn i hela landet, utan hänsyn till familjens privata ekonomi, skall kunna erbjudas en god vård kommer patientavgifterna att avskaffas för samtliga barn och ungdomar upp t.o.m. 19 år fr.o.m. 1 januari 1998. Regeringen delar landstingens bedömning av värdet av denna reform.

I propositionen (1996/97:123) om privata vårdgivare föreslog regeringen att det inte skulle vara möjligt att kräva remiss för att ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning skulle utgå till privatpraktiserande gynekologer, psykiatriker och barnläkare. Avsikten är att öka valmöjligheten och skydda integriteten. Riksdagen beslutade i enlighet med regeringens förslag.

I Spris finansieringsavtal anges att utgångspunkten för allt projektarbete skall vara att stärka patientens ställning. Flera initiativ har tagits som syftar till att förbättra kommunikationen mellan patient och vårdpersonal. Målet är bättre behandlingsresultat och därmed högre kvalitet i vården.

Bemötandeutredningens (S 1994:08) betänkande Jämställd Vård – olika vård på lika villkor har remissbehandlats. Mot bakgrund av utredningens förslag framhöll regeringen i propositionen 1996/97:5 om forskning att kvinnor bör inkluderas i medicinska studier i större omfattning än tidigare. Utredningen har fått en vid spridning och bildat underlag för konferenser, utbildningar m.m.

Landstingsförbundets styrelse beslutade i maj 1997 om en särskild rekommendation om landstingens och medlemskommunernas arbete med att stärka patientens ställning. I denna behandlas bl.a. frågor om vårdens tillgänglighet, om valfrihet, om bemötande och om patientens inflytande och delaktighet i det medicinska beslutsfattandet. Regeringen välkomnar detta initiativ.

Kommittén (S 1992:04) om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) kommer under hösten att avlämna ett delbetänkande avseende åtgärder för att stärka patientens ställning i vården. Betänkandet kommer efter remissbehandling att bilda underlag för en proposition till riksdagen.

4.2.5 Verksamhetsutveckling inom vården

Den svenska sjukvården och omsorgen är i ett internationellt perspektiv av hög kvalitet. Detta visar t.ex. olika jämförelser vad avser den s.k. åtgärdbara dödligheten dvs. död på grund av orsaker som hälso- och sjukvården anses kunna påverka. Denna dödlighet är ofta cirka 30 – 50 % lägre i Sverige än i andra europeiska länder. Den åtgärdbara dödligheten har dessutom stadigt minskat från år 1970 till år 1990.

Den höga kvaliteten i vården har också uppmärksamats nationellt där exempelvis Lungmedicinska kliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping fick utmärkelsen Svensk kvalitet år 1996. Kvinnokliniken i Motala erhöll Landstingsförbundets motsvarande utmärkelse våren 1997.

Utbildningsnivån (mätt som andelen högskoleutbildade) är mycket hög i landstingens sjukvård. Ungefär 35 % hade år 1993 högskoleutbildning, vilket är lika stor andel som i den privata bransch som har högst utbildningsnivå (kunskapsintensiva tjänster).

Under 1990-talet har antalet läkare ökat medan antalet sjuksköterskor varit i stort sett konstant. Antalet undersköterskor och sjukvårdsbiträden har minskat kraftigt i den landstingskommunala vården och arbetslösheten är på vissa håll i landet betydande. Vad gäller läkare och sjuksköterskor råder i stort sett balans mellan tillgång och efterfrågan och arbetslösheten för dessa grupper är relativt låg. Farhågor finns att tillgången på vissa specialister kommer att vara otillräcklig i början av 2000-talet. En bättre framförhållning och planering måste eftersträvas.

Regeringen kommer idag att fatta beslut om att förelägga riksdagen en särskild proposition om läkarnas vidareutbildning. Regeringens syn på vårdhögskolornas utveckling redovisas under Utgiftsområde 16.

Det finns dock kvarstående brister och otillfredsställda behov inom hälso- och sjukvården. Dessa har i vissa fall förstärkts under de senaste åren till följd av den kärva ekonomiska situationen, de demografiska förändringarna samt snabba och omfattande

organisatoriska förändringar. Medicinens landvinningar öppnar också nya möjligheter att lindra och bota sjukdomar högt upp i åldrarna.

Kvaliteten i det medicinska omhändertagandet i hemsjukvården och i särskilt boende är i vissa fall otillfredsställande. Väntetider och köer är på vissa håll oacceptabelt långa. Det finns uppgifter om att förtroendenämnderna får allt fler anmälningar om brister i bemötandet. Delar av personalen känner sig otillräckliga, oroar sig inför framtiden och har s.k. utbrändhetssymptom.

De ökade resurser som har och kommer att tillföras den kommunala sektorn kommer att förbättra möjligheterna att avhjälpa de här problemen och bristerna.

Hälso- och sjukvårdens kvalitet och personalens arbetstillfredsställelse är dock inte bara beroende på resurssituationen utan också på hur arbetet leds, organiseras och vilka möjligheter till fortlöpande kompetensutveckling som ges.

I syfte att stödja den kunskapsutvecklande arbetsplatsen avsattes särskilda medel både på nationell och regional nivå i den s.k. Dagmaröverenskommelsen för år 1997. En långsiktig och systematisk satsning på att höja kvaliteten i vården främst genom kompetenshöjande åtgärder måste ges fortsatt hög prioritet de kommande åren. De möjligheter de arbetsmarknadspolitiska instrumenten ger bör här tas tillvara.

Behörighetskommittén (S 1994:01) hade i uppdrag att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet och mot bakgrund av översynen lämna förslag bl.a. i frågan om legitimation och behörighetsföreskrifter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och näraliggande områden. Kommitténs betänkande (SOU 1996:138) Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. har remissbehandlats och kommer att ligga till grund för en proposition till riksdagen under våren 1998.

En viktig förutsättning för att uppnå en hälso- och sjukvård som i ännu högre grad än idag är patientorienterad och kunskapsbaserad är att informationsförsörjningen utvecklas och att ny informationsteknologi utnyttjas i så stor utsträckning som möjligt. Särskilda medel för att stödja denna utveckling har avsatts för år 1997 inom ramen för Dagmarförhandlingarna. I samband med vårdens datorisering syftar Spris utvecklingsarbete till att öka kommunikationen mellan olika datasystem. Det kommer i sin tur underlätta uppgiftsinsamling av t.ex. kvalitetsinformation.

Arbetet med kliniska riktlinjer och kunskapsunderlag måste fortsätta liksom arbetet med uppföljning av verksamheten med kvalitetsregister.

4.2.6 Psykiatri

Socialstyrelsen överlämnade i maj sin årsrapport för psykiatireformen 1997 – Är vi på rätt väg? (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:6). Socialstyrelsen konstaterar att det i samtliga landsting och kommuner pågår ett intensivt arbete för att genomföra reformen, men att det tar avsevärt längre tid än vad som förutsetts. De psykiskt funktionshindrades behov är endast delvis kartlagda i många kommuner. Enligt regeringens mening är detta inte acceptabelt och systematiska behovsinventeringar måste därför snarast ske i samtliga kommuner.

Många kommuner har gjort stora insatser för att skapa ett tillfredställande boende för psykiskt störda. I vissa fall går dock utbyggnaden av ett gott boende för de som befinner sig på sjukhem eller liknande institutioner alltför långsamt. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att de traditionella medlen för att ordna daglig sysselsättning och stimulans/aktivering är dåligt anpassade till de psykiskt stördas behov. Ytterligare uppslag behövs således på sysselsättning som är anpassad till dessa personers situation.

Trots de problem som uppmärksammas finner Socialstyrelsen att reformarbetet har goda förutsättningar att lyckas om beslutsfattare, professioner och företrädare för brukarna fortsätter att hålla uppmärksamheten på en hög nivå. Det är också viktigt att ett långsiktigt perspektiv läggs på finansieringen av olika insatser när de särskilda stimulansmedlen försvinner. En fortsatt uppföljningen måste också ske av hur situationen för de psykiskt störda utvecklas så att åtgärder kan vidtas om inte syftet med reformen uppnås.

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) har under våren 1997 publicerat en rapport om behandling med läkemedel av typ neuroleptika. Rapporten visar att det sker en överförskrivning och att kostnaderna för denna beräknas uppgå till cirka 60 miljoner kronor per år.

Socialstyrelsens uppdrag vad gäller att granska psykiatrins innehåll kommer att redovisas under hösten 1997 liksom slutbetänkandena från kommittén (S 1995:06) om vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem och kommittén (S 1995:11) med uppgift att utvärdera lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LTP) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

4.2.7 Läkemedel

Läkemedel är en viktig behandlingsform i hälso- och sjukvården. De allt effektivare läkemedlen har lett till stora välfärdsvinster för många människor. Hittills har dock läkemedelsförmånen behandlats åtskild

från övrig hälso- och sjukvård och finansierats via sjukförsäkringen.

Under 1990-talet har olika åtgärder vidtagits för att dämpa och begränsa de ständigt ökande utgifterna för läkemedelsförmånen. Bakgrunden till att kostnaderna för läkemedelsförmånen har ökat är bl.a. den demografiska utvecklingen med en ökande andel äldre människor samt att en allt större andel av läkemedlen skrivs ut i öppenvård till följd av vårdens strukturförändringar. Tillkomsten av nya och dyrare läkemedel har också i hög grad bidragit till kostnadsutvecklingen, medan prisutvecklingen i övrigt varit måttlig.

De vidtagna åtgärderna för att begränsa kostnadsutvecklingen har dock haft begränsad effekt till följd av förmånssystemets konstruktion och av att läkemedel har behandlats separat från andra delar av hälso- och sjukvården.

Från och med år 1997 har det tidigare gemensamma högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel delats upp på två separata högkostnadsskydd samtidigt som subventionerna för läkemedel inklusive förbrukningsartiklar och vissa speciallivsmedel i grunden förändrats. Avsikten med denna förändring var att få till stånd en rationellare läkemedelsanvändning och en besparing i läkemedelskostnaderna för år 1997. De hittillsvarande effekterna av denna förändring talar för att ett trendbrott har skett i kostnadsutvecklingen, då kostnaderna för de första 8 månaderna i år är närmare 20 procent lägre jämfört med samma period föregående år. Mycket talar för att den beräknade besparingen kommer att överträffas och att de totala kostnaderna för läkemedelsförmånen under år 1997 betydligt kommer att underskrida 1996 års kostnader. Detta kan till del bero på den kraftiga hamstringen av läkemedel under slutet av år 1996 men framför allt på effekterna av det nya förmånssystemet för läkemedel.

Kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen övergår den 1 januari 1998 till landstingen och medel avseende läkemedelsförmånen kommer övergångsvis att lämnas via ett särskilt statsbidrag. Enligt en överenskommelse med Landstingsförbundet den 12 september 1996 skall parterna senare överenskomma om en ny modell för statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånen.

Socialstyrelsen har givits ett särskilt ansvar att utvärdera förändringarna på läkemedelsområdet, bland annat ur ett patientperspektiv. Ytterligare medel föreslås anvisas Socialstyrelsen för denna uppgift.

Utredningarna (S 1996:09) Översyn av prisregleringen av läkemedel och (S 1996:08) Översyn av den framtida läkemedelsdistributionen kommer att överlämnas sina betänkanden under hösten 1997.

Mot bakgrund av att EU:s ministerråd i november 1996 antog en resolution om säkerhet vid blodtransfusioner och självförsörjning av blod tillsatte regeringen i februari 1997 en arbetsgrupp med uppdrag

att utarbeta en långsiktig strategi för hur Sverige skall kunna uppfylla resolutionens krav. Arbetsgruppen skall redovisa sitt uppdrag i början av år 1998.

4.2.8 Tandvården

Tandhälsoutvecklingen

Tandhälsan hos barn och ungdomar förbättras stadigt. Andelen barn som är kariesfria har ökat bland tre- och sexåringar mellan åren 1985 och 1996. Andelen kariesfria tolvåringar har ökat kraftigt under samma tidsperiod. Även nittonåringar har bättre tandhälsa. År 1996 var närmare 60 % av ungdomarna i denna åldersgrupp kariesfria på tändernas sidoytor. Det är kariesskador på dessa ytor som framförallt ger upphov till framtida vårdbehov.

Sverige har redan uppnått det av WHO fastställda målet för barnens och ungdomarnas tandhälsa år 2000.

En jämförande EU-studie visar att de svenska femåringarna hade bäst tandhälsa bland de europeiska barnen. En orsak till detta kan vara att de får genomgå regelbundna hälsokontroller och att den organiserade barntandvården erbjuder förebyggande vård utan att föräldrarna behöver ta initiativet. För tolvåringarna var resultatet inte lika bra, men skillnaderna mellan olika länder var små vad avser denna åldersgrupp.

Även för vuxna förbättras tandhälsan kontinuerligt. Det finns dock vissa grupper, bl.a. vissa funktionshindrade och långvarigt sjuka, som har sämre tandhälsa och sämre förutsättningar än andra grupper att vidmakthålla en god tandhälsa.

En majoritet av patienterna har låga tandvårdskostnader. Ett fåtal patienter, dock olika patienter varje år, svarar för en stor andel av behandlingskostnaderna. Kostnaderna skulle kunna vara lägre om de mest effektiva diagnos- och behandlingsmetoderna användes och om tandhygienisternas kompetens bättre togs tillvara. Nuvarande ersättningsystem ger inte heller incitament att bedriva en så resurssnål vård som möjligt.

Pågående arbete

Regeringen har tidigare låtit utreda hur vuxna som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov skulle kunna få ett bättre ekonomiskt stöd. Förslagen har presenterats i rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling (Ds 1997:16). Rapporten har remissbehandlats. Remissinstanserna är övervägande positiva till förslagen i rapporten.

Regeringen har, för att ge även övriga vuxna ett ekonomiskt stöd, nyligen tillkallat en särskild utredare (dir. 1997:86). Ersättningsystemet skall enligt utredningsdirektiven ges en tandhälsoinriktad utform-

ning. Utredningsarbetet skall vara avslutat senast den 31 december 1997.

Socialstyrelsen har den 1 september 1997 till Socialdepartementet inkommit med utredningsrapporten Tandhygienisternas framtida uppgifter och kompetens. Utredningen föreslår att det på sikt endast skall finnas två personalkategorier legitimerade tandläkare och legitimerade tandhygienister som behandlar patienter. Utredningen föreslår en viss utvidgning av arbetsuppgifterna för tandhygienister i förhållande till nuvarande kompetensområde, bl.a. en satsning på folkhälsoarbete, omvårdnadsaspekter och uppföljning och utvärdering av tandvårdsverksamheten. Utredningen anser att tandhygienistutbildningen i framtiden bör vara treårig. Regeringen avser att senare återkomma till riksdagen med de förslag som Socialstyrelsens rapport kan föranleda.

4.2.9 Vissa etiska frågor

Konventionen om bioetik

Europarådets konvention om bioetik syftar till att ge skydd för den enskilde i samband med forskning och medicinsk behandling. Konventionen öppnades för undertecknande i april 1997. Sverige tillhör det 20-tal länder som undertecknade konventionen. Avsikten är att senare ratificera konventionen.

Konventionen innehåller bl.a. bestämmelser om informerat samtycke vid forskning och medicinsk behandling samt särskilda bestämmelser för individer som inte kan lämna eget samtycke. I konventionen finns också ett förbud mot diskriminering på grundval av arvsanlag samt bestämmelser om att predikativa genetiska tester bara får utnyttjas för hälso- och sjukvårdsändamål och hithörande forskning.

Enligt konventionen skall nationell lagstiftning som tillåter forskning på befruktade ägg innehålla skydd av det befruktade ägget. Framställning av befruktade ägg enbart för forskningsändamål är förbjuden.

Genetisk integritet

I departementspromemorian (Ds 1996:13) Genetisk integritet föreslås att det vid ansökan om försäkring, i samband med anställning etc. skall vara förbjudet att efterfråga eller använda genetisk information eller resultatet av genetisk undersökning som hänförs till en enskild person.

Rapporten har remissbehandlats och en proposition planeras att lämnas till riksdagen hösten 1997.

Steriliseringar

Regeringen beslutade i september 1997 att en särskild utredare skall tillkallas för att allsidigt belysa bakgrunden till och tillämpningen av den steriliseringslagstiftning som gällde fram till dess att den nuvarande steriliseringslagen trädde i kraft år 1976.

Av direktiven framgår att det är angeläget att de som steriliserades mot sin vilja eller på någon annans initiativ får en gottgörelse av samhället. Denna fråga skall behandlas med förtur medan uppdraget i sin helhet skall vara slutfört senast den 1 juli 1999.

4.2.10 Vissa myndighetsfrågor

Regeringens bedömning är att samtliga myndigheter på ett tillfredsställande sätt har uppfyllt de mål som satts upp för verksamheterna. Arbetsbelastningen har varit hög inte minst till följd av det omfattande förändringsarbete som bedrivs i kommuner och lands-ting samtidigt som resurssituationen varit ansträngd för myndigheterna. Flera myndigheter – främst Lä-kemedelsverket, Smittskyddsinstitutet och Folkhäl-soinstitutet – har fått utökade uppgifter till följd av EU-medlemskapet. De möjligheter som IT ger ut-nyttjas i allt högre utsträckning för att sprida infor-mation och kunskapsmanställningar.

4.3 Anslag

A 1. Sjukvårdsförmåner m.m.

| | | | | |
|-------------|----------------|------------------|---------------------|------------|
| 1995/96 | Utgift | 23 422 742 | ¹ | |
| Därav 1996 | | 15 685 541 | | |
| 1997 | Anslag | 15 512 000 | Utgifts- prognos | 15 031 000 |
| 1998 | Förslag | 1 550 000 | | |
| 1999 | Beräknat | 1 578 000 | | |
| 2000 | Beräknat | 1 607 000 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Området sjukvårdsförmåner omfattar t.o.m. år 1997 till övervägande delen sjukförsäkringens kostnader för läkemedelsförmånen, inkl. förbrukningsartiklar vid inkontinens samt vuxentandvård (tandvårds-försäkring). Vidare omfattas finansieringen av Handikappinstitutet, kostnaderna för sjukvårdsför-måner i vissa internationella förhållanden samt kost-naderna för viss sjukhusvård. Dessutom har anslaget tillförts de avgifter som tas ut av pensionärer vid

sjukhusvård i form av avdrag på utbetalda allmänna pensioner.

Under anslaget Sjukvårdsförmåner m.m. beräknar regeringen fr.o.m. 1998 utgifter för två ändamål ersättning till sjukvårdshuvudmännen m.m., samt tandvårdsförsäkring. De faktiska och beräknade utgifterna i miljoner kronor för dessa ändamål åren 1996 – 2000 framgår av ovanstående tabell.

Utgifterna för år 1996 under anslaget visar i för-hållande till budgeterat belopp på ett betydande överskridande som en följd av att utgifterna för lä-kemedelsförmånen blev betydligt högre än beräknat. De utgiftsstyrande faktorerna för den förmånen är som tidigare nämnts en viss prisutveckling, en ökad läkemedelsvolym samt en fortsatt utveckling mot allt dyrare läkemedel. Den ökande volymen läkemedel beror på den demografiska utvecklingen och att en allt större del av läkemedelsförskrivningen sker i öp-penvård. En ökning av antalet frikort har också skett vilket lett till ett större antal avgiftsbefriade läkeme-delsinköp under året.

Den 1 januari 1997 infördes ett nytt förmånssys-tem för läkemedel vilket synes ha haft avsedd effekt i fråga om att begränsa kostnadsutvecklingen för lä-kemedelsförmånen. Sedan den 1 augusti 1997 omfat-tas inte längre receptfria läkemedel – med vissa un-dantag – av läkemedelsförmånen. Åtgärderna förväntas leda till ett underskridande för år 1997.

Med anledning av riksdagens tidigare beslut om överförande av kostnadsansvaret för läkemedelsför-månen och förbrukningsartiklar vid inkontinens till landstingen och vad gäller inkontinensartiklar även kommunerna har företrädare för staten med Land-stingsförbundet och Svenska Kommunförbundet den 10 september 1997 träffat överenskommelser om de närmare ekonomiska villkoren för överförandet.

Regeringen kommer senare idag att godkänna överenskommelserna.

Som en följd av överenskommelsen med Land-stingsförbundet skall 75 miljoner kronor frånräknas anslagsposten för läkemedelsförmånen för år 1997 och beloppet i stället tillföras anslaget Bidrag till häl-so- och sjukvård under detta utgiftsområde genom tilläggsbudget. Orsaken härtill är att landstingen un-der år 1997 – trots att förmånen med kostnadsfria

UTGIFTSUTVECKLINGEN FÖR ANSLAGET

MILJONER KRONOR

| ÄNDAMÅL | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|--------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| Ersättning till sjukvårdshuvudmännen | - 328 | - 292 | 150 | 150 | 150 |
| Läkemedelsförmåner | 13 517 | 13 500 | - | - | - |
| Tandvårdsförsäkring | 2 497 | 1 823 | 1 400 | 1 428 | 1 457 |
| Totalt | 15 686 | 15 031 | 1 550 | 1 578 | 1 607 |

läkemedel är avskaffad – fortsatt att tillhandahålla vissa patienter som saknar sjukdomsinsikt läkemedel kostnadsfritt. Denna åtgärd har vidtagits med anledning av att bristande medicinering för denna kategori patienter kan innebära fara för deras eller andras liv och hälsa.

Den 15 oktober 1996 trädde en reviderad och förenklad tandvårdstaxa i kraft samtidigt som utgiftsramen för tandvårdsförsäkringen sänktes med 350 miljoner till 1 901 miljoner kronor räknat på helår. Detta ledde under slutet av år 1996 till en tillfälligt ökad efterfrågan på tandvård vilket också i någon mån påverkade utgifterna. För år 1997 bedöms för närvarande de förväntade utgifterna i stort sett motsvara vad som budgeterats för tandvårdsförsäkringen.

För ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. beräknas däremot ett överskridande uppkomma för år 1997. Orsaken härtill är lägre avgiftsintäkter än vad som tidigare beräknats vid sjukhusvård för pensionärer samt obalans i betalningsströmmarna vad gäller kostnaderna för vissa sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden, dvs. i princip kostnaderna för dessa förmåner till följd av EES-avtalet och EU-medlemskapet.

För åren 1996 och 1997 uppkommer ett överskott beroende på att avgiftsintäkterna för pensionärernas sjukhusvård i form av avdrag på deras allmänna pensioner tillförts anslaget. Fr.o.m. år 1998 kommer emellertid sjukvårdshuvudmännen – under förutsättning av riksdagens beslut – att överta administrationen av dessa avgifter från socialförsäkringsadministrationen. Omläggningen innebär att huvudmännen själva debiterar och uppbär dessa avgifter och att några pensionsavdrag inte längre tillförs anslaget. Genom denna förändring minskas det generella statsbidraget till landstingen med 400 miljoner kronor fr.o.m. år 1998.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.

Enligt gällande ordning regleras inte bara sjukförsäkringens utgifter, utan även dess intäkter för sjukvårdsförmåner, i internationella förhållanden – föranledda av i huvudsak EES-avtalet och EU-medlemskapet – gentemot annat land slutgiltigt först flera år efter det att de uppkommit. Det har därför hittills varit svårt att beräkna den årliga storleken av dessa. Det har numera framkommit sådana uppgifter från Riksförsäkringsverket som gör det nödvändigt att öka utgifterna för dessa internationella vårdförmåner med ca 50 miljoner till 100 miljoner kronor för år 1998 för att möta de krav på ersättning som kan förväntas under året. Det kommer

dock även i framtiden att vara förenat med stora svårigheter att förutse hur stora kraven är från landstingen och från medlemsländerna samt när kraven inkommer och regleras. Det är också svårt att beräkna storleken av Sveriges fordringar på dessa länder och när dessa kommer att regleras eftersom eftersläpningarna i båda riktningarna är betydande. För åren 1999 och 2000 bedöms utgifterna vara på samma nivå som för år 1998.

Frågan om Handikappinstitutets verksamhetsinriktning, organisation och finansiering är alltså föremål för översyn och någon ändring i nuvarande förhållanden beräknas inte ske fr.o.m. år 1998 som tidigare planerats. Till följd härav beräknas Handikappinstitutet även under år 1998 finansieras genom medel från sjukförsäkringen och storleken på dessa – som fastställs vid de s.k. Dagmaröverläggningarna senare i höst – har vid anslagsberäkningen antagits bli oförändrad, dvs. ca 50 miljoner kronor för år 1998.

Läkemedelsförmånen

Resultatinformationen vad avser läkemedelsförmånen redovisas under anslaget A 2. Bidrag för läkemedelsförmånen.

Tandvårdsförsäkringen

I regeringens vårpropositionen för år 1997 aviserades att den tidigare planerade besparingen inom tandvårdsförsäkringen på 900 miljoner fr.o.m. år 1998 inte skulle fullföljas och att en utgiftsram på 1 400 miljoner kronor skall gälla för tandvårdsförsäkringen. Regeringen redovisade dessutom sina planer på att senare förelägga riksdagen förslag om en förändrad tandvårdsförsäkring som kan träda i kraft den 1 januari 1999. Tandvårdsförsäkringen avses härigenom få en ändrad inriktning. Det gäller dels att med utgångspunkt i rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling (Ds 1997:16) införa ett bättre ekonomiskt stöd till personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov, dels ge övriga vuxna patienter ett ekonomiskt stöd med en mer tandhälsoinriktad utformning än det nuvarande. Regeringen har mot den bakgrunden beslutat om direktiv (Dir. 1997:86) och tillkallat en särskild utredare med uppgift att före utgången av året lämna förslag om en ny inriktning på tandvårdsförsäkringen fr.o.m. år 1999. Avsikten är att därefter förelägga riksdagen en proposition som kan behandlas under våren 1998.

Ovanstående innebär att det nuvarande ersättningsystemet för vuxentandvård kommer att gälla även under år 1998. För att åstadkomma detta med en lägre utgiftsram än tidigare har i 1997 års vårproposition aviserats att subventionerna måste reduceras något och regeringen har nyligen – i enlighet med vad som angavs i propositionen – beslutat om en höjning

av självriskan från 700 till 1 300 kronor fr.o.m. den 1 oktober 1997.

Slutsatser

Genom att kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen och förbrukningsartiklarna vid inkontinens fr.o.m. år 1998 överförs från staten genom den allmänna sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen och vad gäller inkontinensartiklarna också till kommunerna och ett särskilt bidrag införs för läkemedelsförmånen reduceras anslaget Sjukvårdsförmåner m.m. i motsvarande mån.

Anslaget påverkas också av ett genomförande av regeringens förslag att till sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1998 föra över administrationen av avgiftssystemet vid sjukhusvård för pensionärer. Härigenom bortfaller de avgiftsintäkter i form av avdrag på utbetalda pensioner som varje år tillförts anslaget. Genom att huvudmännen nu föreslås få debitera och uppbära dessa avgifter, som för år beräknats till sammanlagt 400 miljoner kronor inklusive ersättning för administrativa kostnader, bortfaller den kompensation som lämnats till huvudmännen genom att det generella statsbidraget till landstingen reducerats med samma belopp. I sin tur innebär detta att anslaget Sjukvårdsförmåner m.m. tillförs detta belopp fr.o.m. år 1998 i stället för de uteblivna avgiftsintäkterna. Systemändringen förutsätter ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Anslagsposten för tandvårdsförsäkringen behöver i enlighet med regeringens ändrade ställningstagande till den tidigare planerade besparingen ökas till 1 400 miljoner kronor för år 1998. För åren 1999 och 2000 har beloppet räknats upp enbart med hänsyn till den förväntade allmänna kostnadsutvecklingen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 550 000 000 kronor anvisas under anslaget Sjukvårdsförmåner m.m. för år 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 1 578 000 000 respektive 1 607 000 000 kronor.

Förslag till vissa regeländringar

Administrationn av pensionärernas avgifter vid sjukhusvård

Regeringens förslag:

Administrationn av systemet med avgifter för pensionärer vid sjukhusvård skall överföras från försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket till sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1998.

Skälen för regeringens förslag: Frågan om ett överförande av administrationen av sjukhusvårdsavgifter för pensionärer från socialförsäkringsadministrationen till sjukvårdshuvudmännen har varit föremål för överväganden sedan år 1992, då huvudmännen på motsvarande sätt övertog debitering och uppbörd av avgifter i slutenvård för patienter som inte uppbär hel ålders- eller förtidspension, dvs. i princip förvärvsarbete.

Företrädare för Socialdepartementet och Landstingsförbundet träffade i mars 1997 en överenskommelse om ett överförande av administrationen av avgifter för pensionärer vid sjukhusvård fr.o.m. år 1998. Överenskommelsen har godkänts av regeringen och Landstingsförbundets styrelse. Genom den nu träffade överenskommelsen avses samtliga patienter i ett landsting fr.o.m. år 1998 bli omfattade av ett och samma avgiftssystem för slutenvård.

Den gällande ordningen med två olika avgiftssystem har i enskilda fall lett till mindre skillnader i avgifter mellan pensionärer och förvärvsarbete vid jämförbara inkomster. Enligt regeringens uppfattning finns det inte några bärande motiv för att pensionärer och förvärvsarbete skall ha separata avgiftssystem vid sjukhusvård. En övergång till ett avgiftssystem administrerat av sjukvårdshuvudmännen har därför ansetts angelägen från regeringens sida.

Den träffade överenskommelsen innebär att varje sjukvårdshuvudman beslutar om principerna i fråga om underlag för avgiftsdebiteringen och fastställer avgiftsnivåer i olika inkomstintervall samt om vilka regler för nedsättning av avgift som skall tillämpas. För pensionärer yngre än fyrtio år skall även fortsättningsvis – enligt överenskommelsen – halv avgift tas ut under de 30 första dagarna av varje vårdtillfälle. Vidare gäller att högsta avgiftsbelopp som får tas ut under år 1998 är 80 kronor per vård dag. Detta belopp gäller tills vidare så länge parterna inte kommit överens om annat.

Omläggningen innebär att nuvarande avgiftsregler för pensionärer skall gälla för sjukhusvård lämnad t.o.m. december månad 1997 med åtföljande avdrag på utgående allmänna pensioner under de två första månaderna år 1998. För sjukhusvård som lämnas pensionärer fr.o.m. den 1 januari 1998 debiteras och uppbär således sjukvårdshuvudmännen dessa avgifter enligt den nya ordningen. Det innebär att pensionärer som vårdas på sjukhus i november och december 1997 kommer att få avdrag för sjukhusvård på sina pensioner i januari respektive februari. Vårdas de dessutom på sjukhus under januari och februari 1998 kan sjukvårdshuvudmannen samtidigt komma att debitera dem för vården dessa månader. Förändringen förutsätter ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

A 2. Bidrag för läkemedelsförmånen

| 1998 | Förslag | 13 491 000 ¹ | NYTT ANSLAG |
|------|----------|-------------------------|-------------|
| 1999 | Beräknat | 14 557 000 | |
| 2000 | Beräknat | 14 792 000 | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Från detta nya anslag utbetalas statsbidrag till sjukvårdshuvudmännen till följd av att de övertar kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen från den allmänna sjukförsäkringen fr.o.m. år 1998. Under år 1998 belastar även utbetalningar avseende kostnaderna för läkemedelsförmånen och inkontinensartiklar under november och december 1997 detta anslag. Dessa utbetalningar skall göras av Riksförsäkringsverket till Apoteksbolaget AB, medan ersättningen för läkemedelsförmånen därefter skall utbetalas av Socialstyrelsen till landstingen månadsvis. När det gäller ersättningen för förbrukningsartiklar vid inkontinens lämnas denna fr.o.m. år 1998 via de generella bidragen till landsting och kommuner under utgiftsområde 25.

Regeringens överväganden

Kostnaderna för läkemedelsförmånen har under de första åtta månaderna år 1997 sjunkit med närmare 20 % jämfört med föregående år. De viktigaste orsakerna härtill är effekterna av det nya subventionssystemet för läkemedelsförmånen och den hamstring av läkemedel som skedde i slutet av år 1996. Mycket talar dock för att det är de nya subventionsreglerna som i första hand bidragit till denna för kostnaderna gynnsamma utveckling. Förutom en minskad volym sålda läkemedel kan hittills också en övergång till något billigare läkemedel märkas. Detta innebär att för utgiftsåret 1997 beräknas, trots de höga utgifterna i början av budgetåret till följd av eftersläpande betalningar avseende november och december 1996, ett underskridande för ändamålet läkemedel under anslaget A 1. Sjukvårdsförmåner m.m. på ca 600 miljoner kronor budgetåret 1997.

Vid beräkningen av anslaget för år 1998 har utgifterna för läkemedelsförmånen år 1996 varit utgångspunkten. Hänsyn har tagits till den hamstring av läkemedel som inträffade i slutet av det året inför införandet av det nya förmånssystemet den 1 januari 1997 och den beräknade besparingseffekten av införandet av detta. Vidare har förväntad pris- och volymutveckling beaktats samt tillkomsten av nya och dyrare läkemedel t.o.m. år 1998. De mest osäkra faktorerna i denna bedömning är den stora hamstringen och effekterna av det nya förmånssystemet. Den hittillsvarande kostnadsutvecklingen för år 1997 visar emellertid på en gynnsammare kostnadsutveckling än vad som tidigare beräknats.

De närmare ekonomiska villkoren för detta har som tidigare nämnts redovisats reglerats i en överenskommelse som staten och Landstingsförbundet träffade den 10 september 1997.

Överenskommelsen innebär att staten via detta anslag lämnar ersättning till sjukvårdshuvudmännen för läkemedelsförmånen med ett fast månatligt belopp som utbetalas första gången i början av mars 1998. För att tydliggöra omfattningen på de samlade utgifterna för läkemedelsförmånen under år 1998 kommer även kostnaderna för läkemedelsförmånen avseende de två sista månaderna år 1997 – vilka utgiftsmässigt regleras under de två första månaderna år 1998 – att täckas av anslaget för år 1998. Dessutom har en separat överenskommelse träffats med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om den ekonomiska regleringen av överförandet av kostnadsansvaret för förbrukningsartiklar vid inkontinens. Enligt sistnämnda överenskommelse ingår kostnaderna för dessa i de generella statsbidragen till landsting respektive kommuner fr.o.m. år 1998. Under detta nya anslag beräknas därför endast de kostnader som uppkommit under november och december 1997 och för vilka betalning sker under år 1998.

Ett underskridande av de beräknade kostnaderna för läkemedel år 1997 kommer även att få betydelse för utgifterna för år 1998 vad avser detta anslag av följande skäl.

Den nu träffade överenskommelsen bygger på den principöverenskommelse som staten och Landstingsförbundet träffade hösten 1996 om finansieringsprincipens tillämpning m.m. i samband med landstingens övertagande av kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen den 1 januari 1998. Enligt denna skall ett system för vinst- och förlustdelning finnas för år 1997 vad gäller avvikelsen mellan de beräknade och faktiska kostnaderna för läkemedelsförmånen, exklusive förbrukningsartiklar vid inkontinens och speciallivsmedel. Detta system innebär att det belopp varmed de faktiska kostnaderna underskrider de beräknade kostnaderna för läkemedelsförmånen för år 1997 delas mellan staten och landstingen i proportionerna 60 procent till staten och 40 procent till landstingen. På motvarande delas ett eventuellt kostnadsöverskridande så att staten svarar för 90 % och landstingen för 10 % av överskridandet. Landstingens ekonomiska åtaganden begränsas dock till att omfatta högst 50 miljoner kronor. Regleringen av vinst eller förlust skall genomföras senast den 30 juni 1998. Med hänsyn till den för år 1997 hittills gynnsamma kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen bedöms ett betydande underskridande uppkomma vad gäller kostnaderna för år 1997. Det innebär att det belopp som till följd härav kommer att tillfalla landstingen skall utbetalas från detta anslag senast vid utgången av juni 1998 och därvid fördelas mellan huvudmännen efter antalet invånare.

Enligt den nu träffade överenskommelsen skall systemet med vinst- och förlustdelning gälla även för

åren 1998 och 1999. För år 1998 gäller samma regler som för 1997 med undantag för att ett kostnadsunderskridande delas lika mellan parterna.

Vid beräkningen av anslagsbeloppet för år 1999 har utgångspunkten varit 1998 års belopp, varefter hänsyn tagits till förväntad pris- och volymutveckling samt fortsatt tillkomst av nya och dyrare läkemedel. För år 2000 har endast förväntad prisutveckling kunnat tas i beaktande.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 13 491 000 000 kronor anvisas under anslaget Bidrag för läkemedelsförmånen för år 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 14 557 000 000 kronor respektive 14 792 000 000 kronor

A 3. Bidrag till hälso- och sjukvård

| | | | | |
|----------------------|----------------|----------------|---------------------|---------|
| 1995/96 ² | Utgift | 1 396 059 | ¹ | |
| Därav 1996 | | 909 576 | | |
| 1997 | Anslag | 908 150 | Utgifts- prognos | 906 150 |
| 1998 | Förslag | 939 424 | | |
| 1999 | Beräknat | 967 606 | | |
| 2000 | Beräknat | 975 416 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

2. Avser tidigare reservationsanslaget 1995/96/5/C9 Allmänt Bidrag till hälso- och sjukvård

Från anslaget utbetalas statsbidrag till sjukvårdshuvudmännen i enlighet med de årliga överenskommelser som träffas mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen. Bidragets användningsområden m.m. finns angivna i förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m. som nyligen har setts över.

Vidare betalas från anslaget ersättningar för vissa kostnader och förluster som uppkommit på grund av myndighetsingripanden för att förhindra smittsam sjukdom. Vissa kostnader enligt smittskyddsförordningen betalas också från detta anslag, liksom även kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar. Vidare utgår medel för landstingens administration av ersättningar till privata vårdgivare.

En jämförelse mellan anslag och utfall för budgetåret 1995/96 (18 mån) visar att utfallet översteg anslaget med cirka 49,9 miljoner kronor, vilket berodde på vissa fördröjningar vad gäller sjukvårdshuvudmännens ansökningar av de medel som anslagits för rehabilitering av äldre och funktionshindrade under budgetåret 1994/95. Enligt regleringsbrevet för

1995/96 fick icke förbrukade medel, 75 miljoner kronor, från det tidigare budgetåret användas under 1995/96.

Den 12 december 1996 godkände regeringen den överenskommelse avseende statsbidragen till sjukvårdshuvudmännen som tidigare hade träffats mellan företrädare för staten och sjukvårdshuvudmännen. Regeringen beslutade samma dag att överlämna en skrivelse (1996/97:66) med redogörelse för en överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1997 till riksdagen.

Ramen för det totala belopp som omfattas av överenskommelsen uppgår för år 1997 till 1 169 miljoner kronor varav 868 miljoner kronor utgår från detta anslag och 301 miljoner kronor från sjukförsäkringen. Till detta kommer under detta anslag 32,8 miljoner kronor avseende den särskilda överenskommelsen om ersättning till sjukvårdshuvudmännen för administration av ersättningar till privata läkare och sjukgymnaster år 1997.

På tilläggsbudget föreslås att 75 miljoner kronor överförs till detta anslag från anslaget A 1. Sjukvårdsförmåner m.m. för att kompensera landstingen för vissa ökade kostnader avseende läkemedel.

Regeringens övervägande

Resultatinformation

I regeringens skrivelse till riksdagen (1996/97:66) med redogörelse för en överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1997 redovisas vissa erfarenheter av de tidigare överenskommelserna. Bl.a. konstateras att vårdgarantin i sin ursprungliga utformning – med fokusering på ett begränsat antal diagnoser – har spelat ut sin roll.

I den nya vårdgaranti som utgör en del av överenskommelsen är målsättningen att öka tillgängligheten för alla patienter.

Överenskommelsen för 1997 innebär att medlen i än högre grad än tidigare skall användas för att stimulera ett utvecklings- och förnyelsearbete där patientens möjlighet till ökad delaktighet betonas. Inriktningen är att stödja en kunskapsbaserad sjukvård och särskilda medel för detta har avsatts såväl på nationell som på regional nivå. Andra prioriterade områden var verksamhetsutveckling och informationsförsörjning.

Inom Kommittén (S 1992:04) om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) pågår för närvarande arbetet med kommitténs slutbetänkande vilket bland annat kommer att behandla statlig styrning. Enligt vad regeringen har erfarit har en särskild studie gjorts av de s.k. Dagmarersättningarna vilken bl.a. kommer att bilda bakgrund för kommitténs ställningstagande.

Slutsatser

Regeringen finner att ökad vikt behöver läggas på uppföljningen av centrala parametrar – exempelvis väntetiderna, kvalitet och utfall – inom hälso- och sjukvården. Vidare behöver metoderna för att följa upp de överenskommelser som ligger till grund för utbetalningarna av ersättningarna förbättras. Ett arbete med denna inriktning kommer att inledas under hösten i samråd med Socialstyrelsen och Landstingsförbundet.

Den under 1997 påbörjade förskjutning av medlens användning till att i första hand stimulera och stödja ett långsiktigt förnyelsearbete kommer att fortsätta. Insatser för att öka patienternas delaktighet i vården och att utveckla nya verksamhets- och arbetsformer kommer att ges fortsatt hög prioritet.

Ersättningar har tidigare utgått från detta anslag vad avser vissa patientöverföringar mellan Sverige och Finland. Då antalet patienter är mycket få och i första hand är i behov av långvarig vård samt då det inte tillkommer några nya fall till följd av att dessa överföringar nu regleras i den Nordiska konventionen om socialt bistånd och sociala tjänster som trädde i kraft den 1 oktober 1996 anser inte regeringen att dessa ersättningar bör bli föremål för överläggningar mellan staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen. Medel för dessa ersättningar kommer därför fortsättningsvis att beräknas under Socialstyrelsens ramanslag.

Mot bakgrund av ovanstående förslår regeringen att 939 424 000 kronor anvisas under anslaget A 3. Bidrag till hälso- och sjukvård för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 967 606 000 kronor respektive 975 417 000 kronor.

A 4. Insatser mot aids

| 1995/96 | Utgift ² | 266 877 ¹ | Utgående reserver- | 30 611 |
|-------------|---------------------|----------------------|--------------------|---------|
| Därav 1996 | | 187 452 | | |
| 1997 | Anslag | 150 887 | Utgifts- | 148 096 |
| 1998 | Förslag | 65 622 | prognos | |
| 1999 | Beräknat | 66 940 | | |
| 2000 | Beräknat | 68 551 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

2. Avser tidigare reservationsanslaget 1995/96/5/C2 Insatser mot aids

Anslaget avser särskilda insatser för att förebygga spridningen av hiv/aids. Medlen skall användas till information och kunskapspridning, stöd till psykosocialt arbete och till utvecklingsarbete. Från anslaget har vidare ett extra bidrag till landsting och kommuner, främst i storstadsregionerna, utgått t.o.m. 1997.

Bidrag till forskning lämnas, förutom från detta anslag, dels från anslaget 9 E 1. Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskningsmedel, dels från det under utgiftsområde 16 *Utbildning och universitetsforskning* upptagna anslaget till Medicinska forskningsrådet. Forskning kring hiv/aids sker vidare bl.a. inom ramen för Smittskyddsinstitutet.

Enligt nu tillgängliga prognoser kommer i stort sett hela anslaget för 1997 att förbrukas under innevarande år.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

De hiv-preventiva insatserna har varit framgångsrika. Sverige har förblivit ett land med låg förekomst av hiv-infektion trots ett omfattande resande och invandring från länder med hög förekomst av hiv/aids. Årligen upptäcks cirka 250 nya fall av hivsmitta. Allt fler människor lever i Sverige med hiv. Trots att antalet nyupptäckta fall har minskat något på senare år är smittspridningen bland män som har sex med män fortsatt hög. Det är också svårt att nå bl.a. vissa invandrargrupper med information och stöd. Detta ger anledning till fortsatt hög uppmärksamhet.

Rapporten Sex i Sverige – om sexuallivet i Sverige 1996 har nyligen färdigställts. Detta vetenskapligt baserade material kommer att utgöra underlag bl.a. för att ytterligare effektivisera det hiv-preventiva arbetet. Två undersökningar om sexuellt riskbeteende på utlandsresor har genomförts. Rapporterna ligger till grund för preventiva insatser riktade till utlandsresenärer. Under verksamhetsperioden gjordes en stor satsning på konferenser om sexualitet, homosexualitet och hiv. Sammanlagt genomfördes 18 konferenser om homosexualitet riktade till bl.a. lärare, kuratorer, vårdpersonal och personal på ungdomsmottagningar. Intresset var mycket stort och alla intresserade kunde inte beredas plats.

Folkhälsoinstitutet har ett nära samarbete med olika frivilligorganisationer vad gäller hiv/aids-frågor. Det största ekonomiska stödet går till Noaks Ark-Röda Korset, RFSL och RFSU. En utvärdering av dessa organisationer visar att de har specifik och ändamålsenlig målgruppsinriktning. Organisationerna har framgångsrikt engagerat medlemmar och aktivister och skapat en social rörelse kring sexualupplysning och preventionsarbete.

Ekonomiskt stöd ges också direkt till de hiv-smittades frivilligorganisationer på riksnivå. De riktade och täckande invandrarorganisationerna samarbetar direkt med Folkhälsoinstitutet och spelar en aktiv roll bl.a. i samband med vissa projekt.

En utvärdering av det s.k. extra bidraget främst till storstäderna redovisades för riksdagen i budgetpropositionen för 1997. Sammantaget konstaterades att

ett avancerat och mångfacetterat arbete bedrivs som bygger på genomarbetade handlingsprogram.

Under innevarande år liksom under de närmast föregående åren har storstadsregionerna tilldelats cirka 90 miljoner kronor från anslaget insatser mot aids. Medlen har utgått efter ansökan och prövning av Folkhälsoinstitutet. Som konstaterats i utvärderingen av det s.k. extra bidraget bedrivs inom dessa områden ett långsiktigt och kvalificerat arbete. Det hiv-preventiva arbetet har ett starkt politiskt stöd. Enligt regeringens bedömning är det därför nu lämpligt att gå ifrån det särskilda ansökningsförfarandet med de resurskrav detta ställer och med den detaljstyrning som det innebär. Under anslaget A 2. Bidrag till särskilda insatser i vissa kommuner och landsting under utgiftsområde 25 föreslår regeringen för år 1998 att bidrag om sammanlagt 90 miljoner kronor utges för förebyggande insatser till dessa regioner enligt en schabloniserad modell.

Slutsatser

Under detta anslag beräknas medel för stöd till de frivilliga riksorganisationerna, för stöd till projekt utanför storstadsregionerna och till Folkhälsoinstitutets egen verksamhet för att förebygga hiv/aids, dvs. nationell kunskapsuppbyggnad, samordning, kunskapspridning samt uppföljning och utvärdering, medan bidrag till det hiv-preventiva arbetet i storstadsregionerna utgår från utgiftsområde 25.

Det hiv-preventiva arbetet har varit framgångsrikt och bör enligt regeringens mening ges fortsatt hög prioritet. Den inriktning som angavs i förra årets budgetproposition ligger fast dvs.

- att insatserna bör genomföras inom ramen för sammanhållna handlingsprogram,
- att insatserna i ökad utsträckning bör riktas mot de grupper som löper störst risk att smittas med hiv/aids,
- att samarbetet mellan olika aktörer behöver fördjupas,
- att stödet till frivilligorganisationer bör prioriteras och att deras kompetens tas tillvara och utvecklas och
- att insatserna fortlöpande skall följas upp och utvärderas.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 65 622 000 kronor anvisas under anslaget A 3. Insatser mot aids för 1998. Det sammantagna statliga stödet uppgår därmed till 155 622 000 kronor. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget mot aids till 66 940 000 kronor respektive 68 551 000 kronor.

A 5. Ersättning till Spri

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|--------------|--------|
| 1995/96 | Utgift | 43 300 | ¹ | |
| Därav 1996 | | 29 700 | | |
| 1997 | Anslag | 29 700 | Utgifts- | 29 700 |
| | | | prognos | |
| 1998 | Förslag | 29 700 | | |
| 1999 | Beräknat | 29 700 | | |
| 2000 | Beräknat | 29 700 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut – Spri skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att bedriva ett långsiktigt och kvalificerat utvecklingsarbete inriktat mot aktuella problemområden. Tyngdpunkten skall ligga inom områdena hälsoekonomi, kvalitetsutveckling, informationsteknik och informationsförsörjning.

Spri är en allmännyttig ideell förening som har bildats av staten och Landstingsförbundet. Nuvarande finansieringsavtal avser perioden 1996 – 1999 och anger att utgångspunkten för allt projektarbete skall vara;

- att patientens ställning stärks,
- att projekt som bedöms ge de största effekterna när det gäller bättre hushållning med resurser skall prioriteras och
- att Spri inom sina verksamhetsområden i möjligaste mån skall delta i EU-projekt.

Enligt finansieringsavtalet tillskjuter parterna vardera 29,7 miljoner kronor för vart och ett av åren 1996 – 1999. Slutligt beslut om bidragsbelopp skall dock fattas för ett år i taget av respektive part.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Spri har i en särskild framställning till regeringen om ersättningar för åren 1998 – 2000 lämnat en resultatredovisning avseende år 1996. Av framställningen framgår att Spri har låtit göra en uppföljning av den utvärdering som genomfördes 1994. Syftet med uppföljningen var att ge den nya styrelsen en lägesrapport beträffande det förändringsarbete som den tidigare utvärderingen resulterade i. Utvärderingen skulle vidare bilda underlag för Spri:s inre kvalitetsarbete. Av utvärderingsrapporten framgår att bedömarna anser att Spri utvecklats positivt där kompetensen inom institutet har ökat. Utvärderarna konstaterar vidare att Spri har goda förutsättningar att bli det professionella utvecklingsinstitut som hälso- och sjukvården behöver.

Av de olika aktiviteterna under 1996 kan nämnas att Spris bibliotek ytterligare har ökat servicen med hjälp av IT. Spris förlagskatalog, vissa publikationer, nyhetsbrev och pressmeddelanden finns nu tillgängliga på internet. Spriline-databaserna har gjorts sökbara via Spris World Wide WEB-server och genom ett beställningsformulär har det gjorts möjligt för användarna att direkt beställa lån och kopior eller kopplas till de dokument som finns i elektronisk form.

Flera projekt vad avser kvalitetsutveckling inom psykiatri har avrapporterats under året. Spris har vidare utvecklat en metod för egenkontroll, s.k. organisationsgranskning, som ett tiotal akutsjukhus tillämpat under året. En rapport om användarnas krav på datorstödd vårdokumentation har tagits fram. Denna bedöms utgöra ett viktigt steg på vägen att etablera en gemensam syn inom vården på innehållet i patientjournalen.

På regeringens uppdrag redovisade Spris i december 1996 ett IT-program inom hälso- och sjukvården. Programmet omfattar en ökad IT-satsning avseende bl.a. datorstödda patientjournaler, gemensam terminologi och datasäkerhet till skydd för patientens integritet.

För att finansiera delar av det föreslagna IT-programmet har medel sökts från det s.k. 150-miljonersprogrammet som administreras av Kunskaps- och kompetensutvecklingsstiftelsen och Landstingsförbundet. Fördelning av medel har ännu inte skett.

Spris gjorde i april 1997 en hemställan om att få inrätta forskartjänster i enlighet med bestämmelserna i förordning om tjänster vid forskningsråd. (SFS 1986:364 senast ändrad 1993:865). Spris motiverar sin framställning med att peka på bristen på personer med forskningskompetens inom Spris kärnområden och Spris roll som brygga mellan forskningen och det praktiska förändringsarbetet i vården. Spris framställning bereds för närvarande inom regeringskansliet.

I framställningen redovisar Spris vidare förväntade resultat 1997 och en mål- och strategiplan för åren 1998 – 2000. Utöver de medel som framgår av finansieringsöverenskommelsen hemställer Spris om ytterligare 5 miljoner kronor per år för insatser inom informationsteknologiområdet. Institutet hemställer vidare om att få förlänga sin planeringsperiod med ett år t.o.m. år 2000.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Revisionsberättelsen för 1996 förelades föreningsstämman den 28 maj. Av berättelsen framgår att revisorerna tillstyrker fastställandet av resultat- och balansräkning samt resultatdisposition. Mot denna bakgrund beviljades styrelsen ansvarsfrihet.

Slutsatser

Det arbete som bedrivs inom Spris ligger enligt regeringens mening väl i linje med det gällande finansieringsavtalet och den inriktning vad avser Spris verksamhet som har godkänts av riksdagen med anledning av proposition 1995/96:99 om Spris fortsatta verksamhet. Vad avser förlängningen av finansieringsavtalet är regeringen, med nuvarande underlag, inte beredd att ta ställning till detta. I sin långsiktiga planering bör dock Spris utgå från oförändrad ekonomisk ram.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 29 700 000 kronor anvisas till Spris för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 29 700 000 kronor vardera året.

A 6. Bidrag till WHO

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|---------------------|--------|
| 1995/96 | Utgift | 67 122 | ¹ | |
| Därför 1996 | | 33 633 | | |
| 1997 | Anslag | 32 780 | Utgifts- prognos | 39 062 |
| 1998 | Förslag | 33 697 | | |
| 1999 | Beräknat | 34 371 | | |
| 2000 | Beräknat | 35 058 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Utgiften som belastar anslaget är Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationens (WHO:s) reguljära verksamhet. Avgiftens storlek bestäms av den tvåårsbudget som WHO:s beslutande församling antar.

I maj 1997 antogs WHO:s budget för perioden 1998 – 1999. Reglerna för betalning säger att senast den 1 januari varje år skall bidraget för det kommande verksamhetsåret ha betalats in till WHO. Avgiften för verksamhetsåren 1998 och 1999 uppgår till 4 944 560 USD per år. För att täcka det beräknade underskottet har i tilläggsbudget för 1997 föreslagits att ytterligare 6 320 000 kronor anvisas.

Förhandlingar pågår om ändring av FN-skalan för medlemsbidragen. Denna skala tillämpas även för WHO. USA har i dessa förhandlingar krävt att deras andel skall minskas från 25 % till 20 % av den totala budgeten. Under Världshälsoförsamlingen 1997 begärde USA att den nya skalan skall tillämpas av WHO så snart den har antagits, d.v.s. under löpande budgetperiod. Majoriteten av medlemsländerna inklusive EU-länderna motsatte sig detta. En rapport skall dock lämnas till nästa års församling, där USA:s krav med stor sannolikhet kommer att upprepas. Om USA:s förslag om minskad andel går igenom i FN betyder det att övriga länders procentuella andel ökar med ca 6-7 %.

Regeringens överväganden

Resultatinformation och slutsatser

Samarbetet med WHO utgör en viktig del av den internationella verksamheten inom hälso- och sjukvården. Sverige verkar nu aktivt för reformer inom WHO, inklusive strategisk budgetering, och administrativa besparingar för omfördelning till prioriterade verksamheter samt att medlemsländerna skall iakttäta betalningsdisciplin. Med hänsyn till fluktuationerna i dollarkursen och att en översyn pågår av justering av valutaberoende anslag har ingen uppjustering gjorts av anslaget för 1998.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 33 697 000 kronor anvisas under anslaget A 6. Bidrag till WHO för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 34 371 000 kronor respektive 35 058 000 kronor.

A 7. Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar

| | | | | |
|-------------|----------------|--------------|---------------------|-------|
| 1995/96 | Utgift | 3 888 | ¹ | |
| Därav 1996 | | 2 592 | | |
| 1997 | Anslag | 2 592 | Utgifts- prognos | 2 591 |
| 1998 | Förslag | 2 591 | | |
| 1999 | Beräknat | 2 591 | | |
| 2000 | Beräknat | 2 591 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Från anslaget utgår bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar.

Bidrag lämnas till driften av de operativa delarna av verksamheten vid Världshälsoorganisationens (WHO) enhet för läkemedelsbiverkningar (WHO Drug Monitoring Centre), som genom ett avtal mellan WHO och regeringen år 1978 fördes över till Sverige. Verksamheten, som är belägen i Uppsala, bedrivs av stiftelsen WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring.

Regeringens överväganden

Resultatinformation och slutsatser

WHO-programmet har fortsatt att utvecklas och WHO-centret har på ett förtjänstfullt sätt svarat upp mot den ökande efterfrågan av service. Ett oförändrat bidrag från staten är en förutsättning för att de avtalsbundna åtagandena gentemot WHO skall kunna garanteras. En fortsatt uppdragsverksamhet härutöver krävs också för att fortlöpande kunna erbjuda den kvalitet och kompetens som krävs för att upprätthålla en internationell koordineringsfunktion.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 2 591 000 kronor anvisas till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 2 591 000 kronor vardera året.

A 8. Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|---------------------|--------|
| 1995/96 | Utgift | 25 877 | ¹ | |
| Därav 1996 | Utgift | 16 816 | | |
| 1997 | Anslag | 16 800 | Utgifts- prognos | 16 936 |
| 1998 | Förslag | 16 800 | | |
| 1999 | Beräknat | 17 169 | | |
| 2000 | Beräknat | 17 564 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Nordiska hälsovårdshögskolan (NHV) utgör en del av Nordiska ministerrådets organisation. På högskolan bedrivs vidare- och efterutbildning av personal från de nordiska ländernas hälso- och sjukvård samt näraliggande områden. De utgifter som belastar anslaget är Sveriges andel av kostnaderna för NHV. Nordiska ministerrådet fastställer varje år dels en total ekonomisk ram för högskolans verksamhet, dels en garantinivå för finansieringen. Utgifter för verksamheten inom garantinivån fördelas mellan de nordiska länderna efter samma proportioner som gäller för den ordinarie nordiska budgeten. Efter verksamhetsårets slut görs en slutlig avräkning i förhållande till antalet utnyttjade studentplatser under året.

Faktorer som styr utgifterna är utvecklingen av Nordiska ministerrådets budget, Sveriges andel av budgeten, valutakursförändringar samt av Sverige utnyttjade studentplatser. Nordiska ministerrådets budget för år 1998 kommer att fastställas först i november 1997. För år 1998 beräknas ett totalt anslag till NHV om 36 409 000 kronor varav Sveriges andel beräknas uppgå till 16 800 000 kronor.

Regeringens överväganden

Resultatinformation och slutsatser

Sverige disponerar ca 40 % av utbildningsplatserna vid NHV. Det finns ett stort behov av kvalificerad folkhälsovetenskaplig kompetens i de nordiska länderna. NHV spelar här en viktig roll. I Sverige är intresset för utbildningen vid NHV stort och av de svenska sökandena kan årligen endast ca 1/3 beredas plats.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 800 000 kronor anvisas under anslaget A 8. Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 17 169 000 kronor respektive 17 564 000 kronor.

A 9. Folkhälsoinstitutet

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------|-----------------------------------|---------|
| 1995/96 | Utgift | 189 620 | ¹ Anslags- sparande | 31 650 |
| Därav 1996 | | 134 120 | | |
| 1997 | Anslag | 113 460 | Utgifts- prognos | 135 700 |
| 1998 | Förslag | 110 178 | | |
| 1999 | Beräknat | 112 899 | | |
| 2000 | Beräknat | 115 692 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Folkhälsoinstitutet (FHI) skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att främja likvärdiga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen. Institutet skall särskilt inrikta verksamheten mot de faktorer som påverkar hälsoutvecklingen hos de grupper som är mest utsatta för hälsorisker.

En jämförelse mellan anslag och utfall för budgetåret 1995/96 (18 mån) visar att Folkhälsoinstitutet ökade sitt anslagssparande med 5,6 miljoner kronor. Sammantaget ger detta ett ackumulerat anslagssparande på cirka 31,6 miljoner kronor vid budgetårets slut.

Anslagssparandet minskade under 1994/95 för att ånyo öka under 1995/96. Anledning till ökningen var bl.a. att institutet förberedde en organisationsförändring och delvis ändrad inriktning genom att förstärka den nationella rollen vad avser strategi, analys och utredningsarbete. Besparingen på institutets anslag om 2,5 miljoner kronor gjorde också att aktivitetsnivån minskade.

Enligt prognosen för 1997 kommer utgifterna att överstiga anslaget. Organisationsförändringen är nu genomförd och ytterligare personal med inriktning på övergripande strategiska frågor har rekryterats. De ökade utgifterna tillsammans med den minskning av innevarande års anslag som föreslås på tilläggs-

budget gör att anslagssparandet kommer att ha minskat kraftigt vid årets slut.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Myndighetens verksamhet bedrivs enligt regeringens mening på ett sådant sätt att målen för verksamheterna uppnåtts.

Institutets arbete med att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen har förstärkts. Bl.a. har olika samarbetsavtal tecknats mellan FHI och svenska forskningsinstitutioner för att öka kunskapen om ohälsans sociala samband samt översätta resultaten till förslag på konkreta strategier/insatser för att förbättra hälsans villkor bland utsatta grupper.

En rapport över Folkhälsoinstitutets stöd till forskning sedan institutets tillkomst är under utarbetande. Sedan tillkomsten har en stor mängd vetenskapliga publikationer tagits fram. Många av dessa har kvalitetsgranskats av utomstående experter före publicering i vetenskapliga tidskrifter m.m. Folkhälsoinstitutets tobaksarbete har utvärderats av en internationell grupp som har funnit att arbetet är handlingsinriktat och kännetecknas av hög produktivitet, kvalitet och kostnadseffektivitet. Regeringen välkomnar denna typ av externa utvärderingar och förutsätter att fler av institutets aktiviteter blir föremål för liknande utvärderingar.

Arbetet med att utveckla hälsokonsekvensbeskrivningar inför politiska beslut har, från en blygsam nivå, intensifierats och bl.a. har en studie av hälsokonsekvenserna av EU:s jordbrukspolitik genomförts.

Vad gäller stödet till att utveckla folkhälsoarbete på lokal och regional nivå har detta bl.a. bestått i att bidra till att öka folkhälsokompetensen hos strategiska aktörer och i att stötta utvecklingen av lokala folkhälsoprogram.

Det internationella engagemanget har ökat inte minst till följd av deltagandet i EU:s olika folkhälsoprogram. Institutet redovisade i juni 1997 ett särskilt regeringsuppdrag om tjänsteexport inom folkhälsoområdet. Från institutets sida redovisas faktorer – som under vissa förutsättningar – talar för ett begränsat eget engagemang i tjänsteexport. Samtidigt konstaterar institutet att det kvarstår oklarheter av författningsmässig, finansiell och administrativ karaktär. Frågan är föremål för vidare beredning inom regeringskansliet.

I budgetunderlaget framhålls de ökade krav på förstärkta preventiva insatser som krävs inom det alkoholpolitiska området och för att fullfölja och utveckla påbörjade insatser hemställer institutet om extra medelstillelning från anslaget för bl.a. alkohol

och drogförebyggande arbete med 40 miljoner kronor årligen under perioden 1998 – 2000.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande. Den ekonomiska administrativa värdering som RRV utfört av samtliga statliga myndigheter har beträffande FHI givit EA-värdet fullt tillfredsställande. I en särskild revisionspromemoria konstaterar RRV att FHI:s resultatredovisning mera har karaktären av en verksamhetsberättelse. Regeringen delar denna bedömning och att det pågående utvecklingsarbetet bör fortsätta med tonvikt på en fördjupad analys. Samtidigt kan regeringen konstatera att FHI:s mål, arbetsmetoder och breda verksamhetsområde innebär särskilda problem och utmaningar.

Slutsatser

Regeringen kan konstatera att institutet arbetar efter de utvecklingslinjer som föreslogs i den fördjupade anslagsframställningen och som redovisades för riksdagen i budgetpropositionen för 1997. Regeringen anser dock att institutet ytterligare bör sträva efter att förstärka sin roll som kunskapscentrum och metodutvecklare. I linje med detta ligger att institutet skall stimulera och stötta andra aktörer att bedriva ett aktivt folkhälsoarbete. I detta arbete bör inte minst de frivilliga organisationernas kompetens och engagemang tas tillvara. Ekonomiskt stöd till de frivilliga organisationernas arbete bör ges fortsatt hög prioritet.

På alkoholforskningens område behöver konsumtionsforskningen utvecklas och stimuleras. Alkoholforskningsutredningen har föreslagit att tillskapa ett särskilt alkoholforskningsinstitut. Förberedelsearbetet som omfattar såväl alkoholforskning som narkotikaforskning pågår under ledning av Socialvetenskapliga forskningsrådet. Regeringen anser att Folkhälsoinstitutets verksamhet och kompetens inom forskningsområdet är betydelsefull i det fortsatta arbetet, varför FHI såväl kompetensmässigt som finansiellt bör stödja verksamheten vid forskningsinstitutet.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 110 178 000 kronor anvisas till Folkhälsoinstitutet för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 112 899 000 kronor respektive 115 692 000 kronor. Det generella sparkravet på tre procent har beaktats vid beräkningen av 1998 års anslag.

A 10. Smittskyddsinstitutet

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|--------|
| 1995/96 | Utgift | 128 509 ¹ | Anslags-sparande | 29 503 |
| Därav 1996 | | 90 366 | | |
| 1997 | Anslag | 97 460 | Utgifts-prognos | 99 960 |
| 1998 | Förslag | 98 923 | | |
| 1999 | Beräknat | 101 760 ² | | |
| 2000 | Beräknat | 104 682 ² | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

2. Exkl. resurstillskott till följd av flyttning, nytt säkerhetslaboratorium samt nytt djurhus

Smittskyddsinstitutet (SMI) skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att medverka till att skyddet mot smittsamma sjukdomar upprätthålls och förstärks.

En jämförelse mellan budget och utfall för 1995/96 (18 mån) visar att SMI hade ett anslagssparande på 3,6 miljoner kronor. Sammantaget ger detta ett ackumulerat anslagssparande på ca 29,5 miljoner kronor. Anslagssparandet är en följd av att SMI, som tillkom den 1 juli 1993, befunnit sig i en uppbyggnadsfas och därmed bl.a. haft många obesatta tjänster. Kalenderåret 1996 visade dock ett underskott om ca 2 miljoner kronor. Enligt prognosen för 1997 beräknas den anslagsfinansierade verksamheten medföra ett underskott om ca 2,5 miljoner kronor, vilket täcks av anslagssparandet. Orsakerna är att kostnaderna för personal och material m.m. förväntas bli högre än budgeterat. Detta visar att myndigheten under innevarande budgetår uppnått den ursprungligt planerade nivån och att man nu snarare har svårt att rymma verksamheten inom befintliga ramar.

Förhandlingar om byggkostnader och hyror pågår med Akademiska Hus AB inför SMI:s flyttning av verksamheten till Karolinska institutets område under hösten 1998. Säkerhetslaboratoriet beräknas stå klart ett drygt halvår senare och det nya djurhuset i slutet av 1999. I dagsläget beräknas SMI:s bas behöva utökas med ca 30 miljoner kronor till följd av hyreskostnadsökningar i de nya lokalerna. SMI skall senast den 1 oktober innevarande år redovisa projekterade kostnader för flyttningen av verksamheten och byggandet av ett nytt säkerhetslaboratorium samt djurhus. I och med dessa förändringar kommer SMI också behöva göra betydande investeringar i utrustning. De ökade kapitalkostnaderna till följd av detta kan delvis täckas av det ackumulerade anslagssparandet.

SMI har föreslagit att det generella besparingskravet för 1998 inte tas ut på myndigheten, bl.a. med hänsyn till att flera prioriterade uppgifter har tillkommit under det senaste året, t.ex. de omfattande EU-engagemangen. Behov av insatser i samband med satsningar inom resurshushållning och ekologisk kretsloppsanpassning innebär dessutom enligt SMI behov av ökad anslagstilldelning på ca 2 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Myndighetens verksamhet bedrivs enligt regeringens mening på ett sådant sätt att målen för verksamheten kan uppnås. Verksamheten är av god kvalitet, vilket bl.a. visar sig i att andelen externa uppdragsprojekt är hög samt att intresset för SMI:s insatser från andra myndigheter, kommuner och organisationer är stort. Inom SMI har särskilda satsningar gjorts på kvalitetssäkring, både externt och internt. SMI:s laboratorier är fr.o.m. den 30 juni 1997 ackrediterade av SWEDAC.

Under 1995/96 har SMI medverkat till att det nationella och internationella samarbetet inom smittskyddsområdet utvecklats. En speciell smittskyddskommitté har bl.a. bildats mellan Socialstyrelsen och SMI, med årligt alternerande ordförandeskap, för att harmonisera arbetet mellan myndigheterna. SMI har även blivit aktivt engagerat i arbetet inom EU för att förebygga spridning av smittsamma sjukdomar.

Under 1995/96 har SMI också utvecklat ett datorbaserat nätverk (SmiNet) för att förbättra registrering och kommunikationsvägar för rapportering av smittsamma sjukdomar från smittskyddsläkare, infektionsläkare och mikrobiologiska laboratorier. Vidare har den under föregående år utvecklade elektronmikroskopin effektiviserat typningen och diagnostiken vid mag- och tarmepidemier.

Nyförvärvad motståndskraft hos bakterier är ett ökande medicinskt problem. Utvecklingen i Sverige har dock ännu inte nått allvarlig omfattning. Detta beror på medvetande om faran som inneburit aktiv övervakning och information om typ och förekomst av resistens bland sjukdomsframkallande bakterier, vilket i sin tur lett till utformning av goda behandlingsrutiner med adekvat och återhållsam antibiotikabehandling. SMI har spelat och spelar en viktig roll i detta arbete.

I den avgiftsfinansierade verksamheten minskar de totala intäkterna fr.o.m. 1997. Anledningarna till detta är dels att den speciella diagnostiken förmodas minska något, dels att det förutses bli en fortsatt minskning av efterfrågan på tjänsterna i djurhuset.

Full kostnadstäckning har inte kunnat uppnås för uppdragsverksamheten inom den speciella diagnostiken och försöksdjursverksamheten under 1995/96. Under detta år har den speciella diagnostiken givit ett underskott med 500 000 kronor och försöksdjursverksamheten ett underskott med 900 000 kronor. Det senare beror dels på låg beläggning till följd av höga priser och dåliga lokaler, dels höga underhålls- och driftskostnader. Även för år 1997 beräknas den speciella diagnostiken och försöksdjursverksamheten medföra underskott. Underskottet för den speciella diagnostiken beräknas dock reduceras till ca 350 000 kronor för år 1997 eftersom ny prislista gäller fr.o.m. den 1 september 1997. De nya avgifterna väntas få

fullt genomslag 1998. För 1998 är därför prognosen att den speciella diagnostiken bör kunna ha i stort sett full kostnadstäckning. När det gäller försöksdjursverksamheten beräknas denna medföra ett underskott på ca 1 100 000 kronor 1997. Regeringen anser att underskotten i djurhuset föranleder en närmare analys kring kravet på full kostnadstäckning och finansieringen av detta. Underskotten bör tillsvi-dare täckas av de medel ramanslaget räknades upp med i samband med övertagandet av driften av djurhuset från Avvecklingsmyndigheten för Statens bakteriologiska laboratorium (SBL-AV) våren 1995. Resurstillskottet var bl.a. tänkt att täcka vissa kostnader till följd av renoveringar av djurhuset. Sedan övertagandet har dock planerna kring djurhuset ändrats. De krav som nu ställs på djurhållningen medför att ett nytt djurhus måste byggas. Det nya djurhuset beräknas inte stå klart förrän i slutet av 1999.

SMI mottar även externa forskningsuppdrag och forskningsmedel. För 1998 beräknas de externa forskningsmedlen uppgå till ca 35 miljoner kronor.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande. Vidare framför RRV i en revisionspromemoria att resultatredovisningen har utvecklats sedan föregående år men att det fortfarande är svårt att följa upp verksamhetsmålen. Regeringen instämmer i stort i RRV:s påpekanden. Myndigheten bör i högre utsträckning analysera och kommentera uppnådda resultat i förhållande till uppsatta mål. Nuvarande rapportering har i allt för stor utsträckning karaktären av verksamhetsberättelse.

Den ekonomiadministrativa värdering som RRV utfört av de flesta statliga myndigheter för 1995/96 har beträffande SMI givit EA-värdet fullt tillfredsställande.

Slutsatser

Kraven på neddragningar av den statliga administrationen har föranlett en noggrann prövning av bl.a. myndigheternas behov av resurser för att klara sina åtaganden. Regeringen har bedömt att SMI delvis bör undantas från sparkravet år 1998 mot bakgrund av att de betydande krav på insatser från SMI som finns. Regeringen har emellertid inte haft möjlighet att tillmötesgå myndighetens önskemål om ytterligare medel för att klara nya uppgifter när det gäller smittskyddet i samband med miljöfrågor.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 98 923 000 kronor anvisas till SMI för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 101 760 000 kronor respektive 104 682 000 kronor.

BUDGET FÖR AVGIFTSBELAGD VERKSAMHET

| UPPDRAGS- VERKSAMHET | INTÄKTER ¹ | KOSTNADER ² | RESULTAT | KOSTNADSTÄCKNING % | UPPDRAGSGIVARE STATEN % ¹ | UPPDRAGSGIVARE ÖVRIGA % |
|-------------------------|-----------------------|------------------------|----------|-----------------------|---|----------------------------|
| Utfall 1995/96 | 25 508 (19 %) | 26 967 | - 1 459 | 94 | 33 | 67 |
| Varav 1996 | 17 248 (23 %) | 18 448 | - 1 200 | 93 | 33 | 67 |
| Prognos 1997 | 16 650 (25 %) | 18 100 | - 1 450 | 91 | 33 | 67 |
| Budget 1998 | 16 000 (25 %) | 17 000 | - 1 000 | 94 | 35 | 65 |
| Beräknat 1999 | 16 000 (25 %) | 17 000 | - 1 000 | 94 | 35 | 65 |
| Beräknat 2000 | 16 000 (25 %) | 17 000 | - 1 000 | 94 | 35 | 65 |

1. SMI bedriver uppdragsverksamhet dels inom speciell diagnostik, dels inom djurhuset (försöksdjursverksamhet). Försöksdjursverksamheten har både externa och interna kunder. Inom parentes anges den procentuella andelen av de totala intäkterna som kommer från SMI.

2. Beloppen anges i tusental kr

För åren 1999 och 2000 är emellertid inte kostnadsökningar till följd av den planerade flyttningen till KI-området och byggandet av ett nytt säkerhetslaboratorium samt ett nytt djurhus medräknade, vilka enligt nuvarande beräkningar uppskattas till ca 30 000 000 kronor. Hur stor den exakta kostnadsökningen blir till följd av detta är dock ännu oklart.

A 11. Statens Institut för psykosocial miljömedicin

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|-----------------------------------|--------|
| 1995/96 | Utgift | 15 344 | ¹ Anslags- sparande | 176 |
| Därav 1996 | | 10 238 | | |
| 1997 | Anslag | 10 606 | Utgifts- prognos | 10 734 |
| 1998 | Förslag | 10 853 | | |
| 1999 | Beräknat | 11 178 | | |
| 2000 | Beräknat | 11 514 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Statens institut för psykosocial miljömedicin, IPM, skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att särskilt uppmärksamma och bidra med kunskap som minskar de psykosociala risksituationerna i samhället

En jämförelse mellan budget och utfall för 1995/96 (18 mån) visar att IPM hade ett anslagssparande på 176 000 kronor. En jämförelse mellan budget och prognos för 1997 visar ett beräknat underskott drygt 100 000 kronor, som dock ryms inom anslagssparandet.

Regeringens överväganden**Resultatinformation**

En genomgång av IPM:s årsredovisning för 1995/96 visar att målen för IPM:s verksamhet i allt väsentligt har kunnat infrias. Förutsättningarna att bedöma institutets verksamhet har avsevärt förbättrats i och med att IPM:s prestationer numera presenteras likartat över tiden.

Samtliga enheter uppvisar en hög aktivitetsnivå och ett omfattande samarbete med andra myndigheter, institutioner och organisationer.

Institutets forskning har bl.a. inriktats på sambandet mellan arbetstider, säkerhet och hälsa samt sömnens roll för återhämtning från belastning. Resultatet av detta arbete har beaktats i olika utredningssammanhang vad avser bl.a. arbetstid och skiftarbete. Omfattande studier för att belysa sjukvårdens strukturella förändring har genomförts inom ramen för ett forskningsprogram om utbrändhetens psykologiska och fysiologiska samband. Forskningen har även fokuserats på de sociala relationerna under arbete och fritid. Studier har visat att brister i de sociala nätverken kan medföra ökad risk för ohälsa och för tidig död. Vidare bedrivs forskning vad gäller sambandet mellan arbetslöshet och självmordsbenägenhet. I institutets forskning om arbetslöshet har en regional förankring skett genom att en forskningsstation startats i Mösseberg. Forskningen bedrivs vidare för att studera ett regionalt programs hälsoeffekter på lång sikt. Institutet utvecklar också metoder för kartläggning av hälsoproblem hos nyanlända flyktingar. Utöver detta bedrivs klinisk forskning om omhändertagandet av invandrare med psykiska problem.

IPM:s verksamhet uppvisar en hög vetenskaplig kvalitet. Som en värde­mätare på institutets forsknings­mässiga kvalitet kan anges att forskarna vid institutet flitigt anlitas som granskare till artiklar i internationella tidskrifter, som föreläsare vid internationella och nationella samlingar, och som producenter och rådgivare i annan typ av kunskaps­spridning.

En successiv ökning av den externt finansierade forskningen ligger i linje med målen för myndigheten. IPM har dock pekat på att de externa intäkterna kan komma att gå ned på grund av att anslagen till forskningsråden minskar. För 1998 beräknas de externa medlen för forskningsuppdrag uppgå till 6 200 000 kronor.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande. I en revisions­memoria framför RRV att IPM:s verksamhet beskrivs på ett lättläst sätt i resultatredovisningen, kopplingen till den ekonomiska redovisningen är dock bristande. Regeringen instämmer i stort med RRV:s påpekanden.

Den ekonomiadministrativa värdering som RRV utfört av samtliga myndigheter har beträffande IPM givit EA-värdet tillfredsställande. Arbetet med att förstärka IPM:s ekonomiadministration bör fortsätta.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 10 853 000 kronor anvisas till IPM för 1998. För 1999 och 2000 beräknas anslaget till 11 178 000 kronor respektive 11 514 000 kronor. Det generella sparkravet på tre procent har beaktats vid beräkning av 1998 års anslag.

A 12. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 1995/96 | Utgift | 25 855 ¹ | Anslags-sparande | 4 003 |
| Därav 1996 | | 17 571 | | |
| 1997 | Anslag | 23 631 | Utgifts-prognos | 23 478 |
| 1998 | Förslag | 15 517 | | |
| 1999 | Beräknat | 15 922 | | |
| 2000 | Beräknat | 16 338 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) skall bidra till att uppfylla målen för ut-

giftsområdet genom att verka för ett rationellt utnyttjande av givna resurser genom att utvärdera befintlig och ny medicinsk metodik. Utvärderingarna skall vila på vetenskaplig grund och ske utifrån ekonomiska, sociala, etiska och medicinska utgångspunkter.

Enligt SBU bör anslagssparandet ses i ljuset av att myndigheten bedriver långsiktiga projekt som sträcker sig över flera år. I anslaget för 1997 ingår 8 miljoner kronor för att utvärdera psykiatriska behandlingsmetoder utifrån ett socialpsykiatriskt perspektiv. Detta är sista året med särskilda medel vad avser psykiatri. Sammantaget pekar prognosen för hela anslaget på ett anslagssparande om 4,2 miljoner kronor.

De tillfälliga medel som anvisats till SBU i samband med psykiatrireformen kommer att tas i anspråk under 1998.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Myndighetens verksamhet bedrivs enligt regeringens mening på ett sådant sätt att målen för verksamheten uppnås. Bland de projekt som avslutats kan nämnas;

- Sedan SBU granskat det vetenskapliga underlaget för massundersökning av prostatacancer och visat att allmän massundersökning, till en kostnad av mer än 100 miljoner kronor per år, leder till mer skada än nytta har inget program startats och program avvecklats.
- En omfattande genomgång har gjorts av den vetenskapliga basen för strålbehandling vid cancer. Strålbehandlingen kostar cirka 300 miljoner kronor och berör cirka 12 000 personer per år. Utvärderingen visar att strålbehandling i huvudsak tillämpas i överensstämmelse med den vetenskapliga litteraturen.
- Östrogenbehandling av kvinnor har granskats av SBU. Slutsatsen är att östrogenbehandling har god effekt på klimakteriella besvär men att det inte finns vetenskapligt underlag för en allmän rekommendation om hormonbehandling i förebyggande syfte vare sig mot benskörhet eller hjärtkärlsjukdom. Information om detta har bland annat distribuerats till allmänheten via apoteken.
- Mätning av bentäthet är en ny teknologi för att bestämma graden av benskörhet. Under en relativt kort period har sjukvården investerat mellan 50 och 100 miljoner kronor i denna metod. Sedan SBU utvärderat metoden och visat på dess begränsade nytta har investeringarna praktiskt taget upphört.

Vid sidan av dessa projekt har SBU färdigställt flera skrifter och rapporter som publicerats i internationella tidskrifter. Under året har sju projekt avslutats och tretton tillkommit vilket innebar att SBU hade 23 pågående projekt vid budgetårsskiftet. De nytilkomna projekten berör utvärdering av psykiatriska behandlingsmetoder och utvärdering av olika typer av läkemedelsbehandling.

För att SBU:s utvärderingar skall få genomslag i vården måste de spridas och resultaten översättas i praktisk tillämpning. Olika metoder använts i detta arbete bl.a. finns SBU:s rapporter i databaserna Swemed och Spriline samt sammanfattningar i den internationella databasen HEALTHSTAR. De rapporter som publicerats under budgetåret 1995/96 finns också på CD-ROM. SBU har vidare givit ut ett periodiskt nyhetsblad, påbörjat en verksamhet med s.k. SBU-amassadörer, anordnat konferenser och deltagit vid mässor och på utställningar. Vidare har direktutskick med information om verksamheten och aktuella rapporter gjorts till sammanlagt 43 000 läkare, landstingspolitiker, vårdcentraler m.fl.

Statistiska centralbyrån genomför på uppdrag av SBU årliga enkätundersökningar för att undersöka kunskapen om och attityden till SBU. Den bästa kännedomen om SBU finns i gruppen administratörer, landstingsdirektörer, sjukhusdirektörer och sjukvårdsdirektörer där 98 % anger att de känner till myndigheten. Motsvarande siffra bland specialistläkare och politiker med sjukvårdsansvar är 76 %. Bland dem som känner till SBU anser så gott som 100 % att kvaliteten på SBU:s arbete är bra eller mycket bra.

SBU har ett omfattande internationellt kontaktnät och sekretariatsfunktion för INATHA – The International Network for Health Technology Assessment – är förlagd till SBU. Funktionen finansieras via medlemsavgifter.

I budgetunderlaget utgår SBU från oförändrade resurser och att de medel som avsätts i den s.k. Dagmar-överenskommelsen kvarstår på oförändrad nivå, dvs. 10,5 miljoner kronor.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande. Den ekonomiska administrativa värdering som RRV utfört av samtliga myndigheter har beträffande SBU givit EA-värdet fullt tillfredsställande.

Slutsatser

Inriktning vad gäller SBU:s verksamhet bör ligga fast. Regeringen fäster särskild vikt vid de intensifierade ansträngningar som myndigheten har gjort för att sprida resultaten av utvärderingarna och anser att detta bör vara en prioriterad uppgift också för 1998.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 15 517 000 kronor anvisas till Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 15 922 000 kronor respektive 16 338 000 kronor. Det generella sparkravet på tre procent har beaktats vid beräkningen av 1998 års anslag.

Regeringen har för avsikt att i kommande överläggningar med sjukvårdshuvudmännen verka för att lägst oförändrade resurser avsätts för SBU:s verksamhet.

A 13. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|-------------------------------|--------|
| 1995/96 | Utgift | 26 863 | ¹ Anslags-sparande | 6 477 |
| Därav 1996 | | 18 829 | | |
| 1997 | Anslag | 22 674 | Utgifts-prognos | 21 000 |
| 1998 | Förslag | 22 879 | | |
| 1999 | Beräknat | 23 580 | | |
| 2000 | Beräknat | 24 303 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds (HSAN) skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att aktivt medverka till att stärka patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården.

HSAN skall i anmälda fall pröva hur hälso- och sjukvårdspersonalen har utövat sitt yrke och genom beslut om disciplinpåföljd eller återkallelse av legitimation m.m. ge sin bedömning av vad som är godtagbart eller inte inom hälso- och sjukvården samt tandvården.

Av HSAN:s årsredovisning framgår att det under budgetåret 1995/96 (18 mån) uppkommit ett anslagssparande om 4 700 000 kronor. Härtill kommer ett sparande från tidigare budgetår om sammanlagt 1 800 000 kronor. Sammantaget ger detta ett ackumulerat anslagssparande om cirka 6 500 000 kronor. Förklaringen till det stora sparandet är att den förväntade ökningen av inkommande ärenden har blivit betydligt mindre än vad som beräknats.

ÄRENDEUTVECKLING M.M. VID HSAN 1992/93 – JUNI 1997

| | 1992/93 | 1993/94 | 1994/95 | 1995/1996 (18 MÅN) | VARAV 1996 | 1997 (T.O.M. JUNI) |
|--|---------|---------|---------|-----------------------|---------------|-----------------------|
| Antal inkomna ärenden | 1 933 | 2 355 | 2 352 | 3 945 | 2 659 | 1 381 |
| Antal avgjorda ärenden | 1 962 | 2 027 | 2 306 | 4 100 | 3 031 | 1 442 |
| Antal balanserade ärenden vid bud- get/kalenderårets utgång | 1 338 | 1 670 | 1 716 | 1 559 | 1 559 | 1 501 |
| Kostnad (kr) per ärende | 7 863 | 7 448 | 7 154 | 6 912 | 6 612 | 7 229 |
| Genomsnittlig handläggning i månader | 7,75 | 8,1 | 9,1 | 9,1 | 8,6 | 7,1 |

Enligt prognosen för 1997 kommer det ackumulerade anslagssparandet vid budgetårets slut att uppgå till 8 100 000 kronor. HSAN uppger dock i delårsrapporten att en ökning av personal- och övriga driftkostnader kan förväntas på grund av ärende av större omfattning. De ökade kostnaderna till följd av detta kan täckas av det ackumulerade anslagssparandet.

Om ärendeutvecklingen blir den förväntade och personalstyrkan därmed behöver utökas måste HSAN söka sig nya lokaler. Detta kommer att ge upphov till investeringskostnader under de närmast följande åren.

Regeringens överväganden**Resultatinformation**

HSAN:s årsredovisning visar att produktiviteten ökat genom att fler ärenden än tidigare år avgjorts. Kostnaden per avgjort ärende har minskat. Den genomsnittliga handläggningstiden har förkortats från 9,1 månader för budgetåret 1994/95 till 8,6 månader för kalenderåret 1996. HSAN:s ärendebalans har sjunkit, men är fortfarande på en alltför hög nivå och måste avarbetas.

HSAN har utökat antalet nämndsammanträden från 49 budgetåret 1994/95 till 58 kalenderåret 1996. Under budgetåret 1995/96 (18 månader) hölls 81 sammanträden. Antalet sammanträden är enligt HSAN:s bedömning maximalt.

Förslaget i betänkandet Förbättrad tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen (SOU 1995:147) om en ny sanktionsform skulle öka HSAN:s arbetsbörda. Betänkandet bereds för närvarande inom regeringskansliet med inriktningen att ett förslag skall föreläggas riksdagen under våren 1998.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande. Den ekonomiska administrativa värdering som RRV utfört av de flesta statliga myndigheter för 1995/96 har beträffande HSAN givit EA-värdet fullt tillfredsställande.

Slutsatser

Trots att HSAN har ökat sin produktivitet finns det fortfarande problem med handläggningstider och ärendebalansen. HSAN bör enligt regeringens bedömning vidta åtgärder för att effektivisera ärendehandläggningen ytterligare samt vidta särskilda insatser i syfte att avarbeta ärendebalansen. Den genomsnittliga handläggningstiden för ärenden bör nedbringas till en tid av högst sex månader under budgetåren 1997 – 1999. Anslagssparandet bör enligt regeringens uppfattning användas till ytterligare insatser för att avarbeta ärendebalans.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 22 879 000 kronor anvisas till HSAN för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 23 580 000 kronor respektive 24 303 000 kronor. Det generella sparkravet på tre procent har beaktats vid beräkningen av 1998 års anslag. Hänsyn har däremot inte tagits till de kostnader som eventuellt kan komma att uppstå i samband med en flytt och utrustning av nya lokaler.

4.4 Avgiftsfinansierad verksamhet**4.4.1 Läkemedelsverket**

Läkemedelsverket skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att tillse att läkemedel är säkra, effektiva och av god kvalitet samt verka för att läkemedel används på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Läkemedelsverket skall främja sä-

kerheten och kvaliteten för läkemedelsnära produkter.

I detta arbete skall Läkemedelsverket dels utgöra en kontrollerande myndighet, dels arbeta för rationell utveckling och användning av nya och äldre läkemedel.

Riksdagen har mot bakgrund av regeringens budgetproposition för år 1997 fastställt en planeringsram för Läkemedelsverket för perioden 1997 – 1999 vilken uppgår till totalt 457 000 000 kronor. Läkemedelsverket har i sitt budgetunderlag hemställt om en kostnadsbudget för ordinarie avgiftsfinansierad verksamhet på 497 855 000 kronor. Verket har i sitt budgetunderlag hemställt om en höjning av avgifterna med sammanlagt 5 % för år 1998.

Regeringens överväganden

Resultatinformation och slutsatser

Läkemedelsverkets verksamhet domineras av arbete inom ramen för EU:s nya system för godkännande och uppföljning av läkemedel. Verket har varit framgångsrikt i detta arbete såväl som i det nationella arbetet med läkemedelskontrollen.

I den centraliserade proceduren är Läkemedelsverket en av de tre mest efterfrågade myndigheterna för rapportörskap och verket ligger också bland de främsta för att erhålla uppdrag inom proceduren för ömsesidigt godkännande. Läkemedelsverket har vidare via sina representanter erhållit ordförandeposter i arbetsgrupper, ansvar för utarbetande av riktlinjer och råd till industrin inom flera ämnesområden samt deltagit som experter i EU-kommissionens arbete inklusive internationella avtalsförhandlingar. Samtidigt har antalet inläggande

nationella ansökningar för nya substanser kraftigt kunnat sänkas och efterkontrollarbetet kunnat genomföras som planerat.

Läkemedelsverket har i allt väsentligt uppnått målen för godkännandeverksamheten.

Läkemedelsverket har godkänt ett högt antal nya, säkra och effektiva läkemedel. En fjärdedel av ansökningarna har avslagits.

Läkemedelsverket har i årsredovisningens resultaträkning för budgetåret 1995/96 redovisat en total omsättning på 237,2 miljoner kronor och ett rörelseunderskott efter finansiella intäkter och kostnader på 41 000 kronor.

Regeringen avser att besluta om en höjning av Läkemedelsverkets avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel med cirka 4 %. Hänsyn har härvid tagits till att det finns ett ackumulerat överskott om 35,5 miljoner kronor vilket enligt tidigare regeringsbeslut skall användas i avgiftsreducerande syfte.

I samband med revideringen av avgifterna avser regeringen att sänka årsavgiften för centralt godkända läkemedel med 50 % jämfört med övriga läkemedel samt, för att stimulera parallellimport av läkemedel, sänka årsavgiften för parallellimporterade läkemedel.

Enligt budget för avgiftsfinansierad ordinarie verksamhet kommer det ackumulerade överskottet att finansiera verksamhetsunderskottet under 1997 – 1998. Myndighetskapitalet, det ackumulerade överskottet, beräknas vara slut efter år 1998 trots beräknad höjning av avgifterna.

Inom ramen för särskild uppdragsverksamhet redovisas uppdrag från Landstingsförbundet som avser producentobunden läkemedelsinformation. Medel finns beviljade för 1997 med 6 miljoner kronor.

BUDGET FÖR AVGIFTSBELAGD VERKSAMHET

(UPPDRAGSGIVARE ÄR GENOMGÅENDE ANNAN ÄN STATEN I NEDANSTÅENDE TABELL)

| ORDINARIE UPPDRAGSVERKSAMHET | INTÄKTER | KOSTNADER | RESULTAT | KOSTNADSTÄCKNING % |
|---|---------------------|------------------|-----------|--------------------|
| Utfall 1995/96 | | | | |
| 1. Godkännande av läkemedel | 44 614 ¹ | - 121 801 | - 77 187 | 37 |
| 2. Kontrollen efter och information om läkemedel m.m. | 150 153 | - 74 937 | 75 216 | 200 |
| 3. Kontrollen av läkemedelsnära produkter | 25 502 | - 23 478 | 2 024 | 109 |
| Summa | 220 269 | - 220 216 | 53 | 100 |
| Varav 1996 | 150 128 | - 152 994 | - 2 866 | 98 |
| Prognos 1997 | 147 300 | 171 000 | - 23 700 | 86 |
| Budget 1998 | 153 840 | 167 430 | - 13 590 | 92 |
| Beräknat 1999 | 151 000 | 155 000 | | |
| Beräknat 2000 | 151 000 | | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

INVESTERINGSPLAN

| | 1997 | 1998 | 1991 | 2000 |
|---------------------|---------------------|--------|-------|-------|
| Summa investeringar | 18 046 ¹ | 10 112 | 6 500 | 6 500 |
| Finansierade lån | 22 174 | 10 112 | 6 500 | 6 500 |

1. Beloppen anges i tusental kr

Regeringens bedömning med anledning av revisorernas iakttagelser (budgetåret 1995/96)

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att årsredovisning i allt väsentligt är rättvisande.

Slutsatser

Regeringen anser att Läkemedelsverket genomfört sitt arbete så att de fastlagda målen i huvudsak har uppfyllts.

Den beräknade kostnadsbudgeten för år 1998 är större än enligt den av Riksdagen beslutade planeringsramen vilket beror på det ökade arbetet inom ramen för EU:s nya system, införande av ett nytt IT-system för bättre processteknik, uppföljning och kommunikation med andra myndigheter och med läkemedelsindustrin samt satsningar på decentralisering av biverkningsrapporteringen.

4.5 Övrig statlig verksamhet

4.5.1 Apoteksbolaget AB

Apoteksbolaget AB ägs för närvarande till 2/3 av staten och till 1/3 av Apoteksbolagets pensionsstiftelse. Riksdagen bemyndigade i juni 1996 (prop.1995/96:141, bet. 1995/96:NU26, rskr. 1995/96:302) regeringen att vidta de åtgärder som behövs för att nå ett hundraprocentigt statligt ägande av bolaget. Avsikten med åtgärden är att styrningen av bolaget skall ske utan hänsyn till eventuella intressen som pensionsstiftelsen kan ha.

Apoteksbolagskoncernen omfattar Apoteksbolaget AB och tre dotterbolag, Apoteksbolagets Kemi- och Miljö AB, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi AB och Kårhuset Pharmen AB samt intressebolaget Oy Tamro AB.

Läkemedelsdistributionen inom den öppna vården sker genom ca 800 apotek. Den slutna vårdens behov av läkemedel tillgodoses av Apoteksbolaget via ettåriga entreprenadavtal med sjukvårdshuvudmännen genom ca 100 särskilda sjukhusapotek, ofta kombinerade sjukhus- och expeditiosapotek med försäljning också till allmänheten. I Apoteksbolagets distributionsservice ingår förutom apoteken även ca 1 050 apoteksombud. Dessa är enskilda näringsidkare som mot provision förmedlar paket med receptbelagda läkemedel eller säljer vissa receptfria läkemedel från ett lager som ägs av Apoteksbolaget. Ombudens huvuduppgift är att tillgodose behovet distribution av läkemedel företrädesvis i glesbygd. Omsättningen 1996 uppgick till ca 23,4 miljarder kronor, vilket är en ökning med 13,8 procent jämfört med föregående år och antalet anställda var ca 11 000 personer. Årets vinst uppgick till 794 miljoner kronor.

Regeringen har tillsatt en särskild utredare (Dir. 1996:119) med uppdrag att förutsättningslöst analysera och lämna förslag till hur läkemedelsdistributionen framdeles bör organiseras och regleras för att målet om en rationell läkemedelsförsörjning skall uppnås och befolkningens behov av säkra och effektiva läkemedel till lägsta möjliga samhällskostnad skall kunna tillgodoses. Uppdraget omfattar distribution av läkemedel för såväl människor som djur. Den särskilde utredaren kommer att lämna sitt förslag under hösten 1997.

Ett nytt avtal mellan staten och Apoteksbolaget AB om bolagets verksamhet har slutits för åren 1997 och 1998.

Vid ordinarie bolagsstämma den 9 juni 1997 framförde regeringen att Apoteksbolaget måste, mot bakgrund av Riksdagens beslut (prop. 1996/97:150, bet 1996/97:FiU20, rskr. 1996/97:284), vidta åtgärder för att minska kostnaderna inom bolaget med minst 300 miljoner kronor för verksamhetsåret 1998. Kostnadsminskningarna förutsätts genomföras inom ramen för gällande avtal mellan staten och bolaget.

5 B Omsorg om äldre och personer med funktionshinder

5.1 Omfattning/ändamål

Verksamhetsområdet omfattar äldre- och handikappomsorgerna som i huvudsak är ett kommunalt ansvar. Verksamheterna regleras i flera olika lagar bl.a. socialtjänstlagen (1980:620), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Statens stöd lämnas i huvudsak från utgiftsområde 25. Allmänna bidrag till kommuner. Under utgiftsområde 9, verksamhetsområde B redovisas bl.a. bidrag till vårdtjänst, bilstöd, texttelefoner, personlig assistans och bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer. Anslaget B 1. Vissa statsbidrag inom äldre- och handikappområdet, som har sitt ursprung i den s.k. handikappreformen, upphör till stora delar un-

der år 1997. Kvar finns statsbidrag till rådgivning och stöd och till tolktjänst.

Till verksamhetsområdet hör två statliga myndigheter; Statens institut för särskilt utbildningsstöd och Handikappombudsmannen. Den ur anslagssynpunkt helt dominerande posten inom verksamhetsområdet är kostnaderna för den statliga assistansersättningen, som regleras i lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS).

Sammanfattande kommentarer till verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

- Den ur anslagssynpunkt helt dominerande posten inom verksamhetsområdet är kostnaderna för den statliga assistansersättningen, som regleras i

UTGIFTSUTVECKLINGEN

MILJONER KRONOR

| | UTGIFT 1995/96 | DÄRAV 1996 | UTGIFTSPROG- NOS 1997 | FÖRSLAG 1998 | BERÄKNAT 1999 | BERÄKNAT 2000 |
|---|-------------------|---------------|-----------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| B 1. Vissa statsbidrag inom äldre- och handikappområdet | 872 | 556 | 566 | 275 | 275 | 275 |
| B 2. Statsbidrag till vårdtjänst m.m. | 198 | 143 | 191 | 189 | 194 | 200 |
| B 3. Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder | 118 | 64 | 80 | 75 | 75 | 75 |
| B 4. Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer | 198 | 99 | 132 | 132 | 132 | 132 |
| B 5. Ersättning för texttelefoner | 165 | 79 | 16 | 16 | 16 | 17 |
| B 6. Bilstöd till handikappade | 337 | 255 | 214 | 204 | 78 | 93 |
| B 7. Kostnader för statlig assistansersättning | 6 121 | 4 184 | 4 476 | 4 053 | 4 871 | 5 778 |
| B 8. Statens institut för särskilt utbildningsstöd | 11 | 8 | 10 | 9 | 9 | 9 |
| B 9. Handikappombudsmannen | 8 | 6 | 9 | 8 | 8 | 8 |
| Äldre anslag | 505 | 221 | 101 | – | – | – |
| Totalt för verksamhetsområdet | 8 533 | 5 615 | 5 795 | 4 961 | 5 659 | 6 587 |

lagen (1993:389) om assistansersättning. Anslaget har ända sedan det infördes varit kraftigt underfinansierat i relation till de behov som uppenbarats. Finansieringen av underskottet har skett inom verksamhetsområdet, vilket gjort det svårare att utveckla andra insatser för funktionshindrade personer.

- Levnadsnivån för personer med funktionshinder är liksom tidigare lägre än för befolkningen i övrigt. Handikappreformen har påverkat förhållandena positivt inom de områden som berörs, men andra faktorer i samhället, såsom problem i samhällsekonomin och på arbetsmarknaden, har troligen påverkat i negativ riktning.

Större förändringar

- Genom riksdagens beslut i juni 1997 om ändringar i socialtjänstlagen, vilka träder i kraft vid årsskiftet, förstärks människors möjligheter att flytta till en annan kommun även vid omfattande behov av vård och omsorg. Dessutom träder en ny bestämmelse i kraft enligt vilken socialtjänsten genom stöd och avlösning bör underlätta för närstående som vårdar långvarigt sjuka, äldre och personer med funktionshinder.
- Vissa förändringar har beslutats eller förelagts riksdagen vad gäller lagen om assistansersättning. Detta innebär dels att en schabloniserad timersättning har införts den 1 september 1997, dels ett förslag om att kommunerna alltid skall stå för kostnaderna för de första 20 assistanstimmarna per vecka vid behov av personlig assistans.

Prioriteringar för 1998

- Inom äldreområdet kommer uppföljningen av vård och omsorg i det egna hemmet, vård mot livets slut och samverkan mellan olika vårdgivare att ha fortsatt hög prioritet. Brister i bl.a. bemötande och det medicinska omhändertagandet understryker behovet av såväl förbättrad grundutbildning som fort- och vidareutbildning. Förberedelsearbetet för FN:s äldreår 1999 kommer att intensifieras.
- Inom handikappområdet kommer tyngdpunkten i arbetet att gälla uppföljning och analys av den statliga assistansersättningen. Regeringen föreslår också att 900 miljoner kronor tillförs anslaget B 7. Kostnader för statlig assistansersättning. Stor vikt kommer vidare att läggas på arbetet med att handikappaspekter skall integreras och beaktas inom alla samhällsområden. Åtgärderna inom handikappområdet måste i större utsträckning inriktas på att åstadkomma bättre tillgänglighet i verksamheter och miljöer.

5.2 Resultatbedömning och slutsatser

5.2.1 Äldreomsorg

Måluppfyllelse

Ålderspensionärerna i Sverige – ca 1,6 miljoner människor – utgör i likhet med resten av befolkningen en tämligen heterogen grupp med avseende på hälsa, ekonomiska resurser och kulturell bakgrund. En generell beskrivning av äldregruppens livssituation visar en övervägande ljus bild. Det stora flertalet behåller hälsan högt upp i åren och är välintegrerade inom familjekretsen och i samhällslivet. Flertalet äldre klarar sig också utan särskilda insatser från samhällets sida. Men med stigande ålder tilltar ålderskrämporna och olika demenssjukdomar blir allt vanligare. Även om den allmänna bilden av de äldres livssituation är ljus, finns det inom äldregruppen de vars fysiska och psykiska hälsa samt livssituation i övrigt medför att de har behov av omfattande och kvalificerade omsorgs- och vårdinsatser.

År 1996 fick i genomsnitt 16,6 % av ålderspensionärerna, dvs. nästan 260 000 personer, omsorg och vård antingen i det egna hemmet eller i särskilda boendeformer. Ca två tredjedelar av dem var kvinnor. I Socialstyrelsens novemberundersökning år 1996 framkom att drygt 80 % av samtliga som fick hemtjänst var ensamboende. Samma undersökning visade att 37 % av ålderspensionärerna fick hemtjänst mellan en och nio timmar under november månad 1996. Ca 5 % fick hjälp i 120 timmar eller mer, vilket är ungefär lika stor andel som vid början av 1990-talet. Socialstyrelsen bedömer att 60 % av de totala hemtjänstinsatserna går till en femtedel av hjälptagarna.

Den andel av den äldre befolkningen som får del av hemtjänst skiftar avsevärt mellan kommunerna. I ett nationellt perspektiv varierar andelen hjälptagare över 80 år som får hemtjänst mellan drygt 2 och 40 %. I hälften av kommunerna är dock variationen begränsad till mellan 17 och ca 24 %. Boende i särskilda boendeformer blir aktuellt först i hög ålder. Bara 3 % av samtliga personer i åldrarna 65–79 år bodde i särskilda boendeformer år 1996 medan detta var fallet för drygt var femte bland personer i befolkningen över 80 år. Tre fjärdedelar av de boende i särskilda boendeformer var över 80 år och majoriteten – 69 % – var kvinnor. Också när det gäller andelen äldre som bor i särskilda boendeformer är skillnaderna mellan kommunerna avsevärda.

År 1994 arbetade ca 169 000 vårdbiträden, undersköterskor, sjukvårdsbiträden och skötare inom äldre- och handikappomsorgen. Totalt fanns detta år 5 300 arbetsledare och handläggare inom äldreomsorgen. Antalet sjuksköterskor, sjukgymnaster, distriktssköterskor, psykologer och arbetsterapeuter uppgick samma år till 12 800 personer.

De strukturella och finansiella förutsättningarna för vård och omsorg har förändrats dramatiskt under det senaste decenniet. Inom den kommunala äldreomsorgen har arbetsuppgifterna blivit alltmer kvalificerade. Det har skett en förskjutning från serviceuppgifter till personlig omvårdnad och ofta också avancerad sjukvård.

Kvalitets- och kompetensbrister har under senare år uppmärksamats och påtalats bl.a. av riksdagen, Socialstyrelsen, länsstyrelserna, anhöriga och olika personalgrupper. Orsakerna kan sannolikt sökas både i brister i organisationen och i minskade personalresurser. Känslor av oro och uppgivenhet till följd av de stora förändringar som skett inom vård- och omsorgsområdet riskerar att försämra kvaliteten.

Utvecklingstendenser

Utvecklingen inom äldreomsorgen innebär att allt färre får hemtjänst och att insatserna koncentreras till de allra äldsta och mest vårdbehövande. Denna utveckling har pågått sedan mitten på 1980-talet dels till följd av ökat antal äldre i hög ålder, dels ökade svårigheter att finansiera den kommunala verksamheten. Under 1990-talet har både antalet och andelen hjälptagare minskat, även i höga åldrar. Andelen personer 65 år och äldre som får hjälp i ordinärt boende eller i särskilt boende har minskat med ca 17 % under perioden 1980–1996 samtidigt som det totala antalet personer i samma åldersgrupp har ökat med 14 %. Men det bör påpekas att de ekonomiska resurserna totalt sett inte minskat. Den sammanlagda bruttodriftskostnaden för äldreomsorgen uppskattas till 74,4 miljarder kronor för år 1995. Egenavgifterna täckte knappt tio procent av dessa kostnader.

I november 1988 hade hälften av personer över 80 år hemtjänst. I november 1996 hade denna andel minskat till ca 26 %. Andelen hjälptagare som får kontinuerlig hjälp dygnet runt i det egna hemmet har ökat till 26 % sedan början på 1980-talet, vilket då var mycket ovanligt.

Antalet anställda inom äldre- och handikappomsorgen ökade mellan åren 1986 och 1994 med 84 % eller 105 000 årsarbetare. Hälften av denna ökning beror på genomförandet av Ädel-reformen år 1992 då ca 55 000 anställda överfördes från landstingen till kommunerna. Mellan åren 1992 och 1994 ökade antalet anställda inom äldre- och handikappomsorgen med 17 000 personer. Till detta skall läggas ytterligare 5 000 anställda i den privat drivna vården. Totalt bedöms att 4 % av all personal inom äldreomsorgen är anställd i enskild verksamhet.

Behovet av fortbildning, kompetensutveckling och för stora grupper en grundutbildning som bättre svarar mot dagens krav har blivit alltmer påtagligt. Att få uppmuntran, stimulans, nya kunskaper och känna att kompetensen överensstämmer med verksamhetens krav behöver många olika personalgrupper.

Kvaliteten i den medicinska omvårdnaden behöver förbättras liksom rättssäkerhet, handläggning och behovsbedömning. Kunskaperna måste bli bättre om vissa gruppers behov av särskilda åtgärder, t.ex. för demenssjuka, personer med psykiska och fysiska funktionshinder m.fl.

Effekter av vidtagna regelförändringar

Riksdagen beslutade i juni 1997 om ändringar i socialtjänstlagen (prop. 1996/97:124, bet. 1996/97:SoU18, rskr. 1996/97:264). På äldreområdet innebär ändringarna att målet för socialtjänstens arbete med äldre delvis har omformulerats, att möjligheterna att flytta till en annan kommun även vid omfattande behov av vård och omsorg har stärkts och att en ny bestämmelse om stöd till anhöriga införts. Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 1998.

Den omsorg som ges av anhöriga ges ofta ”i det tysta”. Många äldre och funktionshindrade personer vårdas av anhöriga, ofta kvinnor, som har ringa kontakt med hemtjänsten eller andra samhällsorgan. Den stora betydelsen av anhörigas hjälpinsatser framhålls ofta men också det bristande stöd i vårdrollen som många av dem upplever. Den hjälp anhöriga ofta behöver och efterfrågar är att kunna få avlösning från vårdansvaret men också att få känna ett ömsesidigt ansvarstagande och stöd från socialtjänsten. Regeringen anser det viktigt att synliggöra behovet av och utveckla stödet till anhörigvårdarna. Den nya bestämmelsen innebär att socialtjänsten genom stöd och avlösning bör underlätta för närstående som vårdar långvarigt sjuka, äldre och människor med funktionshinder.

I detta sammanhang bör nämnas ett statligt initiativ på anhörigområdet. Riksdagen beslutade i enlighet med förslaget i budgetproposition för år 1997 att lämna ett tidsbegränsat stimulansbidrag för utveckling av stödet till anhöriga på 7,5 miljarder kronor. I regleringsbrevet för år 1997 anges att Socialstyrelsen skall administrera och fördela bidraget. Medlen har under våren 1997 fördelats till ett 30-tal utvecklingsprojekt som också inrymmer studier av anhörigas situation. Medlens användning kommer att avrapporteras till regeringen den 1 maj 1998.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) konstaterade i delbetänkandet Behov och resurser i vården - en analys (SOU 1996:163) att gapet mellan behov och resurser inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg kommer att öka. I syfte att främja sysselsättningen och öka kvaliteten i vården, omsorgen och skolan föreslog regeringen i tilläggsbudgeten för år 1997 en ökning av det generella statsbidraget till kommunsektorn med 4 000 miljarder kronor år 1997 och med ytterligare 4 000 miljarder kronor från och med år 1998. När det gäller vård och omsorg bör inriktning-

en enligt regeringens mening vara att resurstillskottet bl.a. leder till att kommuner och landsting vidtar åtgärder så att kvaliteten i äldreomsorgen blir högre, de psykiskt sjuka ges en bättre vård och omsorg och att vården i livets slutskede förbättras.

Hösten 1995 beslöt regeringen att tillkalla en särskild utredare (Dir. 1995:159) med uppgift att kartlägga och analysera frågan om hur äldre bemöts inom omsorg och vård och i annan offentlig verksamhet. I november 1996 överlämnades delbetänkandet Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161), i vilket en rättslig reglering av äldre personers rätt att begära bistånd i en annan kommun föreslogs. I april 1997 överlämnades kartläggningsbetänkandet Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51) och en rapport med goda exempel på utvecklingsarbete Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52). Utredningsarbetet skall vara avslutat den 30 november 1997.

Slutsatser

Enligt regeringens sammanfattande bedömning har Ädel-reformen bidragit till att lösa många av de problem som tidigare kännetecknat vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer. Den har därmed också skapat nya och bättre förutsättningar för kommuner och landsting att i samverkan utveckla omsorg och vård för dessa grupper.

I samband med reformens genomförande har dock vissa organisatoriska problem uppmärksammas liksom brister som rör innehåll och kvalitet i äldreomsorgen. Regeringen uppdrog därför hösten 1996 åt Socialstyrelsen att under en treårsperiod följa utvecklingen inom äldreomsorgen. I en situation när vårdbehoven ökar och det samhällsekonomiska utrymmet är begränsat finns det stort behov att följa hur minskade resurser och omstrukturering av vård- och omsorgssystemen påverkar prioriteringar, organisation och innehåll i omsorgen och vården av äldre. Uppdraget kommer att avrapporteras den 1 december åren 1997, 1998 respektive 1999 med en slutlig redovisning den 1 maj år 2000. Detta arbete avses bl.a. ge underlag till arbetet med att utveckla tillsynen och kompetensutvecklingen inom äldreomsorgen.

Grundläggande för god kvalitet i vård och omsorg är att det finns en tydlig och kompetent arbetsledning, att handläggning av ärenden följer de krav på rättssäkerhet som finns i lagstiftningen och att äldreomsorgens administratörer på ett kompetent sätt kan svara för en genomtänkt verksamhetsutveckling. På dessa områden finns stora brister, vilket påtalats av bl.a. Socialstyrelsen. Närmare 20 % av arbetsledarna/handläggarna inom äldreomsorgen saknar högskoleutbildning och många har korta, yrkesinriktade grundutbildningar som ligger långt bak i tiden. Stora

grupper av den kommunala vårdpersonalen saknar grundläggande vårdutbildning och fortbildningsbehoven är sannolikt mycket omfattande.

Det finns också ett stort behov av att erbjuda personal på alla nivåer inom vård- och omsorgsområdet olika former av kompetensutveckling för att därmed höja kvaliteten och säkerheten i vårdarbetet men också för att bryta känslan av uppgivenhet och öka tilltron och arbetsglädjen.

Vård- och omsorgssektorn har i hög grad kommit att prioriteras under senare år och regeringen tillför sektorn stora finansiella tillskott fr.o.m. år 1997. Sektorn är betydelsefull inte bara som en del av välfärden utan också för sysselsättningen. För att bidra till en ökad sysselsättning, ökande krav på personalförstärkningar samt en angelägen kompetensutveckling bör flera av de åtgärder som finns inom ramen för arbetsmarknadspolitikerna användas.

5.2.2 Omsorg om personer med funktionshinder

Måluppfyllelse

Utgångspunkten för handikappolitiken är principen om alla människors lika värde och lika rätt. Denna princip torde i dag vara accepterad av de flesta i landet. Men innebörden av den, dvs. att personer med funktionshinder skall beredas möjligheter att vara med i samhällsgemenskapen, delta i olika aktiviteter och uppnå full delaktighet och jämlikhet, förmår vi ännu inte helt leva upp till. Strävan är att personer med funktionshinder – precis som andra medborgare – skall ges möjligheter till god utbildning, förvärvsarbete, ett bra boende och möjligheter att delta i olika fritids- och kulturaktiviteter. Kommunerna och landstingen är tillsammans med staten ytterst ansvariga för att dessa handikappolitiska mål förverkligas. Genom den s.k. handikappreformen, som genomfördes den 1 januari 1994, har också ett stort steg närmare måluppfyllelse tagits bl.a. genom insatsen personlig assistans.

Det är inte möjligt att få entydiga uppgifter om antalet personer i befolkningen som har funktionshinder, eftersom gruppen inte klart kan avgränsas. Statistiska centralbyrån (SCB) skattade i en studie om handikappades levnadsvillkor 1975–1985 antalet personer som bedömdes ha höggradigt nedsatt arbetsförmåga till 825 000. Av en SCB-undersökning genomförd under våren 1997 framgår att drygt 19 % av befolkningen mellan 16 och 64 år upplever sig ha någon form av funktionsnedsättning.

Levnadsnivåundersökningar visar att vuxna personer med funktionshinder har sämre levnadsförhållanden än befolkningen i övrigt vad gäller t.ex. boende, fritid, arbete, utbildning, ekonomi, hälsa och sociala relationer. Detta gäller speciellt personer med

psykiska funktionshinder, men också många med medicinska funktionshinder.

En studie av rörelsehindrade personers levnadsförhållanden indikerar att situationen år 1996 på många sätt såg ut ungefär som situationen år 1989. Personer med funktionshinder hade år 1996 fortfarande sämre levnadsförhållanden än befolkningen i övrigt. Flera bland dem hade dock fler nära vänskapsrelationer och kontakt med grannar detta år jämfört med år 1989. Fler gick också på bio och restaurang. Personer med insatser enligt LSS tycks i större utsträckning ha ökat sina fritidsaktiviteter än dem som enbart har insatser enligt socialtjänstlagen. I en situation där många i vårt land är arbetslösa, är det värt att notera att en något högre andel personer med rörelsehinder hade arbete år 1996 jämfört med år 1989, även om andelen förvärvsarbetande bland rörelsehindrade fortfarande var avsevärt lägre än bland den övriga befolkningen.

De handikappolitiska reformer som genomförts under senare år har i hög utsträckning varit inriktade på att förbättra det individuella stödet till personer med funktionshinder. Självfallet har sådana insatser stor betydelse men ibland har de fått kompensera brister i den generella utformningen och planeringen. För att målen för handikappolitiken skall kunna uppnås måste de individuella service- och stödinsatserna kombineras med åtgärder för att förbättra tillgängligheten i samhällsmiljön som helhet. Insatser för att stödja personer med funktionshinder kommer därför i större utsträckning att fokuseras på tillgängligheten i verksamheter och miljöer. Det gäller såväl den fysiska miljön såsom bostäder, utemiljöer, kollektivtrafik m.m. som tillgänglighet till teckenspråkstolk, samhällsinformation, media och kulturutbud, service och tjänster osv. Denna inriktning av handikappolitiken har regeringen i maj 1997 redovisat i en skrivelse till riksdagen (rskr. 1996/97:120) om handikappolitiken.

Utvecklingstendenser

Huvudmannaskapet för omsorgen om personer med utvecklingsstörning har successivt övergått från landstingen till kommunerna från år 1991. Sedan den 1 januari 1996 är förändringen genomförd i hela landet. Socialstyrelsen har följt genomförandet och redogör för resultatet i sin rapport om handikappreformen. Vissa kvalitetsmått har konstruerats för att studera förändringar mellan åren 1991 och 1995, men om de förändringar som skett är en följd av kommunaliseringen eller av allmänna ekonomiska åtgärder kan man inte alltid avgöra.

Generellt sett minskar inte stödinsatserna. Men på motsvarande sätt som för äldre personer med omvårdnadsbehov förefaller det som om resurserna i viss utsträckning koncentreras till personer med mer omfattande funktionshinder och stödbehov. Studien

visar också att personer med utvecklingsstörning nu är mera självständiga när det gäller att utnyttja allmän samhällsservice. Särskilt tydligt kan man se detta hos dem som flyttat från vårdhem till andra former av boende. Den mest positiva förändringen är en allmän tendens att personer med utvecklingsstörning tycks ha ökat sitt inflytande över sina levnadsvillkor. Trots detta har de som grupp betraktat fortfarande ett begränsat inflytande över sitt vardagliga liv.

Regeringen överlämnade i maj 1997 prop. 1996/97:156 Avveckling av specialsjukhus och vårdhem. I propositionen föreslås en särskild lag om avveckling av vårdhem och specialsjukhus. Den innebär att vårdhemmen för personer med utvecklingsstörning skall vara avvecklade senast den 31 december 1999 och det enda kvarvarande specialsjukhuset för personer med utvecklingsstörning senast den 31 december 1997.

Socialstyrelsens utvärdering av handikappreformen

Socialstyrelsen har fortlöpande följt och utvärderat handikappreformen. En slutrapport lämnades under våren 1997. Styrelsen framhåller att möjligheterna till jämförelser över tid är begränsade då statistiskt jämförelsematerial saknas. Den översyn av socialtjänststatistiken som för närvarande görs kommer att förbättra möjligheterna till framtida uppföljningar.

Socialstyrelsens uppföljning och redovisning ger dock en god överblick över handikappreformens innehåll, kvalitet och kostnader. Styrelsen konstaterar bl.a. att handikappreformen behöver tid för att slå igenom. De samlade effekterna kommer att bli synliga först efter flera år. Svårigheten i bedömningen har samband med att skillnader i levnadsförhållanden troligen beror på faktorer i samhället som inte påverkas av reformen, t.ex. kommuners ekonomiska problem, ändringar i socialförsäkringssystem och situationen på arbetsmarknaden.

Socialstyrelsens sammanfattande bedömning är att det inom vissa områden uppnåtts positiva resultat, att funktionshindrade personers levnadsförhållanden uppmärksammas och att kunskapsutvecklingen stimulerats. Inom vissa andra områden sker dock ingen utveckling. Personlig assistans är den insats som blivit mest uppmärksammat och den har haft positiva effekter för många. För kommuner och försäkringskassor har stödformen emellertid inneburit vissa tillämpningsproblem. Socialstyrelsen anser att personlig assistans i vissa kommuner fortfarande präglas av hemtjänstens värderingar och arbetsförutsättningar, att assistenternas arbetsvillkor och yrkesstatus måste uppmärksammas och att de flesta personer med personlig assistans som fyllt 65 år har fått andra kommunala insatser av mindre omfattning och med sämre kontinuitet.

Många personer med funktionshinder är nöjda med kvaliteten på bl.a. habilitering, rehabilitering och socialtjänstens insatser, men missnöjda med kvantiteten. Detta måste enligt Socialstyrelsen uppmärksammas mer och analyseras närmare. Även behoven hos äldre personer med funktionshinder behöver uppmärksammas i högre grad. Den enskildes möjligheter att få en individuell plan där insatser från olika instanser har samordnats är dåligt tillgodosedda. Enligt utvärderingen har reformen ännu inte fått till effekt att samverkan mellan berörda parter nämnvärt har förbättrats. Socialstyrelsen anser därför att konkreta former för samverkan och samarbete måste utvecklas och att den individuella planeringen både enligt HSL och LSS måste förstärkas genom en tydligare reglering.

När beslut om LSS fattades var riktmärket att ca 100 000 personer skulle omfattas av insatser enligt denna lag. Utvärderingen visar att ca 43 000 personer har beslut om insatser enligt LSS. Brister i information och uppsökande verksamhet kan vara en förklaring till det relativt låga antalet. Bara ca 1 300 personer med psykiska funktionshinder har fått beslut om någon LSS-insats. Socialstyrelsen anser att det finns brister i samverkan mellan psykiatri och socialtjänst, att kommunernas tjänstemän behöver bättre kunskaper om psykiska funktionshinder och att psykiskt funktionshindrade behöver kontaktman eller någon form av personligt ombud vid kontakten med myndigheter. Styrelsen framhåller också att det finns ett stort behov av daglig sysselsättning för personer med psykiskt funktionshinder.

Råd och stöd är den LSS-insats som flest personer har beviljats. Det stora flertalet av de ca 22 000 personer som beviljats insatsen ingår i de grupper som även under tidigare lagstiftning hade rätt till den (dvs. persongrupperna 1 och 2 i LSS personkrets). För att kompensera landstingen för förväntade merkostnader inrättades ett statsbidrag för att täcka kostnader för den grupp som tillkom i och med LSS (dvs. den tredje persongruppen i LSS). Drygt 1 100 personer ingår i denna grupp, vilket är färre än förväntat. Socialstyrelsen anser att ytterligare uppsökande verksamhet behövs för att göra insatsen råd och stöd mer tillgänglig samt att en förändring av dess benämning skulle göra det lättare att informera om den.

Socialstyrelsen konstaterar stora variationer i bedömningar mellan olika handläggare liksom i kvaliteten vad gäller utredningar och dokumentation. Domstolarnas arbete har därför haft stor betydelse för den enskildes rättssäkerhet. Under LSS tre första år överklagades 2 000 avslagsärenden. Domstolstrots förekommer, dvs. huvudmännen dröjer med eller verkställer inte domar som gynnar den enskilde. Socialstyrelsen menar att detta är oacceptabelt och att bl.a. möjligheterna för den enskilde att få rätts hjälp enligt den nya rättsjälp lagen bör följas av tillsynsmyndigheten.

De samlade kostnaderna för insatser enligt LSS i landet som helhet är hittills väsentligt lägre än vad som beräknades när reformen antogs. Det beror på att knappt hälften så många personer som beräknats har fått LSS-insatser. Enligt utvärderingen finns dock stora kostnadsskillnader mellan olika kommuner. Dessa förklaras framför allt av att landstingens tidigare institutioner och specialverksamheter för personer med utvecklingsstörning koncentrerats till vissa kommuner som nu övertagit kostnadsansvaret enligt bestämmelserna i LSS. Statens kostnader för assistanssättningen har blivit väsentligt högre än beräknat. Socialstyrelsen anser att kostnaderna på längre sikt är osäkra då personkretsens storlek ännu är oklar.

En arbetsgrupp har på regeringens uppdrag utrett frågan om ett nationellt kostnadsutjämningsssystem för att utjämna kostnadsskillnader mellan kommuner för LSS-insatser. Arbetsgruppens rapport och studie har överlämnats till regeringen och bereds nu i regeringskansliet.

Handikappombudsmannens uppföljningar och iakttagelser

Handikappombudsmannen har i ett antal rapporter till regeringen lämnat uppgifter om funktionshindrade personers situation i samhället. Handikappombudsmannen har bl.a. följt upp hur FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet efterlevs av 192 statliga myndigheter. När det gäller tillgänglighet till byggnader och lokaler visade resultaten att alla myndigheter hade vidtagit anpassningsåtgärder för rörelsehindrade. Tillgängligheten för personer med synskador och hörselskador var sämre. Det var t.ex. bara 11 av myndigheterna som hade texttelefon. Av de undersökta myndigheterna kallades 25 till överläggningar hos Handikappombudsmannen. Ingen av dess myndigheter hade någon policy eller plan för rekrytering av personer med funktionshinder.

Även tillgängligheten i kommunerna har under år 1996 kartlagts i en stor undersökning om hur FN:s standarregler efterlevs. Utöver tillgänglighet i den fysiska miljön omfattade undersökningen sådana områden som utbildning, arbete och samarbete med handikapporganisationerna. Resultatet visar på brister inom de flesta områden när det gäller tillgänglighet, såväl till byggnader som till information. Brister uppmärksammades även i kommunernas policy och planeringsarbete trots att kommunernas ansvar för frågor som rör personer med funktionshinder genom åren ökat.

I en annan undersökning har tillämpningen av lagstiftning inom utbildningsområdet angående elever med dolda funktionsnedsättningar följts upp. Det framkom att en fjärdedel av Skolverkets tillsynsärenden rör elever med dolda funktionsnedsättningar. I

skolan är man många gånger osäker på vilket stöd som krävs och hur man lever upp till sina skyldigheter. Skolhuvudmännen kritiserar ofta av Skolverket för att inte ha uppfyllt reglerna om åtgärdsprogram. I en undersökning av rektorernas syn på stöd till elever med dolda funktionsnedsättningar angavs att bristen på resurser är ett stort hinder för att kunna ge rätt stöd. En majoritet ansåg sig också ha behov av ytterligare kunskaper om dessa elever.

Handikappombudsmannen har även uppmärksammat samordningsbrister i servicen och stödet till föräldrar och barn med funktionshinder. Ett sätt att komma tillrätta med denna brist är att kommunen upprättar en individuell plan enligt LSS. Flera undersökningar har dock visat att individuella planer inte upprättas eller inte används.

Ett viktigt steg har tagits mot en heltäckande statistik inom arbetsmarknadsområdet genom en pilotundersökning som SCB genomfört i samarbete med Handikappombudsmannen. Personer med funktionshinder har alltid haft svårt att komma in på arbetsmarknaden. Resultatet av undersökningen visar att nästan varannan funktionshindrad person är utan arbete. För hela befolkningen är motsvarande andel ca 29 %. Variationen är emellertid stor mellan olika handikappgrupper. Endast var femte person med ett psykiskt funktionshinder har arbete. Bland rörelsehindrade personer är ungefär varannan sysselsatt. Döva personer ligger däremot i nivå med, eller något högre, än den övriga befolkningen. Drygt 40 % av de personer med funktionshinder, som har arbete, får inga hjälpmedel eller arbetsplatsen anpassad, trots att de anser sig ha behov av detta. Undersökningen visar även att funktionshindrade har betydligt sämre utbildningsbakgrund än befolkningen i övrigt.

Effekter av statliga insatser och vidtagna regelförändringar

Socialstyrelsens utvärdering av handikappreformen visar att personlig assistans enligt LSS och den statliga assistansersättningen enligt LASS har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många svårt funktionshindrade personer. Syftet med insatsen personlig assistans har alltså till stor del uppnåtts.

De sammanlagda kostnaderna för samtliga LSS-insatser är hittills lägre än förväntat. Det beror på att bara ca 43 000 personer beviljats insatser jämfört med de ca 100 000 som beräknades. Däremot har kostnaderna för den statliga assistansersättningen blivit nästan dubbelt så höga som ursprungligen beräknades. Den faktor som mest bidragit till detta är antalet beviljade assistanstimmar per person och vecka. Dessa beräknades till 40 men är för närvarande 73,7 timmar per vecka och ökar successivt. Antalet personer med beslut om statlig assistansersättning är dessutom ca 300 fler än de 7 000 som beräknades

i propositionen om LSS. Det är ändå betydligt färre än de 8 000 personer som handikapputredningen beräknade skulle vara berättigade till assistansersättning initialt och som sedan successivt förväntades ökas med 3 000 – 4 000 personer genom utflyttning från olika institutioner. Barn var då inte inräknade. Enligt handikapputredningens förslag skulle barn inte omfattas av den statliga assistansersättningen. Idag har ca 1 200 barn sådan ersättning jämfört med de drygt 200 som man räknade med i propositionen om LSS.

Sedan den statliga assistansersättningen infördes har flera regeländringar genomförts. Från februari 1995 gäller att assistansersättning inte lämnas om den funktionshindrade själv är arbetsgivare för personlig assistent som han lever i hushållsgemenskap med. Samtidigt anpassades arbetstiden för privatanställda personliga assistenter till lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete.

Våren 1995 gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att redovisa alternativa åtgärder för att begränsa statens assistanskostnader och förbättra kostnadskontrollen. Utgångspunkten var att minska den årliga kostnaden med ca 900 miljoner kronor. Utredaren lämnade sitt betänkande Kostnader för den statliga assistansersättningen (SOU 1995:126) i december 1995.

Den 1 juli 1996 infördes vissa ändringar i LSS och LASS. De innebär sammanfattningsvis

- att en definition av personlig assistans som anger grundläggande behov och som kopplas till 20-timmarsgränsen infördes,
- att assistansersättning som huvudregel inte lämnas för tid i kommunala verksamheter, som t.ex. barnomsorg, skola eller daglig verksamhet, men att undantag kan göras vid särskilda skäl,
- att assistansersättning inte lämnas för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen,
- att det blev möjligt att få assistans vid kortare sjukhusvistelser och
- att den tidsperiod som man har möjlighet att spara assistanstimmar minskades från tolv till sex månader.

Den 1 september 1997 infördes en schablon för assistansersättningen. För år 1997 är timersättningen 164 kronor. Om det finns särskilda skäl kan försäkringskassan efter ansökan medge att schablonen får överskridas med de godkända faktiska kostnaderna – dock högst med 12 procent. Denna ändring beräknas medföra att kostnaden för den statliga assistansersättningen minskas med 60 miljoner kronor för år 1997.

Regeringen har i propositionen (1996/97:146) Vissa frågor om personlig assistans föreslagit att kommunerna skall finansiera beviljad assistansersättning för de första 20 timmarna per vecka. Förändringen skall enligt regeringens förslag genomfö-

ras från den 1 november 1997. En följd av vidtagna och föreslagna förändringar blir att anslaget för år 1998 minskas med 1,2 miljoner kronor.

Många olika faktorer påverkar utgiftsutvecklingen, vilket gör att den är svår att prognostisera. LSS skall vara ett komplement till andra lagar. Men om personer med funktionshinder väljer – eller tvingas att välja p.g.a. att alternativ saknas – insatser enligt LSS beror delvis på vilken omsorg och service kommunen kan erbjuda enligt annan lagstiftning liksom vilka avgifter kommunen beslutar att ta ut för denna. Insatser enligt LSS är i princip avgiftsfria för den enskilde. Stimulansbidragen till habilitering och rehabilitering och stimulansbidraget till kompetensutveckling inom hjälpmedelsförsörjningen som i huvudsak lämnats till projektverksamhet kommer att slutrapporteras av Socialstyrelsen under hösten 1998. Erfarenheterna hittills tyder på att medlen i stor utsträckning haft den stimulerande effekt som man velat uppnå.

Statsbidrag lämnas till insatsen råd och stöd. Bidraget skall kompensera landstingen för merkostnader i samband med handikappreformen. Insatsen har ännu inte funnit sina former. Tre fjärdedelar av alla som beviljats råd och stöd har insatser av kurator. Det är också betydligt färre personer än förväntat i persongrupp 3 i LSS som beviljats råd och stöd. Vad insatsen skall innehålla anses av många som oklart. Flertalet landsting redovisar att statsbidraget, som lämnas till landstingen som kompensation för förväntade merkostnader, används för att förstärka resurserna inom barn- och vuxenrehabilitering.

Socialstyrelsen och de båda kommunförbunden har inte till alla delar samma syn på insatsens innehåll. Styrelsen konstaterade redan i sina allmänna råd om LSS, 1994:1, att proposition och lagtext inte gav tillräcklig vägledning för att bestämt kunna avgöra var gränsen går mellan sjukvårdande behandling eller andra insatser som klart faller inom tillämpningsområdet för hälso- och sjukvården respektive den typ av social service som socialtjänsten skall erbjuda eller pedagogiska insatser som tillhör undervisningen.

Insatsens tillgänglighet måste öka, bl.a. genom att benämningen ändras till ”särskilt expertstöd” som bättre motsvarar insatsens innehåll, menar Socialstyrelsen. Det behövs också ytterligare uppsökande verksamhet för att kartlägga hur och i vilken utsträckning som LSS personkrets faktiskt får sina behov av expertinsatser tillgodosedda.

Vid rättslig prövning av insatsen råd och stöd har läns- och kammarrätterna i stort, men inte entydigt, följt den praxis som utvecklades under den tidigare omsorgslagen. Regeringsrätten har nyligen avgjort två ärenden som rör innehållet i insatsen råd och stöd.

Utbyggnaden av tolktjänsten för döva, dövblinda m.fl. har inte skett i den takt som avsågs i handikappreformen. Bristen på utbildade tolkar är den främsta orsaken till detta. Socialstyrelsen anser att

utbyggnad skett i den takt som varit möjlig med tanke på de grundläggande förutsättningarna. Ytterligare några år krävs för att nå de uppsatta målen.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att statsbidragen sedan år 1994 gett landstingen möjlighet att utveckla tolktjänsten på många olika sätt. Bl.a. har nya tolkar anställts och fler tolkuppdrag utförts av arvodestolkar. Många olika åtgärder har vidtagits för att rekrytera tolkar och sprida information om tolkyrket.

Regeringen tillsatte under hösten 1995 den s.k. LSS-delegationen (S 1995:1) med uppgift att behandla vissa utestående frågor i anslutning till överförandet av omsorgsverksamheten från landstingen till kommunerna. Delegationen har i januari 1997 slutfört sitt uppdrag.

Anslaget B 3. Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder inrymmer verksamheter av flera och vitt skilda slag. Regeringen har för avsikt att under det kommande budgetåret se över detta anslag för att pröva om tillgängliga medel kan nyttjas på ett mer överblickbart och effektivt sätt genom att delar av det förs samman med verksamheter av liknande karaktär och inriktning i andra departement. Detta är i enlighet med den ansvars- och finansieringsprincip som är grundläggande för regeringens handikappolitik och som redovisats till riksdagen i regeringens skrivelse (rskr. 1996/97:120) om handikappolitiken.

Att ha bil eller annat individuellt anpassat fordon är en stor tillgång för många personer med funktionshinder. Bilstödet gör det lättare att skaffa ett fordon. Sedan oktober 1988 och t.o.m. år 1996 har ca 20 000 stöd beviljats. Antalet ansökningar varierar från år till år. Under de senaste tre-fyra åren har dock antalet beviljade nyansökningar varit ganska konstant, ca 1 200 per år.

Bilstödet är ett av de individuellt inriktade stöden som mera påtagligt minskar behoven av insatser inom andra samhällsområden. Möjligheten att disponera ett fordon som den enskilde själv kan köra ger stor frihet och tillgänglighet för den som inte kan nyttja allmänna kommunikationer och är ett reellt alternativ till färdtjänst eller av försäkringskassan administrerade resor. I detta sammanhang bör också nämnas att regeringen i sin proposition (1996/97:115) om mer tillgänglig kollektivtrafik föreslår att en ny lag om färdtjänst skall ersätta socialtjänstlagens (1980:620) nuvarande bestämmelser om färdtjänst. Vidare har riksdagen i april 1997 uttalat att 1,5 miljarder kronor bör avsättas under perioden 1998-2002 för investeringar i kollektivtrafiken och den fysiska miljön för att underlätta funktionshindrades resor. Med anledning härav har regeringen beslutat om direktiv till trafikverket för att upprätta långsiktiga planer för infrastrukturen.

Syftet med ersättningen för texttelefoner är att ge personer som är döva, svårt hörselskadade, dövblinda eller talskadade möjlighet att kommunicera över telefonnätet. Det beräknas att 850 texttelefonutrust-

ningar samt 800 anhörigtelefoner kommer att ordinerar år 1997. För år 1998 beräknas att ca 800 texttelefonutrustningar kommer att ordinerar och 500 anhörigtelefoner. Utvecklingen av multimediatrminaler som fungerar för teckenspråkskommunikation har kommit en bit på väg. En försöksverksamhet med videotelefonibaserad förmedlingstjänst har dessutom inletts av Post- och Telestyrelsen för förmedling mellan teckenspråk och tal. Videotelefoner planeras i framtiden kunna förskrivas som telefoner för döva och gravt hörselskadade personer som är teckenspråkiga.

Sedan den statliga assistansersättningen infördes har flera ändringar skett i LSS och LASS, i första hand för att dämpa kostnadsutvecklingen. Socialstyrelsen gjorde hösten 1996 en uppföljning av de lagändringar som trädde i kraft den 1 juli 1996. I studien, som var en urvalsstudie, redovisas att tre månader efter ikraftträdandet hade 43 personer fått sina beslut omprövade enligt de nya reglerna. Av dessa förlorade ca en tredjedel helt rätten till assistansersättning. En tredjedel förlorade assistansstimmar utan att helt förlora rätten till assistansersättning. Den resterande tredjedelen fick behålla tidigare beviljad assistansersättning med hänsyn till särskilda skäl. Personer som helt eller delvis förlorade rätten till assistansersättning hade ofta beviljats personlig assistans och elevassistans genom kommunen.

De nya lagreglerna har främst berört barn och yngre personer. Fyra av fem personer som påverkats av regeländringarna tillhör de persongrupper som tidigare omfattades av omsorgslagen.

De nya reglerna fick begränsad tillämpning under de första månaderna. Socialstyrelsen uppskattar att lagändringen påverkar ca 1 600 assistansbeslut i landet. Ett antagande är att merparten av dessa omprövningar redan har skett under 1996 och början av 1997 och att lagändringen i så fall i fortsättningen endast kommer att påverka beslut i nya assistansärenden.

Trots de ändringar som gjorts har kostnaderna för den statliga assistansersättningen fortsatt att öka. Även om de vidtagna åtgärderna har haft viss effekt har denna dock inte på något sätt kunnat möta utgiftsutvecklingen. Det är viktigt att komma fram till en långsiktig och stabil lösning för en stödform som innebär så stor förbättring av livsvillkoren för många människor. Därför måste utformningen av lagen och genomförda regeländringar noga analyseras. Detta bör ske innan ytterligare förändringar övervägs.

Statsbidraget till vårdartjänst m.m. ger studerande med rörelsehinder ett sådant stöd att de kan vistas på studieorten och genomföra studier vid folkhögskola,

universitet och högskola. Bidraget gör det också möjligt för svårt rörelsehindrade ungdomar att få genomgå särskilt anpassad gymnasieutbildning, s.k. rh-anpassad gymnasieutbildning. Under 1990-talet har antalet elever i den rh-anpassade gymnasieutbildningen successivt ökat, medan kostnaderna inte ökat i motsvarande mån.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) har i sin årliga rapport till regeringen bl.a. pekat på att de statliga kostnaderna för personlig assistans översteg de ursprungliga beräkningarna. Statlig assistansersättning är den ersättningsform som ökar mest av alla förmåner. RRV har också uppmärksammat frågan om risk för överkompensation i utnyttjandet av förmånen. Flera allmänna försäkringskassor har följt upp den statliga assistansersättningens och noterat en rad brister i systemets uppbyggnad och tillämpning.

Regeringens bedömning är att vissa av dessa brister redan har åtgärdats genom de lagändringar som genomförts under åren 1995 och 1996. Regeringen har dock för avsikt att under det närmaste året noga analysera vilka åtgärder som i ett längre perspektiv kan och bör vidtas för att åstadkomma en stabil och varaktig lösning för reformen.

Slutsatser

Levnadsnivån för personer med funktionshinder är fortfarande lägre än för befolkningen i övrigt. Handikappreformen har påverkat förhållandena positivt inom de områden som berörs, men andra faktorer i samhället, såsom problem i samhällsekonomin och på arbetsmarknaden, har troligen påverkat i negativ riktning.

Personlig assistans har på ett betydande sätt förbättrat livsvillkoren för många av dem som fått del av stödformen. Att utgifterna för personlig assistans har överstigit vad som från början beräknades har bidragit till att flera förändringar gjorts i lagen sedan dess tillkomst. Det är regeringens avsikt att komma fram till en långsiktig och stabil lösning för stödformen personlig assistans. Diskussioner med detta syfte förs bl.a. med handikapporganisationerna och assistansanordnare. Beslutade och genomförda regeländringar kommer också noga att analyseras.

5.3 Anslag

B 1. Vissa statsbidrag inom äldre- och handikappområdet

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------|----------------------------------|---------|
| 1995/96 | Utgift | 872 276 | ¹ Reserva- tion | 242 986 |
| Därav 1996 | | 555 649 | | |
| 1997 | Anslag | 411 200 | ² Utgifts- prognos | 565 859 |
| 1998 | Förslag | 275 000 | | |
| 1999 | Beräknat | 275 000 | | |
| 2000 | Beräknat | 275 000 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

2. Anslag efter indragning av anslagsmedel med 300 000 tkr enligt TB

Från anslaget för år 1998 lämnas statsbidrag till landstingen för vissa handikappinsatser som avser

- statsbidrag till råd och stöd (200 miljoner kronor) samt
- statsbidrag till tolktjänst (75 miljoner kronor).

Bidraget till rådgivning och annat stöd lämnas i enlighet med finansieringsprincipen för de ökade åtaganden landstingen fått genom införandet av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Statsbidraget till tolktjänst har byggts ut successivt och blir fullt utbyggt år 1998. Från anslaget har t.o.m. år 1997 även utgått de stimulansmedel som i enlighet med statens åtaganden i samband med den s.k. handikappreformen lämnats till habilitering och rehabilitering, inkl. specifika utvecklingsinsatser inom detta område, samt till utvecklingsinsatser inom hjälpmedelsförsörjningen. Under år 1997 lämnas också ett ettårigt utvecklings- och stimulansbidrag för stöd till anhöriga.

Enligt förslag i 1997 års ekonomiska vårproposition beslutade riksdagen att reducera stimulansbidraget till landstingen till habilitering och rehabilitering med 225 miljoner kronor och stimulansbidraget till specifika utvecklingsinsatser inom habiliterings- och rehabiliteringsområdet med 75 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Ca 22 000 personer har beslut om LSS-insatsen råd och stöd. De allra flesta är personer med utvecklingsstörning. Färre personer än förväntat i persongrupp 3 i LSS personkrets har beviljats råd och stöd. Vad insatsen skall innehålla anses dock av många som oklart. Flertalet landsting redovisar att bidraget används till anställningar för personal inom de yrkesgrupper som vanligen ger insatsen. Merparten av bidraget används enligt Socialstyrelsen för att förstärka

och utveckla habilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det är inte möjligt att avgöra i vilken utsträckning bidraget faktiskt utnyttjas för personer i LSS personkrets.

Regeringen anser att det är angeläget att en samtycke uppnås om innehållet i LSS-insatsen råd och stöd.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 275 000 000 kronor anvisas under anslaget B1 Vissa statsbidrag inom äldre- och handikappområdet för budgetåret 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till vardera 275 000 000 kronor.

B 2. Statsbidrag till vårdartjänst m.m.

| | | | | |
|-------------|---------------------|----------------|---------------------|---------|
| 1995/96 | Utgift | 198 105 | ¹ | |
| Därav 1996 | | 142 686 | | |
| 1997 | Anslag ² | 197 440 | Utgifts- prognos | 191 322 |
| 1998 | Förslag | 189 000 | | |
| 1999 | Beräknat | 194 291 | | |
| 2000 | Beräknat | 199 735 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

2. Anslag efter indragning av anslagsmedel med 10 400 tkr

Syftet med statsbidraget till vårdartjänst m.m. är dels att ge studerande med rörelsehinder sådant stöd att de kan vistas på studieorten och genomföra studier vid folkhögskola, universitet och högskola, dels att göra det möjligt för ungdomar som tagits in i riksgymnasium för svårt rörelsehindrade ungdomar, s.k. rh-anpassad gymnasieutbildning, att genomföra studierna.

De utgifter som belastar anslaget är kostnader för vårdartjänst åt studerande med rörelsehinder vid folkhögskolor, universitet och högskolor samt för omvårdnadsinsatser, dvs. habilitering och boende med tillgång till personlig omvårdnad, i anslutning till rh-anpassad gymnasieutbildning. De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna på riksgymnasieområdet är dels antalet elever med rörelsehinder vid utbildningsställen, dels dessa elevers individuella behov av stödinsatser i anslutning till utbildningen.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (SISUS) administrerar anslaget enligt bestämmelserna i förordningen (1996:1536) med instruktion för Statens institut för särskilt utbildningsstöd. Myndigheten har i sitt budgetunderlag för budgetåren 1998–2000 bedömt att kostnaderna för statsbidraget till vårdartjänst m.m. denna period kommer att ligga under

den beräknade anslagsnivån. Under budgetåret 1995/96 uppgick anslagssparandet till 37,3 miljoner kronor. Under år 1997 beräknas anslagssparandet att öka med ytterligare 6,1 miljoner kronor.

Antalet personer med behov av vårdtjänst har under tidigare år successivt ökat. Dessutom kommer stödet till vårdtjänst inom folkhögskoleområdet att beröras av att antalet folkhögskolor ökat med elva stycken år 1997. Av dessa har två en särskild handikappinriktning. Trots detta anser SISUS att kostnaden för vårdtjänsten kommer att ligga något lägre för de kommande åren än vad som antogs i myndighetens fördjupade anslagsframställan (FAF) för åren 1997–1999. Läget bedöms inte förändras år 2000. För år 1998 beräknar SISUS anslagsbehovet för vårdtjänst inom folkhögskolor, universitet och högskolor till 86 miljoner kronor.

Riksgymnasieutbildning för svårt rörelsehindrade ungdomar finns idag på fyra orter i landet, Stockholm, Göteborg, Umeå och Kristianstad. Undervisningen ges inom den ordinarie kommunala gymnasieskolan. Omvårdnadsverksamheten i anslutning till undervisningen regleras genom avtal och årliga överenskommelser mellan staten och de olika huvudmännen i de fyra kommunerna. SISUS bedömning är att elevantalet inom riksgymnasieverksamheten kommer att öka till ca 200 år 1999. De fyra befintliga riksgymnasieorterna kan till viss del expandera sin verksamhet men SISUS bedömer att en fortsatt utbyggnad av riksgymnasieverksamheten med ytterligare en ny riksgymnasieort kan komma att behövas. För stöd inom riksgymnasieverksamheten beräknar SISUS anslagsbehovet till 100 miljoner kronor för budgetåret 1998.

SISUS framhåller att osäkerheten är betydande kring de faktorer som styr kostnaderna för riksgymnasieverksamheten för svårt rörelsehindrade. Till viss del beror detta på utredningen (U 1995:14) om funktionshindrade elever i skolan (FUNKIS), som för närvarande utreder hur ansvaret för och finansieringen av utbildning och omvårdnad i anslutning till utbildning av funktionshindrade elever skall fördelas mellan stat, kommun och landsting. I uppdraget ingår också att föreslå nödvändiga förändringar i systemet. Utredningen har i ett delbetänkande utvärderat gymnasieutbildningen för ungdomar med funktionshinder. Först när utredningen lagt sitt slutbetänkande finns det enligt SISUS förutsättningar för att göra säkrare långsiktiga bedömningar för utvecklingen av riksgymnasieverksamheten.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

SISUS har till regeringen inkommit med årsredovisning för budgetåret 1995/96. I resultatredovisningen återfinns verksamhetsmålen samt prestationerna och resultaten av den verksamhet som finansieras inom ramen för statsbidraget till vårdtjänst m.m.

Under läsåret 1995/96 erhöll 1 716 personer vårdtjänst för studier på folkhögskola. Antalet kursdeltagare har därmed ökat något mellan läsåren 1994/95 och 1995/96. För läsåret 1996/97 ligger antalet studerande på 1 737. SISUS ser inga tecken på någon större förändring under kommande år vad gäller antalet kursdeltagare med vårdtjänst vid folkhögskola men den uppåtgående trenden beräknas fortsätta. Antalet studerande vid universitet/högskolor som erhöll vårdtjänst under läsåret 1995/96 var 33 stycken vid 11 universitet/högskolor. Under läsåret 1996/97 var motsvarande antal 32.

Verksamheten stöd inom riksgymnasium för svårt rörelsehindrade ungdomar omfattade under läsåret 1996/97 totalt 156 utbildnings-/habiliteringsplatser, varav 103 var elevhemsplatser.

SISUS har bl.a. som mål för sin verksamhet att ansvara för att kvaliteten i den verksamhet som finansieras med hjälp av bidraget till vårdtjänst säkras och att resurserna används effektivt. Med anledning av detta har SISUS färdigställt och börjat använda ett instrument för kvalitetsuppföljning i form av en enkät riktad till kursdeltagarna på folkhögskolorna samt deras assistenter. Instrumentet är tänkt att användas som underlag för att tydliggöra de delar av assistansen som inte fungerar tillfredsställande. SISUS har även som mål att analysera hur vårdtjänsten och andra sociala stöd, t.ex. personlig assistans, förhåller sig till varandra. Detta arbete har påbörjats under budgetåret.

Flera av SISUS myndighetsuppgifter handlar om att följa upp och utvärdera den verksamhet som finansieras med hjälp av vårdtjänstbidraget. Detta arbete bör dock vidareutvecklas för att SISUS bättre skall kunna bedöma vilka resultat som uppnåtts under det år som gått och därigenom förbättra regeringens möjligheter att göra egna resultatbedömningar.

Regeringen avser att med SISUS diskutera på vilket sätt resultatredovisningarna kan förbättras för att öka möjligheterna att analysera effekterna av statsbidraget till vårdtjänst m.m.

Slutsatser

SISUS anser att en utbyggnad av den rh-anpassade gymnasieutbildningen är nödvändig eftersom antalet elever har ökat de senaste åren och år 1999 förväntas uppgå till ca 200. Det är dock svårt att prognosticera det exakta behovet av riksgymnasieplatser. Regeringen är inte beredd att ta ställning till en eventuell utbyggnad av verksamheten med en ny riksgymnasieort innan den s.k. FUNKIS-utredningen avlämnat sitt slutbetänkande.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 189 000 000 kronor anvisas under anslaget B 2. Statsbidrag till vårdtjänst m.m. för år 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 194 291 000 kronor respektive 199 735 000 kronor.

B 3. Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|---------------------|--------|
| 1995/96 | Utgift | 118 183 | ¹ | |
| Därav 1996 | Utgift | 64 498 | | |
| 1997 | Anslag | 80 394 | Utgifts- prognos | 80 394 |
| 1998 | Förslag | 75 394 | | |
| 1999 | Beräknat | 75 394 | | |
| 2000 | Beräknat | 75 394 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Bidraget är avsett att öka organisationernas möjligheter att själva driva vissa verksamheter av betydelse för personer med funktionshinder.

Statsbidrag lämnas till följande organisationer och verksamheter:

- Synskadades riksförbund (SRF) Hantverks depåverksamhet,
- SRF:s åtagande vad avser inköp och tilldelning av ledarhundar m.m.,
- SRF för viss övrig verksamhet, bl.a. utgivning av ersättningstidningar för synskadade, individinriktad verksamhet för synskadade med ytterligare funktionsnedsättning, stöd till synskadades sysselsättning, punktskriftsprojektet och skrivtjänsten,
- Föreningen Sveriges dövblinda (FSDB) för tidningsutgivning för dövblinda,
- Sveriges dövas riksförbund (SDR) för dess teckenpraksavdelning,
- Stiftelsen rikstolk-tjänst för förtroendevalda i handikapporganisationerna
- Palynologiska laboratoriet för rapportering av pollenhalten i luften,

- Föreningen rekryteringsgruppen (RG) för dess tränings- och rehabiliteringsverksamhet med inriktning på nyskadade,
- Neurologiskt handikappades riksförbund (NHR) för NHR-centers permanenta utställning av hjälpmedel för personer med funktionshinder,
- Handikapporganisationernas rekreationsanläggningar för personer med funktionshinder. Regler om bidraget finns i förordningen (1994:950) om statsbidrag till rekreationsanläggningar,
- Riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper.

Vid Mo Gård och Ågrenska hälsocentret för barn bedrivs riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper med svåra och komplicerade funktionshinder. Vid Mo Gård får dövblinda möjligheter att utveckla sina kommunikationsmöjligheter och sociala färdigheter. Arbetet är också inriktat på att ge service till landets kommuner, landsting och myndigheter. Syftet är att Mo Gård på sikt skall utvecklas till ett kunskapscenter inom dövblindområdet.

Till skillnad från andra barn- och familjeverksamheter bedriver Ågrenska hälsocentret, utöver den ordinarie habiliteringen, också en målinriktad uppsökande verksamhet för små och mindre kända handikappgrupper som har mycket litet eller inget stöd alls i samhället. Centret arbetar i nära kontakt med den habilitering och det sjukhus som familjen har kontakt med på hemorten.

Regeringens överväganden

Resultatinformation och slutsatser

Organisationerna har själva utvärderat sina verksamheter under budgetåret 1995/96. De menar att statsbidraget är en viktig förutsättning för att de skall kunna bedriva sina respektive verksamheter och betonar dess betydelse för de människor som de olika verksamheterna riktar sig till.

De flesta organisationer har begärt ökade medel för att kunna bibehålla och i vissa fall utveckla verksamheterna. Inom ramen för anslaget har en miljon kronor tillförts verksamheten med ledarhundar. Vidare har fem miljoner kronor förts bort från anslaget och tillförts anslaget B 6. Bilstöd till handikappade.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 75 394 000 kronor anvisas under anslaget B 3. Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder för budgetåret 1998 och fördelas enligt tabell nedan. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till vardera 75 394 000 kronor.

| ÄNDAMÅL | UTGIFTER 1997 | FÖRSLAG 1998 |
|--|-------------------|-------------------|
| 1. SRF hantverk för depåverksamheten | 9 290 000 | 9 290 000 |
| 2. SRF för ledarhundar | 24 500 000 | 25 500 000 |
| 3. SRF för viss övrig verksamhet | 10 634 000 | 10 634 000 |
| 4. FSDB för tidningsutgivning | 6 120 000 | 6 120 000 |
| 5. SDR för teckenspråksavdelning | 2 470 000 | 2 470 000 |
| 6. Rikstolkstjänsten | 5 515 000 | 5 515 000 |
| 7. Palynologiska laboratoriet | 675 000 | 675 000 |
| 8. Föreningen rekryteringsgruppen | 2 260 000 | 2 260 000 |
| 9. NHR för hjälpmedelsutställning | 1 130 000 | 1 130 000 |
| 10. Riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper | 2 800 000 | 2 800 000 |
| 11. Handikapporganisationernas rekreationsanläggningar | 15 000 000 | 9 000 000 |
| Summa | 80 394 000 | 75 394 000 |

B 4. Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------------|---------------------|---------|
| 1995/96 | Utgift | 197 541 ¹ | | |
| Därav 1996 | | 99 382 | | |
| 1997 | Anslag | 131 694 | Utgifts- prognos | 131 694 |
| 1998 | Förslag | 132 194 | | |
| 1999 | Beräknat | 132 194 | | |
| 2000 | Beräknat | 132 194 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Under budgetåret 1997 lämnas statsbidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer. Villkoren för bidraget till pensionärsorganisationer regleras i förordningen (1994:316) om statsbidrag till pensionärsorganisationerna. Bidraget till handikapporganisationerna regleras i förordningen (1994:951) om statsbidrag till handikapporganisationer. Anslaget administreras av Socialstyrelsen. Någon anslagsframställning görs inte av styrelsen och utan medelsbehovet beräknas av Socialdepartementet.

Regeringens överväganden

Resultatinformation och slutsatser

Handikapp- och pensionärsorganisationerna har en viktig opinionsbildande roll och fyller en central funktion i folkrörelsearbetet i Sverige. Statsbidraget utgör en inte oväsentlig del av organisationernas finansiering av sin verksamhet.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 132 194 000 kronor anvisas under anslaget B 4. Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer för budgetåret 1998, och att den del som avser bidrag till pensionärsorganisationerna ökas med

500 000 kronor. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 132 194 000 kronor vardera året.

B 5. Ersättning för texttelefoner

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------------|---------------------|--------|
| 1995/96 | Utgift | 164 900 ¹ | | |
| Därav 1996 | | 78 770 | | |
| 1997 | Anslag | 15 700 | Utgifts- prognos | 15 700 |
| 1998 | Förslag | 16 077 | | |
| 1999 | Beräknat | 16 465 | | |
| 2000 | Beräknat | 16 872 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Syftet med ersättningen för texttelefoner är att ge personer som är döva, gravt hörselskadade, dövblinda och talskadade möjlighet att kommunicera över telefonnätet. De utgifter som belastar anslaget är ersättning till landstingen för inköp av texttelefoner till dessa grupper samt för texttelefoner till anhöriga, s.k. anhörigtelefoner. Ersättningen utbetalas av Socialstyrelsen till landstingen kvartalsvis i efterskott. Verksamheten regleras i förordningen (1992:621) om statsbidrag till texttelefoner. Fr.o.m. den 1 januari 1997 övertog Post- och Telestyrelsen ansvaret för förmedlingstjänsten. Därmed belastar inte längre dessa kostnader anslaget för texttelefoner. De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna under anslaget är antalet personer som har behov av texttelefon, prisutvecklingen på texttelefoner samt den tekniska utveckling som sker inom området.

Antalet ordinerade texttelefoner varierar år från år, varför det är svårt att göra säkra prognoser. Socialstyrelsen har för år 1997 beräknat 850 texttelefoner och 800 anhörigtelefoner. För år 1998 beräknar Socialstyrelsen att ca 800 texttelefoner kommer att ordinerats till en kostnad av 10,6 miljoner kronor.

Antalet anhörigtelefoner beräknas till 500 till en kostnad av 2,6 miljoner kronor. Reparations- och utbildningskostnader beräknas till 1,3 miljoner kronor. Det sammanlagda medelsbehovet för budgetåret 1998 beräknar därmed till 16,5 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Utvecklingen av multimediaterminaler som fungerar för teckenspråkskommunikation har kommit en bit på väg. Såväl kostnads- som prestandautvecklingen ser positiv ut. En försöksverksamhet med förmedling mellan teckenspråk och tal med stöd i videotelefoni-baserad förmedlingstjänst har inletts av Post- och Telestyrelsen. Socialstyrelsen bedömer att ett succesivt införande av videotelefoner bör påbörjas med ett begränsat antal terminaler under år 1998. För detta ändamål beräknar styrelsen ett medelsbehov om 2 000 000 kronor. På grund av införandet av videoterminaler beräknas kostnaderna under anslaget öka under åren 1999 och 2000.

Socialstyrelsen föreslår att teckenspråkstolkarna i möjligaste mån bör frigöras från att förskriva texttelefoner och att landstingen bestämmer vem som bör sköta dessa uppgifter. Socialstyrelsen menar vidare att en förutsättning för att genomföra förändringar inom texttelefonområdet utan att riskera försämringar för brukarna är att tillsynen inom området skärps.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 077 000 kronor anvisas under anslaget B 5. Ersättning för texttelefoner för budgetåret 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 16 465 000 kronor respektive 16 872 000 kronor.

B 6. Bilstöd till handikappade

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------|--------------|-----------------------------|
| 1995/96 | Utgift | 337 486 | ¹ | |
| Därav 1996 | | 255 417 | | |
| 1997 | Anslag | 213 944 | ² | Utgifts- prognos 213 944 |
| 1998 | Förslag | 203 978 | | |
| 1999 | Beräknat | 78 078 | | |
| 2000 | Beräknat | 93 001 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

2. Anslag efter indragning av anslagsmedel med 130 000 tkr enligt TB

Bestämmelser om bilstöd finns i lagen (1988:360) om handläggning av ärenden om bilstöd till handikappade och i förordningen (1988:890) om bilstöd till handikappade. Stöd lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag. Fr.o.m. den 1 juli 1995 kan, under vissa förutsättningar, bidrag också lämnas till körkortsutbildning till den som beviljats bilstöd. De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna inom området är personkretsens omfattning, inkomstutvecklingen, bilprisernas utveckling och anpassningskostnadernas omfattning. Nytt bilstöd kan beviljas den som tidigare fått sådant om minst sju år förflutit sedan beslut senast fattades.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Sedan reformen infördes och t.o.m. budgetåret 1995/96 har cirka 36 000 ansökningar om bilstöd prövats av vilka 60 % eller cirka 20 000 beviljats. Antalet beviljade ansökningar var som högst år 1989 då de uppgick till 5 700. Sedan började antalet sjunka och var som lägst, 1 500, år 1994.

Vid inledningen av den andra sjuårsperioden i oktober 1995 ökade åter antalet ansökningar liksom antalet beviljade ansökningar. Men de var betydligt färre än vid motsvarande tidpunkt under den första sjuårsperioden. Ansökningarna förväntas fördela sig något jämnare under denna andra period. Regeringen avser också att genom en förordningsändring under hösten 1997 begränsa utbetalningarna för bilstöd så att de för respektive budgetår ryms inom ramen för de medel som anslås. Detta sker bl.a. i syfte att få en jämnare belastning på anslaget. En översyn skall göras av anslagskonstruktionen och det framtida stödbehovet då även framtida anslagsnivåer kommer att prövas.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 203 978 000 kronor anvisas under anslaget B 6. Bilstöd till handikappade för budgetåret 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 78 078 000 kronor respektive 93 001 000 kronor.

B 7. Kostnader för statlig assistansersättning

| | | | | |
|-------------|----------------|------------------|--------------|-------------------------------|
| 1995/96 | Utgift | 6 120 606 | ¹ | |
| Därav 1996 | | 4 184 058 | | |
| 1997 | Anslag | 4 138 000 | ² | Utgifts- prognos 4 476 000 |
| 1998 | Förslag | 4 053 000 | | |
| 1999 | Beräknat | 4 871 000 | | |
| 2000 | Beräknat | 5 778 000 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

2. Ökning av anslagsnivå med 475 000 tkr enligt TB

Statlig assistansersättning lämnas till funktionshindrade personer som har behov av personlig assistans för sin dagliga livsföring under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka.

Anslaget disponeras av Riksförsäkringsverket. De allmänna försäkringskassorna administrerar och beslutar om ersättningen. Frågor om assistansersättning regleras i lagen (1993:389) om assistansersättning och i förordningen (1993:1091) om assistansersättning.

Rätten till assistansersättning gäller för svårt funktionshindrade personer som inte fyllt 65 år och som bor i eget boende, servicehus eller hos familj eller anhörig. Regeringen har årligen fastställt den assistansersättning som högst kan lämnas per timme – för år 1997 högst 183 kronor.

Fr.o.m. den 1 september 1997 har en schablon för assistansersättningen införts med en timersättning på 164 kronor. Om det finns särskilda skäl kan försäkringskassan efter ansökan medge att schablonen får överskridas med de godkända faktiska kostnaderna – dock högst med 12 %. Regeringen har i prop. 1996/97:146 Vissa frågor om personlig assistans föreslagit att kommunerna skall finansiera beviljad assistansersättning för de första 20 timmarna per vecka. Förändringen skall enligt regeringens förslag genomföras från den 1 november 1997. Till följd av vidtagna och föreslagna förändringar under år 1997 och i enlighet med finansieringsprincipen förutsätts anslaget minska med 1,2 miljarder kronor för 1998. Samtidigt föreslås att 900 miljoner kronor tillförs anslaget för att möta prognostiserade utgifter.

De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna på området är personkretsens omfattning, antalet beviljade assistanstimmar per vecka och beviljad assistansersättning per timme. Prognoserna för år 1997 och framåt bygger på antaganden om att utgiftsutvecklingen ökar eftersom antalet personer som beviljas ersättning ökar varje månad liksom antalet beviljade timmar per vecka.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Personlig assistans enligt LSS och den statliga assistansersättningen enligt LASS har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med stora funktionshinder. Detta har bl.a. framgått av i Socialstyrelsens utvärdering av handikappreformen. Syftet med insatsen personlig assistans har till stor del uppnåtts.

Men utgifterna för insatsen är betydligt högre än förväntat, vilket till största delen kan förklaras med att antalet assistanstimmar per person och vecka numera i genomsnitt är 73,7 i stället för 40, vilket beräknades i propositionen om LSS. Antalet personer med statlig assistansersättning är också drygt 300 fler än de 7 000 som tidigare beräknats, men lägre än det antal personer som handikapputredningen beräknade.

Slutsatser

Syftet med stödformen personlig assistans och statlig assistansersättning har nåtts. Anslaget har dock ända sedan det infördes kraftigt överskridits. Detta har medfört att besparingar har skett inom verksamhetsområdet, som gjort det svårare att utveckla andra insatser för funktionshindrade.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 4 053 000 000 kronor anvisas under anslaget B 7. Kostnader för statlig assistansersättning för budgetåret 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 4 871 000 000 kronor respektive 5 778 000 000 kronor.

B 8. Statens institut för särskilt utbildningsstöd

| | | | | |
|-------------|----------------|--------------|--------------|----------------------------|
| 1995/96 | Utgift | 11 357 | ¹ | Anslags- sparande 2 820 |
| Därav 1996 | | 7 757 | | |
| 1997 | Anslag | 8 640 | | Utgifts- prognos 10 037 |
| 1998 | Förslag | 8 561 | | |
| 1999 | Beräknat | 8 809 | | |
| 2000 | Beräknat | 9 065 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (SISUS) skall bidra till att uppfylla målet för utgiftsområdet genom att förbättra förutsättningarna för utbildning och studier för unga och vuxna personer med funktionshinder samt genom att administrera och utveckla olika stöd som behövs i och omkring studiesituationen.

Av årsredovisningen för budgetåret 1995/96 framgår att SISUS anslagssparande för myndighetens förvaltningsanslag vid utgången av budgetåret 1995/96 uppgick till 2,8 miljoner kronor. SISUS avser utnyttja den möjlighet anslagssparandet medger och genomföra ett antal angelägna projekt med hjälp av konsultmedverkan under innevarande år och under år 1998.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

I sin årsredovisning för budgetåret 1995/96 redovisar SISUS sin verksamhet under verksamhetsgrenarna stöd inom folkhögskolor, stöd inom universitet och högskola samt stöd inom riksgymnasieverksamheten för svårt rörelsehindrade ungdomar.

Av årsredovisningen framgår att myndighetens verksamhet bedrivs på ett sådant sätt att målen för verksamheten har kunnat uppnås.

SISUS har bl.a. som mål för sin verksamhet att ansvara för att kvaliteten i den verksamhet som finansieras med hjälp av bidraget till vårdartjänst säkras och att resurserna används effektivt. Med anledning av detta har SISUS under budgetåret 1995/96 färdigställt och börjat använda ett instrument för kvalitetsuppföljning. Dessutom har handläggningen av vårdartjänstären utvecklat i syfte att säkra kvaliteten och få en bättre kostnadskontroll.

SISUS har även som mål att analysera hur vårdartjänsten och andra sociala stöd, t ex personlig assistans, förhåller sig till varandra. Detta arbete har inletts och pågår. En studie har dessutom påbörjats som kommer att kunna ge kunskap som underlättar en effektiv resursanvändning vad gäller vårdartjänst vid utbildningsställena.

Flera av SISUS myndighetsuppgifter handlar om att följa upp och utvärdera den verksamhet som finansieras med hjälp av statsbidraget till vårdartjänst. Detta arbete bör dock vidareutvecklas för att SISUS framdeles bättre skall kunna göra bedömningar om vilka resultat som uppnåtts och förbättra regeringens möjligheter att göra egna resultatbedömningar inom området.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser (bå 95/96)

Riksrevisionsverket bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande. De brister som uppmärksammades i förra årets revisionsrapport har åtgärdats. SISUS har numera en klar uppdelning av sin verksamhet i tre olika verksamhetsgrenar liksom en beskrivning av dessa i sin årsredovisning.

Slutsatser

Regeringen anser att det finns behov av att ytterligare intensifiera resultatdialogen med myndigheten för att på så sätt kunna förbättra analyserna av uppnådda resultat efter årets slut. Regeringen avser att påbörja ett sådant utvecklingsarbete under hösten 1997.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 8 561 000 kronor anvisas till Statens institut för särskilt utbildningsstöd (SISUS) för år 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 8 809 000 kronor respektive 9 065 000 kronor. Det generella sparkravet på tre procent har beaktats vid beräkningen av 1998 års anslag.

B 9. Handikappombudsmannen

| | | | | |
|-------------|----------------|--------------------|------------------|-------|
| 1995/96 | Utgift | 7 847 ¹ | Anslags-sparande | 1 023 |
| Därav 1996 | | 5 576 | | |
| 1997 | Anslag | 7 908 | Utgifts-prognos | 8 884 |
| 1998 | Förslag | 7 746 | | |
| 1999 | Beräknat | 7 908 | | |
| 2000 | Beräknat | 7 978 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Handikappombudsmannen skall bidra till att uppfylla målet för utgiftsområdet genom att bevaka frågor som angår funktionshindrade personers rättigheter och intressen samt att verka för att personer med funktionshinder uppnår full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkoren.

Av årsredovisningen för budgetåret 1995/96 framgår bl.a. att Handikappombudsmannens anslagssparande vid ingången av år 1997 uppgick till 5,1 miljoner kronor. Genom ett regeringsbeslut har 4,1 miljoner kronor av det ackumulerade sparandet dragits in.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

I årsredovisningen för budgetåret 1995/96 redovisar Handikappombudsmannen sin verksamhet under verksamhetsgrenarna ärendehandläggning, uppföljning och analys samt information och kunskapsöverföring.

Myndighetens verksamhet bedrivs enligt regeringens mening på ett sådant sätt att målen för verksamheten har kunnat uppnås. Dock har årsredovisningen i alltför hög grad karaktären av verksamhetsberättelse i stället för resultatredovisning.

Ärendevolymen hos Handikappombudsmannen har ökat. Handikappombudsmannen eftersträvar korta handläggningstider. För anmälningsärenden var den genomsnittliga handläggningstiden under budgetåret 1995/96 89 dagar och för skriftlig juridisk rådgivning 45 dagar. Myndigheten har dessutom anordnat konferenser och seminarier på en rad områden.

Ett av Handikappombudsmannens verksamhetsmål är att föra ut och förankra FN:s standardregler samt att utvärdera de åtgärder som vidtas för att förverkliga dessa regler. Detta har skett bl.a. genom ett antal undersökningar av hur statliga myndigheter efterlever standardreglerna. Som en uppföljning av undersökningarna har därefter myndigheterna kallats till överläggningar. Handikappombudsmannen har också arbetat med att föra ut och förankra standardreglerna till kommuner och landsting, bl.a. genom att anordna konferenser.

Utöver detta har Handikappombudsmannen även arbetat med frågor om kvinnor med funktionshinder, skolområdet, tillgänglighet, arbetsmarknad, funktionshindrade föräldrars situation samt EU-frågor.

Handikappombudsmannen har i särskild ordning lämnat en rapport om sin verksamhet och utvecklingen inom handikappområdet till regeringen. Därutöver har Handikappombudsmannen lämnat tre olika delrapporter samt genomfört två undersökningar. Vissa undersökningar har gjorts i samarbete med SCB.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser (bå 95/96)

Riksrevisionsverket bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande.

Slutsatser

Regeringen anser att det finns behov av att ytterligare intensifiera resultatdialogen med myndigheten för att förbättra analyserna av uppnådda resultat. Mått som beskriver t.ex. kvalitet och effekter av myndighetens åtgärder bör utvecklas. Regeringen avser att påbörja ett sådant utvecklingsarbete under hösten 1997.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 746 000 kronor anvisas till Handikappombudsmannen för år 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 7 908 000 kronor respektive 7 978 000 kronor. Det generella sparkravet på tre procent har beaktats vid beräkningen av 1988 års anslag.

6 C Åtgärder för barn, socialt behandlingsarbete samt alkohol- och narkotikapolitik

6.1 Omfattning/ändamål

Verksamhetsområdet omfattas av socialtjänstens individ- och familjeomsorg som är ett i huvudsak kommunalt ansvarsområde och regleras av bl.a. socialtjänstlagen (1980:620). De viktigaste verksamheterna är bistånd i form av socialbidrag, vård av barn och unga, vård av missbrukare samt åtgärder för utsatta kvinnor och andra svaga grupper i samhället. Den statliga tillsynen över socialtjänsten utövas av länsstyrelserna och Socialstyrelsen. Området innefattar även allmänna barnfrågor samt alkohol- och narkotikapolitik.

De medel som upptas i statsbudgeten och som direkt anknyter till verksamhetsområdet nedan avser stöd till kommunerna för att utveckla missbruks- och ungdomsvården samt bidrag till organisationer på det sociala området. Andra anslag inom verksamhetsområdet avser följande myndigheter: Barnombudsmannen, Statens nämnd för internationella ad-

optionsfrågor, Statens institutionsstyrelse, Alkoholinspektionen samt Alkoholsortimentsnämnden.

UTGIFTSUTVECKLINGEN

Under verksamhetsområdet redovisas även Systembolaget AB. Dessutom finns medel som är av stor vikt för området inom andra myndigheters anslag, bl.a. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och länsstyrelserna.

Sammanfattande kommentarer till verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

- Antalet socialbidragstagare liksom kostnaderna för socialbidrag har fortsatt att öka under år 1997.
- Tidiga insatser i form av kontaktperson från socialtjänsten för barn med behov av stöd har ökat.

| | UTGIFT 1995/96 | DÄRAV 1996 | UTGIFTS PROGNOS 1997 | FÖRSLAG 1998 | BERÄKNAT 1999 | BERÄKNAT 2000 |
|---|-------------------|---------------|----------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| (MILJONER KRONOR LÖPANDE PRISER) | | | | | | |
| C 1. Bidrag till missbruk- och ungdomsvård samt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete | 75 | 38 | 52 | 52 | 52 | 52 |
| C 2. Bidrag till organisationer på det sociala området | 87 | 38 | 58 | 64 | 64 | 64 |
| C 3. Barnombudsmannen | 12 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| C 4. Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor | 9 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 |
| C 5. Statens institutionsstyrelse | 754 | 618 | 596 | 504 | 520 | 537 |
| C 6. Alkoholinspektionen | 21 | 9 | 16 | 15 | 15 | 15 |
| C 7. Alkoholsortimentsnämnden | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| C 8. Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder | – | – | 30 | 30 | 31 | 31 |
| Äldre anslag | 69 | 67 | 20 | – | – | – |
| Totalt för utgiftsområde | 1 028 | 1 118 | 787 | 680 | 698 | 716 |

- Efterfrågan av institutionsvård för missbrukare vid LVM-hem har fortsatt att minska. Det har medfört att Statens institutionsstyrelse får ett underskott i budgeten och måste genomföra en kraftig omstrukturering av sin verksamhet och avveckla ett antal LVM-hem. Samtidigt har efterfrågan på platser vid de särskilda ungdomshemmen ökat och en utbyggnad sker.
- Olika undersökningar pekar på att det blivit vanligare att ungdomar prövar eller använder narkotika.
- Internationaliseringen och vårt medlemskap i EU har ställt krav på omställningar inom alkoholområdet för att vi skall kunna upprätthålla målet för den svenska alkoholpolitiken.

Större förändringar

Riksdagen har med anledning av regeringens proposition (1996/97:124) beslutat om vissa ändringar i socialtjänstlagen samt ny lag (1997:192) om internationell adoptionsförmedling.

Prioriteringar för 1998

- Hänsyn till barnets bästa skall tas i alla sammanhang där barn berörs. Intentionerna i FN:s konvention om barnets rättigheter skall genomsyra verksamheten som rör barn.
- Opinionsbildning och förebyggande åtgärder bland ungdomar skall intensifieras för att påverka attityder och beteenden inom alkohol- och narkotikaområdet.

6.2 Resultatbedömning och slutsatser

6.2.1 Socialtjänstens individ- och familjeomsorg

Socialtjänstens individ- och familjeomsorg omfattas av olika former av bistånd. De viktigaste verksamheterna är bistånd i form av socialbidrag, vård och stöd till barn och unga, vård av missbrukare samt åtgärder för utsatta kvinnor och andra svaga grupper i samhället.

Socialtjänsten har uppgifter på såväl individ- som grupp- och samhällsnivå och skall arbeta både förebyggande och åtgärdande. Det individuella bistånd som ges genom socialtjänstens försorg skall utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. Valet av bistånd får inte styras av mekaniskt tillämpade åtgärdsmodeller utan måste alltid utgå från vad som är mest ändamålsenligt i det enskilda fallet.

Socialbidrag

Socialbidraget har fortsatt att öka under hela 1990-talet. År 1996 erhöll 753 109 personer (403 204 hushåll) socialbidrag eller introduktionersättning för flyktingar. Även kostnaderna har fortsatt att öka. År 1996 utbetalades närmare 12 miljarder kronor. Kostnadsökningen har fortsatt under första halvåret 1997. Även bidragstidens längd fortsätter att öka och var år 1996 i genomsnitt 5,5 månader mot år 1990 i genomsnitt 4,1 månader.

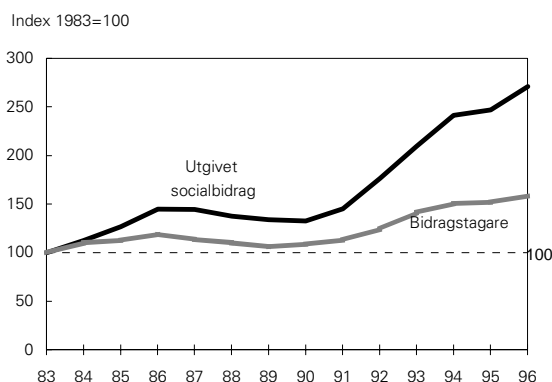
Det är framförallt grupper som har svårt att hävda sig på arbetsmarknaden som blir bidragsberoende, bl.a. ungdomar och invandrare. Tre fjärdedelar av hushållen är svenska och en fjärdedel utländska. De hushåll som får socialbidrag är i stor utsträckning ensamstående, närmare bestämt cirka 80 procent varav drygt hälften är kvinnor. Cirka hälften av bidragstagarna är under 25 år.

Uppdelningen av individ- och familjeomsorgen i specialiserade enheter har gett upphov till vissa farhågor när det gäller frågor som rör ekonomiskt bistånd. Länsstyrelserna påpekar att handläggningen kan ske utifrån ett alltför snävt perspektiv där individens ekonomi blir den enda bedömningsgrunden vilket kan leda till att människor med mer komplexa problem inte får den hjälp de behöver. Stora variationer i socialbidragsbeslut har konstaterats.

Regeringens slutsats är att kommunerna gör stora ansträngningar för att genom olika projekt eller permanenta verksamheter bidra till att människor får arbete, sysselsättning eller andra aktiviteter i syfte att förkorta socialbidragsberoendet. Det är emellertid svårt att få en entydig bild av resultatet av dessa insatser.

Det ansträngda ekonomiska läget i landet har under de senaste åren präglat arbetet inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Arbetslösheten och förändringar i socialförsäkringssystemen har medfört att fler människor än tidigare har kommit att behöva

Utvecklingen av antalet socialbidragstagare och utgivet socialbidrag i fasta priser 1983-1996



socialtjänstens hjälp. Samtidigt är kommunernas resurser för att ge stöd och hjälp mer begränsade än tidigare. För att hålla kostnaderna nere har många kommuner frångått Socialstyrelsens rekommenderade socialbidragsnorm. Allmänt sker en restriktivare tolkning av 6 § Socialtjänstlagen. I den av riksdagen antagna propositionen Ändring i socialtjänstlagen (prop. 1996/97:124, bet. 1996/97:SoU18, rskr. 1996/97:264) har nivån på socialbidragsnormen preciserats i form av en s.k. riksnorm. Därmed skapas förutsättningar för att bedömningen av socialbidrag till försörjning skall bli likvärdig oberoende var i landet man bor.

Vård av barn och unga

Socialtjänstens barn- och ungdomsvård riktar sig till familjer med barn och ungdomar i åldrarna 0-20 år. Om barn och ungdomar riskerar att utvecklas ogynnsamt skall socialtjänsten i nära samarbete med hemmen se till att de får det skydd och stöd de behöver, och om det är motiverat med hänsyn till den unges bästa, vård och stöd utanför hemmet. Tvångsingripande i enlighet med lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) kan beslutas i vissa särskilda situationer.

Socialtjänsten ansvarar vidare för vissa familjerättsliga uppgifter samt familjerådgivning.

Under år 1995 berördes 28 700 barn och ungdomar någon gång under året av insatser från socialtjänstens sida, såsom kontaktperson eller placering utanför hemmet. Detta är 2 700 barn fler jämfört med år 1990 och 500 barn fler än 1994. Ungefär en fjärdedel av barnen var nytillkomna i betydelsen att de inte hade varit föremål för insatser under de senaste fem åren före år 1995. Insatsen kontaktperson har ökat stadigt under hela 1990-talet och är för 60 % av de nytillkomna barnen den första insatsen som erbjuds. De omedelbara omhändertagandena enligt LVU ökade kraftigt mellan åren 1990 och 1994 denna trend bröts år 1995. Socialtjänsten har i stor utsträckning under 1990-talet utvecklat insatser i öppenvård som alternativ till placeringar. Nationell statistik saknas över omfattningen av dessa insatser.

Socialtjänstens arbete med utsatta barn och ungdomar och deras familjer har på regeringens initiativ varit föremål för omfattande utvecklingsinsatser, bl.a. inom ramen för utvecklingsmedel som Socialstyrelsen disponerar.

Regeringens slutsats är att kommunernas insatser för barn och ungdom generellt ges en hög prioritet. En bred samverkan mellan kommuner och andra aktörer utvecklas på många håll i syfte att ge effektivare hjälpinsatser. Utvecklingen av adekvata stöd- och behandlingsinsatser för förebyggande och tidiga åtgärder i öppenvård fortsätter.

Samtidigt kan konstateras att familjehemsvården är i behov av kvalitetsutveckling. Länsstyrelserna konstaterar i olika rapporter att det fortfarande ofta

saknas ett tillräckligt barnperspektiv i utredningarna, dvs. att barnets situation inte blir tillräckligt belyst.

Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att redovisa en uppföljning av rapporten Barns villkor i förändringstider vilket kommer att avrapporteras 1 mars 1998.

Ungdomars förändrade attityder till narkotika, den ökande alkoholkonsumtionen men även frågor som är kopplade till våld, invandrarproblematik och arbetslöshet kräver fortsatt stora insatser från socialtjänsten med fokus på förebyggande verksamhet.

Vård av missbrukare

Kommunerna har skyldighet att tillhandahålla vård för missbrukare. I den mån vården inte kan komma till stånd på frivillig väg finns lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) möjligheter att använda tvångsvård. Staten har, genom Statens institutionsstyrelse (SiS), ansvaret för tvångsvården av missbrukare. Socialtjänsten skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel och därvid ägna särskild uppmärksamhet åt insatser för barn och ungdom. Den enskilde missbrukaren skall av socialtjänsten aktivt erbjudas den hjälp och den vård som han eller hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk.

Det har under hela 1990-talet funnits en ambition inom socialtjänsten att utveckla öppenvårdsinsatser och minska institutionsvården.

Merparten av missbrukarvården ges i frivilliga former. Det totala antalet personer som på grund av missbruk vistats i HVB- eller LVM-hem den 31 december varje år minskade under 1990-talets första år från 4 500 till knappt 3 600 personer men ökade till drygt 3 700 under år 1995. Den ökning som redovisas skedde inom frivilligvården. Drygt en femtedel av samtliga intagna under 1995 var kvinnor. Ca 64 % av dem som skrevs ut från LVM-vård under år 1995 fortsatte i någon form av frivilligvård efter LVM-vårdens slut.

Av länsstyrelsernas årsrapporter framgår att behandlingsresurserna för missbrukare med psykiska störningar är otillräckliga samt att variationerna mellan kommunerna är stora.

Regeringen kan konstatera att det inom missbrukarvården sker en fortsatt utveckling av öppenvård, skyddat boende och s.k. mellanvård, jämte en kraftig minskning av utnyttjandet av tvångsvården. Det finns flera aktörer på området, såväl offentliga som privata, som erbjuder olika typer av vård. Konkurrensen har ökat liksom variationerna i kostnaderna. Konsekvenserna för missbrukarvården av denna omstrukturering är svårbedömd. Socialstyrelsens uppföljning visar emellertid att kommunernas totala kostnader för missbrukarvården varit i stort sett oförändrade under 1990-talet. Det finns dock ingen entydig bild av utvecklingen som kan ligga till grund

för en noggrann resultatbedömning. Regeringen har därför uppdragit åt Socialstyrelsen att göra en uppföljning av rapporten "Kursändring inom missbrukarvården" med fokus på en analys och bedömning av om tillgången till öppna vård- och stödformer är väl avvägd i förhållande till olika former av institutionsvård. Uppdraget skall redovisas i januari 1998.

Våld mot kvinnor samt prostitution

Under senare år har ett flertal åtgärder vidtagits för att motverka våld mot kvinnor och för att stödja, hjälpa och skydda utsatta kvinnor. Bland åtgärderna kan nämnas ny lagstiftning och ändringar i befintlig lagstiftning, t.ex. höjda straffskalor för ett antal vålds- och sexualbrott. Satsningar har också gjorts på förebyggande åtgärder, t.ex. genom fortbildning av personal som kommer i kontakt med utsatta kvinnor och på förbättringar av skyddet för de kvinnor som utsatts för våld eller riskerar att utsättas för våld, t. ex genom larm och annan utrustning. Därtill kommer att kvinnojourerna under senare år fått utökat statligt stöd. Kvinnovåldskommissionens slutbetänkande *Kvinnofrid* (SOU 1995:60) behandlar frågor om hur myndigheter inom bl.a. socialtjänst och hälso- och sjukvård skall handlägga ärenden med anknytning till våld mot kvinnor och hur kunskap och kompetens skall höjas bland dem som arbetar med sådana ärenden. Betänkandet innehåller förslag som griper in på flera olika samhällsområden. Det finns alltså ett stort behov av insatser.

Prostitutionen i Sverige är av förhållandevis liten omfattning men den tilltagande internationaliseringen påverkar mönstren för prostitutionen. Den internationella handeln med kvinnor över gränserna, s.k. trafficking, har ökat oroväckande. Spridningen av hiv och aids är ett allvarligt problem som fått prostitutionen att framstå i ett nytt perspektiv.

Regeringen anser att könshandeln skadar samhället i stort. Att sexualitet betraktas som en vara, något som kan köpas och säljas är inte förenligt med synsättet i ett demokratiskt samhälle. Härtill kommer kostnaden för de sjukdomar och skador som prostitutionen orsakar och den kriminalitet som följer i könshandelns spår. Prostitutionsutredningens betänkande (SOU 1995:15) innehåller förslag som syftar till att begränsa könshandeln.

Under hösten 1997 kommer åtgärder att föreslås med anledning av Kvinnovåldskommissionens och Prostitutionsutredningens förslag.

Tillsynen

Den statliga tillsynen omfattar såväl kommunernas socialtjänst och olika institutioner inom socialtjänsten som enskilda vårdhem och bedrivs på både nationell och regional nivå. Socialstyrelsen har bl.a. till uppgift att följa upp och utvärdera socialtjänsten samt återföra kunskap och erfarenhet till regeringen och till kommunerna. Länssty-

relsernas tillsyn och uppföljning avser såväl hanteringen av enskilda ärenden som uppföljning av verksamheter. Länsstyrelserna skall i sin nya roll inrikta tillsynsarbetet särskilt på att beakta effekterna av förändringar som sker inom alkoholområdet. På det regionala planet ansvarar länsstyrelserna för att politiken får genomslag i länet. I länsstyrelsernas nya roll på alkoholområdet ingår att följa utvecklingen och svara för samordningen mellan berörda myndigheter när det gäller alkoholpolitiska insatser och tillsynen av restaurangbranschen.

Länsstyrelserna skall som ett led i sitt tillsynsarbete på såväl socialtjänstens som alkoholpolitikens område lämna enhetliga underlag till den nationella uppföljningen rörande tillsynens inriktning, innehåll och resultat. Detta möjliggör en samlad bedömning och jämförelse på nationell nivå av de problem som länsstyrelserna möter i sin tillsynsverksamhet. Den samlade redovisningen tjänar också som underlag för länsstyrelsernas dialog med kommunerna i syfte att utveckla verksamheterna.

Av länsstyrelsernas årsredovisningar framgår att handläggningen av individuella ärenden är ett betydande inslag i arbetet även om det finns en strävan att förskjuta tyngdpunkten mot en mer övergripande tillsyn.

Med anledning av vad som framkommit av länsstyrelsernas tillsynsrapporter kan regeringen konstatera att övervägande delen av de ärenden som handläggs inom individ- och familjeomsorgen motsvarar lagstiftningens krav och intentioner. Det finns dock brister vad gäller information, uppsökande verksamhet, handläggning och dokumentation. Länsstyrelserna har utifrån sin tillsyn och sina informella kontakter med enskilda påtalat brister i bemötande som ett allt mer framträdande problem. Totalt sett är antalet tillsynsärenden relativt få. På nationell nivå saknas tillräckligt underlag för att kunna bedöma verksamhetens måluppfyllelse och resultat kvalitet, varför tillsyn, uppföljning och utvärdering av den sociala verksamheten behöver vidareutvecklas.

Ändring i socialtjänstlagen

Riksdagen har på regeringens förslag (prop. 1996/97:124, bet. 1996/97:SoU18, rskr. 1996/97:264) fattat beslut om ändringar i socialtjänstlagen (1980:620). Ändringarna innebär inga avsteg från de grundläggande principer som formuleras i nu gällande lag.

Bakgrunden till regeringens förslag till ändring i gällande lagstiftning är de senaste årens samhällsförändringar i form av arbetslöshet, minskade kommunala resurser och förändringar i socialförsäkringssystemen.

Ändringarna i socialtjänstlagen innebär en precisering av den enskildes rätt till bistånd i form av försörjningsstöd och annat bistånd. Socialtjänstens skyldigheter att bistå med aktiva åtgärder förtydligas.

Vidare innebär förändringarna en markering av den enskildes ansvar att göra vad han eller hon kan för att bli självförsörjande.

Det är angeläget att socialtjänsten mer än tidigare inriktas på att verka med barnets bästa för ögonen. I syfte att stärka barnperspektivet föreslås ett antal nya bestämmelser. Bland annat införs i socialtjänstlagens första paragraf ett stycke om att det särskilt skall beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver när åtgärder rör barn. Barnets rätt att komma till tals i frågor som rör barnet kommer till uttryck i 9 § socialtjänstlagen.

I lagen införs en bestämmelse om att socialtjänstens insatser skall vara av god kvalitet. För att utföra socialtjänstens uppgifter skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Analysen av de sociala förändringar som inträffat och de förändringar som kan förutses framledes enligt regeringens bedömning motiverar ett fortsatt utredningsarbete på en rad, för socialtjänsten, viktiga områden. En särskild utredare skall därför tillkallas med uppgift att göra en översyn av vissa frågor rörande socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter. Utredaren skall ges i uppdrag att analysera och lämna förslag som bl.a. berör lagens konstruktion och struktur, socialtjänstens finansiering, socialtjänstens uppgifter och kompetensområden samt organisationen och former för tillsynen över socialtjänsten.

6.2.2 Allmänna barnfrågor

FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) är en av grundpelarna för regeringens arbete med barnfrågor. Sverige har utan förbehåll ratificerat barnkonventionen vilket bl.a. betyder att Sverige har åtagit sig att barnets bästa skall sättas i centrum vid alla åtgärder som vidtas av offentliga organ, dvs. domstolar, förvaltningssmyndigheter och lagstiftande organ.

Barnombudsmannen (BO) har regeringens uppdrag att informera om barnkonventionen och att granska om lagar och andra författningar och deras tillämpning stämmer överens med åtagandena i konventionen. BO har också en opinionsskapande funktion och skall verka för att öka samhällets kunskap om barns och ungas villkor.

Den av regeringen tillsatta Barnkommittén (S 1996:01) med uppdrag att bl.a. göra en bred översyn av hur svensk lagstiftning och praxis förhåller sig till barnkonventionens bestämmelser har nyligen överlämnat sitt slutbetänkande till regeringen. Betänkandet kommer att remissbehandlas under hösten 1997.

Stora delar av det samhälleliga ansvaret för barnen ligger på kommunerna och varje kommun har stor frihet att själv organisera sin verksamhet så att den blir bra för de barn som vistas där. Kommunerna har

dock kommit olika långt i arbetet med att införliva barnkonventionen i det vardagliga arbetet med barn.

Regeringen har den 19 december 1996 beslutat att avsätta 10 miljoner kronor per år under en tvåårsperiod, dvs. totalt 20 miljoner kronor, ur Allmänna arvsfonden till en särskild satsning på barnkonventionen. Dessa medel skall i första hand täcka frivilligorganisationernas kostnader för projekt som ökar kunskaperna om barnkonventionen i kommuner och landsting. Barnombudsmannen samordnar projektet. Arbetet sker i samarbete med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Regeringens avsikt med denna satsning är att ta ytterligare ett steg i införlivandet av barnkonventionen i det vardagliga arbetet med barn.

Föräldrautbildning bedrivs framför allt i samband med graviditet och under barnets spädbarnstid. På mödra- och barnavårdscentraler erbjuds föräldrar att delta i gruppverksamhet som syftar till att öka kunskaperna om graviditet och barnets nedkomst samt om spädbarnets behov. Också via barnomsorgen och skolan har familjen möjlighet att delta i olika sorters föräldraverksamhet. Även den öppna förskolan spelar här en viktig roll. Föräldrautbildning anordnas också av frivilliga organisationer, föräldraföreningar och studieförbund. Regeringen har under våren 1997 tillsatt en utredning med uppgift att se över föräldrautbildningen. Avsikten är både att stärka den befintliga föräldrautbildningen och att vidareutveckla modeller för föräldrautbildning och annat stöd i föräldraskapet för föräldrar till tonårsbarn.

Projektet, Barn idag, som har pågått inom Socialdepartementet under åren 1996 och 1997, har haft som utgångspunkt att bl.a. söka svar på följande frågor: Hur mår barn i Sverige idag? Hur påverkas de av olika besparingar som tunnar ut nätverken i barnmiljöer och av föräldrars arbetslöshet? Vad säger forskningen om gynnsamma faktorer för barns utveckling? Projektet har gett ut två rapporter Barn idag (Ds 1996:57) och Barnets bästa - vår framtid (Gothia 1997).

Socialtjänstens insatser riktade till barn och ungdomar behandlas i avsnittet Socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Regeringens slutsats är att samhället alltmer ser till barnets bästa. Samtidigt som vissa barn aldrig har haft det så bra som idag, blir skillnaderna mellan olika grupper av barn allt tydligare. God kvalitet inom barnomsorg, skola och fritidsverksamhet är till gagn för alla barn, men betyder särskilt mycket för barn med olika svårigheter. Ett gott vuxenstöd i närmiljön kan kompensera för svårigheter och påfrestningar i hemmet. Det är viktigt att uppmärksamma de effekter som eventuella besparingar kan få för barnen.

Efter världskongressen mot kommersiell sexuell exploatering av barn har ett uppföljningsarbete påbörjats. Det nationella uppföljningsarbetet inbegriper utarbetandet av regeringens program för åtgärder mot kommersiell sexuell exploatering av barn. Som

ett led i det internationella regionala uppföljningsarbetet har ett samarbete initierats inom Östersjörådets ram. Resurser avsätts för att i första hand föra ut kunskap om sexuell exploatering av barn och initiera projekt på området.

6.2.3 Alkoholpolitik

Syftet med den svenska alkoholpolitiken är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar genom att minska totalkonsumtionen. I en nationell handlingsplan för alkohol- och narkotikaförebyggande arbete finns olika delmål preciserade. Insatser skall genomföras som vidmakthåller eller förstärker en effektiv tillsyn över handeln med alkoholdrycker samt en förstärkt insats mot illegal alkoholhantering. Stora insatser skall göras för att vidmakthålla en opinion till förmån för återhållsamma alkoholvanor i befolkningen och för nykterhet när det gäller vissa grupper och i vissa situationer. Detta innebär att ungdomar skall avstå från alkoholkonsumtion under uppväxtåren, att trafiken, graviditeten och arbetsplatserna skall vara alkoholfria. I det förebyggande arbetet skall uppmärksamhet riktas mot de grupper som förenar en omfattande alkoholkonsumtion med en socialt utsatt situation.

Det finns idag oroande tendenser som visar att det sker en ökning av alkoholkonsumtionen bland allt yngre ungdomar. Flera undersökningar under det senaste året visar att andelen ungdomar som ofta berusar sig ökar och andelen som aldrig berusar sig minskar.

Det är framför allt dryckerna folköl, starköl, alkoholäsk och illegala alkoholdrycker som står för ökningen. För vissa grupper närmar sig ölkonsumtionen 1970-talets nivå. Särskilt oroande i detta sammanhang är uppgifter om ökat berusningsdrickande bland flickor. Åtgärder för att påverka attityder och beteenden bland dessa har därför fortsatt hög prioritet.

Förutsättningarna att i fortsättningen bedriva en traditionell svensk alkoholpolitik har ändrats i och med det svenska EU-inträdet. Den relativt höga beskattningen av alkoholdrycker i Sverige kan komma att bli svårare att upprätthålla i framtiden. Ändrade regler för införsel av alkohol, avskaffandet av monopolen för tillverkning, import och partihandel av alkoholdrycker, ifrågasättandet av detaljhandelsmonopolet samt den ökade smuglingen av alkohol kräver förstärkt tillsyn och reser krav på en förnyelse av alkoholpolitiken.

Regeringen har därför beslutat att det inom Socialdepartementet skall finnas en nationell ledningsgrupp för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. Ledningsgruppens uppgift är att bygga upp ett långsiktigt förebyggande arbete som kan möta de

förändrade förutsättningarna som internationaliseringen och vårt EU-medlemskap medfört för den traditionella svenska alkoholpolitiken. Det handlar vidare om insatser som indirekt kan påverka människors förhållningssätt och vanor och som också ökar det individuella ansvarstagandet. Det handlar om att i ökad utsträckning utveckla hållbara lokala strategier som också innebär ett ökat lokalt ansvarstagande. Detta är en omställningsprocess som kräver insatser under lång tid framöver.

Regeringen har också tagit ett initiativ till fördjupat samarbete mellan olika aktörer genom att tillsätta en kommitté (S 1997:02) som skall utveckla samarbetet mellan berörda myndigheter, försäkringsbolag och olika branschorganisationer på alkoholområdet. Uppgiften är att uppmuntra olika aktörer, t.ex. företag, branschorganisationer, försäkringsbolag, berörda myndigheter och andra att engagera sig i arbetet mot missbruk. Ett prioriterat område där samtliga inblandade har gemensamma intressen är insatser som motverkar den illegala alkoholhanteringen, dvs. illegalt tillverkad eller insmugglad alkohol och langning till ungdomar.

En departementspromemoria, Svartsprit och ungdomar (Ds 1997:8), har nyligen remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet och kommer att ligga till grund för olika insatser för att motverka den ökande olovliga alkoholhanteringen.

Alkoholreklamutredningen (S 1996:03) som har till uppgift att se över nuvarande marknadsföringsregler överlämnar inom kort sitt slutbetänkande. Därefter skall förslaget remissbehandlas och eventuellt bli föremål för en proposition till riksdagen under våren 1998.

Sverige har tillsammans med Finland gjort en ansökan till EU-kommissionen om medel för att genomföra en länderjämförande undersökning om alkoholproblemens omfattning och hur alkoholpolitiken ser ut i samtliga EU-länder. Sammantaget har ett bidrag om 6 miljoner kronor sökts från kommissionen för undersökningen som skall vara klar under år 2000. Tanken är att denna undersökning skall tjäna som underlag för diskussioner om behovet av en alkoholpolitik inom EU. Sverige kommer att verka för att en diskussion om alkoholpolitik kommer upp på EU-dagordningen.

Regeringen har genom Allmänna arvsfonden gett Folkhälsoinstitutet 15 miljoner kronor för stöd till olika ideella organisationers barn- och ungdomsprojekt som ligger i linje med den nationella handlingsplanen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser.

Internationaliseringen och Sveriges inträde i EU har förändrat förutsättningarna för den svenska alkoholpolitiken. Målet om att begränsa alkoholens skadeverkningar genom att minska den totala konsumtionen av alkohol ligger fast och ambitionsnivån är oförändrat hög. För att upprätthålla detta mål är

det dock nödvändigt att söka nya metoder för det förebyggande arbetet.

Regeringen anser att situationen på alkoholpolitikkens område kräver en hög grad av samordning, effektivitet och en ledningsorganisation med hög beredskap för olika insatser. Tillkomsten av Nationella ledningsgruppen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser är ett led i en sådan samordning. En översyn för att ytterligare samordna och effektivisera de olika åtgärderna inom verksamhetsområdet bör genomföras.

Medel med syfte att understödja ett långsiktigt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete behövs. Regeringen föreslår därför att riksdagen även fortsättningsvis anvisar ett anslag på 30 miljoner kronor under anslagsposten C 8. Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.

På alkoholforskningens område behöver konsumtionsforskningen utvecklas och stimuleras. Alkohol-forskningsutredningen har föreslagit att ett särskilt alkoholforskningsinstitut tillskapas. Förberedelsearbetet som omfattar såväl alkoholforskning som narkotikaforskning pågår under ledning av Socialvetenskapliga forskningsrådet. Regeringen anser att Folkhälsoinstitutets verksamhet och kompetens inom forskningsområdet är betydelsefull i det fortsatta arbetet varför Folkhälsoinstitutet såväl kompetensmässigt som finansiellt bör stödja verksamheten vid forskningsinstitutet.

6.2.4 Narkotikapolitik

Det yttersta målet för den svenska narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle. Sveriges ansträngningar att bekämpa narkotikamissbruket skall även fortsättningsvis bygga på en kombination av målinriktade förebyggande insatser, ett varierat utbud av behandlingsformer och fortlöpande kontrollinsatser. Denna politik måste förverkligas på såväl lokal som nationell nivå. Avsikten är att motverka droganvändning bland ungdomar och att erbjuda adekvata vård- och rehabiliteringsinsatser till alla som utvecklat ett missbruk.

Det är på lokal nivå som politikens trovärdighet prövas. Narkotikapolitiska insatser bör därför samordnas kommunalt och regionalt, med särskild betoning på förebyggande insatser riktade till unga människor.

Den svenska narkotikapolitiken ligger till grund för Sveriges internationella engagemang. Målet är att på ett globalt plan utveckla insatserna för att möta narkotikahotet. Sverige motverkar aktivt alla försök till nedrustning av narkotikakontrollen.

Insatser inom narkotikapolitikens område skall baseras på kunskap om faktiska förhållanden och på utvärderingar av effekterna av olika åtgärder.

Folkhälsoinstitutet följer konsumtions- och skadeutvecklingen inom alkohol- och narkotikaområdet samt fördelar vissa medel till alkohol- och narkotikaforskning inom särskilt angelägna områden och genomför utvärderingar av det förebyggande arbetets effekter. Socialstyrelsen svarar för tillsyn samt uppföljning och utvärdering av förebyggande insatser och vård och behandling inom socialtjänsten. Socialstyrelsen stöder också utvecklingen inom området, bl.a. inom ramen för regeringsuppdraget Offensiv narkomanvård.

Från flera länder i Europa kommer rapporter om en positivare inställning till narkotika bland ungdomar och en ökning av missbruket. I de regelbundna undersökningar om drogvanorna hos elever i årskurs 9 i grundskolan pekar på att erfarenheten av narkotika ökar också i Sverige. Ökningen sker dock från en i jämförelse med 1970-talet låg nivå. Andelen ungdomar som någon gång prövat narkotika var under större delen av 1980-talet cirka 4 procent för att under 1990-talets första hälft successivt öka till omkring 8 procent bland pojkar respektive 7 procent bland flickor år 1997. Undersökningarna visar också att skolelever och värnpliktiga har en något mer liberal inställning till narkotika idag än tidigare. Också från personal och organisationer som verkar bland ungdomar kommer rapporter om förändrade attityder och en ny öppenhet att experimentera. En stor majoritet av ungdomarna anser emellertid att narkotikan är ett problem och ger bara ett mycket begränsat stöd till påståenden i drogliberal riktning.

År 1992 genomfördes en undersökning av det tunga narkotikamissbrukets omfattning. I denna uppskattades antalet tunga missbrukare till mellan 14 000 och 19 000. År 1979, när en motsvarande kartläggning genomfördes fann man 10 000–14 000 tunga missbrukare. Kvinnornas andel utgör ca en tredjedel.

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, som genomfört undersökningarna inträffade nyrekryteringen till gruppen tunga missbrukare huvudsakligen i slutet av 1970-talet och i början av 1980-talet. Andelen unga med ett tungt missbruk minskade påtagligt mellan de båda undersökningarna. År 1992 var 43 procent av de tunga missbrukarna över 35 år och närmare hälften hade missbrukat i tio år eller mer.

Sedan mitten av 1980-talet har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag fördelat medel för att bygga upp en offensiv narkomanvård, bl.a. i syfte att motverka smittspridningen av hiv bland narkotikamissbrukare. Sverige har idag en internationellt sett mycket låg andel nysmitta av hiv bland injektionsmissbrukare. Det rör sig om ett par fall årligen. Socialstyrelsen kommer under hösten 1997 att avrapportera uppdraget och göra en bedömning av vilken inriktning det fortsatta utvecklingsarbetet inom narkotikaområdet bör ha.

Tillgången på narkotika i världen är mycket stor. Produktionen av illegal narkotika ökar, samtidigt

som den illegala handeln med narkotika blir alltmer välorganiserad och svårare att bekämpa. De politiska och ekonomiska förändringarna i Öst- och Central-europa har ökat riskerna för att narkotika skall spridas såväl inom regionen som till andra länder. Skillnaden mellan renodlade producent- eller konsumentländer har jämnats ut; där det finns narkotika, där växer också missbruket.

I flera europeiska länder förs en intensiv narkotikapolitisk debatt, där vissa grupper förespråkar en avkriminalisering av användningen av i första hand cannabis. Det förekommer också förslag om att legalisera användningen av alla typer av narkotika. Enligt olika opinionsundersökningar saknar dock sådana krav stöd bland befolkningarna i allmänhet. Ingen regering har heller uttalat sig för en sådan politik. I en del länder har ett kraftfullt avvisande av varje tanke på legalisering lett till att legaliseringsförespråkarna förlorat mark och debatten i stället inriktats på hur de förebyggande insatserna skall kunna stärkas. I en del länder i Europa förekommer försök med legal förskrivning av heroin till heroinmissbrukare.

Sverige deltar mycket aktivt i det internationella samarbetet mot narkotika inom FN och den särskilda samarbetsgruppen för narkotikafrågor inom Europarådet, den s.k. Pompidougruppen.

Sverige har bl.a. deltagit i det utbildnings- och träningsprogram för personal verksam inom förebyggande arbete och vård och behandling i Central- och Östeuropa som Pompidougruppen har genomfört.

Genom medlemskapet i EU har Sverige fått tillgång till ett utökat europeiskt samarbete kring narkotikafrågorna. Unionsfördraget öppnar nya möjligheter för en samordnad narkotikastrategi inriktad på minskad efterfrågan, bekämpning av narkotikahandeln och påverkan på tredje land genom ett samordnat internationellt agerande. En global handlingsplan som omfattar samtliga dessa delar har antagits liksom ett särskilt narkotikapreventivt program.

I Lissabon finns sedan några år tillbaka EU:s narkotikaobservatorium, med uppgift att samla och bearbeta information om droger och drogberoende i medlemsstaterna. Syftet är att ta fram tillförlitliga och jämförbara data om narkotikaproblemen. Sverige deltar i observatoriets verksamhet.

Sverige deltar också i ett västeuropeiskt forskningssamarbete inom vars ram nationella forskningsprojekt rörande utvärdering av insatser mot drogmissbruk samordnas. Universitetet i Stockholm har i uppdrag att svara för den svenska samordningen. Inom ramen för regeringens samordningsorgan för narkotikafrågor (SAMNARK) sker en samordning av regeringens narkotikapolitik.

Regeringen drar följande slutsatser. Trots rapporter om ett ökat experimenterande med droger i ungdomsgrupper och rapporter om ändrade attityder till narkotika är narkotikamissbrukets omfattning i Sverige relativt begränsat, både i jämförelse med 1970-talet och i ett internationellt perspektiv. Det finns dock anledning att ta situationen på stort allvar. Genomgripande politiska, tekniska, ekonomiska och sociala förändringar har starkt påverkat eller förändrat tillvaron för stora grupper människor samtidigt som toleransen mot narkotika har ökat på många håll i världen. Risken att ett relativt oskyldigt och nyfiket experimenterande med droger skall leda till ett mer permanent bruk som leder till ett beroende kan inte negligeras. Särskilt uppmärksamhet bör i det sammanhanget riktas mot de ungdomskulturer som byggs upp runt s.k. partydroger, t.ex. ecstasy och LSD, i vissa ungdomsgrupper som tidigare inte definierats som riskgrupper vad gäller narkotika. Drogerna, som görs relativt lätt tillgängliga via marknads- och saluföring på internet betraktas inte som narkotika av ungdomarna, varför de också har svårt att inse att konsumtionen är att definiera som missbruk.

Narkotikapolitikens huvudinriktning måste enligt regeringens bedömning även fortsättningsvis vara att motverka en ökad narkotikaanvändning bland ungdomar. Kommunerna bör därför målmedvetet stärka det förebyggande arbetet riktat till ungdomar. Nationella ledningsgruppen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser har frågan om trender och missbruk bland ungdomar som en av sina främsta prioriteringar.

Som ett led i strävanden att stärka narkotikapolitiken kommer regeringen under hösten 1997 att utveckla en narkotikapolitisk strategi.

Sverige bör även fortsättningsvis ha en framträdande roll i det internationella samarbetet. Detta samarbete är utomordentligt betydelsefullt, inte minst mot bakgrund av den pågående europeiska integrationen och de genomgripande förändringarna i Central- och Östeuropa.

För närvarande pågår förberedelserna inför ett särskilt narkotikamöte i FN:s Generalförsamling i juni 1998. Syftet med mötet är att enas om strategier för det globala narkotikarbetet. Sverige, som är en av huvudbidragsgivarna till FN:s narkotikakontrollprogram, UNDCP, deltar aktivt i mötesförberedelserna.

6.3 Anslag

C 1. Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård samt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|---------------------|--------|
| 1995/96 | Utgift | 75 526 | ¹ | |
| Därav 1996 | | 37 509 | | |
| 1997 | Anslag | 52 000 | Utgifts- prognos | 52 000 |
| 1998 | Förslag | 52 000 | | |
| 1999 | Beräknat | 52 000 | | |
| 2000 | Beräknat | 52 000 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Statsbidraget till missbrukarvård ingår sedan år 1996 i det generella statsbidraget till kommunerna. Genom den verksamhet som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS) har staten ett direkt ansvar för ungdomsvård och missbrukarvård. Staten har ett starkt intresse av att det råder balans mellan å ena sidan den tunga institutionsvården och å andra sidan den vård som bedrivs av kommunerna och består av förebyggande och olika slags öppenvårdsinsatser. Under de senaste budgetåren har därför ur anslaget avsatts särskilda utvecklingsmedel, 50 miljoner kronor, för att stimulera kommunerna att utveckla förebyggande och öppenvårdsinsatser. Länsstyrelserna har i uppdrag att årligen fördela dessa medel.

Under anslaget disponerar Socialdepartementet 2 miljoner kronor avseende spelberoende och dess sociala konsekvenser.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Under senare år har kommunerna i stor utsträckning utvecklat förebyggande insatser och vård i öppna former för ungdomar och missbrukare, dock ännu inte i så stor omfattning att den minskade användningen av institutionsvård kan anses vara helt kompenserad.

Socialstyrelsens utvärdering visar att projektbidragen har använts på det sätt som regeringen avsett. Så långt det går att bedöma har medlen haft positiv effekt för ungdoms- och missbrukarvården. Socialstyrelsen konstaterar att det inför fördelningen av medel år 1998 finns anledning att särskilt ta hänsyn till de mindre kommunernas speciella behov.

Länsstyrelserna har genom sin tillsynsverksamhet god kännedom om lokala förhållanden i länets kommuner och kunskap om eventuella brister och behov av särskilda utvecklingsmedel. Medel har också blivit ett värdefullt instrument i länsstyrelsens till-

synsarbete. Länsstyrelserna bör därför även fortsättningsvis fördela de utvecklingsmedel som är avsatta för att stimulera och utveckla förebyggande och öppenvårdsinsatser för ungdomar och missbrukare.

Slutsatser

Särskilda utvecklingsmedel bör även fortsättningsvis avsättas till att stimulera kommunerna att utveckla insatser i öppen vård för ungdomar och missbrukare. Länsstyrelserna bör även fortsättningsvis fördela dessa utvecklingsmedel. Då många myndigheter idag har i uppdrag att stimulera en sådan utveckling är samordning av utvecklingsinsatserna önskvärd.

I propositionen Ändring i socialtjänstlagen (1996/97:124) betonas betydelsen av tidig upptäckt och tidiga insatser för att förebygga och motverka ett mer omfattande behov av vård. Utvecklingsmedlen skall mot denna bakgrund också kunna användas för att utveckla metoder för tidig upptäckt, tidiga och förebyggande insatser för ungdomar och missbrukare.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 52 miljoner kronor anvisas under anslaget Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård samt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete för år 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 52 miljoner kronor respektive 52 miljoner kronor.

C 2. Bidrag till organisationer på det sociala området

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|---------------------|--------|
| 1995/96 | Utgift | 86 761 | ¹ | |
| Därav 1996 | | 38 374 | | |
| 1997 | Anslag | 57 841 | Utgifts- prognos | 57 841 |
| 1998 | Förslag | 64 341 | | |
| 1999 | Beräknat | 64 341 | | |
| 2000 | Beräknat | 64 341 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Anslaget avser bidrag till olika frivilliga organisationer inom det sociala området. Det gäller såväl länorganisationer och andra organisationer som arbetar med att stödja och hjälpa f.d. missbrukare och andra socialt utsatta grupper, däribland organisationer som arbetar med att hjälpa barn och deras familjer som organisationer som motverkar våld mot kvinnor. Nykterhetsorganisationer och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning erhåller också statsbidrag från detta anslag.

Anslaget delas upp i tre anslagposter:

- Bidrag till organisationer,
- Bidrag till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning,
- Bidrag till vissa nykterhetsorganisationer m.fl.

ANSLAGETS UTVECKLING¹

| ANSLAGSPOST | 1995/96 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Bidrag till organisationer | 47 455 | 31 630 | 38 130 | 38 130 | 38 130 |
| Bidrag till CAN | 11 946 | 7 964 | 7 964 | 7 964 | 7 964 |
| Bidrag till vissa nykterhetsorganisationer | 27 370 | 18 247 | 18 247 | 18 247 | 18 247 |
| Summa | 86 761 | 57 841 | 64 341 | 64 341 | 64 341 |

1. Beloppen anges i tusental kr

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Bidrag till organisationer

Frivilliga organisationer gör på olika sätt viktiga insatser på det sociala området som komplement till samhällets insatser. Det kan vara förebyggande arbete, kamratstöd, behandlingsarbete eller opinionsbildande insatser.

Resurser har hittills avsatts för att stödja länkororganisationer och andra organisationer som arbetar med att stödja och hjälpa f.d. missbrukare. Bidrag kan utgå till såväl klientorganisationer inom alkohol- och narkotikaområdet som till organisationer med kyrklig anknytning vilka bedriver verksamheter inriktade på socialt utsatta grupper.

En del av bidragsgivningen har varit riktad till organisationer som bedriver arbete för utsatta barn och deras familjer, respektive organisationer som motverkar våld mot kvinnor.

Socialstyrelsen som disponerar anslaget och beslutar om fördelning av medel till de olika organisationerna genomför årligen en utvärdering av effekten av vissa organisationer som erhåller bidrag.

Bidrag till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) är ett folkrörelseförankrat informationsorgan som har till uppgift att bedriva och främja saklig upplysning om verkningar av alkohol- och narkotikamissbruk, liksom om vägar och medel att förekomma och bekämpa alkoholskador samt motverka icke-medicinskt bruk av narkotika.

CAN skall i detta syfte förmedla basfakta om droger till organisationer, myndigheter, massmedia m.fl. En annan huvuduppgift för CAN är att utgöra ett serviceorgan för folkrörelser och organisationer i deras arbete med droginformation.

Bidrag till vissa nykterhetsorganisationer m.fl.

Nykterhetsrörelsen och vissa andra organisationer får sedan lång tid tillbaka organisationsstöd för sin centrala verksamhet.

Anslaget administreras av Samarbetsnämnden för fördelning av statsbidrag till vissa nykterhetsorganisationer m.fl. som fördelar anslaget till berörda organisationer. Bidragen har karaktären av centralt organisationsstöd.

Grunden för bidragsgivningen finns i förordningen (1977:486) om statsbidrag till organisationer som bedriver nykterhetsarbete. Samarbetsnämndens verksamhet regleras i samma förordning.

Inom Inrikesdepartementet har frågan om formerna för statens stöd till föreningar behandlats av en arbetsgrupp som avrapporterat arbetet i rapporten Resultatstyrning av Föreningsbidrag (Ds 1997:36) I rapporten redovisas modeller för styrning och utvärdering av statsbidragen inom området. Modellerna har karaktär av rambeskrivningar som måste utvecklas inom varje sakområde.

Mot bakgrund av detta och av behovet att utveckla samarbetet mellan samhälle och frivilligorganisationer inom det sociala området har inom Socialdepartementet tillsatts en utredning för att se över formerna för bidragsgivningen till frivilligorganisationerna. Arbetet avses att vara klart vid utgången av år 1997.

Slutsatser

Inriktningen av bidragsgivningen till organisationer bör i avvaktan på ovan nämnda utredningsrapport i huvudsak ligga fast för år 1998. Syftet är att stödja den verksamheten som frivilligorganisationerna bedriver på det sociala området. Dessutom bör anslagsposten tillföras 500 000 kronor för kunskaps- och informationsåtgärder rörande sexuell exploatering av barn samt 6 miljoner kronor för vissa insatser för särskilt svaga kvinnogrupper.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning har en viktig roll som resurs för olika berörda myndigheter och organisationer när det gäller att beskriva alkohol- och narkotikautvecklingen, liksom uppgiften att förmedla kunskap om alkohol- och narkotikaförebyggande arbete.

Med hänsyn till internationaliseringen och det svenska EU-medlemskapet så har förutsättningarna förändrats när det gäller att bedriva en traditionell svensk alkohol- och narkotikapolitik. Informationsverksamhet och opinionsbildning har blivit allt

viktigare som instrument för en aktiv alkohol- och narkotikapolitik.

Folkrörelsernas alkohol- och narkotikaförebyggande insatser utgör viktiga stöd och är ett komplement till det arbete som myndigheterna bedriver.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 64 341 000 kronor anvisas under anslaget C 2. Bidrag till organisationer på det sociala området för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 64 341 000 kronor respektive 64 341 000 kronor.

Fördelningen på anslagsposter år 1998 bedömer regeringen bör vara 38 130 000 kronor till Bidrag till vissa organisationer på det sociala området, 7 964 000 kronor till Bidrag till CAN samt 18 247 000 kronor till Bidrag till vissa nykterhetsorganisationer m.m.

C 3. Barnombudsmannen

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|-------|
| 1995/96 | Utgift | 11 604 ¹ | Anslags-sparande | 1 074 |
| Därav 1996 | | 7 515 | | |
| 1997 | Anslag | 7 639 | Utgifts-prognos | 8 720 |
| 1998 | Förslag | 7 550 | | |
| 1999 | Beräknat | 7 771 | | |
| 2000 | Beräknat | 7 927 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Barnombudsmannens (BO) skall bidra till att uppfylla målet för utgiftsområdet genom att bevaka frågor som angår barns och ungdomars rättigheter och intressen. Ombudsmannen skall särskilt uppmärksamma att lagar och andra författningar samt deras tillämpning stämmer överens med Sveriges åtaganden enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen).

BO har en opinionsbildande och attitydpåverkande roll och skall informera om barnkonventionen. Myndigheten skall verka för att öka samhällets kunskap om barns och ungas villkor och tydliggöra samhällets ansvar för barn och ungdomar som befinner sig i utsatta situationer. BO skall företräda barn och unga i den allmänna debatten och därvid särskilt verka för att barns och ungdomars åsikter och inflytande tas tillvara och intressen tillgodoses.

BO skall verka för att kommunerna använder barnkonventionen som ett praktiskt redskap i såväl det individuella som det generella arbetet med barn. BO skall även verka för att höja nivån på olycksfallsförebyggande arbete och för att öka riskmedvetandet hos barn och ungdomar. I dialog med berörda myndigheter skall BO hålla samman sektorsövergripande uppföljningsstudier om villkoren för barn och unga upp till 18 år.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Verksamhetsmålen för BO har koncentrerats till ett antal större och tydligt utformade verksamhetsområden såsom åtgärder mot mobbning, barns och ungas säkerhet, barnkonventionen, barns och ungas uppväxtvillkor samt barn och ungdomar som utsätts för misshandel och övergrepp. Arbetet har bl.a. bedrivits i form av kampanjer, konferenser, bildande av nätverk, utarbetande av olika skrifter, föredrag, samordningsinsatser och enkätstudier.

BO har under det gångna verksamhetsåret aktivt arbetat med att delta i samhällsdebatten och väcka opinion. måluppfyllelse kan bl.a. mätas i myndighetens inverkan på de lagändringar som kommit till stånd till följd av BO:s arbete under perioden. Ett väsentligt ökat antal pressklipp under verksamhetsåret jämfört med tidigare år är ett annat mått på god måluppfyllelse. BO har utarbetat statistikboken "Upp till 18" och den årliga rapporten om barns och ungdomars situation och uppväxtvillkor, vilken lämnats till regeringen den 1 april 1996.

Regeringens bedömning avseende revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 550 000 kronor anvisas till BO för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 7 771 000 kronor respektive 7 927 000 kronor.

C 4. Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor

| | | | | |
|-------------|----------------|--------------------|------------------|-------|
| 1995/96 | Utgift | 8 961 ¹ | Anslags-sparande | 90 |
| Därav 1996 | | 5 919 | | |
| 1997 | Anslag | 5 916 | Utgifts-prognos | 6 016 |
| 1998 | Förslag | 6 468 | | |
| 1999 | Beräknat | 6 645 | | |
| 2000 | Beräknat | 6 828 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Statens nämnds för internationella adoptionsfrågor (NIA) skall bidra till att uppfylla målet för ut-

giftsområdet genom att ansvara för tillsyn, kontroll och information i frågor rörande internationella adoptioner.

NIA skall underlätta adoption i Sverige av utländska barn. NIA skall därvid sträva efter att adoptionen sker utifrån barnets bästa och i enlighet med gällande lagstiftning i barnets ursprungsland och i Sverige.

Nämnden ansvarar för frågor enligt förordningen (1976:834) om prövning av utländska beslut om adoption, samt frågor om auktorisation av sammanslutningar enligt lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling. NIA beslutar också om fördelning av statsbidrag till sådana sammanslutningar.

När det är fråga om adoption av ett utländskt barn utan medverkan av auktoriserad sammanslutning skall NIA enligt lagen om internationell adoptionsförmedling pröva om förfarandet är godtagbart.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Riksdagen har med anledning av regeringens proposition (prop. 1996/97:91, bet. 1996/97:15, rskr. 1996/97:192) Internationella adoptionsfrågor beslutat om vissa förändringar som berör NIA:s verksamhet. Beslutet gav underlag för att Sverige skulle kunna ratificera 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner. Ratificeringen har ägt rum i maj år 1997. I övrigt innebär riksdagens beslut ett antal lagändringar, bl.a. stärks den enskildes rättssäkerhet i samband med adoption och utrymmet för enskilda adoptioner begränsas.

NIA får genom de fattade besluten ett vidgat ansvarsområde och fler arbetsuppgifter.

Regeringens bedömning avseende revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande.

Slutsatser

Regeringens bedömning är att myndigheten fungerat väl och att de anslagna resurserna nyttjas på ett tillfredsställande sätt.

Den ovan redovisade nya lagstiftningen på området påverkar NIA:s arbete både på kort och lång sikt. På kort sikt är det NIA:s uppgift att följa upp den nya lagstiftningen. Den innebär också långsiktigt att NIA tillförs mer arbete och att det därför finns skäl

att tillföra NIA 180 000 kronor för att klara de tillkommande uppgifterna.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 468 000 kronor anvisas till NIA för år 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 6 645 000 kronor respektive 6 828 000 kronor.

C 5. Statens institutionsstyrelse

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------|---------------------|---------|
| 1995/96 | Utgift | 754 218 | ¹ | |
| Därav 1996 | | 618 498 | | |
| 1997 | Anslag | 507 720 | Utgifts- prognos | 595 720 |
| 1998 | Förslag | 503 986 | | |
| 1999 | Beräknat | 520 415 | | |
| 2000 | Beräknat | 537 386 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Statens institutionsstyrelse (SiS) skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom planering, ledning och drift av de särskilda ungdomshemmen och av institutionerna för vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). SiS är huvudman för 35 särskilda ungdomshem och 19 LVM-hem. Institutionerna är i huvudsak avsedda för tvångsvård som kan ske vid såväl slutna avdelningar som vid mer öppna. Vården skall enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård som kan ges av unga (LVU) så snart som möjligt övergå till frivillig vård inom SiS egna institutioner, vid andra kommunalt eller privat drivna institutioner, eller i öppna former, t.ex. familjehem.

Den vård som ges skall såväl på de särskilda ungdomshemmen som LVM-hemmen vara av god kvalitet samt differentierad utifrån individuella vårdbehov. Det innebär att t.ex. psykiskt störda ungdomar eller missbrukare, kvinnliga missbrukare, narkotika- eller blandmissbrukare, starkt utagerande ungdomar m.fl. grupper bör kunna ges speciellt anpassad vård vid särskilda enheter eller institutioner.

SiS skall även stödja forskning och utveckling inom missbrukarvård och ungdomsvård.

Verksamheten finansieras dels genom de anslag som SiS förfogar över, dels genom vårdavgifter som tas ut av kommunerna. I den proposition (1992/93:61) som låg till grund för riksdagens beslut om statligt övertagande av huvudmannskapet för LVM-hemmen och de särskilda ungdomshemmen beräknades att statens andel av kostnaderna skulle utgöra cirka hälften för ungdomshemmen och cirka en tredjedel för LVM-hemmen. Senaste budgetåret svarade anslaget till SiS för 46 % av kostnaderna för ungdomshemmen och för cirka 32 % av kostnader-

na för LVM-hemmen. Fördelningen mellan statens finansiering och vårdavgifterna uppvisar det senaste budgetåret bättre överensstämmelse med vad propositionen avsåg än tidigare.

SiS har under den tid som verksamheten bedrivits med statligt huvudmannaskap haft en kraftig obalans i ekonomin. På grund av en kontinuerligt minskad efterfrågan av LVM-platser har ett kraftigt underskott uppstått. Anpassningen av verksamheten till efterfrågan är förenad med höga avvecklingskostnader, samtidigt som intäkter i form av avgifter uteblir. Under bå 1995/96 tillskötts 88,3 miljoner kronor i tilläggsbudgeten för att klara de uppkomna avvecklingskostnaderna. På grund av en fortsatt nedgång i efterfrågan av LVM-vård uppkommer ett underskott i budgeten även under år 1997.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Innan det statliga övertagandet fanns drygt 1 300 platser vid LVM-hem. Vid övertagandet den 1 april 1994 fanns knappt 1 000 LVM-platser mot cirka 480 vid halvårsskiftet 1997. SiS har genomfört olika åtgärder för att få verksamheten i ekonomisk balans, bl.a. har man minskat antalet platser inom missbrukarvården genom att avveckla institutioner samt reducerat antalet platser vid flertalet institutioner. Eftersom efterfrågan fortsatt att sjunka har SiS fortsatt neddragningen av vårdkapaciteten på LVM-sidan. Nuvarande prognos pekar på ett platsbehov på cirka 300 platser. I samband med nedläggning av institutioner uppstår kvardröjande kostnader under mer än 12 månader samtidigt som intäkter i form av avgifter i stort sett helt försvinner.

Inom ungdomsvården har utvecklingen varit den motsatta. För att kunna tillgodose kommunernas efterfrågan har SiS byggt ut vårdresurserna framförallt vad det gäller akut- och utredningsplatser för grupper av ungdomar som ligger barn- och ungdomspsykiatri nära, missbrukande ungdomar och starkt utagerande ungdomar.

För att öka intäkterna har ett nytt avgiftssystem, innebärande större differentiering framförallt på ungdomssidan, införts.

Riksrevisionsverket har på regeringens uppdrag genomfört en utvärdering av SiS verksamhet syftande till att hitta förutsättningar för balans mellan tillgång och efterfrågan. RRV:s granskning har fokuserats på organisatoriska och administrativa åtgärder. RRV föreslår att SiS vidtar en rad åtgärder för att förbättra kostnadseffektiviteten.

SiS har påbörjat en genomförandeplan med anledning av vad RRV framför i sin rapport. Arbetet inriktas på fem huvudområden:

- Utarbetande av en strukturplan för LVM- och LVU-arbetet.
- Huvudkontorets organisation.
- Samordning av administrativa resurser.
- Samverkansformer mellan arbetsgivare och arbetstagarorganisationer.
- Analys av kompetens och kompetensutveckling.

Beställningsbemyndiganden

Beställningsbemyndigande för beviljande av forsknings- och utvecklingsmedel och beräknad anslagspåverkan under perioden 1998-2001 och senare.

| | 1999 | 2000 | 2001 OCH SENARE | SUMMA 1999 (TKR) |
|------------------------------|--------|--------|--------------------|------------------------|
| Begärt bemyndigande för 1998 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 60 000 |

Regeringens bedömning avseende revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande.

Slutsatser

Regeringens bedömning är att de åtgärder som genomförs för att effektivisera och omstrukturera vården vid institutionerna är nödvändiga. Myndigheten skall lägga största vikt vid att uppnå balans mellan den vård som efterfrågas och de resurser som kan erbjudas, utan att vårdens kvalitet eftersätts.

Trots att myndigheten genomfört kraftiga åtgärder för att få verksamheten i ekonomisk balans har efterfrågan av LVM-vård fortsatt att minska varför ett underskott beräknas även för år 1997. Underskottet tillsammans med ytterligare avvecklingskostnader beräknas bli cirka 85 miljoner kronor. Delar av kostnaderna klarar myndigheten genom interna besparingar. Regeringen har i tilläggsbudgeten för år 1997 föreslagit att 65 miljoner kronor tillförs SiS för den fortsatta omstrukturen av missbrukarvården.

Regeringen avser inom kort att utse en särskild utredare med uppgift att göra en fortsatt översyn av SiS organisation, verksamhet och framtida platsbehov.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 503 986 000 kronor anvisas till SiS för år 1998. Därvid har hänsyn tagits till att 115 000 kronor överförs till Riksarkivet för reglering av en personalfråga. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 520 415 000 kronor respektive 537 386 000 kronor.

C 6. Alkoholinspektionen

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------|-------------------------------|--------|
| 1995/96 | Utgift | 24 233 | ¹ Anslags-sparande | 1 950 |
| Därav 1996 | | 9 307 | | |
| 1997 | Anslag | 14 527 | Utgifts-prognos | 16 477 |
| 1998 | Förslag | 14 548 | | |
| 1999 | Beräknat | 14 974 | | |
| 2000 | Beräknat | 15 413 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Alkoholinspektionens skall bidra till att uppfylla målet för utgiftsområdet genom att övervaka efterlevnaden av alkohollagen, dvs. tillse att lagar och bestämmelser avseende hanteringen av alkoholdrycker efterlevs och bidrar till att samhällets alkoholpolitiska mål uppfylls.

Alkoholinspektionen startade sin verksamhet den 1 januari 1995 med anledning av bl.a. EU-medlemskapet och att riksdagen beslutat att avskaffa de tidigare import-, export-, tillverknings- och partihandelssmonopolen när det gäller alkoholdrycker. Dessa har ersatts av ett nytt alkoholpolitiskt motiverat tillstånds- och tillsynssystem som hanteras av Alkoholinspektionen.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Alkoholinspektionens årsredovisning visar att de på ett tillfredsställande sätt uppnått sina verksamhetsmål.

Den första tiden har präglats dels av uppbyggnad av verksamheten och dels av att hantera ett stort antal ansökningar om tillstånd. Verksamheten har nu stabiliserats och man har inlett arbetet med att bygga upp och utveckla tillsynsarbetet tillsammans med länsstyrelserna liksom ett centralt tillstånds- och tillsynsregister för såväl partihandeln som kommunernas serveringstillstånd. Inspektionen har också i uppgift att utvärdera kommunaliseringen av serveringstillstånden. Antalet tillståndsavgöranden har vida överstigit vad som antogs vid lagens tillkomst.

De växande problemen med illegal alkohohlantering, det ökande ungdomsfylleriet och de nya alkoholdryckerna (alkoläsk m.m.) avspeglas i Alkoholinspektionens arbete.

Enligt Alkoholinspektionens prognos för år 1998 kommer de totala avgifterna för ansökningar och tillsyn att inbringa 31 miljoner kronor som tillförs statens inkomsttitel. Dessa avgifter är beräknade att täcka såväl Alkoholinspektionens kostnader som länsstyrelsens tillsyn.

EU-kommissionen har i olika överläggningar med regeringen haft synpunkter på de, enligt deras mening alltför höga ansöknings- och tillsynsavgifterna för tillverknings- och partihandelstillstånd.

Regeringens bedömning avseende revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 14 548 000 kronor anvisas till Alkoholinspektionen för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 14 974 000 kronor respektive 15 413 000 kronor.

C 7. Alkoholsortimentsnämnden

| | | | | |
|-------------|----------------|------------|-----------------|-----|
| 1995/96 | Utgift | 173 | ¹ | |
| Därav 1996 | | 138 | | |
| 1997 | Anslag | 674 | Utgifts-prognos | 501 |
| 1998 | Förslag | 674 | | |
| 1999 | Beräknat | 697 | | |
| 2000 | Beräknat | 721 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Alkoholsortimentsnämnden inrättades den 1 januari 1995 i enlighet med ett av de krav som Europeiska kommissionen uppställt inför Sveriges inträde i Europeiska unionen för att Sverige skulle få behålla detaljhandelsmonopolet på alkohol. Samtidigt avskaffades övriga monopol inom alkoholområdet.

Detaljhandelsmonopolet skall fungera icke-diskriminerande i enlighet med de principer som fastlagts i avtalet mellan staten och Systembolaget. För att säkerställa ickediskrimineringen inrättades Alkoholsortimentsnämnden som en oberoende nämnd med uppgift att pröva besvär över Systembolagets beslut att avvisa eller avföra viss alkoholhaltig dryck från sortimentet.

Nämnden består av en lagfaren domare som ordförande samt fyra andra ledamöter. Den utses av regeringen för tre år.

För beredning av ärenden hos nämnden utses en sekreterare som skall vara lagfaren.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Nämndens verksamhet styrs helt av hur många leverantörer som överklagar Systembolagets inköpsbeslut. De första tillverknings- och partihandelstillstånden utfärdades i princip inte av Alkoholinspektionen förrän i maj 1995 varför det dröjde innan det första klagomålet inlämnades. Hittills har ett femtontal ärenden avgjorts.

Slutsatser

Regeringen bedömer att ärendemängden för Alkoholsortimentsnämnden har stabiliserats på nuvarande nivå.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 674 000 kronor anvisas till Alkoholsortimentsnämnden för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 697 000 kronor respektive 721 000 kronor.

C 8. Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

| 1997 | Anslag ² | 30 000 ¹ | Utgifts- prognos | 30 000 |
|-------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1998 | Förslag | 30 000 | | |
| 1999 | Beräknat | 30 000 | | |
| 2000 | Beräknat | 30 000 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

2. Nytt anslag enligt tilläggsbudget 1

Internationaliseringen och det svenska EU-inträdet har ändrat förutsättningarna att bedriva en traditionell svensk alkoholpolitik. Exempel på sådana förändringar är ändrade regler för införsel av alkohol och avskaffandet av monopolen för tillverkning, import och partihandel av alkoholdrycker. Den illegala alkoholhanteringen ökar.

Ungdomar är idag mer intresserade av, och positiva till, olika typer av narkotika. Narkotikan är alltmer lättillgänglig. Handeln via Internet med syntetiska droger är *ett* exempel på detta.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Det förebyggande insatserna blir av avgörande betydelse när det gäller att motverka alkohol- och narkotikamissbrukets utbredning. Information, opinions-

bildning och andra alkohol- och narkotikaförebyggande insatser, framför allt på lokal och regional nivå, får därför en ökad betydelse i ansträngningarna att påverka attityder och beteenden.

Riksdagen har i tilläggsbudgeten för budgetår 1997 beslutat att förstärka det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet med 30 miljoner kronor.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 30 000 000 kronor anvisas under anslaget C 8. Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 30 000 000 kronor respektive 30 000 000 kronor.

6.4 Övrig statlig verksamhet

6.4.1 Systembolaget AB

Systembolaget är ett av staten helägt företag. I koncernen ingår förutom moderbolaget Systembolaget AB också ett helägt dotterbolag, Lagen Distribution AB. Verksamheten omfattar detaljhandel och partihandel med alkoholdrycker. Omsättningen år 1996 uppgick till 19 794 mkr och antalet årsarbetare till 2 746 (hela koncernen). Avkastningen/vinsten uppgick till 99,8 mkr.

Efter de stora förändringarna under år 1995 stabiliserades Systembolagets verksamhet under år 1996 och det kan konstateras att bolaget klarade de stora omställningar som krävdes i samband med det svenska EU-medlemskapet. Systembolaget hade således i slutet av år 1996 nära 200 leverantörer av vin och sprit jämfört med en leverantör två år tidigare. Vid årsskiftet 1996/97 hade Systembolaget totalt 2 609 märken till försäljning.

Försäljningsvolymen minskade under år 1996 med 3,4 %. Att försäljningen sjönk hade framför allt sin grund i ökad resandeförsel, ökad införsel av illegal sprit samt minskad försäljning till restauranger.

Lagen Distribution AB, som bildades i december 1994, åtar sig hemtagning, lagring, ordersammanställning och distribution av sprit, vin och starköl för ett stort antal av Systembolagets leverantörer. Vid årsskiftet 1996/97 uppgick siffran till 98 stycken. En påtaglig förbättring av Lagenas ekonomiska resultat har skett under år 1996, som var det andra verksamhetsåret. Under år 1997 är målet att Lagen skall förränta insatt kapital.

Under hösten 1997 väntas EG-domstolens förhandsbesked i det s.k. Franzénmålet, vilket kan avgöra om Systembolagets detaljhandelsmonopol strider mot EG-rätten.

7 D Socialstyrelsen

7.1 Omfattning/ändamål

Verksamhetsområdet omfattar Socialstyrelsen (SoS) och dess ramanslag.

Ramanslaget uppgår under budgetåret 1997 till drygt 370 miljoner kronor. Socialstyrelsen disponerar härutöver en stor mängd anslag inom det socialpolitiska området. Dessa redovisas främst under verksamhetsområde A Hälso- och sjukvård, verksamhetsområde B Omsorg om äldre och personer med funktionshinder samt verksamhetsområde C Åtgärder för barn, socialt behandlingsarbete samt alkohol- och narkotikapolitik.

Socialstyrelsen skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att trygga en god hälsa och social välfärd samt omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen.

Socialstyrelsen är central expert- och tillsynsmyndighet inom socialtjänst, hälso- och sjukvård, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor som rör alkohol, tobak och andra missbruksmedel, såvitt det inte är en uppgift för någon annan statlig myndighet att handlägga sådana ärenden. I Socialstyrelsens uppgifter ingår tillsyn, uppföljning, utvärdering och kunskapsförmedling. Styrelsen svarar också för marknadskontroll och tillsyn av medicinska produkter.

Socialstyrelsen skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområde 6 Totalförsvaret genom att inom funktionen Hälso- och sjukvård m.m. inom det civila försvaret prioritera områden inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, miljö- och hälsoskydd samt smittskydd där kapacitet, uthållighet och omställningsförmåga inte är godtagbar eller har brister.

Sammanfattande kommentarer till verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

- Socialstyrelsen uppfyller sammantaget de uppställda målen. De uppnådda resultaten försvarar nedlagda kostnader.
- Utgifterna under budgetåret 1995/96 översteg anvisade medel med knappt 9 miljoner kronor vilket innebar en minskning av anslagsparandet i motsvarande mån. Nuvarande prognoser pekar på att anslagsparandet från tidigare år helt kommer att förbrukas under 1997.

Större förändringar

- Socialstyrelsen har under budgetåret avslutat en omfattande förändringsprocess i syfte att koncentrera verksamheten mot och höja kvalitet i tillsyn, uppföljning och utvärdering.

Prioriteringar för 1998

- Hög prioritet skall ges åt att vidareutveckla verksamhetstillsynen inom hälso- och sjukvården, åt att följa upp förändringarna inom läkemedelsområdet, och åt olika insatser med anledning av förändringarna i socialtjänstlagen.
 - Socialstyrelsen skall noga följa, analysera och vid behov föreslå åtgärder med anledning av strukturförändringar och neddragningar i hälso- och sjukvården.
-

7.2 Resultatbedömning och slutsatser

För att koncentrera verksamheten till de uppgifter som lades fast i propositionen om Socialstyrelsens framtida roll, uppgifter och inriktning (1988/89:130) och som också lyftes fram i budgetpropositionen för 1997 där en fördjupad prövning av styrelsen gjordes har såväl resursstyrning som organisatoriska förändringar inriktats mot en skärpt statlig tillsyn, mot uppföljning och utvärdering och mot stöd till huvudmännen i deras uppdrag att utveckla verksamheten. Vidare har åtgärder vidtagits för att få en bättre spridning av resultaten av Socialstyrelsens verksamhet.

En jämförelse mellan anslag och utfall för budgetåret 1995/96 (18 mån) visar att utfallet översteg anslaget med knappt 9 miljoner kronor. Det ackumulerade anslagssparandet vid årets slut uppgick till 34,6 miljoner kronor. Socialstyrelsen har i delårsrapporten avseende den 1 januari 1997 till den 30 juni 1997 redovisat ett utfall om 188,2 miljoner kronor. Utgiftsprognosen för budgetåret 1997 uppgår till 419,6 miljoner kronor vilket skulle medföra att hela anslagssparandet förbrukas under innevarande år.

Under 1996 tillsattes inom regeringskansliet en arbetsgrupp för att i samråd med Socialstyrelsen bl.a. ta fram uppföljningsbara mål för Socialstyrelsen. Arbetsgruppens resultat har utgjort underlag för Socialstyrelsens regleringsbrev avseende 1997. Då utvecklingsarbetet nått olika långt avseende Socialstyrelsens olika verksamhetsområden är det, enligt regeringens mening, viktigt att arbetet drivs vidare så att resultatdialogen mellan styrelsen och regeringen ytterligare kan fördjupas.

För budgetåret 1998 ligger de mål och den inriktning som tidigare beslutats avseende Socialstyrelsen fast. Hög prioritet skall ges åt att vidareutveckla verksamhetstillsynen inom hälso- och sjukvården, åt att följa upp och utvärdera de pågående förändringarna inom läkemedelsområdet, åt strukturförändringar och besparingseffekter inom hälso- och sjukvården och åt olika insatser med anledning av de nyligen beslutade förändringarna inom socialtjänstlagen.

D 1. Socialstyrelsen

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------|-------------------------------|---------|
| 1995/96 | Utgift | 553 513 | ¹ Anslags-sparande | 34 645 |
| Därav 1996 | | 392 579 | | |
| 1997 | Anslag | 372 994 | Utgifts-prognos | 419 639 |
| 1998 | Förslag | 369 636 | | |
| 1999 | Beräknat | 379 680 | | |
| 2000 | Beräknat | 389 758 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Regeringens bedömning

Resultatinformation

Målet för Socialstyrelsens tillsyn är att bidra till hög säkerhet, god kvalitet och rättssnighet inom de resursmässiga och andra ramar för verksamheterna som ges genom politiska beslut.

Av årsredovisningen framgår att den medicinska tillsynen har vidareutvecklats under perioden. Arbetet har bedrivits i nära samarbete med och med stöd av vårdens professionella organisationer och huvudmännen där inte minst det stora intresset för kvalitetsutveckling har bidragit till den positiva utvecklingen. En mycket viktig del av verksamheten är kunskapsåterföring till huvudmännen och de praktiskt verkamma i vården. Under året har kunskapsåterföringen från tillsynen ökat väsentligt och nya metoder använts, bl.a. har informationsbladet RiskRonden lagts ut på Internet.

Socialstyrelsen har i en skrivelse till Socialdepartementet bl.a. redogjort för sitt arbete med att skapa en enhetlig policy för primär medicinsk tillsyn. Styrelsen har också redovisat sin syn på frågor som rör disciplinära åtgärder i tillsynsarbetet. Socialstyrelsens tillsynsstab har bl.a. till uppgift att arbeta med samordnings- och metodutvecklingsfrågor. För närvarande pågår ett arbete med framtagande av riktlinjer som skall utgöra utgångspunkten för arbetet vid de regionala tillsynsenheterna.

Arbetet med att tydligare formulera mål för den medicinska tillsynen var en prioriterad uppgift för den grupp som hade till uppgift att ta fram uppföljningsbara mål för Socialstyrelsen, vilket också återspeglas i regleringsbrevet för 1997. Avsikten är att såväl insatser som effekter tydligare skall kunna följas i framtiden.

På det sociala tillsynsområdet ligger huvudansvaret för det direkta tillsynsarbetet hos länsstyrelserna. Socialstyrelsen har bl.a. genom rapporter och konferenser bidragit till kunskapsförmedling och metodutveckling. Enligt Socialstyrelsens bedömning innebär dock de begränsade resurserna såväl inom den egna myndigheten som inom länsstyrelserna att de statliga tillsynsinsatserna är otillräckliga sett ur ett klientperspektiv.

Syftet med den s.k. aktiva uppföljningen är att länsvis granska ändamålsenligheten i de åtgärder som kommuner och landsting vidtar för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen skall identifiera aktuella problem och frågeställningar och genom en analys av dessa föreslå vilka åtgärder huvudmännen bör vidta. Under budgetåret 1995/96 granskades fem län. Samtliga län kommer att ha granskats under 1998 varefter en utvärdering av arbetsmetodiken kommer att ske bl.a. i syfte att lägga större tyngdpunkt vid de

verksamheter som har primärkommunalt huvudmannaskap.

Målet för Socialstyrelsens nationella uppföljning och utvärdering är att till regeringskansliet samt till kommuner och landsting ta fram underlag av hög kvalitet vad avser tillförlitlighet, relevans och aktualitet om välfärdsförhållandena i vid bemärkelse. Underlaget skall ge mottagarna goda möjligheter att värdera, ompröva och utveckla verksamheterna.

Under budgetåret producerade Socialstyrelsen bl.a. två årgångar av Jämförelsetal för socialtjänsten och en andra Årsbok för socialtjänsten utkom hösten 1996. Sjukvården i Sverige 1995 kompletterades med en Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok såväl 1995 som 1996. Socialstyrelsen bedrev under budgetåret 1995/96 på regeringens uppdrag bl.a. uppföljningar av tre omfattande reformer – handikappreformen, ädelreformen och psykiatireformen. Dessa uppföljningar har rapporterats till regeringen i särskild ordning.

Epidemiologiskt centrum (EpC:s) verksamhet utvecklas positivt. Data ur registren används i ökad utsträckning både i svensk och internationell forskning. Registerdata kan nu distribueras för lokalt bruk i kommuner, landsting och organisationer utan en omfattande resursinsats.

I budgetpropositionen för 1997 konstaterar regeringen att det informationssystem för kvalitets- och resultatuppföljning inom hälso- och sjukvården (MARS-systemet) som håller på att utvecklas inom Socialstyrelsen positivt kan bidra till att vidareutveckla kvaliteten i vården. Samtidigt framhålls vikten av att finansierings- och huvudmannaskapsfrågorna för systemet klarläggs och säkerställs. Av Socialstyrelsens budgetunderlag avseende 1998 framgår att en utvärdering av MARS både vad avser den valda presentationsformen och värdet av de olika faktadatabaserna kommer att inledas under 1997 för att förslag beträffande bl.a. den långsiktiga finansieringen skall kunna lämnas inför 1999.

Socialstyrelsens arbete med utbildnings- och utvecklingsfrågor skall aktivt bidra till förnyelsearbetet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Styrelsen konstaterar i årsredovisningen att arbetet med utvärdering av socialt arbete (CUS) börjar att finna sin form och att resultaten börjar att få genomslag i den praktiska verksamheten. Samtidigt konstaterar SoS att arbetet med att finna ett systematiskt utnyttjande av de statliga utvecklingsmedlen inte hunnit tillräckligt långt och därför kommer att ägnas särskild uppmärksamhet under 1997. Regeringen välkomnar detta initiativ.

Med anledning av ändringarna i socialtjänstlagen bör Socialstyrelsen, enligt regeringen, prioritera utvecklingen av kvalitet och kompetens inom socialtjänstens olika verksamheter. Ett viktigt område är att stödja utvecklingen av dokumentationssystem. Som stöd till kommunerna bör Socialstyrelsen se över be-

hovet av allmänna råd och informera om den nya lagstiftningen. Det är också angeläget att den nya lagstiftningen noga följs upp och utvärderas.

Insatserna inom beredskapsområdet har kunnat förstärkas kvalitativt samtidigt som resursåtgången har begränsats. Beredskapslagringen fungerar nu tillfredsställande.

I budgetunderlaget för 1998 konstaterar Socialstyrelsen att den nya lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården som trädde i kraft den 1 januari 1997 innebär att Socialstyrelsen har fått ett vidgat tillsynsområde samtidigt som tillsynsrollen har förändrats. Enligt Socialstyrelsen krävs ett ytterligare resurstillskott, utöver det som kunde frigöras genom omprioriteringar och vissa reformmedel under 1997, om 10 miljoner kronor under 1998 för att styrelsen skall ha möjlighet att bedriva verksamheten enligt lagens intentioner.

En aktiv och kompetent tillsynsorganisation har enligt regeringen hög prioritet och regeringen delar Socialstyrelsens bedömning att ytterligare medel bör tillföras för att vidareutveckla verksamhetstillsynen över hälso- och sjukvården.

I regeringens proposition 1996/97:27 om läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m.m. föreslogs att Socialstyrelsen bl.a. skall inrätta och föra olika register vad avser förskrivare och läkemedelsanvändning. Socialstyrelsen föreslogs vidare få i uppgift att följa upp och utvärdera reformen. Riksdagen beslutade i enlighet med regeringens förslag. Uppföljningen beräknas pågå under fyra år och bl.a. avse om och i så fall hur läkemedelsanvändning förändras i och med det förändrade förmånssystemet och överföringen av kostnadsansvaret till landstingen. Enligt styrelsen ryms inte dessa uppgifter inom ramanslaget varför styrelsen hemställer om att få disponera den utgående reservationen från det tidigare anslaget Bidrag till husläkarsystem för dessa ändamål.

Enligt regeringens mening har uppbyggnad av säkra och tillförlitliga register och uppföljning och utvärdering av reformerna inom läkemedelsområdet hög prioritet. Detta gäller inte minst uppföljningar ur patientperspektiv där också eventuella köns- och regionala skillnader bör analyseras. I syfte att säkerställa ett omfattande och långsiktigt arbete på läkemedelsområdet bör Socialstyrelsens ramanslag tillföras ytterligare resurser för dessa uppgifter.

I budgetunderlaget hemställer Socialstyrelsen vidare om att vissa medel avseende register för öppen vård och skador överförs från anslaget Bidrag till hälso- och sjukvård (Dagmar-ersättningarna) till Socialstyrelsens ramanslag. Regeringen har för avsikt att i kommande överläggningar med sjukvårdshuvudmännen aktualisera denna fråga.

Intäktsfinansierad verksamhet

Inom Socialstyrelsen bedrivs viss intäktsfinansierad verksamhet. Merparten avser försäljning av olika

trycksaker. Vidare tas vissa utgifter ut vad avser material från EpC och för kontrollen av medicintekniska produkter. Avgifterna för utfärdande av legitimationer får inte disponeras av Socialstyrelsen utan inlevereras direkt till inkomsttitel. Dessa avgifter, som inte ingår i nedanstående sammanställning, beräknas uppgå till 6,1 miljoner kronor 1998.

I regleringsbrevet för 1997 gavs Socialstyrelsen i uppdrag att göra en översyn av den avgiftsfinansierade verksamheten och lämna förslag på hur den samlade styrningen av denna bör utformas. Uppdraget beräknas avrapporteras i september 1997.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande. Den ekonomisk-administrativa värdering som RRV har utfört av samtliga statliga myndigheter har beträffande SoS givit EA-värdet fullt tillfredsställande. I en särskild revisionspromemoria konstaterar RRV att årsredovisningen är tillfredsställande med hänsyn till att Socialstyrelsen disponerar så många anslag och att verksamheten omfattar ett så vitt område. Samtidigt anför verket att inriktningen på enskilda insatser gör det svårt att göra jämförelser mellan åren. Regeringen delar denna bedömning samtidigt som man kan konstatera att ett målinriktat arbete med att utveckla resultatrapporteringen bedrivs inom styrelsen.

Slutsatser

Vid beräkning av anslaget för 1998 har hänsyn tagits till den förändrade uppgiftsfördelningen mellan Socialstyrelsen och Statens skolverk till följd av riksdagens beslut med anledning av proposition 1995/96:206 Vissa skolfrågor m.m. där regeringen föreslog att ansvaret för tillsyn, uppföljning, utvärdering och utveckling av förskoleverksamhet och skolbarnomsorg skulle övergå från Socialstyrelsen till Statens skolverk. Regeringen uppdrog åt de två myndigheterna att belysa och lämna förslag vad avsåg gränsdragningar, behov av ev. övergångsbestämmelser m.m. Inriktningen var att förändringen skulle genomföras den 1 januari 1998. I en gemensam skrivelse har myndigheterna föreslagit att 5,4 miljoner kronor, varav 3,5 miljoner kronor utvecklingsmedel, överförs från Socialstyrelsen till Statens skolverk. I anslagsberäkningen har således 5,4 miljoner kronor flyttats från Socialstyrelsens anslag till Statens skolverk.

Ersättning av vad beträffar vissa patientöverföringar mellan Sverige och Finland har tidigare beräknats under anslaget Bidrag till hälso- och sjukvård. Medel för dessa ersättningar beräknas från och med budgetåret 1998 under Socialstyrelsens ramanslag.

Anslagsberäkningen utgår vidare från att det generella besparingskravet om 3 % tillämpas på Socialstyrelsens anslag. Samtidigt tillförs styrelsen 8,3 miljoner kronor avseende förstärkt verksamhetstillsyn inom hälso- och sjukvården och vissa insatser inom läkemedelsområdet.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 369 636 000 kronor anvisas till Socialstyrelsen för 1998. För åren 1999 och 2000 beräknas anslaget till 379 680 000 kronor respektive 389 758 000 kronor.

BUDGET FÖR AVGIFTSBELAGD VERKSAMHET

| | INTÄKTER (SOM FÅR ¹ DISPONERAS) | KOSTNADER ² | RESULTAT | KOSTNADSTÄCKNING % | UPPDRAGSGIVARE STATEN % | UPPDRAGSGIVARE ÖVRIGA % |
|----------------|---|------------------------|----------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|
| Utfall 1995/96 | 17 635 | 16 958 | 677 | 104 | 15 | 85 |
| Varav 1996 | 13 141 | 11 305 | 1 836 | 116 | 15 | 85 |
| Prognos 1997 | 13 000 | 16 000 | - 3 000 | 81 | 15 | 85 |
| Budget 1998 | 9 700 | 15 000 | - 5 300 | 65 | 15 | 85 |
| Beräknat 1999 | 9 500 | 15 000 | - 5 500 | 63 | 15 | 85 |
| Beräknat 2000 | 9 500 | 15 000 | - 5 500 | 63 | 15 | 85 |

1. Beloppens anges i tusentals kr

2. I kostnaderna ingår ej informationsenhetens lönekostnader för framtagande av försålda trycksaker, vilka utgör cirka 80% av intäkterna

8 E Stöd till forskning

8.1 Omfattning/ändamål

Verksamhetsområdet omfattar väsentliga delar av stödet till forskning och utvecklingsarbete rörande insatser för individer och familjer, äldre och personer med funktionshinder, de ekonomiska välfärdssystemen, folkhälsa och hälso- och sjukvård. Detta motsvarar i stort Socialdepartementets ansvarsområde. Stödet lämnas genom Socialvetenskapliga forskningsrådet och dess anslag. Dessutom finns vissa medel av stor vikt för området inom andra myndigheters anslag, bl.a. Folkhälsoinstitutet (FHI) och Statens institutionsstyrelse (SiS) men även Socialstyrelsen (SoS), Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU), Statens institut för psykosocial miljömedicin (IPM), Smittskyddsinstitutet (SMI), Rättsmedicinalverket (RMV), Riksförsäkringsverket (RFV) och försäkringskassorna.

Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) omsluter under 1997 sammanlagt 100 miljoner kronor. Satsningar på forskning inom Socialdepartementets övriga myndigheter beräknas uppgå till ungefär motsvarande belopp. Dessutom bör noteras att den med löntagarfondsmedel inrättade Vårdalstiftelsen för vård- och allergiforskning under 1996 beviljade totalt 72 miljoner kronor i forskningsstöd fördelade på 1-4 år.

Effektområdet för stöd till forskning är att öka kunskapen om tillstånd, processer och effekter rörande hälsa och social välfärd.

Socialvetenskapliga forskningsrådet

Socialvetenskapliga forskningsrådets skall bidra till att uppfylla målet för verksamhetsområdet genom att främja och stödja betydelsefull grundforskning och tillämpad forskning inom socialvetenskap, socialpolitik och folkhälsopolitik samt sprida information om kunskapsläge och aktuell forskning.

För fullgörande av sitt uppdrag disponerar Socialvetenskapliga forskningsrådet två ramanslag, ett för sin administration och ett för utbetalning av forskningsmedel.

UTGIFTSUTVECKLINGEN

| MILJONER KRONOR (LÖPANDE PRISER) | | | | | |
|----------------------------------|------|------|------------|------|------|
| 1995/96 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| 144 | 97 | 99 | 102 | 105 | 108 |

Sammanfattande kommentarer till verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

Verksamheten har med gott resultat bedrivits i planerad omfattning inom givna ramar.

Större förändringar

För 1997 erhöll SFR ett mindre medelstillskott samt ett antal uppdrag i linje med vad som föreslogs i propositionen *Forskning och samhälle* (prop. 1996/97:5). Samtliga dessa uppdrag pågår under innevarande år och fortsätter under 1998.

Prioriteringar för 1998

SFR skall fortsätta sitt arbete med att tillsammans med övriga berörda organ utforma forskningsprogram för forskning om ojämlikhet i hälsa samt för forskning som stärker samverkan mellan teknisk forskning och områden som rör användning av teknik. Stor vikt skall läggas vid att finna och utveckla bra former för samordning av alkoholforskning och övrig drogforskning.

SFR skall fortsätta att utveckla sitt samarbete med Socialdepartementets samtliga myndigheter när det gäller forskningsfrågor, inte minst information om forskning.

8.2 Resultatbedömning och slutsatser

SFR har bedrivit sitt arbete i linje med planerad inriktning. Regeringen bedömer att måluppfyllelsen i huvudsak är god. Dock noteras att SFR har framfört att verksamhetsmålet om att stimulera ökad forskarörlighet är svårt för SFR som enskild forskningsfinansierande myndighet att vidta verkningfulla åtgärder för att uppnå eftersom man avser att det i första hand är genom utformningen av regelverket för högskolan som ett närmande till målet kan ske. En fortsatt analys bör ske av detta mål.

8.3 Anslag

E 1. Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskning

| 1995/96 | Utgift | 135 010 | ¹ Reservation | 131 |
|-------------|----------------|---------------|--------------------------|--------|
| Därför 1996 | | 90 490 | | |
| 1997 | Anslag | 92 828 | Utgifts- prognos | 91 160 |
| 1998 | Förslag | 94 610 | | |
| 1999 | Beräknat | 97 382 | | |
| 2000 | Beräknat | 100 238 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Under anslaget redovisas de medel som SFR disponerar för stöd till forskning. I regleringsbrevet för innevarande år har regeringen angivit att SFR av anslaget skall använda minst 5 mkr till uppbyggnad och vård av databaser för longitudinell forskning. Regeringen avser att ålägga SFR detta även för 1998. I övrigt skall SFR svara för avvägningen av hur mycket och i vilka former som satsning bör ske på de olika prioriterade forskningsområden som lyftes fram i propositionen Forskning och samhälle (prop. 1996/97:5).

E 2. Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning

| 1995/96 | Utgift | 9 212 | ¹ Anslags- sparande | 114 |
|-------------|----------------|--------------|-----------------------------------|-------|
| Därför 1996 | | 6 800 | | |
| 1997 | Anslag | 7 650 | Utgifts- prognos | 7 764 |
| 1998 | Förslag | 7 569 | | |
| 1999 | Beräknat | 7 778 | | |
| 2000 | Beräknat | 7 991 | | |

1. Beloppen anges i tusental kr

Under detta anslag redovisas de medel som SFR disponerar för förvaltningsuppgifter.

Regeringens överväganden

Beställningsbemyndiganden

Beställningsbemyndigande för beviljande av forskningsmedel och beräknad anslagspåverkan under perioden 1998-2001 och senare.

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 OCH SENARE | SUMMA 1999- (TKR) |
|--|---------------|---------------|---------------|--------------------|-------------------------|
| Utnyttjat be- myndigande t.o.m. 1995/96 | 62 261 | 28 739 | – | – | 28 739 |
| Anvisat be- myndigande för 1997 | 17 739 | 31 261 | 40 000 | 40 000 | 111 261 |
| Begärt be- myndigande för 1998 | – | 30 000 | 20 000 | 40 000 | 90 000 |
| Summa | 80 000 | 90 000 | 60 000 | 80 000 | 230 000 |

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande.

Regeringen har dock noterat att RRV i revisions-PM har påtalat att SFR i slutet av 1996 med mindre belopp överskred det beställningsbemyndigande för 1997 och 1998 som man hade fått. Regeringen konstaterar att detta är klart otillfredställande men noterar att det gjordes i ett skede då SFR visste att riksdagen hade för avsikt att öka SFR:s anslag jämfört med 1996. I förevarande förslag ovan till beställningsbemyndigande har bättre hänsyn tagits till SFR:s tvåstegsförfarande vid beslut om forskningsstöd och, i och med övergång till kalenderårsbudget, förändrade beslutstidpunkter för forskningsstöd. Under löpande budgetår bereder SFR forskningsansökningar för de kommande åren och beslut fattas i november-december för en mycket stor del av forskningsprojekten så att de skall kunna starta direkt i januari och därmed passa in i universitetens årsrytm.

SFR har på grund av sin ringa storlek som myndighet inte omfattats av RRV:s ekonomiadministrativa bedömning men bedöms ändå ha en väl fungerande ekonomiadministration.

Enligt regeringens bedömning bör SFR ges ett något större beställningsbemyndigande för 1998 än vad som tidigare varit praxis. Därigenom får SFR bättre förutsättningar att göra nödvändiga långsiktiga forskningsansatser.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 94 610 000 kronor anvisas under anslaget Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskningsmedel för 1998. För 1999 och 2000 beräknas anslaget till 97 382 000 kronor respektive 100 238 000 kronor. Vidare föreslår regeringen att 7 569 000 kronor anvisas under anslaget Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning för 1998. För 1999 och 2000 beräknas anslaget till 7 778 000 kronor respektive 7 991 000 kronor. Vid beräkning av båda anslagen för 1998 har hänsyn tagits till det generella besparingskravet på 3 %.

SFR bör ges ett beställningsbemyndigande enligt tabell ovan.

9 Övrig verksamhet

9.1 Allmänna arvsfonden

Allmänna arvsfonden har till ändamål att främja verksamhet av ideell karaktär till förmån för barn, ungdomar och personer med funktionshinder. Stöd ur fonden skall i första hand lämnas för förnyelse- och utvecklingsverksamhet till organisationer som bedriver ideell verksamhet. Stöd får inte lämnas till enskild person. Närmare bestämmelser om fonden finns i lagen (1994:243) om Allmänna arvsfonden.

Fonden förvaltas av Kammarkollegiet som en särskild fond.

Den övergripande beslutanderätten i ärenden som rör Allmänna arvsfonden ligger hos regeringen. Den 1 juli 1994 inrättades Arvsfondsdelegationen som organisatoriskt sorterar under Socialdepartementet. Arvsfondsdelegationen fördelar stöd ur fonden, följer upp projekt som beviljats stöd och informerar allmänheten om fondens ändamål och medlems an-

vändningsområde. Om stödet bedöms överstiga 300 000 kronor eller om ärendet är av principiell betydelse eller annars av större vikt, överlämnas ärendet till regeringen för beslut.

Socialdepartementet ansvarar för handläggningen av arvsfondsärenden som rör barn under 12 år och för ärenden som rör personer med funktionshinder. Inrikesdepartementet ansvarar för handläggningen av ärenden som rör ungdomar i ålderna 12 – 25 år.

Regeringen har i skrivelse Redovisning för fördelningen av medel från Allmänna arvsfonden under budgetåret 1995/1996 (1996/97:125) lämnat en fylig redovisning av de medel som fördelats under berört budgetår och också lämnat förslag till kommande inriktning av stödet.

För kalenderåret 1997 är det sammanlagda utdelningsbara beloppet ca 330 miljoner kronor.