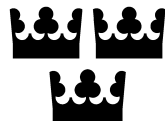


Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statsbudget för 1999

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	7
2	Lagförslag	9
2.1	Förslag till lag om ändring i lagen (1998:553) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring	9
3	Inledning.....	11
3.1	Omfattning	11
3.2	Utgiftsutveckling.....	12
3.3	Resultatbedömning.....	13
3.3.1	Tillstånd och utveckling.....	14
3.3.2	De viktigaste statliga insatserna.....	15
3.3.3	Effekter av de statliga insatserna	16
3.3.4	Regeringens slutsatser	16
4	Hälsovård och sjukvård	19
4.1	Omfattning	19
4.2	Utgiftsutveckling.....	21
4.3	Resultatbedömning.....	22
4.3.1	Hälso- och sjukvård.....	22
4.3.2	Folkhälsa	29
4.3.3	Smittskydd	31
4.3.4	Psykiatri.....	32
4.3.5	Tandvård.....	33
4.3.6	Läkemedel	34
4.3.7	Regeringens slutsatser	35
4.4	Revisionens iakttagelser	36
4.5	Förslag till regeländringar	37
4.6	Anslag.....	37
A1	Sjukvårdsförmåner m.m.....	37
A2	Bidrag för läkemedelsförmånen	40
A3	Bidrag till hälso- och sjukvård	41
A4	Insatser mot aids.....	43
A5	Bidrag till WHO.....	45
A6	Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar.....	45

	A7	Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan	46
	A8	Folkhälsoinstitutet.....	47
	A9	Smittskyddsinstitutet.....	49
	A10	Institutet för psykosocial medicin.....	51
	A11	Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.....	52
	A12	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	54
4.7		Avgiftsfinansierad verksamhet	56
4.7.1		Läkemedelsverket.....	56
4.8		Övrig statlig verksamhet.....	57
4.8.1		Apoteket AB.....	57
5		Social omsorg.....	59
5.1		Omfattning.....	59
5.2		Utgiftsutveckling	59
5.3		Resultatbedömning	61
5.3.1		Äldre.....	61
5.3.2		Personer med funktionshinder.....	66
5.3.3		Barn och ungdom	72
5.3.4		Socialt utsatta.....	76
5.3.5		Alkohol och narkotika.....	80
5.4		Revisionens iakttagelser	89
5.5		Anslag	90
	B1	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	90
	B2	Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	91
	B3	Statsbidrag till vårdtjänst m.m.	92
	B4	Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	94
	B5	Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer	95
	B6	Ersättning för textelefoner.....	95
	B7	Bilstöd till handikappade	96
	B8	Kostnader för statlig assistansersättning.....	97
	B9	Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård m.m.....	98
	B10	Bidrag till organisationer på det sociala området.....	99
	B11	Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	102
	B12	Statens institut för särskilt utbildningsstöd.....	103
	B13	Handikappombudsmannen	104
	B14	Barnombudsmannen	106
	B15	Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor.....	107
	B16	Statens institutionsstyrelse.....	108
	B17	Alkoholinspektionen	110
	B18	Alkoholsortimentsnämnden	111
	B19	Bidrag till äldreboenden m.m.....	112
	B20	Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	112
5.6		Övrig statlig verksamhet.....	113
5.6.1		Systembolaget AB.....	113
6		Socialstyrelsen.....	115
6.1		Omfattning.....	115
6.2		Utgiftsutveckling	115
6.3		Resultatbedömning	116
6.3.1		Regeringens slutsatser.....	121
6.4		Revisionens iakttagelser	122

6.5	Anslag.....	122
	C1 Socialstyrelsen	122
7	Forskning.....	127
	7.1 Omfattning	128
	7.2 Utgiftsutveckling.....	128
	7.3 Resultatbedömning.....	129
	7.4 Revisionens iakttagelser	129
	7.5 Anslag.....	130
	D1 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskning	130
	D2 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning.....	131
8	Övrig statlig verksamhet	133
	8.1 Allmänna arvsfonden.....	133

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. godkänner målet för utgiftsområdet i enlighet med vad regeringen förordar under avsnitt 3.1,
2. antar regeringens förslag till lagen om ändring i lagen (1998:553) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
3. godkänner de i avsnitt 5.5 föreslagna riktlinjerna för fördelning av statsbidrag till frivilligorganisationer på det sociala området,
4. bemyndigar regeringen att träffa avtal med Apoteket AB (publ) om bolagets fortsatta verksamhet i enlighet med de riktlinjer som riksdagen tidigare ställt sig bakom,
5. bemyndigar regeringen att, i fråga om ramanslaget A8 *Folkhälsoinstitutet*, under år 1999 åta sig ekonomiska förpliktelser som innebär utgifter på högst 108 miljoner kronor under år 2000 och senare,
6. bemyndigar regeringen att, i fråga om ramanslaget B16 *Statens institutionsstyrelse*, under år 1999 åta sig ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 20 miljoner kronor under år 2000 och senare,
7. bemyndigar regeringen att, i fråga om ramanslaget C1 *Socialstyrelsen*, under år 1999 åta sig ekonomiska förpliktelser som innebär utgifter på högst 20 miljoner kronor under år 2000 och senare,
8. bemyndigar regeringen att, i fråga om ramanslaget D1 *Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskningsmedel*, under år 1999 åta sig ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare åtaganden innebär utgifter på högst 330 miljoner kronor under år 2000 och senare,
9. medger att den statliga garantin för Systembolagets pensionsförpliktelser höjs till 650 miljoner kronor,
10. för budgetåret 1999 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp*Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	Anslagsbelopp
A1 Sjukvårdsförmåner m.m.	ramanslag	1 992 000
A2 Bidrag för läkemedelsförmånen	ramanslag	13 491 000
A3 Bidrag till hälso- och sjukvård	ramanslag	985 626
A4 Insatser mot aids	ramanslag	51 622
A5 Bidrag till WHO	ramanslag	34 371
A6 Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar	anslag	1 591
A7 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan	ramanslag	16 300
A8 Folkhälsoinstitutet	ramanslag	109 047
A9 Smittskyddsinstitutet	ramanslag	108 750
A10 Institutet för psykosocial medicin	ramanslag	11 110
A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik	ramanslag	33 896
A12 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	ramanslag	22 421
B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	ramanslag	270 000
B2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	reservationsanslag	275 000
B3 Statsbidrag till vårdartjänst m.m.	ramanslag	144 617
B4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	anslag	78 394
B5 Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer	anslag	132 194
B6 Ersättning för texttelefoner	ramanslag	16 382
B7 Bilstöd till handikappade	ramanslag	178 078
B8 Kostnader för statlig assistansersättning	ramanslag	4 653 000
B9 Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård m.m.	anslag	63 000
B10 Bidrag till organisationer på det sociala området	ramanslag	64 841
B11 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	ramanslag	30 000
B12 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	ramanslag	8 447
B13 Handikappombudsmannen	ramanslag	7 857
B14 Barnombudsmannen	ramanslag	7 717
B15 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor	ramanslag	6 745
B16 Statens institutionsstyrelse	ramanslag	524 848
B17 Alkoholinspektionen	ramanslag	11 013
B18 Alkoholsortimentsnämnden	ramanslag	687
B19 Bidrag till äldreboende m.m.	reservationsanslag	150 000
B20 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	reservationsanslag	10 000
C1 Socialstyrelsen	ramanslag	407 357
D1 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskning	ramanslag	105 580
D2 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning	ramanslag	8 968
Summa		24 012 459

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:553) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap

3 §

Ersättning för tandvård lämnas om vården ges vid en folktandvårds-klinik, en *odontologisk fakultet* eller annars genom det allmännas försorg. Ersättning lämnas också om vården ges hos en enskild näringsidkare, ett bolag eller en annan juridisk person, under förutsättning att vårdgivaren är uppförd på en förteckning som upprättats av den allmänna försäkringskassan.

För att bli uppförd på en förteckning enligt första stycket skall vårdgivaren antingen själv vara legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist eller ha tillgång till en eller flera legitimerade tandläkare eller tandhygienister. Vidare krävs att vårdgivaren har F-skattsedel.

Ersättning lämnas enligt grunder som regeringen fastställer. Ersättning lämnas endast om tandvården har utförts av en legitimerad tandläkare eller tandhygienist som inte har fyllt 65 år.

Ersättning för tandvård lämnas om vården ges vid en folktandvårds-klinik, en *högskola där odontologisk utbildning och forskning bedrivs* eller annars genom det allmännas försorg. Ersättning lämnas också om vården ges hos en enskild näringsidkare, ett bolag eller en annan juridisk person, under förutsättning att vårdgivaren är uppförd på en förteckning som upprättats av den allmänna försäkringskassan.

Ersättning lämnas inte för tandvård åt en försäkrad som fyller högst 19 år under det år då vården ges. Om avgiftsfri tandvård åt sådan försäkrad föreskrivs i tandvårdslagen (1985:125).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

3 Inledning

Det övergripande målet för välfärdspolitiken är att alla människor skall ges förutsättningar för att kunna leva ett gott liv. I ett solidariskt samhälle skall alla, oberoende av inkomst, ha tillgång till sjukvård, barnomsorg och äldreomsorg av hög kvalitet. Tillsammans med inkomstrelaterade socialförsäkringar ger denna generella välfärd både förutsättningar till försörjning genom eget arbete och trygghet i livets olika skeden.

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

Den svenska sjukvården är i många avseenden i världsklass då den kännetecknas av hög kvalitet, tillgång efter behov och låga kostnader. De ökade resurserna som tillförs kommunsektorn ger förutsättningar för att kunna möta de viktiga utmaningarna att förkorta väntetiderna, trygga tillgången på personal samt att låta patienten få en starkare ställning i vården.

Äldreomsorgen skall utvecklas enligt den av riksdagen antagna nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. FN:s äldreår genomförs och arbetet med en offensiv äldrepolitik fortsätter.

Socialtjänsten är en viktig del av vårt trygghetssystem där socialbidragen är det yttersta skyddsnetet. Den sociala omsorgen skall medverka till att barn och ungdomar kan växa upp under goda förhållanden, att människor med olika slag av funktionshinder kan delta i samhällslivet, att de som missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel kommer från sitt missbruk och att de som saknar medel till sitt uppehälle får möjlighet att klara sin försörjning.

Att leva upp till FN:s konvention om barnets rättigheter kräver en långsiktig och ständigt pågående process. Den proposition som lades till riksdagen före sommaren innehåller en strategi för detta arbete. Sammanlagt satsar regeringen 30 miljoner kronor under tre år för att förverkliga barnkonventionen. Dessutom fortsätter regeringen sitt arbete mot sexuell exploatering av barn.

3.1 Omfattning

Utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg omfattar fyra verksamhetsområden:

- A Hälsovård och sjukvård
- B Social omsorg
- C Socialstyrelsen
- D Forskning

I utgiftsområdet ingår 14 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 och B. Verksamheter inom dessa områden är huvudsakligen riktade mot kommuner och landsting vilka står för huvudmannskapet avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst m.m.

3.2 Utgiftsutveckling

Utgiftsutvecklingen

Miljoner kronor (löpande priser)

Utfall 1997	Anslag 1998 ¹	Utgifts- prognos 1998	Förslag anslag 1999	Beräknat anslag 2000	Beräknat anslag 2001
24 218 ²	22 754	23 087 ³	24 012	24 471	24 765

¹ Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 1998 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

² inkl. 540 mkr på äldre anslag

³ inkl. 152 mkr på äldre anslag

Verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

- Folkhälsan har fortsatt att förbättras, men alltjämt finns stora socioekonomiska skillnader i hälsoläget hos befolkningen. Ett oroande tecken är att den andel av befolkningen som uppger sig ha psykiska besvär ökar. Andra hälsoproblem som ökar är övervikt och allergier.
- Utvecklingen inom hälso- och sjukvården har under 1990-talet präglats av bl.a. besparingar och omstruktureringar. Den demografiska utvecklingen har samtidigt inneburit att andelen äldre ökar. I den situationen har vården, trots en bibehållen produktionsnivå, fått problem med ökade väntetider. Under år 1998 har ett kraftfullt arbete inletts för att korta köer till och minska väntetider i vården.
- Enligt Socialstyrelsens uppföljning av psykiatireformen får personer med psykisk störning inte del av insatser för stöd och service enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade i den utsträckning som gruppens behov föranleder. Omkring hälften av gruppen svårt psykiskt störda saknar adekvat sysselsättning anpassad till deras funktionshinder.
- Till följd av förändringen inom läkemedelsförmånen minskade kostnaden för läkemedel något mellan åren 1996 och 1997. Under år 1998 beräknas en viss kostnadsökning ske. Det är för närvarande svårt att bedöma den mer långsiktiga kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet.
- Den statliga assistansersättningen, som regleras i lagen (1993:389) om assistansersättning har tillförts kraftigt ökade resurser. Prognosen för år 1998 visar dock att utgiftsnivån nu har stabiliserats.
- De under år 1997 beslutade extra resurserna till kommuner och landsting har förbättrat förutsättningarna att bibehålla och i viss utsträckning höja kvaliteten i verksamheten. Uppföljningar i vården och omsorgen visar dock att det fortfarande finns brister.
- De individuella stöden till funktionshindrade har stor betydelse för att underlätta ett så självständigt liv som möjligt, men det finns brister när det gäller tillgängligheten i samhällsmiljön som helhet.
- Kostnaderna för socialbidrag minskar.
- Arbetet har påbörjats med att redovisa, analysera och utveckla alla verksamheter utifrån ett genderperspektiv.

Förändringar

- Ytterligare steg har tagits för att stärka patientens inflytande och delaktighet i hälso- och sjukvården genom de förslag till förändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som regeringen förelagt riksdagen. Landstingen har tillförts medel för insatser inom området genom den särskilda överenskommelsen mellan staten och landstingen.
- Landstingen och kommunerna har genom utökade statsbidrag fått förutsättningar att korta väntetiderna inom vården samt komma tillrätta med de problem som idag finns inom äldre sjukvården. Socialstyrelsen skall på regeringens uppdrag utreda förutsättningarna för en behandlingssgaranti inom hälso- och sjukvården.
- Ytterligare åtgärder har vidtagits för att stärka patientsäkerheten i vården genom riksdagens beslut om en ny reglering för yrkesverksamheten inom hälso- och sjukvårdsområdet som träder i kraft den 1 januari 1999.
- Riksdagens beslut att införa lagstiftning rörande hälsodataregister och vårdregister innebär en ökad enhetlighet i regleringen inom området samtidigt som skyddet för den enskildes integritet förstärks.
- Riksdagens beslut om ett reformerat tandvårdsstöd innebär i princip att alla vuxna ges ett ekonomiskt stöd till hälsofrämjande och regelbunden tandvård. Samtidigt förbättras stödet till vissa äldre samt personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har

särskilda vårdbehov. Ett högkostnadsskydd införs vid särskilt omfattande behandlingar.

- Genom riksdagens beslut i juni 1998 har grundvalarna för en ny äldrepolitik lagts fast. Nationella mål har formulerats och arbetet med att utveckla en långsiktig strategi har inletts för hur målen skall förverkligas. Riksdagsbeslutet innebär också ändringar och tillägg i socialtjänstlagen avseende kvalitetssäkring inom äldre- och handikappomsorgen, skyldighet för personal att rapportera om missförhållanden samt förtydligande av avgiftsreglerna inom äldre- och handikappomsorgen. Särskilda medel föreslås avsättas för att stödja och påskynda utvecklingen när det gäller bl.a. stöd till anhöriga, forskning och tillsyn.
- Riksdagen har förelagts förslag till en strategi för det fortsatta arbetet med att förverkliga och genomföra FN:s barnkonvention i Sverige.

Mål för utgiftsområdet för 1999

- Att trygga en god hälsa och goda levnadsvillkor och se till att hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen bedrivs med god kvalitet och effektiv resursanvändning samt tillgodoser den enskilde individens behov av vård, omsorg, stöd och service.

Prioriteringar för 1999

- Åtgärder skall vidtas för att förbättra förutsättningarna att korta väntetiderna och förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården.
- Insatser skall göras för att öka patientinflyandet och stärka patientsäkerheten.
- Verksamhetsstatistik och resultatinformation för hälso- och sjukvården skall tas fram.
- Åtgärder skall vidtas för att förbättra den psykiska hälsan hos befolkningen och särskilt hos barn och ungdomar.
- Lagstiftningen inom tvångspsykiatriområdet skall reformeras.
- Förutsättningarna skall förbättras för att fortlöpande prognostisera kostnadsutvecklingen för läkemedel.

- Arbetet med att utveckla och effektivisera läkemedelsförsörjningen skall fullföljas.
- Inom handikappområdet kommer frågor om tillgänglighet och utformandet av en nationell handlingsplan att ha hög prioritet. Regeringen har i mars 1998 tillsatt en handikappdelegation och en nationell samordningskommitté för handikappfrågor som har en nyckelroll i arbetet.
- Opinionsbildning och förebyggande åtgärder bland ungdomar skall ha en fortsatt hög prioritet i syfte att påverka attityder och förhållningssätt till alkohol och narkotika.
- Arbetet med att förverkliga barnkonventionen skall ha fortsatt hög prioritet liksom samarbetet kring vissa barnfrågor inom Östersjöstaternas råd (CBSS).
- Inom äldreområdet skall genomförandet av den nationella handlingsplanen prioriteras. En parlamentarisk äldreberedning skall tillsättas. Aktiviteter inom ramen för FN:s äldreår skall genomföras.
- Situationen för hemlösa har försvårats och regeringen vill i samarbete med kommuner och ideella organisationer satsa resurser och vidta åtgärder för att förbättra situationen för de hemlösa.
- 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.

3.3 Resultatbedömning

Mål för 1997

- Att trygga en god hälsa och att åstadkomma en hälso- och sjukvård av god kvalitet med effektiv resursanvändning som tillgodoser den enskilde individens behov.
- 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 enskilde individens 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 öka kunskapen om tillstånd, processer och effekter rörande hälsa och social välfärd.

Nedan sammanfattas de resultatbedömningar som gjorts utifrån de mål som gällde år 1997 för hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen. Dessa mål redovisades i budgetpropositionen för år 1998. För en mer detaljerad resultatbedömning hänvisas till respektive verksamhetsområde (se avsnitt 4.3, 5.3 och 7).

3.3.1 Tillstånd och utveckling

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården har under 1990-talet varit mycket omdanande. Den har bl.a. präglats av besparingar inom sjukhussektorn samt kraftiga omfördelningar från slutna till öppna vårdformer. Den demografiska utvecklingen har också inneburit att andelen äldre inom hälso- och sjukvården har ökat. Sammantaget har denna utveckling, trots en bibehållen produktionsnivå, inneburit att väntetiderna inom vården har ökat under de senaste åren. Brister i patienternas möjligheter till inflytande och delaktighet är andra problem som har uppmärksammas.

Hälsoläget hos befolkningen har generellt sett fortsatt att förbättras. Ett allvarligt problem är dock att skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper kvarstår. Hälsorisker som ökar i omfattning är övervikt och allergier. Det finns dessutom tecken på att andelen i befolkningen med psykisk ohälsa ökat.

Tandhälsan har påtagligt förbättrats under en följd av år. Hos barn och ungdomar har förekomsten av kariesskador minskat väsentligt.

Undersökningar från Socialstyrelsen och länsstyrelserna visar att äldre och funktionshindrade inte alltid får den vård de behöver från kommunen. Det saknas platser i särskilt boende. Avgifterna för bl.a. boende och service är i vissa fall för höga för en del vårdtagare. Psykiskt funktionshindrade kan ha svårt att få adekvat rehabi-

litering, bostad med särskild service och dagliga aktiviteter. Många äldre och funktionshindrade vårdas av sina anhöriga, men omfattningen av detta är svår att uppskatta. Kommunerna lägger generellt sett ned lika mycket resurser på kommunal vård och omsorg som tidigare, men av dem som får kommunal vård och omsorg får en minskande andel hjälp i hemmet, medan en ökande andel får mer omfattande insatser. Kommunernas omsorg om äldre och funktionshindrade fungerar i huvudsak bra. Personalen gör stora insatser för att ge god omsorg. Det finns dock problem som behöver åtgärdas. Kvaliteten i vården och omsorgen varierar såväl mellan som inom kommunerna och brister som uppmärksammas vid tillsyn åtgärdas inte alltid så snabbt som vore önskvärt. Det är huvudsakligen standarden i boendet, personaltätheten och personalens kompetens som utgör problem.

Barns behov av stödinsatser har ökat. Allt fler barn, mätt såväl i antal som andel av alla barn upp till 18 år, får också stöd genom socialtjänsten. Kommunerna lägger ned generellt sett lika mycket resurser på detta område som tidigare, men fler barn och unga får stöd genom kontaktperson och en minskad andel får vård utom hemmet.

Kostnaderna för socialbidraget har ökat under 1990-talet, men sedan andra halvåret 1997 har kostnaderna sjunkit och de förväntas fortsätta minska under 1998. Utvecklingen speglar bl.a. det förbättrade arbetsmarknadsläget och det minskade flyktingmottagandet. För många ungdomar, invandrare och ålderspensionärer med invandrarbakgrund har socialbidraget dock kommit att fungera som ett mer långsiktigt försörjningsstöd. Ytterligare ett problem är att olika kommuner och olika handläggare gör olika bedömningar i socialbidragsbeslut.

Sedan år 1986 har en omstrukturering av missbrukarvården skett. Vården sker i allt högre grad inom öppenvården. Antalet tvångsvårdade har halverats på knappt tio år. Behovet av ungdomsvårdsplatser inom tvångsvården har däremot ökat.

Kunskapsbehovet är stort och kontinuerligt inom hela det socialvetenskapliga, socialpolitiska och folkhälsopolitiska området och kan till stor del endast tillgodoses genom forskning. I regeringens proposition 1996/97:5 Forskning och samhälle redovisades kunskapsbehovet på flera olika områden inom Socialdepartementets ansvarsområde.

3.3.2 De viktigaste statliga insatserna

Inom ramen för den särskilda överenskommelsen mellan staten och landstingen infördes under år 1997 en vårdgaranti i syfte att öka tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Landstingen tillfördes i överenskommelsen medel för detta ändamål samt för utvecklingsarbete avseende kvalitet m.m. Vidare höjdes statsbidragen till kommuner och landsting vilket förbättrade möjligheterna för landstingen att vidta åtgärder för att bl.a. korta väntetiderna i vården. Dessutom har landstingen fått ersättning från staten i form av medel för läkemedelsförmånen på grund av övertagandet av kostnadsansvaret för denna. Regeringen har under år 1998 överlämnat två propositioner till riksdagen med förslag till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen i syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.

För närvarande pågår ett omfattande utredningsarbete inom hälso- och sjukvårdsområdet. Regeringen har bl.a. tillsatt en nationell folkhälsokommitté med uppgift att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen. Vidare har en kommitté tillsatts för att utvärdera smittskyddslagen. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) skall avlämna sitt slutbetänkande i början av år 1999. Inom det medicinsk-etiska området arbetar flera utredningar, bl.a. kan nämnas Kommittén om vård i livets slutskede, Steriliseringsutredningen samt Delegationen för uppföljning av riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

De ökade behoven av personal inom hälso- och sjukvården har föranlett regeringen att inrätta en kommission med uppgift att kartlägga utbildningsbehoven och föreslå åtgärder för att underlätta rekryteringen av personal (se utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv). Därutöver har en arbetsgrupp bildats inom Socialdepartementet med uppgift att kartlägga personalförsörjningen och utbildningsbehoven inom äldreomsorgen (S 1998:D). Vidare har regeringen i en proposition om läkarnas vidareutbildning föreslagit att ett nationellt planeringsstöd skall införas i syfte att underlätta den långsiktiga bedömningen av den framtida läkarförsörjningen m.m.

För att minska antalet nya hiv-infektioner bland befolkningen har staten avsatt medel för att förebygga spridningen av hiv/aids.

Staten har vidtagit flera åtgärder för att påverka kommunernas förutsättningar att erbjuda en god omsorg. De höjda statsbidragen till kommuner och landsting som nämnts ovan syftade även till att värna den sociala omsorgen. Vidare fick kommunerna möjlighet att ansöka om statliga medel för att utveckla stödet till anhöriga. Regeringen föreslog också ändringar i socialtjänstlagen för att bl.a. underlätta för äldre och funktionshindrade att flytta eller söka vård och omsorg i annan kommun. Regeringen har vidare påbörjat en översyn av socialtjänstlagen (1980:620), socialtjänstens finansiering och avgifter, tillsynen över socialtjänsten samt hur den ekonomiska tryggheten för vissa äldre invandrare skall utformas.

Regeringen har utarbetat en nationell handlingsplan för äldrepolitiken. I den redovisas de mål för äldrepolitiken som skall gälla i hela landet. Regeringen anger där också åtgärder för att rätta till problem inom äldreomsorgen. Efter riksdagens beslut har planen nu börjat genomföras. Det innebär bl.a. att tillsynen över kommunernas omsorgsverksamhet föreslås få mer resurser för att kunna utökas och att statliga medel kan ansökas av kommuner för att förbättra standarden i äldreboende och öka antalet platser i särskilt boende. Ökade resurser föreslås också till forskning och utveckling inom äldreomsorgsområdet. En handikappdelegation har bildats med uppgift att ta fram ett förslag till en motsvarande nationell handlingsplan för handikappområdet.

Staten ger stöd direkt till funktionshindrade personer genom att anslå resurser för statlig assistansersättning, bilstöd, texttelefon och vårdartjänst.

Kommunerna har fått möjlighet att ansöka om statliga medel för att utveckla kvaliteten i socialtjänstens arbete med barn och unga och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att bistå kommunerna i utvecklingsarbetet. Genom ändringar i socialtjänstlagen har staten bl.a. lyft fram att kommunerna alltid ska ta hänsyn till barnets bästa när de vidtar omsorgsåtgärder för barn. I lagen anges nu också en riksnorm som preciserar socialbidragets storlek och staten har markerat såväl kommunens ansvar för att bistå den enskilde med aktiva åtgärder som den enskildes ansvar att göra vad han kan för att bli självförsörjande. En strategi har tagits fram för det fortsatta arbetet med att i Sverige förverkliga och genomföra FN:s konvention om barnets rättigheter.

Situationen för hemlösa har försvårats och regeringen vill i samarbete med ideella krafter, särskilt i storstäderna, satsa resurser och vidta åtgärder för att förbättra denna situation.

På forskningsområdet har regeringen i proposition 1996/97:5 Forskning och samhälle lyft fram de kunskapsbehov som man ansåg vara av stor vikt. Medel för forskning anslogs och kunskapsbehoven omsattes till mål och uppdrag i 1997 års regleringsbrev för de myndigheter som arbetar med forskning.

3.3.3 Effekter av de statliga insatserna

Den vårdgaranti som infördes år 1997 syftade till att öka tillgängligheten för alla patienter genom att införa regler om tillgänglighet till primärvården och specialistvården. Det kan konstateras att vårdgarantin, som företrädare för staten och landstingen beslutat bibehålla för åren 1998 och 1999, ledde till en ökad fokusering på problemen kring vårdens tillgänglighet. Däremot visar olika uppföljningar att landstingen inte fullt ut har lyckats nå upp till garantins tidsfrister. Nu gällande vårdgaranti är inte någon behandlingsgaranti. I överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. tas ytterligare steg för att förbättra vårdens tillgänglighet. Landstingen har åtagit sig att påtagligt minska väntetiderna både för besök och behandling. Därutöver har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för en behandlingsgaranti inom svensk hälso- och sjukvård.

De hiv-preventiva insatser som gjorts, bl.a. med stöd av de medel som staten avsatt för att förhindra spridningen av hiv-infektion, har visat sig vara framgångsrika och Sverige har förblivit ett land med låg förekomst av hiv-infektion.

En undersökning gjord av Statistiska centralbyrån visar att ökningen av det generella statsbidraget till kommuner och landsting i huvudsak har använts i enlighet med riksdagens intentioner. Det innebär att vården och omsorgen har fått resurser, bl.a. för att öka personaltätheten, som de annars inte skulle ha fått. Detta ger dessutom landstingen möjligheter att korta väntetiderna. Många landsting har också beslutat om åtgärder för att minska väntetiderna. Stimulansmedlen har bl.a. bidragit till en ökad medvetenhet i kommuner och landsting om anhörigas situation och flera av de projekt som fått stöd har

permanentats och fortsätter nu inom den reguljära verksamheten. Fler äldre och funktionshindrade än tidigare söker nu bistånd i annan kommun. Det är en effekt av lagändringarna som redan är märkbar. I övrigt är det svårt att redan nu bedöma effekter i omsorgen av lagändringarna och handlingsplanen för äldrepolitik.

De direkta stöden till funktionshindrade innebär att ungefär 7 700 personer fick stöd i sitt dagliga liv genom statlig assistansersättning under år 1997, ca 2 500 personer kunde med hjälp av vårdtjänst studera vid gymnasium, folkhögskola eller universitet, nästan 900 döva och talskadade fick texttelefon för att underlätta kontakterna med anhöriga och andra och ca 2 200 personer fick bilstöd. Regeringen konstaterar att den förbättring av levnadsvillkoren detta inneburit för dessa personer och deras anhöriga inte kommit till stånd utan dessa insatser.

Det utvecklingsarbete som kommit till stånd till följd av de statliga utvecklingsmedlen riktade mot barn- och ungdomsomsorgen har, enligt Socialstyrelsen, bidragit till att kvaliteten förbättrats i kommunernas utredningar i enskilda ärenden om omsorgsbehovet. Förbättringen har skett trots att det görs fler utredningar därför att antalet anmälningar och ansökningar ökat.

Effekter av de olika lagändringar som genomförts kan ännu inte redovisas.

Till följd av insatserna inom forskningsområdet har bl.a. ett nationellt forskningsprogram om ojämlikhet i hälsa utarbetats och ett centrum för alkohol- och drogforskning har inrättats vid Stockholms universitet. Vidare har en utvärdering gjorts av arbetsplatsanknutet alkohol- och drogförebyggande arbete. Effekter av nedskärningar på vårdpersonalens psykosociala arbetsmiljö har studerats och resultaten har givit uppslag till vårdorganisatoriska åtgärder som nu prövas.

3.3.4 Regeringens slutsatser

Regeringen bedömer att de genomförda insatserna inom vården och omsorgen inneburit att viktiga steg har tagits för att uppnå målen, men att måluppfyllelsen ännu inte är tillfredsställande.

Väntetiderna inom vården måste kortas ytterligare och patienterna få ett ökat inflytande över och en ökad delaktighet i beslut som fattas inom hälso- och sjukvården. När det gäller hälsoläget i befolkningen finns det alltså stora skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Insatserna bör

därför främst inriktas mot de grupper som är mest eftersatta. Barns och ungdomars hälsa måste särskilt uppmärksammas. Andelen skolungdomar som använder alkohol och som har prövat narkotika ökar. Man kan dessutom notera en ökning av antalet rökande tonårsflickor. När det gäller tandhälsan så kvarstår problem med kariesskador i vissa utsatta bostadsområden.

När det gäller den del av målet som avser kvalitet och effektiv resursanvändning inom hälso- och sjukvården åligger det främst sjukvårdshuvudmännen att förbättra måluppfyllelsen. Regeringen anser, bl.a. mot bakgrund av de skillnader i effektivitet och kvalitet som finns mellan olika landsting, att det krävs fortsatta insatser av de enskilda landstingen för att förbättra kvaliteten och effektiviteten. Regeringen avser att framöver utveckla uppföljningen och utvärderingen på dessa områden.

Den sociala omsorgen har svårigheter att möta vissa gruppers behov, t.ex. de psykiskt funktionshindrades. Det förekommer att behövande inte får tillgång till omsorg på grund av nivån på avgifterna och för att det på vissa håll saknas platser i särskilt boende. Regeringen avser att genomföra de insatser, bl.a. ekonomiskt stöd till bostäder för äldre och funktionshindrade och utökade resurser till tillsyn, som redovisats i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Vidare skall regeringen utarbeta en motsvarande handlingsplan för handikappområdet. Regeringen bedömer att detta är en bra grund för fortsatt utveckling av omsorgen, så att måluppfyllelsen kan förbättras.

Regeringen konstaterar att behovet av socialtjänstens olika insatser har ökat på flera områden. Därför anser regeringen att det är värdefullt att

socialtjänstens utredningar av enskilda barns och ungdomars vård- och omsorgsbehov har förbättrats, så att bedömningarna av insatsbehoven kan bli mer korrekta och insatsernas effektivitet därmed kan öka. I vissa fall, t.ex. när det gäller äldre invandrare, är det eventuellt lämpligare att möta behoven med andra insatser än dem som socialtjänsten idag kan erbjuda. Mot bakgrund av detta är den påbörjade översynen av socialtjänstlagen och socialtjänsten mycket angelägen.

Genom socialdepartementets genderprojekt har det bl.a. framkommit information om att män och kvinnor har olika tillgång till vård och omsorg; fler män än kvinnor får t.ex. bilstöd och assistansersättning. Departementet arbetar vidare med att få fram könsuppdelad statistik och verkar för att förslag och verksamheter skall genomföras utifrån båda könen behov och förutsättningar. Den information som finns tillgänglig om vård- och omsorgsbehov, kommuners och landstings vård- och omsorgsinsatser och om effekter av insatserna, är inte tillräcklig för att regeringen ska kunna bedöma måluppfyllelsen på ett tillfredsställande sätt. Ytterligare insatser krävs för att utveckla informationsförsörjningen.

Regeringen konstaterar att de planerade insatser och prioriteringar som redovisades i propositionen Forskning och samhälle i huvudsak har fullföljts och att de redan lett till ökad kunskap eller är nödvändiga led i arbetet med att säkra kunskapsstillväxten på sikt. Regeringen bedömer därför att målet, att öka kunskapen om tillstånd, processer och effekter rörande hälsa och social välfärd, har nåtts på ett tillfredsställande sätt.

Tabell 3.1 Utgiftsutvecklingen

	Utfall 1997	Anslag 1998 ¹	Utgifts- prognos 1998	Förslag anslag 1999	Beräknat anslag 2000	Beräknat anslag 2001
A Hälsovård och sjukvård	16 872 227	16 387 184	16 728 390	16 857 734	16 847 992	16 853 243
B Social omsorg	6 331 047	5 894 817	5 726 436	6 632 820	7 081 705	7 350 895
C Socialstyrelsen	377 403	369 636	381 658	407 357	414 438	421 432
D Forskning	97 659	102 179	99 300	114 548	126 785	139 234
Totalt för utgiftsområde 9	23 678 336	22 753 816	22 935 784	24 012 459	24 470 920	24 764 804

¹ Inklusive beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 1998 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

4 Hälsovård och sjukvård

4.1 Omfattning

Verksamhetsområdet omfattar hälso- och sjukvård som i huvudsak är ett ansvar för landstingen och kommunerna. Verksamheten 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 den särskilda årliga överenskommelsen mellan staten och landstingen.

Kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen har fr.o.m. den 1 januari 1998 överförts till landstingen och ett särskilt statsbidrag utges därför fr.o.m. budgetåret 1998 till landstingen för detta ändamål. De dominerande posterna anslagsmässigt inom verksamhetsområdet utgörs av läkemedelsförmånen och tandvårdsförsäkringen.

Vidare ingår i verksamhetsområdet de statliga myndigheterna med anknytning till hälso- och sjukvårdsområdet, dock inte Socialstyrelsen som redovisas under ett separat verksamhetsområde, samt bidrag till Världshälsoorganisationen (WHO) och Nordiska hälsovårdshögskolan. Under verksamhetsområdet redovisas även Läke-medelsverket och Apoteket AB samt WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar.

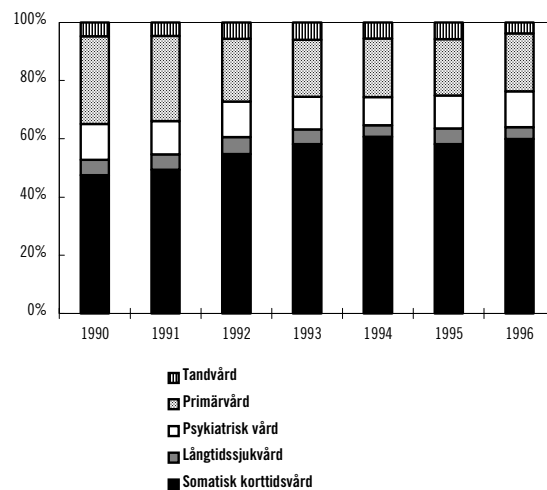
Sverige har i ett internationellt perspektiv relativt låga kostnader för hälso- och sjukvård. En jämförelse mellan de svenska kostnaderna för hälso- och sjukvård som en andel av BNP och ett genomsnitt för motsvarande kostnadsandel i EU-länderna visar enligt OECD:s statistik för år 1996 att Sveriges andel var 7,6 procent av BNP jämfört med genomsnittet 7,9 procent i EU-

länderna. Kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvården (primärvård, somatisk korttidssjukvård, långtidssjukvård, psykiatrisk vård och tandvård) uppgick under år 1997 enligt Landstingsförbundets statistik (Statistisk årsbok för landsting 1998) till 91 miljarder kronor. Detta var en ökning med knappt tre procent jämfört med år 1996 då kostnaderna uppgick till 88,4 miljarder kronor. Jämfört med 1990-talet i sin helhet innebär kostnadsutfallet för år 1997 en oförändrad kostnadsnivå jämfört med år 1993.

Den landstingskommunala hälso- och sjukvården omfattar en rad olika verksamheter. Fördelningen av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården på de olika verksamheterna för respektive år under perioden 1990-1996 framgår av nedanstående diagram.

Diagram 4.1

Fördelning av kostnader på olika verksamheter inom hälso- och sjukvården, 1990 - 1996



Som framgår av diagram 4.1 har den somatiska korttidssjukvårdens andel av de totala kostna-

derna under den aktuella perioden ökat från 47,4 procent år 1990 till 60,2 procent år 1996. Långtidssjukvårdens och primärvårdens andelar av de totala kostnaderna har minskat under perioden. Långtidssjukvårdens andel har minskat från 5,3 procent år 1990 till 4,1 procent år 1996, medan primärsjukvårdens andel minskat från 30,2 procent år 1990 till 19,9 procent år 1996. När det gäller den psykiatriska vårdens andel har denna legat relativt stabilt under perioden och uppgick till 12,3 procent av kostnaderna för såväl år 1990 som år 1996. När det slutligen gäller tandvården så har dess andel minskat från 4,7 procent av kostnaderna för år 1990 till 3,7 procent av kostnaderna för år 1996.

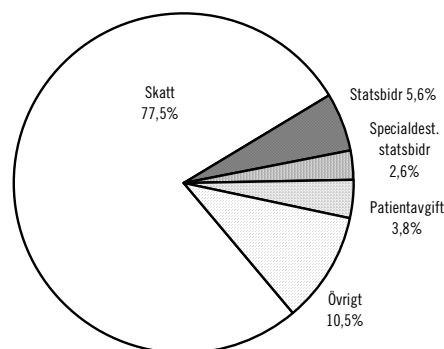
Förändringarna i kostnadsandelar för de olika verksamheterna inom landstingens hälso- och sjukvård kan förklaras av de omstruktureringar som under 1990-talet genomförts inom sektorn och som bl.a. innebär en omfördelning från slutten vård till öppna vårdformer och hemsjukvård. Stor betydelse för omfördelningen har också de förändringar som skett till följd av Ädelreformen och psykiatrireformen.

Landstingens verksamhet finansieras i huvudsak via landstingsskatten. Som framgår av diagram 4.2 utgjorde landstingsskatten under år 1997 nära fyra femtedelar av landstingssektorns inkomster. Statens bidrag till landstingen består dels av det generella statsbidraget, dels av vissa specialdestinerade statsbidrag (inom hälso- och sjukvårdsområdet t.ex. ersättning med anledning av den årliga överenskommelsen mellan staten och landstingen samt vissa tidsbegränsade stimulansbidrag med anledning av t.ex. Ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna). Landstingen har vidare vissa övriga inkomster (ersättningar från försäkringskassor, ersättningar från kommuner, försäljning av tjänster osv.) samt inkomster från patientavgifter. Det är värt att notera att uppgifterna i diagram 4.2 avser

finansieringen av landstingens totala verksamhet och inte endast hälso- och sjukvården. Diagrammet ger emellertid en relativt rättvisande bild av finansieringen av landstingens hälso- och sjukvård eftersom den verksamheten utgör en stor andel, ca 85 procent år 1996, av landstingens totala verksamhet.

Diagram 4.2

Landstingens inkomster år 1997 fördelade (%) efter inkomstslag



När det gäller personalen inom såväl landstingens som kommunernas hälso- och sjukvård så kan situationen för år 1997 illustreras av tabell 4.1 nedan. Av tabellen framgår också förändringen jämfört med år 1995 när det gäller personalens storlek och fördelningen på vissa olika yrkeskategorier. Uppgifterna är hämtade från Landstingsförbundets statistik. Av tabellen kan utläsas att den samlade personalen inom hälso- och sjukvården totalt ökade från drygt 240 000 till knappt 249 000 mellan år 1995 och år 1997. Hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunerna ökade under perioden med 12 000 medan hälso- och sjukvårdspersonalen i landstingen minskade med 3 300.

Tabell 4.1 Viss sjukvårdspersonal i landsting och primärkommuner år 1997 samt förändring åren 1995-1997

	1997			Förändring 1995-1997		
	Landsting	Kommuner	Totalt	Landsting	Kommuner	Totalt
Läkare	22 000	1 450	23 450	1 500	-1 150	350
Sjuksköterska	71 000	19 200	90 200	2 900	600	3 500
Undersköterska	37 900	55 200	93 100	-2 600	13 700	11 100
Sjukvårdsbiträde	3 500	8 500	12 000	-3 300	-2 200	-5 500
Skötare	12 700	5 300	18 000	-1 900	900	-1 000
Sjukgymnast	5 200	1 200	6 400	100	100	200
Arbetssterapeut	3 700	2 100	5 800	0	50	50
Summa	156 000	92 950	248 950	-3 300	12 000	8 700

Källa: Landstingsförbundet

4.2 Utgiftsutveckling

Utgiftsutveckling

Miljoner kronor (löpande priser)

Utfall 1997	Anslag 1998	Utgifts- prognos 1998	Förslag anslag 1999	Beräknat anslag 2000	Beräknat anslag 2001
16 872	16 387	16 728	16 858	16 848	16 853

Verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

- Folkhälsan har fortsatt att förbättras, men alljämt finns stora socioekonomiska skillnader i hälsoläget hos befolkningen. Ett oroande tecken är att den andel av befolkningen som uppger sig ha psykiska besvär ökat. Andra hälsoproblem som ökar är övervikt och allergier.
- Utvecklingen inom hälso- och sjukvården har under 1990-talet präglats av bl.a. besparingar och omstruktureringar inom sjukhussektorn. Den demografiska utvecklingen har samtidigt inneburit att andelen äldre ökat. I den situationen har vården, trots en bibehållen produktionsnivå, fått problem med ökade väntetider. Under året har ett kraftfullt arbete inletts för att korta köer till och minska väntetider i vården.
- Enligt Socialstyrelsens uppföljning av psykiatireformen får personer med psykisk störning inte del av insatser för stöd och service enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade i den utsträckning som gruppens behov föranleder. Omkring hälften av gruppen svårt psykiskt

störda saknar adekvat sysselsättning anpassad till deras funktionshinder.

- Till följd av förändringen inom läkemedelsförmånen minskade kostnaden för läkemedel något mellan åren 1996 och 1997. Under år 1998 beräknas en viss kostnadsökning ske. Det är för närvarande svårt att bedöma den mer långsiktiga kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet.

Förändringar

- Ytterligare steg har tagits för att stärka patientens inflytande och delaktighet i hälso- och sjukvården genom de förslag till förändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som regeringen förelagt riksdagen. Landstingen har tillförts medel för insatser inom området genom den särskilda överenskommelsen mellan staten och landstingen.
- Landstingen och kommunerna har genom utökade statsbidrag fått förutsättningar att korta väntetiderna inom vården samt komma tillrätta med de problem som i dag finns inom äldresjukvården. Socialstyrelsen skall på regeringens uppdrag utreda förutsättningarna för en behandlingsgaranti inom hälso- och sjukvården.
- Ytterligare åtgärder har vidtagits för att stärka patientsäkerheten i vården genom riksdagens beslut om en ny reglering för yrkesverksamheten inom hälso- och sjukvårdsområdet som träder i kraft den 1 januari 1999.
- Riksdagens beslut att införa lagstiftning rörande hälsodataregister och vårdregister inne-

bär en ökad enhetlighet i regleringen inom området samtidigt som skyddet för den enskildes integritet förstärks.

- Riksdagens beslut om ett reformerat tandvårdsstöd innebär att i princip alla vuxna ges ett ekonomiskt stöd till hälsofrämjande och regelbunden tandvård. Samtidigt förbättras stödet till vissa äldre samt personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda vårdbehov. Ett högkostnadsstöd införs vid särskilt omfattande behandlingar.

Mål för 1999

- Kvaliteten i hälso- och sjukvården skall förbättras.
 - Patientens ställning skall stärkas.
 - Folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälso-synpunkt.
1. Tobaksbruket skall minska.
 - Läkemedelsförsörjningen skall utvecklas och vara kostnadseffektiv.
 - En god tandhälsa skall upprätthållas.
 - Vården av och omsorgen om psykiskt störda skall förbättras.

Prioriteringar för 1999

- Åtgärder skall vidtas för att förbättra förutsättningarna att korta väntetider och förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården.
- Insatser skall göras för att öka patientinflytandet och stärka patientsäkerheten.
- Verksamhetsstatistik och resultatinformation för hälso- och sjukvården skall tas fram.
- Åtgärder skall vidtas för att förbättra den psykiska hälsan hos befolkningen och särskilt hos barn och ungdomar.
- Lagstiftningen inom tvångspsykiatriområdet skall reformeras.
- Förutsättningarna skall förbättras för att fortlöpande prognostisera kostnadsutvecklingen för läkemedel.
- Arbetet med att utveckla och effektivisera läkemedelsförsörjningen skall fullföljas.

4.3 Resultatbedömning

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Att erbjuda hälso- och sjukvård av god kvalitet, som tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, är i första hand en uppgift för landstingen. Som en följd av Ädelreformen har även kommunerna numera ett ansvar att bedriva hälso- och sjukvård. Eftersom ansvaret för hälso- och sjukvården främst åvilar landsting och kommuner avgränsar regeringen sin resultatbedömning för verksamhetsområdet hälso- och sjukvård avseende budgetåret 1997 till att avse främst en redovisning av de statliga insatserna inom området samt deras effekter.

Den hälso- och sjukvård som erbjuds skall vara tillgänglig och bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Den enskilde individens möjligheter att påverka vårdens utformning och innehåll måste så långt möjligt säkerställas. Det underläge som patienten kan befinna sig i måste motverkas.

Enligt regeringens uppfattning är en gemensam finansiering, i huvudsak genom skatter, en grundförutsättning för att en god hälso- och sjukvård på lika villkor för alla skall kunna erbjudas. Patientavgifter skall inte i första hand vara en finansieringskälla utan användas för att styra vårdsökande till rätt vårdnivå. Den som är sjuk skall få den vård och omsorg som behövs oberoende av egen ekonomi. Tillgängliga sjukvårdsresurser måste fördelas rättvist och efter behov, där behoven för kroniskt sjuka, funktionshindrade och andra utsatta grupper särskilt skall värnas. Här spelar den demokratiska styrningen av hälso- och sjukvården en viktig roll.

För att hälso- och sjukvården skall bibehålla den trovärdighet och det starka förtroende som den av tradition har hos befolkningen måste den vara tillgänglig för alla som har behov av kontakt med vården. Bemötandet inom hälso- och sjukvården skall kännetecknas av värme och respekt för den vårdsökande.

4.3.1 Hälso- och sjukvård

Tillstånd och utveckling

Som tidigare framgått har Sverige i ett internationellt perspektiv låga kostnader för hälso- och sjukvård. Samtidigt pekar de s.k. välfärdsmåtten –

såsom spädbarnsdödlighet och medellivslängd – på att den svenska hälso- och sjukvården är av hög kvalitet.

Under senare år har hälso- och sjukvården, trots en bibehållen produktionsnivå, emellertid fått problem med ökade väntetider. Detta är i och för sig inte anmärkningsvärt mot bakgrund av att utvecklingen inom hälso- och sjukvården under 1990-talet har varit mycket omdanande. Utvecklingen har präglats av besparingar och omstruktureringar inom sjukhussektorn, en kraftig omfördelning från sluten vård till öppna vårdformer och hemsjukvård liksom stora omfördelningar av ansvaret för vården och omsorgen om äldre och inom psykiatri. Brister i vårdens organisation och felaktiga prioriteringar är andra förklaringar till att köer uppstår. Den demografiska utvecklingen med en ökad andel äldre har också spelat en viktig roll liksom den teknologiska utvecklingen som bl.a. gjort det möjligt att erbjuda allt äldre patienter aktiv behandling. Statistik från Landstingsförbundet visar att andelen som har fått sluten vård i gruppen 75–84 år stigit från 250 000 till 317 000 under den senaste tioårsperioden, vilket motsvarar en ökning på 27 procent. I gruppen 85 år och äldre är ökningen hela 60 procent.

Mot bakgrund av ovanstående var vårdens tillgänglighet en viktig fråga i överläggningarna mellan staten och landstingen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1997. I överenskommelsen kom företrädare för regeringen och Landstingsförbundet överens om att införa en vårdgaranti vilken tar sikte på att öka tillgängligheten för alla genom att införa regler om tillgänglighet till primärvården och specialistvården. Primärvården är ansvarig för de första kontakterna och skall erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. 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 specialistläkare skall behandling påbörjas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioriteringar.

Som ett led i att följa upp överenskommelsen har Landstingsförbundet vid två tillfällen under år 1997 (den 21–25 april respektive den 6–10 oktober) undersökt faktiska väntetider till specialistbesök på sjukhus. I aprilundersökningen deltog 25 sjukhus jämfört med 36 sjukhus i ok-

tober. Undersökningarna visade att landstingen hade svårigheter att uppnå de tidsfrister som angavs i vårdgarantin. Tendensen var också ökade väntetider i oktoberundersökningen jämfört med den i april.

I överenskommelsen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1998 kom regeringen och Landstingsförbundet överens om att bibehålla vårdgarantin i form av en generell tillgänglighet till primärvården och specialistvården. Parterna enades också om att avsätta medel för olika nationella utvecklingsinsatser, däribland projektet "Genombrott". I Genombrottsprojektet har Landstingsförbundet fokuserat på köer och väntetider i hälso- och sjukvården. Projektet har bedrivits med stor framgång. Exempelvis har kirurgkliniken vid regionsjukhuset i Örebro, som är en av enheterna som har ingått i projektet, kunnat öka antalet operationer från i genomsnitt nio till tolv om dagen.

Nu gällande vårdgaranti anger inte – i motsats till den vårdgaranti som gällde i början av 1990-talet – några tidsfrister för hur länge en patient skall behöva vänta på den behandling som läkaren bedömt att patienten har behov av. Den vårdgaranti som infördes i början av 1990-talet omfattade tolv olika insatser, varav tio operativa ingrepp. Garantin gav patienter som bedömts av läkare och placerats på väntelista rätt till behandling inom tre månader. Den utvärdering av vårdgarantin som Socialstyrelsen gjorde visade att vårdgarantin kortade köer och väntetider, men att effekten var kortvarig. Garantin kritiserades också för att den ansågs leda till felaktiga prioriteringar inom vården. Mot denna bakgrund avskaffades vårdgarantin i denna form.

Landstingsförbundet redovisade i februari 1998 beräknade väntetider vid årsskiftet 1997/98 för insatser som ingått i den tidigare vårdgarantin. Redovisningen omfattar väntetider för sjukhusen i södra och västra sjukvårdsregionerna samt Stockholms läns landsting och Örebro läns landsting. Av redovisningen framgår att det för flera insatser inte var ovanligt med väntetider som översteg tre månader, även om det bakom de genomsnittliga värdena fanns stora variationer mellan sjukhusen. Situationen var genomgående bäst för utredning och behandling av kranskärlsjukdom, där samtliga redovisade landsting klarade tremånadersgåsen.

Förutom att vården skall vara lätt tillgänglig har ett annat centralt politiskt mål i reformeringen av den svenska hälso- och sjukvården under de senaste åren varit att stärka patientens

ställning. Detta har också varit en av utgångspunkterna i de ovan nämnda överenskommelserna mellan staten och landstingen.

Historiskt sett har Sverige i ett internationellt perspektiv haft en sjukhusdominerad vårdstruktur. Under de senaste åren har landstingen påbörjat ett arbete med att förändra sjukhusstrukturen i mer genomgripande former än tidigare. Det är en naturlig konsekvens av den medicinska utvecklingen som möjliggör att vården numera i större utsträckning kan ges utanför sjukhusen. Under 1990-talet har mer än var femte vårdplats försvunnit i akutsjukvården. Det leder till att också organisationen av den kvarvarande slutna vården måste kunna omprövas.

Utvecklingen går mot att den nuvarande organisationen med uppdelning i primärvård, länsdelssjukvård, länssjukvård och regionsjukvård börjar bli inaktuell; en ny mer ändamålsenlig sjukvårdstruktur håller på att växa fram. Tendensen i den pågående strukturomvandlingen är inte att lägga ned sjukhus – utan att ändra deras innehåll. Det handlar om förändrad fördelning av uppgifter mellan sjukhusen, den öppna specialistvården utanför sjukhus, primärvården och de särskilda boendeformerna i kommunerna. I förändringsarbetet ingår också ett mer flödesorienterat synsätt utifrån patientens perspektiv med betoning på vårdkedjor och vårdprogram.

Socialstyrelsen överlämnade den 4 februari 1998 en rapport om primärvården till regeringen (Från slitna honnörsord till praktisk verklighet. Primärvårdens roll i närsjukvården på 2000-talet). Socialstyrelsens Primärvårdsprojekt har bl.a. visat på betydande skillnader mellan landstingsområden när det gäller i vilken utsträckning patienter överförs från sjukhusvård till primärvård. De rent medicinska behoven bestämmer inte ensamma vilken vårdnivå patienten väljer, utan sjukvårdshuvudmännens organisation av vården är en starkt styrande faktor.

För få läkare i primärvården har varit det största hindret för primärvårdens utveckling. Socialstyrelsens rapport visar att det år 1997 saknades drygt 500 läkare i primärvården, innan det av riksdagen angivna målet när det gäller läkartaätthet – en allmänläkare i genomsnitt per 2 000 invånare på nationell nivå – är nått. Socialstyrelsen anser bl.a. att huvudmännen har ett ansvar för att primärvårdens uppdrag tydligare än i dag specificeras med utgångspunkt i riksdagens beslut om primärvården som bas i sjukvårdsorganisationen. Resurser och kompetens skall därefter anpassas lokalt i enlighet med primärvårdens

uppdrag och i takt med att uppdraget växer. Särskilt skall enligt Socialstyrelsen behovet av primärvårdens insatser inom hemsjukvård, äldre sjukvård och omhändertagande av psykiskt sjuka beaktas, och samarbetsformer med specialist-sjukvården utvecklas.

Socialstyrelsen har vidare i sin uppföljning av Ädelreformen konstaterat att kommunerna har stora svårigheter att leva upp till sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Samtidigt konstateras brister vad avser landstingens insatser och då inte minst när det gäller läkarnas medverkan i vården av personer i särskilt boende.

Situationen på arbetsmarknaden för vård- och omsorgspersonal har förändrats markant under de senaste åren. Antalet arbetstillfällen har blivit färre till följd av rationaliseringar inom offentlig sektor och en omfattande strukturomvandling i vård- och omsorgssektorn. Enligt Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet är behovet av både sjuksköterskor och undersköterskor emellertid redan år 1998 större än det antal som årligen nyutexamineras. Som ett viktigt skäl för de ökade behoven anges ökade pensionsavgångar och demografiska förändringar.

Den medicinska utvecklingen ger nya möjligheter att förebygga och behandla sjukdomar. I många fall, framför allt när det gäller åtgärder i livets början och slut, har svåra etiska frågor aktualiserats. Dessa frågor kräver särskild prövning och eftertanke. Under senare år har flera områden blivit föremål för lagstiftning eller reglering av annat slag.

De viktigaste statliga insatserna samt deras effekter

Vårdens tillgänglighet

Genom ökningen av statsbidragen till kommuner och landsting som innebär att nivån på statsbidragen totalt kommer att bli 20 miljarder kronor högre år 2000, i förhållande till år 1996, förbättras landstingens möjligheter att vidta åtgärder så att väntetiderna i sjukvården förkortas. Samtliga landsting har också beslutat eller avser att besluta om åtgärder för att korta väntetiderna. Det handlar både om tillfälliga kapacitetsökningar, t.ex. köp av operationer av privata vårdgivare, och om permanent förstärkning. Samtliga landsting har också enats om att införa ett fritt vårdval som gör att patienten kan vända

sig till andra landsting om väntetiden överstiger tre månader i det egna landstinget.

I överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar under år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. enades staten och landstingen om att dels bibehålla vårdgarantin, dels att under åren 1998 och 1999 koncentrera insatserna för att förbättra tillgängligheten i vården. Landstingen har i överenskommelsen åtagit sig att påtagligt minska väntetiderna både för besök och behandling. Enligt överenskommelsen skall patienterna överlag finna väntetiderna inom vården rimliga.

Det är enligt regeringen angeläget med en bred uppföljning av tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Det gäller att kunna redovisa hur tillgängligheten utvecklas både i den planerade och i den akuta vården. Det är en allvarlig brist att det i dag inte finns några tillförlitliga system för att följa tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Mot den bakgrunden enades parterna i överenskommelsen om vikten av att utveckla system för uppföljning som gör det möjligt att på ett över hela landet jämförbart sätt kunna redovisa hur antalet besök och behandlingar utvecklas, liksom köer och faktiska väntetider för besök och behandling. Landstingsförbundet ansvarar för att under år 1999 utveckla system för att redovisa hur tillgängligheten inom hälso- och sjukvården utvecklas. Särskilda medel för detta ändamål avsattes också inom ramen för överenskommelsen.

Parterna kom vidare överens om att närmare klargöra de ekonomiska, organisatoriska och praktiska förutsättningarna för en behandlingsgaranti. I det sammanhanget påtalades också att det måste utrönas hur en sådan garanti förhåller sig till de av riksdagen fastställda riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Även landstingens resurssituation är av avgörande betydelse.

Regeringen har mot denna bakgrund uppdragit åt Socialstyrelsen att beskriva och analysera förutsättningarna för och konsekvenserna av införandet av en behandlingsgaranti inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten för arbetet skall vara en allsidig belysning av frågan, som bl.a. innefattar ett ekonomiskt, organisatoriskt, praktiskt och medicinskt perspektiv. Uppdraget skall redovisas till regeringen före utgången av februari 1999.

Patientens ställning

Regeringen överlämnade i juli respektive september 1998 propositionerna Patientens ställning (prop. 1997/98:189) och Stärkt patientinflytande (prop. 1998/99:4) till riksdagen. I propositionerna föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Förslagen innebär bl.a. att patientens rätt till information preciseras och lyfts fram i lagstiftningen. Patienten skall få individuellt anpassad information om sitt hälso-tillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns så att patienten i största möjliga utsträckning kan ta tillvara sina intressen.

Regeringens förslag innebär vidare att patienten skall få ökat inflytande över sin egen behandling samt att patienter som står inför svåra medicinska ställningstaganden i vissa situationer skall få en lagstadgad rätt till en förnyad medicinsk bedömning (s.k. second opinion). I propositionen föreslås dessutom att de förtroendenumnder som i dag finns i kommuner och landsting som stöd till patienten skall förstärkas. Regeringen aviserar vidare att en utredning skall tillsättas för att göra en översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att åstadkomma en patientfokuserad och tydlig reglering av patientens ställning. Regeringens inriktning är att senare besluta om direktiv till en sådan utredning.

Riksdagen beslutade i juni 1998 att anta två nya lagar, dels lagen (1998:543) om hälsodataregister och lagen (1998:544) om vårdregister. Lagarna syftar till att öka enhetligheten i regleringen vad gäller automatiserad behandling av personuppgifter samtidigt som skyddet för den enskildes integritet förstärks.

Hälso- och sjukvård för äldre

I propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) understryker regeringen kommunernas och landstingens ansvar för att se till att samverkan kommer till stånd så att önskvärda förbättringar av vården och omsorgen kan ske. Regeringen konstaterar vidare att man förutsätter att de beslutade resurstillskotten till landsting och kommuner under åren 1997–2000 bör kunna öka den medicinska kompetensen och tillgången på läkare. Insatserna bör särskilt omfatta en systematisk uppsökande verksamhet gentemot dem som finns i den institutionella äldreomsorgen. Personalen måste därtill kunna få råd och stöd för sitt handlande – även under jourtid – från läkare. Läkare måste

också finnas tillgängliga för direkta insatser under jourtid för att undvika att svårt sjuka patienter flyttas från äldreboendet till akutmottagning på sjukhus.

Lokala överenskommelser mellan landsting och kommuner kan vara ett bra medel för att få i gång ett bättre samarbete. Socialstyrelsen kommer i regleringsbrevet för år 1999 att ges i uppdrag att redovisa vilka åtgärder kommuner och landsting vidtagit för att förbättra sin samverkan för att öka läkarmedverkan inom äldreomsorgen.

I överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. konstateras att en prioritering av insatser till äldre i hela vårdkedjan kan skapa utrymme för bättre tillgänglighet för alla och att landstingen därför kommer att ta särskilda initiativ för att ytterligare förstärka samverkan med kommunerna. Landstingen utlovar också en utökad satsning på att lösa de problem som finns i dag med bristande läkartillgång inom äldreomsorgen.

Vårdens struktur

I syfte att underlätta samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård och söka undanröja eventuella hinder för en sådan samverkan beslutade regeringen i juli 1995 att inrätta en särskild delgation, den s.k. Samverkansdelegationen (S 1995:10). Samverkansdelegationen överlämnade i december 1997 sitt slutbetänkande Klara spelregler – en förutsättning för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård (SOU 1997:179).

I sitt slutbetänkande föreslår Samverkansdelegationen bl.a. att nuvarande lagstiftning rörande villkoren för läkare och sjukgymnaster, dvs. lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik, ersätts med en lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården. En sådan lag skulle enligt delegationen underlätta även för andra legitimerade vårdgivargrupper än läkare och sjukgymnaster att bedriva verksamhet som enskilda vårdgivare med finansiering av landstinget. Samverkansdelegationen förutsätter att lagen (1992:1528) om offentlig upphandling inte är tillämplig för vårdgivare som skall vara verkamma enligt den föreslagna lagen. Frågan bör dock enligt delegationen utredas ytterligare. Betänkandet har under våren remissbehandlats och det bereds för närvarande inom regeringskansliet.

I januari 1998 tillkallades en särskild utredare med uppgift att analysera tillämpningen av lagen om offentlig upphandling på hälso- och sjukvårdstjänster där den enskilde vårdgivaren för att kunna bedriva verksamheten med offentlig finansiering är hänvisad till att träffa avtal med en sjukvårdshuvudman. Utredningen har antagit namnet Sjukvårdsupphandlingsutredningen (S 1998:01). Utredaren skall redovisa sitt uppdrag till regeringen senast den 15 mars 1999.

Inom kommittén (S 1992:04) om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) pågår för närvarande arbetet med kommitténs slutbetänkande. De frågor som kommer att behandlas i betänkandet rör former för statens styrning inom hälso- och sjukvården, erfarenheter av nya former av styrning och organisation som tillämpas av sjukvårdshuvudmännen samt ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansiering och former av stöd till vårdforskningen. Kommitténs arbete skall vara avslutat den 1 mars 1999.

Tillgången på personal

Mot bakgrund av den hotande bristen på vård- och omsorgspersonal som redovisats i det föregående har regeringen inrättat en kommission med uppgift att kartlägga utbildningsbehoven i vård- och omsorgssektorn, samt föreslå åtgärder för att underlätta rekryteringen av personal till nämnda sektor. Se under utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv, anslaget Arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Inom Socialdepartementet har dessutom bildats en arbetsgrupp med uppgift att kartlägga personalförsörjningen och utbildningsbehoven inom äldreomsorgen (S 1998:D).

Från och med den 1 januari 1999 gäller enligt hälso- och sjukvårdslagen att det i landstingen skall finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring (AT) i en omfattning som medger att alla läkare som avlagt läkarexamen och vissa läkare med utländsk utildning kan fullgöra praktisk tjänstgöring för att erhålla läkarlegitimation. Vidare gäller att det i landstingen skall finnas möjligheter till anställning för läkares specialistutbildning (ST) i en omfattning som tillgodoser det beräknade framtida behovet av specialistkompetenta läkare i klinisk verksamhet (prop. 1997/98:5, bet. 1997/98:SoU8, rskr. 1997/98:53).

Samtidigt med de ovan nämnda ändringarna vad avser möjligheterna till tjänstgöring för all-

mänläkare och för specialkompetenta läkare gjorde regeringen den bedömningen att ett nationellt planeringsstöd skulle införas för att underlätta den långsiktiga bedömningen av den framtida läkarförsörjningen m.m. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att närmare överväga hur ett centralt planeringsstöd bör utformas. Uppdraget har redovisats till regeringen. Frågan om inrättande av ett centralt planeringsstöd behandlas vidare under anslaget C1. Socialstyrelsen.

Behörighets- och tillsynsfrågor

Behörighetsregleringen bör främst användas för att upprätthålla en hög patientsäkerhet. Avregleringen av vissa vårdutbildningar inom högskolan, nya organisationsformer inom den offentliga vården, en ökad etablering av yrkesgrupper inom den privata vården samt Sveriges medlemskap i EU, har sammantaget ökat behovet av en tydlig och utvecklad behörighetsreglering. Samtidigt har behovet av att i behörighetsregleringen skilja på offentlig och privat anställd vårdpersonal minskat i betydelse.

Riksdagen antog i juni 1998 regeringens förslag till en ny lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (prop. 1997/98:109, bet. 1997/98:SoU22, rskr. 1997/98:290). De nya bestämmelserna innebär att fyra nya yrkesgrupper skall omfattas av bestämmelserna om legitimation, nämligen apotekare, receptarier, arbetsterapeuter och sjukhusfysiker. Denna förändring beräknas medföra ett bortfall av momsintäkter om ca 18 miljoner kronor. Som ett komplement till legitimationen införs även att de yrkesgrupper som i dag kan erhålla legitimation också i samband härmed som huvudregel får ett skydd för yrkestiteln. Bland de yrken som inte kommer att omfattas av legitimationsbestämmelserna finns yrkesverksamheter som i och för sig innebär risker från patientsynpunkt och där yrkesutövaren har en relativt självständig yrkesroll. De nya bestämmelserna innebär även att audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer skall omfattas av en reglering i form av särskilt skyddade yrkestitlar. Rätten till en sådan skyddad yrkestitel knyts inte till legitimationen utan till ett visst examensbesvis eller kompetensbevis. Yrkesutövare som använder en skyddad yrkestitel vid verksamhet inom hälso- och sjukvården ställs därigenom under samhällets tillsyn.

Sedan den 1 april 1994 har distriktssköterskor, med viss utbildning i farmakologi och sjukdomslära, rätt att skriva ut vissa läkemedel. Social-

styrelsens utvärdering av reformen (Socialstyrelsens rapport *Distriktssköterskornas förskrivningsrätt*) visar att den på olika sätt bidragit till en enklare och effektivare behandling. Efter som erfarenheterna varit så positiva anser regeringen att man bör överväga att ytterligare utvidga förskrivningsrätten. Socialstyrelsen har därför getts i uppdrag att, i samråd med Läkemedelsverket, göra en översyn av vilka läkemedel som i framtiden skall kunna förskrivas av distriktssköterskor. I uppdraget, som skall redovisas senast den 31 augusti 1999, ingår även att överväga möjligheten att utvidga förskrivningsrätten för andra sjuksköterskegrupper, exempelvis de som arbetar i äldreomsorgen.

Den nya lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område innebär bl.a. att Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) skall ges möjlighet att föreskriva en treårig provotid för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En möjlighet till interimistisk återkallelse av legitimationen införs vid fall av grov oskicklighet eller uppenbar olämplighet. Den absoluta preskriptionstiden för åläggande av disciplinpåföljd förlängs till tio år och ordförandens möjlighet att ensam fatta beslut i ärenden hos HSAN utvidgas. Slutligen skall HSAN:s beslut kunna överprövas av länsrätt.

Habilitering och rehabilitering

Inom ramen för den s.k. handikappreformen beslutade riksdagen om ett tidsbegränsat statligt stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering under fyra år (1994–1997). Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att fördela bidraget samt fortlöpande följa upp bidragets användning samt effekter i fråga om utvecklingen av habiliterings- och rehabiliteringsverksamheterna. I juni 1998 överlämnade Socialstyrelsen slutrapporten *Stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering* till regeringen. I rapporten redovisas hittills uppnådda resultat av stimulansbidraget. Sammanlagt har 1 881 projekt igångsatts. Socialstyrelsen bedömer att stimulansbidraget bl.a. har inneburit att en ökad medverkan av patienter och närstående i habiliterings- och rehabiliteringsarbetet har vuxit fram. Områdena för habilitering och rehabilitering har vidgats och nya metoder och arbetsformer har utvecklats. Ett ökat antal yrkesgrupper har blivit engagerade i habilitering och rehabilitering, bl.a. i form av multidisciplinära team. Socialstyrelsen bedömer vidare att bidraget lett till ökad livskvalitet för många enskilda brukare bl.a. genom att det sti-

mulerat till tidigt insatta åtgärder. Vidare har stimulansbidraget till viss del minskat ojämlikheter över landet och mellan olika grupper genom att intresset för habilitering och rehabilitering ökat och stimulerat till utveckling. Stimulansbidraget har också genom ett 120-tal projekt ökat stödet till små och mindre kända handikappgrupper. I viss utsträckning har målet om långsiktighet uppnåtts genom att två tredjedelar av de avslutade projekten helt eller delvis har övergått i ordinarie verksamhet.

Socialstyrelsen anser att det fortfarande finns många som inte tillräckligt väl får sina habiliterings- och rehabiliteringsbehov tillgodosedda. Många habiliterings-/rehabiliteringsområden behöver därför utvecklas ytterligare. Socialstyrelsen anser vidare att det fortfarande finns stora brister när det gäller tillämpningen av bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen beträffande individuella habiliterings- och rehabiliteringsplaner. Informationen om lokala, regionala och nationella behandlingsmöjligheter behöver systematiseras och breddas samt kopplas till ökade valmöjligheter för den enskilde och anhöriga. Den enskildes möjlighet att få tillgång till den högspecialiserade vården/habiliteringen/rehabiliteringen behöver stärkas. Ett ökat utnyttjande av nationella och regionala kompetenscentrer/verksamheter innebär fortsatt kvalitetsutveckling. I slutrapporten nämner Socialstyrelsen en rad åtgärder som sjukvårdshuvudmännen bör vidta samt sådana som styrelsen själv avser att genomföra.

Vissa medicinsk-etiska frågor

Som nämndes inledningsvis har under senare år flera medicinsk-etiska frågor blivit föremål för lagstiftning eller reglering av annat slag. Den senast aktuella frågan gäller frysförvaring av befruktade ägg. Riksdagen fattade således i juni 1998 beslut i enlighet med förslag i proposition om frysförvaring av befruktade ägg (prop. 1997/98:110, bet. 1997/98:SoU21, rskr. 1997/98:224). Tiden för förvaring i fryst tillstånd av befruktade ägg från människa är numera 5 år. En annan fråga som nu bereds inom regeringskansliet är den om genetisk integritet, dvs. vem eller vilka som skall ha rätt att ta del av resultat från genetiska tester av enskilda individer.

Ett omfattande utredningsarbete pågår också inom området. Här kan följande utredningar nämnas.

Utredningen om vård i livets slutskede (dir. 1997:147) påbörjade sitt arbete i juni 1998. Utredningen skall bl.a. överväga och lämna förslag till hur man kan förbättra livskvaliteten för dem som är svårt sjuka och döende, deras familjer och närstående. Kommittén skall bl.a. kartlägga och analysera hur människors liv gestaltar sig i slutskedet; var de tillbringar sin sista tid i livet och vilken vård de får.

Utredningen om överföring av organ från djur till människa (dir. 1997:44) påbörjade sitt arbete i januari 1998. Utredningen skall bedöma etiska, juridiska och djurskyddsmässiga aspekter av överföring av organ och vävnad från djur till människa. Risker för spridning av smitta från djur till människa är en av de viktiga frågor utredningen har att ta ställning till.

Steriliseringsutredningen (dir. 1997:100) har bl.a. i uppdrag att göra en kartläggning av hur många personer som steriliserades med stöd av tidigare gällande lagar. Utredningen skall också lämna förslag om ersättning till dem som då mot sin vilja eller på någon annans initiativ steriliserades. Avsikten är att ett delbetänkande skall lämnas i början av år 1999.

Delegationen för uppföljning av riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (dir. 1997:135) påbörjade sitt arbete i juni 1998. Delegationen har bl.a. till uppgift att sprida information och kunskap om de av riksdagen beslutade riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården och de etiska värderingar som ligger till grund för dessa. I samråd med bl.a. de lokala etikkommittéerna skall metoder utvecklas för uppföljning av riktlinjernas tillämpning.

En genetisk undersökning av en individ ger samtidigt genetisk information om andra individer i släkten. Statens medicinsk etiska råd har haft i uppdrag att överväga om och i så fall i vilka former en läkare skall få informera andra berörda släktingar om resultat som framkommit i samband med genetisk undersökning. Rådet konstaterar i en skrivelse att utöver de etiska aspekterna aktualiseras ett stort antal spörsmål med koppling till medicinsk utveckling, allmänhetens kunskaper och attityder m.m. Rådet föreslår därför att en utredning tillsätts med uppgift att lämna förslag om på vilka premisser information som framkommit i samband med genetisk undersökning skall få ges till andra berörda i släkten.

4.3.2 Folkhälsa

Tillstånd och utveckling

Av Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997 (SoS 1997:18) framgår att svenska folkets hälsa, vare sig man mäter dödlighet, sjuklighet eller självrapporterad hälsa, har förbättrats i stort. Exempelvis har medellivslängden i Sverige ökat kraftigt sedan år 1960, med 5,3 år för män och 6,6 år för kvinnor. Det främsta skälet, som förklarar nästan hela ökningen av medellivslängden, är nedgången av dödlighet i hjärt- kärlsjukdomar. Såväl insjuknandet som antalet dödsfall i hjärt- kärlsjukdomar har minskat, vilket tyder på en förändring i levnadsvillkor och levnadsvanor. Minskad rökning är sannolikt den enskilt viktigaste förklaringen till nedgången i hjärt-kärlsjukdomar.

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

Under en lång följd av år har även dödligheten sjunkit när det gäller skador, alkoholrelaterade sjukdomar och självmord. Däremot ökar hälsoproblem som relateras till övervikt samt allergier i omfattning. Flera studier visar att andelen överviktiga ökar både bland barn och vuxna. När det gäller allergi eller annan överkänslighet uppger drygt en tredjedel av befolkningen i åldern 16–84 år att den har någon form av besvär.

Oberoende av hur vi mäter hälsan kvarstår att det finns stora skillnader mellan olika samhällsgrupper. Skillnaderna avspeglas både mellan män och kvinnor, mellan olika åldersgrupper och mellan olika sjukdomsgrupper samt mellan regioner. Arbetare har oftare än tjänstemän sämre hälsa, någon långvarig sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga. Kvinnor lever längre än män men kvinnor uppvisar högre sjuklighet och besöker sjukvården oftare än män. En del sjukdomar, t.ex. rörelseorganens sjukdomar, är vanligare hos kvinnor än hos män.

I Folkhälsorapporten 1997 konstateras också att det finns tecken på ökande hälsoproblem. Det finns bl.a. 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. Enligt Folkhälsoinstitutet minskar rökningen i samtliga grupper utom för tonårsflickor. Det finns också rapporter som visar att unga kvinnor mår psykiskt sämre i allt större utsträckning.

De viktigaste statliga insatserna samt deras effekter

Det finns fortfarande stora skillnader i ohälsa mellan olika samhällsgrupper. Enligt regeringens bedömning har insatser för att främja folkhälsan och förebygga ohälsa fortsatt hög prioritet. Det gäller inte minst åtgärder för att förbättra hälsan hos barn och ungdomar samt hos de grupper som är mest exponerade för de största hälso-riskerna.

Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14) med uppgift att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen överlämnade i mars 1998 delbetänkandet Hur skall Sverige må bättre? (SOU 1998:43). Betänkandet utgör det första steget i en process som skall resultera i förslag till nationella folkhälsomål och strategier. I betänkandet redovisas några utgångspunkter och principer som avses vara vägledande för kommitténs fortsatta arbete. Kommittén har prioriterat ett antal områden som bedöms spela en central roll i en framtida nationell folkhälsostراتيجية. Som exempel kan nämnas psykisk ohälsa, fysisk aktivitet, allergier och skador. Delbetänkandet har remissbehandlats och avsikten är att de synpunkter som inkommit skall ligga till grund för det fortsatta arbetet med nationella folkhälsomål.

Under våren 1998 överlämnade Idrottsutredningen sitt slutbetänkande Idrott och motion för livet – Statens stöd till idrottsrörelsen och friluftslivets organisationer (SOU 1998:76). I betänkandet redogörs för ett antal förslag till nya och tydligare mål för stödet till idrotten. Förslagen syftar till att bl.a. öka intresset bland medborgarna för fysisk aktivitet i syfte att uppnå en god folkhälsa. Betänkandet remissbehandlas under hösten 1998.

Barnpsykiatrikommittén överlämnade sitt slutbetänkande Det gäller livet (SOU 1998:31) under våren 1998. I rapporten anläggs ett tydligt folkhälsoperspektiv och förslagen handlar i många fall om att förstärka de förebyggande insatserna för att förbättra det psykiska välbefinnandet hos barn och unga. Betänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Under sommaren har regeringen tillsatt en särskild utredare (dir. 1998:59) för att kartlägga och föreslå åtgärder vad avser elevvårdens och skolhälsovårdens roll när det gäller att främja fysisk och psykisk hälsa bland barn och unga.

Miljöhälsoutredningen överlämnade under hösten 1996 betänkandet Miljö för en hållbar

hälsoutveckling – Förslag till ett nationellt handlingsprogram (SOU 1996:124) och betänkandet har därefter remissbehandlats. Regeringen har i propositionen Svenska miljömål – miljöpolitik för ett hållbart Sverige (prop. 1997/98:145) föreslagit att en ny struktur för arbetet med miljömål skall tillämpas. Som en följd av propositionen har regeringen tillsatt en parlamentarisk beredning om mål i miljöpolitiken (dir. 1998:45) med uppgift att göra en samlad översyn av vilka delmål och sektorsmål som behövs för att Sveriges nationella miljökvalitetsmål skall kunna nås inom en generation. För att Miljöhälsoutredningens förslag skall kunna behandlas inom ramen för den nu föreslagna målstrukturen inom miljöpolitiken, har betänkandet överlämnats till den parlamentariska beredningen för mål i miljöpolitiken.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation har överlämnat sitt delbetänkande En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet (SOU 1997:119). Kommittén har haft i uppdrag att analysera uppgifts- och ansvarsfördelning mellan stat, kommun och landsting när det gäller folkhälsoarbete. Betänkandet samt remissvaren över betänkandet har överlämnats till Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14) för att ingå i kommitténs fortsatta arbete.

I mars 1996 överlämnade Socialstyrelsen en rapport om mödrahälsovården till regeringen. I rapporten föreslås bl.a. att mödrahälsovårdens olika verksamheter bör få en gemensam organisation, att antalet rutinbesök minskas under graviditeten, att preventivmedel erbjuds till låg kostnad och att kostnadsolikheter mellan olika preventivmedel utjämnas, att en fortsatt satsning på ungdomsmottagningarna bör ske, samt att samtliga gravida kvinnor i storstadsområdena skall erbjudas provtagning för HIV såväl inom mödrahälsovården som abortmottagningarna.

Socialstyrelsen överlämnade dessutom i december 1997 en rapport om gynekologisk hälsokontroll till regeringen. Rapporten innehåller bl.a. förslag om att en rådgivande grupp på nationell nivå skall inrättas med uppgift att ansvara för uppföljning och samordning av screeningprogram samt utformning av kvalitetsutveckling, samt rekommendationer för med vilken periodicitet cellprovundersökningar bör genomföras. De båda rapporterna föranleder ingen ytterligare åtgärd från regeringens sida.

Tobak är den enskilt största hälsoriskerna i västvärlden och ett av de allvarligaste hälsoproble-

men som ökar globalt. Åtgärder mot rökning har visat sig vara kostnadseffektiva på flera olika sätt. Det handlar om insatser mot flera folksjukdomar samtidigt, främst mot cancer och hjärt-kärlsjukdomar men även mot t.ex. allergier och sjukdomar i rörelseorganen. Även små förändringar i rökvanor ger stora effekter.

En ökad illegal hantering av tobak är önskad av flera skäl, bl.a. de svårigheter den medför i strävandena att se till att ungdomar under 18 år inte köper tobak. Som ett led i att komma tillrätta med dessa problem har tobaksskatten sänkts. Tobaksskatten är därmed inte ett dominerande instrument för att minska tobaksbruket, utan måste kompletteras med andra åtgärder. Det handlar om förändringar i system, lagstiftning och andra regelverk för att minska tobakens tillgänglighet, men också om riktade utbildnings- och informationsinsatser mot bl.a. barn och ungdomar. För närvarande pågår också verksamheter i olika former som syftar till att minska tobaksbruket. Nationella folkhälsokommittén framhåller i betänkandet Hur skall Sverige må bättre? (SOU 1998:43) att man avser att utarbeta mål och strategier för att minska tobaksbruket. Även Folkhälsoinstitutet arbetar med att utveckla en nationell handlingsplan mot tobak med fokus på barn och ungdomar. Kommittén och institutet samarbetar i dessa frågor.

Regeringen arbetar även aktivt med frågor som berör tobaksprevention inom EU. Direktivet 98/43/EG om ett förbud mot indirekt och direkt tobaksreklam har nyligen antagits. Genomförandet av direktivet bereds för närvarande i regeringskansliet.

Under våren 1998 överlämnade regeringen propositionen Utveckling och rättvisa – en politik för storstaden på 2000-talet (prop. 1997/98:165) till riksdagen. I propositionen lämnas ett antal förslag till hur folkhälsoarbetet skall kunna förbättras i utsatta stadsdelar, bl.a. föreslås att lokala folkhälsoråd inrättas för att därigenom förankra och anpassa folkhälsoarbetet till de lokala förutsättningarna.

Missbruket av anabola steroider och andra dopningsmedel tycks ligga kvar på ungefär samma nivå som tidigare. Undersökningar visar dock att andelen ungdomar som prövat dopningsmedel är liten i förhållande till den andel som prövat narkotika.

I september 1998 överlämnade regeringen propositionen Åtgärder mot dopning (prop. 1998/99:3) till riksdagen. I propositionen föreslås bl.a. ändringar i lagen (1991:1969) om för-

bud mot vissa dopningsmedel som syftar till att öka möjligheterna att motverka missbruket av dopningsmedel. Enligt regeringen bör eget bruk av dopningsmedel kriminaliseras och en ny brottsrubricering, grovt dopningsbrott, införas. I propositionen betonas även behovet av förebyggande insatser på detta område.

År 1994 blev folkhälsa formellt ett samarbetsområde inom EU genom Maastricht-fördragets antagande. Inom folkhälsoområdet har därefter ett ramprogram antagits. Utifrån detta ramprogram genomförs för närvarande folkhälsoprogram inom följande områden; cancer, aids och vissa smittsamma sjukdomar, narkotika, hälsofrämjande insatser samt hälsoövervakning. Program för sällsynta sjukdomar och miljörelaterade sjukdomar är fortfarande under beredning och beslut beräknas kunna fattas i hälsoministerrådet under hösten 1998. Vad avser programförslag om förebyggande av personskador har kommissionen framlagt ett reviderat förslag som kommer att behandlas under hösten 1998. En diskussion om ett nytt ramprogram på folkhälsoområdet för perioden år 2000 till 2005 kommer att inledas under hösten 1998.

Det internationella samarbetet i folkhälsofrågor har successivt utvecklats inom såväl EU som Europarådet och WHO. WHO:s regionalkommitté för Europa antog i september 1998 enhälligt en reviderat folkhälsopolitiskt ramverk – Hälsa-för-alla 21 (HFA 21) – med riktlinjer och mål till ledning för medlemsländernas folkhälsoarbete. Den europeiska HFA-21 bygger på principerna i den globala hälsa-för-alla-strategi som antogs i maj 1998 men utvecklar närmare de områden som är viktiga för hälsosituationen inom Europa.

Inom regeringskansliet bereds förslag om ett svenskt stöd för WHO:s anti-tobaksprogram. Detta innefattar arbete med att driva fram en internationell ramkonvention och studier om kvinnor och tobak.

Sverige har anslutit sig till WHO:s hälsomål att mellan åren 1980 och 2000 minska skador, handikapp och dödsfall på grund av olycksfall med 25 procent. Sverige har i flera avseenden varit internationellt ledande i det förebyggande arbetet. Socialstyrelsen presenterade år 1992 förslag till förbättrade åtgärder mot olycksfall. Skadeprogrammet inom Folkhälsoinstitutet arbetar för att skapa ett landsomfattande nätverk med förgreningar på alla nivåer och i alla miljöer. Skadeprogrammet är delvis en följd av Socialstyrelsens tidigare förslag.

4.3.3 Smittskydd

Tillstånd och utveckling

Smittskydd omfattar en mängd olika åtgärder som alla syftar till att minska spridningen av smittsamma sjukdomar. Det dagliga arbetet inom hälso- och sjukvården med smittade patienter bidrar till att minska smittspridningen. Normalt regleras vården av patienter med smittsamma sjukdomar genom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Smittskyddslagen (1988:1472) reglerar olika epidemiologiska insatser för att förhindra vissa sjukdomars vidare spridning. I lagen fastställs också vilka skyldigheter och rättigheter som gäller för bl.a. enskilda och vilka möjligheter samhället har att tillgripa tvångsåtgärder.

Under 1990-talet har det skett en rad förändringar som påverkat smittskyddssituationen. Människors allt mer omfattande resande till främst sydliga och tropiska länder, den ökade invandringen och handeln med livsmedel är några faktorer som har betydelse i sammanhanget. Sverige har också haft skäl att se över sin beredskap för tidigare okända smittämnen, t.ex. Ebolavirus.

En alltför vidlyftig användning av antibiotika medför att bakterier blir resistenta (motståndskraftiga) mot läkemedlen. Detta kan leda till att svårbehandlade infektioner sprids bland befolkningen, vilket ger upphov till svårt mänskligt lidande och höga sjukvårdskostnader. Ett exempel är tuberkulosen, som är på återtag i Europa och nu ofta är orsakad av antibiotikaresistenta bakterier. Förekomsten av resistens hos vanliga bakterier som pneumokocker och staphylokocker är andra problem som uppstått.

Läget i Sverige beträffande antibiotikaresistens är sannolikt ett av de bästa i Europa. Ett omfattande övervaknings-, registrerings- och informationsarbete förekommer, t.ex. genom Referensgruppen för antibiotikafrågor (RAF) och det nationella nätverket STRAMA (Strategigrupper för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).

Samarbetet inom smittskyddsområdet på EU-nivå är inriktat på informations- och erfarenhetsutbyte, forsknings- och utbildningsinsatser samt kompetensuppbyggnad i medlemsstaterna men också i Östeuropa. Smittskyddsfrågor är ett prioriterat område för Sverige i det fortsatta samarbetet.

De viktigaste statliga insatserna samt deras effekter

Smittskyddskommittén (S 1996:07) har i uppdrag att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen och övriga författningar som hör till smittskyddet. Härvid skall kommittén särskilt fästa vikt vid bestämmelserna om tvångsåtgärder och ekonomiska konsekvenser av smittskyddsarbetet. I kommitténs uppdrag ingår vidare att kartlägga och utvärdera olika åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar, varvid internationella erfarenheter av olika typer av åtgärder bör tas tillvara. Kommittén skall vidare beakta internationellt smittskyddssamarbete samt genomgående uppmärksamma och analysera frågor kring rättssäkerheten för den enskilde. Kommittén skall förutsättningslöst överväga och föreslå de förändringar och den författningsreglering som ett effektivt smittskydd påkallar i framtiden.

En ny lag om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar trädde i kraft den 1 mars 1998. Förslaget har sin grund i att EU:s ministerråd har rekommenderat att den epidemiologiska övervakningen av Creutzfeldt-Jakobs sjukdom skall utvidgas till alla medlemsstater.

Genom ett regeringsbeslut i februari 1998 beviljades Smittskyddsinstitutet (SMI) särskilda projektmedel för att intensivt arbeta med övervakning av antibiotikaresistens och förändringar av antibiotikaförbrukningen inom sjukvården m.m.

På svenskt initiativ har frågan om antibiotikaresistens behandlats av ekonomiska och sociala kommittén inom EU. Kommittén lämnade under september månad 1998 sitt yttrande till EU-kommissionen om en rad åtgärder, som skall minska antibiotikaförbrukningen i medlemsstaterna. Yttrandet innehåller bl.a. förslag om att receptfri antibiotikaförsäljning skall begränsas, att medicinska riktlinjer skall utarbetas för förskrivning av antibiotika, att användning av antibiotika på sjukhus skall begränsas och framför allt att resistensutvecklingen skall bevakas och rapporteras.

Socialdepartementet tillsatte under hösten 1996 en nationell arbetsgrupp med uppgift att utarbeta en långsiktig strategi för den svenska blodplasmaförsörjningen. Gruppen har aktivt bidragit till att utarbeta den svenska positionen i EU och tagit fram underlag inför behandlingen på EU-nivå. Vid Hälsoministerrådet i april 1998

antogs rekommendationer om självförsörjning och säkerhet för blod och blodplasma produkter.

Blod och blodplasmaförsörjning är en angelägen fråga och ett stöd finns bland medlemsstaterna för ett fortsatt arbete. Det är dock osäkert om det redan under hösten 1998 kommer att vara möjligt att få en majoritet för en rekommendation i denna fråga.

4.3.4 Psykiatri

Tillstånd och utveckling

Förekomsten av psykiska sjukdomar och funktionshinder bland befolkningen är i stort sett lika stor som tidigare år. Andelen av befolkningen som uppger någon form av psykiska besvär ökar dock och redovisas i olika undersökningar ligga mellan 20 och 40 procent. Detta medför att psykisk ohälsa är ett av våra största folkhälsoproblem som orsakar mycket lidande. Vidare är de ekonomiska konsekvenserna betydande. Socialstyrelsen uppskattar i Folkhälsorapport 1997 samhällets totala kostnader för psykisk ohälsa till 45 miljarder kronor per år.

Regeringen anser att utvecklingen är oroande och noterar med tillfredsställelse att Nationella folkhälsokommittén i betänkandet Hur skall Sverige må bättre? (SOU 1998:43) lyft fram psykisk ohälsa som ett prioriterat område inför kommitténs fortsatta arbete med nationella folkhälsomål och strategier.

Socialstyrelsen utvärderar på regeringens uppdrag genomförandet av psykiatireformen som trädde i kraft den 1 januari 1995. Styrelsen påtalar i den årsrapport som överlämnades i mars 1998 att det finns problem både med utformningen av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och kommunernas tillämpning av densamma. Antalet människor med psykisk störning som ges stöd enligt LSS är ytterst begränsat och uppgick i mars 1998 till ca 2000 personer. Detta svarar enligt Socialstyrelsen inte mot de verkliga behov som finns av särskilda insatser av stöd och service. Vidare kan vad gäller sysselsättningsfrågorna konstateras att mellan 20 000 – 25 000 personer med svår psykisk sjukdom eller störning – omkring hälften av målgruppen – saknar adekvat sysselsättning anpassad till deras funktionshinder. Socialstyrelsen anför att de formuleringar av stödets målgrupper och art som finns i LSS stämmer illa överens med målgruppen psykiskt störda.

Socialstyrelsen har även uppmärksammat brister när det gäller tillgång till vård och behandling för äldre personer med psykisk störning.

De stimulansmedel som staten anslagit i samband med psykiatrireformen har varit värdefulla. Vissa problem kan emellertid uppstå vad gäller kontinuiteten i verksamheten då projektiden i många fall löper ut vid utgången av år 1998 eftersom den kommunala huvudmannen inte i samtliga fall avser att fortsätta projektet.

Socialstyrelsen fortsätter att följa psykiatrireformen och avser att avlämna en slutrapport till regeringen i maj 1999. Psykiatrireformen behandlas även under avsnitt 5.2.2. Personer med funktionshinder.

De viktigaste statliga insatserna samt deras effekter

Kommittén för vissa frågor om psykiatrisk tvångsvård m.m. överlämnade i mars 1998 sitt betänkande Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård (SOU 1998:32). Av betänkandet framgår att antalet vårdtillfällen enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård minskade mellan åren 1991 och 1994 men att de nu ligger på en konstant nivå. Antalet patienter inom slutenvården fortsätter dock att minska vilket tyder på att den genomsnittliga vårdtiden har förkortats. Antalet personer som dömts till rättspsykiatrisk vård har under samma tidsperiod varit i stort sett konstant.

Under året har också Utredningen om stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem avlämnat sitt slutbetänkande Det gäller livet: Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem (SOU 1998:31). Utredningen konstaterar bl.a. att många barn och ungdomar har psykiska besvär. Även med en försiktig beräkning lider mellan fem och tio procent av barnen och ungdomarna av psykiska problem eller störningar. Antalet besök till barn- och ungdomspsykiatri har i genomsnitt ökat med 45 procent under den senaste treårsperioden. Vidare har kostnaderna för elevvård minskat, samtidigt som behoven har ökat. Av de resurser som läggs på målgruppen står kommunerna för cirka 75 procent genom socialtjänsten medan landstingens insats för hälso- och sjukvård svarar för cirka 15 procent och staten för resterande 10 procent

Båda de utredningar som nämnts ovan bereds för närvarande inom regeringskansliet.

I samband med psykiatrireformen lämnades ett uppdrag till Socialstyrelsen att utreda den medicinska specialiteten psykiatri. Socialstyrelsen har redovisat uppdraget i sin slutrapport En god vård på lika villkor (1997:8), som överlämnades i november 1997. Socialstyrelsen framhåller i sin redovisning att psykiatrin utvecklas från tidigare splittring till en allt större samsyn. Styrelsen påpekar dock att det föreligger en brist på specialistkompetent personal och att detta kan vara ett hinder för den fortsatta utvecklingen inom psykiatrin.

4.3.5 Tandvård

Tandhälsan hos barn och ungdomar har förbättrats starkt. Antalet barn och ungdomar som har många kariesskador har minskat kraftigt. En hög frekvens av karies finns dock i vissa utsatta områden.

Även för vuxna har tandhälsan förbättrats kraftigt. Det har skett en regional utjämning och särskilt kraftig var förbättringen i regionen Norra glesbygden. Det finns dock fortfarande socioekonomiska skillnader i fråga om tandhälsa.

Riksdagen har under våren 1998 fattat beslut om ett reformerat tandvårdsstöd. Stödet, som infördes den 1 januari 1999, är i första hand inriktat på att underlätta för människor att behålla en god tandhälsa. Ungdomar får billigare undersökningar för att grundlägga en god vana med regelbundna kontroller av tänderna. Bastandvården subventioneras så att inte behandlingar skjuts upp i onödan och resulterar i stora behandlingsbehov. Samtidigt kan i vissa situationer krävas omfattande protetiska åtgärder eller implantat, vilket medför mycket höga kostnader och därför behålls ett ekonomiskt skydd vid dyrbara behandlingar.

Vidare har en prioritering gjorts för att stödja personer med stora tandvårdsbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder. Äldre och funktionshindrade som bor i särskilda boendeformer och i vissa fall även eget boende får kostnadsfri munvårdsbedömning och deras tandvårdsavgifter inordnas i sjukvårdens högkostnadsskydd på för närvarande högst 900 kronor under ett år.

Det nya tandvårdsstödet innebär även att tandvårdsersättningen för amalgamfyllningar slopas. Regeringen avser vidare, när erforderliga ändringar i EU:s direktiv om medicintekniska

produkter (93/42/EEG) har trätt i kraft, att vidta nödvändiga åtgärder för att kunna införa ett förbud mot användningen av amalgam. Detta beräknas kunna ske senast fr.o.m. år 2001.

Inom ramen för tandvårdsreformen görs dessutom en satsning på bättre uppföljning och utvärdering av tandvården. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) avses få förstärkta resurser för att kunna utvärdera metoder på tandvårdens område. Två kompetenscentrer för sällsynta medicinska och odontologiska tillstånd hos patienterna, i Bohuslänstinget respektive i Jönköpings läns landsting, får ekonomiskt stöd. Vidare bör regeringen enligt socialutskottet överväga om ett kompetenscentrum med inriktning på dentala material skall inrättas. Till regeringen har även inkommit en ansökan om bidrag till ett kompetenscentrum för smittskydd, infektions- och immunologiska sjukdomar inklusive hiv och aids. Regeringen avser att närmare studera frågan om ytterligare kompetenscentrer och deras lokalisering. Sammanlagt har 7 miljoner kronor beräknats för uppföljning och utvärdering samt 13 miljoner kronor för kompetenscentrer. Av medlen till kompetenscentrer bör 100 000 kronor användas för ett startbidrag för att skapa en DentalFass.

4.3.6 Läkemedel

Läkemedel är en viktig behandlingsform i hälso- och sjukvården. Nya och effektivare läkemedel utvecklas kontinuerligt och medför stora välfärdsvinster för många människor. Samtidigt har kostnaderna för det allmänna stigit kraftigt under 1990-talet trots att olika åtgärder vidtagits för att dämpa och begränsa utgifterna.

Enligt läkemedelslagen (1992:859) får ett läkemedel säljas i Sverige först sedan det prövats och godkänts av Läkemedelsverket eller verket har erkänt ett godkännande som har meddelats i annan medlemsstat i Europeiska unionen eller genom den europeiska samordnande läkemedelsmyndigheten enligt rådets förordning (EEG) nr 2309/93 av den 22 juli 1993 om gemensaksförfaranden för godkännande för försäljning av och tillsyn över humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel samt om inrättandet av en europeisk läkemedelsmyndighet.

Läkemedelsverket arbetar också aktivt med tillsyn av de läkemedel som finns på marknaden samt med information om läkemedlens effekter och en adekvat läkemedelsanvändning. Särskilt

viktig är den information om läkemedel som verket ger till förskrivare och till landstingens läkemedelskommittéer. Informationsverksamheten, särskilt vad avser utgivandet av läkemedelsmonografier har uppmärksammats inom EU-arbetet och blivit stilbildande.

Under år 1997 inkom 803 ansökningar om godkännande av läkemedel samt ytterligare 75 ansökningar om nya indikationer, ändrad dosering och receptfrihet till Läkemedelsverket. Jämfört med år 1996 är detta en ökning av ansökningarna med cirka 40 procent. Ökningen kan delvis förklaras med att parallellimport av läkemedel har ökat liksom antalet generiska läkemedel.

Det nuvarande statliga förmånssystemet för läkemedel trädde i kraft den 1 januari 1997. Förmånssystemet regleras i lagen (1996:1150) om högstkostnadsskydd vid köp av läkemedel. Enligt riksdagens beslut skall i princip alla receptbelagda läkemedel kunna ingå i läkemedelsförmånen om det marknadsförande bolaget har fått ett pris fastställt av Riksförsäkringsverket (RFV). RFV fastställer också s.k. referenspriser för sådana produkter för vilka det finns generiska motsvarigheter på den svenska marknaden och där det marknadsförande bolaget önskar att produkten skall bli subventionerad av staten. RFV är den prispförhandlande myndigheten medan Socialstyrelsen har tillsyn över förmånssystemet och får meddela föreskrifter om bl.a. verkställigheten av bestämmelser om rätten till läkemedelsförmånen.

Läkemedelsförmånen finansieras med ett särskilt statsbidrag som betalas till sjukvårdshuvudmännen och som redovisas under anslaget A2 Bidrag för läkemedelsförmånen. Kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen övergick till sjukvårdshuvudmännen den 1 januari 1998. Enligt en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet den 12 september 1996 skall parterna senare överenskomma om en ny modell för statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånen från och med år 2001.

Kommittén för prisreglering av läkemedel lämnade sitt betänkande Läkemedel i priskonkurrens (SOU 1997:165) till Socialdepartementet i november 1997 med förslag till ett nytt system för direkt priskontroll på produkterna inom läkemedelsförmånen. Läkemedelsdistributionsutredningen lämnade sitt betänkande Läkemedel i vård och handel (SOU 1998:28) i januari 1998. Betänkandet innehåller förslag bl.a. rörande läkemedelsdistributionen och Apoteket AB:s

verksamhet. Båda dessa betänkanden har remissbehandlats och bereds för närvarande inom regeringskansliet.

4.3.7 Regeringens slutsatser

Regeringen kan konstatera att utvecklingen inom hälso- och sjukvården under 1990-talet har varit mycket omdanande. Den har präglats av besparingar och omstruktureringar inom sjukhussektorn, en kraftig omfördelning från slutenvård till öppna vårdformer och hemsjukvård liksom stora omfördelningar av ansvaret för vården och omsorgen av äldre och inom psykiatri. Den demografiska utvecklingen med en ökad andel äldre har också spelat en viktig roll liksom den teknologiska utvecklingen som bl.a. gjort det möjligt att erbjuda allt äldre patienter aktiv behandling. I den situationen har vården fått problem med ökade väntetider. Den vårdgaranti som regeringen och Landstingsförbundet kom överens om för år 1997 har inte varit tillfyllest för att komma tillrätta med dessa problem.

Enligt regeringen är det av största vikt att arbetet för att förbättra vårdens tillgänglighet fortsätter. Landstingen och kommunerna har genom utökade statsbidrag fått förbättrade förutsättningar att korta väntetiderna inom vården samt att komma tillrätta med de problem som i dag finns inom äldresjukvården. I den överenskommelse som slöts mellan regeringen och Landstingsförbundet för år 1999 om ersättningar för insatser för att stärka patientens ställning m.m. kom parterna överens om att dels bibehålla vårdgarantin, dels att under åren 1998 – 1999 göra en kraftsamling för att förbättra tillgängligheten i vården. Landstingen har härvidlag åtagit sig att påtagligt minska väntetiderna både för besök och behandling. Dessutom har regeringen och Landstingsförbundet enats om att närmare klargöra de ekonomiska, organisatoriska och praktiska förutsättningarna för en behandlingsgaranti. Regeringen har mot denna bakgrund uppdragit åt Socialstyrelsen att beskriva och analysera förutsättningarna för och konsekvenserna av införandet av en behandlingsgaranti inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten för arbetet skall vara en allsidig belysning av frågan, som bl.a. innefattar ett ekonomiskt, organisatoriskt, praktiskt och medicinskt perspektiv.

Ytterligare steg har tagits för att stärka patientens inflytande och delaktighet i hälso- och sjukvården genom de förslag till förändringar i

hälso- och sjukvårdslagstiftningen som regeringen förelagt riksdagen. Landstingen har också tillförts medel för insatser inom området genom den ovan nämnda särskilda överenskommelsen mellan regeringen och Landstingsförbundet.

Mot denna bakgrund anser regeringen att målen för år 1999 för hälso- och sjukvården bl.a. skall vara att kvaliteten i hälso- och sjukvården skall förbättras och att patientens ställning skall stärkas.

Även om hälsoläget hos befolkningen totalt sett har förbättrats avsevärt under en följd av år, finns alltså stora skillnader mellan olika samhällsgrupper. Regeringen gör mot den bakgrunden bedömningen att insatser för att främja folkhälsan och förebygga ohälsa skall ha fortsatt hög prioritet. Regeringens mål för år 1999 är att ett fortsatt aktivt arbete skall bedrivas för att förbättra folkhälsan, med särskild inriktning på de grupper som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt. Åtgärder för att minska tobaksbruket skall ges särskild prioritet.

Undersökningar visar att den andel av befolkningen som uppger sig ha psykiska problem ökar. Dessa signaler är enligt regeringens uppfattning oroande. Det är angeläget att åtgärder vidtas för att förbättra den psykiska hälsan hos befolkningen. Som nämnts i det föregående bereds inom regeringskansliet för närvarande Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande *Det gäller livet* (SOU 1998:31) respektive Tvångspsykiatrikommitténs slutbetänkande *Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård* (SOU 1998:32).

Till följd av förändringen inom läkemedelsförmånen minskade kostnaden för läkemedel något mellan åren 1996 och 1997. Under år 1998 beräknas en viss kostnadsökning ske. Det är för närvarande svårt att bedöma den mer långsiktiga kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet. Det är enligt regeringens uppfattning viktigt att ytterligare åtgärder vidtas för att förbättra och effektivisera läkemedelsförsörjningen. Regeringen avser att under år 1999 prioritera insatser för att förbättra förutsättningarna att fortlöpande prognostisera kostnadsutvecklingen för läkemedel. Flera utredningar inom läkemedelsområdet har haft i uppdrag att ge förslag till förändringar i läkemedelsdistribution och prisbildning för läkemedel. Förslagen bereds för närvarande inom regeringskansliet.

4.4 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) har granskat verksamheten, räkenskaperna och årsredovisningarna för samtliga myndigheter inom verksamhetsområdet avseende budgetåret 1997. RRV har i sin granskning av myndigheterna inte gjort några iakttagelser av större vikt varför samtliga myndigheter inom verksamhetsområdet erhållit revisionsberättelse utan anmärkning. Ingen myndighet inom verksamhetsområdet har av RRV tillställts en revisionsrapport med principiellt viktiga frågor. RRV har emellertid i en särskilt revisionspromemoria till Statens institut för psykosocial miljömedicin gjort vissa uttalanden om

myndighetens ekonomiadministrativa rutiner samt bokföringsrutiner. Denna promemoria behandlas närmare under anslaget A11 Institutet för psykosocial medicin.

Den ekonomiadministrativa värdering som RRV har utfört av samtliga statliga myndigheter för år 1997 har beträffande myndigheterna under verksamhetsområdet givit EA-värdet fullt tillfredsställande för Folkhälsoinstitutet, Smittskyddsinstitutet, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik och Läkemedelsverket samt EA-värdet tillfredsställande för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och Statens institut för psykosocial miljömedicin.

Tabell 4.2

Miljoner kronor

	Utfall 1997	Anslag 1998	Utgifts- prognos 1998	Förslag anslag 1999	Beräknat anslag 2000	Beräknat anslag 2001
A1 Sjukvårdsförmåner m.m.	15 390	1 550	1 705	1 992	1 992	1 992
A2 Bidrag för läkemedelsförmånen	0 ¹	13 491	13 630	13 491	13 491	13 491
A3 Bidrag till hälso- och sjukvård	981,6	939,4	936,9	985,6	955,9	955,9
A4 Insatser mot aids	141,2	65,6	74	51,6	65,6	65,6
A5 Bidrag till WHO	38,4	33,7	34,4	34,4	34,4	34,4
A6 Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar	2,6	2,6	2,6	1,6	2,6	2,6
A7 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan	16,9	16,8	16,7	16,3	17,1	17,4
A8 Folkhälsoinstitutet	119,0	110,2	121	109	111,1	113,2
A9 Smittskyddsinstitutet	97,9	98,9	125,4	108,8	109,7	111,4
A10 Institutet för psykosocial medicin	10,3	10,9	11,1	11,1	11,3	11,5
A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik	23,2	15,5	20	33,9	34,5	35,1
A12 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	20,9	22,9	21,7	22,4	22,8	23,2
Totalt för utgiftsområde Hälso- och sjukvård	16 872²	16 387²	16 728²	16 858	16 848	16 853

¹ Ingick i A1 Sjukvårdsförmåner m.m.

² Inkl. Ersättning till Spr 29,7

4.5 Förslag till regeländringar

Tandvårdsförsäkringen

Regeringens förslag: Ordet odontologisk fakultet byts i 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) ut mot högskola där odontologisk utbildning och forskning bedrivs.

Skälen för regeringens förslag: I 2 kap. 3 § AFL anges bl.a. att ersättning från försäkringen skall lämnas för tandvård som ges vid odontologisk fakultet. Begreppet fakultet skall efter en ändring i högskolelagen (1992:1434) inte längre användas (se SFS 1997:797) efter den 1 januari 1999 utan bytas ut mot vetenskapsområde. Begreppet odontologisk fakultet behöver därför bytas ut i 2 kap. 3 § AFL för att anpassa lagstiftningen till den nya organisationen vid högskolorna.

Avsikten med nuvarande lagstiftning är att tandvård som ges vid en högskola eller ett universitet där odontologisk utbildning och forskning bedrivs skall omfattas av tandvårdsförsäkringen. Regeringen föreslår därför att begreppet odontologisk fakultet byts ut mot det i rutan angivna begreppet. Förslaget innebär inte någon ändring i sak.

Apoteket AB

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att träffa avtal med Apoteket AB (publ) om bolagets fortsatta verksamhet i enlighet med de riktlinjer som riksdagen tidigare ställt sig bakom.

Regeringen har bemyndigats (prop. 1996/97:27 bet. 1996/97:SoU5, rskr. 1996/97:58) att för åren 1997 och 1998 träffa överenskommelse med Apoteket AB om bolagets verksamhet. Frågan om den framtida läkemedelsdistributionen har utretts av Läkemedelsdistributionsutredningen, som lämnat betänkandet Läkemedel i vård och handel (SOU 1998:28) till regeringen i januari i år.

Utredarens förslag bereds för närvarande inom regeringskansliet och eventuella förändringar med anledning av utredarens förslag kan därför inte genomföras i år. I avvaktan på att behandlingen av utredningens förslag kan slutföras

måste sålunda avtal om verksamheten träffas för tiden efter den 31 december 1998, då nu gällande avtal löper ut. Regeringen föreslås därför få riksdagens bemyndigande att, i enlighet med de riktlinjer som riksdagen tidigare ställt sig bakom (prop. 1996/97:27, bet. 1996/97:SoU5, rskr. 1996/97:58), träffa avtal med Apoteket AB om bolagets fortsatta verksamhet.

4.6 Anslag

A1 Sjukvårdsförmåner m.m.

Tabell 4.3 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	15 390 415 ¹	Anslags-sparande	-842 ²
1998	Anslag	1 550 000	Utgifts-prognos	1 705 000
1999	Förslag	1 992 000		
2000	Beräknat	1 992 000		
2001	Beräknat	1 992 000		

¹ Inkluderar även läkemedelsförmånen

² Avser 10 % av överskridande av 1997 års anslag A1 Sjukvårdsförmåner m.m.

Anslaget omfattar under år 1998 vuxentandvård (tandvårdsförsäkringen), finansieringen av Handikappinstitutet, utgifter för sjukvårdsförmåner i vissa internationella förhållanden samt kostnaderna för viss sjukhusvård. T.o.m. år 1997 omfattade anslaget även utgifterna för läkemedelsförmånen vilka fr.o.m. år 1998 finansieras genom ett särskilt statsbidrag och redovisas under ett särskilt anslag, anslaget A2 Bidrag för läkemedelsförmånen, under detta utgiftsområde.

Från och med år 1999 kommer två förändringar att påverka nivån på utgifterna under anslaget. Dels tillförs medel för att möjliggöra införandet av ett reformerat tandvårdsstöd, dels upphör finansieringen av Handikappinstitutet genom sjukförsäkringen. En konsekvens av tandvårdsreformen är att en del av utgiftsramen för tandvård förs över till landstingen. Sammantaget innebär förändringarna en höjning av utgifterna för anslaget i förhållande till vad som tidigare beräknats.

Ovanstående innebär att regeringen fr.o.m. år 1999 beräknar utgifter för två ändamål under anslaget; ersättningar till sjukvårdshuvudmännen samt tandvårdsersättning. De beräknade utgifterna i miljoner kronor för dessa ändamål åren 1998–2001 framgår av följande tabell.

Tabell 4.4 Fördelning på ändamål

Miljoner kronor

Ändamål/år	1998	1999	2000	2001
Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen	150	505	505	505
Tandvårdsersättning	1 400	1 487	1 487	1 487
Totalt	1 550	1 992	1 992	1 992

Den 1 januari 1997 infördes ett nytt förmånsystem för läkemedel vilket synes ha haft avsedd effekt i fråga om att begränsa kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen. Sedan den 1 augusti 1997 omfattas inte längre receptfria läkemedel – med vissa undantag – av läkemedelsförmånen.

Den 1 oktober 1997 höjdes självriskan för en behandlingsperiod i tandvårdsförsäkringen från 700 till 1 300 kronor. Som en följd härav inträffade under hösten 1997 en påtaglig uppgång i utgifterna för tandvård. Denna ökning har – bl.a. till följd av övergångsbestämmelserna kopplade till denna höjning – påverkat utgifterna även under första halvåret 1998. Om denna utveckling fortsätter andra halvåret kommer anslagsposten för tandvårdsersättning att överskridas.

Anslagsposten ersättning till sjukvårdshuvudmännen överskreds under år 1997. Orsaken här till var lägre avgiftsintäkter än vad som tidigare beräknats i fråga om sjukhusvård för pensionärer samt obalans i betalningsströmmarna vad gäller kostnaderna för vissa sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden.

Från och med år 1998 har sjukvårdshuvudmännen övertagit administrationen av dessa sjukhusvårdsavgifter från socialförsäkringsadministrationen. Omläggningen innebär att huvudmännen själva debiterar och uppbär avgifterna och att några pensionsavdrag för sjukhusvård inte längre tillförs anslaget med undantag för avdragen avseende de sista två månaderna år 1997, vilka tillfördes anslaget i början av år 1998.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen

Enligt gällande ordning regleras både sjukförsäkringens utgifter och intäkter för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden gentemot annat

land (föranledda av i huvudsak EES-avtalet och EU-medlemskapet) slutgiltigt först flera år efter det att de uppkommit. Det är därför svårt att beräkna den årliga storleken av dessa utgifter och fluktuationerna mellan åren kan bli betydande.

Frågan om Handikappinstitutets verksamhetsinriktning, organisation och finansiering har varit föremål för översyn. Den 1 januari 1999 sker en ombildning av verksamheten till en ideell förening i vilken staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet är medlemmar (prop. 1997/98:57, bet. 1997/98:SoU19, rskr. 1997/98:223). Samtidigt ändras namnet till Hjälpmedelsinstitutet och finansieringen av institutet sker fr.o.m. år 1999 efter beslut av riksdagen inte längre genom sjukförsäkringen utan via ett särskilt statsbidrag som anvisas under anslaget A3 Bidrag till hälso- och sjukvård.

Läkemedelsförmånen

Resultatinformationen för läkemedelsförmånen redovisas under anslaget A2 Bidrag för läkemedelsförmånen.

Tandvård

I regeringens ekonomiska vårproposition för år 1997 aviserade regeringen sina planer på att senare förelägga riksdagen förslag om ett förändrat ersättningssystem för vuxentandvård med ikraftträdande den 1 januari 1999. Tandvårdsstödet skulle därigenom få en ändrad inriktning. Härmed avsågs att dels 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. En särskild utredare tillkallades efter sommaren 1997 med uppgift att före utgången av året lämna förslag om en ny inriktning på tandvårdsförsäkringen fr.o.m. år 1999. Avsikten var att efter remissbehandling av förslaget förelägga riksdagen en proposition som kunde behandlas under våren 1998.

I januari 1998 avlämnades betänkandet Tänder hela livet – nytt ersättningssystem för vuxentandvård (SOU 1998:2) vilket efter remissbehandling lades till grund för regeringens proposition Reformerat tandvårdsstöd (1997/98:112). Propositionen byggde i stort på utredningsbetänkandet med den viktiga skillnaden att regeringen förklarade sig beredd att tillskjuta ytterligare 500 miljoner kronor, varigenom utgiftsramen för vuxentandvård år 1999 skulle uppgå till 1 900 miljoner kronor. Avsikten med detta

tillskott var att möjliggöra införandet av ett särskilt skydd mot höga behandlingskostnader för främst protetik.

Riksdagen har godkänt propositionen (bet. 1997/98:SoU25, rskr. 1997/98:289) och det nya stödet – som träder i kraft den 1 januari 1999 – innebär en markant omläggning av samhällets stöd för vuxentandvård. Det reformerade tandvårdsstödet inriktas på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsofrämjande tandvården genom s.k. bastandvård. En annan del av stödet riktas till vissa äldre personer samt till andra personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov. Ett tredje område som skall rymmas inom utgiftsramen är ett särskilt högkostnadsskydd för mer kostnadskrävande behandlingar med protetik och tandreglering. Omläggningen innebär också att vissa delar av stödet till äldre, sjuka och funktionshindrade kommer att administreras av landstingen. Av utgiftsramen för vuxentandvård om 1 900 miljoner kronor beräknas därför en mindre del komma att överföras till landstingen för deras nya åtaganden. En överenskommelse mellan staten och landstingen om denna överföring beräknas kunna träffas inom kort.

Inom ramen för denna reformering av tandvårdsstödet görs också en satsning på bättre uppföljning och utvärdering av vuxentandvården. Som ett led i denna satsning får Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) fr.o.m. år 1999 utökade resurser med sju miljoner kronor för att utvärdera metoder på tandvårdsområdet. Dessa sju miljoner kronor tas från utgiftsramen för tandvårdsstödet och föreslås tillföras anslaget A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Vidare skall sammanlagt 13 miljoner kronor per år fr.o.m. år 1999 avsättas för ekonomiskt stöd till kompetenscentrer för sällsynta medicinska och odontologiska tillstånd. Dessa medel föreslås anvisas under detta anslag och disponeras av Socialstyrelsen. Av dessa medel skall fr.o.m. år 1999 sammanlagt åtta miljoner kronor per år utbetalas till vissa befintliga kompetenscentrer. Riksdagen uttalade vid behandlingen av propositionen om reformerat tandvårdsstöd att behovet av ett ytterligare kompetenscentrum rörande dentala material bör övervägas. Regeringen avser att uppdra åt Socialstyrelsen att utreda frågan. Vidare behöver vissa medel troligen avsättas för information om det reformerade tandvårdsstödet. Regeringen gör bedömningen att Socialstyrelsen inte kommer att behöva

disponera samtliga de resterande fem miljoner kronor som avsatts till kompetenscentrer under år 1999 för detta uppdrag. Regeringen anser att eventuellt överskjutande medel skall få användas av Socialstyrelsen för andra insatser inom myndighetens ansvarsområde under år 1999.

Slutsatser

Anslaget Sjukvårdsförmåner m.m. avser fr.o.m. år 1999 två ändamål; ersättningar till sjukvårdshuvudmännen och tandvårdsersättning. Genom att riksdagen godkänt propositionen om reformerat tandvårdsstöd, har den även ställt sig bakom att utgiftsramen höjs från 1 400 till 1 900 miljoner kronor för år 1999 för att möjliggöra införandet av detta, inklusive en satsning på förbättrad uppföljning och utvärdering av tandvården.

När det gäller utgiftsutvecklingen under år 1998 finns en risk för ett överskridande av anslagsbeloppet, och därmed ett utnyttjande av anslagskrediten. Detta beror dels på den ökade efterfrågan på tandvård som skedde i slutet av år 1997 i och med att självriskan höjdes, dels på att en efterfrågeökning inte kan uteslutas under slutet av detta år vad gäller mer kostnadskrävande behandlingar till följd av införandet av det reformerade tandvårdsstödet. Prognosen är dock mycket osäker och regeringen kommer att noga följa utvecklingen.

Den ersättning som lämnas till landstingen för de nya åtagandena i fråga om vuxentandvård för vissa patientgrupper kommer att redovisas under anslagsposten ersättningar till sjukvårdshuvudmännen. Vidare påverkas denna anslagspost av ombildningen av Handikappinstitutet till den ideella föreningen Hjälpmedelsinstitutet och den ändrade finansieringen av detta samt av att intäkter för pensionärers sjukhusvård i form av avdrag på utbetalda pensioner inte längre tillförs anslagsposten. En osäkerhetsfaktor som bör nämnas vid beräkningen av utgifterna är svårigheten att närmare förutse kostnader och intäkter för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden med hänsyn till regelsystemets utformning och de eftersläpningar i betalningsströmmarna som följer av detta.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 992 000 000 kronor anvisas under anslaget A1 Sjukvårdsförmåner m.m. för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 1 992 000 000 kronor vardera året.

A2 Bidrag för läkemedelsförmånen

Tabell 4.5 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	0	Anslags- sparande	-7 574 ¹
1998	Anslag	13 491 000	Utgifts- prognos	13 630 000
1999	Förslag	13 491 000		
2000	Beräknat	13 491 000		
2001	Beräknat	13 491 000		

¹ Avser 90 % av överskridande av 1997 års anslag A1 Sjukvårdsförmåner m.m.

Från detta anslag utbetalas fr.o.m. år 1998 statsbidrag till sjukvårdshuvudmännen till följd av det förändrade kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen. På grund av en viss eftersläpning i systemet med läkemedelsförmånen utbetalas från anslaget under år 1999 ersättning till sjukvårdshuvudmännen dels för kostnaderna för läkemedelsförmånen under månaderna november och december år 1998, dels för kostnaderna för läkemedelsförmånen under månaderna januari t.o.m. oktober år 1999.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Kostnaderna för läkemedelsförmånen har under de första åtta månaderna år 1998 ökat med 13 procent jämfört med samma period år 1997. Om hänsyn tas till överförandet av kostnadsansvaret för förbrukningsartiklar vid inkontinens (kostnaderna för förbrukningsartiklar vid inkontinens ingick fram t.o.m. år 1997 i detta anslag, men har fr.o.m. år 1998 överförts till de generella statsbidragen till landsting respektive kommuner) var denna ökning 26 procent. Den viktigaste orsaken till kostnadsökningen är att kostnaderna för läkemedelsförmånen år 1997 var relativt låga, beroende på att den hamstring av läkemedel som skedde i slutet av år 1996 ledde till en lägre efterfrågan på läkemedel under år 1997. Således minskade kostnaderna för läkemedelsförmånen år 1997 med 16 procent jämfört med år 1996. För år 1998 beräknas utgifterna under anslaget, bl.a. till följd av till sjukvårdshuvudmännen utbetalad vinstdelning om 584 miljoner kronor avseende år 1997, att uppgå till 13 630 miljoner kronor.

De ekonomiska villkoren för läkemedelsförmånen regleras årligen i en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. Överenskommelsen innebär att staten via detta anslag

lämnar ersättning till sjukvårdshuvudmännen för läkemedelsförmånen med ett fast månatligt belopp (en tolfedel per månad av den beräknade kostnaden enligt överenskommelsen) som utbetalas två månader i efterhand. För år 1998 uppgår den beräknade kostnaden enligt överenskommelsen till 12,7 miljarder kronor.

Den årliga 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 tillämpas vad gäller avvikelsen mellan den beräknade kostnaden enligt den årliga överenskommelsen och den faktiska kostnaden för läkemedelsförmånen, exklusive speciallivsmedel. Systemet med vinst- och förlustdelning innebär för år 1998 att det belopp varmed den faktiska kostnaden för läkemedelsförmånen underskrider den beräknade kostnaden enligt överenskommelsen delas mellan staten och landstingen i proportionerna 50 procent till staten och 50 procent till landstingen. På motsvarande sätt delas ett eventuellt kostnadsöverskridande så att staten svarar för 90 procent och landstingen för 10 procent av överskridandet. Landstingens ekonomiska åtagande begränsas dock till att omfatta högst 50 miljoner kronor.

Ett under- respektive ett överskridande av den beräknade kostnaden enligt överenskommelsen för år 1998 kommer att få betydelse för utgifterna under detta anslag för år 1999. Anledningen till detta är att vinst- eller förlustdelningen för läkemedelsförmånen för år 1998 skall regleras mot detta anslag och genomföras senast den 30 juni 1999.

I avvaktan på utfall av förhandling mellan staten och landstingen om kostnaderna för läkemedelsförmånen år 1999 budgeteras anslaget för åren 1999–2001 till vardera 13 491 000 000 kronor, vilket motsvarar nominellt oförändrat belopp jämfört med år 1998.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 13 491 000 000 kronor anvisas under anslaget A2 Bidrag för läkemedelsförmånen för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 13 491 000 000 kronor vardera året.

A3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tabell 4.6 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	981 640		
1998	Anslag	939 424	Utgifts- prognos	936 924
1999	Förslag	985 626	¹	
2000	Beräknat	955 926		
2001	Beräknat	955 926		

¹ Ändrad redovisningsprincip fr.o.m. år 1999. Anslaget inkluderar även ersättning till Spri och Hjälpmedelsinstitutet

Från anslaget utbetalas statsbidrag till landstingen (och motsvarande) i enlighet med de årliga överenskommelser som träffas mellan regeringen och Landstingsförbundet om vissa ersättningar. Bidragets användningsområden m.m. finns angivna i förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m.

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 (1989:301) betalas också från detta anslag, liksom även kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar.

En jämförelse mellan anslag och utfall för år 1997 visar ett överskott för anslaget om drygt 1,5 miljoner kronor. Överskottet bestod huvudsakligen av minskade kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar.

Från och med budgetåret 1999 ingår också den statliga ersättningen till Hjälpmedelsinstitutet och Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri) i anslaget. Dessa ersättningar har i budgetpropositionen för år 1998 redovisats under anslaget A1 Sjukvårdsförmåner m.m. respektive anslaget A5 Ersättning till Spri.

Frågan om Handikappinstitutets verksamhetsinriktning, organisation och finansiering har varit föremål för översyn. Den 1 januari 1999 sker en ombildning av verksamheten till en ideell förening i vilken staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet är medlemmar. Samtidigt ändras namnet till Hjälpmedelsinstitutet.

Spri är en allmännyttig ideell förening som har bildats av staten och Landstingsförbundet. Nuvarande finansieringsavtal avser perioden 1996–1999. 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.

Enligt finansieringsavtalet tillskjuter staten och Landstingsförbundet 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 avseende överenskommelsen mellan staten och landstingen för år 1997

Av redovisningar från Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Läkemedelsverket och Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) framgår att medlen inom ramen för överenskommelsen mellan staten och landstingen för år 1997 har använts för att uppnå de målsättningar som angavs i överenskommelsen, nämligen att stimulera verksamhet inom följande områden: god tillgänglighet i vården, patientens möjlighet till delaktighet, kunskapsbaserad hälso- och sjukvård, verksamhetsutveckling samt informationsförsörjning.

Av redovisningarna framgår bl.a. att utveckling av informationssystem för att följa vårdprocessens tidsförlopp och vårdens tillgänglighet pågår på flera håll i landet. Landstingen har anslutit sig till InfoMedicaprojektet. Under året påbörjades vidare arbete med att ta fram metoder för ständigt förbättringsarbete som fokuserar på processer och resultat som leder till ökad patienttillfredsställelse. Under år 1997 har ett tretiotial State of the Art dokument inklusive patientinformation tagits fram och huvudsakligen spridits via Socialstyrelsens hemsida på internet. Arbetet med att stödja läkemedelskommittéerna har inletts. En intensiv satsning på förbättrad informationsspridning och genomförande av SBU:s utvärderingar har också genomförts.

Överenskommelsen mellan staten och landstingen för år 1998

Den 18 december 1997 överlämnade regeringen en skrivelse med redogörelse för överenskommelsen om vissa ersättningar till sjukvårds-

huvudmännen m.m. för år 1998 till riksdagen (skr. 1997/98:51).

Ramen för det totala belopp som omfattas av överenskommelsen uppgår år 1998 till 1 217 miljoner kronor varav 931 miljoner kronor utgår från detta anslag och 286 miljoner kronor från sjukförsäkringen. Detta är 48 miljoner kronor mer än ramen för överenskommelsen för år 1997. Anledningen till detta är främst att ersättningen till landstingen för administration av ersättningar till privata vårdgivare tidigare legat utanför överenskommelsen men fr.o.m. år 1998 inordnats i densamma.

Liksom år 1997 skall huvuddelen av medlen år 1998 användas för att stimulera utvecklingen av metoder för att följa upp, utvärdera och bedöma sjukvårdens effekter inom tre huvudområden; en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård, verksamhetsutveckling och informationsförsörjning.

Överenskommelsen mellan staten och landstingen för år 1999

Den 30 april 1998 godkände regeringen överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. som tidigare hade träffats mellan företrädare för regeringen och Landstingsförbundet. Regeringen har överlämnat propositionen om patientens ställning (prop. 1997/98:189) till riksdagen. Propositionen innehåller en redogörelse för överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m.

Ramen för det totala belopp som omfattas av överenskommelsen för år 1999 uppgår till 1 182 miljoner kronor varav 947 miljoner kronor utgår från detta anslag och 235 miljoner kronor från sjukförsäkringen. Detta är 35 miljoner kronor mindre än ramen för överenskommelsen för år 1998. Anledningen till minskningen är att en del verksamheter som har finansierats via anslaget inom ramen för överenskommelsen mellan staten och landstingen fr.o.m. år 1999 föreslås organiseras och finansieras på annat sätt. Det gäller vissa insatser som utförs av Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) samt

vissa verksamheter som utförs av Socialstyrelsen. Från och med år 1999 föreslås därför 24 miljoner kronor överföras till anslaget C1 Socialstyrelsen och 11 miljoner kronor till anslaget A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.

Huvuddelen av medlen skall enligt överenskommelsen användas för att ytterligare stärka patientens ställning inom svensk hälso- och sjukvård. Det skall bl.a. ske genom att öka vårdens tillgänglighet och patienternas inflytande och delaktighet. Denna inriktning skall gälla under två år. Däremot regleras den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen för ett år i taget. Parterna kom vidare överens om att närmare klarlägga de ekonomiska, organisatoriska och praktiska förutsättningarna för en behandlingsgaranti. Regeringen har den 25 juni 1998 uppdragit åt Socialstyrelsen att beskriva och analysera förutsättningarna för och konsekvenserna av införandet av en behandlingsgaranti inom hälso- och sjukvården.

Mot bakgrund av att det i dag saknas tillförlitliga system för att följa tillgängligheten inom hälso- och sjukvården läggs i överenskommelsen särskild vikt vid denna fråga. Det är angeläget att fortsätta att utveckla och introducera system för att på ett jämförbart sätt i hela landet kunna redovisa väntetider och köer i den elektiva vården. Även tillgängligheten i den akuta sjukvården måste kunna följas liksom hur prioriteringar inom vården utvecklas. Det är vidare angeläget att utveckla redovisningen av vårdens resultat. I överenskommelserna för år 1998 och 1999 har dessutom avsatts medel för oberoende uppföljning av överenskommelsens olika delar.

Inom Kommittén (S 1994:02) om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) pågår för närvarande arbetet med kommitténs slutbetänkande vilket bl.a. kommer att behandla frågan om statlig styrning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Enligt vad regeringen har erfarit har en särskild studie gjorts av bl.a. statsbidragen till landstingen i enlighet med de årliga överenskommelser som träffas mellan regeringen och Landstingsförbundet om vissa ersättningar. Studien kommer bl.a. att bilda en bakgrund för kommitténs ställningstaganden. Kommittén skall avsluta sitt arbete senast den 1 mars 1999.

Resultatinformation avseende Spri

Av Spris årsredovisning för år 1997 framgår att institutet under året bedrivit projekt i enlighet med den inriktning som anges i finansieringsavtalet. I enlighet med finansieringsavtalet har också en utvärdering av Spris verksamhet 1996–1997 Utvärdering för utveckling (Spri rapport 471) överlämnats till Socialdepartementet och Landstingsförbundet. Utvärderingen skall utgöra underlag inför ett ställningstagande till Spris verksamhet efter år 1999. Av utvärderingsrapporten framgår bl.a. att bedömare anser att Spri målmedvetet har arbetat i den riktning som anges i avtal, stadgar och styrelsedirektiv. Spri har tagit fasta på flera synpunkter som framkommit vid tidigare utvärderingar. Planeringen av arbetet har vidare stramats upp på ett positivt sätt. Externa kontakter och nätverksdeltagande förefaller ha berikat verksamheten. Vidare konstaterar bedömare att det föreligger en bristfällig samverkan och samordning på nationell nivå i många frågor som berör svensk hälso- och sjukvård.

Spri överlämnade i februari 1998 en framställning om ersättning för åren 1999–2001. Utöver de medel som framgår av finansieringsöverenskommelsen hemställer Spri om ytterligare 5 miljoner kronor år 1999 för särskilda insatser inom informationsteknologiområdet. Institutet hemställer vidare om att få förlänga sin planeringsperiod t.o.m. år 2001 samt att regeringen tydliggör regelverket för utbetalning av kompensation för expeditionskostnader i samband med fjärrlån.

Landstingsförbundet har givit en särskild utredare i uppdrag att utreda Landstingsförbundets framtida engagemang i Spri. Uppdraget, som skall genomföras i samråd med regeringen, skall redovisas före utgången av oktober 1998.

Slutsatser

Överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. blir giltig under förutsättning av riksdagens godkännande av medel under detta anslag.

Det arbete som bedrivits inom Spri överensstämmer enligt regeringen väl med det gällande finansieringsavtalet och den inriktning vad avser Spris verksamhet som har godkänts av riksdagen med anledning av propositionen om Spris fortsatta verksamhet (prop. 1995/96:99 bet.

1995/96:SoU9, rskr. 1995/96:196). Vad avser förlängningen av finansieringsavtalet är regeringen, med nuvarande underlag, inte beredd att ta ställning till detta. Mot bakgrund av Landstingsförbundets utredning kan förändringar av ersättningen till Spri komma att aktualiseras.

Regeringens förslag till anslag för år 1999 innebär en ökning med drygt 46 miljoner kronor jämfört med år 1998. Anledningen till ökningen är dels att 51 miljoner kronor i enlighet med propositionen Ombildning av Handikappinstitutet (prop. 1997/98:57, bet. 1997/98:SoU19, rskr. 1997/98:223) och som avser bidrag inom hjälpmedelsområdet tillförts anslaget från anslaget A1 Sjukvårdsförmåner m.m. (av det nämnda beloppet avser 45,5 miljoner kronor bidrag till institutet), dels att den statliga ersättningen till Spri fr.o.m. år 1999 ingår i anslaget. Som en följd av pensionsreformen uppräknas även ersättningen till smittbärare med ca 500 000 kronor. Samtidigt föreslås, som ovan nämnts, att 35 miljoner kronor som tidigare anvisats under anslaget fr.o.m. år 1999 överförs till anslaget C1 Socialstyrelsen (24 miljoner kronor) respektive anslaget A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (11 miljoner kronor).

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 985 626 000 kronor anvisas under anslaget A3 Bidrag till hälso- och sjukvård för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 955 926 000 kronor vardera året.

A4 Insatser mot aids

Tabell 4.7 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	141 225	Anslags-sparande	9 662
1998	Anslag	65 622	Utgifts-prognos	74 000
1999	Förslag	51 622		
2000	Beräknat	65 622		
2001	Beräknat	65 622		

Anslaget avser särskilda insatser för att förebygga spridning av hiv/aids. Medlen skall användas till information och kunskapsspridning, stöd till psykosocialt arbete och till utvecklingsarbete. Från anslaget utbetalades ett extra bidrag till kommuner och landsting i storstadsregionerna fram t.o.m. år 1997. En

jämförelse mellan anslag och utfall för år 1997 visar på ett överskott om knappt 9,7 miljoner kronor vilket också motsvarar det ackumulerade anslagssparandet vid utgången av år 1997. Utgiftsprognosen för år 1998 beräknas till 74 miljoner kronor och det ackumulerade anslagssparandet beräknas uppgå till knappt 1,3 miljoner kronor vid utgången av år 1998. Under år 1999 avses medel för hiv/aids-förebyggande verksamhet även utgå från anslaget A2 Bidrag till särskilda insatser i kommuner och landsting under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

De hiv-preventiva arbetet har varit framgångsrikt. 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 upptäckts ca 250 personer med hiv-diagnos. Sedan år 1995 har antalet nya anmälda aidsfall minskat i Sverige. Största förändringen skedde bland homosexuellt smittade män, med en minskning på 61 procent. Bland heterosexuellt smittade har ingen motsvarande minskning skett under perioden. I den heterosexuellt smittade gruppen har det stora flertalet smittats utomlands. Minskningen av antalet anmälda aidsfall kan delvis förklaras av att de så kallade bromsmedicinerna började användas under år 1996.

Av avgörande betydelse för hur det preventiva arbetet lyckas är en väl fungerande verksamhet inom kommuner, landsting och frivilligorganisationer samt en god samverkan mellan dessa.

Folkhälsoinstitutet har ett nära samarbete med olika frivilligorganisationer vad gäller hiv/aids-frågor och lämnar ekonomiskt stöd till dessa. Det största ekonomiska stödet lämnas till Noaks Ark-Röda korset, RFSL och RFSU. En utvärdering av dessa organisationer visar att de har en 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 rikstäckande invandrарorganisationerna sam-

arbetar direkt med Folkhälsoinstitutet och spelar en aktiv roll i vissa projekt.

En utvärdering av det så kallade extra bidraget främst till storstäderna redovisades för riksdagen i budgetpropositionen för år 1997. Utvärderingen visade att det bedrivs ett mångfacetterat och avancerat arbete som bygger på genomarbetade handlingsprogram i de stora städerna.

Slutsatser

Det hiv-preventiva arbetet har varit mycket framgångsrikt och bör enligt regeringen få fortsatt hög prioritet. Den inriktning som angavs i budgetpropositionen för år 1998 ligger fast;

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

Till förebyggande hiv/aids-verksamhet i storstadsområdena fördelades för år 1998 90 miljoner kronor från det under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner uppförda anslaget A2 Bidrag för särskilda insatser i vissa kommuner och landsting. Syftet var att underlätta avvecklingen av en del av det tidigare specialdestinerade bidraget och att värna den verksamhet som byggts upp i samarbete mellan kommuner, landsting och frivilliga organisationer. Regeringens avsikt är att även för år 1999 värna om de verksamheter som byggts upp och medel avses utbetalas från anslaget A2 under utgiftsområde 25. En överföring från A4-anslaget bör engångsvis göras med 14 miljoner kronor till anslaget A2 under utgiftsområde 25. Bidraget skall användas för hiv/aids-förebyggande arbete i storstäderna.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 51 622 000 kronor anvisas under anslaget A4 Insatser mot aids för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 65 622 000 kronor vardera året.

A5 Bidrag till WHO

Tabell 4.8 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	38 365	Anslags-sparande	735
1998	Anslag	33 697	Utgifts-prognos	34 432
1999	Förslag	34 371		
2000	Beräknat	34 371		
2001	Beräknat	34 371		

Utgiften som belastar anslaget är Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationens (WHO) reguljära verksamhet. Avgiftens storlek bestäms av den tvåårsbudget som WHO:s beslutande församling antar. Avgiften för respektive verksamhetsår skall enligt WHO:s regler ha betalats in vid årets början. Budgeten för perioden 1998–1999 antogs i maj 1997. Avgiften för verksamhetsåret 1999 uppgår till 4 172 550 USD. Avgiften har reducerats i förhållande till WHO:s ursprungliga avgiftsavisering för år 1999, vilken uppgick till 4 944 560 USD. Detta beror på beslut av Världshälsoförsamlingen år 1998 om ändringar i bidragsskalan och att viss finansiering av budgeten skulle ske med tillgängliga fonderade medel samt att avdrag har gjorts för den rabatt som utgår till länder som har betalat medlemsavgiften på föreskrivet sätt.

För år 1998 kan utgiften beräknas till ca 34,4 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Resultatinformation och slutsatser

Samarbetet med WHO utgör en viktig del av den internationella verksamheten inom hälso- och sjukvården. Sverige har aktivt verkat för reformer inom WHO som kan möjliggöra stärkta och effektivare satsningar inom prioriterade verksamhetsområden. I detta ingår bl.a. att utveckla strategisk budgetering och följa upp användning av tillgängliga medel. I kraven på en god ekonomisk hantering har även ingått att medlemsländerna iakttar betalningsdisciplin. Med målet att effektivisera verksamheten har organisationen genomfört vissa förändringar samt påbörjat genomförandet av andra. Detta arbete kommer Sverige att aktivt verka för även i fortsättningen.

WHO fastställer i maj 1999 budgeten för perioden 2000–2001. WHO:s nyvalda generaldirektör, Gro Harlem Brundtland, kommer under hösten 1998 att presentera sitt budgetförslag inklusive förslag till nya insatsområden för att förbättra hälsoläget i världen. Hittills har medlemsländerna i WHO sett mycket positivt på hennes programförslag, varför en ökning i förhållande till nominellt oförändrad budget sannolikt kommer att accepteras. Samtidigt kan ökningarna i de frivilliga bidragen väntas. Regeringen avser att under hösten 1998 ge ett särskilt bidrag till WHO:s förnyelsearbete inom angelägna programområden. Bidrag till reformarbetet har också givits av bl.a. Norge, Danmark och Rockefeller-stiftelsen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 34 371 000 kronor anvisas under anslaget A5 Bidrag till WHO för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 34 371 000 kronor vardera året.

A6 Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar

Tabell 4.9 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	2 590	Anslags-sparande	0
1998	Anslag	2 591	Utgifts-prognos	2 591
1999	Förslag	1 591		
2000	Beräknat	2 591		
2001	Beräknat	2 591		

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 i Uppsala), som genom ett avtal mellan WHO och regeringen år 1978 fördes över till Sverige. Verksamheten 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 väl svarat upp mot den ökande efterfrågan av centrets tjänster. Av revisionsberättelsen för stiftelsens verksamhetsår 1997 framgår att det funnits tillgångar på ett bankkonto som först för år 1997 tagits upp i stiftelsens bokslut. Den 31 januari 1997 uppgick dessa tillgångar till ca 2 miljoner kronor. Med hänvisning till dessa tillgångar gör regeringen bedömningen att en neddragning engångsvis av anslaget med 1 miljon kronor kan göras för år 1999, med bibehållen ambitionsnivå. Regeringen avser att ta initiativ till en översyn när det gäller frågan om former för och finansiering av verksamheten framdeles.

Mot bakgrund av ovanstående föreslås regeringen att 1 591 000 kronor anvisas under anslaget A6 Bidrag till WHO-enheten för rapportering av läkemedelsbiverkningar för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 2 591 000 kronor vardera året.

A7 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan

Tabell 4.10 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	16 936	Anslags-sparande	-136
1998	Anslag	16 800	Utgifts-prognos	16 664
1999	Förslag	16 300		
2000	Beräknat	17 085		
2001	Beräknat	17 427		

Nordiska hälsovårdshögskolan (NHV) utgör en del av Nordiska ministerrådets organisation. På högskolan bedrivs vidare- och efterutbildning av personal från de nordiska ländernas hälso- och sjukvårdssektorer 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 1999 kommer att fastställas först i november 1998. För år 1999 beräknas ett totalt anslag till NHV om drygt 37 miljoner kronor varav Sveriges andel beräknas uppgå till ca 16 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Resultatinformation och slutsatser

Sverige disponerar ca 40 procent 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 svenskar som söker kan årligen endast ca en tredjedel beredas plats.

Mot bakgrund av ovanstående gör regeringen bedömningen att en neddragning engångsvis av anslaget med 500 000 kronor kan göras för år 1999. Regeringen föreslår att 16 300 000 kronor anvisas under anslaget A7 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 17 085 000 kronor respektive 17 427 000 kronor. Skillnaderna i anslagsnivå mellan åren 1999 och 2000 består dels av att anslaget under år 1999 föreslås dras ned engångsvis med 500 000 kronor, dels av beräknad uppräknings av anslaget med anledning av pris- och löneförändringar.

A8 Folkhälsoinstitutet

Tabell 4.11 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	119 020	Anslags- sparande	16 089
1998	Anslag	110 178	Utgifts- prognos	121 000
1999	Förslag	109 047		
2000	Beräknat	111 077 ¹		
2001	Beräknat	113 151 ²		

¹Motsvarar 109 047 tkr i 1999 års prisnivå

²Motsvarar 109 047 tkr i 1999 års prisnivå

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 år 1997 visar att FHI minskade sitt anslagsparande med 15 560 000 kronor. Det ackumulerade anslagssparandet vid utgången av år 1997 uppgick till 16 089 000 kronor. En stor del av det utgående anslagssparandet är in-tecknat i fleråriga samarbetsavtal med forskningsinstitutioner.

Enligt prognoserna för år 1998 kommer utgifterna att överskrida anslaget och det ackumulerade anslagssparandet beräknas uppgå till knappt 5,3 miljoner kronor vid utgången av år 1998.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

FHI har enligt regeringens mening arbetat med målen för verksamheten på ett tillfredsställande sätt. Institutets arbete med att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper har intensifierats. 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 för att förbättra hälsans villkor bland utsatta grupper.

FHI har under året satsat på en förstärkning av analys- och utredningsfunktionen, liksom på de internationella frågorna. Arbetet med att utveckla nationella hälsopolitiska handlingsprogram med betoning på att minska social ojämlikhet i hälsa har inletts på flera av institutets

verksamhetsområden och arbetet har kommit långt när det gäller tobak och skador.

Utvecklingen att bedriva folkhälsoarbete baserat på ett s.k. arenaperspektiv inleds i större skala med satsningen på hälsofrämjande skolor. Den fortsatta satsningen på kvinnors hälsa utgår bl.a. från hälso- och sjukvården som arbetsplats för många lågutbildade kvinnor. Satsningar har även inletts för att utveckla folkhälsoarbetet bland äldre och invandrare samt inom området hälsamiljö med inriktning på inomhusluft.

FHI:s tobakspreventiva insatser 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.

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 institutets deltagande i EU:s olika folkhälsoprogram.

FHI:s genderarbete utgår ifrån kunskap om skillnader mellan kvinnor och män både när det gäller hälsa och attitydpåverkan. Utgångspunkten är att man i det preventiva arbetet måste känna till och ta hänsyn till orsakerna bakom människors beteende.

Enligt FHI har uppdraget att vidareutveckla genderperspektivet inneburit en ökad medvetenhet om och intresse för hur det förebyggande och hälsofrämjande arbetet skall kunna profileras för olika målgrupper. Det som saknas är forskning och utvärderingar av olika förebyggande metoders effektivitet.

Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

Folkhälsoinstitutet finansierar varje år olika forsknings- och utvecklingsprojekt inom folkhälsoområdet. För flertalet av projekten upprättas fleråriga samarbetsavtal med olika forskningsinstitutioner. Detta innebär att FHI tar på sig ekonomiska förpliktelser för kommande budgetår. Regeringen föreslår att riksdagen medger att regeringen för anslaget A8 Folkhälsoinstitutet får ikläda sig sådana förpliktelser.

Beställarbemyndiganden för beviljande av forsknings- och utvecklingsmedel och beräknad anslagspåverkan under perioden 1999–2001 framgår av tabell 4.12 nedan.

Slutsatser

Regeringens bedömning är att FHI:s verksamhet utvecklas i enlighet med de riktlinjer som redovisades i den fördjupade anslagsframställningen för åren 1997–1999, om än i långsammare takt till följd av minskade resurser. Regeringen anser 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. Vidare bör FHI i högre grad utnyttja möjligheten att låta fler av institutets aktiviteter utvärderas av extern kompetens. Det är regeringens uppfattning att FHI ytterligare bör sträva efter att fokusera insatserna på att minska skillnaderna i ohälsa mellan olika grupper i samhället.

Anslagsberäkningen för FHI utgår från att regeringen föreslår en besparing om 3 miljoner

kronor. Dessa medel föreslås fr.o.m. år 1999 överföras till utgiftsområde 4 Rättsväsendet, för finansiering av åtgärder med anledning av riksdagens beslut om propositionen Kvinnofrid (prop. 1997/98:55, bet. 1997/98:JuU13, rskr. 1997/98:250).

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. En korrigerig har gjorts av den justering som genomfördes av anslaget för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se volym 1, bilaga 1, avsnitt 4).

Beräkning av anslaget för år 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	110 178
Pris- och löneomräkning	1 778
Justering av premier	91
Omfördelning till Uo4	-3 000
Förslag 1999	109 047

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 109 047 000 kronor anvisas under anslaget A8 Folkhälsoinstitutet för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 111 077 000 kronor respektive 113 151 000 kronor.

Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

Tabell 4.12 Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser

Tusental kronor

	1997 utfall	1998 prognos	1999 beräknat	2000 beräknat	2001– beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	(–)	(–)	0	108	108
Nya förpliktelser	(–)	(–)	108	18	18
Infriade förpliktelser*	(–)	(–)	0	18	18
Utestående förpliktelser vid årets slut			108	108	108
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam			108	108	108

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser

A9 Smittskyddsinstitutet

Tabell 4.13 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	97 949	Anslags-sparande	29 013
1998	Anslag	98 923	Utgifts-prognos	125 350
1999	Förslag	108 750		
2000	Beräknat	109 686	¹	
2001	Beräknat	111 422	²	

¹ Motsvarar 107 750 tkr i 1999 års prisnivå

² Motsvarar 107 750 tkr i 1999 års prisnivå

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 år 1997 visar ett anslagsöverskridande på 489 000 kronor. Ackrediteringen av SMI:s diagnostiska verksamhet och planeringen av flyttningen av SMI:s verksamhet till Karolinska institutets område har medfört kostnader som inte kunnat rymmas inom budgetramen. Tidigare års anslagssparande har utnyttjats för att täcka underskottet. Vid utgången av år 1997 uppgick det ackumulerade anslagssparandet till ca 29 miljoner kronor. Anslagssparandet är en följd av att SMI befunnit sig i en uppbyggnadsfas och därmed bl.a. haft många obesatta tjänster.

Enligt prognosen för år 1998 beräknas anslagssparandet minska med 23,2 miljoner kronor. Anslagssparandet beräknas behöva täcka dels verksamhetsöverskridanden under år 1998 på ca 7,4 miljoner kronor, dels flyttkostnader på ca 15,8 miljoner kronor varav 6,3 miljoner kronor hänförs till ökade hyreskostnader.

SMI flyttar under oktober 1998 den huvudsakliga verksamheten till Karolinska institutets område. Förhandlingar om byggkostnader och hyror för det nya säkerhetslaboratoriet samt det nya huset för försöksdjur pågår med Akademiska Hus AB. Säkerhetslaboratoriet beräknas stå klart i slutet av år 1999 och det nya djurhuset i slutet av år 2000. I och med dessa förändringar kommer SMI också behöva göra betydande investeringar i utrustning.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Enligt regeringens mening har SMI på ett tillfredsställande sätt arbetat med målen för verksamheten. SMI har under året aktivt medverkat till att skyddet mot smittsamma sjukdomar upprätthållits och förstärkts. Situationen i Sverige är tillfredsställande inom viktiga delområden. Resistensutvecklingen mot antibiotika är en av de mest gynnsamma i Europa. Vidare har antalet nyanmälda aids-fall minskat med över 50 procent under de senaste två åren och bland homosexuellt smittade män anmäldes endast en fjärdedel så många nya aids-fall år 1997 som år 1995. Minskningen har främst sin orsak i de nya antivirala medel som används i behandlingen och som skjuter upp utvecklandet av sjukdomen. Antalet kikhostefall i lägre åldrar har också minskat kraftigt till följd av att allmän kikhostevaccination införts, vilket har utprovats av forskningsprogram på SMI.

Sommaren 1997 ackrediterades SMI:s diagnostiska verksamhet av SWEDAC. Ackrediteringen innebär totalt sett en kvalitetshöjning av institutets verksamhet som referenslaboratorium.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.14 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter ¹	Kostnader	Resultat (Intäkt-kostnad)
Utfall 1997	15 809 (25%)	18 249	-2 440
Prognos 1998	18 850 (25%)	20 000	-1 150
Budget 1999	15 000 (25%)	17 000	-2 000

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.

SMI bedriver uppdragsverksamhet inom försöksdjursverksamheten (djurhuset) och den speciella diagnostiken. Den speciella diagnostiken skall finansieras med avgifter med full kostnads-täckning. För försöksdjursverksamheten har SMI medgivits undantag från 5 § avgiftsförordningen (1992:191). Inkomsterna disponeras av SMI.

Försöksdjursverksamheten redovisade ett underskott på ca 2,2 miljoner kronor för år 1997 och prognosen för år 1998 visar på ett underskott om ca 0,7 miljoner kronor. Underskotten beror på ökade kostnader för drift och underhåll av fastigheten och inköp av djur samtidigt som omfattningen av verksamheten minskat och prisnivån är för låg. Fr.o.m. den 1 juni 1998 gäller dock en ny prislista som förväntas generera något ökade intäkter. Problematiken kring möjligheten att uppnå full kostnadstäckning kvarstår dock. Tills denna fråga är utredd skall eventuella underskott 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. Medlen var bl.a. tänkta att täcka vissa kostnader till följd av renoveringar av nuvarande djurhus. Dessa planer har dock fått ändras eftersom de skärpta krav som ställs på djurhållningen medför att ett nytt djurhus måste byggas. SMI har emellertid gjort vissa renoveringar i nuvarande djurhus som bl.a. bidragit till underskotten i verksamheten.

Målet full kostnadstäckning har inte kunnat uppfyllas för uppdragsverksamheten inom den speciella diagnostiken de senaste åren. Den speciella diagnostiken redovisade ett underskott på 243 000 kronor år 1997 och för år 1998 beräknas underskottet uppgå till ca 450 000 kronor. Underskotten beror bl.a. på ökade kostnader för ackreditering av verksamheten. Avgifterna höjdes fr.o.m. den 1 september 1997. De nya priserna har dock inte medfört att full kostnadstäckning kunnat uppnås under år 1998. Som en följd av detta har en arbetsgrupp tillsatts inom SMI för att se över och analysera den speciella diagnostiken samt komma med förslag på förändringar.

SMI mottar även externa medel för forskningsuppdrag och annan uppdragsverksamhet. För år 1999 beräknas de externa forskningsmedlen uppgå till ca 40 miljoner kronor.

Slutsatser

SMI flyttar under oktober 1998 den huvudsakliga verksamheten till nybyggda lokaler på Karolinska institutets område. De nya lokalerna medför ökade hyreskostnader på ca 7 miljoner kronor år 1999. SMI:s hyreskostnader kommer att öka med ytterligare ca 10 miljoner kronor per år de kommande två budgetåren, under år 2000

till följd av det nya säkerhetslaboratoriet och under år 2001 till följd av det nya djurhuset. Hyreskostnaderna i det nya säkerhetslaboratoriet och framför allt i det nya djurhuset är dock fortfarande osäkra.

Förutom att SMI:s ramanslag successivt kommer att behöva höjas de kommande tre åren till följd av ökade hyreskostnader, kommer myndigheten också under en tioårsperiod att årligen behöva tillföras extra resurser för att klara av kapitalkostnaderna för sina egna investeringar på ca 50 miljoner kronor i de nya lokalerna samt i djurhuset. Kapitalkostnaderna för år 1999 kommer dock att kunna täckas av det prognostiserade anslagssparandet.

Smittskyddet ingår även som en viktig del i Funktionen hälso- och sjukvård m.m. under utgiftsområde 6 Totalförsvaret. I syfte att stärka beredskapen inom funktionen har därför regeringen den 1 oktober 1998 fattat beslut om att 13 miljoner kronor får utbetalas för direktinvesteringar i SMI:s byggnad för säkerhetslaboratorier.

Regeringen anser att SMI:s anslag för år 1999 bör höjas med 6,8 miljoner kronor för att täcka ökade hyreskostnader och för att tillförsäkra fortsatt verksamhet när det gäller övervakning av antibiotikaresistens. Myndigheten har vidare hemställt om anslagsmedel för nya uppgifter när det gäller smittskyddet i samband med miljöfrågor samt för att kunna täcka underskotten inom den speciella diagnostiken. Regeringen har inte kunnat tillmötesgå myndighetens önskemål om ytterligare medel på dessa områden. När det gäller den senare frågan vill regeringen avvakta resultatet av den arbetsgrupp som SMI nyligen tillsatt för att analysera underskotten inom den speciella diagnostiken och komma med förslag på förändringar.

Regeringen är medveten om att SMI:s ekonomiska situation är ansträngd och kommer därför att noga följa den ekonomiska utvecklingen inom myndigheten samt effekterna av de omprioriteringar som kan komma att behöva vidtas under år 1999 för att klara verksamheten inom given resursram.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. En korrigerande justering har gjorts av den justering som genomfördes av anslaget för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se volym 1, bilaga 1, avsnitt 4).

Beräkning av anslaget för år 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	98 923
Pris- och löneomräkning	2 736
Justering av premier	291
Omfördelning från andra myndigheter inom utgiftsområde 9	6 800
Förslag 1999	108 750

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 108 750 000 kronor anvisas under anslaget A9 Smittskyddsinstitutet för 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 109 686 000 kronor respektive 111 422 000 kronor. I beräkningen för åren 2000 och 2001 har emellertid inte hänsyn tagits till de kostnadsökningar som uppkommer till följd av det nya säkerhetslaboratoriet respektive det nya djurhuset. Regeringen återkommer till detta under år 1999 då SMI:s resursbehov skall kunna bedömas bättre. Skillnaden i anslagsbelopp mellan åren 1999 och 2000 består dels av att 1 miljon kronor av de medel som tillförs SMI från andra myndigheter inom utgiftsområde 9 endast tillförs engångsvis för år 1999, dels av beräknad uppräknings av anslaget med anledning av pris- och löneförändringar.

A10 Institutet för psykosocial medicin¹

Tabell 4.15 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	10 279	Anslags-sparande	503
1998	Anslag	10 853	Utgifts-prognos	11 054
1999	Förslag	11 110		
2000	Beräknat	11 311 ¹		
2001	Beräknat	11 482 ²		

¹ Motsvarar 11 110 tkr i 1999 års prisnivå² Motsvarar 11 110 tkr i 1999 års prisnivå

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 anslag och utfall för år 1997 visar att det ackumulerade anslagssparandet ökade med 327 000 kronor och uppgick vid 1997 års slut till ca 503 000 kronor. IPM har i delårsrapporten avseende första halvåret 1998 redovisat en utgiftsprognos för år 1998 om knappt 11 054 000 kronor. Detta innebär att anslagssparandet vid utgången av år 1998 beräknas uppgå till 302 000 kronor.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Myndigheten har under senare år inriktat sin verksamhet på såväl grundforskning som tillämpad forskning samt kunskaps- och informations-spridning. Samtliga enheter inom IPM deltar på olika sätt i kunskapsspridning genom publikationer, föreläsningar, kurser för allmänheter, institutioner och organisationer. IPM är organisatoriskt tätt knutet till Karolinska Institutet, därigenom kan ett utbyte och en korsbefrukning av forskningen ske.

Institutets verksamhet är inriktad på att förstå sambandet mellan livsförhållanden, psykisk hälsa och kroppslig hälsa. Myndighetens forskning har särskilt koncentrerats på psykologiska och psykofysiologiska långtidsmekanismer som orsaksbakgrund till sambandet mellan hälsa och psykosocial livsmiljö.

Mot bakgrund av den samhällsförändring som omvandlingen av arbetsmarknaden har inneburit har forskningen inriktats på psykosociala konsekvenser till följd av arbetslösheten, internationaliseringen av arbetslivet och nya fysiska riskfaktorer som kan interagera med psykosociala faktorer när det gäller hälsoeffekter.

IPM:s verksamhet uppvisar en hög vetenskaplig kvalitet. Forskarna vid institutet anlitas flitigt som granskare av artiklar i internationella vetenskapliga tidskrifter, som föreläsare vid internationella och nationella konferenser och som producenter och rådgivare i annan typ av kunskapsspridning.

Genderperspektivet är en central utgångspunkt för myndighetens forskning. IPM arbetar sedan länge med ett flertal projekt där forskningen redovisas separat vad gäller resultat för män respektive kvinnor. Genderperspektivet an-

¹ Tidigare anslaget Statens institut för psykosocial miljömedicin

vänds bl.a. vad gäller forskning om psykosociala upplevelser.

IPM har i en skrivelse till regeringen den 31 augusti 1998 aktualiserat frågan om ett namnbyte för myndigheten. IPM anser att det nuvarande namnet är otydligt och att det inte på ett adekvat sätt speglar myndighetens nuvarande verksamhet. IPM föreslår att myndighetens namn därför bör ändras till Institutet för psykosocial medicin (IPM).

Regeringen anser att förutsättningarna att bedöma resultaten av IPM:s verksamhet har förbättrats jämfört med tidigare år. Orsaken till detta är främst att IPM i sin årsredovisning för år 1997 redovisar sina prestationer på ett sätt som möjliggör jämförelser över tiden. Regeringen anser att IPM:s årsredovisning visar att myndigheten på ett tillfredsställande sätt arbetat med målen för verksamheten.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.16 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt-kostnad)
Utfall 1997	6 066	6 066	0
Prognos 1998	8 475	8 475	0
Budget 1999	6 375	6 375	0

Tabellen ovan bygger på en uppskattning utifrån budgetunderlaget för perioden 1999–2001. För år 1999 beräknas de externa medlen för forskningsuppdrag uppgå till 6 375 000 kronor. Detta innebär en minskning med drygt 2 miljoner kronor jämfört med år 1998. Regeringen anser att IPM bör sträva efter en successiv ökning av den externa finansieringen.

Regeringens bedömning med anledning av revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att IPM:s årsredovisning för år 1997 i allt väsentligt är rättvisade. Den ekonomiska värderingen som RRV har utfört av samtliga myndigheter har beträffande Statens institut för psykosocial miljömedicin givit EA-värdet tillfredsställande.

RRV har i en särskild revisionspromemoria till IPM gjort vissa uttalanden om IPM:s ekonomiska administrativa rutiner samt bokföringsrutinerna.

Regeringen instämmer i huvudsak med RRV:s påpekanden. Under föregående år har IPM arbetat med att förstärka ekonomiadministration. Regeringen anser att detta arbete bör fortsätta även under kommande år.

Slutsatser

Regeringen anser att IPM bör byta namn till Institutet för psykosocial medicin (IPM). De mål och den inriktning som tidigare beslutats avseende IPM:s verksamhet bör ligga fast för år 1999.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. En korrigerande justering har gjorts av den justering som genomfördes av anslaget för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se volym 1, bilaga 1, avsnitt 4).

Beräkning av anslaget för år 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	10 853
Pris- och löneomräkning	206
Justering av premier	51
Förslag 1999	11 110

Regeringen föreslår att 11 110 000 kronor anvisas under anslaget A10 Institutet för psykosocial medicin för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 11 311 000 kronor respektive 11 482 000 kronor.

A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik

Tabell 4.17 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	23 176	Anslags-sparande	4 458
1998	Anslag	15 517	Utgifts-prognos	19 975
1999	Förslag	33 896		
2000	Beräknat	34 494 ¹		
2001	Beräknat	35 081 ²		

¹ Motsvarar 33 896 tkr i 1999 års prisnivå

² Motsvarar 33 896 tkr i 1999 års prisnivå

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet genom att verka för ett ratio-

nell utnyttjande av givna resurser inom hälso- och sjukvården genom att utvärdera befintlig och ny medicinsk metodik. Utvärderingarna skall vila på vetenskaplig grund och ske utifrån medicinska, ekonomiska, sociala och etiska utgångspunkter.

En jämförelse mellan anslag och utfall för år 1997 visar att det ackumulerade anslagssparandet ökade med ca 450 000 kronor och uppgick den 31 december 1997 till 4 458 000 kronor. Enligt utgiftsprognosen för år 1998 kommer SBU under året att förbruka hela anslaget samt hela det ackumulerade anslagssparandet.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

SBU har under året avslutat fyra större vetenskapliga utvärderingar om Neuroleptika, Livsstilsprogram, Kirurgi vid reumatism samt Anti-oxidanter. För neuroleptika har förberedelser gjorts för att kunna utvärdera effekterna av rapporten om två till tre år, eftersom tillämpad praxis ofta avviker från vad som är vetenskapligt baserat. Under året har SBU bedrivit sammanlagt 24 projekt, exklusive de psykiatriska projekten, varav 19 är större projekt. De fyra psykiatriprojekten som startat föregående år har fortsatt samt förberedelser för ytterligare tre påbörjats. SBU lägger ned ett omfattande arbete på att försäkra sig om vetenskapligt hög kvalitet.

För att SBU:s utvärderingar skall få genomslag i vården måste de spridas och resultaten översättas i praktisk tillämpning. SBU har under år 1997 väsentligt utökat sina insatser inom området information och marknadsföring. I den årliga undersökning som SBU gör om målgruppernas kännedom och syn på SBU redovisas att nästan 100 procent av ledande administratörer, 80 procent av läkarna och 70 procent av landstingspolitikerna numera känner till SBU och dess verksamhet. Av dem som känner till SBU har 90 procent av administratörerna, 70 procent av läkarna och drygt 60 procent av politikerna angett att de haft praktisk nytta av SBU:s resultat i sitt arbete. Undersökningen visar att SBU:s intensifierade information haft effekt och att SBU:s rapporter har relevans för beslutsfattare inom sjukvården. SBU:s rapporter finns vidare tillgängliga för sökning i ett flertal medicinska databaser. Korta sammanfattningar av SBU:s rappor-

ter och pågående projekt finns också på SBU:s hemsida på internet.

SBU har fortsatt sitt arbete som sekretariat för det internationella nätverket INAHTA. SBU har även arbetat vidare med att fördjupa samarbetet om utvärdering inom Europa.

I samtliga projekt belyses i vilken utsträckning genderaspekter behandlats i den granskade forskningen. Projektgrupperna har också i uppdrag att inom sina områden framhålla kunskapsluckor som beror på att något kön studerats otillräckligt.

SBU har under året inlett ett samarbete vid planeringen av nya projekt med framförallt Socialstyrelsen och Läkemedelsverket för att undvika dubbelarbete. SBU har även samarbetat med Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Landstingsförbundet och Spri om ett gemensamt informationssystem – Svenskt Medicinskt Fönster – som startade i december 1997. Vidare har SBU slutit avtal med regioner och landsting om spridning av sina resultat. Ett 20-tal SBU-informatörer var år 1997 verksamma i 13 landsting med uppgiften att sprida kunskap om SBU:s utvärderingsresultat.

SBU har under de senaste åren genom riksdagsbeslut tilldelats särskilda medel för utvärderingar inom psykiatrin. Dessa medel har ännu inte helt tagits i anspråk och behöver kunna disponeras för att slutföra de nu pågående projekten. En intensiv satsning på förbättrad informationsspridning och implementering har gjorts under de två senaste åren med hjälp av finansiering från anslaget A3 Bidrag till hälso- och sjukvård i enlighet med de årliga överenskommelser som träffas mellan regeringen och Landstingsförbundet om vissa ersättningar. Under åren 1998 och 1999 kan SBU finansiera denna utökade verksamhet endast under förutsättning att SBU disponerar de medel från år 1997 som ännu inte kunnat utnyttjas. Med dessa förutsättningar räknar SBU i budgetunderlaget med oförändrad anslagsnivå för år 1999.

Slutsatser

Regeringen anser att SBU arbetar på ett tillfredsställande sätt för att uppnå målen för verksamheten. Inriktningen vad gäller SBU:s verksamhet bör ligga fast för år 1999. 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 år 1999.

En del verksamheter som tidigare har finansierats via anslaget A3 Bidrag till hälso- och sjukvård föreslås i överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m., organiseras och finansieras på annat sätt. Det gäller bl.a. vissa insatser som utförs av SBU. Detta innebär att 11 miljoner kronor som tidigare anvisats under anslaget A3 Bidrag till hälso- och sjukvård fr.o.m. år 1999 föreslås överföras till anslaget A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.

Regeringen har i propositionen Reformerat tandvårdsstöd (prop. 1997/98:112, bet. SoU 1997/98:25) påtalat det nationella behovet av utvärdering av odontologisk metodik och aviserat att denna verksamhet bör intensifieras. Det står klart att det även inom tandvården finns behov av en systematisk granskning av det vetenskapliga underlaget för verksamheten. Regeringen föreslår att denna funktion skall inrättas inom SBU samt att 7 miljoner kronor tillförs SBU:s anslag för ändamålet fr.o.m. år 1999.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. En korrigerigering har gjorts av den justering som genomfördes av anslaget för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se volym 1, bilaga 1, avsnitt 4).

Beräkning av anslaget för år 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	15 517
Pris- och löneomräkning	348
Justering av premier	31
Överföring från A3 Bidrag till hälso- och sjukvård	11 000
Tillfört m.a.a. proposition om reformerat tandvårdsstöd	7 000
Förslag 1999	33 896

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 33 896 000 kronor anvisas under anslaget A11 Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 34 494 000 kronor respektive 35 081 000 kronor.

A12 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tabell 4.18 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	20 932	Anslags-sparande	8 218
1998	Anslag	22 879	Utgifts-prognos	21 700
1999	Förslag	22 421		
2000	Beräknat	22 829 ¹		
2001	Beräknat	23 170 ²		

¹ Motsvarar 22 421 tkr i 1999 års prisnivå

² Motsvarar 22 421 tkr i 1999 års prisnivå

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (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 för år 1997 framgår att det under året uppkommit ett anslagssparande om 1,7 miljoner kronor och det ackumulerade anslagssparandet uppgick vid utgången av år 1997 till ca 8,2 miljoner kronor. Förklaringen till sparandet är enligt ansvarsnämnden att antalet inkommande ärenden inte har ökat i den utsträckning som tidigare beräknats.

Enligt den prognos för år 1998 som redovisas i delårsrapporten för första halvåret 1998 beräknas anslagssparandet öka med ca 1,2 miljoner kronor under året. Detta innebär att det ackumulerade anslagssparandet vid utgången av år 1998 beräknas uppgå till ca 9,4 miljoner kronor. Det överskott som uppstått kan användas för att minska ärendebalansen ytterligare. HSAN uppger vidare i sitt budgetunderlag för perioden 1999–2001 att avsevärda extra utgifter kan förutses under budgetåret 1999, framför allt på grund av en planerad flyttning. Kostnaderna i samband med millenieskiftet beräknas till 50 000–100 000 kronor för budgetåret 1999.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

HSAN:s årsredovisning för budgetåret 1997 visar att antalet inkomna ärenden till myndigheten har ökat. Antalet avgjorda ärenden är emellertid färre än år 1996, men överstiger något antalet inkomna. Antalet balanserade ärenden har minskat något, från 1 559 år 1996 till 1 529 år 1997. Regeringen anser att det uppnådda resultatet är godtagbart, sett mot bakgrund av att två av ärendena var mycket omfattande och tog åtskillig arbetskraft i anspråk.

Det uppställda målet om nedbringande av den genomsnittliga handläggningstiden för ärendena till en tid som inte överstiger sex månader har inte uppnåtts. Den genomsnittliga handläggningstiden har emellertid förkortats från 8,6 månader för år 1996 till 6,8 månader för 1997. Ett nytt ärendehanteringssystem har upphandlats och installerats under år 1997.

Nettokostnaden per avgjort ärende uppgick under år 1997 till 7 227 kronor och överstiger sålunda något den i budgetunderlaget för år 1997 beräknade om 7 200 kronor. Om man undantar de två ärenden som har varit av ovanligt stor omfattning blir nettokostnaden emellertid betydligt lägre, 7 060 kronor per ärende.

HSAN har under år 1997 samverkat med andra myndigheter och aktörer inom området, främst Socialstyrelsen och landstingens förtroendenämnder. Nämndens beslut sänds regelmässigt via e-post till ett antal intressenter. Information har också lämnats genom besvarande av förfrågningar från myndigheter, massmedier, forskare och allmänhet per telefon och post samt vid personliga besök.

HSAN har i årsredovisningen för år 1997 pekat på vissa av de möjligheter som finns till analys av verksamheten utifrån båda könsens utgångspunkter, dvs. till att anlägga ett genderperspektiv. Regeringen anser det viktigt att myndigheten under kommande år bedriver ett aktivt arbete med att integrera och vidareutveckla genderperspektivet i verksamheten.

Riksdagen antog i juni 1998 regeringens förslag till en ny lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (prop. 1997/98:109, bet. 1997/98:SoU22, rskr. 1997/98:290). Lagen innebär att nya möjligheter till åtgärder tillskapas i enskilda ärenden inför HSAN, bl.a. skall nämnden kunna föreskriva legitimerad personal en tre-årig provotid. Bestämmelserna om en ny sank-

tionsform kan medföra att nämndens arbetsbörda ökar något. Vidare utvidgas nämndens möjligheter att fatta beslut på ordförandenivå vilket bör leda till att den genomsnittliga handläggningstiden minskar.

Regeringen kan konstatera att det har visat sig vara svårt att göra tillförlitliga prognoser för den framtida ärendeutvecklingen. HSAN påpekar i sitt budgetunderlag för perioden 1999–2001 att nedskärningarna inom hälso- och sjukvården och den debatt dessa ger upphov till talar för att klagomålen kan komma att öka. Den förstärkning av möjligheten att utöva tillsyn som Socialstyrelsen fick i samband med att lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården trädde i kraft den 1 januari 1997 kan på sikt leda till att antalet ärenden ökar. Det finns även en viss tendens till ökning av antalet komplicerade ärenden.

Slutsatser

HSAN har enligt regeringens mening arbetat på ett tillfredsställande sätt med målen för verksamheten. Regeringen anser inte att det finns anledning att ändra den nuvarande inriktningen på myndighetens verksamhet. Den genomsnittliga handläggningstiden för ärenden bör dock nedbringas till en tid av högst sex månader under åren 1999–2001.

HSAN har ett relativt stort anslagssparande. Vidare överstiger anslaget för år 1998 de prognostiserade kostnaderna för det året. Enligt regeringens uppfattning bör det ackumulerade anslagssparandet användas för att minska ärendebalansen ytterligare samt till att tillgodose det extra medelsbehov som kan komma att uppstå under år 1999.

Anslagsberäkningen för år 1999 utgår från att regeringen föreslår en besparing om 1 miljon kronor. Dessa medel föreslås överföras till anslaget A9 Smittskyddsinstitutet.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. En korrigerig har gjorts av den justering som genomfördes av anslaget för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se volym 1, bilaga 1, avsnitt 4).

Beräkning av anslaget för år 1999*Tusental kronor*

Anslag 1998	22 879
Pris- och löneomräkning	448
Justering av premier	94
Omfördelning till SMI	-1 000
Förslag 1999	22 421

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 22 421 000 kronor anvisas under anslaget A12 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 22 829 000 kronor respektive 23 170 000 kronor.

4.7 Avgiftsfinansierad verksamhet

4.7.1 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 säkerheten 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 Läkemedelsverkets ordinarie verksamhet om 155 miljoner kronor för år 1999. Läkemedelsverket har i sitt budgetunderlag för år 1999 hemställt om en kostnadsbudget för ordinarie avgiftsfinansierad verksamhet på 166,7 miljoner kronor.

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 i EU är Läkemedelsverket en av de mest efterfrågade myndigheterna för rapportörskap och verket ligger också bland de främsta för att erhålla uppdrag inom proceduren för ömsesidigt erkännande. Läkemedelsverket har representerats på ordförandeposter i arbetsgrupper och i övrigt deltagit i sådana, ansvarat för utarbetande av riktlinjer och råd till industrin inom flera ämnesområden samt deltagit som experter i EU-kommissionens arbete och i internationella avtalsförhandlingar. Samtidigt har antalet nationellt avgjorda ärenden ökat för flera ärendetyper, delvis till följd av det relativt stora antalet godkända läkemedel för parallellimport, men också beroende på en ökning av antalet godkända generika och tillkommande styrkor. Målen har uppfyllts utom för nya kemiska substanser där antalet avgjorda ärenden har minskat med ca 20 procent vilket beror på att en allt större andel av denna typ av ärende handläggs inom den centrala proceduren.

Handläggningstiderna har minskat för flertalet ärendetyper och generellt gäller att ärenden som avgörs utan komplettering av sökanden i huvudsak är klara inom de uppsatta tidsramarna.

Den fortgående ökningen av andelen godkända ärenden leder till en fortsatt ökning av antalet läkemedel på den svenska marknaden. Intresset för parallellimport av läkemedel har ökat under året vilket har resulterat i 180 ansökningar om marknadsföringstillstånd. Av dessa godkändes 45 produkter under år 1997.

Regeringen gör bedömningen att Läkemedelsverket i allt väsentligt har uppfyllt målen för godkännandeverksamheten och efterkontroll och information om läkemedel samt verksamheten avseende läkemedelsnära produkter.

Den vetenskapliga kvalitetssäkringen av godkännande- och efterkontrollärenden är väl utvecklad. Systemet tar stora resurser i anspråk vilket beror på de komplexa frågeställningarna, stora ärendeflöden och korta handläggningstider.

Bland de godkända läkemedlen kan nämnas ett nytt läkemedel för behandling av Alzheimers sjukdom med mindre biverkningar än tidigare godkänt läkemedel, ett nytt läkemedel mot multipel skleros, vilket minskar utvecklingen av invaliditet, ett nytt läkemedel mot Parkinsons sjukdom, vilket medför minskat handikapp, det första läkemedlet mot en ovanlig form av venös blodpropp samt ett nytt högeffektivt läkemedel mot venös blodpropp i samband med ortopedisk kirurgi.

Läkemedelsverket har i årsredovisningens resultaträkning för budgetåret 1997 redovisat en total omsättning på 174 883 000 kronor och ett rörelseunderskott efter finansiella intäkter och kostnader på 2 048 000 kronor.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.19 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt-kostnad)
Utfall 1997	166 690	168 782	-2 092
Prognos 1998	157 000	183 200	-26 200
Budget 1999	156 000	166 700	-10 700

Läkemedelsverket har angivit en kostnadsbudget (166,7 miljoner kronor) som är större än den planeringsram som riksdagen har beräknat (155 miljoner kronor år 1999) 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 industrin samt satsningar på decentralisering av biverkningsrapporteringen.

Läkemedelsverket har ett ingående myndighetskapital år 1998 på 33 437 627 kronor. Dessa medel kommer att finansiera den underbalanserade verksamheten tillsammans med beräknade intäkter. Läkemedelsverket har föreslagit regeringen en höjning av avgifterna för läkemedel med ca 2,9 procent år 1999 för att klara finansieringen av läkemedelsverksamheten. Läkemedelsverket har dessutom föreslagit större höjningar för naturläkemedel och vissa utvärtes medel för att kunna finansiera verksamheten för de särbehandlade läkemedlen.

Tabell 4.20 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt-kostnad)
Utfall 1997	12 841	12 797	44
Prognos 1998	15 800	15 500	300
Budget 1999	15 800	15 590	210

Inom ramen för särskild uppdragsverksamhet redovisas uppdrag från Landstingsförbundet som avser producentobunden läkemedelsinformation.

Medel finns beviljade för år 1999 med 6 miljoner kronor.

Läkemedelsverket har i enlighet med uppdrag av regeringen redovisat förslag till nytt avgiftssystem för verksamheten från den 1 januari år 2000.

Slutsatser

Regeringen anser att Läkemedelsverket på ett tillfredsställande sätt arbetat med målen för verksamheten. Regeringen anser att den nuvarande inriktningen för Läkemedelsverkets verksamhet bör kvarstå.

4.8 Övrig statlig verksamhet

4.8.1 Apoteket AB

Förvärv av aktier i Apoteket AB

Riksdagen bemyndigade i juni 1996 regeringen att vidta de åtgärder som behövs för att nå ett hundra procentigt statligt ägande av Apoteksbolaget AB (publ), sedan den 1 januari 1998 benämnt Apoteket AB (publ) (prop. 1995/96:141, bet. 1995/96:NU26, rskr. 1995/96:302). Staten har nu förvärvat Apoteksbolaget AB:s pensionsstiftelses tredjedel av aktierna i Apoteket AB. Bolaget är därmed helägt av staten. Köpeskillingen uppgår till 1,1 miljarder kronor. Staten har finansierat köpet genom att ta upp ett lån i Riksgäldskontoret. Staten avser att under år 1998 betala tillbaka lånet med del av den utdelning, som under året erhållits från Apoteket AB. Avtalet med stiftelsen innehåller också en bestämmelse om en villkorad tilläggssköpeskilling.

Apoteket AB:s verksamhet

Vid utgången av år 1997 bestod koncernen av moderbolaget Apoteket AB, de rörelsedrivande dotterbolagen Apoteksbolagets Kemi och Miljö AB, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi AB (IHE) samt intressebolagen Oy Tamro Abp, Fastighets AB Högberga och Kärhuset Pharmen AB.

Läkemedelsdistributionen sker genom ca 600 apotek. Den slutna vårdens behov av läkemedel tillgodoses av Apoteket AB via ettåriga entrepre-

nadavtal med sjukvårdshuvudmännen genom ca 100 särskilda sjukhusapotek, ofta kombinerade sjukhus- och expeditiionsapotek med försäljning också till allmänheten. I Apoteket AB:s distributionsservice ingår förutom apoteken även ca 1 000 apoteksombud. Dessa är enskilda näringsidkare som mot provision förmedlar receptbelagda läkemedel eller säljer vissa receptfria läkemedel från ett lager som ägs av Apoteket AB. Ombudens huvuduppgift är att tillgodose behovet av distribution av läkemedel företrädesvis i glesbygd.

Försäljningen under år 1997 uppgick till 21 508 miljoner kronor, en minskning med 8 procent jämfört med föregående år.

Från 1980-talet fram till och med år 1996 har försäljningen ökat konstant. Den minskade försäljningen år 1997 var en effekt av det nya systemet med läkemedelsförmånen som trädde i kraft den 1 januari 1997. Ändringen i läkemedelsförmånen ledde bl.a. till en hamstring av läkemedel

under senare delen av år 1996 vilket medförde en minskad försäljning under första halvåret 1997.

I enlighet med riksdagens beslut (prop. 1996/97:150, bet. 1996/97:FiU20) och genom statens särskilda ägardirektiv vid ordinarie bolagsstämma i Apoteksbolaget AB (publ) den 9 juni 1997 och vid ordinarie bolagsstämma i Apoteket AB (publ) den 15 juni 1998 har staten som ägare uttryckt att bolaget skall vidta åtgärder för att minska kostnaderna för verksamhetsåren 1998 och 1999 med sammanlagt 400 miljoner kronor. Apoteket AB har i skrivelser till Socialdepartementet i mars och april 1998 preliminärt visat att besparingarna genomförts. Åtgärderna skall slutligt redovisas av Apoteket AB senast den 1 februari år 2000.

Staten har vid ordinarie bolagsstämma i Apoteket AB (publ) den 15 juni 1998 uttalat att Apoteket AB skall sträva mot målet att uppnå ett resultat som medger en vinstutdelning till bolagets ägare avseende verksamheten år 1998 på omkring 100 miljoner kronor.

5 Social omsorg

5.1 Omfattning

Verksamhetsområdet omfattar samhällets insatser för äldre och funktionshindrade, barn och ungdomar samt socialt utsatta grupper. Området innefattar även alkohol- och narkotikafrågor.

Den sociala omsorgen är i huvudsak 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). Viktiga verksamheter är förutom äldre- och handikappomsorgen, bistånd i form av socialbidrag, vård av barn och unga samt vård av missbrukare och åtgärder för andra utsatta grupper i samhället. Den statliga tillsynen över socialtjänsten utövas av länsstyrelserna och Socialstyrelsen.

Statens stöd lämnas i huvudsak från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Till verksamhetsområdet hör sju statliga myndigheter; Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus), Handikappombudsmannen, Barnombudsmannen (BO), Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA), Statens institutionsstyrelse (SiS), Alkoholinspektionen samt Alkoholsortimentsnämnden. Under verksamhetsområdet redovisas bl.a. bidrag till vårdartjänst, bilstöd, personlig assistans, stöd till kommunerna för att utveckla missbruks- och ungdomsvården samt bidrag till organisationer på det sociala området och till handikapp- och pensionärsorganisationer.

Utgiftsutvecklingen

Miljoner kronor (löpande priser)

Utfall 1997	Anslag 1998 ¹	Utgifts- prognos 1998	Förslag anslag 1999	Beräknat anslag 2000	Beräknat anslag 2001
6 331 047	5 894 817	5 726 436	6 632 820	7 081 705	7 350 895

¹ Inklusivt beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 1998 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

5.2 Utgiftsutveckling

Verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

- Den statliga assistansersättningen, som regleras i lagen (1993:389) om assistansersättning har tillförts kraftigt ökade resurser. Prognosen för år 1998 är dock att utgiftsnivån nu har stabiliserats.
- De under år 1997 beslutade extra resurserna till kommuner och landsting har förbättrat förutsättningarna att bibehålla och i viss utsträckning höja kvaliteten i verksamheten. Uppföljningar av vården och omsorgen visar dock att det fortfarande finns brister.
- De individuella stöden till funktionshindrade har stor betydelse för att underlätta ett så självständigt liv som möjligt, men det finns brister när det gäller tillgängligheten i samhällsmiljön som helhet.
- Kostnaderna för socialbidrag minskar.

- Arbetet har påbörjats med att redovisa, analysera och utveckla alla verksamheter utifrån ett genderperspektiv.

Förändringar

- Genom riksdagens beslut i juni 1998 har grundvalarna för en ny äldrepolitik lagts fast. Nationella mål har formulerats och arbetet med att utveckla en långsiktig strategi för hur målen skall förverkligas, har inletts. Riksdagsbeslutet innebär också ändringar och tillägg i socialtjänstlagen avseende kvalitetssäkring inom äldre- och handikappomsorgen, skyldighet för personal att rapportera om missförhållanden samt förtydligande av avgiftsreglerna inom äldre- och handikappomsorgen. Särskilda medel föreslås avsättas för att stödja och påskynda utvecklingen när det gäller bl.a. stöd till anhöriga, forskning och tillsyn.
- Riksdagen har förelagts förslag till en strategi för det fortsatta arbetet med att förverkliga och genomföra FN:s barnkonvention i Sverige.

Mål för 1999

- Att personer med funktionshinder kan delta i samhällslivet och få tillgång till god omsorg och vård som bygger på den enskilda människans delaktighet och självbestämmande.
- Äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt, samt ha tillgång till god vård och omsorg.
- Att personer med sociala eller andra handikapp och försörjningssvårigheter får stöd, bistånd och god omsorg.
- Att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden.

- Att minska den totala alkoholkonsumtionen för att begränsa alkoholens skadeverkningar.
- Att verka för ett narkotikafritt samhälle genom insatser för att minska tillgången och efterfrågan på narkotika samt genom att få fler missbrukare att upphöra med sitt missbruk.

Prioriteringar för 1999

- 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.
- Inom handikappområdet kommer frågor om tillgänglighet och utformandet av en nationell handlingsplan att ha hög prioritet. Regeringen har i mars 1998 tillsatt en handikappdelegation med företrädare för handikapporganisationerna och en nationell samordningskommitté för handikappfrågor som har en nyckelroll i arbetet.
- Opinionsbildning och förebyggande åtgärder bland ungdomar skall ha en fortsatt hög prioritet i syfte att påverka attityder och förhållningssätt till alkohol och narkotika.
- Arbetet med att förverkliga barnkonventionen skall ha fortsatt hög prioritet liksom samarbetet kring vissa barnfrågor inom Östersjöstaternas råd (CBSS).
- Inom äldreområdet skall genomförandet av den nationella handlingsplanen prioriteras. En parlamentarisk äldreberedning skall tillsättas. Aktiviteter inom ramen för FN:s äldreår skall genomföras.
- Situationen för hemlösa har försvårats och regeringen vill i samarbete med kommuner och ideella organisationer satsa resurser och vidta åtgärder för att förbättra situationen för de hemlösa.

5.3 Resultatbedömning

5.3.1 Äldre

Målet för 1997 är att erbjuda en äldreomsorg som ger goda levnadsvillkor för äldre med olika behov av service, omvårdnad och vård och som bygger på den enskilda människans delaktighet och självbestämmande.

Kommunernas ansvar för äldreomsorgen regleras i socialtjänstlagen (1980:620) och i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). De grundläggande principerna för äldreomsorgen är att äldre skall känna trygghet samt bemötas med värdighet och respekt. Stor hänsyn skall tas till äldres egna önskemål och personliga integritet. Äldre personer skall kunna välja att bo kvar i sin egen bostad även när de har behov av omfattande vård och omsorg. När någon vill och/eller behöver flytta till en särskild boendeform skall detta vara möjligt.

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård innebär att de skall erbjuda en god hälso- och sjukvård i de särskilda boendeformerna och i dagverksamheter. I cirka hälften av landets kommuner ansvarar kommunerna även för hem-sjukvård i ordinärt boende.

Tillstånd och utveckling

År 1997 uppgick antalet personer 65 år och äldre till cirka 1,5 miljoner vilket motsvarar 17,4 procent av befolkningen. Antalet personer 80 år och äldre uppgick samma år till cirka 430 000 vilket motsvarar cirka 5 procent av befolkningen. Enligt Statistiska Centralbyråns (SCB) senaste befolkningsprognos kommer antalet personer 65 år och äldre att vara relativt konstant de närmaste fem åren för att därefter sakta börja öka. Under 2010-talet och decennierna därefter väntas ök-

ningen bli stor framförallt vad avser personer som är 80 år och äldre.

Majoriteten av de äldre har en god hälsa, som de behåller högt upp i åldrarna. En stor del har också omfattande kontakter med familj, vänner och grannar och är aktiva i föreningar, studie-cirklar etc. De äldres boendestandard är genomgående hög. Även om den generella bilden av äldres situation är ljus, finns det inom gruppen äldre de vars fysiska och psykiska hälsa samt livs-situation i övrigt medför att de har behov av omfattande och kvalificerade omsorgs- och vårdinsatser.

År 1997 fick i genomsnitt 16,9 procent av ålderspensionärerna, dvs. ungefär 260 000 personer, kommunal vård och omsorg antingen i ordinärt boende eller i särskilt boende. Det innebär att drygt 80 procent av de äldre klarar sig utan särskilda insatser från samhällets sida.

Det har skett en relativt kraftig förändring av hemtjänstinsatserna inom det ordinära boendet under åren 1992 till 1997. Färre personer har beviljats hemtjänstinsatser i ordinärt boende. Andelen personer med mindre omfattande hjälpinsatser har minskat, medan andelen personer med mer omfattande insatser successivt har ökat under perioden. Den totalt utdelade hjälpvolymen för år 1997 ligger på en nivå som är cirka 10 procent lägre än år 1988, om hänsyn tas till den över perioden förändrade ålderssammansättningen.

År 1997 bodde 3 procent i åldersgruppen 65–79 år i särskilt boende, medan andelen över 80 år i sådant boende uppgick till 23 procent. Bostadsstandarden i de särskilda boendeformerna är mycket varierande, även om en väsentlig höjning av standarden har skett under 1990-talet.

I Sverige utgör vård och omsorg om äldre ett kommunalt och landstingskommunalt ansvar. Nivån på tillgängliga resurser inom vård och omsorg beror därmed i stor utsträckning på utvecklingen inom den kommunala ekonomin.

Tabell 5.1 Offentliga utgifter (exkl. pensioner) för äldre

Miljoner kronor, 1995 års priser

	1993	1994	1995	1996	Förändring i % 1993–1996
Vård och hjälp i särskilt boende	27 981	28 937	27 591	30 135	7,7 %
kommunal	95 %	94 %	93 %	92 %	
landsting	0 %	0 %	0 %	0 %	
privat produktion ¹	5 %	6 %	7 %	8 %	
Vård och hjälp i ordinärt boende	9 657	9 416	9 210	9 973	3,3 %
kommunal	95 %	94 %	95 %	92 %	
landsting	0 %	0 %	0 %	0 %	
privat produktion ¹	5 %	6 %	7 %	8 %	
Färdtjänst	1 435	1 537	1 429	1 317	-8,2 %
kommunal	59 %	61 %	65 %	65 %	
landsting	41 %	39 %	35 %	35 %	
Totala utgifter för äldre (exkl. pensioner)	39 073	39 890	38 230	41 425	6,0 %
varav kommunal	94 %	93 %	92 %	99 %	2,8 %
landsting	2 %	2 %	1 %	1 %	-21,6 %
privat produktion ¹	4 %	6 %	7 %	8 %	85,4 %
Andel av BNP	2,5 %	2,5 %	2,3 %	2,5 %	
Kronor per inv. 65+ år	25 436	25 901	24 771	26 842	5,5 %
Kronor per inv. 80+ år	98 226	97 739	92 178	98 448	0,2 %

¹ Offentligt finansierad

Källa: SCB:s rapportering till Eurostat, ESSPROS (Integrerad statistik över utgifter och inkomster för det sociala skyddet).

De totala offentliga utgifterna för vård och omsorg till de äldre uppgick år 1996 till knappt 41,9 miljarder kronor. Jämfört med år 1993 innebär detta en ökning med 6 procent.

En ökande andel av verksamheten inom äldreomsorgen bedrivs av externa entreprenörer. År 1997 svarade privata entreprenörer för 10 procent av platserna i särskilt boende och 3 procent av hemhjälpn i det ordinära boendet. Enheter som drivs i enskild regi förekommer framför allt i storstäder, förortskommuner och i större kommuner, medan de praktiskt taget saknas helt i glesbygdskommuner och mindre kommuner. Nästan all verksamhet inom äldreomsorgen i enskild regi är finansierad och styrd av kommunerna.

Antalet årsarbetare inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen uppgick år 1997 till drygt 200 000 vilket är ca 8 000 färre än året innan. Därtill kommer anställda i verksamheter i enskild regi bedrivna på kommunal entreprenad. En stor del av de anställda utgörs av deltidsarbetande och timanställda kvinnor.

Kommunerna har i dag problem med att rekrytera arbetskraft till äldreomsorgen, särskilt till vissa yrkesgrupper. Personalbristen riskerar att

accentueras då en stor andel av personalen kommer att uppnå pensionsålder under de nämnda tio åren. I vissa grupper inom äldreomsorgen saknar en stor andel grundutbildning. Flera undersökningar har också visat på behovet av fortbildning och handledning för personalen.

Regeringen gav år 1996 Socialstyrelsen i uppdrag att under åren 1997 till 2000 följa utvecklingen inom äldreområdet. En första årsrapport från detta uppdrag redovisades i slutet av 1997.

Socialstyrelsens uppföljningar visar att många av de problem och brister inom äldreomsorgen som uppmärksammats efter ädelreformens genomförande fortfarande inte är åtgärdade. Bristerna omfattar såväl resursfrågor som förhållanden avseende vårdens och omsorgens inriktning och kvalitet. Kommunerna har i många fall haft svårt att leva upp till sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Brister konstateras också vad gäller landstingens insatser och då särskilt läkarnas medverkan i vården av personer i särskilt boende.

Vid en genomgång av länsstyrelsernas årsrapporter för år 1997 framgår att minskade resurser inom äldreomsorgen har medfört lägre personaltäthet som i kombination med ökad vårdtyngd påverkat kvaliteten negativt. Kommu-

nera har blivit allt mer restriktiva med att ge hjälp med vardagsaktiviteter såsom städning, tvätt, inköp av dagligvaror samt matlagning. Från flera län rapporteras en brist på platser i särskilt boende. Vidare uppmärksammar länsstyrelserna brister i personalens kompetens, frågor kring bemötande, handläggning, dokumentation och rättssäkerhet. Flera länsstyrelser påpekar att antalet anmälningar inom äldreomsorgen ökat, men att det är oklart om det beror på en försämring av verksamheten eller om det beror på det faktum att kvalitetsfrågor inom äldreomsorgen kommit att uppmärksammas i allt högre utsträckning under senare år.

I december 1995 beslutade regeringen tillkalla en särskild utredare med uppgift att kartlägga och analysera frågan om bemötande av äldre (dir. 1995:159). Utredningen har i december 1997 överlämnat slutbetänkandet Bemötandet av äldre (SOU 1997:170). Betänkandet har remissbehandlats under våren 1998. Inom ramen för utredningen har också ett antal delbetänkanden färdigställts och överlämnats till regeringen. Utredningen konstaterar att bemötandet och kvaliteten i vård och omsorg är mycket skiftande i kommuner och landsting. Även om det på många håll bedrivs en väl fungerande verksamhet för äldre personer finns områden där det krävs i vissa fall stora förbättringar för att åtgärda brister i kvalitet och bemötande. Det handlar bl.a. om enskildas och anhörigas ställning i vård och omsorg, förebyggande insatser, utbildning, fortbildning och handledning, arbetsledning och arbetsorganisation samt tillsyn.

De viktigaste statliga insatserna

Riksdagen beslutade i den ekonomiska vårpropositionen år 1997 om ett tillskott till kommuner och landsting om 4 000 miljoner kronor i syfte att undvika uppsägningar samt behålla kvaliteten i verksamheterna inom vård, skola och omsorg. Efter förslag i budgetpropositionen för år 1998 beslutade riksdagen att förstärka statsbidraget till kommuner och landsting för samma ändamål med ytterligare 4 000 miljoner kronor år 1998.

För att öka kunskaperna om behovet av att stödja anhöriga och utveckla metoder och former för detta beslutade riksdagen i enlighet med förslag i budgetpropositionen för år 1997 att lämna ett tidsbegränsat stimulansbidrag för utveckling av stödet till anhöriga på 7,5 miljoner

kronor. Socialstyrelsen gavs i regleringsbrev år 1997 i uppgift att administrera och fördela bidraget.

Riksdagen beslutade i juni 1997 om vissa ändringar i socialtjänstlagen (prop. 1996/97:124, bet. 1996/97:SoU18, rskr. 1996/97:264). Ändringarna innebär bl.a. att äldres rätt till självbestämmande och integritet lyfts fram (19 §). Vidare beslutade riksdagen att äldre personer, allvarligt sjuka och personer med funktionshinder som har varaktiga och omfattande vård- och omsorgsbehov skall ges möjlighet att söka bistånd i annan kommun i form av hjälp i hemmet eller särskilt boende (6h §). Syftet med förändringen är att underlätta för personer med särskilda behov att kunna flytta till annan kommun om de så önskar. Riksdagen beslutade även att en ny bestämmelse skall införas som innebär att kommunernas socialtjänst bör underlätta för dem som vårdar långvarigt sjuka, äldre och människor med funktionshinder (5 §). Dessa lagändringar trädde i kraft den 1 januari 1998.

Regeringen föreslog i ovan nämnda proposition att det i socialtjänstlagen skulle införas en bestämmelse som markerade betydelsen av att socialtjänstens insatser skall vara av god kvalitet. Beträffande äldreomsorgen slog regeringen fast att socialtjänstens insatser för äldre skall präglas av respekt för den enskildes självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet samt att omsorgs- och vårdinsatser skall utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 januari 1998. Länsstyrelserna skall till regeringen redovisa genomförda insatser och bedöma hur kvalitet och säkerhet tillgodoses i enskild socialtjänstverksamhet samt ange hur många kommuner som har genomfört system för kvalitetsutveckling.

Det finns uppgifter som tyder på att äldre i ordinärt boende i vissa fall avstår från att begära den hjälp de är i behov av p.g.a. allt för höga hemtjänstavgifter. Det förekommer också att äldre betalar mycket höga avgifter för boende, service och omvårdnad i det särskilda boendet. Variationerna är i vissa fall mycket stora mellan kommunerna. Utöver förtydligandet av socialtjänstlagens avgiftsregler har regeringen under hösten 1997 beslutat tillkalla en särskild utredare med uppgift att bl.a. belysa vissa avgiftsfrågor inom vård- och omsorgsområdet (dir. 1997:111). Utredningen skall vara avslutad i december 1998.

Kommuners och landstings samverkan med organisationer som företräder äldres intressen

sker i dag i hög utsträckning via pensionärsråden på lokal och regional nivå. Erfarenheterna av verksamheten är skiftande. På vissa håll fungerar verksamheten bra medan det på andra håll finns betydande brister bl.a. i rådets organisation och arbetsformer. Bland annat mot denna bakgrund tog år 1997 den statliga pensionärskommittén initiativ till en kartläggning av pensionärsrådets verksamhet. Resultatet av kartläggningen kommer att redovisas till Pensionärskommittén under hösten 1998.

Behovet av att se över formerna för och organisationen av tillsynen över socialtjänsten har aktualiserats i olika sammanhang. I regeringens proposition om ändring i socialtjänstlagen (prop. 1996/97:124) uttalade regeringen att den regionala tillsynen över socialtjänsten behöver effektiviseras och bli mer slagkraftig. Vidare har socialutskottet i sitt av riksdagen godkända betänkande (bet. 1996/97:SoU13, rskr. 1996/97:185) uttalat att tillsynen över äldreomsorgen bör förbättras. Regeringen avser nu att gå vidare. En särskild utredare har tillkallats med uppgift att göra en översyn av vissa frågor rörande socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter (dir. 1997:109). I direktiven anges bl.a. att förslag skall lämnas till hur tillsynen över socialtjänsten kan förbättras och effektiviseras. Uppdraget skall vara slutfört den 31 maj 1999.

Med anledning av de brister som uppmärksammats beslutade regeringen i december 1997 att inom ramen för nuvarande lagstiftning förstärka tillsynen av äldre vården genom ett uppdrag till Socialstyrelsen om kvalitetsutveckling och förstärkt tillsyn inom vården av äldre och funktionshindrade. Socialstyrelsen tillfördes 5 miljoner kronor för att kunna utöka verksamheten vid sina regionala tillsynsenheter under 1998. Arbetet med att utveckla kvaliteten och förstärka den medicinska tillsynen över vården av äldre och funktionshindrade skall ske i samarbete med länsstyrelserna.

Regeringen har i december 1997 beslutat om direktiv för ett treårigt äldreprojekt. Projektet, som organisatoriskt är knutet till Socialdepartementet, skall arbeta för att skapa nationell samling och enighet kring de åtgärder som krävs för att utveckla den framtida äldrepolitiken. Projektet skall också svara för den löpande samordningen och uppföljningen av aktiviteter och åtgärder som riksdagen beslutat om med anledning av regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307).

I juni 1998 tillsattes en arbetsgrupp (S 1998:D) på Socialdepartementet med uppgift att kartlägga personalförsörjning och utbildningsbehov inom äldreomsorgen.

FN har utlyst år 1999 till det internationella äldreåret. Äldreprojektet skall initiera, samordna och följa aktiviteter i samband med äldreåret.

Regeringen aviserade i propositionen Bostadspolitik för hållbar utveckling (prop. 1997/98:119) ett tillfälligt statligt stimulansbidrag för äldrebostäder om 400 miljoner kronor under åren 1998 och 1999. Riksdagen beslutade i enlighet med regeringens förslag. Syftet med anslaget är bl.a. att säkerställa att projekt vars målsättning är att förbättra standarden och/eller öka antalet platser i det särskilda boendet för äldre inte skjuts på framtiden.

Nationell handlingsplan för äldrepolitiken

I juni 1998 antog riksdagen regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Riksdagsbeslutet innebär bl.a. att nationella mål för äldrepolitiken fastställdes. Målen för den nationella äldrepolitiken är att äldre skall:

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

Riksdagsbeslutet innebär också ändringar och tillägg i socialtjänstlagen avseende kvalitetssäkring inom äldreomsorgen, skyldighet för personal att rapportera missförhållanden samt förtydliganden gällande avgifter inom äldreomsorgen. I propositionen aviseras förslag om 300 miljoner kronor årligen under perioden 1999–2001 för att stödja och påskynda utvecklingen inom några prioriterade områden. I propositionen är följande redovisat när det gäller fördelning av dessa medel:

- *Forskning* 10 miljoner kronor år 1999, 20 miljoner kronor år 2000 och 30 miljoner kronor år 2001. Medlen tillförs Socialvetenskapliga forskningsrådet (utgiftsområde 9, anslag D1 Socialvetenskapliga forskningsrådet: forskning och D2 Socialvetenskapliga forskningsrådet: förvaltning).
- *Fortbildning av arbetsledare och förtroendevalda* 80 miljoner kronor år 1999, 70 miljoner kronor år 2000 och 60 miljoner kronor år

2001 (anslag B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken).

- *Effektivare tillsyn* 20 miljoner årligen under perioden 1999–2001 till Socialstyrelsen och länsstyrelserna (anslag B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken samt utgiftsområde 18 anslag C1 Länsstyrelserna m.m.).
- *Stöd till anhöriga* 100 miljoner kronor årligen under perioden 1999–2001 som fördelas av Socialstyrelsen (anslag B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken).
- *Initiativmedel* 90 miljoner kronor årligen under perioden 1999–2001 som disponeras av regeringen (anslag B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken). Enligt propositionen skall dessa medel finansiera bl.a:
 - försöksverksamheter i kommuner och landsting som syftar till utveckling och nytänkande inom vård-, omsorgs- och serviceverksamheter för äldre personer
 - försöksverksamheter med uppsökande verksamhet i hemtjänsten
 - regionala äldrecentra och försöksområden
 - telefonjourer
 - IT för äldre.

I riksdagsbeslutet anges särskilt att initiativmedlen bör användas för att utveckla och stimulera de äldres delaktighet inom och inflytande över vård och omsorg liksom äldres möjligheter till aktiviteter och social gemenskap. Denna verksamhet bör kunna bedrivas såväl av pensionärsorganisationer, som av frivillig- och anhörigföreningar.

Effekter av de statliga insatserna

På regeringens uppdrag har Statistiska centralbyrån under sommaren 1998 genomfört en enkätundersökning riktad till kommuner och landsting i syfte att få en bild av hur de hittills utbetalade extra statsbidragen för förstärkning av verksamheter inom skola, vård och omsorg har använts. Resultaten visar att en mycket stor del av statsbidragen har använts så som riksdagen har beslutat. I 7 av 10 kommuner har medlen främst

använts för att upphäva eller reducera planerade besparingar. Nästan hälften av de svarande kommunerna uppger att medlen använts för ökade insatser inom skola, äldreomsorg och barnomsorg. Därutöver har nya satsningar genomförts inom primär- och länssjukvård i mer än hälften av landstingen. Ökningen av statsbidragen har även lett till ökad sysselsättning i kommuner och landsting.

De beslut om ändringar i socialtjänstlagen som riksdagen fattade beslut om år 1997 trädde i kraft den 1 januari 1998 varför det fortfarande är för tidigt att fullt ut bedöma effekterna av lagändringarna. Vissa uppgifter tyder dock på att medvetenheten bland de äldre om de ökade möjligheterna att påverka sin vård- och omsorgssituation i enlighet med nya bestämmelser i socialtjänstlagen har ökat redan under det första halvåret som bestämmelserna varit i kraft. Detta förklaras bl.a. av informationsinsatser som genomförts centralt och lokalt av bl.a. pensionärsorganisationer och anhörig-/patientföreningar.

Allt fler äldre utnyttjar den nya möjligheten att söka bistånd i annan kommun i form av hjälp i hemmet eller särskilt boende. Det är framförallt i tätbebyggda geografisk begränsade regioner med många angränsande kommuner som den nya möjligheten har utnyttjats.

Som ett resultat av regeringens beslut om extra medel för tillsyn inom äldreården har den regionala tillsynsverksamheten vid Socialstyrelsen förstärkts. Ett antal nya tjänster har inrättats regionalt och antalet inspektioner har därmed kunnat ökas. De samlade effekterna av förstärkningen under år 1998 kommer att redovisas bl.a. i årsredovisningen för detta verksamhetsår.

I april 1998 redovisade Socialstyrelsen en sammanställning av erfarenheterna från uppdraget att fördela det av riksdagen beslutade stimulansbidraget för utveckling av stöd till anhöriga. Sammanställningen visar att drygt hälften av det 50-tal idéer som aktualiserats för projektstöd fick del av anhörigstödsmedlen. Ett flertal av dessa projekt har permanentats och fortsätter nu som delar av en reguljär verksamhet. Stimulansmedlen har också bidragit till en ökad medvetenhet i kommuner och landsting om anhörigas situation vilket bl.a. medfört att nya samverkansformer har utvecklats mellan kommuner, landsting och anhörigorganisationer. Socialstyrelsen konstaterar emellertid att det fortfarande finns mycket att göra när det gäller utveckling av kvalitet och innehåll inom an-

hörigstödet. De erfarenheter som vunnits kommer att ligga till grund för fortsatta åtgärder inom ramen för de ytterligare medel som föreslås till stöd för anhöriga.

Regeringens slutsatser

Regeringen konstaterar att de under år 1997 beslutade extra resurserna till kommuner och landsting har bidragit till förbättrade förutsättningar för kommunsektorn att klara en bra verksamhet inom ramen för en ekonomi i balans. Samtidigt har bl.a. Socialstyrelsen i sina uppföljningar av kvaliteten i vården och omsorgen av äldre personer visat att den ansträngda ekonomiska situation som alltjämt råder medför problem för äldreomsorgen. Bland annat mot denna bakgrund har regeringen i tilläggsbudgeten för år 1998 föreslagit en höjning av statsbidragen redan fr.o.m. andra halvåret 1998 med 4 000 miljoner kronor. Därtill bedömer regeringen att statsbidragen bör öka med ytterligare 4 000 miljoner kronor åren 1999 och 2000.

Äldrepolitiken står inför en rad utmaningar. Kortsiktigt bör samhällets insatser koncentreras mot de problem och brister inom äldreomsorgen som uppkommit som en följd av kommuners och landstings ansträngda ekonomiska läge. Högt på dagordningen står även att lösa de strukturproblem som uppstått i samband med ädelreformens genomförande. Det gäller bl.a. frågan om ansvaret för och kvaliteten i de sjukvårdande insatserna för äldre. Långsiktigt är det nödvändigt att samhället anpassas till en befolkningsstruktur med en betydligt större del av medborgarna i ålder över 65 år. Regeringen har med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken lagt fast grundvalarna för en ny äldrepolitik. Nationella mål har formulerats och arbetet med att utveckla en långsiktig strategi för hur målen skall förverkligas har inletts. Regeringen kommer under hösten 1998 att tillsätta en parlamentarisk beredning för den framtida äldrepolitikens utformning.

I den nationella handlingsplanen finns åtgärder för att rätta till de omedelbara problemen och genom det ökade statsbidraget till kommuner och landsting ges förutsättningar att åstadkomma betydande förbättringar inom äldreomsorgen i enlighet med de prioriteringar som anges i handlingsplanen. FN:s äldreår 1999 kommer att bli en möjlighet att ytterligare uppmärks-

samma äldre frågor i ett brett perspektiv, såväl nationellt som internationellt.

Vissa frågor kräver ytterligare överväganden och utredningar för senare ställningstagande. Regeringen avser att under de kommande åren återkomma med förslag och åtgärder inom ramen för det av regeringen beslutade äldreprojektet.

5.3.2 Personer med funktionshinder

Målet för 1997 är att erbjuda en handikappomsorg som ger goda levnadsvillkor för personer med funktionshinder med olika behov av service, omvårdnad och vård och som bygger på den enskilda människans delaktighet och självbestämmande.

Utgångspunkten för handikappolitiken är principen om alla människors lika värde och lika rätt. Denna princip torde idag 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 möjlighet till god utbildning, förvärvsarbete, ett bra boende och möjlighet att delta i olika fritids- och kulturaktiviteter. Kommunerna och landstingen är tillsammans med staten ytterst ansvariga för att dessa handikappolitiska mål förverkligas.

Tillstånd och utveckling

Genom handikappreformen som genomfördes den 1 januari 1994, har ett viktigt steg närmare måloppfyllelse 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. Definitionen av vad som är att betrakta som funktionshinder är flytande och många personer har flera funktionshinder. Från Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden (ULF) år 1989 om befolkningens hälsotillstånd framgår dock att ca 146 000 personer i åldern 16 – 64 år uppgivit att de hade rörelsehinder, varav drygt 40 procent svåra rörelsehinder. Ca 24 000 personer i samma åldersgrupp hade nedsatt syn och 380 000 personer nedsatt hörsel. I Socialstyrelsens årsrapport 1998

om psykiatireformen konstateras att drygt 36 000 personer under 65 år var psykiskt funktionshindrade. Levnadsnivåundersökningar visar att personer med funktionshinder i vuxen ålder har sämre levnadsförhållanden än befolkningen i övrigt, bl.a. sämre boendeförhållanden, sociala nätverk, utbildning, arbete och ekonomi. Det gäller speciellt personer med psykiska funktionshinder men också många med medicinska funktionshinder.

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (1980:620) ett övergripande ansvar för att människor med funktionshinder får möjlighet att delta i samhällsgemenskap och leva som andra. Detta kan t.ex. innebära att kommunen bistår med särskilt boende eller medverkar till att den enskilde får meningsfull sysselsättning.

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ger särskilda rättigheter till personer med utvecklingsstörning, autism, förvärvad hjärnskada i vuxen ålder samt andra omfattande och varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder. I LSS finns angivet tio insatser. Dessa är bl.a. rådgivning och annat personligt stöd, biträde av personlig assistent, ledsagar-service, kontaktperson, korttidsvistelse utanför hemmet, särskilt boende samt daglig verksamhet.

Lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) innehåller bestämmelser om ersättning för kostnader för personlig assistans. Statlig assistansersättning lämnas till funktionshindrade personer som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka.

Vid årsskiftet 1997/98 fick totalt 21 300 personer i åldern 0–64 år stöd enligt socialtjänstlagen inom ramen för kommunernas äldre- och handikappomsorg. Drygt 44 000 personer hade beslut om insatser enligt LSS av kommunerna. Cirka 22 000 personer hade beslut enligt LSS från landstingen (insatsen råd och stöd) och ungefär 7 700 personer hade statlig assistansersättning enligt lagen om assistansersättning (LASS).

Antalet personer med stöd inom kommunernas äldre- och handikappomsorg enligt socialtjänstlagen minskade mellan åren 1993 och 1997 med 4 200 personer (16 procent). De flesta av dem har sannolikt sedan år 1994, då LSS infördes, i stället fått insatser enligt denna lag.

Länsstyrelserna har rapporterat om minskande serviceinsatser i ett antal kommuner till de personer som erhåller hemtjänst enligt socialtjänstlagen. Det gäller framförallt städning, tvätt, följ-

slagare vid inköp av dagligvaror och promenader samt matlagning i det egna hemmet, som har minskat och ibland slopats helt. Det kan innebära att personer med funktionshinder blir mer beroende av stöd från anhöriga och andra i sin omgivning. Denna utveckling kan på längre sikt öka efterfrågan av särskilda boendeformer.

Antalet personer i åldern 0–64 år inom kommunernas äldre- och handikappomsorg som bor i särskilda boendeformer har ökat med ca 16 procent sedan år 1993 och uppgick i december 1997 till ca 5 500 personer. Motsvarande antal personer med hemtjänst i ordinärt boende har minskat med knappt 24 procent under samma period till ca 15 800 personer den 31 december 1997.

Andelen personer med insatser enligt LSS varierar mellan kommunerna. Skillnaderna har flera orsaker, bl.a. historiska. När landstingen hade ansvar för verksamheten för personer med utvecklingsstörning koncentrerades den ofta till enstaka institutioner. När sedan institutionerna lades ner valde många av de boende att inte flytta till sin hemkommun utan bodde kvar på institutionsorten där personen kanske levt under lång tid. En annan orsak är att verksamhet som tillgodoser behov hos numerärt små handikappgrupper kräver speciell kompetens hos personalen, vilket medför att verksamheten koncentreras till ett fåtal orter.

Tio procent av samtliga LSS-insatser rörde personer med varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder. Nästan 29 procent av alla beviljade insatser enligt LSS gällde barn och ungdomar som var 22 år eller yngre.

Enligt Socialstyrelsens årsrapport 1998 finns uppskattningsvis drygt 40 000 psykiskt funktionshindrade totalt i Sverige. Cirka 70 procent har behov av insatser från socialtjänstens sida och cirka 10 000 av dessa har inte sitt behov tillgodosett i dag.

Det är i år inte möjligt att redovisa siffror för hur många personer som erhåller insatser utanför de reguljära verksamheterna för äldre och funktionshindrade. Socialstyrelsen förbereder dock en mer fullständig statistikredovisning.

Efter en satsning på stöd till funktionshindrade de första åren efter LSS tillkomst tycks utgiftsnivån nu stabiliseras. Detta framgår av att de sammanlagda utgifterna för kommunernas och landstingens verksamhet i egen regi nådde sin topp år 1995 med 15,8 miljarder kronor och ligger strax därunder år 1996 på 15,6 miljarder kronor, allt räknat i fasta priser. Statens utgifter

ökar fortfarande, dock numera i långsam takt från 5,5 miljarder kronor år 1995 till knappt 5,8 miljarder kronor år 1996. Utgifterna för de i privat regi producerade offentligt finansierade insatserna ligger på samma nivå åren 1995 och 1996.

Handikappombudsmannen har konstaterat att Sverige inte helt uppfyller FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. Å ena sidan konstaterar ombudsmannen att Sverige är bra på individinriktade åtgärder för att kompensera funktionsnedsättningar såsom stöd, service och ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen och LSS. Å andra sidan är samhället inte tillräckligt anpassat efter funktionshindrades behov. Hos framförallt de statliga myndigheterna saknas tillräckligt strategiskt tänkande när det gäller handikappfrågor. Endast undantagsvis relateras arbetet till målsättningarna om full delaktighet och jämlikhet för funktionshindrade. Handikappombudsmannen har också konstaterat brister i tillgängligheten i den yttre miljön, allmänna kommunikationer och information när det gäller kommunernas ansvarsområden. Vidare har endast cirka hälften av landets kommuner ett handikappolitiskt program och endast mycket få statliga myndigheter har utformat ett sådant program.

De viktigaste statliga insatserna

Under senare år har en rad handikappolitiska reformer genomförts för att förbättra det individuella stödet till personer med funktionshinder. Arbetet inriktas nu mot att ge statliga myndigheter, landsting, kommuner, organisationer m.fl. förutsättningar att utveckla tillgängligheten i vid bemärkelse inom olika samhällssektorer och verksamheter. Handikappaspekterna skall beaktas inom varje samhällsområde och handikapporganisationerna skall ingå som viktiga samverkanspartners.

Som ett led i detta arbete har regeringen i mars 1998 bildat en handikappdelegation med företrädare för handikapporganisationerna och en nationell samordningskommitté för handikapp

frågor som bl.a. skall ha till uppgift att utarbeta förslag till en nationell handlingsplan för handikappområdet.

Diskriminering av funktionshindrade har uppmärksamrats i olika sammanhang. Detta har föranlett regeringen att till riksdagen den 5 juni 1998 överlämna propositionen Lag om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder (prop. 1997/98:179). I Regeringskansliet bereds vidare frågan om förbud mot diskriminering i näringsverksamhet av personer med funktionshinder.

En utredning om bemötande av personer med funktionshinder (dir. 1997:24) har i tre rapporter redovisat att funktionshindrade ofta blir illa bemötta och upplever att de diskrimineras. Utredningsuppdraget kommer att redovisas i slutet av år 1998.

Psykiatrireformen som inleddes år 1995 syftar till att förbättra psykiskt funktionshindrades livssituation. Reformen innebär krav på ökade kommunala insatser inom sådana områden som boende, sysselsättning, fritid, arbete, rehabilitering, social gemenskap samt vård och omsorg. För att underlätta samverkan mellan kommuner och landsting har ansvarsgränsen mellan respektive myndighet förtydligats. Kommunen ansvarar för sociala insatser som t.ex. boende och sysselsättning och landstingen för medicinska behandlingsinsatser som t.ex. läkemedelsbehandling.

Reformen innebar vidare att kommunerna fick betalningsansvar för de patienter som efter tre månaders sammanhängande vårdtid bedöms vara medicinskt färdigbehandlade inom kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård/slutenvård. Det kommunala betalningsansvaret syftar bl.a. till att dessa personer snabbare skall få adekvat stöd och boende i hemkommunen. Socialstyrelsen har i uppdrag att kontinuerligt följa psykiatrireformen.

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. Sedan assistansersättningen infördes har flera ändringar skett i LSS och LASS. Den 1 september 1997 infördes en schablon för assistansersättningen.

Tabell 5.2 Offentliga utgifter (exkl. pensioner) för funktionshindrade fördelade efter funktion och ansvarig huvudman

Miljoner kronor, 1995 års priser

	1993	1994	1995	1996	Förändring i % 1993–1996
Vård och stöd i särskilt boende	9 056	8 774	8 434	7 514	4 %
kommunal	13 %	15 %	51 %	84 %	
landsting	78 %	76 %	39 %	8 %	
privat produktion ¹	9 %	9 %	10 %	7 %	
staten	0 %	0 %	0 %	0 %	
Stöd i den dagliga livsföringen	1 724	3 132	7 665	7 586	345 %
kommunal	90 %	34 %	45 %	55 %	
landsting	0 %	0 %	0 %	0 %	
privat produktion ¹	10 %	8 %	6 %	8 %	
staten	0 %	59 %	48 %	55 %	
Rehabilitering	1 886	2 049	2 170	2 041	15 %
kommunal	0 %	0 %	0 %	0 %	
landsting	51 %	42 %	29 %	37 %	
privat produktion ¹	0 %	0 %	0 %	0 %	
staten	49 %	58 %	71 %	63 %	
Övriga naturaförmåner	3 248	3 485	4 781	4 450	47 %
kommunal	34 %	45 %	70 %	77 %	
landsting	52 %	44 %	15 %	5 %	
privat produktion ¹	5 %	3 %	9 %	10 %	
staten	10 %	8 %	6 %	8 %	
Totala utgifter för funktionshindrade (exkl. pensioner)	15 914	17 440	23 050	21 591	51 %
kommunal	24 %	22 %	48 %	65 %	187 %
landsting	61 %	52 %	20 %	7 %	-52 %
privat produktion ¹	7 %	7 %	8 %	7 %	139 %
staten	8 %	19 %	24 %	27 %	350 %
Andel av BNP	1,0 %	1,1 %	1,4 %	1,3 %	
Kronor per inv. 0–64 år	2 208	2 397	3 160	2 957	

¹ Offentligt finansierad

Anm.: Ansvarig huvudman för varje förmån bör inte förväxlas med finansieringsansvarig. Fördelningen av utgifterna för naturaförmåner mellan funktionshindrade (0-64 år) och äldre (65-w år) har beräknats med hjälp av antalet vårdtagare, antalet årsarbetare, timstatistik för hemhjälp (novemberenkäten) samt vissa skattningar ang. personaltätheten i olika vårdformer inom ramen för LSS, som har presenterats i CMT:s (Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi vid Linköpings universitet) rapport ang. uppföljningsstudier av hand i-kappreformen 1994 och 1995.

Källa: SCB:s rapportering till Eurostat, ESSPROS (Integrerad statistik över utgifter och inkomster för det sociala skyddet).

Vård och stöd i särskilt boende: Särskilda boendeformer för 0-64 år (kommunal), boende för utvecklingsstörda (landsting), privata särskilda boendeformer (offentligt finansierad)

Stöd i den dagliga livsföringen: Assistansersättning (staten), kommunernas stöd i ordinärt boende inkl. personlig assistans (kommunal), statligt bidrag vårdtjänster (staten), privat producerat stöd i ordinärt boende (offentligt finansierad)

Rehabilitering: Forskning vid SIB-sjukhuset, köp reha tjänster, rehabiliterande arbetshjälpmedel, annan rehabilitering (staten), hjälpmedels- och rehabiliteringsverksamhet (landsting)

Övriga naturaförmåner: Förmedlingstjänst med texttelefon, befördran av blindskriftförsändelser (staten), färdtjänst till 0-64 år, daglig verksamhet (landsting respektive kommunal), bostadsanpassningsbidrag (kommunal), ideella organisationers verksamhet för handikappade (offentligt finansierad), bilstöd (staten).

För år 1997 uppgick timersättningen enligt schablonen till 164 kronor. Ersättningen höjdes den 1 januari 1998 till 168 kronor per timme. Om det finns särskilda skäl kan försäkringskassan medge att schablonersättningen får överskridas – dock med högst 12 procent. Den genomsnittliga faktiska ersättningsnivån uppgick i augusti 1998 till 168,5 kronor per timme. De flesta ersättningsberättigade erhåller schablonersättningen; endast en mindre andel har beviljats högre ersättning.

Det har i många fall varit svårt för äldre och funktionshindrade som har stora vård- och omsorgsbehov att kunna flytta till en annan kommun. Inflyttningskommunen har ibland nekat stöd och hjälp med motiveringen att vård- och omsorgsbehovet kunnat tillgodoses i hemkommunen. För att underlätta situationen för äldre och funktionshindrade genomfördes den 1 januari 1998 en ändring i socialtjänstlagen (1980:620) som innebär att den enskilde har rätt att ansöka om stöd och hjälp i inflyttningskommunen och bli behandlad som om hon eller han redan bodde i inflyttningskommunen. Socialstyrelsen har i uppgift att följa effekterna av denna förändring.

Anhörigas del i vård och omsorg sker i det tysta med ett vårdansvar som många gånger är ensamt och psykiskt påfrestande. I syfte att synliggöra de anhörigas situation infördes vid årsskiftet 1997/98 en ny bestämmelse i socialtjänstlagen som avser att markera socialtjänstens ansvar för att genom stöd och avlösning underlätta för närstående som vårdar långvarigt sjuka, äldre och människor med funktionshinder.

Riksdagen beslutade i juni 1998 om en nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Riksdagsbeslutet innebär bl.a. ändringar och tillägg i socialtjänstlagen som kvalitetssäkring, skyldighet för personal att rapportera missförhållanden samt förtydliganden om avgifter. Ändringarna gäller både handikapp- och äldreomsorgen.

I lagen (1997:724) om avveckling av specialsjukhus och vårdhem fastställde riksdagen slutdatum för avvecklingen till den 31 december 1999.

Statens stöd till funktionshindrade sker även i form av olika statliga bidrag. Bilstödet är ett av de individuellt riktade stöden som påtagligt minskar behoven av insatser inom andra samhällsområden. År 1997 beviljades bilstöd till 2 227 personer. Möjligheten att disponera ett fordon ger stor frihet och ökar tillgängligheten i samhället för

den som inte kan nyttja allmänna kommunikationer eller i övrigt har svårt att förflytta sig. Stödet är också ett reellt alternativ till bl.a. färdtjänst. En översyn av anslagskonstruktionen och det framtida stödbehovet pågår.

Genom statsbidraget till vårdtjänst 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 kommit in på riksgymnasium för svårt rörelsehindrade ungdomar, s.k. rh-anpassad gymnasieutbildning, att genomföra studierna.

FUNKIS-utredningen har lämnat sitt slutbetänkande (SOU 1998:66) i maj 1998. Utredningen har haft till uppgift att utreda hur ansvaret för utbildning och omvårdnad för funktionshindrade elever skall fördelas mellan stat, kommun och landsting samt vem som skall finansiera verksamheten. Beträffande verksamheten med riksgymnasium för svårt rörelsehindrade elever föreslår utredningen bl.a. vissa förändringar då det gäller vem som skall finansiera boende och habilitering. Utredningens förslag innebär således en förändring av statens finansieringsansvar för riksgymnasieverksamheten. Utredningens förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Ersättningen för texttelefoner ger personer som är döva, gravt hörselskadade, dövblinda och talskadade möjlighet att kommunicera över telefonnätet. Införande av ny teknik, enligt den försöksverksamhet som pågår för närvarande, i form av bildtelefoni kan tillgodose behoven för vissa inom målgruppen på ett betydligt bättre sätt.

Handikapporganisationerna har en viktig opinionsbildande roll och fyller en central funktion bland folkrörelserna i Sverige. Statsbidraget till dem utgör en betydelsefull del av organisationernas finansiering av verksamheten. Allt fler handikappförbund har bildats och ansökt om statsbidrag de senaste åren. Regeringen har givit en särskild utredare i uppdrag (dir. 1998:57) att bl.a. se över statsbidragen till handikapporganisationernas allmänna verksamhet, föreslå kriterier för statsbidragsberättigade handikapporganisationer samt föreslå riktlinjer för hur bidraget skall fördelas mellan organisationerna. Uppdraget skall redovisas senast den 1 juli 1999.

Handikappombudsmannens verksamhet är för närvarande föremål för översyn av en särskild utredare (dir. 1997:131). Utredningen skall bl.a.

pröva vilken betydelse ombudsmannen haft för utvecklingen inom handikappområdet i stort samt bedöma om, och i så fall hur, ombudsmannens roll och arbetsuppgifter bör förändras i något avseende.

Hösten 1996 gav regeringen ett uppdrag till Handikappinstitutet att utarbeta ett IT-program med inriktning på funktionshindrade och äldre. Handikappinstitutet har överlämnat ett förslag till åtgärdsprogram som syftar till att skapa förutsättningar för ett mer samlat grepp inom området. Genomförandet av åtgärdsprogrammet har påbörjats. I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken har regeringen uttalat att den ställer sig bakom programmet och att regeringen aktivt skall verka för att det genomförs.

Frågan om Handikappinstitutets verksamhetsinriktning, organisation och finansiering har varit föremål för översyn. Den 1 januari 1999 sker en ombildning av verksamheten till en ideell förening i vilken staten, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet är medlemmar. Samtidigt ändras namnet till Hjälpmedelsinstitutet.

Effekter av de statliga insatserna

Psykiatrireformen

Socialstyrelsens konstaterar i sin rapport Reformens första tusen dagar (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:4) att genomförandet av reformen försenats bl.a. beroende på att det i vissa fall varit svårt att få till stånd överenskommelser mellan kommuner och landsting.

Regeringen har avsatt särskilda stimulansmedel för genomförande av reformen. Utvärderingen visar att det på vissa håll fortfarande finns en förhållandevis stor andel beviljade stimulansmedel som ännu inte omsatts i konkreta verksamheter riktade till målgruppen.

Hittills har färre psykiskt funktionshindrade personer än förväntat fått insatser enligt LSS.

Reglerna skapar vissa problem vid tillämpningen av lagen och insatserna enligt LSS är delvis inte heller utformade eller reglerade på ett sådant sätt att psykiskt funktionshindrade personer kan tillgodogöra sig dessa – t.ex. bostad med särskild service och daglig verksamhet. Fortsatt utveckling av anhörigstödet behövs också för denna grupp.

Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport att cirka 85 procent av kommunerna har genomfört eller håller på att genomföra inventeringar av

målgruppen vilket man anser vara ett mycket gott resultat.

Begreppet medicinskt färdigbehandlad har kunnat missuppfattas så sätt att t.ex. den psykiatriska öppenvårdens ansvar förtydligas för personer som får insatser genom kommunen.

Personer som i dag skrivs ut som medicinskt färdigbehandlade är färre, betydligt yngre och har mer omfattande och sammansatta behov jämfört med reformens första år. Dessa personer är dock inte representativa för målgruppen. Kring 30 000 personer hade flyttat ut från mentalsjukhusen före reformen. I dag finner vi mellan 40 000 och 46 000 personer som har kontakt med socialtjänsten och/eller psykiatrin.

Stöd till arbete, yrkesinriktad rehabilitering samt andra meningsfulla dagliga aktiviteter är givetvis också viktiga för psykiskt funktionshindrade. Att inte alla har denna möjlighet beror enligt Socialstyrelsen huvudsakligen på att

- socialtjänstlagen inte tillräckligt klart uttalar kommunernas ansvar
- att LSS nuvarande utformning inte ger psykiskt funktionshindrade personer rätt till insatsen daglig verksamhet
- rehabiliteringsinsatser ofta har en uttalat yrkesinriktad karaktär och är alltför kortvariga, för att passa stora delar av psykiatrireformens målgrupp.

Socialstyrelsens sammanfattande bedömning är att resultatet av psykiatrireformen är starkt beroende av om socialtjänsten och psykiatrin stödjer varandra utifrån sina respektive kunskapsområden.

Psykiatrireformen behandlas också under avsnitt 4.3.4 Psykiatri.

Vårdhemsavveckling och decentralisering

Avvecklingen av vårdhem för utvecklingsstörda har pågått parallellt med en decentralisering av ansvaret till kommunerna. Under 1997 avvecklades 13 vårdhem. Den 1 januari 1998 bodde 717 personer med utvecklingsstörning på 39 vårdhem i landet. Socialstyrelsens uppföljning visar att avvecklingen har haft positiva effekter för utvecklingsstördas livskvalitet, bl.a. när det gäller boendet. Det går däremot inte att påvisa att kommunaliseringen lett till att skillnaderna har minskat mellan gruppens levnadsförhållanden och övriga befolkningens.

Regeringens slutsatser

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 med 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 både den fysiska miljön i bostäder, utemiljöer, kollektivtrafik m.m., och tillgänglighet till service som teckenspråkstolk, samhällsinformation, olika kulturutbud och tjänster. Denna inriktning av handikappolitiken har regeringen i maj 1997 redovisat i en skrivelse till riksdagen om handikappolitiken (skr. 1996/97:120). Arbetet för att förverkliga de handikappolitiska målen måste fortsätta och utvecklas såväl genom stimulansåtgärder och kunskapsspridning som genom olika former av reglering och tillsyn.

Regeringen tar nu ytterligare ett steg genom att samordna insatserna för att öka tillgängligheten m.m. för funktionshindrade. Regeringen har i mars 1998 bildat en handikappdelegation med företrädare för handikapporganisationerna och en nationell samordningskommitté för handikappfrågor som skall ha till uppgift att utarbeta ett förslag till nationell handlingsplan för handikappområdet. Planen skall grundas på FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet.

Psykiatireformens huvuduppgift var att föreslå åtgärder som förbättrar psykiskt funktionshindrade personers livsvillkor och livskvalitet. Det finns ett fortsatt behov av att utveckla samverkan mellan socialtjänst, psykiatrisk öppenvård och primärvård. Andra parter, som t.ex. försäkringskassan och arbetsförmedlingen, har även de stor betydelse i sammanhanget. Det behövs också åtgärder för att LSS-insatser i ökad utsträckning skall komma psykiskt funktionshindrade till godo.

Personlig assistans är en värdefull och uppskattad insats för personer med omfattande funktionshinder. Personlig assistans enligt LSS och den statliga assistansersättningen enligt LASS har inneburit ökad valfrihet, större infly-

tande och bättre livskvalitet för många svårt funktionshindrade. Generellt sett kan det således konstateras att syftet med insatsen personlig assistans till stor del har uppnåtts. Det är viktigt att även i fortsättningen noga följa hur denna stödform utvecklas. Utredningen om bemötande av äldre (SOU 1997:170) har föreslagit att den som har personlig assistans enligt LSS med statlig assistansersättning enligt LASS när han eller hon fyller 65 år får behålla sin rätt till personlig assistent och statliga assistansersättning även för tiden därefter. Vid behandlingen av regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) har riksdagen givit regeringen tillkänna att i samband med budgetarbetet överväga om rätten till personlig assistans kan utvidgas så att den som erhållit assistans före 65 års ålder får behålla denna även efter 65-årsdagen. Regeringen avser att återkomma i frågan under våren 1999.

Kostnaderna för den statliga assistansersättningen har fortsatt att öka om än i något långsammare takt än tidigare år. Även om vidtagna åtgärder har haft en viss effekt har dessa åtgärder inte kunnat dämpa utgiftsutvecklingen, vilket har påverkat andra insatser negativt. Det är viktigt att komma fram till en långsiktig och stabil lösning för stödformen utan att försämra livsvillkoren för gruppen funktionshindrade. Utformningen av lagen och genomförda regeländringar måste analyseras noga innan ytterligare förändringar övervägs. Som ett led i uppföljningen har regeringen den 25 juni 1998 givit Riksförsäkringsverket uppdrag att göra en översyn av ersättningen för personlig assistans. I uppdraget ingår bl.a. att kartlägga om det finns nödvändiga kostnader som inte täcks av den nuvarande schablonen och i sådana fall pröva om det är möjligt att ersätta sådana kostnader vid sidan av en schablonersättning.

Ett slutdatum för vårdhemsavvecklingen för personer med utvecklingsstörning kan sägas ha givit önskad effekt. Beslutet har bidragit till att öka förutsättningarna för goda levnadsvillkor för personer med funktionshinder.

5.3.3 Barn och ungdom

Den svenska familjepolitiken sätter barnets bästa i centrum. Målet för barn- och familjepolitiken är att garantera alla barns rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran.

Genom bestämmelserna i föräldrabalken åläggs föräldrarna huvudansvaret för vård och fostran av sina barn. Samhällets uppgift är att stödja och komplettera föräldrarna så att goda och trygga uppväxtvillkor kan garanteras för alla barn.

Målet för den social omsorgen är att åstadkomma en av god kvalitet med effektiv resursanvändning som tillgodoser att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden.

Socialtjänstens barn och ungdomsvård har barn och ungdomar i åldrarna 0–20 år och deras familjer som målgrupp. Socialtjänsten skall, i nära samarbete med hemmen, se till att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd de behöver, och om det är motiverat med hänsyn till den unges bästa, vård och stöd utanför hemmet. I enlighet med lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) kan i vissa situationer beslut fattas om tvångsingripande. Socialtjänsten har också ett ansvar för vissa familjerättsliga uppgifter.

Tillstånd och utveckling

De flesta barn i Sverige lever under gynnsamma förhållanden. Den fysiska hälsan hos barn och unga är god. Sjuttiofem procent av barnen lever tillsammans med båda sina föräldrar. Emellertid separerar fler föräldrar än tidigare och allt fler barn lever med en av sina föräldrar.

Barnombudsmannen redovisar i sin rapport till regeringen för år 1998 – Liten blir stor – en undersökning som Statistiska centralbyrån genomförde under vårterminen 1997 och som rik

tats till drygt 1 600 elever i närmare 100 klasser i årskurs 4. Den ger en bild av hur 10-åringar själva ser på sin tillvaro, vad de tycker om skolan och vad de gör på fritiden. Undersökningen visar att de allra flesta 10-åringar mår bra. Flertalet barn trivs i sin vardag, med skolan, kamraterna och olika fritidssysselsättningar.

De ekonomiska problem vårt land har haft under 1990-talet och de konsekvenser detta medfört i form av arbetslöshet och nedskärningar i den offentliga sektorn har också drabbat barnen. Föräldrars arbetslöshet eller risk för arbetslöshet har påverkat barnens situation. Större barngrupper i förskola och skola har varit ett sätt att begränsa kostnaderna i många kommuner. I de förebyggande insatserna, liksom i de riktade åtgärderna till de barn som har särskilda problem, har nedskärningar bl.a. inneburit att väntetiderna för utredning och behandling har blivit längre.

Sverige har de senaste åren haft en kraftig nedgång i födelsetalen till långt under reproduktionsnivå. En betydande del av nedgången hänger samman med att unga kvinnor väntar med att föda sitt första barn. Detta gäller särskilt de med låg utbildning. Det är sannolikt att denna utveckling hänger samman med utvecklingen på arbetsmarknaden. Statistiska centralbyrån följer utvecklingen och analyserar orsaker till förändringarna.

Samhällets stöd i föräldraskapet ges 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. Även via barnomsorgen och skolan har

Tabell 5.3 Barn och unga, totalt antal samt per 10 000 invånare 0–17 år, som har varit föremål för någon insats enl. SoL eller LVU någon gång under året

	1985	1990	1995	1996
Barn med någon insats*)				
– i totalt antal	23 693	25 904	28 702	30 503
– i antal per 10 000 inv. 0–17 år	128	138	146	155
därav (per 10 000 inv. 0–17 år):				
Med kontaktperson enl. SoL	42	64	88	90
Vård utom hemmet enl. SoL	62	60	57	57
Med kontaktperson enl. LVU	0,1	0,3	0,2	0,4
Omedelbart omhändertagande enl. LVU	4	5	7	7
Barn med vård enligt LVU totalt	35	21	22	23

SoL = Socialtjänstlagen, LVU = Lagen om vård av unga

*) Varje barn kan ha haft flera insatser, varför antalet barn med respektive insats inte summerar till totala antalet barn som haft någon insats.

Källa: SCB, S31 SM 8701 och 9101, SoS, Socialtjänst, 1996:11 och 1997:11

familjen möjlighet att delta i olika sorters föräldraverksamhet. Föräldrautbildning anordnas också av frivilliga organisationer, föräldraföreningar och studieförbund.

Barn, ungdomar och deras familjer med behov av socialtjänstens hjälp och stöd erbjuds olika insatser såsom kontaktperson/kontaktfamilj, placering i familjehem eller i hem för vård eller boende (HVB) samt olika stödinsatser i öppna former.

Cirka 28 000 barn berördes någon gång under år 1996 av i tabellen uppräknade insatser från socialtjänstens sida, vilket är en ökning med 1 000 barn jämfört med år 1995 och en ökning med 6 000 barn sedan år 1990. I tabellen ovan redovisas också antalet insatser per 10 000 barn 0–17 år. Av tabellen framgår att den största ökningen återfinns i insatsen kontaktperson/kontaktfamilj som mer än fördubblats sedan år 1985. Samtidigt har vård utom hemmet enligt såväl socialtjänstlagen som LVU minskat under samma period. Däremot har antalet akuta omhändertaganden enligt LVU ökat. Andelen pojkar som är föremål för insatser är fler än antalet flickor och ökningen bland pojkarna är större än bland flickorna.

I länsstyrelsernas rapporter från år 1997 framkommer att kommunerna utvecklar öppenvårdsinsatser av olika slag. Flera länsstyrelser påpekar att de hyser farhågor att socialtjänsten, i sin ambition att hålla kostnaderna nere, i vissa situationer alltför länge arbetar i öppenvård i stället för att placera ett barn eller en ungdom utanför hemmet.

Barnpsykiatrikommittén redovisar i sitt betänkande, (SOU 1998:31) Det gäller livet, en enkät som kommittén genomfört bland ett urval kommuner angående omfattningen av deras insatser gällande vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem. Kommittén uppskattar att dessa insatser är omfattande och berör mångdubbelt fler barn och ungdomar än vad som framkommer i den nationella statistiken.

De viktigaste statliga insatserna

En stor del av de verksamheter som påverkar barnens situation handhas av kommuner och landsting. Kommunsektorn har tilldelats extra resurser för att de grundläggande verksamheterna vård, skola och omsorg skall kunna bedrivas på ett tillfredsställande sätt. Detta förbättrar förutsättningarna för kommunerna att ge dessa

verksamheter både en rimlig dimensionering och en tillfredsställande kvalitet.

FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) är en av grundpelarna för regeringens arbete med barnfrågor. Barnets bästa skall sättas i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn och barnperspektivet skall genomsyra beslutsfattandet. Regeringen har tidigare i år överlämnat en proposition till riksdagen (prop. 1997/98:182) Strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige. Propositionen grundar sig huvudsakligen på Barnkommitténs betänkande (SOU 1997:116) Barnets bästa i främsta rummet.

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 för projekt som avser att öka kunskaperna om barnkonventionen i kommuner och landsting.

Efter Världskongressen mot kommersiell sexuell exploatering av barn i Stockholm år 1996 har ett uppföljningsarbete påbörjats. Det nationella uppföljningsarbetet inbegriper utarbetandet av en nationell handlingsplan för åtgärder mot kommersiell sexuell exploatering av barn. Planen har i juli 1998 fastställts av regeringen.

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. En utredare har nyligen tillkallats för att se över Barnombudsmannens organisation, verksamhet och arbetsformer. Syftet är att precisera ombudsmannens uppdrag i förhållande till andra myndigheter och att stärka dess möjligheter att verka för barnens intressen.

Från den 1 januari 1998 har socialtjänstlagen tillförts ett uttalat barnperspektiv. Dels har det införts en portalbestämmelse som säger att när åtgärder rör barn skall särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Denna bestämmelse svarar mot artikel 3 i barnkonventionen. Dels har en bestämmelse införts som stadgar att barnets skall ha rätt att komma till tals vid åtgärder som rör dem, i enlighet med barnkonventionens artikel 12. Vidare har nya regler för skydd, vård och behandling av barn och ungdom tillkommit.

Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att höja kvaliteten på socialtjänstens arbete med

barn och ungdomar. Många projekt har fått stöd i syfte att utveckla nya metoder och höja kompetensen inom socialtjänsten. Årligen utgår 50 miljoner kronor i särskilda utvecklingsmedel till kommunerna för att utveckla förebyggande och öppenvårdsinsatser bl.a. inom ungdomsvården.

I länsstyrelsernas tillsynsuppdrag ingår att särskilt inrikta tillsynen mot socialtjänstens arbete med de mest utsatta grupperna som t.ex. barn med behov av särskilt stöd och skydd och ungdomar i riskzon.

Den 1 oktober 1998 träder ändringar i föräldrabalken i kraft som syftar till att betona vikten av samförståndslösningar och underlätta för föräldrar att komma överens i frågor om vårdnad, boende och umgänge. Socialtjänstens roll i sådana ärenden stärks genom att föräldrar med socialtjänstens medverkan kan ingå avtal om vårdnad, boende och umgänge. Det generella statsbidraget till kommuner och landsting utökas med 12 miljoner kr under det första året och 7,5 miljoner kr per år under följande år för att ge förutsättningarna att klara åtagandet.

För att garantera vården av ungdomar i behov av särskild tillsyn, inrättades år 1993 Statens institutionsstyrelse (SiS). I SiS uppdrag ingår att svara för att de som behöver tvångsvård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, bereds sådan vård. Vården skall vara av hög kvalitet och tillgodose sådana stöd- och vårdinsatser som kommunala huvudmän efterfrågar inom ramen för en planerad vårdkedja. Sådan vård har byggts ut med 80 platser sedan år 1994.

Riksdagen har nyligen beslutat att en ny frihetsberövande påföljd för ungdomar, sluten ungdomsvård, skall införas från och med 1 januari 1999 (prop. 1997/98:96, bet. 1997/98:JuU21, rskr. 1997/98:275). Ungdomar som har begått brott innan de fyllt 18 år kan dömas till sluten ungdomsvård mellan 14 dagar och 4 år istället för fängelse. Huvudprincipen skall dock vara att ungdomar skall hållas utanför kriminalvården. Domstolarna och åklagarmyndigheten får ett större inflytande över hur socialtjänsten planerar och verkställer vårdplanen i de fall ungdomar överlämnas till vård inom socialtjänsten. Statens institutionsstyrelse har fått i uppdrag att förbereda införandet av den nya påföljden. SiS skall senast den 1 november 1998 rapportera vilka åtgärder som har vidtagits och vilka ytterligare åtgärder som planeras.

Strategi för barnets rätt

I regeringens proposition Strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige (prop. 1997/98:182) beskrivs en strategi för det fortsatta arbetet med att förverkliga och genomföra barnkonventionen i Sverige. I denna strategi ingår bl.a. att barnkonventionen skall vara ett aktivt instrument och genomsyra allt statligt beslutsfattande som berör barn. Barnkonsekvensanalyser skall göras vid statliga beslut som berör barn. Barnperspektivet skall i lämplig omfattning finnas med i utredningsdirektiv. Statligt anställda vars arbete har konsekvenser för barn skall för att kunna stärka sin barnkompetens och sina kunskaper om barnkonventionen erbjudas utbildning och fortbildning. Barnstatistiken skall utvecklas. I samhälls- och trafikplaneringen skall barns och ungdomars inflytande och delaktighet utvecklas.

Målet är att konventionens innebörd skall finnas med i allt offentligt beslutsfattande som rör barn. Kommuner och landsting bör bl.a. erbjuda sin personal fortbildning om barnkonventionen och även inrätta system för att kunna följa hur barnets bästa förverkligas i det kommunala arbetet.

I propositionen beskrivs områden där fortsatt utredningsarbete och myndighetsuppdrag erfordras för att genomföra strategin. I propositionen föreslås även att medel skall anslås för bl.a. fortbildningsinsatser, metodutveckling samt utveckling av barnstatistik. Regeringen föreslår att medel avsätts under anslaget B9 Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård m.m. Medel för att täcka resekostnader vid återförandet av olovligen bortförda barn överförs till utgiftsområde 5 Utrikesförvaltning och internationell samverkan, anslaget A 3 Ekonomiskt bistånd till svenska medborgare i utlandet m.m.

Effekter av de statliga insatserna

Medvetenheten om barnkonventionen och vikten av att det tillförs ett barnperspektiv i allt beslutsfattande som rör barn har ökat som en följd av regeringens insatser på området. Barnperspektivet har förstärkts och barnets bästa har alltmer kommit i fokus inom såväl socialtjänstens individ- och familjeomsorg, det familjerättsliga området som när det gäller barn som har begått brott.

Inom ramen för regeringens informations- satsning har stat, kommuner, landsting och fri-

villigorganisationer gått samman för att föra ut barnkonventionen till i första hand förtroendevalda och tjänstemän som beslutar och planerar inom områden som rör barn. De 20 miljoner kronor som har avsatts har resulterat i olika projekt där bl.a. barn- och ungdomsplaner och barnkonsekvensanalyser har blivit viktiga hjälpmedel för den kommunala beslutsprocessen.

Ett utvecklingsarbete har påbörjats för att barnperspektivet även skall beaktas i frågor som rör samhälls- och trafikplanering och den fysiska miljön i övrigt. Informations- och utbildnings-satsningarna bidrar till att successivt ändra attityder, arbets- och förhållningssätt inom olika samhällsområden och i olika verksamheter när det gäller barn och barns behov.

I Socialstyrelsens redovisning av uppdraget att följa upp barns villkor i förändringstider framkommer både positiva och negativa drag inom socialtjänsten. Kommunerna har generellt sett inte minskat resurserna till barnvårdsinsatser och resurserna till ungdomsvården har ökat på många håll. Antalet anmälningar och ansökningar har ökat. Kvaliteten på utredningarna har höjts. Det finns dock, enligt Socialstyrelsen, behov av fortsatt utveckling av socialtjänstens dokumentationssystem för att bättre kunna följa upp arbetet med barn och ungdomar.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna redovisar i sina rapporter en fortsatt utveckling av öppenvårdsinsatser. I några rapporter varnas dock för att utvecklingen har medfört en risk för att barn och ungdomar som verkligen behöver vård utanför hemmet inte får det i rätt tid. Regeringen vill framhålla betydelsen av arbetet med att utveckla kvaliteten inom socialtjänstens arbete riktat mot barn och ungdomar.

Regeringens slutsatser

Barnkonventionens budskap kan sammanfattas med orden: Barn skall respekteras. Förverkligandet av barnkonventionen i Sverige är en ständigt pågående process som måste hållas levande. Arbetet med att förankra det synsätt som genomsyrar barnkonventionen är långsiktigt. Barnkonventionen skall vara ett verktyg i arbetet med att gradvis förbättra barns villkor. Det handlar om att ändra attityder, förhållningssätt och arbetssätt i olika verksamheter och på olika nivåer i samhället. Det krävs därför satsningar för att höja medvetenheten hos beslutsfattare och vuxna som arbetar med barn samt hos barn och ungdomar

själva. På så sätt kan barnperspektivet utvecklas så att barnets bästa verkligen sätts i centrum. Det gäller såväl de generella insatserna t.ex. i form av barnhälsovård, förskoleverksamhet och skola som de riktade insatserna till barn och ungdomar i utsatta situationer inom bl.a. socialtjänsten och barnpsykiatrin.

Samhällets stöd i föräldraskapet är en viktig del av familjepolitiken. Föräldrautbildningsutredningen har avlämnat sitt betänkande Stöd i föräldraskapet (SOU 1997:161). Förslagen i betänkandet har inriktningen att stärka den befintliga föräldrautbildningen och att vidareutveckla modeller för föräldrautbildning och annat stöd i föräldraskapet, bl.a. för föräldrar till tonårsbarn. Regeringens avsikt är att senare återkomma i frågan.

De ändringar som nyligen genomförts i socialtjänstlagen och föräldrabalken kommer att ställa nya krav på socialtjänstens arbete. Socialstyrelsen kommer att få i uppdrag att utveckla metoder och stödja kompetensutveckling inom socialtjänstens barn- och ungdomsarbete.

5.3.4 Socialt utsatta

Målet för år 1997 är att åstadkomma en social omsorg av god kvalitet med effektiv resursanvändning som tillgodoser den enskildes behov av stöd och bistånd i samband med försörjningssvårigheter eller andra sociala problem.

Kommunen har det yttersta ansvaret för att människor i utsatta situationer får det stöd och den hjälp de behöver. Kommunernas socialtjänst svarar för olika former av individuellt bistånd.

Socialtjänsten har uppgifter på såväl individ- som grupp- och samhällsnivå och skall arbeta med både förebyggande insatser och med vård och behandling. 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 utformade åtgärdsmodeller utan måste alltid utgå från vad som är mest ändamålsenligt i det enskilda fallet.

Tillstånd och utveckling

Det ansträngda ekonomiska läget i landet har under en stor del av decenniet präglat arbetet inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Arbetslösheten och förändringar i socialförsäkringssystemen har medfört att fler människor än tidigare har kommit att behöva socialtjänstens hjälp. Samtidigt har kommunernas resurser för att ge stöd och hjälp varit mer begränsade än tidigare.

Socialbidraget är avsett att vara ett tillfälligt yttersta skyddsnät för hushåll som inte kan få sin försörjning tryggad genom förvärvsarbete eller andra inkomstkällor. Socialbidrag kan även behöva utgå när socialförsäkringssystemet och övriga ekonomiska förmåner i samhället är otillräckliga. Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Hänsyn skall därvid tas till egna inkomster eller tillgångar. Biståndet skall utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Den kraftiga ökningen av socialbidraget som skett under större delen av 1990-talet har avtagit de senaste åren och sedan det andra kvartalet 1997 sjunker kostnaderna för socialbidrag och introduktionsersättning för flyktingar. Svenska Kommunförbundet bedömer i sin prognos för år 1998 att minskningen av de totala socialbidragskostnaderna kan komma att uppgå till 6 procent, vilket motsvarar ca 600 miljoner kronor.

Kostnadsutvecklingen avspeglar dels det förbättrade arbetsmarknadsläget och dels det minskade flyktingmottagandet. Svenska Kommunförbundet antar dock att många flyktingar kommer att behöva socialbidrag även efter det att introduktionsperioden upphört vilket kan reducera effekten av den totalt sett gynnsamma utvecklingen av socialbidraget och introduktionsersättningen.

Sammanfattningsvis kan konstateras:

- År 1997 utbetalades sammanlagt ca 12,4 miljarder kronor i socialbidrag och introduktionsersättning vilket är en ökning med 4 procent jämfört med år 1996.
- Socialbidragskostnaderna minskar i åldersgruppen 18–19 år.
- Antalet bidragstagare har minskat något år 1997 i jämförelse med året innan, medan däremot antalet hushåll är konstant. År 1997 erhöll 749 000 personer (403 000 hus-

håll) socialbidrag eller introduktionsersättning för flyktingar.

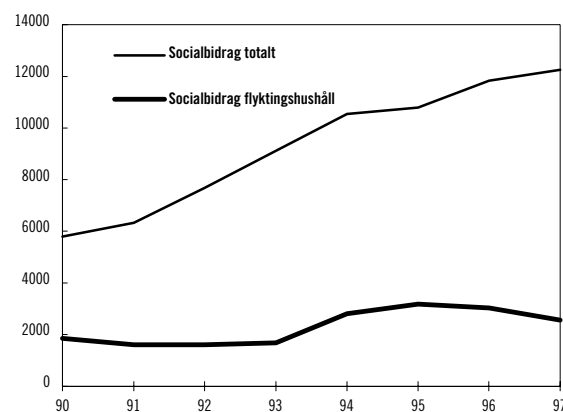
- Den genomsnittliga bidragstidens längd har ökat marginellt under år 1997 men är oförändrad i de yngre åldersgrupperna. Hushållen fick socialbidrag i genomsnitt 5,6 månader.

I spåren av den förändrade arbetsmarknaden med en hög arbetslöshet och ett högt flyktingsmottagande under periodens inledning ökade socialbidraget kraftigt under en stor del av 1990-talet. Mellan åren 1990 och 1996 fördubblades kostnaderna och antalet bidragshushåll ökade med nära 45 procent under samma period. De förändringar i välfärdssystemen som gjorts under 1990-talet i syfte att sanera de offentliga finanserna antas också ha bidragit till ökningen.

Diagram 5.1

Utgiven socialbidrag åren 1990 - 1997

Miljoner kronor



Det är framförallt grupper som har svårt att hävda sig på arbetsmarknaden som blir bidragsberoende, bl.a. ungdomar och invandrare. Av samtliga bidragshushåll är 62 procent ensamstående utan barn. Av samtliga ensamstående kvinnor med barn fick 36 procent socialbidrag. Socialbidragstagare är i stor utsträckning yngre personer. Cirka hälften av bidragstagarna är under 25 år. Tre fjärdedelar av hushållen består av svenska medborgare och en fjärdedel utländska. Ålderspensionärer har länge varit få bland socialbidragstagarna men under 1990-talet har alltfler äldre fått socialbidrag. De flesta är invandrare bosatta i storstadskommunerna som inte är berättigade till ålderspension i Sverige.

Många kommuner arbetar aktivt för att socialbidragstagare ska komma ur sitt bidragsberoende genom att erbjuda arbete, sysselsättning eller andra aktiviteter i syfte att förkorta social-

bidragstiden. Arbetet bedrivs i många fall i samverkan med andra myndigheter såsom arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Samverkan syftar till att använda myndigheternas gemensamma resurserna på ett för individen mer effektivt sätt och undvika att människor hamnar i en rundgång mellan de olika myndigheterna.

Allmänt har det de senaste åren skett en mer restriktiv tolkning av 6 § socialtjänstlagen. Mycket tyder på att utvecklingen förstärkts genom uppdelningen av socialtjänstens individ- och familjeomsorg i specialiserade enheter. Länsstyrelsen har i sina tidigare årsrapporter påpekat att handläggningen av ekonomiskt bistånd riskerar att 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. Vidare har länsstyrelserna uppmärksammat brister i socialtjänstens bemötande av den enskilde och en återkommande kritik rör socialtjänstens handläggning och dokumentation. I olika sammanhang har också konstaterats att det finns stora variationer i socialbidragsbeslut, både mellan kommunerna och mellan olika handläggare i en och samma kommun.

En tydlig konsekvens av de samhällsförändringar som skett under 1990-talet är att socialbidragets roll har förändrats. Från att tidigare i allt väsentligt fungerat som ett sista skyddsnet för människor med försörjningssvårigheter som uppkommit trots förekomsten av de generella socialpolitiska stödformerna har socialbidraget nu för vissa grupper kommit att fungera som ett långvarigt försörjningsstöd.

Under senare år har från olika håll signalerats att hemlösheten har ökat och att de hemlösas situation har förvärrats. En orsak kan vara ökade svårigheter på bostadsmarknaden för socialt utsatta. Det kan även till viss del förklaras genom de förseningar som uppstått i samband med psykiatireformen som trädde i kraft i januari 1995. Förändringen innebar att kommunerna fick ansvaret för öppenvård av de psykiskt funktionshindrade som tidigare vårdats inom ramen för landstingens slutenvård.

De viktigaste statliga insatserna

Ansvar för socialtjänsten, såväl vad gäller de olika verksamheterna som kostnaderna för socialbidrag, ligger hos kommunerna. Staten ger finansiellt stöd genom det generella statsbidraget

och genom vissa specialdestinerade statsbidrag, t.ex. statlig ersättning för mottagandet av flyktingar.

Socialtjänstlagen (1980:620) styr kommunernas socialtjänstverksamhet. Riksdagen beslutade i juni 1997 om vissa ändringar i socialtjänstlagen (prop. 1996/97:124, bet. 1996/97:SoU18, rskr. 1996/97:264). En av de viktigaste förändringarna gäller socialbidraget där den enskildes rätt till bistånd har preciserats genom nya bestämmelser om försörjningsstöd och annat bistånd. Riksdagens beslut innebär att socialtjänstlagen preciserar vad som ingår i den s.k. riksnormen. Avsikten är att skapa förutsättningar för att bedömningen av socialbidrag skall bli likvärdig oberoende av var i landet man bor. Socialtjänstens skyldighet att bistå den enskilde med aktiva åtgärder förtydligas. Vidare innebär förändringarna en markering av den enskildes ansvar att göra vad han eller hon kan för att bli självförsörjande. I lagen infördes också 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. Socialstyrelsen och länsstyrelserna har regeringens uppdrag att i sin verksamhet följa effekterna av de genomförda förändringarna.

Den höga ungdomsarbetslösheten under senare år har accentuerat behovet av att finna mer ändamålsenliga metoder i arbetet med arbetslösa ungdomar, som ett alternativ till socialbidrag. Därför infördes den 1 januari 1998 en s.k. utvecklingsgaranti för ungdomar. Syftet är att öka ungdomars möjlighet att ta sig in på den reguljära arbetsmarknaden och därmed minska risken att hamna i långvarig arbetslöshet och i långvarigt beroende av socialbidrag. Utvecklingsgarantin innebär att kommunerna har möjlighet att åta sig en skyldighet att erbjuda ungdomar mellan 20 och 24 år som står till arbetsmarknadens förfogande, en aktiverande och utvecklande insats på heltid. Ungdomar som är berättigade till socialbidrag får en kommunalt finansierad utvecklingsersättning motsvarande minst socialbidragsnivån.

Den statliga tillsynen över socialtjänsten utövas av Länsstyrelsen och Socialstyrelsen. Tillsynen omfattar såväl kommunernas socialtjänst och olika institutioner inom socialtjänsten som enskilda vårdhem och bedrivs på både nationell och regional nivå. Länsstyrelsernas tillsyn och uppföljning avser såväl hanteringen av enskilda ärenden som uppföljning av verksamheter.

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. Totalt sett är antalet tillsynsärenden relativt få.

Behovet av att se över formerna och organisationen av tillsynen över socialtjänsten har aktualiserats i olika sammanhang. Ytterligare medel för tillsyn har avsatts inom äldreområdet. Den särskilde utredare (dir. 1997:109) som har regeringens uppdrag att se över vissa frågor som rör socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter har i uppdrag att lämna förslag till hur tillsynen kan förbättras och effektiviseras. I detta sammanhang skall även förutsättningen för en bättre samordning av tillsynen över socialtjänsten samt hälso- och sjukvården analyseras. Uppdraget skall vara slutfört under våren 1999.

På grundval av Kvinnovåldskommissionens (SOU 1995:60) och Prostitutionsutredningens (SOU 1996:15) betänkanden har riksdagen på regeringens förslag fattat beslut (prop. 1997/98:55, bet. 1997/98:JuU13, rskr. 1997/98:250) om åtgärder för att motverka våld mot kvinnor. Åtgärderna sker inom ett brett fält och innebär skärpt lagstiftning, en ökad satsning på förebyggande insatser samt åtgärder som syftar till att utsatta kvinnor skall få ett bättre bemötande och omhändertagande. Köp av sexuella tjänster förbjuds. Socialtjänstlagen kompletteras med en ny bestämmelse som innebär att socialnämnden bör verka för att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp i hemmet får stöd och hjälp att förändra sin situation. Kvinnojourerna får ett ökat årligt stöd med 6 miljoner kronor. En satsning på fortbildning genomförs som riktas till personal inom socialtjänsten, rättsväsendet och hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ges i uppdrag att leda ett utvecklingsarbete i frågor om våld mot kvinnor och prostitution. I uppdraget ingår att i samråd med bl.a. kvinnojourerna, utreda frågan om en central kristelefon för våldsutsatta kvinnor.

I syfte att förbättra situationen för hemlösa avsatte regeringen i mars 1997 30 miljoner kronor ur Allmänna arvsfonden under en treårsperiod. Medlen skall användas för ideella organisationers kostnader för att tillsammans med berörda kommuner utveckla och pröva nya modeller för stöd och boende för personer med psykiska funktionshinder. Därvid skall projekt i storstadsområden särskilt uppmärksammas.

Effekter av de statliga insatserna

Den statliga tillsynen har bidragit till att ge regeringen viktigt underlag vad gäller situationen inom socialtjänsten.

Ändringarna i socialtjänstlagen trädde i kraft 1 januari 1998 varför det ännu är för tidigt att fullt ut bedöma effekterna av förändringarna. Den första redovisningen tyder på att bestämmelserna som rör socialbidraget inledningsvis fört med sig en del tillämpningsproblem men att det pågår arbete i kommunerna med att anpassa verksamheten efter de nya förutsättningarna, t.ex. genom att utarbeta egna riktlinjer för det bistånd som ligger utanför det lagstadgade försörjningsstödet.

En första uppföljning av ungdomsgarantin för arbetslösa ungdomar visar att satsningen hittills varit lyckad i den bemärkelsen att de flesta av landets kommuner valt att ansluta sig. Enligt de uppskattningar som gjorts efter första halvåret 1998 beräknas 250 av landets 288 kommuner komma att ansluta sig till utvecklingsgarantin. I augusti 1998 var 2 500 ungdomar sysselsatta i någon aktivitet kopplad till garantin. Att arbetslösheten bland ungdomar nu är betydligt lägre än när garantin utformades under hösten 1997 har givetvis betydelse för hur garantin fortsättningsvis kommer att användas.

Regeringens slutsatser

Analysen av de förändringar som inträffat och de förändringar som kan förutses framledes motiverar enligt regeringens bedömning ett fortsatt utredningsarbete på en rad, för socialtjänsten, viktiga områden. En särskild utredare har därför tillkallats med uppgift att göra en översyn av vissa frågor som rör socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter. Utredaren har i uppdrag att analysera och lämna förslag som bl.a. rör lagens konstruktion och struktur, socialtjänstens finansiering, socialtjänstens uppgifter och kompetensområden samt organisationen och former för tillsynen över socialtjänsten. Utredaren skall även lämna förslag på hur den ekonomiska tryggheten för vissa äldre invandrare skall utformas. Socialbidraget har kommit att fungera som ett långvarigt försörjningsstöd för vissa grupper som inte kvalificerat sig för det generella socialförsäkringssystemet. Ålderspensionärer med invandrarbakgrund är en grupp som ofta är hänvisade till socialbidrag på grund av att de inte är

berättigade till svensk pension. Det finns därför skäl att se över socialbidragets funktion för bl.a. dessa grupper i syfte att hitta andra lösningar än socialbidrag.

Socialbidraget är välfärdssystemens yttersta skyddsnät. En ökning av antalet socialbidragstagare måste därför uppfattas som en allvarlig varningssignal. Det gör det särskilt angeläget att följa och analysera utvecklingen av socialbidraget och därvid bl.a. uppmärksamma förändringar som genomförs inom de generella systemen eller förändringar som sker på arbetsmarknaden som påverkar möjligheterna till försörjning.

Situationen för hemlösa har försvårats och regeringen vill i samarbete med ideella krafter, särskilt i storstäderna, satsa resurser och vidta åtgärder för att förbättra situationen för hemlösa. Regeringen anser att ytterligare medel bör anslås under en treårig försöksperiod till nyskapande projekt för de bostadslösa.

5.3.5 Alkohol och narkotika

Alkoholpolitik

Målet för den svenska alkoholpolitiken är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar genom att påverka skadligt dryckesbeteende och därigenom minska totalkonsumtionen. I en nationell handlingsplan för alkohol- och narkotikaförebyggande arbete finns olika delmål preciserade. Insatser skall genomföras som vidmakthåller eller förstärker en opinion till förmån för återhållsamma alkoholvanor i befolkningen och för punktnykterhet när det gäller vissa grupper och i vissa situationer. Detta innebär att en alkoholfri uppväxt skall främjas i syfte att skjuta upp alkoholdebuten, att trafiken, kvinnans graviditetsperioder och arbetsplatserna skall vara alkoholfria, berusningsdrickande motverkas och att återhållsamma alkoholvanor i befolkningen uppmuntras genom bland annat omfattande opinionsbildning.

Tillstånd och utveckling

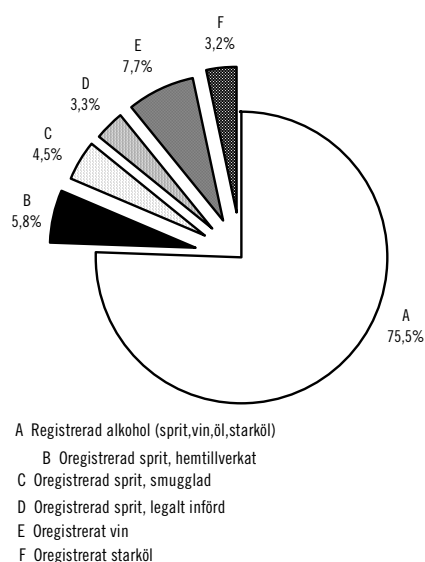
Det finns idag oroande tecken på att det sker en ökning av alkoholkonsumtionen bland allt yngre ungdomar. Flera undersökningar under det senaste året visar att andelen ungdomar som ofta berusar sig ökar och andelen som aldrig berusar sig minskar. Flickornas andel av den totala alko-

holkonsumtionen har också ökat kraftigt sett i ett längre tidsperspektiv.

Det är framför allt de lättillgängliga dryckerna folköl, starköl och illegala alkoholdrycker (hembränt och smuggelsprit) som har ökat. År 1996 utgjorde de illegala dryckerna omkring 13 procent av den totala alkoholkonsumtionen.

Diagram 5.2

Fördelning av den totala alkoholkonsumtionen 1996



I och med skattesänkningen på starköl från 1 januari 1997 med nästan 20 procent har starkölskonsumtionen ökat. För vissa grupper närmar sig ölskonsumtionen 1970-talets nivå.

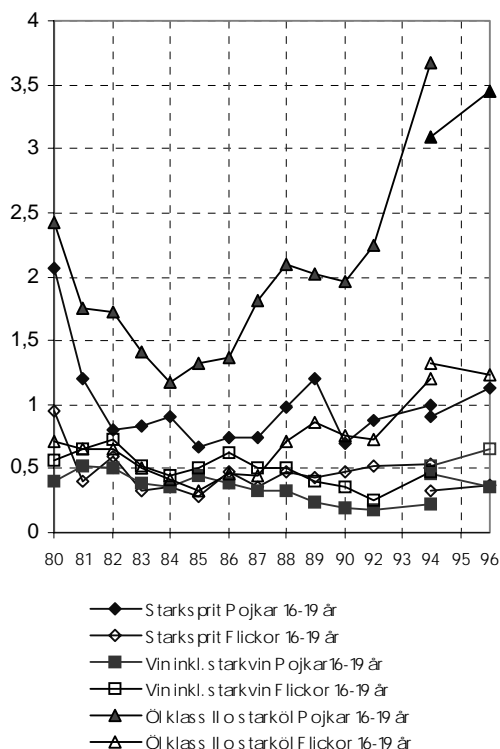
Förutsättningarna att i fortsättningen bedriva en traditionell svensk alkoholpolitik har ändrats i och med det svenska EU-inträdet och den ökade internationaliseringen. Det har medfört att statens insatser för att upprätthålla de alkoholpolitiska målen har förnyats.

I målet C-185/95, åklagaren mot Harry Franzén, prövade EG-domstolen de svenska bestämmelserna om Systembolagets detaljhandelsmonopol och dess funktionssätt mot artikel 37 i EG-fördraget, som reglerar anpassningen av statliga handelsmonopol. Domstolen slog fast att ett statligt detaljhandelsmonopol för alkoholdrycker utformat och anpassat såsom det svenska Systembolaget inte stred mot artikel 37 i EG-fördraget.

Diagram 5.3

Den beräknade genomsnittliga årliga alkoholkonsumtionen, mätt i liter ren alkohol, bland pojkar och flickor 16 - 19 år

Liter i ren alkohol per år



För svenskt vidkommande var EG-domstolens beslut mycket viktigt ur folkhälsopolitisk synvinkel. EG-domstolen kritiserade dock det svenska partihandelssystemet och menade att detta utgör ett hinder för import av alkoholdrycker från övriga medlemsstater och att villkoren för att erhålla sådana tillstånd – bl.a. alltför höga avgifter och krav på lagringskapacitet – inte står i proportion till syftet att skydda folkhälsan. Med anledning av kritiken sänkte regeringen ansöknings- och tillsynsavgifterna samt förenklade föreskrifterna kring lager och distribution av alkoholdrycker.

EG-kommissionen har dock den 5 maj 1998 i en formell underrättelse och med stöd av EG-domstolens dom i Franzén-målet riktat fortsatt kritik bl.a. mot att de svenska tillsynsavgifterna för partihandlare fortfarande anses vara för höga och diskriminerar utländska alkoholexportörer och försvårar framför allt för små företag att komma in på den svenska marknaden. Den formella underrättelsen innehåller även kritik mot att restauranger som har serveringstillstånd också måste ha partihandelstillstånd för att kunna importera alkoholdrycker för den egna verksamheten samt att det svenska regelsystemet inte

möjliggör att alkoholdrycker kan sändas som gåva från ett annat EU-land till en mottagare i Sverige.

Alkoholinspektionen har den 1 september till regeringen överlämnat en utvärdering av kommunaliseringen av hanteringen av serveringsärenden från länsstyrelserna till kommunerna. Kommunaliseringen rapporteras i huvudsak ha fungerat bra men att bl.a. brister i kontrollen av folkhälsoförsäljningen förekommer

De viktigaste statliga insatserna

Folkhälsoinstitutet i samarbete med Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) följer konsumtions- och skadeutvecklingen på alkoholområdet. Institutet fördelar också vissa medel till projekt och till viss alkoholforskning samt genomför utvärderingar av det förebyggande arbetet. En omfattande kampanj mot ungdomars alkoholkonsumtion har genomförts under 1997.

Den ökade gränshandeln och internet- och postorderförsäljningen, ifrågasättandet av parti-handelsreglerna samt den ökade smugglingen av alkohol har rest krav på nya arbetssätt och metoder som kan komplettera den nuvarande alkohopolitiken för att förhindra en ökad konsumtion.

Regeringen inrättade under 1997 en nationell ledningsgrupp för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser under socialministerns ledning. Ledningsgruppens uppgift är att bygga upp ett långsiktigt förebyggande arbete som kan kompensera de förändringar som EU-medlemskapet medfört för den svenska alkohopolitiken. Det handlar om insatser som direkt kan påverka människors förhållningssätt och vanor och som också ökar det individuella ansvarstagandet. Det handlar vidare 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. Ledningsgruppen har tagit initiativ till ett antal nationella projekt i syfte att stimulera en sådan utveckling. För bl.a. detta ändamål har 30 miljoner kronor årligen avsatts.

Regeringen tog också ett samarbetsinitiativ genom att tillsätta en kommitté som skall utveckla samarbetet mellan berörda myndigheter, försäkringsbolag och olika branschorganisationer på alkoholområdet. Kommittén kallar sig Oberoende Alkoholsamarbetet (OAS). Utgångs-

punkten för samarbetet är de prioriteringar som gjorts i den nationella handlingsplanen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. Uppgiften är att uppmuntra olika aktörer, såsom företag, branschorganisationer, försäkringsbolag, berörda myndigheter och andra att engagera sig i arbetet mot missbruk och alkoholskador. 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. Här pågår en omfattande opinionsinsats som planeras fortsätta under de närmaste åren och som löpande kommer att utvärderas. Kostnaden för insatsen, som för år 1998 uppgår till drygt 20 miljoner kronor, finansieras till hälften av staten och till hälften av branschorganisationerna. Flera andra initiativ har tagits och planeras när det gäller att åstadkomma t.ex. en alkoholfri trafik, alkoholfria arbetsplatser, alkoholfri uppväxt och alkoholfria graviditetsperioder. Kommittén kommer inom kort att lämna förslag till hur verksamheten kan permanentas och finansieras.

I syfte att samordna och effektivisera verksamheten på alkohol- och narkotikaområdet har Statskontoret givits i uppdrag att se över myndighetsstrukturen på alkohol- och narkotikaområdet utifrån en förändrad verklighet såväl centralt som regionalt. Statskontoret har den 1 oktober 1998 överlämnat ett principiellt förslag till en ny myndighetsstruktur och ansvarsfördelning på alkohol- och narkotikaområdet. Förslaget bereds inom Regeringskansliet.

Situationen på alkoholpolitikens område kräver en hög grad av samordning, effektivitet och en ledningsorganisation med hög beredskap för olika varierande insatser. Ett omfattande utvecklingsarbete har fortsatt i ledningsgruppens regi och under år 1999 skall den nationella alkohol- och narkotikaförebyggande handlingsplanen förnyas. Ett framtidsscenarioprojekt om hur alkohol- och narkotikasituationen i Sverige kan komma att se ut år 2005 har bl.a. genomförts som ett av flera underlagsmaterial för revideringen av handlingsplanen.

Med anledning bl.a. av den kritik som EG-domstolen och EG-kommissionen riktat mot vissa bestämmelser i alkohollagen har regeringen under 1998 tillsatt en utredning – Alkoholutredningen – med uppdrag att se över vissa bestämmelser i alkohollagen samt lagen om försäljning av teknisk sprit m.m. I uppdraget ingår att kartlägga hur lagstiftningen tillämpas och huruvida

erfarenheterna från tillämpningen visar att ändringar, förtydliganden eller tillägg behövs på särskilda punkter. Även frågan om hur folkölstillsynen kan förbättras ingår i utredningsuppdraget. Utredningen skall slutredovisa uppdraget till regeringen senast den 31 december 1999. De delar av uppdraget som handlar om EG-kommissionens kritik mot Sverige, dvs. hanteringen av gåvoförsändelser och kommersiella försändelser till enskilda samt frågan om yrkesmässig import av alkoholdrycker, skall dock redovisas till regeringen snarast möjligt men senast den 31 december 1998.

Alkoholreklamutredningen som haft till uppgift att se över nuvarande marknadsföringsregler har överlämnat sitt slutbetänkande. Förslaget har remissbehandlats och bereds f.n. inom Regeringskansliet. En proposition beräknas överlämnas till riksdagen under våren 1999.

Sverige har tillsammans med Finland ansökt och erhållit medel från EU-kommissionen för att genomföra en länderjämförande undersökning om alkoholproblemens omfattning och hur alkoholpolitiken ser ut i samtliga EU-länder. Avsikten med denna undersökning, som skall vara klar under år 2000, är att den skall tjäna som underlag för diskussioner inom EU.

Sverige kommer att under år 2000 stå som värd för en europeisk WHO-konferens om alkoholpolitik.

Regeringen har genom Allmänna arvsfonden under år 1997 beslutat om 15 miljoner kronor till Folkhälsoinstitutet för stöd till olika ideella organisationers barn- och ungdomsprojekt som ligger i linje med den nationella handlingsplanen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. För åren 1998 och 1999 har regeringen genom Allmänna arvsfonden tillskjutit ytterligare 10 miljoner kronor.

Effekter av de statliga insatserna

Inrättandet av den Nationella ledningsgruppen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser och branschsamarbetet i OAS har tillsammans med Folkhälsoinstitutets och Alkoholinspektionens insatser lett till en ökad aktivitet på alkoholområdet. Flera nationella projekt har initierats och ett trettiotal regionala konferenser har hållits över hela landet för att få i gång lokala aktiviteter på området. Branschsamarbetet har inneburet att nya kommunikationskanaler och kontaktytor ställts till förfogande för informa-

tion i alkoholfrågan. Informationsmaterial har t.ex. kunnat spridas till samtliga livsmedelshandlare, restauranganställda, bryggerianställda, försäkringsanställda samt anställda vid berörda myndigheter m.fl. Utvärdering av de olika insatserna är inplanerade men det är ännu alltför tidigt för att uttala sig om effekterna av de vidtagna åtgärderna. Regeringen bedömer dock att de insatser som hittills genomförts har fungerat och varit nödvändiga för att få igång en aktiv process. Regeringen har också en hög beredskap för att vidta ytterligare åtgärder om situationen så kräver. Även internationellt och på europeisk nivå har olika framgångsrika initiativ tagits och ytterligare insatser planeras för att även påverka framför allt EU att lyfta fram alkoholfrågan på dagordningen.

Regeringens slutsatser

Sveriges inträde i EU har förändrat förutsättningarna för den svenska alkoholpolitiken. Målet att begränsa alkoholens skadeverkningar genom att motverka skadliga dryckesmönster och minska den totala konsumtionen av alkohol ligger fast. EU-medlemskapet gör det dock nödvändigt att söka nya metoder för det förebyggande arbetet för att kunna upprätthålla målet. I den nya situationen behöver samhällets olika insatser på området samordnas bättre än hittills.

Den nationella ledningsgruppens insatser är därför av stor betydelse för det fortsatta alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet. I syfte att understödja ett långsiktigt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete för att kunna ha en hög handlingsberedskap gentemot de framtida utmaningarna behövs även fortsättningsvis medel till regeringens disposition.

På alkoholforskningens område behöver konsumtionsforskningen utvecklas och stimuleras. Förberedelsearbetet för att skapa ett särskilt Centrum för alkohol- och narkotikaforskning pågår under ledning av Socialvetenskapliga forskningsrådet. En föreståndarprofessur har utlysts som kommer att tillsättas inom kort. Regeringen anser att Folkhälsoinstitutets erfarenheter är av stort värde i det fortsatta arbetet. Även Folkhälsoinstitutets medel för alkohol- och narkotikaforskning bör därför samordnas med den tänkta verksamheten.

Narkotikapolitik

Det yttersta målet för den svenska narkotikapolitiken är att skapa 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 och åtgärder inom narkotikapolitikens område ram skall baseras på kunskap om faktiska förhållanden och utvärderingar av effekterna av olika insatser.

Tillstånd och utveckling

Tillgången på narkotika i världen är mycket stor, vilket också Sverige känner av. 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 Sverige har omkring 8 procent av den vuxna befolkningen någon gång under sin livstid prövat narkotika. Cannabis är det ojämförligt vanligast förekommande preparatet, både bland ungdomar och vuxna. När det gäller det tunga missbruket dominerar amfetamin. Heroinmissbruket synes vara relativt konstant även om vissa data tyder på en viss ökning av rökheroinet.

Från flera länder i Europa kommer rapporter om en positivare inställning till droger bland

ungdomar och en ökning av missbruket. De regelbundna undersökningar om drogvanorna hos elever i årskurs 9 i grundskolan visar att erfarenheten av narkotika ökar också i Sverige. 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 7–8 procent. Därefter har andelen legat på samma nivå. Undersökningarna visar 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 en ny öppenhet att experimentera med droger. En stor majoritet av ungdomarna tar dock avstånd från narkotika.

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.

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 jämfört med 14 procent år 1979.

Senare undersökningar har endast genomförts i Stockholms stad och i Malmö med delvis andra, visserligen relevanta, men inte helt jämförbara kriterier. För Stockholm rapporteras från en undersökning år 1995 att antalet narkomaner och läkemedelsmissbrukare förefaller ha minskat jämfört med en tidigare undersökning som genomfördes vintern 1993/1994. Amfetamin var liksom tidigare det dominerande narkotiska preparatet. Från den senaste undersökningen i Malmö år 1996 rapporteras att gruppen "tung" narkotikamissbrukare hade ökat med 28 procent. Resultaten indikerar – i synnerhet tillsammans med ett under perioden ökande antal anmälda brott mot narkotikastrafflagen – en ökning i regionen sedan år 1992.

De viktigaste statliga insatserna

En ny studie av det tunga missbrukets omfattning genomförs för närvarande av CAN. En

första delrapport kommer att presenteras under hösten 1998.

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 arbetet. Socialstyrelsen svarar för tillsyn samt uppföljning och utvärdering av förebyggande insatser och vård och behandling inom socialtjänsten. Socialstyrelsen stöder också metodutvecklingen inom området. Statens institutionsstyrelse (SiS) svarar för att de som behöver tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) bereds sådan vård.

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. Socialstyrelsen redovisade i november 1997 regeringsuppdraget "Offensiv narkomanvård". Socialstyrelsen ansåg att det primära målet för Offensiv narkomanvård var uppfyllt och att statens fortsatta stöd till narkomanvårdens utveckling bör kanaliseras via Socialstyrelsens ramanslag för utvecklingsinsatser inom socialtjänsten som helhet.

Den nationella ledningsgruppens viktigaste uppgift är som tidigare nämnts att bygga upp och samordna ett långsiktigt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Ledningsgruppen skall fortlöpande följa, stämna av och samordna de olika insatser av nationell karaktär som olika statliga eller andra aktörer har att fullgöra samt stimulera och stödja en lokal och regional mobilisering för ökade insatser inom det alkohol- och drogförebyggande arbetet, inte bara på myndighetsnivå utan också inom den ideella sektorn.

I syfte att pröva nya metoder för att stärka unga människors vilja och förmåga att avstå från narkotika och skjuta upp alkoholdebuten har ledningsgruppen möjlighet att ta initiativ till projekt av nationellt intresse. De projekt som har initierats utgår ifrån att inställningen till droger är en fråga om livsvillkor, livsstil och värderingar. En annan gemensam utgångspunkt är att aktivt söka engagera ungdomarna själva och utgå ifrån deras egna erfarenheter och uppfattningar. Regeringen disponerar årligen 30 miljoner kronor för alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder att användas bl.a. i detta arbete.

Ett sådant initiativ är projektet Motståndskraft, som drivs med Svenska Kommunförbundet som huvudman. Inom projektet, som starta-

de hösten 1997, engageras ungdomar, antingen som ALU-projekt eller på helt ideell bas, för att stödja yngre kamrater i valet av en drogfri livsstil.

I syfte att öka kunskapen hos ungdomar i arbetslivet om hur alkohol och narkotika påverkar individen och arbetsplatsen, bl.a. vad gäller säkerhet och den egna hälsan genomförs ett projekt i samarbete med Riks-alna (samarbetsorgan mellan arbetsmarknadens parter). Också detta projekt syftar till att stödja och stärka ungdomarnas vilja och förmåga att hjälpa och stötta varandra samt att ha beredskap för "tidig upptäckt" på arbetsplatserna.

Ledningsgruppen har också tagit initiativ till Drugsmart, ett alkohol- och narkotikapolitiskt forum på Internet. Drugsmart, som togs i drift vid höstterminens början 1998, vänder sig främst till yngre tonåringar samt deras föräldrar och lärare med information och kommunikation om alkohol och narkotika, värderingsövningar, spel, diskussioner m.m. Målet är att påverka ungdomarnas attityder och värderingar genom ökad kunskap samt att stödja dem i valet av en drogfri livsstil. Ett annat syfte är att utgöra motvikt till drogliberala budskap på Internet.

Till nationella ledningsgruppen finns en ungdomsgrupp knuten. Gruppen, som består av 10–12 ungdomar mellan 18 och 23 år, fungerar som referensgrupp och idégivare till ledningsgruppen. Ungdomsgruppen anordnade på ledningsgruppens uppdrag i maj 1998 en mycket uppskattad konferens om lokalt drogförebyggande arbete, med ungdomar som främsta målgrupp. Omkring 700 personer, främst ungdomar, deltog i konferensen.

Sverige deltar mycket aktivt i det internationella samarbetet mot narkotika inom den särskilda samarbetsgruppen för narkotikafrågor inom Europarådet, den s.k. Pompidougruppen. Sverige har bl.a. deltagit i det utbildnings- och träningsprogram för personal verksamma inom förebyggande arbete och vård och behandling i Central- och Östeuropa som avslutades under år 1997.

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. Sverige har aktivt medverkat till att en global handlingsplan som omfattar samtliga dessa delar har antagits liksom ett särskilt narkotikapreven-

tivt program. I januari 1998 inrättades ett särskilt varningssystem för nya syntetiska droger inom EU. Varningssystemet syftar till både en tidig upptäckt av nya droger på den illegala marknaden och en gemensam analys av dessa drogers farlighet.

I Lissabon finns sedan år 1994 ett övervakningscentrum med uppgift att samla och bearbeta information om droger och drogberoende i medlemsstaterna. Syftet är att ta fram tillförlitliga och jämförbara data om narkotikaproblemen. Centret publicerar varje år en rapport över narkotikautvecklingen. Sverige deltar i observatoriets verksamhet.

Sverige deltar också i ett västeuropeiskt forskningssamarbete inom vars ram nationella forskningsprojekt rörande utvärdering av insatser mot drogmisbruk samordnas. Universitetet i Stockholm har i uppdrag att svara för den svenska samordningen.

I juni 1998 höll FN:s Generalförsamling ett extra möte om narkotika. Den politiska deklARATIONEN som antogs enhälligt innebär ett klart ställningstagande om en fortsatt restriktiv inställning till all narkotikahandling i enlighet med vad som stipuleras i FN:s tre narkotikakonventioner. Vid mötet antogs också för första gången ett internationellt dokument om efterfrågedämpande åtgärder. En arbetsgrupp, där Sverige ingår, har redan startat arbetet med att utarbeta en särskild handlingsplan för hur denna deklARATION om efterfrågedämpande åtgärder skall genomföras.

Som en del av förberedelserna inför FN:s extra möte har det arrangerats en rad nationella och internationella konferenser samt seminarier. Bland annat har ett internationellt expertsymposium arrangerats tillsammans med Mexico och Portugal. Inom ramen för det nordiska samarbetet hölls ett nordisk-baltiskt ministermöte i Stockholm i maj 1998. Utvecklingen inom missbrukarvård och prevention i Sverige har belysts vid två seminarier som anordnats av Nationella ledningsgruppen i samarbete med Socialstyrelsen respektive Folkhälsoinstitutet.

Regeringens samordningsorgan för narkotikafrågor (SAMNARK) samordnar regeringens insatser mot narkotikan. Som ett led i strävanden att stärka narkotikapolitiken presenterade regeringen en narkotikapolitisk strategi till riksdagen i maj 1998 (skr. 1997/98:172 En narkotikapolitisk redogörelse). Narkotikapolitiska insatser skall bygga på en balans mellan insatser för att begränsa tillgången och insatser för att dämpa

efterfrågan på narkotika. Nyrekryteringen till missbruk skall minska, fler missbrukare skall upphöra med sitt missbruk och tillgången på narkotika skall begränsas.

I juni 1998 tillsattes vidare en särskild narkotikakommision (dir. 1998:18) med uppgift att göra en utvärdering av Sveriges narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet och med utgångspunkt från denna lägga förslag till sådana effektiviseringar av narkotikapolitiken. Uppdraget skall redovisas före utgången av år 2000. Uppdraget bör redovisas fortlöpande i delbetänkanden.

Regeringen har till riksdagen överlämnat ett förslag (prop. 1997/98:183) till förbättringar när det gäller kontrollen av syntetiska droger.

Effekter av de statliga insatserna

De statliga insatserna har varit inriktade på att upprätthålla en negativ attityd till användningen av narkotika. Även om vi i vissa ungdomsgrupper kan se tendenser till en mer tillåtande inställning visar tillgängliga undersökningar att en överväldigande majoritet av svenska folket inte befattar sig med någon form av narkotika.

Den stora satsningen på "Offensiv narkomanvård" hade som mål att hejda HIV- och aidsepidemien genom en uppbyggnad av narkomanvården. HIV-spridningen har begränsats till en, i internationell jämförelse, mycket låg nivå i missbrukargrupperna. Kompetensen på missbruksfrågor har ökat och samarbetet mellan olika myndigheter har förstärkts.

När det gäller Sveriges internationella engagemang kan konstateras att FN:s narkotikakonventioner utgör en stabil grund för den internationella kontrollen av narkotika. Genom ett konkret samarbete inom både FN och EU har polis och tull förbättrat sina möjligheter att begränsa utbudet av narkotika.

Regeringens 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 för-

ändringar 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. Särskild 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 många ungdomar, varför de kan ha svårt att inse att konsumtionen är att definiera som missbruk.

Det yttersta målet att skapa ett narkotikafritt samhälle har i riksdagsskrivelsen (skr. 1997/98:172) brutits ned i tre delmål, nämligen

1. nyrekryteringen till missbruk skall minska,
2. fler missbrukare skall upphöra med sitt missbruk samt
3. tillgången till narkotika skall minska.

Dessa tre mål skall vara styrande för prioriteringar och insatser av myndigheter under regeringen i deras arbete med att förhindra spridning av narkotika. Målen skall göras mätbara och möjliga att tillämpa samt ges en konkret innebörd av ansvarig myndighet inom ramen för respektive myndighets ansvarsområde och förutsättningar. Myndigheterna bör i en plan konkretisera vad man vill åstadkomma, formulerat i såväl kvalitativa som kvantitativa termer, vilka åtgärder som avses, ansvarsfördelning samt tidsplan för att bidra till målen. Resultat och effekter skall kontinuerligt följas upp för revidering av mål och val av insatser. Till myndigheter under regeringen kommer uppdrag att formuleras i regleringsbrevet, med särskilda krav på återrapportering i myndighetens årsredovisning.

Som grund för det förstärkta drogförebyggande arbete som regeringen beslutade om år 1994 låg den nationella handlingsplan som Folkhälsoinstitutet och den dåvarande nationella ledningsgruppen arbetade fram. Handlingsplanen, som innehöll en långsiktig strategi samt ett konkret åtgärdsprogram, avsåg det förlängda statliga budgetåret 1995/96 (1 juli 1995–31 december 1996). Inom ramen för den nuvarande nationella ledningsgruppen, som leds av socialministern, kommer hösten 1998 ett arbete med att revidera

handlingsplanen att inledas. De nationella narkotikapolitiska målen skall i denna process ytterligare utvecklas och konkretiseras. Arbetet med att revidera handlingsplanen kommer att ske i nära samarbete med kommunerna och den narkotikapolitiska kommission som nyligen tillkallades.

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.

Vård av missbrukare

Målet för 1997 är att åstadkomma en social omsorg av god kvalitet med effektiv resursanvändning som tillgodoser den enskilda individens behov av stöd och bistånd i samband med missbruksproblem. 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 enskilda missbrukaren skall av socialtjänsten aktivt erbjudas den hjälp och den vård som han behöver för att komma ifrån sitt missbruk

Tillstånd och utveckling

Kommunerna har ett grundläggande ansvar för att förebygga och ingripa mot missbruk. Vården skall enligt bestämmelser i socialtjänstlagen (1980:620) ske i samförstånd med missbrukarna. Under vissa förutsättningar som finns angivna i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) skall vård beredas missbrukaren oberoende av hans samtycke. Ansvaret för rehabiliteringen av missbrukare vilar främst på socialtjänsten och landstinget. Socialtjänsten ansvarar för den långsiktiga rehabiliteringen och andra stöd och hjälpinsatser medan sjukvården främst svarar för avgiftning och vård till personer med psykiska komplikationer till följd av missbruk.

För att garantera vården av vuxna missbrukare och ungdomar med behov av särskild tillsyn inrättades år 1993 Statens institutionsstyrelse (SiS). SiS har driftsansvar för 15 institutioner som huvudsakligen tar emot vuxna som vårdas med stöd av LVM. Vidare bedrivs missbrukarvård vid de 32 institutioner enligt 12 § lagen (1990:52)

med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) som också ingår i SiS verksamhet. Tvångsvården är den enda form av missbrukarvård som bedrivs med statligt huvudmannaskap. För övrig missbrukarvård är kommuner, landsting eller privata vårdgivare huvudman.

Under hotet av en aidsepidemi bland injektionsmissbrukare i mitten av 1980-talet skedde en kraftig utbyggnad och förstärkning av den frivilliga missbrukarvården. Till detta kom också utökade resurser till en specialiserad öppen narkomanvård, avgiftning, platser inom tvångsvården m.m. Kulmen nåddes år 1991, då antalet vårdplatser vid 438 behandlingshem uppgick till drygt 8 200, varav knappt 7 000 för frivillig vård och resterande för tvångsvård. Därefter har en marginell nedgång skett i antalet vårdplatser i frivilligvården medan det däremot har gjorts kraftiga nedskärningar av antalet vårdplatser för vuxna tvångsvårdade.

Bland de tvångsvårdade var ca 37 procent kvinnor. Av de som skrevs ut från LVM-vård under år 1996 fortsatte 61 procent med någon form av frivillig vård efter LVM-vårdens slut. Av dessa fortsatte ca 45 procent i någon form av öppenvård.

Med undantag av tvångsvården har det således endast skett marginella förändringar av *antalet* vårdplatser. Däremot har antal personer som vårdas inom tvångsvården och frivilligvården minskat. Den 31 december 1989, då antalet tvångsvårdade var som högst fanns knappt 750 personer intagna för vård enligt LVM. Vid samma tidpunkt år 1997 hade antalet mer än halverats. Inom den frivilliga vården minskade beläggningen under samma tidsperiod från knappt 4 300 till nästan 3 000. Andelen akuta omhändertaganden enligt LVM har ökat dramatiskt under de senaste åren och uppgår nu till cirka 70 procent. Vårdtidens längd har minskat avsevärt. Under år 1997 var den genomsnittliga vistelse-tiden 90 dagar jämfört med 106 dagar året innan.

Utvecklingen har ett nära samband med att kommunerna under senare år medvetet har styrt över missbrukarvården från dygnet-runt-vård i behandlingshem till öppna vårdformer på hemmaplan. Omläggningen av statsbidraget till missbrukarvården år 1986 stödde en sådan utveckling. Socialstyrelsen fann i en kartläggning år 1997 att det totala antalet platser i strukturerade verksamheter för vård och behandling eller skyddat boende för missbrukare i kommunernas öppenvård år 1996 uppgick till omkring 8 000 platser. Motsvarande antal platser i behandlingshem och

familjevård var cirka 7 000. Av de uppskattningsvis 54 000 vårdinsatser som totalt gjordes i landet bestod mer än hälften i öppenvårdsinsatser.

Enligt Socialstyrelsen skedde mellan åren 1994 och 1997 ingen allmän neddragning av resurser och insatser för vuxna missbrukare (Balans i missbrukarvården 1998:3). Mycket tyder enligt Socialstyrelsen på att många kommuner gjorde minskningar inom detta område i början av 1990-talet. Nedgången i tvångsvården förefaller totalt sett kvantitativt ha kompenseras av andra frivilliga insatser. De problem som funnits sedan länge med att nå vissa grupper, t.ex. nya missbrukare, finns fortfarande kvar. Socialstyrelsen anser att det behövs ytterligare studier för att besvara frågan om avvägningen av resurser för missbrukare är rimlig och adekvat. Socialstyrelsen påpekar att allra viktigast är dock att få veta mer om effekterna av de insatser som görs.

De viktigaste statliga insatserna

Sedan år 1995 förfogar länsstyrelserna över 50 miljoner kronor årligen för utveckling av öppenvårdsinsatser samt olika alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. Socialstyrelsen har i uppdrag att inom ramen för en beredningsgrupp med representanter från länsstyrelserna, Folkhälsoinstitutet, Statens institutionsstyrelse och Svenska kommunförbundet planera och styra den allmänna inriktningen av utvecklingsarbetet samt följa upp och utvärdera de verksamheter som kommer till stånd.

Under senare år har uppmärksamheten riktats mot missbrukare som har psykiska störningar. Inom ramen för utvärderingen av psykiatireformen har riksdagen anvisat medel som Socialstyrelsen fördelar till olika projekt som arbetar med att utveckla samarbetet mellan psykiatri och socialtjänst.

Som ansvarig myndighet för den del av missbrukarvården som sker utan samtycke har SiS fortsatt att höja kvaliteten på vården bl.a. genom att särskilt uppmärksamma kvinnliga missbrukares behov. Detta har skett främst genom olika former av kompetenshöjande åtgärder bland personalen. SiS har även satsat på utveckling av diagnostik och utredning av psykiska störningar hos tunga missbrukare på SiS institutioner. En ökad differentiering av vården har skett. SiS har också flera pågående forskningsprojekt som rör effekter av tvångsvården. Vidare arbetar SiS med att öka

kontakterna mellan myndigheten och kommunerna i syfte att åstadkomma en bättre eftervård.

Effekter av de statliga insatserna

Vården av missbrukare har undergått stora förändringar de senaste tio åren. Uppgifter om vad utvecklingen har inneburit är dock motstridiga och bilden svårfångad. Medan somliga hävdar att det har skett en regelrätt nedrustning av vården påstår andra att det främst är fråga om en omstrukturering av insatserna, från institutionsvård till öppenvård och från tvångsvård till frivillig vård, samt en övergång till nya former för rehabilitering. Utvecklingen speglas dock inte tillräckligt väl i den offentliga statistiken, som också – av naturliga skäl – dras med eftersläpningar i rapporteringen. Socialstyrelsen utvecklar därför på regeringens uppdrag ett system som gör det möjligt att kontinuerligt följa och uppmärksamma förändringar som sker i vården, såväl kvantitativt som kvalitativt. Uppdraget skall avrapporteras den 1 januari 1999.

Socialstyrelsen har sedan år 1986 haft regeringens uppdrag att utveckla narkomanvården inom ramen för vad som kallades Offensiv narkomanvård. I en redovisning hösten 1997 konstaterade styrelsen att det primära målet med satsningen – att nå alla intravenösa missbrukare med insatser för att förhindra spridning av hiv – i princip är uppfyllt. Ytterst få missbrukare smittas idag med hiv genom sitt missbruk. Socialstyrelsen föreslog därför att statens stöd till narkomanvårdens utveckling i fortsättningen skall inlemmas i det stöd som Socialstyrelsen förmedlar för utvecklingsinsatser inom socialtjänsten. Styrelsen konstaterar vidare att utvecklingsmedlen har haft en positiv betydelse för metodutveckling och förnyelsearbetet inom området samtidigt som man noterar att verksamhet som byggs upp med projektmedel har en tendens att upphöra så snart projektmedel inte längre utgår. Vad gäller det fortsatta utvecklingsarbetet inom narkomanvården betonade Socialstyrelsen särskilt behovet att uppmärksamma sambandet mellan narkotikamissbruk och arbetslöshet, fattigdom och social marginalisering samt att sambandet mellan alkohol- och narkotikamissbruk har blivit allt tydligare under senare år.

Olika samverkansmodeller har utvecklats kring svårt psykiskt störda missbrukare och Socialstyrelsen bedömer att det finns ett fortsatt behov att utveckla samarbetet även med försäk-

ringskassan, arbetsmarknadsmyndigheten och primärvården.

De medel som avsatts för att utveckla öppenvård samt olika alkohol- och narkotikaförebyggande insatser har enligt länsstyrelsernas bedömning fått avsedd effekt. Länsstyrelserna konstaterar också att utvecklingsmedlen har bidragit till att stimulera samverkan med såväl etablerade som nya samverkanspartners.

Regeringens slutsatser

Regeringen kan konstatera att det har skett en fortsatt förskjutning mot öppenvård, korta vårdtider och skyddat boende med stöd samtidigt som tvångsvården har fortsatt att minska i omfattning. Vad utvecklingen innebär för den enskilde är dock svårbedömt. Socialstyrelsen har i sina uppföljningar av utvecklingen inom missbrukarvården inte kunnat konstatera en generell neddragning av resurser och insatser för vuxna missbrukare. Det finns dock vissa tecken som kan tyda på att missbrukare inte erbjuds relevanta insatser i en tidig fas av missbruket, vilket i sin tur kan innebära att missbruket utvecklas och förvärras. Det är därför angeläget att fortlöpande noga följa och uppmärksamma förändringar i vården.

Regeringen instämmer i socialutskottets bedömning att det finns ett behov av ytterligare kunskaper om effekterna av olika insatser inom missbrukarvården (bet. 1997/98:SoU17 Vård av missbrukare m.m.). Det är därför angeläget att utveckla den kunskapen. Ett långsiktigt utvärderingsarbete pågår såväl inom Centrum för utvärdering av metoder i socialt arbetet (CUS) vid Socialstyrelsen som vid SiS. En ökad samverkan mellan de båda myndigheterna är av stor vikt.

Utskottet förutsatte även att tillsynsmyndigheterna uppmärksam följer utvecklingen särskilt när det gäller insatserna för unga narkotikamiss

brukare, missbrukare med psykisk störning, kvinnliga missbrukare och invandrare med missbruksproblem.

I regeringens skrivelse till riksdagen En narkotikapolitisk redogörelse (skr. 1997/98:172) bryts det övergripande målet ner i tre delmål. För missbrukarvården gäller att målet skall vara att fler missbrukare skall förmås att upphöra med sitt missbruk. Vård och behandling samt andra rehabiliteringsinsatser är grunden för att hjälpa missbrukare att komma ifrån ett beroende. Rehabilitering av missbrukare skall baseras på metoder som har visat sig framgångsrika och effektiva. Den enskildes integritet skall respekteras. Rehabilitering skall bidra till att minska missbrukets konsekvenser för individen, dennes närstående och samhället. Den som behöver stöd och hjälp för att upphöra med sitt missbruk skall ha tillgång till sådant stöd.

Den nytillträdda narkotika kommissionen har fått i uppdrag att analysera utvecklingen av missbrukarvårdens och kriminalvårdens behandlingsprogram, värdera dess resultat och effekter i förhållande till insatta resurser samt föreslå åtgärder för att stärka rehabiliteringen av missbrukare, bl.a. genom förbättrad samverkan mellan olika huvudmän och aktörer. Vidare skall kommissionen utvärdera och lägga fram förslag vad gäller omfattning och inriktning av statens stöd till missbrukarvården och brottsförebyggande insatser som gäller narkotikarelaterad brottslighet.

5.4 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) har granskat verksamheten, räkenskaperna och årsredovisningarna för samtliga myndigheter inom verksamhetsområdet avseende budgetåret 1997. RRV har i sin granskning av myndigheterna inte gjort några iakttagelser av större vikt varför samtliga myndigheter inom verksamhetsområdet erhållit revisionsberättelse utan anmärkning.

Tabell 5.4 Utgiftsutveckling

	Utfall 1997	Anslag 1998 ¹	Utgifts- prognos 1998	Förslag anslag 1999	Beräknat anslag 2000	Beräknat anslag 2001
B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken				270 000	260 000	250 000
B2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	538 794	275 000	390 392	275 000	275 000	275 000
B3 Statsbidrag till vårdartjänst m.m.	155 843	186 000	172 600	144 617	186 840	191 566
B4 Bidrag till verks. för pers. med funktionshinder	80 394	78 394	78 394	78 394	78 394	78 394
B5 Bidrag till handikapp- och pensionärsorg.	131 694	132 194	132 194	132 194	132 194	132 194
B6 Ersättning för texttelefoner	14 339	16 077	16 862	16 382	16 779	17 155
B7Bilstöd till handikappade	214 014	203 978	213 908	178 078	43 494	95 364
B8 Kostnader för statlig assistansersättning	4 420 578	4 053 000	3 900 000	4 653 000	5 341 000	5 555 000
B9 Bidrag till ungdomsvård o. missbrukarvård m.m.	52 000	52 000	52 000	63 000	63 000	63 000
B10 Bidrag till org. på det sociala området	57 316	64 341	64 341	64 841	64 341	64 341
B11 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	2 883	30 000	57 117	30 000	30 000	30 000
B12 Statens institut för särskild utbildningsstöd	8 412	8 561	10 067	8 447	8 599	8 734
B13 Handikappombudsmannen	8 246	7 746	8 370	7 857	7 860	7 992
B14 Barnombudsmannen	8 743	7 550	7 527	7 717	7 856	7 978
B15 Statens nämnd för int. adoptionsfrågor	6 071	6 468	6 414	6 745	6 865	6 978
B16 Statens institutionsstyrelse	619 108	508 286	503 000	524 848	534 519	542 003
B17 Alkoholinspektionen	12 463	14 548	13 000	11 013	14 265	14 488
B18 Alkoholsortimentsnämnden	149	674	250	687	699	708
B19 Bidrag till äldreboende		250 000	100 000	150 000		
B 20 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa				10 000	10 000	10 000
Totalt för verksamhetsområde social omsorg	6 331 047	5 894 817	5 726 436	6 632 820	7 081 705	7 350 895

¹ Inklusivt beslut till följd av förslag till tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 1998 i samband med den ekonomiska vårpropositionen.

5.5 Anslag

B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tabell 5.x

Tusental kronor

1999	Förslag	270 000 ¹⁾
2000	Beräknat	260 000
2001	Beräknat	250 000

¹⁾ Nytt anslag

Regeringen aviserade i propositionen, Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/97:113) att särskilda medel skulle avsättas för genomförande av prioriterade insatser för att förverkliga målen i handlingsplanen.

Från anslaget föreslås bidrag lämnas till följande aktiviteter år 1999:

- Fortbildning av arbetsledare och förtroendevalda
- Stöd till anhöriga
- Initiativmedel

Regeringens överväganden

Regeringen har identifierat fyra områden som bör prioriteras.

- *Fortbildning av arbetsledare inom äldreomsorgen och förtroendevalda.* Äldreomsorgen har förändrats under 1990-talet. Andelen äldre över 80 år med omfattande och komplexa vård- och omsorgsbehov i den primärkommunala vården och omsorgen har ökat. För att stödja kommunernas arbete med fortbildning av arbetsledare och biståndshandläggare inom äldreomsorgen

- föreslås ett bidrag på 80 miljoner kronor år 1999, 70 miljoner kronor år 2000 och 60 miljoner kronor år 2001. En viss del av dessa medel får användas till fortbildning av förtroendevalda, utifrån deras roll som lokalt ansvariga för genomförandet av den nationella handlingsplanen. Anslaget bör disponeras av Socialstyrelsen.
- *Stöd till anhöriga.* En väsentlig del av omsorgerna om och vården av äldre och funktionshindrade utförs av familj och andra närstående. Anhörigas behov av stöd och hjälp har på olika sätt uppmärksamats. Många kommuner erbjuder olika former av stöd till de anhöriga, men stödet behöver utvecklas. Mot denna bakgrund anser regeringen att det finns behov av ytterligare utvecklingsinsatser och föreslår därför att ett särskilt stimulansbidrag om 100 miljoner kronor anslås under tre år. Bidraget bör avse sådana insatser för anhöriga som kommunerna vill genomföra i samverkan med anhöriga och med frivilliga organisationer. Målsättningen är att stödja och underlätta samt på olika sätt bidra till en ökad livskvalitet för familjer och andra närstående till funktionshindrade eller långvarigt sjuka. Enligt riksdagens beslut (bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307) bör medlen fördelas av Socialstyrelsen efter samråd med länsstyrelserna. Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att utvärdera och följa upp insatserna. Av anslaget skall en viss del kunna användas till uppföljnings-, informations- och utbildningsinsatser.
 - *Effektivare tillsyn.* För att förstärka tillsynen över vården av äldre och funktionshindrade föreslås ett årligt bidrag om totalt 20 miljoner kronor. Medlen fördelas med 5,8 miljoner kronor under anslag D1 Socialstyrelsen och med 14,2 miljoner kronor under utgiftsområde 18 anslag C1 Länsstyrelserna m.m.
 - *Initiativmedel.* Regeringen föreslår att 90 miljoner kronor årligen anslås som ett särskilt stimulansbidrag för försöksverksamheter i kommuner och landsting som syftar till utveckling och nytänkande inom vård-, omsorgs- och serviceverksamheter för äldre. Medlen föreslås disponeras av regeringen. Initiativmedlen skall kunna utgå till bl.a.:

- försöksverksamheter i kommuner och landsting som syftar till utveckling och nytänkande inom vård-, omsorgs- och serviceverksamheter för äldre personer
- försöksverksamheter med uppsökande verksamhet i hemtjänsten
- regionala äldrecentra och försöksområden
- telefonjourer
- IT för äldre.

I riksdagens beslut anges att medlen särskilt bör användas för att utveckla och stimulera de äldres delaktighet inom och inflytande över vård och omsorg liksom äldres möjligheter till aktiviteter och social gemenskap. Denna verksamhet bör kunna bedrivas såväl av pensionärsorganisationer, som av frivillig- och anhörigföreningar. Från anslaget kan bidrag även lämnas till vissa aktiviteter inom ramen för FN:s äldreår.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 270 000 000 kronor anvisas under anslag B1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 260 000 000 kronor respektive 250 000 000 kronor.

B2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tabell 5.6 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor				
1997	Utfall	538 794	Utgående reservation	115 392
1998	Anslag	275 000	Utgifts-prognos	390 392
1999	Förslag	275 000		
2000	Beräknat	275 000		
2001	Beräknat	275 000		

Från anslaget för år 1999 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) med anledning av att personkretsen utvidgats. Bidraget fördelas till landstingen efter invånarantal. Statsbidraget till tolktjänst är fullt utbyggt sedan år 1998. Medlen fördelas av Socialstyrelsen till landstingen.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Cirka 22 000 personer hade vid årsskiftet 1997/98 beslut om insatsen råd och stöd enligt LSS. I regeringens proposition Stöd och service till vissa funktionshindrade (prop. 1992/93:159) anges att stödet skall kunna ges av företrädare för yrkeskategorier som t.ex. kurator, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut, förskolekonsulent, talpedagog, logoped, arbetsterapeut och dietist m.fl. Insatserna skall vara ett komplement till t.ex. habilitering, rehabilitering och socialtjänst. Avgränsningen gentemot hälso- och sjukvårdens ansvar för habilitering och rehabilitering kan vara problematisk. Större delen av statsbidraget hade i början av år 1997 gått till tjänster inom habiliteringsorganisationen, men det är oklart i vilken utsträckning insatserna kommit den som omfattas av LSS till godo. Socialstyrelsen anser, i sin slutrapport 1997 om handikappreformen, att insatsen råd och stöd måste bli mer tillgänglig och att detta skulle kunna ske genom att benämningen ändras till "särskilt expertstöd" vilket bättre motsvarar insatsens egentliga innehåll. Regeringsrätten avkunnade under sommaren 1997 fyra domar som rör rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS. Domarna innebär att innehållet i insatsen råd och stöd har snävats in i förhållande till tidigare praxis.

I juni 1997 överlämnade Socialstyrelsen sin slutrapport till regeringen angående uppföljningen av tolktjänsten för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade. I rapporten redovisas hur tolktjänstverksamheten utvecklats sedan handikappreformen trädde i kraft år 1994. Utbyggnaden har inte skett i den takt som avsågs i handikappreformen, vilket till största delen beror på bristen på utbildade tolkar.

Det finns dock, enligt Socialstyrelsen, mycket goda förutsättningar för en relativt snabb uppbyggnad av tolktjänstverksamheten framdeles. Antalet nyutbildade tolkar kommer att öka påtagligt från och med läsåret 1998/99 då ca 100 tolkar beräknas bli färdiga med sin tolkutbildning. Ytterligare 159 tolkar beräknas ha genomgått en tolkutbildning under åren 1999–2001.

Under år 1997 har Socialstyrelsen fördelat de s.k. anhörigmedlen till projekt som syftar till att utveckla stödet till anhöriga som vårdar. Under året fick 27 projekt ekonomiskt stöd.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 275 000 000 kronor anvisas under anslaget B2. Vissa statsbidrag inom äldre- och handikappomsorgen för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till vardera 275 000 000 kronor.

B3 Statsbidrag till vårdtjänst m.m.

Tabell 5.7 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor				
1997	Utfall	155 843	Anslags-sparande	41 597
1998	Anslag	186 000	Utgifts-prognos	172 600
1999	Förslag	144 617		
2000	Beräknat	186 840		
2001	Beräknat	191 566		

Syftet med statsbidraget till vårdtjänst 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 antagits till riksgymnasium för svårt rörelsehindrade ungdomar, s.k. rh-anpassad gymnasieutbildning, att genomföra studierna.

De utgifter som belastar anslaget är kostnader för vårdtjänst åt studerande med rörelsehinder 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 utbildningsställena,

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.

Den förväntade ökningen av folkhögskolestuderande har ännu inte fått den omfattning som beräknats. Anslagssparandet uppgår därför till 41,6 miljoner kronor.

Riksgymnasieutbildningen 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 bedömer att elevantalet inom riksgymnasieverksamheten kommer att öka från 170 till ca 200 elever 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.

I syfte att åstadkomma en assistansinsats utifrån deltagarnas behov av assistans oavsett art av funktionshinder påbörjas hösten 1998 en tvåårig försöksverksamhet vid två folkhögskolor. I försöket ingår att tydliggöra var och på vilken nivå ansvar och utförande bör ligga i bedömning av behov, beräkning och kostnad, ansöknings- och beslutsfattande samt utbetalning och redovisning.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Antal kursdeltagare inom folkhögskolan med vårdartjänst var 2 207 elever under år 1997. Antal studenter inom universitet och högskola med vårdartjänst var 34 personer under år 1997. Antal avtalade elevplatser inom verksamhetsgrenen stöd inom riksgymnasieverksamheten var för läsåret 1996/97 156 platser och för läsåret 1997/98 165 platser.

Sisus har analyserat hur insatser enligt Lagen (1993:389) om assistansersättning m.m. (LASS)

påverkar behovet av särskilda stödinsatser som Sisus ansvarar för. Analysen har visat att folkhögskolepersonalens kunskap om vilka insatser som erbjuds via LSS/LASS, SoL och Sisus är generell låg. De flesta folkhögskolor föredrar att själva ha ansvaret för assistenterna. De är angelägna om att assistenterna skall vara förtrodda med skolkulturen och delaktiga i verksamheten ifrån skolans perspektiv. En intervjuundersökning visar att eleverna inom universitet och högskola föredrar stöd genom Sisus framför insatser enligt LASS/LSS medan elevernas situation inom riksgymnasieverksamheten har påverkats positivt av LASS/LSS-reformerna.

För att kunna bedöma om resurserna används effektivt när det gäller vårdartjänsten inom verksamhetsgrenarna behövs kompletterande studier inom vissa verksamhetsgrenar, bl.a. analys av orsakerna till ökningen av timkostnaden för vårdartjänst vid folkhögskola. Vad gäller verksamhetsmålet att prioritera lösningar som möjliggör jämförelser mellan olika huvudmän vad gäller verksamheternas omfattning, inriktning och kvalitet i förhållande till använda resurser, har Sisus dels framställt och vidareutvecklat ett uppföljningsinstrument och terminsvis gjort jämförelser mellan olika huvudmän, dels gjort ett antal brukarstudier. Genderarbetet har inneburit att kön används som indelningsgrund i samtliga projekt under hösten 1997. Brukarstudier har genomförts inom ett antal folkhögskolor och inom riksgymnasieverksamheten. Sisus tillhör de myndigheter som engagerats i Socialdepartementets metodgrupp, tillsatt för att utveckla metoder för genderanalyser.

Slutsatser

Regeringen bedömer mot bakgrund av befintligt anslagssparande att det finns möjlighet att minska anslaget med 45 miljoner kronor för år 1999 och med 8 miljoner kronor för åren 2000 och 2001 för att klara finansieringen av andra åtgärder inom utgiftsområdet.

Mot bakgrund av ovanstående förslår regeringen att 144 617 000 kronor anvisas under anslaget B3 Statsbidrag till vårdartjänst m.m. för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 186 840 000 kronor respektive 191 566 000 kronor.

B4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tabell 5.8 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	80 394		
1998	Anslag	78 394	Utgifts- prognos	78 394
1999	Förslag	78 394		
2000	Beräknat	78 394		
2001	Beräknat	78 394		

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, individriktad 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 teckenspråksavdelning,
- Stiftelsen rikstolkjänst 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.

Tabell 5.9

ÄNDAMÅL	Utgifter 1998	Beräknat 1999
1. SRF hantverk för depåverksamheten (moms)	9 290 000	9 290 000
2. SRF för ledarhundar	24 500 000	24 500 000
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. Rikstolkjänsten	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	13 000 000	13 000 000
Summa	78 394 000	78 394 000

Regeringens överväganden

Resultatinformation och slutsatser

Statsbidraget gör det möjligt för organisationer att själva driva en rad olika verksamheter till nytta för personer med funktionshinder. Organisationerna har redovisat hur förra årets bidrag använts. Flertalet ansöker om ökade medel för att kunna utveckla verksamheten och för att kompensera ökade kostnader.

Regeringen föreslår att 78 394 000 kronor anvisas under anslaget B4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till vardera 78 394 000 kronor.

B5 Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer

Tabell 5.10 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	131 694		
1998	Anslag	132 194	Utgifts- prognos	132 194
1999	Förslag	132 194		
2000	Beräknat	132 194		
2001	Beräknat	132 194		

Statsbidrag lämnas till handikapp- och pensionärsorganisationer. Villkoren för bidraget till pensionärsorganisationer regleras i förordningen (1994:316) om statsbidrag till pensionärsorganisationer. Bidraget till handikapporganisationerna regleras i förordningen (1994:951) om statsbidrag till handikapporganisationer. Anslaget administreras av Socialstyrelsen. Regeringen beslutar om fördelning av bidraget till handikapporganisationer.

Alltfler handikappförbund har bildats och ansökt om statsbidrag de senaste åren. Regeringen har givit en särskild utredare i uppdrag (dir. 1998:57) att bl.a. se över statsbidragen till handikapporganisationernas allmänna verksamhet, föreslå kriterier för statsbidragsberättigade handikapporganisationer samt föreslå riktlinjer för hur bidraget skall fördelas mellan organisationerna. Uppdraget skall redovisas senast den 1 juli 1999.

Regeringens överväganden

Resultatinformation och slutsatser

Handikapp- och pensionärsorganisationerna har en viktig opinionsbildande roll och fyller en central funktion bland folkrörelserna i Sverige. Statsbidraget utgör en betydelsefull del av organisationernas finansiering av verksamheten.

Regeringen föreslår att 132 194 000 kronor anvisas under anslaget B5 Bidrag till handikapp- och pensionärsorganisationer för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 132 194 000 kronor för respektive år.

B6 Ersättning för texttelefoner

Tabell 5.11 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	14 339	Anslags- sparande	785
1998	Anslag	16 077	Utgifts- prognos	16 862
1999	Förslag	16 382		
2000	Beräknat	16 779		
2001	Beräknat	17 155		

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 m. m. till dessa personer 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. De huvudsakliga faktorerna som styr utgifterna under anslaget är antalet personer som har behov av texttelefon och prisutvecklingen på framför allt ny teknik.

Antalet ordinerade texttelefoner varierar år från år, varför det är svårt att göra säkra prognoser.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Bildtelefoner med tillräckligt god kvalitet för att kunna fungera för teckenspråkskommunikation

har utvecklats. Det finns alternativa leverantörer på marknaden och utrustningen bedöms kostnadsmässigt uppnå rimliga nivåer den närmaste tiden. En försöksverksamhet bedrivs av Socialstyrelsen under år 1998 och finansieras inom ramen för anslaget. Försöksverksamheten skall avrapporteras den 1 mars 1999. Ett eventuellt införande av bildtelefonen kan komma att innebära tillfälligt ökad belastning på anslaget p.g.a. att brukaren behöver dubbla utrustningar under en övergångsperiod. Utveckling av multimedia med möjlighet att överföra såväl ljud som bild och text samtidigt ger ytterligare nya möjligheter att tillgodose målgruppens behov på sikt. I en skrivelse den 26 mars 1998 redogör Socialstyrelsen för behov av uppgradering av utrustning för dövblinda personer. Kostnaderna för sådan uppgradering ligger inom ramen för anslaget.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 382 000 kronor anvisas under anslaget B6 Ersättning för texttelefoner för år 1999. Anslaget beräknas för åren 2000 och 2001 till 16 779 000 kronor respektive 17 155 000 kronor.

B7 Bilstöd till handikappade

Tabell 5.12 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	214 014	Anslags-sparande	-70
1998	Anslag	203 978	Utgifts-prognos	213 908
1999	Förslag	178 078		
2000	Beräknat	43 494		
2001	Beräknat	95 364		

Syftet med anslaget är att lämna bidrag till funktionshindrade personer och föräldrar med funktionshindrade barn för anskaffning och anpassning av motorfordon m. m.

Bestämmelser om bilstöd finns i lagen (1988:360) om handläggning av ärenden om bilstöd till handikappade. Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna ansvarar för bilstödet. Stöd kan 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 och prisutvecklingen på fordonsmarknaden. Nytt bilstöd kan beviljas den som tidigare fått sådant om minst sju år förflutit sedan beslut senast fattades. Någon tidsbegränsning finns inte beträffande anpassningsbidrag.

Den 1 november 1997 ändrades reglerna så att bilstödet måste användas inom sex månader från det att den som beviljats bilstöd fått besked om att bidraget kan betalas ut.

Genom en förordningsändring under hösten 1997 begränsades utbetalningarna för bilstöd så att de för respektive budgetår ryms inom ramen för de medel som anslås.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

En ökning av antalet prövade ärenden skedde under år 1996 vilket beror på att en ny sjuårsperiod börjat. 1997 ansökte 3 264 personer om bilstöd och 2 227 personer beviljades sådant stöd. Antal avslag som årligen har legat runt 40 procent sedan bilstödet infördes i denna form 1988 minskar fr. o. m. 1996. Orsaken till detta är främst en följd av att andra sjuårsperioden börjat varvid tidigare bilstödsberättigade återkommit med ny ansökan.

Det är totalt fler män än kvinnor som söker bilstöd och kvinnorna har några procentenheter fler avslagsbeslut än männen. Anpassningsbidrag har i större utsträckning utbetalats till män än till kvinnor. Det är endast när det gäller anskaffningsbidrag som kvinnornas andel är större än männens. Eftersom anskaffningsbidraget är inkomstrelaterat är en möjlig slutsats att kvinnorna har lägre inkomster än männen.

Könsfördelningen har börjat bli jämnare med åren. Av andragångssökande är majoriteten män, men bland de som sökte bilstöd första gången 1997 var det nästan lika många kvinnor som män. År 1990 var avslagsnivån högre än 1997 för både kvinnor och män.

Utgifterna för bilstödet har legat relativt konstant de senaste åren. Belastningen har under vissa år fluktuerat. För åren 1994/95 och 1995/96 uppstod förhållandevis stora underskridande på anslaget. Regeringen föreslog i tilläggsbudgeten år 1997 en sänkning av anslagsnivån i syfte att bi-

dra till finansieringen av de ökade kostnaderna för statlig assistansersättning

Regeringen aviserade i budgetpropositionen för år 1998 behovet av en översyn av det framtida stödbehovet bl.a. mot bakgrund av de förändringar som skett rörande anslagsnivån. För att klara utgiftsbehoven för år 1999 föreslår regeringen att medel om totalt 100 miljoner kronor tillfälligt omfördelas till anslaget för bilstöd.

En översyn av anslagskonstruktionen och det framtida stödbehovet för ökad tillgänglighet pågår.

Regeringen avser att återkomma med förslag i vårpropositionen år 1999.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 178 078 000 kronor anvisas under anslaget B7 Bilstöd till handikappade för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 43 494 000 respektive 95 364 000 kronor.

B8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 5.13 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

År	Slags	Belopp	Övrigt	Belopp
1997	Utfall	4 420 578	Anslags-sparande	55 422
1998	Anslag	4 053 000	Utgifts-prognos	3 900 000
1999	Förslag	4 653 000		
2000	Beräknat	5 341 000		
2001	Beräknat	5 555 000		

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. Fr.o.m. den 1 september 1997 har en schablon för assistansersättningen

införts som för år 1998 uppgår till 168 kronor per timme. Om det finns särskilda skäl kan försäkringskassan efter ansökan medge att schablonen får överskridas med de godkända faktiska kostnaderna – dock högst 12 procent. Enligt regeringens proposition Vissa frågor om personlig assistans (prop. 1996/97:146, bet. 1997/98:SoU4, rskr. 1997/98:5) skall kommunerna finansiera beviljad assistansersättning för de första 20 timmarna per vecka. Till följd av vidtagna förändringar under år 1997 minskades anslaget med 1,2 miljarder kronor för år 1998 vilket kommunerna delvis kompenserats för inom ramen för det generella statsbidraget. Beloppet motsvarade en uppskattning av kommunernas kostnader för de första 20 timmarna.

De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna på området är personkretsens omfattning, antalet beviljade assistanstimmar per vecka och beviljad assistansersättning per timme. Prognoserna för år 1998 och framåt bygger på antaganden om att utgifterna ökar eftersom antalet personer som beviljas ersättning ökar varje månad liksom antalet beviljade timmar per vecka. Anslaget beräknas efter avdrag för kommunernas uppskattade kostnader de första 20 timmarna.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Personlig assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och den statliga assistansersättningen enligt lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med omfattande funktionshinder. Detta har bl.a. framgått av Socialstyrelsens utvärdering av handikappreformen. Syftet med insatsen personlig assistans har till stor del uppnåtts.

Utgifterna för den statliga assistansersättningen är betydligt högre än förväntat, vilket till största delen kan förklaras med att antalet assistanstimmar per person och vecka i augusti 1998 i genomsnitt är 78,5 istället för de 40 som beräknades i propositionen om LSS. Antalet personer med statlig assistansersättning är också ca 700 fler än de 7000 som beräknats.

Den införda schablonen för assistansersättningen har inneburit en dämpning av öknings-takten i den genomsnittliga timersättningen under det senaste året. Det har framförts kritik

från olika assistansanordnare, i första hand brukarkooperativ, mot införandet av schablonen i assistansersättningen. Enligt kritikerna täcker inte schablonen alla kostnader för assistansen. Det gäller särskilt sådana kostnader som är svåra att förutse och planera. Som ett led i en uppföljning av reformen och mot bakgrund av den kritik som framförts har regeringen beslutat att ge Riksförsäkringsverket i uppdrag att göra en översyn av ersättningen för personlig assistans.

Socialutskottet (bet. 1997/98:SoU24) har framfört att regeringen i budgetarbetet skall överväga om rätten till personlig assistans skall utvidgas så att den som erhållit assistans före 65 års ålder får behålla denna även efter 65-årsdagen. Regeringen utreder för närvarande en eventuell sådan förändring och har för avsikt att återkomma i frågan under våren 1999.

Det är en något större andel män som erhåller assistansersättning jämfört med kvinnor. I augusti månad 1998 uppgick männens andel av den totalt erhållna assistansersättningen till 53 procent och kvinnornas andel till 47 procent. Männerna hade dessutom i genomsnitt fler antal timmar per vecka (79,3) jämfört med kvinnorna (77,4). Ersättningsnivån är däremot i det närmaste densamma för båda könen.

Slutsatser

Syftet med stödformen personlig assistans och statlig assistansersättning har nåtts. Anslaget har dock allt sedan det infördes överskridits. Prognosen för år 1998 visar dock att utgiftsnivån har stabiliserats jämfört med tidigare.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 4 653 000 000 kronor anvisas under anslaget B 8 Kostnader för statlig assistansersättning för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 5 341 000 000 kronor respektive 5 555 000 000 kronor.

B9 Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård m.m.

Tabell 5.14 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	52 000		
1998	Anslag	52 000	Utgifts- prognos	52 000
1999	Förslag	63 000		
2000	Beräknat	63 000		
2001	Beräknat	63 000		

Statsbidraget till missbrukarvård ingår sedan år 1996 inlagt 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 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 för att stimulera kommunerna att utveckla förebyggande och öppenvårdsinsatser. Länsstyrelserna har i uppdrag att årligen fördela 50 miljoner kronor till särskilt angelägna utvecklingsinsatser.

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 sådan omfattning att den minskade användningen av institutionsvård kan anses vara helt kompenserad.

Socialstyrelsens utvärdering av hur medlen använts visar att projektbidragen har använts på det sätt som regeringen avsett och så långt det går att bedöma har pengarna haft positiv effekt på ungdoms- och missbrukarvården. Socialstyrelsen påpekar i rapporten för 1997 att det finns vissa svårigheter när det gäller att mäta de nationella effekterna av detta stimulansbidrag.

Länsstyrelserna har genom sin tillsynsverksamhet god kännedom om lokala förhållanden i länets kommuner och kunskap om eventuella brister och behov av särskilda utvecklingsmedel. Dessa medel har också en naturlig funktion vid uppföljningen av vad som framkommer vid länsstyrelsens tillsynsarbete. Enligt Socialstyrelsen anser länsstyrelserna att utvecklingsmedlen har bidragit till att stimulera samverkan med såväl redan etablerade som med nya samverkanspartners.

Medlen för åtgärder mot spelberoende har använts till forskning för att få ökade kunskaper om spelberoende.

Slutsatser

Särskilda utvecklingsmedel bör även fortsättningsvis avsättas och fördelas av länsstyrelserna till att stimulera kommunerna att utveckla insatser i öppen vård för ungdomar och missbrukare. I propositionen Ändring i socialtjänstlagen (prop. 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 och tidiga insatser för ungdomar och missbrukare.

För åtgärder mot spelberoende föreslås ytterligare 2 miljoner kronor. Totalt bör 4 miljoner kronor avsättas för ändamålet. Användningsområdet för medlen bör vidgas till att utveckla former för förebyggande arbete i syfte att hindra att människor fastnar i spelberoende. Medlen bör fortsättningsvis disponeras av Folkhälsoinstitutet.

Under anslaget föreslås att 9 miljoner kronor avsätts för åtgärder med anledning av regeringens proposition (prop. 1997/98:182) Strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige.

- Fortbildning om barnkonventionen för statligt anställda (1,5 miljoner kronor).

- Stöd till fortbildningsinsatser rörande barnkonventionen inom landsting och kommuner (1,5 miljoner kronor).
- Stöd för utveckling av metoder i kommuner och landsting för att barnperspektivet skall finnas i olika beslutsprocesser (1 miljon kronor).
- Utveckling av basstatistik inom barnområdet (1 miljon kronor).
- Medel till förfogande för utredning och utveckling rörande barnmisshandel (3 miljoner kronor).
- Medel för arbete mot kvinnlig könsstympning (1 miljon kronor).

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 63 000 000 kronor anvisas under anslaget B9 Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård m.m. för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 63 000 000 kronor respektive 63 000 000 kronor.

B10 Bidrag till organisationer på det sociala området

Tabell 5.15 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	57 316	Anslags-sparande	0
1998	Anslag	64 341	Utgifts-prognos	64 341
1999	Förslag	64 841		
2000	Beräknat	64 341		
2001	Beräknat	64 341		

Anslaget avser bidrag till olika frivilliga organisationer inom det sociala området. Bidrag lämnas till såväl länorganisationer och andra organisationer som arbetar med att stödja och hjälpa f.d. missbrukare och andra socialt utsatta grupper som organisationer som arbetar med att hjälpa barn och deras familjer samt organisationer som motverkar våld mot kvinnor. Nykterhetsorganisationer och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) erhåller också statsbidrag från detta anslag. Anslaget är f.n. beräknat enligt följande:

- Bidrag till organisationer (38 130 000 kronor),

- Bidrag till Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (7 964 000 kronor),
- Bidrag till vissa nykterhetsorganisationer m.fl. (18 247 000 kronor).

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Bidrag till organisationer och bidrag till vissa nykterhetsorganisationer m.fl.

Nykterhetsrörelsen får sedan lång tid tillbaka organisationsstöd för sin centrala verksamhet. Detta anslag har administrerats av Samarbetsnämnden för fördelning av statsbidrag till nykterhetsorganisationer m.fl. som i sin tur fördelat anslaget till berörda organisationer (jämför prop. 1976/77:108, bet. 1976/77:KrU40, rskr. 1976/77:232 samt förordningen (1977:486) om statsbidrag till organisationer som bedriver nykterhetsarbete).

Resurser har dessutom avsatts för att stödja länorganisationer och andra organisationer som arbetar med att stödja och hjälpa f.d. missbrukare. Bidrag har kunnat utgå till såväl klientorganisationer inom alkohol- och narkotikaområdet som till organisationer med kyrklig anknytning som bedriver verksamheter inriktade på socialt utsatta grupper. En del av bidragsgivningen har varit inriktad på organisationer som bedriver arbete för utsatta barn och deras familjer, respektive organisationer som motverkar våld mot kvinnor. Socialstyrelsen disponerar medel för denna del av anslaget och beslutar om fördelning av medlen. Styrelsen gör regelbunden uppföljning och utvärdering av organisationernas arbete.

Frågan om formerna för statens stöd till föreningar har behandlats inom Regeringskansliet och avrapporterats i rapporten Resultatstyrning av Föreningsbidrag (Ds 1997:36). I rapporten redovisas modeller för styrning och uppföljning av statsbidragen inom området. Modellerna har karaktär av rambeskrivningar som måste utvecklas inom varje sakområde.

Mot denna bakgrund och behovet av att utveckla samarbetet med frivilligorganisationerna inom det sociala området tillsattes en utredning – Statsbidragsutredningen – för att se över formerna för bidragsgivningen till frivilligorganisationerna inom det här anslaget. Utredningen

konstaterar i betänkandet Vad får vi för pengarna? – Resultatstyrning av statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området (SOU 1998:38) att resultatstyrningen av det aktuella bidragsanslaget är otillräcklig. Ett skäl till detta är att nuvarande principer för bidragsgivning försvårar en sådan styrning. Metoder för att åstadkomma en effektiv resultatstyrning behöver utvecklas.

Utredningen konstaterar också att det är viktigt att staten som bidragsgivare har ett enhetligt förhållningssätt till frivilligorganisationerna inom det sociala området och inte som hittills har skett inom detta område låter organisationerna få bidrag på olika villkor och utifrån olika krav på uppföljning och utvärdering av bidragen. Utredningen menar att ett nytt bidragssystem, med ökad grad av resultatstyrning, behövs både av effektivitetsskäl, rättviseskäl och för att i framtiden trygga överlevnaden av väl använda bidrag som genererar ett stort samhällsvärde.

Bidrag till Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Centraförbundet 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.

Förslag till nya riktlinjer för statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området

Regeringen beslutade den 6 mars 1997 att tillkalla en kommitté för att se över formerna för statsbidragsgivningen till vissa nykterhetsorganisationer och till vissa andra organisationer verksamma inom det sociala området.

I februari 1998 avlämnade kommittén sitt betänkande Vad får vi för pengarna? – Resultatstyrning av statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området (SOU 1998:38). Betänkandet har varit föremål för remissbehand-

ling. En remissammanställning finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S98/1829/ST).

Kommittén har gjort en genomgång av hur nuvarande bidragssystem fungerar och hur berörda organisationer arbetar. Kommittén menar att vissa justeringar och moderniseringar bör göras i nuvarande bidragssystem. Kommittén delar i sina resonemang upp det nuvarande statsbidraget i organisations- och verksamhetsbidrag. Därutöver finns särskilda projektbidrag. Kommittén föreslår att kriterier för bidragsgivningen fastställs och att resultaten av hur statsbidragen används utvärderas i förhållande till angivna mål.

Kommittén föreslår också att bidragsgivningen administrativt samordnas till en myndighet (Socialstyrelsen) och att ett rådgivande organ med representanter för frivilligorganisationerna knyts till myndigheten. Den nya bidragshanteringen skall enligt kommitténs förslag baseras på en ny förordning, till vilken kommittén lämnar förslag.

Regeringens förslag: Det behövs nya riktlinjer för statsbidragen till frivilligorganisationerna på det sociala området. Samma grund bör gälla för berörda organisationer vad gäller dels kriterierna för att få bidrag, dels kravet på återrapporteringar av användningen av erhållna bidrag. Statsbidraget bör administreras av Socialstyrelsen. Ett råd, bestående av representanter för berörda frivilligorganisationer, bör knytas till myndigheten.

Kommitténs förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Kommitténs förslag till indelning av bidragen i organisationsbidrag, verksamhetsbidrag och projektbidrag accepteras i allmänhet av remissinstanserna. Detsamma gäller kommitténs förslag till kriterier för bidragsgivningen. Det av kommittén anförda behovet av att bättre följa upp resultaten av gjorda satsningar ifrågasätts inte i egentlig mening av remissinstanserna, även om företrädare för nykterhetsorganisationerna pekar på att det redan i dag sker en uppföljning och att vissa resultat är svårsmatta. Kommitténs förslag att Socialstyrelsen skall få i uppdrag att besluta om bidragsgivningen och att Samarbetsnämnden för fördelning av statsbidrag till vissa nykterhetsorganisationer m.fl. (SAM) skall upphöra kritiserats av nämnden och av nykterhetsorganisationerna. Förslaget tillstyrks av

flertalet myndigheter och av de organisationer som inte tillhör nykterhetsrörelsen.

BRIS framhåller vikten av att den förordning som styr bidragsgivningen är så tydlig som möjligt beträffande kriterierna för vilka organisationer som kan söka bidrag och vad sedan bidraget skall användas till. *BRIS* stöder kommitténs förslag om att bidrag också skall kunna utgå för den egna administrationen och dess kanslifunktion. Man understryker också kommitténs förslag om att stödet skall vara långsiktigt men att även nya fungerande verksamheter skall kunna komma i åtnjutande av bidrag.

Förbundet Hassela Solidaritet pekar på skillnaden mellan frivilligorganisationer och myndigheter och framhåller att det är viktigt för bidragsgivaren, dvs. staten, att hålla i minnet att man inte kan eller bör styra en frivilligorganisation på samma sätt som en myndighet.

Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare påpekar att det i direktiven till kommittén betonas att förnyelsearbete skall uppmuntras och stödjas. För att detta skall kunna ske måste ett stort mått av frihet ges till organisationerna.

Verdandi anser att kommitténs förslag utgör en bra utgångspunkt för att påbörja arbetet med att resultatstyra bidragen. Förbundet anser att det är naturligt att man skall följa upp och utvärdera användningen av statliga medel, även när det gäller bidrag till organisationer. En bättre resultatstyrning av bidragen kommer även att kunna bidra till ökade kunskaper hos samhällets företrädare om de villkor och förutsättningar som organisationerna arbetar under.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) understryker vikten av kontinuerliga utvärderingar, såväl med en administrativ som en vetenskaplig inriktning.

Kvinnorörelsernas samarbetsorganisation i nykterhetsfrågor (KSAN) framhåller att folkrörelserna väl känner verksamheten inom sitt område, att de har lång erfarenhet av oväld och att de också ser vilka organisationer som utför ett för frågorna gott arbete.

För att i möjligaste mån säkerställa att bidragen fördelas mellan organisationerna enligt likartade principer och urvalskriterier instämmer *Röda Korset* i kommitténs förslag att en myndighet skall ansvara för bidragshanteringen.

Skälen för regeringens förslag: Det är angeläget att det frivilliga sociala arbetet stärks och effektiviseras samtidigt som de organisationer som är verksamma inom området måste ges

respekt och frihet att arbeta efter sina förutsättningar.

Användningen av statsbidraget till frivilligorganisationerna inom det sociala området bör kunna utvärderas och omprövas med jämna mellanrum för att ge utrymme för skaparkraft och förändring inom området.

Det råder enighet om att det bör skapas tydliga kriterier för vilken typ av organisationer som kan söka bidrag och för vilken verksamhet bidrag kan sökas.

De verksamhetsområden statsbidrag inom anslaget är avsett att täcka är alkohol och narkotika, utsatta barn och deras familjer samt våld mot kvinnor.

Syftet med statsbidraget är att stödja organisationerna i deras arbete med att förstärka och komplettera de samhälleliga insatser som genomförs inom de angivna områdena av stat, landsting eller kommun. Detta kan ske genom utbildningsinsatser, information, opinionsbildande verksamhet eller olika former av stödjande socialt arbete.

Som flera remissinstanser har framhållit bör det finnas en balans mellan ett grundläggande organisationsstöd, som skall täcka kanslifunktioner, och ett verksamhetsstöd som skall möjliggöra ett utåtriktat arbete i linje med de socialpolitiska målsättningar som statsbidraget är avsett att stödja.

Organisationerna skall lämna ekonomiska redovisningar av användningen av statsbidraget. De skall också rapportera om effekterna av sina insatser i förhållande till de mål som de angivit.

Regeringen delar kommitténs uppfattning att en myndighet bör besluta om bidragen. Regeringen vill framhålla att de kriterier som kan ställas upp inom området aldrig kan leda till någon form av automatik, utan bidragsgivningen kommer alltid att ha inslag av lämplighets- eller skälighetsbedömningar. Inte minst mot denna bakgrund är det att föredra att bidragsmottagarna inte deltar i det direkta beslutsfattandet. Enligt regeringen är det också viktigt att det för bidragsgivningen skapas förutsättningar för en större öppenhet när det gäller att lämna bidrag till nya organisationer än vad som är möjligt i dag.

Enligt regeringens mening skall ansvaret för bidragsgivningen åvila Socialstyrelsen. För att inte den förebyggande aspekten skall komma i skymundan skall samråd ske med Folkhälsoinstitutet. Som flera organisationer har framhållit finns det värdefulla kunskaper hos organisatio-

ner som bör tas till vara. Därför bör ett rådgivande organ upprättas av Socialstyrelsen med representanter för frivilligorganisationerna för att bl.a. följa och utveckla bidragssystemet. Ett sådant råd kan också vara en värdefull bas för samverkan mellan olika organisationer.

Riktlinjerna för fördelning av statsbidrag till frivilligorganisationer verksamma inom det sociala området föreslås att gälla från den 1 januari 1999.

Slutsatser

Frivilliga organisationer gör på olika sätt viktiga insatser på det sociala området som komplement till samhällets insatser. För att komma till rätta med de olika problem som Statsbidragutredningen presenterar lämnar regeringen förslag till nya riktlinjer för statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området. De nya riktlinjerna innebär också att förordningen (1977:486) om statsbidrag till organisationer som bedriver nykterhetsarbete skall upphöra att gälla och att den i förordningen angivna samarbetsnämndens uppgift att pröva frågor om statsbidrag tas över av Socialstyrelsen. De tidigare anslagsposterna Bidrag till vissa organisationer samt Bidrag till vissa nykterhetsorganisationer m.fl. slås ihop till en gemensam anslagspost.

För åtgärder mot sexuell exploatering av barn tillförs anslaget 500 000 kronor.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 64 841 000 kronor anvisas under anslag B10 Bidrag till organisationer på det sociala området för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 64 341 000 kronor respektive 64 341 000 kronor.

B11 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tabell 5.16 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	2 883	Anslags-sparande	27 117
1998	Anslag	30 000	Utgifts-prognos	57 117
1999	Förslag	30 000		
2000	Beräknat	30 000		
2001	Beräknat	30 000		

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 alkohol drycker. Den illegala alkoholhanteringen ökar.

Ytterligare förändringar av nuvarande införsel- och partihandelsregler, med anledning av en formell underrättelse från EU-kommissionen avseende partihandelsreglerna och kommande förhandlingar när det gäller Sveriges rätt att begränsa resandeförseln av alkohol drycker, kan bli aktuella.

Alkohol förekommer som berusningsmedel långt ner i åldrarna samtidigt som allt fler ungdomar uppger att de har prövat eller skulle vilja pröva narkotika. Narkotikan är alltmer lättillgänglig. Handel via internet är ett exempel på detta. Mot den bakgrunden har bl.a. Nationella ledningsgruppen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser tagit flera initiativ för att vända utvecklingen.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Nationella ledningsgruppen har under året initierat och finansierat ett antal ungdomsprojekt av nationellt intresse. De projekt som kommit till stånd utgår ifrån att inställningen till alkohol och narkotika är en fråga om värderingar och livsstil. En annan gemensam utgångspunkt har varit att aktivt engagera ungdomarna själva. Av anslaget disponeras 15 miljoner kronor av Folkhälsoinstitutet för förstärkning av det lokalt förebyggande arbetet.

Slutsatser

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

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 30 000 000 kronor anvisas under an-

slaget B11 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 30 000 000 kronor respektive 30 000 000 kronor.

B12 Statens institut för särskilt utbildningsstöd

Tabell 5.17 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor				
1997	Utfall	8 412	Anslags-sparande	3 048
1998	Anslag	8 561	Utgifts-prognos	10 067
1999	Förslag	8 447		
2000	Beräknat	8 599 ¹⁾		
2001	Beräknat	8 734 ²⁾		

¹⁾ Motsvarar 8 447 tkr i 1999 års prisnivå

²⁾ Motsvarar 8 447 tkr i 1999 års prisnivå

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) skall bidra till att uppnå 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. Sisus ger också kansliservice till Nämnden för Rh-anpassad utbildning. Sisus åtagande är här bredare än då det gäller omvårdnadsinsatserna, eftersom Sisus också direkt skall ta hänsyn till utbildningssidan av riksgymnasieverksamheten.

Av årsredovisningen för budgetåret 1997 framgår att Sisus anslagssparande när det gäller förvaltningsanslaget vid utgången av budgetåret 1997 uppgick till drygt 3 miljoner kronor, bl.a. beroende på lägre personalkostnader än vad som budgeterats.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

I sin årsredovisning för budgetåret 1997 redovisar Sisus sin verksamhet under verksamhetsgrenarna stöd inom folkhögskoleområdet, stöd inom universitet och högskolor samt stöd inom riksgymnasieverksamheten för svårt rörelsehindrade ungdomar.

Sisus arbetar i enlighet med mål som regeringen satt upp i regleringsbrevet.

Sisus har bl.a. som mål 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 under budgetåret 1997 inom de olika verksamhetsområdena genomfört både återkommande och särskilt riktade projekt samt enkät- och intervjuundersökningar.

Angående verksamhetsmålet att prioritera lösningar som möjliggör jämförelser mellan olika huvudmän vad gäller verksamheternas omfattning, inriktning och kvalitet i förhållande till använda resurser, har Sisus dels framställt och vidareutvecklat ett uppföljningsinstrument och terminsvis gjort jämförelser mellan olika huvudmän, dels gjort ett antal brukarstudier.

Sisus har också, i enlighet med regleringsbrevet, beskrivit och analyserat hur insatser enligt Lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) m. m. påverkar behovet av de särskilda stödinsatser som Sisus ansvarar för. Analysen har visat att folkhögskolepersonalens kunskap om vilka insatser som erbjuds via LSS/LASS, Sol och Sisus är generellt låg. De flesta folkhögskolor föredrar att själva ha ansvaret för assistenterna. De är angelägna om att assistenterna skall vara förtrogna med skolkulturen och delaktiga i verksamheten utifrån skolans perspektiv.

Sisus får efter regeringsbeslut i maj 1998 ta ut avgift av Folkbildningsrådet för att registrera ansökningar och redovisningar samt bereda rådets beslut avseende förstärkningsbidraget till folkhögskolor. Insatsen innebär att Sisus får en helhetsbid av handikappinsatserna på folkhögskolorna. Sisus åtagande har möjliggjorts genom att Sisus utvecklat ett nytt databassystem som omfattar olika stödinsatser. Den avgiftsfinansierade verksamheten skall ha full kostnadstäckning som mål.

Sisus har undersökt verksamheten vid riksgymnasierna för rörelsehindrade elever och bl.a. fått kunskap om att könsfördelningen bland eleverna vid de olika riksgymnasierna är mycket olika. Resultaten pekar på att fler pojkar än flickor går på riksgymnasierna men att flickorna använder fler insatser än pojkarna.

Praktiskt har genderarbetet inneburit att kön används som indelningsgrund i samtliga projekt under hösten 1997. Sisus tillhör en av de myndigheter som engagerats i den metodgrupp som tillsatts för att ta fram metoder för genderanalyser.

Slutsatser

Regeringen föreslår att förvaltningsanslaget för Sisus minskas med 500 000 kronor på grund av omprioriteringar inom utgiftsområdet. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 8 447 000 kronor anvisas under anslaget B12 Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 8 599 000 kronor respektive 8 734 000 kronor.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts med anledning av att en korrigerings har gjorts av den justering som genomfördes av anslagen för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se bilaga 1, avsnitt 4).

Beräkning av anslaget för 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	8 561
Pris- och löneomräkning	367
Justering av premier	19
Omfördelning inom utgiftsområdet	-500
Förslag 1999	8 447

B13 Handikappombudsmannen

Tabell 5.18 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
1997		8 246		624
1998	Anslag	7 746	Utgifts-prognos	8 370
1999	Förslag	7 857		
2000	Beräknat	7 860 ¹⁾		
2001	Beräknat	7 992 ²⁾		

¹⁾ Motsvarar 7 723 tkr i 1999 års prisnivå

²⁾ Motsvarar 7 723 tkr i 1999 års prisnivå

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

Av årsredovisningen för budgetåret 1997 framgår bl.a. att Handikappombudsmannens an-

slagssparande vid ingången av år 1998 uppgick till 624 000 kronor.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

I årsredovisningen för budgetåret 1997 redovisar Handikappombudsmannen sin verksamhet under verksamhetsgrenarna ärendehandläggning, uppföljning och analys samt information och kunskapsöverföring.

Handikappombudsmannens måluppfyllelse har varit god under år 1997. Verksamheten har bedrivits i enlighet med målet.

Handikappombudsmannen har utvecklat effektiva och ändamålsenliga handlägningsrutiner. Enkla ärenden skall besvaras inom 14 arbetsdagar. Anmälningssärenden och skriftliga rådgivningsärenden skall besvaras inom tre månader. Myndigheten har systematiskt kunnat handlägga de anmälningssärenden som inkommit trots den ökning av anmälningssärenden (41 procent) som skett jämfört med år 1996. De vanligast förekommande anmälningarna under år 1997 gällde tillgänglighet i vid bemärkelse, dvs. yttre miljö, färdtjänst/kommunikationer och tillgång till information. En uppföljning av ärendena som var aktuella åren 1995 och 1996 visar att Handikappombudsmannens insatser har lett till förändringar i drygt hälften av ärendena (73 av 134 anmälningar). Det rör sig om både direkta effekter där den anmälde går anmälaren till mötes, men också om generella effekter där även andra funktionshindrade har gagnats. Från och med den 1 november 1997 finns också juridisk rådgivning på internet.

Handikappombudsmannen har i särskild ordning lämnat en rapport till regeringen om sin verksamhet och om utvecklingen inom handikappområdet samt givit förslag till åtgärder.

Handikappombudsmannens verksamhet är för närvarande föremål för översyn (dir. 1997:131). Enligt direktiven skall utredningen bl.a. pröva vilken betydelse ombudsmannen haft för utvecklingen inom handikappområdet i stort samt bedöma om, och i så fall hur, ombudsmannens roll och arbetsuppgifter bör förändras i något avseende.

Under förutsättning att riksdagen fattar beslut, i enlighet med regeringens förslag (prop. 1997/98:179), om en ny lag om förbud mot diskriminering inom arbetslivet av personer med

funktionshinder, kommer Handikappombudsmannen ges ytterligare nya arbetsuppgifter.

Handikappombudsmannen har sedan myndigheten inrättades år 1994 utvecklat sitt analysarbete genom att ha tillgång till könsuppdelad statistik. Myndigheten har också spridit information om behovet av könsuppdelad statistik och nödvändigheten av att ha med ett genderperspektiv inom handikappforskningen.

Förutom barn med funktionshinder och psykiskt funktionshindrade är genderfrågor prioriterade arbetsområden under 1998. I regleringsbrev för 1994/95 angavs att Handikappombudsmannen skulle prioritera kvinnor med funktionshinder.

Könsperspektivet i verksamheten har därför haft fokus på kvinnor. Även om det självklart medför att även männens situation belyses har det i regel skett i relation till kvinnors situation. Framledes kommer genderprogrammet att ha fokus på såväl kvinnors som mäns situation utifrån deras olika behov, möjligheter, erfarenheter, rättigheter, livssammanhang och sätt att förhålla sig.

Frågorna ligger nära Handikappombudsmannens uppgift att verka för att personer med funktionshinder tillförsäkras bl. a. inflytande och delaktighet i samhället. En svårighet som myndigheten själv uppger har varit att hitta bra analysinstrument och metoder för att vidareutveckla genderarbetet. En representant för myndigheten ingår nu i den metodgrupp som tillsatts för att ta fram metoder för genderanalyser.

Inom Socialdepartementets ansvarsområde finns en rad myndigheter som omfattas av genderarbetet. Iakttagelser från Handikappombudsmannen om tillämpningen av lagar och regler kan tillföra dessa myndigheter värdefull information i ett genderperspektiv.

Inom andra områden är Handikappombudsmannen mer ensam i sin bevakningsroll. Det gäller t. ex. inom forskning och utvecklingsarbete som berör funktionshindrade och som inte är forskning på uppdrag av myndigheter.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 857 000 kronor anvisas under anslaget B13 Handikappombudsmannen för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 7 860 000 kronor respektive 7 992 000 kronor.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts med anledning av att en korrigerings har gjorts av den justering som genomfördes av anslagen för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se bilaga 1, avsnitt 4).

Beräkning av anslaget för 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	7 746
Pris- och löneomräkning	102
Justering av premier	9
Förslag 1999	7 857

B14 Barnombudsmannen

Tabell 5.19 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	8 743	Anslags-sparande	-23
1998	Anslag	7 550	Utgifts-prognos	7 527
1999	Förslag	7 717		
2000	Beräknat	7 856 ¹⁾		
2001	Beräknat	7 978 ²⁾		

¹⁾ Motsvarar 7 717 tkr i 1999 års prisnivå

²⁾ Motsvarar 7 717 tkr i 1999 års prisnivå

Barnombudsmannen (BO) skall bidra till att uppfylla målet för utgiftsområdet genom att verka för att barns och ungdomars rättigheter och intressen tillgodoses. BO har en opinionsbildande och attitydpåverkande roll och skall i sin verksamhet informera om FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och medverka till att den genomförs på alla nivåer i samhället. Myndigheten skall bevaka frågor som angår barns och ungas rättigheter och intressen och särskilt uppmärksamma att lagar och andra författningar samt deras tillämpning stämmer överens med Sveriges åtaganden enligt konventionen.

I syfte att öka samhällets kunskap om barns och ungas uppväxtvillkor skall myndigheten samla kunskap om och i dialog med berörda myndigheter följa och hålla samman sektorsövergripande uppföljningsstudier om villkoren för barn och unga upp till 18 år. BO skall även företräda barn och unga i den allmänna debatten och i dialog med Ungdomsstyrelsen verka för att barn och unga ges ökat inflytande och att deras

åsikter tas tillvara. Myndigheten skall vidare lyfta fram och tydliggöra samhällets ansvar för barn samt sprida kunskap om barn och unga i utsatta situationer.

BO skall sprida kunskap om och 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 utveckla nivån på olycksfallsförebyggande arbete och därvid göra en genomgång av rättstillämpningen när det gäller ansvarsfrågor vid barnolycksfall.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Barnombudsmannens måluppfyllelse har varit god under verksamhetsåret. Verksamhetsmålen har i huvudsak kunnat uppfyllas. Bedömningen av myndighetens prestationer måste ses i belysning av att BO bl.a. är en opinionsbildande myndighet. Enligt den opinionsmätning som BO låtit genomföra är kännedomen om myndighetens aktiviteter god. Arbetet kring olika sakfrågor har varit framgångsrikt på flera områden och i flera statliga utredningar återfinns förslag som BO har drivit på olika sätt. BO har bl.a. deltagit i Barnkommitténs arbete (SOU 1997:116) som presenterades i augusti 1997. Inom ramen för en Internetsatsning har myndigheten byggt upp en hemsida som registrerat 3 100 besök sedan starten i oktober 1997. BO har genomfört en enkät till elever i årskurs 4 samt en studie om samhällsstödet till barn och hur det påverkats av den ekonomiska krisen. BO har vidare avslutat ett särskilt regeringsuppdrag om mobbning, inkluderande informationsspridning, ökad samordning mellan myndigheter och organisationer samt framtagandet av konkreta förslag om hur mobbning skall kunna förebyggas och förhindras.

Under våren 1998 har BO överlämnat statistikboken "Upp till 18" och den årliga rapporten om barns och ungdomars situation och uppväxtvillkor till regeringen. BO har vidare utarbetat en handbok om barnkonventionen för kommuner och landsting.

Barnombudsmannen skall i sitt arbete beakta flickors och pojkars olika utgångspunkter och förutsättningar. Myndigheten har fortlöpande ett könsperspektiv på den statistik som samlas in och sammanställs. Flickors och pojkars livs-

villkor och situation redovisas i den årliga rapporten till regeringen. BO skall verka för att kommunerna använder barnkonventionen som ett praktiskt redskap i såväl det individuella som generella arbetet med barn. I detta arbete sprider myndigheten bl.a. exempel på modeller i form av barn- och ungdomsplaner, barnbilagor, check-listor och barnkonsekvensanalyser. Barnombudsmannen betonar i detta arbete vikten av att kommunerna utgår från både flickors och poj-kars olika utgångspunkter och förutsättningar i den kommunala beslutsprocessen.

Slutsatser

Barnombudsmannen har funnits i drygt fem år, vilket innebär att det nu finns erfarenheter av hur myndigheten har fungerat i praktiken och underlag för hur den skulle kunna förändras. Barnkommittén anser i sitt slutbetänkande (SOU 1997:116) att BO har en nyckelroll i arbetet med genomförandet av barnkonventionen i Sverige.

Regeringen har nyligen tillkallat en utredningsman för att se över Barnombudsmannens verksamhet, organisation, roll och arbetsformer (dir. 1998:21). Syftet med översynen är att belysa vilken roll BO har spelat för utvecklingen inom barnområdet inklusive arbete med att göra barnkonventionen känd. Översynen skall också innehålla en genomgång av vad som kan göras för att effektivisera och stärka BO:s verksamhet.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 717 000 kronor anvisas under anslaget B14 Barnombudsmannen för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 7 856 000 kronor respektive 7 978 000 kronor.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts med anledning av att en korrigerig har gjorts av den justering som genomfördes av anslagen för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se bilaga 1, avsnitt 4).

Beräkning av anslaget för 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	7 550 000
Pris- och löneomräkning	145 000
Justering av premier	22 000r
Förslag 1999	7 717 000

B15 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor

Tabell 5.20 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	6 071	Anslags-sparande	-54
1998	Anslag	6 468	Utgifts-prognos	6 414
1999	Förslag	6 745		
2000	Beräknat	6 865 ¹⁾		
2001	Beräknat	6 978 ²⁾		

¹⁾ Motsvarar 6 745 tkr i 1999 års prisnivå

²⁾ Motsvarar 6 745 tkr i 1999 års prisnivå

Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) är central myndighet med ansvar för tillsyn, kontroll och information i frågor rörande internationella adoptioner.

NIA har som uppgift att underlätta adoption i Sverige av utländska barn. NIA skall därvid sträva efter att adoptionen sker till 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 utländskt beslut om adoption, samt frågor om auktorisation av organisationer enligt lagen (1979:192) om internationell adoptionsförmedling. NIA beslutar också om fördelning av statsbidrag till sådana organisationer.

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

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Ca 900–1000 barn adopteras till Sverige årligen med en svagt nedåtgående tendens. För år 1999 görs bedömningen att ca 950 adoptivbarn skall komma till Sverige.

Adoptionsverksamheten håller en hög etisk nivå i Sverige. NIA har väsentligt bidragit till detta genom sin aktiva tillsyns- och informationsverksamhet. Enskilda händelser visar dock att man inte kan ta den höga etiska nivån för given. Fortsatta ansträngningar från NIA:s sida är därför nödvändiga.

Riksdagen har med anledning av regeringens proposition Internationella adoptioner (prop. 1996/97:91) 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. NIA är också centralmyndighet enligt konventionen. I övrigt innebär riksdagens beslut ett antal lagändringar, bl.a. stärks den enskildes rättssäkerhet i samband med adoption och utrymmet för enskilda adoptioner begränsas.

Slutsatser

Regeringens bedömning är att myndigheten i allt väsentligt uppfyllt sina mål.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 745 000 kronor anvisas under anslaget B15 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 6 865 000 kronor respektive 6 978 000 kronor.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts med anledning av att en korrigerings justering gjorts av den justering som genomfördes av anslagen för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se bilaga 1, avsnitt 4).

Beräkning av anslaget för 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	6 468
Pris- och löneomräkning	266
Justering av premier	11
Förslag 1999	6 745

B16 Statens institutionsstyrelse

Tabell 5.21 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	619 108	Anslags-sparande	-37 507
1998	Anslag	508 286 ¹⁾	Utgifts-prognos	503 000
1999	Förslag	524 848		
2000	Beräknat	534 519 ²⁾		
2001	Beräknat	542 003 ³⁾		

¹⁾ Varav 4 300 tkr på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen 1998.

²⁾ Motsvarar 524 848 tkr i 1999 års prisnivå

³⁾ Motsvarar 524 848 tkr i 1999 prisnivå

Statens institutionsstyrelse (SiS) bildades den 1 juli 1993 som central förvaltningsmyndighet för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Från och med 1 april 1994 övertog SiS från landsting och kommuner det formella huvudmannskapet för de institutioner som bedömdes motsvara behovet av efterfrågan av vårdplatser.

Verksamheten vid Statens institutionsstyrelse är mycket omvärldsberoende och därför svårplanerad. Den är ständigt utsatt för krav på förändring och anpassning. Detta har under de inledande åren bl.a. avspeglat sig i en ökad efterfrågan av ungdomsvård och en minskad efterfrågan av missbrukarvård. Därtill skall den vård som tillhandahålls tillgodose vitt skilda behov och samtidigt ha en hög kvalitet. SiS är i hög grad beroende av intäkter från vårdavgifter för sin verksamhet. Avgiftsintäkterna beräknas enligt SiS till 703 miljoner kronor för år 1998 och 724 miljoner kronor år 1999.

Den sjunkande efterfrågan på LVM-placeringar har gett minskade intäkter och ekonomiska problem för SiS. Innan det statliga övertagandet fanns drygt 1 300 platser vid LVM-hem. Vid övertagandet den 1 april 1994 övertogs cirka 1 000 LVM-platser som successivt minskats till idag cirka 343 efter de kraftiga rationaliseringar SiS genomfört för att få verksamheten i ekonomisk balans.

Anpassningen av verksamheten till efterfrågan har dock varit förenad med stora kostnader och har tagit viss tid att genomföra. Prognosen för budgetåret 1998 pekar dock på att verksamheten är i balans. Antalet vårdplatser överensstämmer i stort med nuvarande efterfrågan. Fortfarande kan efterfrågebilden snabbt svänga.

SiS har med anledning av regeringens proposition Vissa reformer av påföljdssystemet (prop. 1997/98:96, bet. 1997/98:JuU21, rskr. 1997/98:275) erhållit ett tilläggsanslag på 4,3 miljoner kronor i tilläggsbudgeten för år 1998 för att finansiera förberedelser för införandet av påföljden slutna ungdomsvård.

De årliga kostnaderna för de beräknade 10 årsplatserna i slutna ungdomsvård föreslås finansieras genom att 15,6 miljoner kronor överförs från utgiftsområde 4 Rättsväsendet anslag D1 Kriminalvården.

Den utredning som regeringen beslutade om att tillsätta den 2 oktober 1997 (Dir 1997:113) för att se över SiS organisationsstruktur, finansiella styrning och framtida platsbehov har i september 1998 överlämnat sitt betänkande till regeringen. Utredarens förslag berör vårdavgifterna, fastighetsfrågan, huvudkontorets stöd till institutionerna samt behov av bättre prognoser vad gäller efterfrågan av vårdplatser.

När det gäller vårdavgifterna anser utredaren att SiS kan förbättra likviditeten genom att debitera kommunerna avgiften redan vid placerings-tillfället. Vidare kan högre avgifter för akut- och utredningsvård tas ut liksom för den frivilliga

vården som ges enligt socialtjänstlagen. För fastigheterna föreslår utredaren ett förändrat system för eventuella avvecklingskostnader. SiS bör enligt utredaren ge utbildning och stöd till institutionscheferna i verksamhetsplanering och chefskap samt i personal- och förhandlingsfrågor. SiS bör även ta fram ett metodutvecklingsprogram. För att förbättra prognosarbetet föreslår utredaren att nya metoder och kontakter med kommunerna utarbetas för att kunna göra bättre behovsprognoser. Utredningens förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Institutionsstyrelsen har skapat särskilda nätverk och arbetsgrupper inom myndigheten. En arbetsgrupp har bildats inom SiS som har till uppgift att under år 1998 utarbeta ett förslag till handlingsprogram för genderfrågor.

Konkreta frågor för SiS att ta upp är t.ex. vilka könsroller som förmedlas på institutionerna, vilka behov flickor och pojkar har behandlingsmässigt, att kvinnor och män får tillgång till vård på lika villkor samt vilken betydelse kvinnlig respektive manlig personal har för vården och behandlingen inom SiS verksamhet.

Beställningsbemyndigande

Beställningsbemyndigande för beviljande av forsknings- och utvecklingsmedel och beräknad anslagspåverkan under perioden 1999–2001.

Tabell 5.22

Tusental kronor

	1997 utfall	1998 prognos	1999 beräknat	2000 beräknat	2001 – beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	11 467	11 934	10 567	11 567	12 567
Nya förpliktelser	11 415	10 000	10 000	10 000	10 000
Infriade förpliktelser*	10 948	11 367	9 000	9 000	9 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	11 937	10 567	11 567	12 567	13 567
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam	0	20 000	20 000	20 000	20 000

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Regeringens slutsatser

SiS har på ett förtjänstfullt sätt genomfört en nödvändig omstrukturering av verksamheten för att nå balans mellan den vård som efterfrågas och de resurser som kan erbjudas, utan att vårdens kvalitet har eftersatts. Tack vare de kraftiga nedskärningar SiS genomfört de senaste åren synes verksamheten nu vara i ekonomisk balans.

Regeringen föreslår en neddragning av SiS ramanslag med 8 miljoner kronor med anledning av den volymminskning som skett. Dessa medel föreslås tillföras kommunerna för deras merkostnader för unga lagöverträdare med anledning av propositionen Vissa reformer av påföljds-systemet (prop. 1997/98:96). Genom de medel som föreslås tillföras från utgiftsområde 4: Rättsväsendet förstärks anslaget med 7,6 miljoner kronor netto.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 524 848 000 kronor anvisas under anslag B16 Statens institutionsstyrelse för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas 534 519 000 respektive 542 003 000 kronor.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts med anledning av att en korrigerings har gjorts av den justering som genomfördes av anslagen för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se bilaga 1, avsnitt 4).

Beräkning av anslaget för 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	508 286
Pris- och löneomräkning	7 601
Justering av premier	1 361
Minskat resursbehov nettoförändring/omfördelning	7 600
Förslag 1999	524 848

B17 Alkoholinspektionen

Tabell 5.23 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	12 463	Anslags-sparande	4 015
1998	Anslag	14 548	Utgifts-prognos	13 000
1999	Förslag	11 013		
2000	Beräknat	14 265 ¹⁾		
2001	Beräknat	14 488 ²⁾		

¹⁾ Motsvarar 14 013 tkr i 1999 års prisnivå

²⁾ Motsvarar 14 013 tkr i 1999 års prisnivå

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

Alkoholinspektionen startade sin verksamhet den 1 januari 1995. Inspektionen bildades med anledning av bl.a. EU-medlemskapet och att riksdagen beslutat att avskaffa de tidigare import, export, tillverknings- och partihandelsmonopolen när det gäller alkoholdrycker. Dessa har ersatts av ett nytt alkoholpolitiskt motiverat tillstånds- och tillsynssystem som hanteras av Alkoholinspektionen. Detta system har dock i vissa delar kritiserats av EG-domstolen och EU-kommissionen och en dialog pågår med EU-kommissionen om hur tillstånds- och tillsynssystemet kan korrigeras för att överensstämma med EG-rätten.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Alkoholinspektionen har arbetat i enlighet med mål som regeringen satt upp i regleringsbrevet. Handläggning av tillstånds- och tillsynsärenden har prioriterats. Försening har uppstått vad gäller

att bygga upp ett databaserat tillstånds- och tillsynsregister som förutom de egna tillverknings- och partihandelstillstånden även skall omfatta samtliga kommuners ca 12 000 serveringstillstånd med personregister över alla styrelseledamöter, föreståndare och tillståndshavare.

Under det gångna budgetåret har 89 ansökningsärenden avgjorts till en kostnad av 26 000 kr per tillverknings- eller partihandelsärende. Handläggningstiden har i genomsnitt varit 24 dagar per ärende, vilket är klart bättre än år 1996. Utbildningsinsatser och informationsspridning har genomförts enligt vad som planerats. Ett flertal konferenser och andra initiativ har genomförts för att bl.a. utveckla länsstyrelsernas regionala tillsyn. Samarbetet med andra myndigheter har utvecklats i tillsynsarbetet och Alkoholinspektionen redovisar i årsredovisningen en omfattande samverkan med andra myndigheter och organisationer.

Tillsynsbesök med ingående kontroller har gjorts vid 60 företag. Tillsynsbesöken har medfört 5 återkallelser av tillstånd, en varning och 37 påpekanden.

Alkoholinspektionen har ett anslagssparande från år 1997 på drygt 4 miljoner kronor vilket är avsett att användas till kostnaderna för det databaserade tillstånds- och tillsynsregisteret som är under uppbyggnad.

Alkoholinspektionens verksamhet finansieras genom ramanslag på statsbudgeten som bestäms av riksdagen samtidigt som deras och länsstyrelsernas verksamhet på alkoholområdet skall motsvaras av de avgifter som tas in från tillverkare och partihandlare inom alkoholbranschen. I EG-domstolens dom i det s.k. Franzén-målet kritiserades bl.a. de höga avgifterna. Av den anledningen sänkte regeringen avgifterna så att intäkterna beräknas minska med ca 10 miljoner kronor årligen.

På alkoholområdet är framtiden för närvarande svårbedömd. EU-kommissionen har i en formell underrättelse ansett att tillsynsavgifterna fortfarande är för höga och att partihandelstillstånden diskriminerar utländska alkoholproducenter och försvårar för framför allt små företag att komma in på den svenska marknaden. Sverige har besvarat underrättelsen och en dialog pågår om olika möjliga förändringar av det svenska tillstånds- och tillsynssystemet.

Slutsatser

Regeringen föreslår att Alkoholinspektionens anslag tillfälligtvis minskas med 3 800 000 kronor för år 1999 på grund av omprioriteringar inom utgiftsområdet och med 800 000 kronor för åren 2000 och 2001.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 11 013 000 kronor anvisas under anslag B17 Alkoholinspektionen för 1999. För åren 2000 och 2001 föreslår regeringen 14 265 000 kronor respektive 14 488 000 kronor.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts med anledning av att en korrigerande justering gjorts av den justering som genomfördes av anslaget för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se bilaga 1, avsnitt 4).

Beräkning av anslaget för 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	14 548
Pris- och löneomräkning	265
Omfördelning inom utgiftsområdet	-3 800
Förslag 1999	11 013

B18 Alkoholsortimentsnämnden

Tabell 5.24 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	149	Anslags-sparande	351
1998	Anslag	674	Utgifts-prognos	250
1999	Förslag	687		
2000	Beräknat	699 ¹⁾		
2001	Beräknat	708 ²⁾		

¹⁾ Motsvarar 687 tkr i 1999 års prisnivå

²⁾ Motsvarar 687 tkr i 1999 års prisnivå

Alkoholsortimentsnämnden inrättades den 1 januari 1995 i enlighet med de krav som Europeiska kommissionen uppställt inför Sveriges inträde i Europeiska unionen för att Sverige skulle kunna 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 icke-diskrimineringen

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. De utses av regeringen för tre år. För beredning av ärenden hos nämnden utses en sekreterare som skall vara lagfaren. År 1997 avgjorde nämnden 21 av 24 inkomna ärenden.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 687 000 kronor anvisas under anslag B18 Alkoholsortimentsnämnden för år 1999. Här ingår pris- och löneomräkning med 22 000 kronor. För åren 2000 och 2001 föreslår regeringen 699 000 kronor respektive 708 000 kronor.

B19 Bidrag till äldreboendestäder m.m.

Tabell 5.25 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1998	Anslag	250 000	Utgifts- prognos	100 000
1999	Förslag	150 000		
2000	Beräknat	0		
2001	Beräknat	0		

Budgetåret 1998 har beslutats om ett nytt stimulationsbidrag för äldreboendestäder. Villkoren för bidraget regleras i förordningen (1998:1025) om stimulationsbidrag till äldreboendestäder m.m. som trädde i kraft den 1 september 1998. Anslaget disponeras av Boverket och administreras av länsstyrelserna och Boverket.

Regeringens överväganden

Ädelreformen medförde kraftigt ökade behov av goda och funktionella bostäder och lokaler avsedda för äldre. En del av dessa behov har kunnat tillgodoses genom de omfattande ny- och ombyggnationer av äldreboendet som ägt rum i kommunerna under senare år – till en del finansierat med statliga stimulationsmedel. På många håll är dock behovet fortsatt stort av nya och ombyggda bostäder för äldre och i många kommu-

ner pågår också en utbyggnad. För att bl.a. säkerställa att nödvändiga projekt inte skjuts på framtiden har regeringen i tilläggsbudget (prop. 1997/98:150, bet. 1997/98:FiU97, rskr. 1997/98:317) beslutat att en ram på motsvarande 400 miljoner skall avsättas för ett tillfälligt statligt byggstöd för äldreboendestäder m.m. i kommunerna under åren 1998 och 1999. Regeringen behandlade denna fråga i propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113). Åtgärden medför ökade förutsättningar för kommunerna att uppfylla de nationella mål för äldrepolitiken som bl.a. innebär att äldre skall ha möjlighet att vid behov kunna flytta till en särskild boendeform.

Medlen skall användas för ny- och ombyggnad samt förbättringar av dels bostäder i särskilda boendeformer, dels sådana lokaler i anslutning till det särskilda boendet som skall användas som möteslokaler, samlingslokaler etc. för äldre.

Slutsatser

Med hänvisning till ovanstående föreslår regeringen att 150 000 000 kronor anvisas under anslag B19 Bidrag till äldreboendestäder m.m. för år 1999.

B20 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tabell 5.26 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1999	Förslag	10 000 ¹
2000	Beräknat	10 000
2001	Beräknat	10 000

¹ Nytt anslag

Regeringens överväganden

Situationen för hemlösa har försvårats och regeringen vill i samarbete med kommuner och ideella organisationer satsa resurser och vidta åtgärder för att förbättra situationen för hemlösa.

Kommunerna har det yttersta ansvaret för att människor i utsatta situationer får det stöd och den hjälp de behöver. Verksamheterna inom den sociala omsorgen regleras i flera olika lagar, bl.a. socialtjänstlagen (1980:620), hälso- och sjuk-

vårdslagen (1982:762), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt lagen (1988:870) om vård av missbrukare.

I Socialstyrelsens rapport *De bostadslösa situation i Sverige* (1994:15) konstaterades att det i mars 1993 fanns cirka 10 000 hemlösa. Begreppet hemlösa definieras i rapporten som personer som saknar egen eller förhyrd bostad och som inte bor stadigvarande inneboende samt är hänvisade till tillfälliga boendelalternativ eller är uteliggare. Hälften av dem befann sig i de tre storstäderna. De dominerande orsakerna till hemlöshet angavs vara svårigheter att betala hyran eller svårighet att klara av att bo utan att störa andra boende.

Kartläggningen pekade även på att de resurser som fanns inte var tillräckligt anpassade till de hemlösa behov. Rapporten bekräftade att många hemlösa med svårare problem söker sig till de frivilliga organisationerna som fyller en viktig funktion när det gäller att ge stöd och hjälp. De mest omfattande frivilliginsatserna görs av Stadsmissionen och Frälsningsarmén som erbjuder möjligheter till tillfällig övernattnings eller olika former av tillfälligt boende.

Under senare år har från olika håll signalerats att hemlösheten har ökat och att de hemlösa situation försvårats. En orsak kan vara ökade svårigheter på bostadsmarknaden för socialt utsatt. Det kan även till viss del förklaras genom de förändringar som uppstått i samband med psykiatireformen som trädde i kraft 1 januari 1995. Förändringen innebar att kommunerna fick ansvaret för öppenvård av de psykiskt funktionshindrade som tidigare hade vårdats inom ramen för landstingens slutenvård. Enligt socialstyrelsens årsrapport 1998 om utvärderingen av psykiatireformen är genomförandet av reformen försenad bl.a. beroende på att det i vissa fall varit svårt att få till stånd överenskommelser mellan kommuner och landsting.

Oron för att fler personer med psykiska funktionshinder återfinns bland dem som kan betraktas som hemlösa har återkommit i flera senare undersökningar och också understrukits av de ideella organisationerna som t.ex. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa.

Andelen psykiskt funktionshindrade kvinnor bland hemlösa tycks öka liksom personer som förutom sitt psykiska funktionshinder har ett pågående missbruk. Organisationerna har också pekat på bristen på metoder för inventeringar, kartläggningar eller uppsökande verksamhet för att nå personer som saknar bostad eller på annat

sätt riskerar att bli hemlösa. Det finns även behov av att utveckla och pröva olika stödformer som stärker psykiskt funktionshindrade att klara eget boende.

Regeringen har i mars 1997 avsatt 30 miljoner kronor ur Allmänna arvsfonden under en treårsperiod. Medlen skall användas för ideella organisationers kostnader för att tillsammans med berörda kommuner utveckla och pröva nya modeller för stöd och boende för personer med psykiska funktionshinder. Därvid skall projekt i storstadsområdena särskilt uppmärksammas.

Vidare har regeringen för avsikt att ge Socialstyrelsen i uppdrag att göra en uppföljning av rapporten *De bostadslösa situation i Sverige* i syfte att få aktuell kunskap om situationen för gruppen hemlösa, omfattningen av hemlösheten samt vilka insatser som görs för hemlösa och hushåll med svag ställning på bostadsmarknaden.

Regeringen anser att ytterligare medel bör anslås under en treårig försöksperiod till nyskapande projekt för de bostadslösa. Det handlar om att utveckla och pröva olika stödformer, finna metoder för lokala inventeringar och uppsökande verksamhet. Storstädernas särskilda problematik bör härvid beaktas. Stödet skall ges till kommuner och ideella organisationer efter ansökan. Det statliga bidraget skall utgå med högst 50% av kostnaderna för projekten. Medlen bör disponeras av Socialstyrelsen. Vid beslut om medel skall samordning ske med Allmänna arvsfondens.

Slutsatser

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 10 000 000 kronor anvisas under reservationsanslag B20 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas 10 000 000 kronor för respektive år.

5.6 Övrig statlig verksamhet

5.6.1 Systembolaget AB

Regeringens förslag: Riksdagen medger att den statliga garantin för pensionsförpliktelser vid Systembolaget höjs till 650 miljoner kronor.

Systembolaget är ett av staten helägt företag. I koncernen ingår förutom moderbolaget System-

bolaget AB också ett helägt dotterbolag, Lagena Distribution AB. Verksamheten omfattar detaljhandel och partihandel med alkoholdrycker. Omsättningen år 1997 uppgick till 19 147, mkr och antalet årsarbetare till 2 674 (hela koncernen). Avkastningen/vinsten för hela koncernen uppgick till 174,3 mkr.

I EG-domstolens dom i målet C 185/s95, åklagaren mot Harry Franzén, prövade de svenska bestämmelserna om Systembolagets detaljhandelsmonopol och dess funktionssätt mot artikel 37 i EG-fördraget, som reglerar anpassningen av statliga handelsmonopol. Sammanfattningsvis fann domstolen att Systembolagets kriterier och urvalsmetoder varken var diskriminerande eller av sådant slag att de missgynnade importerade produkter. Domstolen slog därför fast att ett statligt detaljhandelsmonopol för alkoholdrycker utformat och anpassat såsom det svenska Systembolaget inte stred mot artikel 37 i EG-fördraget vilket för svenskt vidkommande var viktigt ur folkhälsoperspektiv. Systembolaget hade under 1997 ca 200 leverantörer av vin och sprit jämfört med endast en leverantör två år tidigare. I januari 1997 fanns det totalt 2 573 märken i Systembolagets sortiment eller 3 226 artiklar. Under året lanserades 880 nya märken. Försäljningsvolymen ökade under år 1997 med 5,8 procent.

Lagena Distribution AB, som bildades i december 1994, åtar sig hemtagning, lagring, ordersammanställning och distribution av alkoholdrycker för ett stort antal av Systembolagets leverantörer. En påtaglig förbättring av Lagenas ekonomiska resultat har skett under 1997 och Lagena går för första gången med vinst med 0,7 mkr.

Såväl löne- som pensionsadministrationen för Lagena Distribution AB handhas av Systembolaget. För Lagena tillämpas samma pensionsreglemente som för Systembolaget. För att bolagets avsättningar till pensioner skall vara avdragsgilla vid inkomsttaxeringen krävs att pensionsutfästelserna är tryggade genom statlig garanti. Riksdagen utfärdade därför år 1977 en garanti för pensionsförpliktelse vid Systembolaget intill ett belopp på 400 miljoner kronor. Genom riksdagens beslut den 8 december 1982 har staten utökat garantin till 600 miljoner kronor. Riksdagen medgav genom beslut 1996 att den statliga garantin för pensionsförpliktelser vid System-

bolaget AB även skall omfatta Lagena Distribution AB. Bolaget betalar årligen en avgift till SPV för garantiförbindelsen.

Den sammanlagda pensionsskulden vid Systembolaget har dock under årens lopp successivt ökat bl.a. genom att Systembolaget öppnat nya butiker och därmed har fler anställda. Inflation och löneutveckling har också under årens lopp påverkat skuldens storlek uppåt. En mer markant ökning av pensionsskulden inträffade 1997 med 116 miljoner kronor. Ökad medellivslängd och lägre allmänt ränteläge hade då föranlett Finansinspektionen att ändra anvisningarna för beräkning av pensionsskulder. I bokslutet för 1997 uppgår Systembolagets och dotterbolaget Lagena Distributions sammanlagda pensionsskuld till 597, 4 miljoner kronor och statens garanti för koncernens pensionsskuld är 600 miljoner kronor. Systembolagets styrelse har i skrivelse till Socialdepartementet hemställt om en höjning av garantibeloppet till 700 miljoner kronor.

Det ursprungliga motivet för en statlig garanti har numera bortfallit. Systembolagets pensionsutfästelser var tidigare s.k. bruttoförmåner, som inte kunde kreditförsäkras. För att avsättningar till pensionsreserven till fullo skulle bli avdragsgilla vid beskattningen krävdes en garanti från staten (se prop. 1976/77:125, s. 23). Numera tillämpar Systembolaget dock inte bruttoförmåner i sina pensionsutfästelser. Förhållandet med en statlig utfärdad garanti utgör i dag en särlösning i jämförelse med hur övriga bolag med statligt ägande tryggar sina pensionsförpliktelser. För att bedöma frågan om förändring av tryggandeform behövs bl.a. en belysning av alternativa tryggandeformer, de kostnadsmässiga aspekterna av dessa samt de praktiska konsekvenserna av en övergången från en tryggandeform till en annan. Regeringskansliet har inhämtat att Systembolaget mot denna bakgrund börjat undersöka förändrade former för fortsatt tryggande av pensionsåtagandena.

En ev. förändrad form för tryggande bör kunna införas under år 1999. I avvaktan på underlag för ett slutligt ställningstagande rörande den fortsatta formen för tryggande av pensionsförpliktelser och mot bakgrund av en viss ökning av den beräknade pensionsskulden bedömer regeringen att den statliga garantin från och med år 1999 bör höjas till totalt 650 mkr.

6 Socialstyrelsen

6.1 Omfattning

Verksamhetsområdet omfattar Socialstyrelsen och dess ramanslag. Ramanslaget uppgår under år 1998 till knappt 370 miljoner kronor och uppgick under år 1997 till knappt 373 miljoner kronor. Socialstyrelsen disponerar härutöver en stort antal anslag inom det socialpolitiska området. Dessa anslag, från vilka utbetalningarna under år 1997 sammanlagt uppgick till drygt 2,4 miljarder kronor, redovisas främst under verksamhetsområde Hälso- och sjukvård samt verksamhetsområde Social omsorg.

Socialstyrelsen är central expertmyndighet 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 medicintekniska produkter. Vidare är Socialstyrelsen ansvarig för funktionen Hälso- och sjukvård m.m. inom totalförsvaret (utgiftsområde 6 Totalförsvaret) och skall bidra till att uppfylla de mål som satts upp för det civila försvaret enligt 1996 års totalförsvarsbeslut. Socialstyrelsens verksamhet inom totalförsvaret redovisas i sin helhet under utgiftsområde 6 Totalförsvaret.

6.2 Utgiftsutveckling

Utgiftsutveckling

Miljoner kronor (löpande priser)

Utfall 1997	Anslag 1998	Utgifts- prognos 1998	Förslag anslag 1999	Beräknat anslag 2000	Beräknat anslag 2001
377,4	369,6	381,7	407,4	414,4	421,4

Verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

- Det ekonomiska utfallet för år 1997 var 377,4 miljoner kronor, vilket innebär att 4,4 miljoner kronor förbrukades av det ackumulerade anslagssparandet.
- Det ackumulerade anslagssparandet uppgick till 30,2 miljoner kronor vid utgången av år 1997, varav 18 miljoner kronor beräknas återstå vid utgången av år 1998.
- Socialstyrelsens tillsynsarbete under år 1997 har varit framgångsrikt och haft stor genomslagskraft.
- Aktiv uppföljning har i och med utgången av år 1998 genomförts i samtliga län och arbetsmetodikerna utvärderas nu.
- Resultaten från Socialstyrelsens nationella uppföljning och utvärdering medför att styrelsen ser stora behov av fortsatta studier när det gäller variationer mellan huvudmän i bl.a. vårdresurser och behandlingsresultat.

Förändringar

- Socialstyrelsen får fr.o.m. den 1 juli 1999 ansvaret för ett nationellt planeringsstöd för läkarförsörjningen inom hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsen ansvarar för handläggning av ansökningar om legitimationer för personal inom hälso- och sjukvården. Genom lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område har antalet yrkesgrupper som kan legitimeras utökats med fyra nya grupper.
- Socialstyrelsen har i den nationella handlingsplanen för äldreomsorgen givits ett ansvar för att bl.a. förstärka tillsynen inom äldreområdet.
- Socialstyrelsen har med anledning av bestämmelserna i den nya miljöbalken ålagts ett ansvar bl.a. för tillsyn för frågor som gäller hälsoskydd och för framtagandet av delmål och sektorsmål i miljöpolitiken samt givits ett särskilt sektorsansvar för ekologiskt hållbar utveckling.

Prioriteringar för 1999

- Hög prioritet skall ges åt den statliga tillsynen inom främst primärvården, äldresjukvården och äldreomsorgen.
- Åtgärder skall vidtas för att följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården vad gäller vårdens tillgänglighet och patientens ställning, samt för att stimulera sådan utveckling hos sjukvårdshuvudmännen.
- Stöd skall ges till kommuner och landsting i deras utveckling av kvalitetssäkringssystem inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

6.3 Resultatbedömning

Socialstyrelsens övergripande mål under år 1997 var att verka för en god hälsa och social välfärd samt omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen.

Socialstyrelsen har under de senaste åren inriktat sin verksamhet, såväl resursmässigt som organisatoriskt, mot en skärpt statlig tillsyn, mot uppföljning och utvärdering och mot stöd till olika huvudmän i deras uppdrag att utveckla verksamheten. Åtgärder har också vidtagits för att få en bättre spridning av resultaten av styrelsens verksamhet. Socialstyrelsens verksamhet är indelad i verksamhetsgrenarna tillsyn, aktiv uppföljning, nationell uppföljning och utvärdering, utbildning och utveckling, övriga huvuduppgifter samt beredskap. Regeringens bedömning nedan av Socialstyrelsens resultat under år 1997 följer i huvudsak indelningen i verksamhetsgrenar.

Tillsyn

Målet för tillsynen inom hälso- och sjukvården är att bedriva tillsynsverksamheten så att den bidrar till hög patientsäkerhet och kvalitet i den svenska hälso- och sjukvården. Detta skall ske bl.a. på ett sådant sätt att företrädare för vårdgivarna vidtar konkreta åtgärder för att åstadkomma tillfredsställande patientsäkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens årsredovisning för år 1997 visar att styrelsen under åren 1996 och 1997 prioriterat tillsynsinsatser inom den primära medicinska tillsynen och därigenom erhållit goda resultat inom området.

Socialstyrelsen har under år 1997 genomfört 922 tillsynsbesök och 438 verksamhetstillsynsinsatser (jämfört med 700 respektive 307 år 1996). Styrelsens genomsnittliga handläggningstider har legat väl inom ramen för de mål som satts upp av regeringen i regleringsbrevet för år 1997. För anmälningsärenden har den genomsnittliga handläggningstiden varit 6,3 månader (jämfört med målet om högst 8 månader) och för egeninitierade tillsynsärenden har den genomsnittliga handläggningstiden varit 5,3 månader (jämfört med målet om högst 9 månader).

I de fall styrelsens tillsynsåtgärder lett till beslut med krav på åtgärder från huvudmännens sida, har dessa resulterat i rapporter eller uppgifter om vidtagna åtgärder från huvudmännens sida i 89 procent av fallen. I de fall åtgärder vidtagits av huvudmännen har dessa i 67 procent av fallen av tillsynsenheterna bedömts vara helt tillfredsställande, i 27 procent av fallen delvis tillfredsställande och endast i 6 procent av fallen inte alls tillfredsställande.

När det gäller den sociala tillsynen skall Socialstyrelsen i samverkan med länsstyrelserna verka för att öka rättssäkerhet, laglighet och kvalitet inom socialtjänsten. På det sociala tillsynsområdet ligger huvudansvaret för det direkta tillsynsarbetet hos länsstyrelserna. Socialstyrelsen har i samverkan med länsstyrelserna bl.a. påbörjat ett arbete med att utveckla mål, mått och metoder för uppföljning och redovisning av den regionala tillsynen. Med anledning av riksdagens beslut om den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307) skall Socialstyrelsen effektivisera sin tillsyn inom området. Vidare skall Socialstyrelsen följa arbetet med en fördjupad samverkan mellan kommuner och landsting i syfte att åstadkomma högre kvalitet i vård och omsorg.

Regeringens samlade bedömning är att Socialstyrelsens tillsynsarbete inom såväl hälso- och sjukvårdsområdet som socialtjänstområdet varit framgångsrikt och att Socialstyrelsen har arbetat med målen för verksamheten på ett tillfredsställande sätt. Regeringen anser att tillsynsarbetet även framgent bör vara ett prioriterat område för Socialstyrelsen och att det är viktigt att omfattningen och kvaliteten på tillsynsinsatserna kan upprätthållas.

IT-omställningen inför år 2000

Mot bakgrund av bestämmelserna i förordningen (1997:30) om översyn av statliga myndigheters informationssystem inför år 2000 uppdrog regeringen i regleringsbrevet för år 1998 åt Socialstyrelsen att senast den 1 april 1998 redovisa om myndigheten bedömer att det finns risker för allvarliga störningar i vitala samhällsfunktioner inom dess tillsynsområde. Socialstyrelsen har den 31 mars 1998 inkommit med en rapport till regeringen. I rapporten redovisar Socialstyrelsen att myndigheten sett över sina egna system och att dessa i princip i sin helhet är anpassade till övergången till år 2000. När det gäller Socialstyrelsens tillsynsområde gör myndigheten bedömningen att anpassningsarbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet pågår och att inga alarmmande rapporter hittills har erhållits. Socialstyrelsen framhåller att den landstingskommunala vården generellt sett hunnit längre i sitt anpassningsarbete än den kommunala sjukvården. Socialstyrelsen gör också bedömningen att variationen i både medvetandegrad och anpassningsarbete är större bland de privata vårdgivarna än inom den offentliga vården. Socialstyrelsen

framhåller slutligen att myndigheten genom sin tillsynsorganisation kommer att följa sjukvårdshuvudmännens fortsatta anpassningsarbete.

För att ytterligare förstärka de statliga insatserna för att underlätta IT-omställningen inför år 2000 uppdrog regeringen i juni 1998 åt ett antal sektorsmyndigheter, däribland Socialstyrelsen, att inom sina ansvarsområden noggrant följa anpassningsarbetet, analysera och bedöma eventuella risker för allvarliga störningar samt överväga och vid behov uppmärksamma ansvariga på nödvändiga åtgärder för att säkerställa viktiga samhällsfunktioner i samband med IT-omställningen inför år 2000. Myndigheterna skall också vid behov vidta erforderliga förberedelser för att hjälpa eventuella brister i ledningsorganisationen. Uppdraget skall ske i samverkan med Statskontoret och en första redovisning skall lämnas till regeringen senast den 1 oktober 1998. Kompletterande redovisningar skall därefter lämnas den 1 mars 1999 och den 1 oktober 1999.

Aktiv uppföljning

Målet för den aktiva uppföljningen är att Socialstyrelsen skall genomföra länsvisa granskningar av ändamålsenligheten i de åtgärder som kommuner och landsting vidtagit för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta skall ske bl.a. på ett sådant sätt att konkreta åtgärder för verksamhetens utveckling genomförs av huvudmännen.

Aktiv uppföljning genomförs i ett litet antal län åt gången under totalt ca 10 månader och med ett bestämt tema. Under år 1997 genomfördes länsvisa uppföljningar i tre län på temat kommuners och landstings långsiktiga anpassning till ändrade ekonomiska förutsättningar. Syftet var att belysa huvudmännens strategier och prioriteringar för att på lång sikt upprätthålla god kvalitet, rättssäkerhet och vård på lika villkor. I och med utgången av år 1998 skall samtliga län ha granskats inom ramen för den aktiva uppföljningen. Socialstyrelsen utvärderar därefter arbetsmetodiken.

Socialstyrelsen framhåller i sin årsredovisning för år 1997 att myndigheten i sin aktiva uppföljning funnit att det – både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten – fortfarande finns brister i kommuner och landsting vad gäller målformulering, uppföljning och utvärdering, dvs. i det arbete som till stora delar rör kvalitetsutveckling. Socialstyrelsen framhåller också i års-

redovisningen att den aktiva uppföljningen har en stor genomslagskraft som leder till utveckling och till åtgärder där så behövs. Regeringen delar denna uppfattning och gör bedömningen att Socialstyrelsens arbete med den aktiva uppföljningen under år 1997 har varit framgångsrikt och att Socialstyrelsen har arbetat med målen för verksamheten på ett tillfredsställande sätt.

Nationell uppföljning och utvärdering

Målet för den nationella uppföljningen och utvärderingen är att Socialstyrelsen till regeringskansliet samt till kommuner och landsting skall ta fram underlag inom hälso- och sjukvård, smittskydd och hälsoskydd, folkhälsa, välfärdsförhållanden och socialtjänst. Underlagen skall vara tillförlitliga, relevanta och aktuella och ge mottagaren goda möjligheter att värdera, utveckla, förbättra och ompröva verksamhet inom dessa områden.

Nationell uppföljning och utvärdering är ett område som har prioriterats högt av Socialstyrelsen under år 1997. Ett av de många projekt som Socialstyrelsen bedrivit inom ramen för sin nationella uppföljning och utvärdering under år 1997 är en studie av effekterna av ekonomiska neddragningar och höjda patientavgifter inom hälso- och sjukvården. Projektet bedrivs under flera år och Socialstyrelsen skriver i sin årsredovisning för år 1997 att det hittills har visat sig svårt att isolera den inverkan som just ekonomiska neddragningar har haft och att vården i vissa fall kan bibehållas på oförändrad nivå genom att de ekonomiska neddragningarna kompenseras genom ytterligare förbättringar av rutiner och organisation. Det är också så att förändringar i ekonomiska förutsättningar inte heller slår igenom i medicinska effekter förrän efter flera år. Regeringen följer med uppmärksamhet resultatet av projektet som beräknas slutföras under år 1999.

Målet för Socialstyrelsens arbete med kvalitetssäkring är att bidra till att ett effektivt och systematiskt kvalitetssäkringsarbete bedrivs inom hälso- och sjukvården samt inom socialtjänsten. Den 1 januari 1997 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24) i kraft. Under år 1997 har en kartläggning genomförts av andelen verksamhetschefer som känner till dessa föreskrifter och allmänna råd. Kartläggningen visade att 93 procent av samtliga

tillfrågade kände till Socialstyrelsens föreskrifter om kvalitetssystem och 62 procent uppgav att de läst hela eller det mesta av föreskrifterna. När det gäller tillämpningen av Socialstyrelsens krav på kvalitetssystem för olika områden i verksamheten ansåg 82 procent av de tillfrågade att de i mycket eller ganska stor utsträckning arbetar med kvalitetssäkring. Det är enligt regeringens uppfattning viktigt att Socialstyrelsen även under kommande år noga följer hur arbetet med kvalitetssäkring fortskrider inom hälso- och sjukvården. Regeringen noterar också med tillfredsställelse att Socialstyrelsen sedan några år tillbaka bedriver ett arbete för att klargöra definitioner av kvalitetsbegreppet inom hälso- och sjukvården, vilket är en förutsättning för att kunna avgränsa och beskriva kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har för avsikt att komma med förslag till sådana definitioner under år 1998.

Inom ramen för sitt arbete med kvalitetsuppföljning i vården har Socialstyrelsen under år 1997 bl.a. fokuserat på områdena tillgänglighet i vården, patienttillfredsställelse, hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens, användningen av läkemedel, åtgärdbar dödlighet samt nationella kvalitetsregister. I årsredovisningen för år 1997 redovisar Socialstyrelsen ett antal resultat från sitt arbete inom ovanstående områden. Sammanfattningsvis menar Socialstyrelsen att de viktigaste resultaten av kvalitetsuppföljningen inom hälso- och sjukvården är att:

- kvaliteten i den akuta somatiska sjukvården har förbättrats kraftigt under senare tid,
- kvaliteten inom primärvård och psykiatri när det gäller behandlingsresultat inte f.n. kan bedömas då det finns alltför få data,
- variationerna mellan huvudmännen i behandlingsinriktning, vårdresurser och behandlingsresultat i vissa fall är mycket stora,
- Sverige sannolikt behåller den internationella täthetsposition som vi tidigare haft när det gäller åtgärdbar dödlighet,
- det finns anledning att anta att medan behandlingsresultaten genomsnittligen är goda, finns en tydlig tendens till ökande köer och därmed en risk för att behandlingsbehov inte tillgodoses.

Socialstyrelsen framhåller att dessa resultat medför att styrelsen ser stora behov av fortsatta noggranna studier när det gäller främst variatio-

nera mellan huvudmännen i behandlingsinriktning, vårdresurser och behandlingsresultat samt när det gäller tendenserna till ökande köer och till att behandlingsbehov därmed inte tillgodoses. Regeringen delar Socialstyrelsens bedömning på dessa områden.

Resurserna för nationell uppföljning och utvärdering inom socialtjänstområdet har minskat under år 1997 jämfört med föregående år. Socialstyrelsen har under år 1997 genomfört intervjuundersökningar för att försöka bedöma vilka effekter den nationella uppföljningen och utvärderingen får för de verksamheter som följs upp och utvärderas. Socialstyrelsen har bl.a. utvärderat effekterna av den nationella uppföljningen och utvärderingen av Ädelreformen och av handikappreformen med avseende på i vilken mån Socialstyrelsen bidragit till utvecklingen i kommuner och landsting. Utvärderingarna har fokuserat på hur Socialstyrelsen nått ut med sina resultat och hur dessa använts. Däremot har kvaliteten i Socialstyrelsens utvärderingsarbete, t.ex. om genomförda analyser är tillförlitliga, inte utvärderats systematiskt. Resultaten från undersökningarna visar att rapporterna från de båda reformuppföljningarna är mest kända, lästa och tillgängliga på den centrala nivån och då särskilt inom Socialdepartementet och berörda riksdagsutskott samt inom Kommunförbundet respektive Landstingsförbundet. Praktiskt taget samtliga intervjuade på den centrala nivån kände till rapporterna och drygt 80 procent hade läst dem. Att rapporterna haft effekt på den centrala nivån visas enligt Socialstyrelsen också av att regering och riksdag vidtagit vissa åtgärder som relaterat till det som styrelsens visat i sina rapporter. Även på den regionala nivån är kännedomen om rapporterna goda. Inom landstingen och länsstyrelserna kände samtliga intervjuade till rapporterna och hälften respektive 75 procent hade läst dem. På den lokala nivån visar uppföljningarna att det finns stora skillnader i hur rapporterna tas emot av politiker och av tjänstemän. Endast hälften av de tillfrågade lokalpolitikerna kände till rapporterna och 20 procent hade läst dem. Motsvarande tal för de kommunala tjänstemännen var 70 respektive 65 procent.

Inom ramen för den nationella uppföljningen och utvärderingen följde Socialstyrelsen under år 1997 även upp bl.a. utvecklingen av kommunernas barnomsorgsregler för barn till arbetslösa. Dessutom har missbrukarvårdens utveckling avrapporterats. Vidare har socialbidragsut-

nyttjandet bl.a. belysts i Social rapport 1997 och i statistikrapporten Socialbidrag 1996. Under år 1998 har en uppföljning av förändringen i socialtjänstlagen initierats.

Socialstyrelsen har under år 1998 beviljats projektmedel från regeringskansliet för ett s.k. kontrollinsatsprojekt. Syftet med det aktuella kontrollinsatsprojektet är att analysera om olika former av stimulansbidrag har varit och är bra styrinstrument. Socialstyrelsen har engagerat en extern konsult som projektledare och de stimulansbidrag som analyseras i projektet är de stimulansbidrag som utgivits i samband med tre av de stora reformerna under 1990-talet: Ädelreformen, handikappreformen och psykiatireformen. Projektet har startats upp under sommaren och hösten 1998 och skall resultera i en slutrapport under våren 1999.

Regeringens bedömning är att Socialstyrelsen på ett tillfredsställande sätt har arbetat med målen för nationell uppföljning och utvärdering under år 1997. Regeringen anser att det är viktigt att Socialstyrelsen även fortsättningsvis prioriterar denna verksamhet.

Utbildning och utveckling

Socialstyrelsens konkreta ansvar för utbildningsfrågorna inom hälso- och sjukvården är i första hand koncentrerat till läkarnas vidareutbildning i form av specialistutbildning och till den kompetensgaranti som legitimationen innebär. Socialstyrelsen har också ett ansvar för att påverka vårdgivarna så att vårdpersonalen har rätt kompetens för sina uppgifter och att de ges möjlighet till fortbildning i samband med att arbetsinnehållet förändras.

Socialstyrelsen ansvarar vidare för att pröva ansökningar om legitimation och andra behörighetsbevis som garanterar innehavarens yrkeskompetens. Styrelsen för också ett tillförlitligt och aktuellt register över samtliga personer med svensk legitimation. I registret är även av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, beslutade behörighetsinskränkningar införda. Under år 1997 utfärdades knappt 6 200 legitimationer för tolv yrkesgrupper. Därutöver utfärdades drygt 5 000 andra bevis och intyg avseende behörighet för hälso- och sjukvårdspersonal.

Genom aktuella målbeskrivningar för de fastställda specialiteterna inom hälso- och sjukvården anger Socialstyrelsen kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för respektive

specialitet. Under år 1997 svarade Socialstyrelsen för 184 s.k. SK-kurser för läkare under specialisttjänstgöring.

Målet för Socialstyrelsens verksamhet inom utvecklingsområdet är att förbättra metodiken och kvaliteten i det sociala och pedagogiska arbetet. Socialstyrelsens insatser inom området skall bidra till att utvecklings- och förnyelsearbete kommer till stånd inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Inom ramen för utvecklingsarbetet skall Socialstyrelsen också beskriva kunskapsläget och identifiera områden som har behov av utvecklingsarbete.

När det gäller utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvårdsområdet har sådant främst bedrivits inom ramen för den medicinska faktadatabasen MARS. Utvecklingsarbetet har här främst bestått i att initiera och stödja systematisk dokumentation och analys som i sin tur skall vara ett underlag för kvalitetsutveckling och resultatuppföljning inom hälso- och sjukvården. Under år 1997 producerade eller uppdaterade Socialstyrelsen 39 s.k. state-of-the-art dokument och lade stora resurser på arbetet med nationella riktlinjer och kvalitetsregister. En utvärdering av delar av arbetet med kunskapsspridning inom MARS som skett under året visar att 80 procent av de tillfrågade uppgav att informationen var ett stöd i arbetet och en hjälp vid undervisning samt till 90 procent uppfyllde de angivna syftena med MARS som en faktadatabas.

Socialstyrelsen har också en viktig roll i såväl det nationella som det europeiska standardiseringsarbetet för medicintekniska produkter. Styrelsens insatser inom detta område har ökat i omfattning efter ikraftträdandet av EG:s direktiv om medicintekniska produkter (direktiv 93/42/EEG).

Vad beträffar utbildning och utveckling inom socialtjänstområdet har Socialstyrelsen under år 1997 ökat betoningen på utvecklingsarbete med anknytning till de förändrade bestämmelserna i socialtjänstlagen. Projektet Kunskapsbaserad utveckling av socialtjänsten (KUB) som syftar till att skapa en nationell kunskapsbas grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet har initierats.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att analysera effekterna av de insatser som genomförts inom ramen för myndigheternas utvecklingsmedel inom socialtjänstområdet samt grunderna för fördelningen av medlen. En redovisning av uppdraget har överlämnats till regeringen i februari 1998. I rapporten redovisas inriktning och omfattning av genomfört utvecklingsarbete, vilka

generella erfarenheter som vunnits samt en allmän bedömning av projektens betydelse lokalt.

Regeringen anser att Socialstyrelsen på ett tillfredsställande sätt har arbetat med målet för sin verksamhet inom utbildnings- och utvecklingsområdet.

Övriga huvuduppgifter

Socialstyrelsens verksamhetsgren Övriga huvuduppgifter omfattar många olika verksamheter. Bland dessa verksamheter kan nämnas bl.a. driften av flera register (såväl epidemiologiska som andra register), insatser inom Socialstyrelsens ansvar för den officiella statistiken, rådet för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (Rättsliga rådet), besvarande av remisser m.m. samt en stor del av beredskapsinsatserna.

Bland de viktigaste uppgifterna under år 1997 har varit arbetet med det biverkningsregister för dentala material som infördes år 1996, arbetet med ett forskrivaregister med anledning av läkemedelsreformen och utarbetandet av koder till grund för registrering av sjukdom eller symptom på sjukdom med anledning av att nya klassifikationer för sjukdomar och kirurgiska åtgärder togs i bruk i Sverige fr.o.m. den 1 januari 1997.

Regeringen uppdrog i regleringsbrevet för år 1997 åt Socialstyrelsen att senast den 1 november 1997 redovisa sina erfarenheter av statistikreformen. Statistikreformen innebär främst en ändrad ansvarsfördelning för den officiella statistiken och Socialstyrelsen fick genom den nya statistikorganisationen ansvaret för den officiella statistiken inom ämnesområdena hälsa och sjukdomar (dödsorsaker), hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Syftet med den ändrade ansvarsfördelningen var att genom ett ökat användarinflytande över statistiken få till stånd en ökad flexibilitet i statistikproduktionen och ett ökat kostnadsmedvetande. Socialstyrelsen har i april 1998 redovisat uppdraget till regeringen. I redovisningen gör Socialstyrelsen bedömningen att den nya statistikorganisationen fungerat i enlighet med intentionerna för reformen och att en tydlig beställar- och utförarroll har utvecklats. Detta har redan lett till en viss konkurrens och en viss ökning av kostnadseffektiviteten i produktionen av statistik. Detta har enligt Socialstyrelsen skett både genom att kostnaderna för vissa produkter sjunkit och genom att kvaliteten i produkterna höjts. I ett internationellt perspek-

tiv är den svenska statistiken inom den sociala sektorn av hög kvalitet. Socialstyrelsen framhåller emellertid att det finns ett behov av förbättrad statistik inom framförallt äldreomsorgen och för öppna insatser inom socialtjänstens verksamhet samt inom den öppna hälso- och sjukvården. Dessutom behövs en mer heltäckande registrering av den öppna vården och äldreomsorgen.

Socialstyrelsen gavs i regleringsbrevet för år 1998 i uppdrag att efter samråd med Naturvårdsverket redovisa omfattningen av och innehållet i sådan information som tas fram i Socialstyrelsens ordinarie verksamhet och som kan användas i den nationella miljöövervakningen som är Naturvårdsverkets ansvar. Socialstyrelsen har i en skrivelse till Socialdepartementet i maj 1998 anfört att de data som myndigheten producerar inom ramen för sin övervakningsfunktion, bl.a. den nationella epidemiologiska bevakningen och den nationella folkhälsorapporteringen, inklusive analyser av miljöns betydelse för befolkningens hälsa, inte är av den arten att de kan användas inom den nationella miljöövervakningen. Socialstyrelsen framhåller dock att det finns ett stort behov av samverkan mellan Naturvårdsverket och Socialstyrelsen så att analyser kan göras med utgångspunkt i deras skilda övervakningsfunktioner. Regeringen delar Socialstyrelsens bedömning.

Regeringen beslutade den 24 maj 1995 att Socialstyrelsen skulle förvalta det statliga stödet om 50 miljoner kronor till tortyrskadade flyktingar m.fl. Medlen disponeras t.o.m. den 31 december 1999. I uppdraget ingick även att senast den 31 december 1997 till regeringen inkomma med en redovisning av hur medlen använts och fördelats. Socialstyrelsen har den 18 december 1997 lämnat en delrapport till regeringen. Av rapporten framgår att de 30 miljoner kronor som Socialstyrelsen disponerar till projekt inom forskning och metodutveckling inom området nu efter fem ansökningstillfällen under åren 1996 – 1998 i stort sett är fördelade. En ideell förening, Kansliet för tortyr- och traumaskadade (KANTT) har bildats som disponerar 15 miljoner kronor till och med december 1999.

Gender

Enligt regleringsbrevet för år 1997 skulle Socialstyrelsen, som en del i myndighetens utvecklingsarbete, analysera förslag och verksamhet

utifrån såväl kvinnors som mäns utgångspunkter, dvs. anlägga ett genderperspektiv. Av Socialstyrelsens årsredovisning för år 1997 framgår att Socialstyrelsen under året har formulerat mål för sitt arbete med genderperspektivet. Målet är att könsaspekterna skall beaktas i alla nya verksamheter som ingår i 1998 års verksamhetsplan, då det är relevant för verksamhetens frågeställningar. År 2001 skall könspektivet vara beaktat i Socialstyrelsens alla verksamheter.

I årsredovisningen redovisar Socialstyrelsen vidare att myndigheten beaktat könsaspekterna i sitt uppföljnings- och utvärderingsarbete där så varit möjligt. Resultat av detta är att könsaspekterna belysts i bl.a. Social rapport 1997, i Folkhälsorapport 1997, i projektet Operation kvinnofrid, i de delar av Sveriges officiella statistik som Socialstyrelsen ansvarar för (förutom barnomsorgen), i kartläggningen av vården av tunga missbrukare, i studien över invandringdomars kontakt med socialtjänsten samt i uppdraget om jämställdhet i barnomsorgen.

Socialstyrelsen konstaterar i årsredovisningen att myndigheten har underlag för att inom uppföljnings- och utvärderingsarbetet göra en mer utvidgad analys av kvinnors och mäns skilda behov och förutsättningar än vad som hittills gjorts.

Regeringen anser att det är viktigt att Socialstyrelsen under kommande år inom sitt uppföljnings- och utvärderingsarbete utvecklar sin analys av genderfrågorna. Regeringen anser vidare att det är önskvärt att Socialstyrelsen i fortsättningen årligen på ett övergripande sätt i en särskild rapport till regeringen sammanfattar de viktigaste slutsatserna från sitt genderarbete.

6.3.1 Regeringens slutsatser

Huvudinriktningen för Socialstyrelsens verksamhet har under de senaste åren varit en skärpt statlig tillsyn, uppföljning och utvärdering samt stöd till olika huvudmän i deras uppdrag att utveckla hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Regeringen anser att denna huvudinriktning för styrelsens verksamhet bör gälla även för år 1999. Regeringen delar också Socialstyrelsens uppfattning att det är av stor vikt att styrelsens insatser i första hand riktas mot de områden som har särskilt stor betydelse för medborgarna. Det är dessutom viktigt att Socialstyrelsen fortsätter sina insatser för att effektivisera spridningen av

resultaten av sin verksamhet för att på så sätt öka genomslagskraften för insatserna.

Regeringen anser att Socialstyrelsen under år 1999 bör prioritera insatser för att dels följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården vad gäller vårdens tillgänglighet och patientens ställning i vården, dels stimulera en sådan utveckling hos sjukvårdshuvudmännen. När det gäller arbetet med tillsynsfrågor gör regeringen bedömningen att fortsatt hög prioritet skall ges framöver åt den nationella tillsynen inom främst områdena primärvård, äldresjukvård och äldreomsorg samt att en fortsatt fokusering på arbetet med utveckling av kvalitetssäkringssystem inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten är önskvärd. Regeringen anser vidare att Socialstyrelsen även i fortsättningen skall bedriva en aktiv tillsyn av smittskyddet.

I den nationella uppföljningen och utvärderingen har Socialstyrelsen bl.a. uppmärksammat att det inom sjukvården finns stora variationer i kvalitet mellan huvudmännen. Dessutom är de data som finns om utfallet av behandlingsarbetet inom psykiatri och primärvården helt otillräckliga. Regeringen anser att ytterligare insatser måste göras för att förbättra informationen inom dessa områden och för att analysera variationerna i behandlingsresultat över landet. Inom områden i gränslandet mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård är det viktigt att uppmärksamma utvärderingsfrågorna.

Möjligheterna att i både kvantitativa och kvalitativa termer följa utvecklingen i Socialstyrelsen har påtagligt ökat under senare år. Regeringen anser sammanfattningsvis att Socialstyrelsens redovisning i årsredovisningen för år 1997 samt i övriga rapporter till regeringen visar att Socialstyrelsen på ett tillfredsställande sätt arbetat med såväl de kvantitativa som de kvalitativa mål som satts upp för myndighetens verksamhet för år 1997.

Regeringen gör bedömningen att de mål och den inriktning som tidigare beslutats avseende Socialstyrelsens verksamhet bör ligga fast även för år 1999.

6.4 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) bedömer att Socialstyrelsens årsredovisning för år 1997 i allt väsentligt är rättvisande. Den ekonomiadministrativa värdering som RRV har utfört av samtliga statliga myndigheter har beträffande Socialstyrelsen givit EA-värdet fullt tillfredsställande. RRV har i en särskild revisionsrapport till Socialstyrelsen framhållit att resultatredovisningen har utvecklats på ett positivt sätt jämfört med föregående år men också påpekat att den till viss del innehåller information som inte berör regleringsbrevets återrapporteringskrav. Regeringen delar RRV:s bedömning att resultatredovisningen har förbättrats jämfört med tidigare år. När det gäller RRV:s påpekande om information som ej berör återrapporteringskraven har regeringen uppmärksammat detta, men anser att det för en myndighet med ett så omfattande uppdrag som Socialstyrelsen i vissa fall kan vara befogat, och till och med önskvärt, att lämna en del kompletterande information till den av regeringen i regleringsbrevet beställda återrapporteringen. Regeringen har därför inte för avsikt att vidta någon åtgärd i frågan

6.5 Anslag

C1 Socialstyrelsen

Tabell 6.1 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	377 403	Anslags-sparande	30 236
1998	Anslag	369 636	Utgifts-prognos	381 658
1999	Förslag	407 357		
2000	Beräknat	414 438 ¹		
2001	Beräknat	421 432 ²		

¹ Motsvarar 406 830 tkr i 1999 års prisnivå

² Motsvarar 406 830 tkr i 1999 års prisnivå

En jämförelse mellan anslag och utfall för år 1997 visar att utfallet översteg anslaget med drygt 4,4 miljoner kronor. Det ackumulerade anslagssparandet vid 1997 års slut uppgick till ca 30,2 miljoner kronor. Socialstyrelsen har i delårsrapporten avseende första halvåret 1998 redovisat en utgiftsprognos för år 1998 om 381,7 miljoner kronor, vilket skulle medföra ett utnyttjande av anslagssparandet med drygt 12 miljoner kronor. Detta innebär att anslagssparandet vid utgången av år 1998 kan beräknas uppgå till drygt 18 miljoner. Dessa medel beräknas dock till största delen vara bundna i fleråriga uppföljningsprojekt samt i form av utvecklingsmedel inom socialtjänstområdet.

Regeringens överväganden

Resultatinformation

Socialstyrelsens bevakningsområde är mycket omfattande och spänner över både landstingens och kommunernas verksamheter inom hälso- och sjukvården samt det sociala området. Detta innebär att Socialstyrelsens samlade verksamhet under ett år är både omfattande och disparat.

Socialstyrelsens förvaltningskostnader under ramanslaget uppgick under år 1997 till drygt 377,4 miljoner kronor. Detta är en minskning med 15,2 miljoner (3,9 %) jämfört med år 1996. Av de totala förvaltningskostnaderna under år 1997 svarade tillsynsverksamheten för cirka 20 procent, aktiv uppföljning för cirka 2 procent, nationell uppföljning och utvärdering för cirka 20 procent, utbildning och utveckling för cirka 25 procent och övriga huvuduppgifter för ca 33 procent. Förvaltningskostnaderna för verksamhetsgrenen beredskap har fördelats på de övriga verksamhetsgrenarna.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 6.2 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (Som inte får disponeras)	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 1997	5 905	7 550	- 1 645
Prognos 1998	6 050	8 000	- 1 950
Budget 1999	6 050	8 000	- 1 950

Intäkterna avser avgifter från utfärdande av legitimationer, intyg m.m. som sker inom Socialstyrelsens arbete med behörighetsfrågor. Under åren 1997 och 1998 utfärdas legitimationer för tolv yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen får inte disponera någon del av intäkterna från legitimationshanteringen utan dessa inlevereras i sin helhet till statsbudgetens inkomstsida. I enlighet med riksdagens beslut med anledning av propositionen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område kommer fyra nya yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården att kunna legitimeras från och med år 1999 (prop.1997/98:109, bet. 1997/98:SoU22, rskr. 1997/98:290). Dessa fyra yrkesgrupper är apotekare, arbetsterapeuter, receptarier samt sjukhusfysiker och omfattar sammanlagt ca 16 000 personer under 65 år. Socialstyrelsen har beräknat att merkostnaderna för att hantera ansökningar om legitimation för dessa nya grupper kommer att uppgå till ca 3,7 miljoner kronor för år 1999 och därefter ca 1,3 miljoner kronor per år. Dessa kostnader ingår ej i de beräknade kostnaderna i tabell 6.2 ovan. Socialstyrelsen har också hos regeringen aktualiserat frågan om möjligheten att i framtiden få disponera hela eller delar av intäkterna från legitimationshanteringen. Frågan om dispositionen av avgiftsintäkterna för legitimationshanteringen bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Tabell 6.3 Uppdragsverksamhet*Tusental kronor*

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (Intäkt- kostnad)
Utfall 1997	9 707	26 724	- 17 017
Prognos 1998	13 215	25 000	- 11 785
Budget 1999	13 200	25 100	- 11 900

Intäkterna består av avgifter för kontroll av medicintekniska produkter, för material från EPC, för data och statistikproduktion samt avgiftsintäkter från försäljning av rapporter, skrifter m.m. Socialstyrelsen får disponera avgiftsintäkterna i sin helhet, men dessa är otillräckliga för att ge full kostnadstäckning för verksamheterna.

Regeringen uppdrog i regleringsbrevet för år 1997 åt Socialstyrelsen att göra en översyn av sin avgiftsfinansierade verksamhet och lämna förslag på hur den samlade styrningen av denna bör utformas. Socialstyrelsen inkom den 27 oktober 1997 med en redovisning av uppdraget. Översynen har begränsats till att omfatta verksamheten inom det medicintekniska området och inom Epidemiologiskt centrum (EPC). Socialstyrelsen föreslår att målet för avgiftssättningen inom det medicintekniska området skall vara att nå full kostnadstäckning. Detta gäller både de kliniska prövningarna och registreringen av CE-märkta medicintekniska produkter. För registreringen av CE-märkta medicintekniska produkter bör avgifterna enligt Socialstyrelsen även finansiera marknadskontrollen av produkterna. Socialstyrelsen har i dag ingen rätt att ta ut avgifter för sin handläggning i samband med utfärdande av s.k. free sale certificates för produkter inom det medicintekniska området. Ett free sale certificate är ett intyg om att produkten finns på den svenska marknaden och att den får exporteras. Socialstyrelsen föreslår att avgifter för handläggning av free sale certificates skall kunna tas ut fr.o.m. år 1999 och att målet för dessa avgifter skall vara att ge full kostnadstäckning. Socialstyrelsen beräknar en handläggning av ca 135 intyg per år och föreslår en avgift i avgiftsklass 2 (f.n. 475 kronor) enligt 10 § avgiftsförordningen (1992:191). Några avgifts-

intäkter avseende free sales certificates ingår ej i de beräknade intäkterna i tabell 6.3. När det gäller avgifter för registerverksamheten vid EPC föreslår Socialstyrelsen att målet skall vara att i första hand ge täckning för de direkta kostnaderna för registeruttag. Vid efterfrågan av registeruttag som är klart kopplad till kommersiell användning bör Socialstyrelsen erhålla full kostnadstäckning genom avgifterna. Frågan om den framtida avgiftsfinansierade verksamheten bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Socialstyrelsen erhöll i regleringsbrevet för år 1997 ett uppdrag att utreda förutsättningar för att inom något eller några särskilt lämpade områden bedriva tjänsteexport, samt lämna förslag till hur styrning och organisation av tjänsteexporten bör utformas inom myndigheten. Socialstyrelsen har i en rapport till regeringen i februari 1998 redovisat uppdraget. I sin redovisning pekar styrelsen på att det finns faktorer som talar för ett begränsat engagemang i tjänsteexport inom bl.a. områdena äldre- och handikappomsorg, social barnavård, socialbidragssystem, primärvård, vårdkedjor och vårdstruktur, smittskydd, hälsoskydd, katastrofberedskap, registeruppbyggnad och epidemiologisk bevakning. Frågan om tjänsteexport är föremål för vidare beredning inom regeringskansliet.

Bemyndigande om ekonomiska förpliktelser

Socialstyrelsen disponerar 42 miljoner kronor per år för att stimulera önskvärd utveckling inom kommunernas socialtjänst (s.k. utvecklingsmedel). En stor del av dessa medel används till fleråriga utvecklingsprojekt i någon eller några kommuner. Detta innebär i praktiken att Socialstyrelsen tar på sig ekonomiska förpliktelser för kommande budgetår. Regeringen föreslår att riksdagen medger att regeringen för anslaget C 1 Socialstyrelsen får ikläda sig sådana förpliktelser. Det föreslagna bemyndigandet och dess beräknade anslagspåverkan under perioden 1999 – 2001 framgår av tabell 6.4 nedan.

Tabell 6.4 Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser

Tusental kronor

	1997 utfall	1998 prognos	1999 beräknat	2000 beräknat	2001 beräknat
Utestående förpliktelser vid årets början	–	–	0	20 000	30 000
Nya förpliktelser	–	–	20 000	20 000	20 000
Infriade förpliktelser*	–	–	0	– 10 000	– 10 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	–	–	20 000	30 000	40 000
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam	–	–	20 000	30 000	40 000

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Slutsatser

För år 1999 ligger de mål och den inriktning som tidigare beslutats avseende Socialstyrelsens verksamhet fast. Detta innebär att Socialstyrelsen även under år 1999 skall inrikta sin verksamhet främst mot en skärpt statlig tillsyn, mot uppföljning och utvärdering samt mot stöd till olika huvudmän i deras uppdrag att utveckla verksamheten. Dessutom skall myndigheten ytterligare stärka sina insatser för att få en bättre spridning av resultaten av sin verksamhet.

Socialstyrelsen har inför år 1999 ålagts ett antal nya uppgifter. Bland dessa kan nämnas vissa uppföljningsuppdrag i anledning av att tandvårdsförsäkringen reformerats (prop. 1997/98:112, bet. 1997/98:SoU25, rskr. 1997/98:289). Styrelsen skall också fördela det statliga bidraget till de nationella kompetenscentrerna för sällsynta medicinska och odontologiska tillstånd som föreslagits i samma proposition och för vilket medel anvisats under anslaget A 1 Sjukvårdsförmåner m.m.

Socialstyrelsen har vidare genom riksdagens beslut med anledning av propositionen om nationell handlingsplan för äldreomsorgen givits ett ansvar för att till primärkommunerna fördela det treåriga stimulansbidraget för anhöriginsatser (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307).

Genom lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område har antalet yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som kan legitimeras utökats med fyra nya grupper. Detta innebär att Socialstyrelsen kan förväntas behöva handlägga ett stort antal tillkommande ansökningar om legitimation, vilket beräknas medföra ökade kostnader för myndigheten.

I propositionen om läkares vidareutbildning (prop. 1997/98:5, bet. 1997/87:SoU8, rskr. 1997/98:53) anförs att ett nationellt planerings-

stöd behöver inrättas för att göra det möjligt att skapa bättre överblick och verka för en mer långsiktig planering av läkarförsörjningen inom hälso- och sjukvården. I propositionen anförs att de vore ändamålsenligt att tilldela Socialstyrelsen ansvaret för det nationella planeringsstödet. Regeringen avser att i förordningen (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen införa en sådan bestämmelse. Regeringen anser att ett sådant nationellt planeringsstöd bör kunna börja införas fr.o.m. den 1 juli 1999.

Regeringen avser även att i instruktionen för Socialstyrelsen ålägga styrelsen att dels svara för tillsyn för frågor som gäller hälsoskydd i enlighet med bestämmelserna i den nya miljöbalken, dels tillhandahålla underlag för tillämpningen av miljöbalken och plan- och bygglagen (1987:10). Socialstyrelsen får också, i enlighet med förslagen i miljöpropositionen, dels ett ansvar för framtagandet av delmål och sektorsmål i miljöpolitiken, dels ett särskilt sektorsansvar för ekologiskt hållbar utveckling.

Regeringens förslag till anslag för Socialstyrelsen för år 1999 innebär att inga nya ekonomiska medel tillförs styrelsens ramanslag för de ovan nämnda tillkommande uppgifterna. Regeringen vill emellertid upplysa om att Socialstyrelsen, enligt vad som redovisas under anslaget A1 Sjukvårdsförmåner m.m., under år 1999 får disponera delar av de 5 miljoner kronor som anvisats till att utreda behovet och lokaliseringen av ett nationellt kompetenscenter för dentala material och som ej behövs för detta ändamål till andra insatser inom sitt ansvarsområde. Regeringen gör bedömningen att detta innebär att en större del av de 5 miljoner kronorna kan användas till annan verksamhet inom Socialstyrelsens ansvarsområde under år 1999.

Vid beräkning av anslaget för år 1999 har hänsyn tagits till att medel om sammanlagt 24 miljoner kronor per år fr.o.m. år 1999 föreslås

överförs från anslaget A 3 Bidrag till hälso- och sjukvård till Socialstyrelsens anslag. Dessa medel avser verksamhet som t.o.m. år 1998 ingått i överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. I överenskommelsen mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m. har parterna enats om att medel för kvalitetsregister (15 miljoner kronor per år), nationella riktlinjer (2 miljoner kronor per år), delfinansiering av verksamheten i MARS (4 miljoner kronor per år) samt för EPC:s register för öppen vård och skador (3 miljoner per år) fr.o.m. år 1999 skall lyftas ut ur överenskommelsen och tillföras Socialstyrelsens anslag.

Vid beräkning av anslaget har hänsyn även tagits till att Socialstyrelsen i enlighet med riksdagens godkännande av den nationella handlingsplanen för äldreomsorgen fr.o.m. år 1999 tillförs 5,8 miljoner kronor för att förstärka tillsynen över vården av äldre och funktionshindrade personer.

Anslagsberäkningen för år 1999 för Socialstyrelsen utgår vidare från att regeringen föreslår en besparing om 4 miljoner kronor. Dessa medel föreslås överföras till anslaget A 9 Smittskyddsinstitutet.

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. En korrigerig har gjorts av den justering som genomfördes av anslaget för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se volym 1, bilaga 1, avsnitt 4).

Beräkning av anslaget för år 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	369 636
Pris- och löneomräkning	12 128
Justering av premier	65
Bottenbudgetering lokalkostnader	-272
Förstärkt tillsyn inom äldre vården	5 800
Omfördelning inom Uo9	20 000
Förslag 1999	407 357

Regeringen föreslår att 407 357 000 kronor anvisas under anslaget C1 Socialstyrelsen för år 1999. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 414 438 000 kronor respektive 421 432 000 kronor. Skillnaderna i anslagsnivåer mellan år 1999 och år 2000 består dels av en minskning av anslaget år 2000 beroende på en tidigare beslutad teknisk justering om 527 000 kronor med anledning av ändrad bottenbudgetering av lokaler, dels av beräknad uppräknig av anslaget med anledning av pris- och löneförändringar.

7 Forskning

Verksamhetsområdet omfattar väsentliga delar av det forsknings- och utvecklingsarbete som ges stöd eller genomförs inom Socialdepartementets ansvarsområde.

Till verksamhetsområdet hör en myndighet; Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR). Forskning ges även stöd från eller genomförs vid flera andra myndigheter som redovisas på annat håll i utgiftsområde 9.

Kunskapsbehovet är stort och kontinuerligt inom hela det socialvetenskapliga, socialpolitiska och folkhälsopolitiska området och kan till stor del endast tillgodoses genom satsning på forskning och utvecklingsarbete. Inom Socialdepartementets ansvarsområde har därvid SFR en mycket viktig roll, såväl som finansiär gentemot forskningsvärlden som idégivare, inspiratör och samarbetspartner för övriga myndigheter under Socialdepartementet.

Omkring hälften av de drygt ca 200 miljoner kronor som inom Socialdepartementets område årligen avsätts till forskning slussas genom SFR. Andra myndigheter som ger stöd till eller utför forsknings- och utvecklingsarbete inom ramen för sina ramanslag är bl.a. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet (FHI), Statens institutionsstyrelse, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Statens institut för psykosocial miljömedicin och Smittskyddsinstitutet. Socialstyrelsens databas utgör en viktig grund för delar av forskningen inom bl.a. folkhälsoområdet. Från och med 1999 ges Riksförsäkringsverket möjlighet att stödja forskning inom socialförsäkringsområdet. Riksförsäkringsverkets databaser kommer i takt med att de moderniseras att bli en allt viktigare grund för stora delar av socialförsäkringsforskningen.

De planerade insatser och prioriteringar inom Socialdepartementets verksamhetsområde, som redovisades i regeringens proposition Forskning och samhälle (prop. 1996/97:5), har i huvudsak fullföljts.

Flera myndigheter har bidragit till forskning kring folkhälsa, som resursmässigt är det största forskningsområdet. SFR har i samarbete med andra myndigheter och intressenter utarbetat ett nationellt forskningsprogram om ojämlikhet i hälsa. Utifrån konstaterandet att det föreligger stora, men otillräckligt kända, skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället föreslås ökade satsningar inom området. Flera universitet och högskolor inrättar nu forskningstjänster inom området och kommer att medverka till att genomföra programmet. Även resultat från andra myndigheter, bl.a. Statens institut för psykosocial miljömedicin, har inneburit väsentligt ökade kunskaper på området. Även inom EU med flera länder har folkhälsofrågor hög prioritet.

Den kraftsamling som eftersträfvats inom alkoholforskningsområdet har genom insatser från SFR och FHI lett till att Centrum för alkohol- och drogforskning inrättats vid Stockholms universitet och en professur inom området har utlysts och är under tillsättning och ytterligare en professur kommer att inrättas. En utvärdering har skett av arbetsplatsanknutet alkohol- och drogförebyggande arbete och redovisats i en rapport från FHI. En samrådsgrupp som leds av SFR arbetar vidare för att ytterligare förstärka forskningen inom området.

SFR och RFV har analyserat behovet av forskning rörande de sociala trygghetssystemen och i rapporten Forskning och forskningsbehov inom socialförsäkringsområdet konstaterat att

det finns ett betydande behov av förstärkning av forskningssatsningarna t.ex rörande förvaltningen av socialförsäkringssystemen, incitament och beteendeförändringar, allmänhetens inställning, etc. Regeringen föreslår mot bakgrund av denna utredning att RFV (se RFV under utgiftsområde 10) skall ges möjlighet att inom sin anslagsram göra vissa satsningar på forskning som komplement till det forskningsstöd som utges av SFR.

Bland andra Socialstyrelsen har gjort insatser för att bidra till utveckling av arbetsmetodiken inom socialtjänstområdet.

Äldreforskningen var redan tidigare prioriterad. Genom riksdagens beslut om det nationella handlingsprogrammet om äldrepolitiken tillförs nu forskningsområdet totalt 60 miljoner kronor under åren 1999–2001 genom en successiv höjning av SFR:s anslagsnivå.

Forskningsområdet barn och familj har vuxit kraftigt de senaste åren medan stöd till handikappområdet varit av stabil omfattning. Dessa områden måste dock även fortsättningsvis ha hög prioritet.

Sammanfattningsvis konstaterar regeringen att de insatser som genomförts redan har lett till ökad kunskap eller är nödvändiga led i arbetet med att säkra kunskapsstillväxten på sikt. Regeringen bedömer därför att målet, att öka kunskapen om tillstånd, processer och effekter rörande hälsa och social välfärd, nåtts.

Socialvetenskapliga forskningsrådet

SFR ska främja och stödja betydelsefull grundforskning och tillämpad forskning inom socialvetenskap, socialpolitik och folkhälsopolitik samt sprida information om kunskapsläget och aktuell forskning. Genom sin verksamhet ska SFR bidra till målet att öka kunskapen om tillstånd, processer och effekter rörande hälsa och social välfärd.

SFR har ett väl utvecklat samarbete med forskningsråd under Utbildningsdepartementet, vissa andra forskningsfinansiärer och med myndigheter under Socialdepartementet.

7.1 Omfattning

SFR disponerar två ramanslag, ett för forskning respektive ett för administration. Totalt uppgår anslagen 1998 till 102 miljoner kronor.

7.2 Utgiftsutveckling

Utgiftsutvecklingen

Miljoner kronor (löpande priser)

Utfall 1997	Anslag 1998 ¹	Utgifts- prognos 1998	Förslag anslag 1999	Beräknat anslag 2000	Beräknat anslag 2001
98	102	99	115	127	139

Höjningen av nivån 1999–2001 avser en successiv utökning av äldreforskningen till en nivåhöjning med 30 miljoner kronor jämfört med 1998 utifrån vad regeringen aviserade i propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop 1997/98:113). Detta inkluderar en höjning av ramanslaget för förvaltning med 1 miljon kronor jämfört med 1998.

Verksamhetsutfall och ekonomiskt utfall

Verksamheten har bedrivits med tillfredsställande måluppfyllelse. Verksamhetens inriktning är långsiktig och omprövas främst i samband med forskningspropositionerna då även SFR:s roll i hela det svenska forskningssystemet skärskådas.

Administrationsanslaget har utnyttjats fullt ut, kredit har tagits i anspråk och utrymme saknas i princip för utökade åtaganden. På forskningsanslaget finns ett anslagssparande som dock skall ses mot bakgrund av verksamhetens långsiktiga karaktär och framåtsyftande planering. Förse- ningar uppstår ibland i samband med tjänstetill- sättningar, start av nya program etc.

Förändringar

Några större förändringar har inte skett i rådets verksamhet. Under 1998 har rådet bl.a. utrett och lämnat förslag rörande satsningar på forsk-

ning kring det högt prioriterade området ojämlikhet i hälsa. Man har även i enlighet med intentionerna i Nationell handlingsplan för äldrepolitiken börjat förbereda hur regeringens ökade satsning på äldreforskning i den del SFR är berört ska kunna genomföras med början under 1999.

Prioriteringar

Den fortsatta prioriteringen inom SFR:s ansvarsområde kommer att påverkas av nästa forskningsproposition. Behovet av kunskap genom forskning kommer dock även fortsättningsvis att vara mycket stort och några drastiska omkastningar av den långsiktiga inriktningen är sannolikt inte att vänta. Några viktiga frågor under 1999 kommer att vara:

- ojämlikhet i hälsa. Mot bakgrund av det förslag till forskningsprogram som SFR presenterade våren 1998 anser regeringen att SFR bör eftersträva att inom sin ram förstärka sin satsning på området som komplement till övriga berörda och i programarbetet involverade aktörers insatser.
- den ökade satsningen på äldreforskning vilken även förutsätter att SFR svarar för en kanslifunktion för ett samverkansorgan mellan inblandade aktörer
- ytterligare insatser för att skapa fler möten mellan forskare, praktiker och myndigheter för information och diskussion kring forskningsresultat och forskningsbehov.
- fortsatta insatser för att forskningen inom området skall ge ökad kunskap om både mäns och kvinnors behov och förutsättningar.

7.3 Resultatbedömning

SFR:s verksamhet har i stort sett bedrivits i enlighet med målen. SFR:s organisation och verksamhet har en sådan utformning att rådets nuvarande inriktning, arbetssätt och prestationer

kan förväntas innebära att de generella målen för forskning uppnås även framdeles. Regeringen överväger att komplettera de generella forskningsmålen som hittills gällt för SFR med mål som är tydligare anpassade såväl efter ambitioner och behov inom Socialdepartementets område, som efter SFR:s verksamhet och resultat. Det är bland annat viktigt att SFR genomför ytterligare insatser för att genderperspektivet ska betonas bättre i forskningen och för att mötesplatser skapas där forskare och praktiker kan diskutera forskningsresultat och forskningsbehov.

Regeringen instämmer i SFR:s bedömning att fluktuationerna på anslaget måste ses i ljuset av verksamhetens planering av resursanvändningen som sträcker sig minst 3-6 år framåt och bedömer därför att det prognoserade anslagssparandet kommer att behövas för planerade satsningar.

Fler ansökningar har kommit in till rådet de senaste åren och fler har beviljats stöd. Projektstödet andel av ramanslaget för forskning har dock minskat, medan finansieringen av tjänster ökat. Detta speglar rådets satsning på yngre forskare, vilket svarar mot målen för verksamheten.

Insatser har gjorts för att genderperspektivet bättre ska betonas i den socialvetenskapliga forskningen. I förhållande till hur många ansökningar som män respektive kvinnor lämnar in, så beviljar SFR män och kvinnor stöd i lika utsträckning. Gendermålet bedöms därför uppfyllt.

I enlighet med målen har SFR:s informationsverksamhet och kontakterna med övriga myndigheter under Socialdepartementet utökats.

Vidare har rådet förberett hur en ökad satsning på äldreforskning ska kunna genomföras med början 1999. Rådet har också bidragit till att Centrum för alkohol- och drogforskning inrättats.

7.4 Revisionens iakttagelser

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

Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser**Tabell 7.1 Bemyndiganden om ekonomiska förpliktelser**

Tusental kronor

	1997 utfall	1998 beräknat	1999 prognos	2000 prognos	2001 prognos
Utestående förpliktelser vid årets början	148 100	182 200	150 000	267 300	277 300
Nya förpliktelser	118 000	90 000	190 000	120 000	110 000
Infriade förpliktelser*	83 900	122 200	72 700	110 000	100 000
Utestående förpliktelser vid årets slut	182 200	150 000	267 300	277 300	287 300
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam	220 000	230 000	330 000	340 000	350 000

7.5 Anslag**D1 Socialvetenskapliga
forskningsrådet: Forskning****Tabell 7.2 Anslagsutvecklingen**

Tusental kronor

1997	Utfall	89 798	Anslags- sparande	3 030
1998	Anslag	94 610	Utgifts- prognos	92 000
1999	Förslag	105 580		
2000	Beräknat	117 656 ¹		
2001	Beräknat	129 962 ²		

¹ Motsvarar 115 580 tkr i 1999 års prisnivå² Motsvarar 125 580 tkr i 1999 års prisnivå

Anslagssparandet på 3 miljoner kronor från 1997 uppstod på grund av förseningar i start av vissa projekt m.m.

Utgiftsprognosen för 1998 pekar på att anslagssparandet kommer att uppgå till cirka 5 miljoner kronor vilket beror på flera samverkande faktorer. Bland annat har starten av det nyinrättade Centrum för alkohol- och drog-forskning blivit försenad genom att professuren ännu inte är tillsatt. Vidare har under året ett antal större programstöd upphört och inte fullt ut hunnit ersättas av nya satsningar. SFR har för övrigt utvärderat programstöden och funnit att de varit en väl fungerande stödform för satsningar inom nya eller underförsörjda forskningsområden.

Regeringens överväganden

Vid anslagsberäkningen har en teknisk justering gjorts av anslaget. Justeringen har genomförts med anledning av att en korrigerings har gjorts av den justering som genomfördes av anslagen för år 1998 med anledning av att sättet att finansiera avtalsförsäkringar på det statliga området förändrades (se volym 1, bilaga 1, avsnitt 4)

I enlighet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) bör Socialvetenskapliga forskningsrådets ramanslag förstärkas med 10 000 000 kronor 1999, 20 000 000 kronor år 2000 och 30 000 000 kronor år 2001. Av dessa medel bör förvaltningsanslaget tillföras 1 000 000 kronor och resterande medel tillföras forskningsmedlen.

Beräkning av anslaget för 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	94 610
Pris- och löneomräkning	2 006
Justering av premier	-36
Förstärkning äldreforskning	9 000
Förslag 1999	105 580

Regeringen föreslår att 105 580 000 kronor anvisas under anslaget D1 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Forskning. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 117 656 000 kronor respektive 129 962 000 kronor.

D2 Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning

Tabell 7.3 Anslagsutvecklingen

Tusental kronor

1997	Utfall	7 861	Anslags- sparande	-97
1998	Anslag	7 569	Utgifts- prognos	7 300
1999	Förslag	8 968		
2000	Beräknat	9 129 ¹		
2001	Beräknat	9 272 ²		

^{1,2} Motsvarar 8 968 tkr i 1999 års prisnivå

Anslaget överskreds med 211 000 kronor under 1997, varav 114 000 kronor finansierades av anslagssparandet från 1996 och resten med anslagskrediten. Överskridandet berodde framför allt på tillfälligt ökade lönekostnader i samband med personbyte på en av tjänsterna. Därtill har lokal-kostnaderna ökat och rådet har också fått ökade kostnader till följd av prisökningar på resor och porto. Prognosen för 1998 pekar dock på att SFR kommer att klara administrationen med anslagna medel.

Regeringens överväganden

Utökningen av äldreforskningen och olika typer av informativa satsningar kräver ökade administrativa insatser av SFR. Regeringen bedömer att detta inte ryms inom rådets nuvarande ramanslag för förvaltning och bedömer att anslaget bör höjas med 1 000 000 kronor fr.o.m. 1999 vilket ryms inom ramen för tillskottet för äldreforskning.

Beräkning av anslaget för 1999

Tusental kronor

Anslag 1998	7 569
Pris- och löneomräkning	399
Förstärkning m.a.a äldreforskning	1 000
Förslag 1999	8 968

Regeringen föreslår att 8 968 000 kronor anvisas under anslaget Socialvetenskapliga forskningsrådet: Förvaltning. För åren 2000 och 2001 beräknas anslaget till 9 129 000 kronor respektive 9 272 000 kronor.

8 Övrig statlig verksamhet

8.1 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 medlens användningsområde. 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 åldrarna 12 – 25 år.

Regeringen har i skrivelse Redovisning för fördelningen av medel från Allmänna arvsfonden under budgetåret 1997 (1997/98:125) lämnat en fyllig redovisning av de medel som fördelats under berört budgetår och också lämnat förslag till kommande inriktning av stödet.

För budgetåret 1998 är det sammanlagda utdelningsbara beloppet ca 250 miljoner kronor.