

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statsbudget för 2006

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	13
2	Lagförslag.....	15
2.1	Förslag till lag om ändring i alkohollagen (1994:1738)	15
3	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	17
3.1	Omfattning.....	17
3.2	Utgiftsutveckling	17
3.3	Skatteutgifter.....	18
4	Politikområde Hälsa- och sjukvårdspolitik.....	19
4.1	Omfattning.....	19
4.2	Utgiftsutveckling	21
4.3	Skatteutgifter.....	21
4.4	Mål	21
4.5	Verksamhetsområde Hälsa- och sjukvård.....	22
4.5.1	Insatser	22
4.5.2	Resultatredovisning	33
4.6	Verksamhetsområde Tandvård.....	39
4.6.1	Insatser	39
4.6.2	Resultatredovisning	41
4.7	Revisionens iakttagelser.....	47
4.8	Politikens inriktning	47
4.9	Budgetförslag	52
4.9.1	13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	52
4.9.2	13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	54
4.9.3	13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	55
4.9.4	13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	56
4.9.5	13:5 Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	57
4.9.6	13:6 Socialstyrelsen	58
4.9.7	13:7 Läkemedelsförmånsnämnden.....	60
4.9.8	13:8 Sjukvård i internationella förhållanden.....	62
4.9.9	13:9 Bidrag till psykiatri och social psykiatri	63
4.10	Övrig verksamhet.....	64
4.10.1	Läkemedelsverket.....	64
4.10.2	Apoteket AB	66

5	Folkhälsa.....	69
5.1	Omfattning	69
5.2	Utgiftsutveckling.....	70
5.3	Mål.....	71
5.4	Insatser	71
5.4.1	Insatser inom politikområdet	71
5.4.1.1	Alkohol.....	71
5.4.1.2	Narkotika	72
5.4.1.3	Tobak.....	73
5.4.1.4	Smittskydd	73
5.4.1.5	Spel	75
5.4.2	Insatser utanför politikområdet.....	75
5.5	Resultatbedömning.....	76
5.5.1	Alkohol.....	78
5.5.1.1	Mål.....	78
5.5.1.2	Resultat.....	78
5.5.1.3	Analys och slutsatser.....	80
5.5.2	Narkotika	81
5.5.2.1	Mål.....	81
5.5.2.2	Resultat.....	81
5.5.2.3	Analys och slutsatser.....	82
5.5.3	Tobak.....	82
5.5.3.1	Mål.....	82
5.5.3.2	Resultat.....	82
5.5.3.3	Analys och slutsatser.....	83
5.5.4	Smittskydd	84
5.5.4.1	Mål.....	84
5.5.4.2	Resultat – Smittskydd	84
5.5.4.3	Analys och slutsatser.....	86
5.5.5	Spel	87
5.5.5.1	Mål.....	87
5.5.5.2	Resultat.....	87
5.5.5.3	Analys och slutsatser.....	87
5.6	Revisionens iakttagelser	88
5.7	Politikens inriktning.....	88
5.8	Förslag till lag om ändring i alkohollagen (1994:1738).....	90
5.9	Budgetförslag.....	91
5.9.1	14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	91
5.9.2	14:2 Bidrag till WHO	93
5.9.3	14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.....	94
5.9.4	14:4 Statens folkhälsoinstitut.....	95
5.9.5	14:5 Smittskyddsinstitutet	97
5.9.6	14:6 Institutet för psykosocial medicin.....	99
5.9.7	14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	100
5.9.8	14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	102
5.9.9	14:9 Alkohol- och läkemedels-sortimentsnämnden	103
5.10	Övrig verksamhet	104
5.10.1	Systembolaget AB	104
6	Politikområde Barnpolitik	105
6.1	Omfattning	105

6.2	Utgiftsutveckling	105
6.3	Mål	106
6.4	Insatser	106
6.4.1	Insatser inom politikområdet.....	106
6.4.2	Insatser utanför politikområdet	107
6.5	Resultatredovisning	108
6.5.1	Mål	108
6.5.2	Resultat	108
6.5.3	Analys och slutsatser	111
6.6	Revisionens iakttagelser.....	111
6.7	Politikens inriktning	112
6.8	Budgetförslag	113
6.8.1	15:1 Barnombudsmannen	113
6.8.2	15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	114
6.8.3	15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	115
7	Politikområde Handikappolitik.....	117
7.1	Omfattning.....	117
7.2	Utgiftsutveckling	117
7.3	Mål	118
7.4	Insatser	118
7.4.1	Insatser inom politikområdet.....	118
7.4.2	Insatser utanför politikområdet	123
7.5	Resultatredovisning	124
7.5.1	Mål	124
7.5.2	Resultat	124
7.5.3	Analys och slutsatser	131
7.6	Revisionens iakttagelser.....	131
7.7	Politikens inriktning	132
7.8	Budgetförslag	134
7.8.1	16:1 Personligt ombud.....	134
7.8.2	16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	135
7.8.3	16:3 Statsbidraget till särskilt utbildningsstöd	136
7.8.4	16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	137
7.8.5	16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	138
7.8.6	16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	139
7.8.7	16:7 Bilstöd till handikappade	141
7.8.8	16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	141
7.8.9	16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning	143
7.8.10	16:10 Handikappombudsmannen	144
8	Politikområde Äldrepolitik.....	145
8.1	Omfattning.....	145
8.2	Utgiftsutveckling	145
8.3	Mål	146
8.4	Insatser	146
8.4.1	Insatser inom politikområdet.....	146
8.4.2	Insatser utanför politikområdet	147
8.5	Resultatredovisning	148
8.5.1	Mål	148

8.5.2	Resultat.....	148
8.5.3	Analys och slutsatser.....	152
8.6	Politikens inriktning.....	153
8.7	Budgetförslag.....	155
8.7.1	17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	155
9	Politikområde Socialtjänstpolitik.....	157
9.1	Omfattning.....	157
9.2	Utgiftsutveckling.....	157
9.3	Mål.....	158
9.3.1	Mål och villkor.....	158
9.4	Insatser.....	158
9.4.1	Insatser inom politikområdet.....	158
9.4.2	Insatser utanför politikområdet.....	163
9.5	Resultatredovisning.....	164
9.5.1	Mål.....	164
9.5.2	Resultat.....	164
9.5.3	Analys och slutsatser.....	169
9.6	Politikens inriktning.....	171
9.7	Revisionens iakttagelser.....	173
9.8	Budgetförslag.....	173
9.8.1	18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	173
9.8.2	18:2 Statens institutionsstyrelse.....	174
9.8.3	18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	176
10	Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.....	177
10.1	Budgetförslag.....	177
10.1.1	26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	177
10.1.2	26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	178

Tabellförteckning

Anslagsbelopp	14
3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet.....	17
3.2 Härledning av ramnivån 2006–2008. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	18
3.3 Ramnivå 2006 realekonomiskt fördelade. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	18
3.4 Skatteutgifter	18
4.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader, inkl moms. Andel av BNP, exklusive respektive inklusive kommunernas äldresjukvård	19
4.2 Detaljredovisning av Hälso- och sjukvårdens kostnader, 2003	20
4.3 Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	21
4.4 Skatteutgifter inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik, netto.....	21
4.5 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2000–2004 (inkl moms)	37
4.6 Procentuell andel kariesfria approximant av undersökta 19-åringar	42
4.7 Tandvårdens totala kostnader, 1999–2003	46
4.8 Anslagsutveckling 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.....	52
4.9 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.....	54
4.10 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	54
4.11 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	55
4.12 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	55
4.13 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	56
4.14 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	56
4.15 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	57
4.16 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	57
4.17 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	58
4.18 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen	58
4.19 Offentlighetsrättslig verksamhet	59
4.20 Uppdragsverksamhet	59
4.21 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:6 Socialstyrelsen.....	60
4.22 Anslagsutveckling 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden.....	60
4.23 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	62
4.24 Anslagsutveckling 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden.....	62
4.25 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	63
4.26 Anslagsutveckling 13:9 Bidrag till psykiatri och social psykiatri	63

4.27	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:9 Bidrag till psykiatri och social psykiatri	64
4.28	Offentligrättslig verksamhet	65
4.29	Ekonomisk översikt för Apoteket AB	67
5.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet	70
5.2	Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	91
5.3	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	92
5.4	Anslagsutveckling 14.2 Bidrag till WHO	93
5.5	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14.2 Bidrag till WHO	93
5.6	Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	94
5.7	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	94
5.8	Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut	95
5.9	Offentligrättslig verksamhet	95
5.10	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden	95
5.11	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:4 Statens folkhälsoinstitut	96
5.12	Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet	97
5.13	Uppdragsverksamhet	97
5.14	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:5 Smittskyddsinstitutet	99
5.15	Anslagsutveckling 14:6 Institutet för psykosocial medicin	99
5.16	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:6 Institutet för psykosocial medicin	100
5.17	Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	100
5.18	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	101
5.19	Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	102
5.20	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	103
5.21	Anslagsutveckling 14:9 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden	103
5.22	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:9 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden	104
5.23	Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren	104
6.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet	105
6.2	Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen	113
6.3	Uppdragsverksamhet	114
6.4	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 15:1 Barnombudsmannen	114
6.5	Anslagsutveckling 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	114
6.6	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	115
6.7	Anslagsutveckling 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	115
6.8	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	116
7.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet	118
7.2	Kostnader för kommunala insatser, antal med LSS-insatser och antal kommunala LSS-insatser	125
7.3	Antal kommunala LSS-insatser fördelade per insats	125

7.4	Kostnader för assistansersättning, antal beviljade personer och antal timmar per vecka	126
7.5	Kostnader för särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer samt antal personer som deltar inom respektive utbildningsform.....	127
7.6	Antal kvinnor och män med bilstöd samt fördelning av stödet på barnfamiljer, förvärvsarbete och andra vuxna 18-49 år ¹	129
7.7	Antal verksamheter och kommuner med personligt ombud, antal personliga ombud och personer som har eller har haft ombud samt kostnader för personliga ombud	129
7.8	Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud.....	134
7.9	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:1 Personligt ombud.....	134
7.10	Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	135
7.11	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	135
7.12	Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	136
7.13	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	136
7.14	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd.....	137
7.15	Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	137
7.16	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	138
7.17	Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	138
7.18	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	139
7.19	Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	139
7.20	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	140
7.21	Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till handikappade	141
7.22	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:7 Bilstöd till handikappade ...	141
7.23	Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning.....	141
7.24	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	142
7.25	Anslagsutveckling 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning	143
7.26	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning	143
7.27	Anslagsutveckling 16:10 Handikappombudsmannen	144
7.28	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:10 Handikappombudsmannen.....	144
8.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	145
8.2	Antal och andel äldre med insatser.....	149
8.3	Länsstyrelsernas verksamhetstillsyn fördelade på antal avslutande och pågående ärenden	150
8.4	Antal tillsynsbesök under året inom verksamhetstillsyn fördelade efter typ av besök	150
8.5	Anslagsutveckling 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken...	155
8.6	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	155
8.7	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	156
9.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	157

9.2	Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	173
9.3	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	174
9.4	Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse	174
9.5	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden	175
9.6	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 18:2 Statens institutionsstyrelse.....	175
9.7	Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	176
9.8	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 18:3 Utvecklingsmedel för åtgärder för hemlösa	176
10.1	Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	177
10.2	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	178
10.3	Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	178
10.4	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden	178
10.5	Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	179

Diagramförteckning

4.1	Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2003, procentuellt fördelade på verksamhetsområden.....	20
4.2	Landstingens inkomster 2003, procentuellt fördelade efter inkomstslag.....	20
4.3	Utveckling av kostnaderna (exklusive moms) för läkemedelsförmånerna 1991–2004	36
4.4	Procentuell andel kariesfria.....	41
5.1	Medellivslängd mellan åren 1982 och 2004.....	76
5.2	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige 2000–2004, per invånare 15 år och äldre	78
5.3	Alkoholkonsumtionen i Sverige 1995, 1996, 1998 & 2000–2004: totalt och per alkoholdryck, registrerad plus skattningar av oregistrerad alkoholkonsumtion	79
5.4	Antal alkoholrelaterade dödsfall i Sverige 1993–2002.....	79
5.5	Andel elever i årskurs 9 samt andel mönstrande som uppgett att de någon gång använt narkotika 1997–2004 & 2005.....	81
5.6	Andelen dagligrökare fördelat på kön och ålder 1990–2003.....	83
5.7	Antal anmälda hivfall 1997–2004.....	84
5.8	Antal anmälda klamydiafall 1997–2004.....	85
5.9	Antal anmälda MRSA-fall 2000–2004	85
7.1	Utveckling av bilstödet	128
9.1	Ekonomiskt bistånd	165

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar regeringens förslag till lag om ändring i alkohollagen (1994:1738) (avsnitt 2.1 och 5.8),
2. bemyndigar regeringen att under 2006 för ramanslaget 14:4 *Statens folkhälsoinstitut* ingå ekonomiska förpliktelser avseende beställarstyrda forskningsprojekt som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 21 000 000 kronor efter 2006 (avsnitt 5.9.4),
3. bemyndigar regeringen att under 2006 för ramanslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 82 000 000 kronor under 2007 (avsnitt 7.8.3),
4. bemyndigar regeringen att under 2006 för ramanslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 30 000 000 kronor efter 2006 (avsnitt 8.7.1),
5. bemyndigar regeringen att under 2006 för ramanslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 5 000 000 kronor efter 2006 (avsnitt 9.8.2),
6. bemyndigar regeringen att under 2006 för ramanslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 640 000 000 kronor efter 2006 (avsnitt 10.1.2),
7. för 2006 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp*Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	
13:1 Tandvårdsförmåner	ramanslag	3 026 000
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	ramanslag	20 550 000
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	ramanslag	259 003
13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	ramanslag	40 354
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	ramanslag	28 845
13:6 Socialstyrelsen	ramanslag	523 562
13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	ramanslag	58 196
13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	ramanslag	333 059
13:9 Bidrag till psykiatri och social psykiatri	ramanslag	198 800
14:1 Insatser mot aids	ramanslag	153 737
14:2 Bidrag till WHO	ramanslag	34 165
14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	ramanslag	18 125
14:4 Statens folkhälsoinstitut	ramanslag	130 895
14:5 Smittskyddsinstitutet	ramanslag	183 568
14:6 Institutet för psykosocial medicin	ramanslag	15 335
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	ramanslag	112 985
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	ramanslag	249 155
14:9 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden	ramanslag	210
15:1 Barnombudsmannen	ramanslag	16 962
15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	ramanslag	11 392
15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	ramanslag	9 461
16:1 Personligt ombud	ramanslag	89 460
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	ramanslag	273 350
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	ramanslag	175 625
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	ramanslag	77 900
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	ramanslag	163 660
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	ramanslag	23 078
16:7 Bilstöd till handikappade	ramanslag	256 000
16:8 Kostnader för statligt assistansersättning	ramanslag	12 947 000
16:9 Handikappombudsmannen	ramanslag	18 949
16:10 Myndigheten för handikappolitisk samordning	ramanslag	11 892
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	ramanslag	155 137
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	ramanslag	365 076
18:2 Statens institutionsstyrelse	ramanslag	774 805
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	ramanslag	9 940
26:1 Forskningsrådet för arbetslivet och socialvetenskap: Förvaltning	ramanslag	23 496
26:2 Forskningsrådet för arbetslivet och socialvetenskap: Forskning	ramanslag	295 396
Summa		41 614 573

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i alkohollagen (1994:1738)

Härigenom föreskrivs att punkten 2 i ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna till lagen (2003:166) om ändring i alkohollagen (1994:1738) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2. Partihandelstillstånd, som före ikraftträdandet har meddelats annan än den som avses i 4 kap. 1 § första stycket i dess nya lydelse, skall efter ikraftträdandet fortfarande gälla, dock längst till utgången av år 2005. Härvid gäller 7 kap. 1 § tredje stycket och 4 § samt 8 kap. 1 § i paragrafens lydelse före ikraftträdandet. Tullverket får ha direktåtkomst till uppgifter om sådana tillstånd i Statens folkhälsoinstituts register.

2. Partihandelstillstånd, som före ikraftträdandet har meddelats annan än den som avses i 4 kap. 1 § första stycket i dess nya lydelse, skall efter ikraftträdandet fortfarande gälla, dock längst till utgången av år 2007. Härvid gäller 7 kap. 1 § tredje stycket samt 8 kap. 1 § i paragrafens lydelse före ikraftträdandet. Tullverket får ha direktåtkomst till uppgifter om sådana tillstånd i Statens folkhälsoinstituts register.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2006.

3 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

3.1 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar politikområdena Hälsa- och sjukvårdspolitik, Folkhälsopolitik, Barnpolitik, Handikappolitik, Äldrepolitik och Socialtjänstpolitik. Utgiftsområdet omfattar även anslagen Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning, vilka ingår i politikområdet Forskningspolitik inom utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

3.2 Utgiftsutveckling

Tabell 3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2004	Budget 2005 ¹	Prognos 2005	Förslag 2006	Beräknat 2007	Beräknat 2008
Hälsa- och sjukvårdspolitik	23 792	25 031	24 433	25 018	25 665	25 718
Folkhälsa	794	788	823	898	879	701
Barnpolitik	25	35	34	38	36	37
Handikappolitik	11 021	12 733	12 620	14 037	15 630	17 228
Äldrepolitik	36	51	51	155	155	126
Socialtjänstpolitik	821	982	956	1 150	1 303	944
Forskningspolitik	320	314	310	319	340	368
Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	36 809	39 934	39 227	41 615	44 009	45 122

¹ 1 Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006..

**Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2006–2008.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	39 818	39 818	39 818
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning	38	74	109
Beslut	728	1 475	931
Övriga makroekonomiska förutsättningar	447	1 027	1 644
Volymer	485	1 518	2 522
Överföring till/från andra utgiftsområden	97	97	98
Övrigt	0	0	0
Ny ramnivå	41 615	44 009	45 122

¹ 1 Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

**Tabell 3.3 Ramnivå 2006 realekonomiskt fördelade.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2006
Transfereringar ¹	39 375
Verksamhetsutgifter ²	2 231
Investeringar ³	9
Summa ramnivå	41 615

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfallet 2004 samt kända förändringar av anslagens användning.

¹ Med transfereringar avses inkomstöverföringar, dvs. utbetalningar av bidrag från staten till exempelvis hushåll, företag eller kommuner utan att staten erhåller någon direkt motprestation.

² Med verksamhetsutgifter avses resurser som de statliga myndigheterna använder i verksamheten, t.ex. utgifter för löner, hyror och inköp av varor och tjänster med direkt motprestation.

³ Med investeringar avses utgifter för anskaffning av varaktiga tillgångar såsom byggnader, maskiner, immateriella tillgångar och finansiella tillgångar.

3.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom UO 9 redovisas i huvudsak på statsbudgetens utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finn det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteutgifter. Avvikelser från en likformig beskattning utgör en skatteförmån om t.ex. en grupp av skattskyldiga omfattas av en skattelättnad och som en skattesanktion om det rör sig om ett ”överuttag” av skatt.

Många av skatteutgifterna har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika politikområden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö-, eller arbetsmarknadspolitik. Dessa skatteutgifter påverkar statsbudgetens saldo och kan därför jämföras med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av skatteutgifterna finns i bilaga 2 till 2005 års ekonomiska vårproposition. I det följande redovisas nettoberäknade skatteutgifter med politikområdesanknytning som är att hänföra till UO 9.

Tabell 3.4 Skatteutgifter

Miljoner kronor

	Prognos 2005	Prognos 2006
Politikområde Hälso- och sjukvård	1 370	1 460
Totalt för utgiftsområde 9	1 370	1 460

De enskilda skatteutgifter inom politikområdet 13 Hälso- och sjukvårdspolitik redovisas närmare i kapitel 4, avsnitt 4.3, där även en förklaring av respektive skatteutgift ges.

4 Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik

4.1 Omfattning

Politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik omfattar myndigheter och statliga insatser riktade mot hälso- och sjukvården i syfte att främja och säkerställa en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.

Politikområdet innefattar tandvårdsstödet, läkemedelsförmånerna, sjukvård i internationella förhållanden, bidrag till hälso- och sjukvård samt bidrag till psykiatri och social psykiatri. Lands- ting och kommuner har huvudansvaret för planering, finansiering och drift av hälso- och sjukvården. Statsbidrag till kommunsektorn lämnas i huvudsak från utgiftsområde 25, Allmänna bidrag till kommuner. Vidare omfattar politikområdet myndigheterna Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Socialstyrelsen, Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) och Läkemedelsverket, samt det statligt ägda bolaget Apoteket AB.

Hälso- och sjukvårdens kostnader uppgick 2004 preliminärt till 213 miljarder kronor, inklusive moms. Detta motsvarar, i löpande priser, en ökning med 1,8 procent jämfört med 2003. I beloppet 213 miljarder kronor (motsvarande 8,4 procent av BNP) ingår inte kostnader för kommunernas hälso- och sjukvård för äldre. Kostnaderna för den verksamheten har beräknats till cirka 0,7 procent av BNP. Hälso- och sjukvårdens totala kostnader som andel av BNP uppgick under 2004 därmed preliminärt till cirka 9,1 procent.

Tabell 4.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader, inkl moms. Andel av BNP, exklusive respektive inklusive kommunernas äldresjukvård

Miljarder kronor

	2000	2001	2002	2003 ¹	2004 ¹
<i>Inklusive moms</i>					
Hälso- och sjukvårdskostnader	170,2	183,4	199,2	209,5	213,2
Andel av BNP, procent	7,8	8,1	8,5	8,6	8,4
Andel av BNP, procent inkl. kommunal äldre- sjukvård	8,5	8,8	9,2	9,3	9,1

¹ Preliminära uppgifter
Källa: Nationalräkenskaperna, SCB

Patienternas kostnader för hälso- och sjukvård i form av patientavgifter, läkemedel (egenavgifter avseende receptbelagda läkemedel samt hela kostnaden för receptfria, ej förskrivna läkemedel) m.m. uppgick under 2003 preliminärt till 31,0 miljarder kronor. Läkemedel kostade hushållen 8,5 miljarder kronor medan kostnaderna avseende tandvård samt patientavgifter avseende hälso- och sjukvård uppgick till 17,3 miljarder kronor. Patienternas andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna uppgick därmed till cirka 14,8 procent.

De offentliga konsumtionsutgifterna, dvs. kostnader för att bedriva den offentliga hälso- och sjukvården reducerat med intäkter från patientavgifter såväl som övriga intäkter, uppgick 2003 till 168,2 miljarder kronor. Av detta utgjorde kostnader för läkemedelsförmånerna och inkontinensartiklar 20,2 miljarder kronor. Ersättningar till privatpraktiserande läkare, tandläkare och andra privata vårdgivare uppgick till 26,3 miljarder kronor, en ökning med drygt 10 procent jämfört med 2002.

Privata och offentliga investeringar utgjorde 10,3 miljarder kronor.

Tabell 4.2 Detaljredovisning av Hälso- och sjukvårdens kostnader, 2003

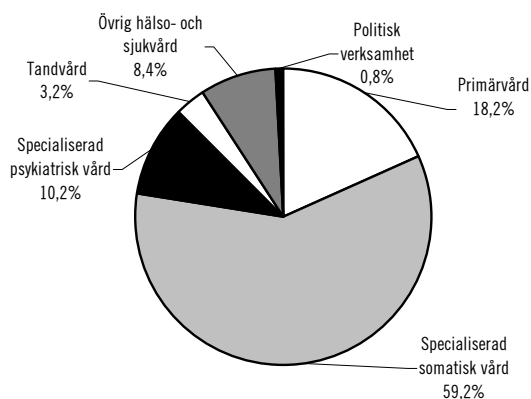
Miljarder kronor

		2003 ¹
Hushållens konsumtionsutgifter, hälso- och sjukvård		31,0
<i>Varav</i>		
Läkemedel	8,5	
Övriga sjukvårdsartiklar	0,2	
Glasögon m.m.	5,0	
Patientavgifter	17,3	
Offentliga konsumtionsutgifter, hälso- och sjukvård		168,2
<i>Varav</i>		
Läkemedelsförmånerna och in-kontinensartiklar	20,2	
Privatpraktiserande läkare och tandläkare	1,9	
Vårdavtal med privata vårdgivare	24,4	
Övrigt	121,7	
Investeringar		10,3
<i>Varav</i>		
Näringslivet	2,7	
Offentliga	7,5	
Summa kostnader		209,5

¹ Preliminära uppgifter

Källa: Nationalräkenskaperna, SCB

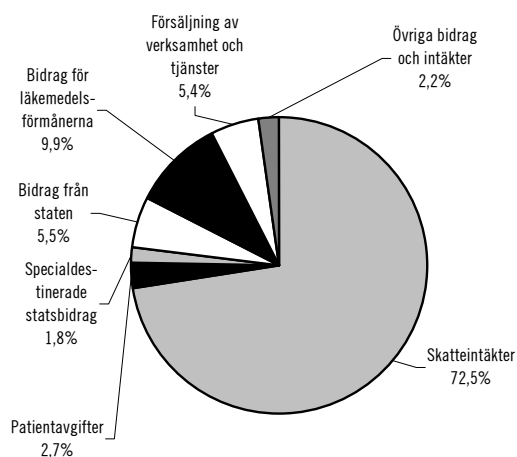
Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, uppgick under 2003 till 137,7 miljarder kronor exklusive moms. Kostnaderna fördelades på landstingens verksamhetsområden enligt diagram 4.1.

Diagram 4.1 Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2003, procentuellt fördelade på verksamhetsområden

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2003 (Landstingsförbundet)

Kostnaderna för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården utgjorde drygt 69 procent av huvudmännens totala nettokostnader, medan primärvårdens andel uppgick till 18 procent.

Av landstingens totala inkomster utgjorde landstingsskatten 73 procent 2003. Landstingens verksamhet finansieras således till stor del via skatteintäkter. Statens bidrag till landstingen utgörs av såväl generella som specialdestinerade statsbidrag. De sistnämnda bestod under 2003 inom hälso- och sjukvårdsområdet främst av bidrag för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården samt statsbidraget för läkemedelsförmånerna. Vidare erhåller landstingen inkomster från patientavgifter samt från försäljning av tjänster och viss verksamhet. Uppgifterna i diagram 4.2 avser landstingens totala verksamhet där hälso- och sjukvård inklusive tandvård utgör drygt 90 procent av landstingens nettokostnader.

Diagram 4.2 Landstingens inkomster 2003, procentuellt fördelade efter inkomstslag

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2003 (Landstingsförbundet)

4.2 Utgiftsutveckling

Tabell 4.3 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2004	Budget 2005 ¹	Prognos 2005	Förslag 2006	Beräknat 2007	Beräknat 2008
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	3 161,6	3 498,0	2 980,0	3 026,0	3 040,0	3 055,0
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	19 450,0	19 767,0	19 767,0	20 550,0	21 367,0	21 367,0
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	270,8	271,7	263,9	259,0	252,0	264,0
13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	41,0	40,7	40,1	40,4	41,1	42,0
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	27,3	26,4	26,9	28,8	29,3	29,8
13:6 Socialstyrelsen	509,1	492,1	485,5	523,6	530,7	538,6
13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	51,6	59,7	55,3	58,2	59,4	60,7
13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	280,0	350,2	327,0	333,1	345,7	360,6
13:9 Bidrag till psykiatri och social psykiatri		500,0	428,8	198,8	0,0	0,0
2005 09 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.		25,0	58,1	–	–	–
2001 09 13:6 Ersättning till steriliserade i vissa fall	0,9	–	0,9	–	–	–
Totalt för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik	23 792,3	25 030,8	24 433,4	25 017,8	25 665,1	25 717,7

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

4.3 Skatteutgifter

I kapitel 3, avsnitt 3.3, redogjordes för vad en skatteutgift är och varför den redovisas. I detta avsnitt redovisas de enskilda skatteutgifterna inom utgiftsområdet som hör till politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik.

Tabell 4.4 Skatteutgifter inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik, netto¹

Miljoner kronor

	Prognos 2005	Prognos 2006
Läkemedel	1 370	1 460
Förmån av privat hälso- och sjukvård	–	–
Totalt för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik	1 370	1 460

¹ Ett "–" innebär att skatteutgiften inte kan beräknas.

Läkemedel

För läkemedel som utlämnas enligt recept eller säljs till sjukhus gäller kvalificerat undantag från mervärdesskatt. (Vid försäljning av icke receptbelagda läkemedel utgår dock mervärdesskatt.)

Förmån av privat hälso- och sjukvård

Om arbetsgivaren bekostar offentligt finansierad hälso- och sjukvård i Sverige är detta en skattepliktig förmån. Om arbetsgivaren däremot bekostar privat hälso- och sjukvård för en anställd är detta en skattefri förmån. Detsamma gäller för hälso- och sjukvård utomlands. Arbetsgivaren har däremot ingen avdragsrätt för kostnaden. Det finns inget som hindrar att arbetsgivaren efter överenskommelse gör ett bruttolöneavdrag för den anställde för att kompensera sig för kostnaden. Skatteutgiften avser skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt.

4.4 Mål

Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

4.5 Verksamhetsområde Hälso- och sjukvård

4.5.1 Insatser

Insatser inom politikområdet

Kvalitetsutveckling

En viktig förutsättning vid diskussioner om kvalitet och kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården är att definiera vilka perspektiv man lägger in i begreppet ”kvalitet”. I en komplex verksamhet som hälso- och sjukvården kan kvalitet betraktas ur en mängd olika aspekter, som exempelvis medicinsk/teknisk kvalitet, patientupplevd kvalitet och kvalitet ur ett tidsperspektiv, dvs. huruvida vården utförs i ”rätt tid”. Kostnaden för den utförda vården kan också utgöra en del av den totala kvaliteten. I dag saknas emellertid fastställda definitioner som på ett heltäckande sätt sammanfattar alla dessa aspekter av kvalitetsbegreppet.

Kvaliteten i hälso- och sjukvården kan i framtiden komma att bli en av de främsta styrfaktorerna. De kliniker och sjukhus som på ett kostnadseffektivt sätt uppvisar de bästa resultaten för sina patienter kommer att bli förebilder för andra. För att möjliggöra detta är det dock oerhört viktigt att det är möjligt att mäta och jämföra resultat. I stället för att mäta exempelvis antalet vårdplatser och besök bör fokus i uppföljningen ligga på resultatet för patienten samt med vilken resursförbrukning resultatet har åstadkommit. För att också patienten skall uppleva mötet med vården som positivt krävs det att omvårdnadsaspekten i vården lyfts fram ytterligare. En annan förutsättning för att kunna bedöma kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården är att ha tillgång till gemensamma och väl definierade kvalitetsindikatorer.

Inom det så kallade InfoVU-projektet har Socialstyrelsen i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet sedan 2001 bedrivit ett arbete med syfte att utveckla verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har i regleringsbrevet för 2005 fått uppdraget att i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet driva och samordna implementeringsarbetet. Uppdraget skall redovisas senast den 30 juni 2006. Vidare har Socialstyrelsen fått i uppdrag att i samråd med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet

utarbета nationella kvalitetsindikatorer som skall kunna spegla olika aspekter av kvalitet inom hälso- och sjukvården samt att normera användningen av nationella termer och begrepp i syfte att skapa en tydlig information som stöder kommunikation och samverkan mellan huvudmän.

Utöver det nationella arbete som Socialstyrelsen bedriver på området, deltar Sverige aktivt i flera internationella projekt för utvecklande av kvalitetsindikatorer på hälso- och sjukvårdsområdet. Utarbetningen av kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården är t.ex. ett av det mest prioriterade områdena inom arbetet i OECD:s Health Project. Det arbete som de nordiska länderna har åstadkommit inom ramen för Nordiska Ministerrådet har, bl.a. tack vare aktivt svenskt expertdeltagande, rönt stort internationellt intresse. Genom att utveckla kvalitetsindikatorer på internationell nivå förbättras möjligheterna att göra jämförelser länder emellan, även om det huvudsakliga syftet med indikatorerna är att stärka det nationella arbetet med att utvärdera och förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Prioriteringar

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården berör sjuka, skadade och hjälpsökande människor och har därmed en stark etisk innebörd. De väcker frågor om allas lika människovärde, om solidaritet med den som är i ett utsatt läge och om respekt för individen.

Inom hälso- och sjukvården har det alltid varit nödvändigt att ställa olika behov och krav mot varandra. Det sker dels ett professionellt val mellan medicinska åtgärder, där främst hänsynen till patientens behov och inte primärt kostnaden är vägledande, dels en prioritering beroende på att resurserna är begränsade.

Prioriteringar av enskilda patienter skall aldrig ske efter i förväg fastställda mallar eller kriterier. Däremot kan behandlingsrekommendationer, utarbetade av den medicinska professionen, vara en god vägledning för läkarens bedömningar i mötet med den enskilda patienten. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall därför ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd och få upplysningar om de behandlingsmetoder som står till buds.

Arbetet med prioriteringar i vården har sin grund i ett riksdagsbeslut från 1997 där riktlinjer för prioriteringar läggs fast. I samband med riksdagsbeslutet infördes två ändringar i hälso- och

sjukvårdslagen (1982:763), vilka innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ha företräde till vården samt att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården snarast skall ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Vidare tillsattes Prioriteringsdelegationen och Socialstyrelsen fick i uppdrag att utveckla riksdagens prioriteringsriktlinjer.

Det har gått fyra år sedan Prioriteringsdelegationen presenterade sitt betänkande och huvudmännen har fortsatt att arbeta med att tolka och konkretisera riksdagens beslut. Socialstyrelsen har bedrivit arbete med att ta fram riktlinjer för prioriteringar inom ramen för de nationella riktlinjerna för olika sjukdomsgrupper.

Regeringen har tillsammans med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet under perioden 2000–2005 finansierat uppbyggnaden av ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg, Prioriteringscentrum i Linköping.

Riksdagens socialutskott har uttalat sig om behovet av bättre uppföljning och redovisning av prioriteringsarbetet. Utskottet anser att det finns behov av en bättre uppföljning av riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården samt att det finns behov av att utveckla återrapporteringen av resultatet av verksamheten till riksdagen. Vidare anser utskottet att ett genusperspektiv bör anläggas på arbetet med att förbättra styrning, uppföljning och återrapportering av riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av detta kommer regeringen under 2005 att ta initiativ till åtgärder i frågan i form av ett uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp prioriteringsarbetet.

Hälso- och sjukvårdens prestationer

Hälso- och sjukvårdens produktivitet och prestationer mäts traditionellt i termer av antal läkarbesök, vårdtillfällen, vård dagar etc. Huruvida dessa prestationsmått på ett rättvisande sätt speglar hälso- och sjukvårdens egentliga prestationsutveckling ifrågasätts emellertid alltmer, eftersom viktiga värden som patientnytta, omvårdnad, tillgänglighet, medicinska resultat osv. inte beaktas. Strukturella systemförändringar såsom överföringar från slutna till öppna vårdformer (dagkirurgi) återges, med de traditionella mätmetoderna, som produktivetsförsämringar vilket innebär att det positiva värdet av denna utveckling inte uppskattas.

Det är inte i första hand genom att räkna antal läkarbesök och/eller vård dagar som hälso- och sjukvårdens prestationer skall bedömas. För att värdera hälso- och sjukvårdssystemets samlade prestationer behöver man kunna beskriva vad hälso- och sjukvården i själva verket presterar och för vilka. Med hjälp av förebyggande arbete, medicinteknisk utveckling, effektiva vårdkedjor och kompetenshöjande insatser kan det mycket väl vara så att ett mindre antal läkarbesök, färre vård dagar och vårdtillfällen kan åstadkomma det som är sjukvårdens egentliga och primära uppgifter, dvs. att rädda liv samt att generera mer och bättre hälsa.

Syftet med InfoVU-projektet är att redovisningen av hälso- och sjukvårdens prestationer skall förskjutas från ett producent- till ett patient-/klientorienterat perspektiv. En mål- och resultatnriktad redovisning speglar på ett mer rättvisande sätt vårdens och omsorgens prestationer. De många delar som utgör det samlade resultatet/prestationerna av en sjukvårdande behandling, dvs. medicinsk kvalitet, patient-/klientupplevd kvalitet och kostnad, finns i dag inte samlade inom ramen för ett enhetligt system. InfoVU har börjat utveckla kunskaper och metoder för att kunna genomföra en individbaserad verksamhetsuppföljning och på ett tillförlitligt sätt kunna mäta, jämföra och öppet redovisa resultat, kvalitet och kostnader i vård och omsorg. För att dessa metoder skall kunna tillämpas fullt ut krävs enligt projektet såväl ett fortsatt utvecklingsarbete som förändringar av bl.a. de juridiska regelverken för att behandla, dela och överföra information mellan olika vårdgivare.

Medicinsk utvärdering

Under verksamhetsåret 2004 har Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) publicerat fyra stora utvärderingar som alla berör angelägna problemområden. De är: Behandling av depressionssjukdomar, Måttligt förhöjt blodtryck, Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling samt Förebyggande åtgärder mot fetma. SBU bedriver ett särskilt program (Alert) för tidig utvärdering av nya metoder som är på väg in i vården. Under 2004 har fem nya och fyra uppdaterade Alertrapporter publicerats. Alertrapporten om allmän hörselscreening har enligt SBU haft stort genomslag och Alertrapporten om läkemedelsavgivande stentar skapar möjligheter att på ett mer ordnat sätt än tidigare införa

en ny metod för ingrepp via kateter i hjärtats kransartärer.

Jämställd vård

För att kunna uppfylla de lagstadgade kraven på att hälso- och sjukvård skall ges på lika villkor och efter behov krävs ett aktivt jämställdhetsarbete på såväl central som lokal nivå.

Målsättningen är att kvinnor och män skall ha samma möjlighet till inflytande över den vård de erhåller genom att vara jämnt representerade i både beslutsfattande och verkställande positioner.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att analysera och redovisa könsskillnader inom hälso- och sjukvården. Uppdraget slutredovisades i mars 2004 genom att rapporten *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården* överlämnades till regeringen. Som en följd av rapporten avser Socialstyrelsen att tydligare integrera könsspecifika aspekter vid utveckling av riktlinjer och föreskrifter till hälso- och sjukvården, samt vid utvärderingar och analyser av vårdens resultat och kvalitet.

För regeringens interna arbete utgör Socialstyrelsens rapport nu en central del i arbetet med att integrera jämställdhetsperspektivet inom hälso- och sjukvårdens verksamhetsområde. Ett konkret exempel på detta är att regeringen i regleringsbrevet för 2005 har gett Läkemedelsverket i uppdrag att undersöka behovet av att förbättra informationsinsatserna om eventuella könsrelaterade skillnader i läkemedlens verkningsgrad eller bieffekter. I dag redovisas inte alltid i den vetenskapliga sammanfattningen eller i produktresumén om sådana studier är genomförda. Läkemedelsverket avser även att ta upp en diskussion på EU-nivå för att få till stånd ett starkt jämställdhetsperspektiv i de EU-gemensamma dokument som är grunden för produktresuméer och patientinformation.

Vad gäller vårdens aktörer inom utbildning och forskning kan konstateras att vårdutbildningarna i dag skall beakta genusperspektivet. Jämställdhetsfrågor skall numera dessutom alltid beaktas i forskningsansökningar till Vetenskapsrådet. I dessa ansökningar skall informationsfrågor samt könsspecifika skillnader i symtom och sjukdomsbild kartläggas. Inrättandet av forskningscentra med genusmedicinsk inriktning har inneburit nya förutsättningar framför allt för den kliniska forskningens inriktning. Sammantaget har detta inneburit ökade kunskaper, men

det finns fortfarande områden där det finns behov av fortsatta studier.

Barn och unga i hälso- och sjukvården

En barnkompetens i ständig utveckling är avgörande för att barns och ungas möte med hälso- och sjukvården skall bli så tryggt och odramatiskt som möjligt. För att kunna möta kraven om en god vård tillgänglig för alla är det viktigt att såväl vårdpersonal som politiska beslutsfattare har erforderlig kunskap om barns och ungas behov. Detta är en grundförutsättning som stadgas både av hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf och av barnkonventionen. Sverige har genom att ansluta sig till FN:s konvention om barnets rättigheter åtagit sig att säkerställa alla barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering (artikel 24).

Redan i dag finns en bred kunskap om barns och ungas behov i mötet med vården. Flertalet huvudmän och en rad andra aktörer arbetar aktivt för att etablera miljöer som är särskilt anpassade för både föräldrar och deras barn, där man har utarbetat arbetsmetoder och rutiner för att tillvarata barnens behov.

Som ett led i regeringens strävan att ytterligare stärka insatserna för barn och unga tog Socialdepartementet i samarbete med Socialstyrelsen och Landstingsförbundet under våren 2005 initiativ till en nationell konferens om hur barns och ungas särskilda behov inom vården bäst skall tillgodoses. Konferensen är en del i regeringens uppföljning av Socialstyrelsens slutredovisning av uppdraget att föreslå åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården.

Insatser rörande hälso- och sjukvårdspersonal

En utredare inom Socialdepartementet fick hösten 2003 i uppdrag att utreda och bedöma förutsättningarna för att de yrkesgrupper som i dag får skyddad yrkestitel utan att vara legitimerade skall omfattas av bestämmelserna om legitimation i 3 kapitlet lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Uppdraget redovisades i mars 2004. Utredaren föreslår i departementspromemorian *Legitimation och skyddad yrkestitel* (Ds 2004:28) att yrkesgrupperna dietister, audionomer, ortopedingenjörer och biomedicinska analytiker skall omfattas av bestämmelserna om legitimation i 3 kap. LYHS. Utredaren föreslår också att optiker, naprapater och kiropraktorer skall omfattas av

bestämmelserna om skyddad yrkestitel. Departementspromemorian har remissbehandlats och en proposition planeras under hösten 2005.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag genomfört en översyn av läkarnas specialistutbildning och strukturen för de medicinska specialiteterna. Rapporten överlämnades till regeringen i januari 2003 och har remissbehandlats. Av remissvaren framkom att det finns behov av att vissa frågor som framför allt rör den kliniska forskningen och forskarutbildningen belyses ytterligare innan regeringen kan ta ställning till förslaget. Socialdepartementet initierade därför ett arbete med att analysera och redogöra för de konsekvenser som Socialstyrelsens förslag till ny specialitetsstruktur kan medföra för rekrytering till den kliniska forskningen och forskarutbildningen, samt till grundutbildningen för läkare. Arbetet redovisades den 30 oktober 2004 och har därefter remissbehandlats. Frågan bereds nu inom Regeringskansliet.

Högspecialiserad vård

I departementspromemorian Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag (Ds 2003:56) lämnas förslag om dels den del av den högspecialiserade vården som är att betrakta som rikssjukvård, dels den del som är att betrakta som regionsjukvård. Promemorian har remissbehandlats.

Regeringen avser att under hösten 2005 överlämna en proposition om rikssjukvård till riksdagen. I propositionen kommer vissa ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att föreslås. Rikssjukvård föreslås bli definierat som sjukvård som samordnas med hela riket som upptagningsområde.

Syftet med propositionen är att skapa en starkare samordning av rikssjukvården genom att denna vård enbart får bedrivas med tillstånd, som skall vara tidsbegränsat och förenat med villkor. En effektiv styrning förutsätter att man vid utfärdande av dessa tillstånd har tillgång till sådana nyckeltal att man kan pröva lokaliseringen av rikssjukvård ur ett produktivitets- och effektivitetsperspektiv. Vidare ligger det i patientens intresse att man kan jämföra vårdkvaliteten vid likartade kliniker. Regeringen avser därför ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla ett system för kvalitets- och produktivitetssjämförelser mellan olika kliniker som bedriver högspecialiserad sjukvård med hela riket som upptagningsområde.

Vidare avser regeringen att i propositionen föreslå att Socialstyrelsen får i uppdrag att fatta beslut om var rikssjukvården skall vara lokaliserad genom att bevilja tillstånd för denna vårdform. I syfte att skapa en välstrukturerad styrprocess på riksnivå bör det inrättas en nämnd för rikssjukvård vid Socialstyrelsen. Nämndens uppgifter bör vara att avgöra ärenden om rikssjukvård, däribland utfärdande av tidsbegränsade tillstånd för att få bedriva rikssjukvård, utgöra ett forum för kunskapsutbyte för att ge information till allmänheten i rikssjukvårdsfrågor och följa utvecklingen inom detta område och medverka i kvalitetssäkringen på området.

Målet med förslagen i propositionen är att skapa öppna och tydliga beslutsprocesser för att underlätta och stödja en långsiktig utveckling av rikssjukvården för ökad kvalitet, tillgänglighet och effektivitet.

De delar av promemorian som behandlar regionsjukvården bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Privat och offentlig vård

Den svenska hälso- och sjukvården skall även fortsättningsvis vara demokratiskt styrd, solidariskt finansierad och ges efter behov. För att dessa mål skall kunna upprätthållas samtidigt som alternativa driftsformer skall kunna verka är det nödvändigt att genom lag ytterligare reglera vilka villkor som skall gälla när landstingen överlämnar driften av hälso- och sjukvård vid centrala vårdinrättningar som sjukhus till privata entreprenörer.

Riksdagen beslutade den 15 juni 2005 att anta regeringens proposition Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus (prop. 2004/05:145, bet. 2004/05:SoU18, rskr. 2004/05:308). Propositionen bygger på en överenskommelse mellan regeringen, Vänsterpartiet och Miljöpartiet de gröna. Den 1 januari 2006 kommer ändringar i hälso- och sjukvårdslagen att träda i kraft som bl.a. innebär att om ett landsting överlämnar till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus, skall avtalet innehålla villkor om att verksamheten inte får drivas med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent. Avtalet skall även innehålla villkor om att vården uteslutande skall bedrivas med offentlig finansiering. Vidare skall uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte kunna överlämnas till någon annan. Varje landsting skall dessutom bedriva

hälso- och sjukvård i egen regi vid minst ett sjukhus.

Sjukvårdsrådgivning

En viktig del i arbetet med att öka vårdens tillgänglighet och kvalitet är att förbättra möjligheten till sjukvårdsrådgivning per telefon. En sådan nationellt samordnad rådgivning kan öka patienternas trygghet i vardagen, stödja egenvård och vägleda de patienter som behöver ett vårdbesök. Samtidigt kan sjukvårdsrådgivning per telefon avlasta vården besök som inte är nödvändiga och därigenom leda till bättre resursutnyttjande.

I den så kallade Dagmaröverenskommelsen för 2004 kom staten och Landstingsförbundet därför överens om att avsätta medel till ett projekt, Vårdråd per telefon, som har till uppgift att leverera ett väl utprövat och av intressenterna accepterat sjukvårdsrådgivningssystem som skall vara tillgängligt för alla sjukvårdshuvudmännen. Projektet skall också leverera införandestöd i form av handböcker, utbildningspaket, förberedda avtal och annat stöd till de huvudmän som väljer att ansluta sig till den nationellt samordnade sjukvårdsrådgivningen. Under 2005 har testverksamhet påbörjats i pilotlandsting. Erfarenheterna från testningen kommer att utvärderas nogga och eventuella brister åtgärdas. Sjukvårdshuvudmännen ansluts successivt och den nationella sjukvårdsrådgivningen per telefon beräknas vara fullt uppbyggd under första halvåret 2007.

Informations- och kommunikationsteknik

IT-baserade verktyg, såsom elektroniska patientjournaler och eRecept, är i dag en integrerad del i flertalet verksamhetsgrenar inom hälso- och sjukvården. Informationsteknik ses i dag som ett av de främsta verktygen för verksamhetsutveckling och förnyelse av hälso- och sjukvården.

Stora framsteg har under året gjorts avseende regeringens strävan att skapa en nationell samsyn kring behovet av koordinerade satsningar på informations- och kommunikationsteknik inom hälso- och sjukvården. Det finns i dag en bred enighet mellan vårdsektorns aktörer kring behovet av en nationell kraftsamling för att skapa en gemensam strategi för hur nya IT-baserade verktyg skall implementeras och användas för att på bästa sätt stödja verksamheten och förbättra patientsäkerheten.

Regeringen och Landstingsförbundet har inom ramen för den så kallade Dagmaröverens-

kommelsen för 2005 tecknat ett avtal där man understryker IT-områdets stora betydelse för att utveckla vård och omsorg. För att förverkliga överenskommelsen mellan parterna inrättades en nationell ledningsgrupp för IT i vård och omsorg i mars 2005. Ledningsgruppen består av representanter från Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Läkeemedelsverket, Apoteket AB, Carelink samt Landstingsförbundet. Ledningsgruppens arbete skall utmynna i en nationell IT-policy för vård och omsorg, där områden som är strategiskt viktiga för nationellt koordinerade investeringar kommer att identifieras.

Den kommande nationella IT-policyn skall fungera som ett strategiskt planeringsverktyg för alla aktörer inom vård- och omsorgssektorn. Målsättningen är att den nationella IT-policyn för vård och omsorg skall kunna presenteras vid årsskiftet 2005/2006. Den nationella ledningsgruppen för IT i vård och omsorg har beviljats 2 miljoner kronor för arbetet under 2005 inom ramen för Dagmaröverenskommelsen.

Regeringen har bl.a. i avsnitt 2.7 under utgiftsområde 10, Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp, markerat behovet av en mer kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. I detta sammanhang aktualiseras även behovet av en effektivare ömsesidig kommunikation mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, bl.a. avseende läkarintyg. Möjligheten att effektivisera kommunikationen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården bör beaktas i hälso- och sjukvårdens fortsatta IT-utveckling.

Det internationella samarbetet på detta område har intensifierats under året inom ramen för både EU och WHO, då båda dessa organisationer pekat ut eHealth (internationellt samlingsnamn för användningen av informations- och kommunikationsteknik inom hälso- och sjukvården) som ett av de mest centrala verktygen för att vård- och omsorgssektorn skall kunna möta framtida utmaningar. Sverige deltar aktivt i detta internationella erfarenhetsutbyte, då betydande vinster kan göras genom att gemensamt finna lösningar på problemställningar och framtida utmaningar för våra nationella sjukvårdssystem.

Internationellt

Den ökade rörligheten bland EU:s medborgare och arbetskraft har under de senaste åren lett till att medlemsstaternas behov av samarbete inom hälso- och sjukvårdens område ökat. Ansvariga

ministrar i EU:s medlemsstater är överens om att ett utökat internationellt samarbete har potential att bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling och har därför initierat ett fördjupat samarbete. Samarbetet bygger på enighet mellan staterna om att vården skall fortsätta att utvecklas i enlighet med varje stats grundläggande princip för att ge god hälso- och sjukvård till sina medborgare, och att vården främst är en angelägenhet för medlemsstaterna. Samtidigt har samsyn vuxit fram om att samverka på EU-nivå kan ge stora fördelar för såväl enskilda patienter och vårdpersonalen som hälso- och sjukvårdssystemen i sin helhet. Man har därför enats om att samarbeta kring och analysera ett antal frågor som anses vara grundläggande för den sociala välfärd som unionen vill värna om.

Inom det europeiska samarbetet diskuteras bland annat möjligheten att tillskapa europeiska kliniker för högspecialiserad sjukvård, vilka skulle förbättra patienternas möjlighet att få utökad tillgång till högspecialiserad vård. Andra utvecklingsområden som kan bidra till att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet är de samarbeten som inlett kring utvärdering av medicinska teknologier och metoder, utökat användande av IT-stöd i vården, samt stärkt patientsäkerhet.

Det är regeringens bedömning att EU-samarbetet i framtiden kommer att bli ett viktigt komplement till det nationella arbetet med att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet, tillgänglighet och effektivitet. Sverige kommer därför även fortsättningsvis att delta i detta samarbete.

I den så kallade Dagmaröverenskommelsen för 2004 enades regeringen och Landstingsförbundet om att Sverige skall bli medlem i The European Observatory on Health Care Systems and Policies. Med anledning av detta har regeringen gett sitt stöd till observatoriets verksamhet under åren 2004 och 2005 genom att avsätta 2,5 miljoner kronor per år. The European Observatory on Health Care Systems and Policies är ett partnerskap mellan WHO:s regionala kontor för Europa, regeringarna i Grekland, Norge, Finland och Spanien, Europeiska investeringsbanken, the Open Society Institute, Världsbanken, London School of Economics and Political Science (LSE) samt London School of Hygiene & Tropical Medicine. Syftet med observatoriets verksamhet är att genom omfattande studier och noggrann analys av dynamiken inom hälso- och sjukvårdssystemen i Europa, stödja och främja evidensbaserat beslutsfattande och policyskapande på hälso- och sjukvårdsområdet. Observatoriet arbetar i partnerskap med ländernas regeringar och tillvaratar erfarenheterna från de olika hälso- och sjukvårdssystemen. Observatoriets forskning ger en värdefull möjlighet att jämföra olika länders hälso- och sjukvårdssystem och förbättrar därmed förutsättningarna att utveckla det egna hälso- och sjukvårdssystemet. Inom observatoriet kommer Sverige att särskilt stimulera och stödja forskning som syftar till att ta fram och föra ut kunskap, erfarenhet och idéer om en solidariskt finansierad allmän sjukvård som ges på lika villkor efter behov.

Medicinsk etik

I början av 2005 trädde vissa förändringar av lagen (1995:831) om transplantation m.m. i kraft. Ändringarna innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer (Socialstyrelsen) får föreskriva att sjukhus som utför transplantationer skall ha tillgång till en donationsansvarig läkare och en kontaktsvarig sjuksköterska med uppgift att förbereda för donationer och ge stöd och information till avlidnas närstående.

Medicinsk etik

Den 1 januari 2005 inrättades det Nationella rådet för organ- och vävnadsdonation vid Socialstyrelsen. Tyngdpunkten i rådets uppgifter ligger på donationsfrågorna i syfte att förbättra donationsfrekvensen. Till rådets uppgifter hör bl.a. att följa utvecklingen inom sjukvården i donations- och transplantationsfrågor och ta de initiativ utvecklingen kan ge anledning till.

Den 1 april 2005 trädde lagstiftning i kraft som möjliggör stamcells forskning i Sverige. Lagstiftningen innebär att forskning kring somatisk cellkärnöverföring är tillåten efter noggrann etisk prövning av varje enskilt forskningsprojekt. I lagen finns också ett uttryckligt förbud mot reproduktiv kloning.

Regeringen överlämnade i maj 2005 skrivelsen Vård i livets slutskede (skr. 2004/05:166) till riksdagen. I skrivelsen redogör regeringen för vidtagna åtgärder inom vården i livets slutskede i Sverige samt hur denna vård fortsatt kan främjas. Skrivelsen utgår från slutbetänkandet Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut (SOU 2001:6). I skrivelsen behandlas bl.a. frågan om en gemensam etisk grund för palliativ vård, vissa organisatoriska frågor samt huvudmännens roll och ansvar. Regeringen har gett Socialstyrel-

sen i uppdrag att främja utvecklingen av vården i livets slutskede i landsting och kommuner och att till regeringen redovisa en bedömning av denna utveckling. För detta ändamål har regeringen avsatt 1,5 miljoner kronor. Regeringen stödjer även Nationella rådet för palliativ vård med 500 000 kronor under 2005.

Regeringen har tillkallat en särskild utredare med uppdrag att utreda förutsättningarna för och konsekvenserna av att utländska kvinnor, som inte är bosatta i Sverige och som inte är asylsökande, får rätt att göra abort i Sverige under förutsättning att de själva står för kostnaderna (dir. 2003:134). Uppdraget skall redovisas senast den 1 december 2005.

En proposition som utgår från de förslag som tidigare lämnats av Kommittén om genetisk integritet (SOU 2004:20) bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Förslag till förbättrad missbildningsövervakning bereds för närvarande inom Regeringskansliet, med utgångspunkt i de förslag som tidigare lämnats av Utredningen om förbättrade kunskaper om missbildningar m.m. (SOU 2003:126).

Regeringen förbereder en departementspromemoria med förslag till genomförande i svensk rätt av Europaparlamentets och rådets direktiv (2004/23/EG) om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa upp tillämpningen av lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården. Uppdraget har redovisats den 30 juni 2005. Rapporten redovisar resultatet av Socialstyrelsens tillsyn och innehåller även en genomgång av lagstiftningen.

Regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att ta ställning till om par av samma kön bör kunna ingå äktenskap. I uppdraget ingår även att överväga om beslut enligt lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall liksom i dag bör få meddelas endast beträffande den som är ogift. Uppdraget skall redovisas senast den 30 mars 2007. Regeringen avser att hösten 2005 tillsätta en utredning som skall göra en översyn av övriga delar av lagen.

Inom FN har en politisk deklaration antagits där medlemsstaterna uppmanas att förbjuda all form av mänsklig kloning, även så kallad somatisk cellkärnöverföring. Regeringen har under

arbetet motsatt sig en deklaration med en sådan innebörd då den skulle strida mot svensk lag. Regeringen har därefter förklarat sig inte vara bunden av deklarationen.

Psykatri

Regeringen tillkallade i oktober 2003 en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att bland annat se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (dir. 2003:133). Samordnaren skall fortlöpande informera regeringen om resultatet av sitt arbete samt vid behov lämna förslag till författningsändringar och förtydliganden i gällande regelverk.

Psykiatrisamordnaren inkom i juni 2004 till Socialdepartementet med skrivelsen En översikt av dagsläget inom svensk psykiatri. Samordnaren anger att tillgången på vård- och stödinsatser inom svensk psykiatri inte svarar mot målgruppens behov. Ambitionsnivån måste höjas beträffande användningen av moderna metoder och kunskapsbaserade insatser, effektivt resursutnyttjande, samverkan, uppföljning och jämförelser av resultat, samt levnadsförhållanden för psykiskt funktionshindrade. Samordnaren anser att det i det rådande ekonomiska läget är nödvändigt med ett statligt engagemang för att stimulera kommuner och landsting till nödvändiga prioriteringar och satsningar för målgruppen. I detta sammanhang framhålls också av psykiatrisamordnaren nödvändigheten av att en statlig satsning matchas med en jämförbar motprestation från kommuner och landsting.

Med utgångspunkt i psykiatrisamordnarens förslag har regeringen i budgetpropositionen för 2005 avsatt 500 miljoner kronor under 2005 och föreslagit att 200 miljoner kronor avsätts under 2006 för att förbättra tillgängligheten till, och stödja och stimulera verksamhetsutveckling inom, vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. Satsningen utgörs av två delar. Den första delen avser 400 miljoner kronor 2005 och 100 miljoner kronor 2006 för satsningar på vård, sysselsättning och boende. Den andra delen, 100 miljoner kronor vardera åren 2005 och 2006, avser en särskild satsning på verksamhetsutveckling, till exempel inom områdena samverkan, rehabilitering, sysselsättning, kvalitet och arbetsätt.

Följderna av naturkatastrofen i Sydostasien den 26 december 2004 kan komma att innebära påfrestningar för det svenska samhället på både kort och lång sikt. Flertalet personer som på något sätt drabbats av katastrofen kan förväntas ge uttryck för normala sorgereaktioner som inte kräver någon insats från psykiatrin. Det är dock känt att psykisk ohälsa kan uppkomma under en längre tid efter en upplevelse av det aktuella slaget. Det är därför angeläget att följa utvecklingen i landstingen vad gäller efterfrågan på och tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Regeringen har mot denna bakgrund i maj 2005 beslutat att lämna ett uppdrag åt Socialstyrelsen att följa upp belastningen på psykiatrin med anledning av flodvågskatastrofen. En första lägesrapport skall lämnas den 1 december 2005 och uppdraget skall slutredovisas den 1 december 2006.

Socialstyrelsen gavs i regleringsbrevet för budgetåret 2004 i uppdrag att i samråd med Kriminalvårdsstyrelsen utreda om processen för godkännande av vårdinrättningar för viss rättspsykiatrisk vård, som utgår från 6 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), bör förändras utifrån syftet att dels förenkla förfarandet, dels säkerställa kvaliteten i bedömningar och beslutsfattande. Socialstyrelsen inkom i juli 2004 med en rapport till regeringen med anledning av uppdraget. I rapporten föreslås bl.a. kompletteringar av lagstiftningen beträffande säkerheten, att Socialstyrelsens tillsyn utvidgas till att avse säkerhetsfrågor, att landsting som avser att bedriva rättspsykiatrisk vård skall anmäla detta till Socialstyrelsen enligt en särskild ordning samt att Socialstyrelsen skall föra ett register över landets sjukvårdsinrättningar för rättspsykiatrisk vård. Rapporten bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i regleringsbrevet för 2004 getts i uppdrag att sammanställa den kunskap som i dag finns om riskbedömningar av patienters farlighet för andra. Uppdraget kommer att rapporteras under 2005.

Läkemedel

Statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna har sedan 1997 reglerats genom överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet. Nuvarande överenskommelse reglerar statens ersättning till landstingen för åren 2005 t.o.m. 2007. Enligt

överenskommelsen ersätter staten landstingen för läkemedelsförmånskostnaderna med 19,8 miljarder kronor för 2005, 20,7 miljarder kronor för 2006 och 21,5 miljarder kronor för 2007. Från och med den 1 januari 2005 finansieras inte längre kostnaderna för dosdispensering av läkemedel genom Apoteket AB:s handelsmarginal. I de överenskomna beloppen för perioden 2005 t.o.m. 2007 ingår en ersättning till landstingen motsvarande en kostnad för 155 000 dospatienter, varför landstingen numera betalar för det faktiska utnyttjandet av dosdispensering. En behovsmodell för fördelning av statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna infördes successivt under föregående avtalsperiod. Parterna är eniga om att ersättningen till landstingen från och med 2005 fullt ut skall fördelas enligt denna modell.

Utredningen om författningsreglering av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården, m.m. har i tilläggsdirektiv fått i uppdrag att bland annat se över landstingens möjligheter till uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, särskilt med avseende på förskrivning och användning av läkemedel. Uppdraget kommer att redovisas i ett betänkande i slutet av 2006.

EG-domstolen lämnade den 31 maj 2005 genom förhandsavgörande, mål C-438/02 Allmänna åklagaren mot Krister Hanner (ännu ej publicerad i EUT), sin tolkning av om Apoteket AB:s monopol på detaljhandel med läkemedel är förenligt med EG-fördraget. För att efterleva EG-domstolens avgörande har regeringen gjort ändringar i avtalet mellan staten och Apoteket AB avseende bolagets sortiment och lagerhållning. Det nya avtalet trädde i kraft den 24 juni 2005. Samtidigt har en oberoende kontrollinstans inrättats genom att utöka den tidigare Alkoholsortimentsnämndens verksamhet till att innefatta läkemedelsfrågor (se förordning (2005:601) om ändring i förordningen (1994:2048) med instruktion för Alkoholsortimentsnämnden).

Den vanligaste behandlingsformen för äldre är läkemedel. Det naturliga åldrandet i kombination med ökad sjuklighet medför en ökad användning av läkemedel. Äldre (80+) använder i genomsnitt cirka fem läkemedel per person, vilket är två preparat mer än för 15 år sedan. Rapporter från bl.a. läkemedelsgenomgångar visar även att det på sjukhem används så mycket som tio läkemedel per person i genomsnitt. Flera studier pekar på att läkemedelsbiverkningar är orsaken till 10–20 procent av inläggningarna av

äldre på sjukhus. Behandling av äldre med läkemedel är komplicerad och kan medföra risker. Bland annat mot bakgrund av ovanstående gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och utvärdera läkemedelsanvändningen inom äldreområdet och, om brister konstaterades, lämna förslag till åtgärder för att avhjälpa dessa. Uppdraget redovisades i januari 2005. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att det finns stora brister i läkemedelsbehandlingen av äldre. För att höja kvaliteten på äldres läkemedelsanvändning avser Socialstyrelsen att tydliggöra att den fasta läkarkontakt, som alla skall ha tillgång till i primärvården enligt hälso- och sjukvårdslagen, skall ha ett samordnande ansvar för patientens läkemedelsanvändning. Myndigheten avser också att tydliggöra vårdgivarnas ansvar för att organisera regelbundna uppföljningar av läkemedelsanvändningen hos äldre inom kommunal vård och omsorg samt hemsjukvård i landstingens regi. Vidare avser Socialstyrelsen att verka för att de kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi som myndigheten utarbetat kommer till rutinmässig användning i forskrivarstöd och vid uppföljning av läkemedelsbehandlingen hos äldre. Dessutom föreslås att berörda vårdutbildningar och apotekarutbildningen ses över för att stärka undervisningen i ämnet äldre och läkemedel samt att sjukvårdshuvudmännen även fortsättningsvis uppmärksammar behovet av fort- och vidareutbildning i ämnet äldre och läkemedel. Socialstyrelsens förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

En viktig del i att uppnå en rationell läkemedelsanvändning är att ge läkare och andra som forskriver läkemedel verktyg för att kunna fatta korrekta beslut om vilken behandling som är mest lämplig. Möjligheten för forskrivare att ta del av uppgifter om vilka läkemedel som en patient använder har hittills varit mycket begränsade – forskrivarna har varit tvungna att förlita sig antingen på patientens minne över vilka läkemedel som används eller varit tvungna att begära in journaluppgifter. För att avhjälpa denna informationsbrist och öka patientsäkerheten överlämnade regeringen i februari 2005 till riksdagen propositionen Ökad patientsäkerhet på läkemedelsområdet (prop. 2004/05:70), som medför en möjlighet för en läkare att efter patientens samtycke få information om alla läkemedel som patienten hämtat ut på apoteket. Lagen trädde i kraft den 1 juli 2005.

En annan pågående process som underlättar hanteringen vid läkemedelsförskrivning är det utvecklingsarbete som Apoteket AB och landstingen bedriver för att skapa möjligheter för att öka användningen av elektroniska recept. Elektroniska recept är numera en vanligt förekommande företeelse. Ökningstakten under de senaste tre åren, 2002–2005, har varit dramatisk. I januari 2002 skickades drygt 170 000 elektroniska recept från vården till apoteken i Sverige, vilket motsvarar tio procent av förstagångsrecepten från primärvården. Under maj 2005 var motsvarande andel drygt 1 miljon elektroniska recept, vilket motsvarar cirka 48 procent av förstagångsrecepten från primärvården.

Sedan oktober 2002 har apoteken bytt ut ett förskrivet läkemedel mot det billigaste likvärdiga läkemedlet som finns tillgängligt på det enskilda apoteket. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att i samråd med Läkemedelsverket undersöka om utbytesreformen har medfört några säkerhetsproblem för patienterna och lämna förslag på åtgärder för att minska eventuella problem. Socialstyrelsen redovisade uppdraget i oktober 2004. Av rapporten framgår bl.a. att reformen inte har medfört några problem för majoriteten av de personer som fått sina läkemedel utbytta. För att minska riskerna för problem med t.ex. felmedicinering efter utbytesreformen föreslår Socialstyrelsen bl.a. att forskrivarna bör skriva ut det billigaste läkemedlet direkt samt att patienten får samma produkt under receptets hela giltighetstid under förutsättning att det billigaste expedierades vid det första uttaget. För att åstadkomma bättre möjligheter att spåra läkemedel som expedierats vid utbyte föreslår Socialstyrelsen vidare att apoteken bör åläggas att bevara expeditionsjournaler lika länge som patientjournaler sparas.

För drygt fyrtio år sedan inträffade den så kallade neurosedynkatakstrofen, som orsakades av läkemedel som innehöll substansen talidomid. Drygt 150 personer fick skador relaterade till talidomid. Av dessa är drygt hundra fortfarande i livet. Justitiekanslern rekommenderade regeringen, i ett utlåtande som överlämnades den 30 april 2003, att regeringen ex gratia till var och en av de nu levande talidomidskadade i Sverige bör utbetala ett engångsbelopp. Regeringen överlämnade i mars 2005 propositionen Beräkning av inkomstprövade socialförsäkringsförmåner m.m. för neurosedynskadade till riksdagen (prop. 2004/05:122). I propositionen föreslås in-

förande av en ny lag om beräkning av inkomstprövade socialförsäkringsförmåner m.m. för neurosedynskadade. Den föreslagna lagen innebär att den ersättning om 500 000 kronor som enligt regeringsbeslut utbetalas till personer som antas ha skadats av läkemedelssubstansen talidomid (Neurosedyn och Noxodyn) inte skall beaktas vid beräkning av vissa inkomstprövade socialförsäkringsförmåner, studiestöd, kommunala bidrag och avgifter. Riksdagen beslutade den 26 maj 2005 i linje med förslagen i propositionen (bet. 2004/05:SoU20, rskr. 2004/05:259). Lagen trädde i kraft den 1 juli 2005. Regeringen fattade 97 beslut om utbetalning av ex gratia-ersättning till de neurosedynskadade i augusti 2005. Övriga beslut kommer att fattas löpande under hösten 2005 eller när ansökan inkommit och behandlats.

Inom EU har arbetet med att reformera den europeiska läkemedelslagstiftningen avslutats. Europaparlamentet och europeiska unionens råd har den 31 mars 2004 antagit en förordning (förordning (EG) nr 726/2004) och tre direktiv (om humanläkemedel 2004/27/EG, om veterinärmedicinska läkemedel 2004/28/EG och om växtbaserade läkemedel 2004/24/EG). Syftet med reformeringsarbetet har varit att säkerställa ett starkt folkhälsoskydd, bl.a. genom att ge patienterna snabb tillgång till innovativa och säkra produkter och genom att öka tillsynen över marknaden med hjälp av en förstärkning av kontrollförfarandena och säkerhetsövervakningen. Att stärka den inre marknaden för läkemedel och stärka den europeiska läkemedelsindustrins konkurrenskraft samt att vidta åtgärder för att främja utvidgningen av unionen har varit andra drivkrafter. Förslagen bygger på den redan existerande lagstiftningen, som successivt har vuxit fram sedan 1960-talet. Arbetet med att införliva den nya europeiska lagstiftningen i Sverige pågår inom Regeringskansliet. Kommissionen har dessutom lagt fram ett förslag till förordning som syftar till att påskynda utvecklingen av nya läkemedel avsedda för behandling av barn.

Insatser utanför politikområdet

Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården

Det utvecklingsavtal som har legat till grund för den nationella handlingsplanen för utveckling av

hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) löpte ut vid årsskiftet 2004/2005 och handlingsplanen avslutades därmed. Staten, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har dock enats om att det är viktigt att det positiva utvecklingsarbete som påbörjats med handlingsplanen får fortsätta även kommande år. Parterna har därför tecknat två nya överenskommelser: en överenskommelse som avser primärvård och äldreomsorg samt en överenskommelse om psykiatri. Parterna har i dessa överenskommelser enats om att inriktningen och åtagandena i det ursprungliga utvecklingsavtalet i huvudsak skall ligga fast även kommande år. Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har åtagit sig att verka för att landstingen och kommunerna genomför insatser i enlighet med överenskommelserna.

År 2004 tillfördes det generella statsbidraget närmare 4 miljarder kronor med hänvisning till den nationella handlingsplanen. Beloppet fördelades med 70 procent till landstingen och 30 procent till kommunerna. Fördelningen på enskilda kommuner respektive landsting har skett baserat på folkmängd. Fr.o.m. 2005 har medlen på det generella statsbidraget förts till det nya anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning*. Inom ramen för det nya anslaget ingår ett regleringsbidrag eller en regleringsavgift som fördelas på samma sätt som det generella statsbidraget, dvs. med ett enhetligt belopp per invånare. De medel som 2004 tillfördes det generella statsbidraget med hänvisning till den nationella handlingsplanen ligger från och med 2005 kvar med samma fördelning mellan kommuner och landsting. Under 2004 beräknas cirka 3,5 miljarder kronor ha gått till satsningar på förbättringar av primärvård och äldreomsorg och cirka 500 miljoner kronor till förbättringar av psykiatrin. Från och med 2005 ingår dessa medel i finansieringen av det nya utjämningsystemet. Regeringen förutsätter att en motsvarande summa kommer att användas av huvudmännen till fortsatta förbättringar inom primärvård och äldreomsorg samt inom psykiatri åren 2005–2007.

Tillgänglighetssatsningen

I 2001 års ekonomiska vårproposition aviserade regeringen en särskild satsning för att varaktigt förbättra hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Satsningen innebar att 3,6 miljarder kronor avsattes under åren 2002–2004 för att förbättra vårdens tillgänglighet. Stödet har lämnats från

utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Resurstillskottet till landstingen och den närmare inriktningen på satsningen reglerades i en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. Överenskommelsen löpte ut vid årsskiftet 2004/2005 och medlen överförs från och med 2005 till anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning* för fortsatt utbetalning till landstingen.

Nationell vårdgaranti

Mot bakgrund av de olika insatser som under senare år vidtagits för att komma till rätta med väntetidsproblemen – den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården, tillgänglighetssatsningen, det fria vårdvalet, utvecklingen av väntetidsdatabasen och Socialstyrelsens arbete med riktlinjer för prioriteringar – har staten och Landstingsförbundet under 2005 tecknat en överenskommelse om att utvidga besöksgarantin till en vårdgaranti som också omfattar väntetid till behandling. Sedan 1997 finns en besöksgaranti som innebär att primärvården skall erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med läkare erfordras skall väntetiden vara högst sju dagar och den som fått en remiss bekräftad till den specialiserade vården skall erbjudas sådant besök inom 90 dagar. Parterna har nu kommit överens om att vårdgarantin innebär ett åtagande för landstingen att erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats. Garantin skall gälla fullt ut i hela landet från och med den 1 november 2005 och omfattar all behandling inom landstingens planerade vård.

I och med överenskommelsen om införande av en nationell vårdgaranti har staten och Landstingsförbundet också enats om att fortsätta satsningen för att förbättra tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Anledningen till detta är att de båda satsningarna syftar mot samma mål och stödjer varandra – vårdgarantin på så sätt att den fastställer en garanterad tidsgräns för behandling vilket stärker patientens krav på tillgänglighet och snabb och effektiv behandling, och tillgänglighetssatsningen på så sätt att den möjliggör för vården att leva upp till denna tidsgräns, genom t.ex. satsningar på effektivare arbetsmetoder och kortande av köer.

För att stödja det fortsatta arbetet med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården tillförs landstingen från och med 2005

1,25 miljarder kronor per år från anslag 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning*. För att täcka de ökade kostnaderna för införande av vårdgarantin tillförs landstingen ytterligare 700 miljoner kronor under 2005 samt 500 miljoner kronor per år de kommande åren. Den sammanlagda satsningen på en nationell vårdgaranti och förbättrad tillgänglighet uppgår således till 1,95 miljarder kronor 2005 och kommer att uppgå till 1,75 miljarder kronor per år från och med 2006.

Hälso- och sjukvårdens insatser för minskad sjukfrånvaro

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen genomfört tillsynsaktiviteter för ökad kvalitet i sjukskrivningsprocessen i primärvården. Av rapporten, som överlämnades i februari 2005, framgår att det finns stort utrymme för kvalitetsförbättringar. Socialstyrelsen anser att en sjukskrivning alltid är en del av vård och behandling av patienten. En sjukskrivning bör därför baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt rapporten upplever många primärvårdsläkare att de har små möjligheter att påverka sjukskrivningsförloppet och att orsaken till detta kan ha sin grund i flera faktorer. Bland annat pekar rapporten på brister i samverkan mellan olika aktörer i sjukskrivningsprocessen, långa handläggningstider hos Försäkringskassan, brist på paramedicinska resurser och flaskhalsar i form av långa väntetider för undersökningar och kirurgiska/ortopediska åtgärder. Tillsammans och var för sig kan dessa faktorer bidra till att rehabiliteringsprocesser och sjukskrivningstider förlängs.

Vidare har Karolinska Institutet på regeringens uppdrag kartlagt hälso- och sjukvårdens handläggning av patienters sjukskrivning. En rapport överlämnades i februari 2005. Slutsatsen av rapporten är att bättre ledning, ökade kunskaper om sjukskrivning och ökad samverkan med andra aktörer som försäkringskassa och arbetsgivare skulle förbättra läkarnas arbete med sjukskrivningsprocessen.

För att komma till rätta med den höga sjukfrånvaron, samt att öka hälso- och sjukvårdens medverkan i arbetet med att förbättra sjukskrivningsprocessen och minska ohälsan, avser regeringen att genomföra olika insatser. Dessa finns närmare beskrivna i avsnitt 2.8.2 under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.

4.5.2 Resultatredovisning

Mål

Målet för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik är att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras. För verksamhetsområde Hälso- och sjukvård finns följande tre mål som gäller såväl 2004 som 2005:

- Kunskapsnivån inom hälso- och sjukvården vad gäller patientsäkerhet, kvalitet och effektivitet skall öka och behandlingsmetoder skall i ökad utsträckning vara evidensbaserade.
- Huvudmännen för hälso- och sjukvården skall stödjas i sitt arbete med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården på ett sätt som tillförsäkrar alla patienter en bedömning och att vård ges efter behov och inom rimlig tid.
- Medlen inom läkemedelsförmånerna skall användas på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt.

Resultat

I Landstingsförbundets rapport Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat (2005) görs en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat i 24 länder. I rapporten visas att svensk sjukvård presterar mycket väl jämfört med vården i andra länder. Det gäller såväl tillgång till vård, som kvalitet, resultat och effekter. Att de goda resultaten åstadkommes med endast genomsnittliga kostnader betyder att den samlade effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet är god jämfört med andra länder. Slutsatsen bygger på att Sverige jämfört med de andra länderna hanterar de största vårdbehoven (med andelen äldre i befolkningen som indikator), har måttliga kostnader (mätt som kostnader per invånare och år och som andel av BNP), använder måttliga resurser (mätt som antal läkare och sjuksköterskor per tusen invånare), har god tillgänglighet (mätt som antal operationer per hundra tusen invånare av vanliga åtgärder som starr-, höftleds- och kranskärloperationer) samt har goda medicinska resultat och effekter (exempelvis låg spädbarnsdödlighet, hög överlevnad i hjärtsjuk-

domar, låg dödlighet i cancer m.m.). Underlaget till studien har hämtats från Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) vilka 2001 initierade ett projekt (OECD Health Project) som syftar till att utveckla modeller för att mäta och analysera hur medlemsländernas hälso- och sjukvårdssystem presterar. Vid jämförelser mellan olika länders hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP bör man beakta att definitionerna av vad, och vilka kostnader, som ingår i begreppet hälso- och sjukvård kan variera något mellan olika länder.

Under de senaste tio åren har den genomsnittliga vårdtiden minskat med 25 procent samtidigt som allt mer vård utförs som öppenvård, både vid sjukhus, i primärvården och som hem-sjukvård, enligt Landstingsförbundets rapport Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård (2004). Förändringarna har möjliggjorts av den snabba medicintekniska utvecklingen och genom att en högre andel av personalen har specialiserad kompetens. Strukturförändringar har gjort vården mer öppenvårds- och primärvårdsbaserad och ökat möjligheterna att nå allt fler och allt äldre patienter. Exempelvis har antalet höft- och knäledsoperationer för patienter äldre än 85 år tredubblats på tio år. Med bättre metoder har fler patienter kunnat behandlas och detta med bättre resultat. Effektiviseringen av svensk hälso- och sjukvård har t.ex. lett till att Sverige nu är det land inom EU som gör flest operationer för grå starr per 100 000 invånare, enligt Landstingsförbundets rapport.

Antalet vårdtillfällen per år, där patienten varit inskriven för slutenvård (inklusive psykiatri), minskade under perioden 1992–2002 från cirka 1,6 till 1,4 miljoner. För att kompensera för neddragningarna inom den slutna vården har öppna vårdformer byggts ut och förstärkts. Dagkirurgin – operationer som genomförs över dagen utan att patienten behöver skrivas in – har ökat kraftigt i omfattning. Denna omstrukturering innebär såväl kostnadsbesparingar i systemet som ett mervärde för patienten som kan komma hem samma dag och slipper bli inlagd på sjukhus.

Även inom den psykiatriska vården har strukturförändringar inneburit att öppna vårdformer används i ökad utsträckning.

Antalet läkarbesök i den specialiserade vården minskade under perioden 1994–2002 från 14,3 miljoner till 13,5 miljoner besök. I primär-

vården har antalet besök under samma period ökat från 11,9 miljoner till 12,4 miljoner besök. En förklaring till det, totalt sett, minskade antalet läkarbesök är att patienter i allt större utsträckning tas om hand av andra personalkategorier som distriktssköterskor, sjuksköterskor etc.

Kvalitetsutveckling

När det gäller att värdera den medicinska kvaliteten i sjukvården utgör de nationella kvalitetsregistren en central och viktig kunskapskälla. Tack vare att flera av dessa register beslutat att vara mer öppna med sina kvalitetsjämförelser har, enligt Socialstyrelsen, förutsättningarna för att kunna redovisa den svenska hälso- och sjukvårdens kvalitet blivit allt bättre. Det finns tydliga indikationer på att den medicinska kvaliteten har förbättrats, såväl ur ett process- som ett resultatperspektiv. Data från nationella kvalitetsregister och hälsodataregister visar på fortsatt positiva trender när det gäller tillgången till evidensbaserad vård och behandling vid stora folksjukdomar såsom hjärtinfarkt, stroke, diabetes och gråstarr. Likaså visar många av de områden som Socialstyrelsen analyserat i sin lägesrapport för hälso- och sjukvård 2003 successiva förbättringar av hälso- och sjukvårdens medicinska resultat medan inget område visar försämringar i detta avseende. Dock kvarstår problem med omfattande regionala variationer vad gäller tillgång till och användning av vetenskapligt etablerade behandlingsmetoder. Likaså är variationerna omfattande vad gäller användningen av läkemedel.

I en rapport från OECD som utkom i maj 2005 (OECD Economic Survey of Sweden) dras slutsatsen att svensk sjukvård i en internationell jämförelse håller en hög standard. I rapporten anges också att Sveriges hälso- och sjukvårdssystem är ett av de mest flexibla och innovativa systemen bland de jämförda OECD-länderna. Svensk hälso- och sjukvård hamnar högt i en rad internationella jämförelser som gjorts bl.a. när det gäller indikatorer avseende åtgärdbar dödlighet och överlevnadssiffror för olika sjukdomar.

Den patientupplevda kvaliteten i den öppna sjukvården mäts bl.a. med hjälp av Svenskt Kvalitetsindex (SKI). Mätningarna avseende 2004 visar att sjukvården förbättrats ytterligare. Uppgången är något starkare i den offentliga vården än i den privat drivna. Alla aspekter som mäts i sjukvården uppvisar en ökning – förutom förväntningarna som har sänkts en aning. Förvänt-

ningarna i den privata vården har sjunkit mer än i den offentligt drivna. Under de senaste åren har värderingen av kvalitet och service inom sjukvården varierat en hel del. Årets mätning pekar på en viss återhämtning från förra årets nedgångar. De som är minst nöjda är personer som besökt akutmottagningar, medan de som besökt privatläkare eller gjort förbokade besök på sjukhus är mest nöjda. Regionalt – mellan landstingen – kan avsevärda skillnader observeras för såväl nöjdhet som upplevd kvalitet och andra studerade aspekter.

Medicinsk utvärdering

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) skall sprida sina kunskapssammanställningar på sådant sätt att de får ett genomslag inom den praktiska hälso- och sjukvården. Resultaten från rapporterna som har publicerats under 2004 har spridits till olika grupper av beslutsfattare, vårdgivare och administratörer, samt till enheter som har betydelse för praxisutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Rapporterna utgör nu underlag för olika spridningsaktiviteter både för nationellt folkhälsoarbete och för regionalt och lokalt utvecklingsarbete om vårdprogram och praxisändringar. Undersökningar under 2003 visar att de flesta läkare, sjukvårdspolitiker och chefsadministratörer känner till SBU:s arbete och anser att rapporterna håller mycket hög kvalitet och trovärdighet. Läkare som fått betygsätta den vetenskapliga tillförlitligheten hos olika informationskällor ger SBU högsta betyget av alla angivna källor bland medicinska myndigheter, organisationer och företag. Högt betyg för tillförlitlighet ges också till SBU av målgrupperna läkemedelskommittéer, administrativa chefer och landstingspolitiker.

Tillgänglighet

Något mer än hälften av patienterna tyckte år 2003 att det var lätt att komma fram på telefon till vårdcentralen, en förbättring i de flesta landsting jämfört med 2002. Däremot har väntetiderna för läkarbesök vid vårdcentralerna varit oförändrade de senaste åren. Åtta av tio patienter får besöka läkare inom en vecka från det att de fått kontakt med vårdcentralen, varav sex patienter fick komma samma dag.

Till skillnad mot vad som gäller på nationell nivå varierar tillgängligheten mellan åren när man studerar enskilda landsting och ännu mer när man under ett enskilt år jämför landstingen med varandra. Det finns vissa skillnader mellan män

och kvinnor vad gäller vårdutnyttjande och uppfattning om vården. Kvinnor gör fler läkarbesök i primärvården än män. Enligt den så kallade Vårdbarometern är kvinnor mer nöjda med väntetiden för operation eller behandling än män. I ULF-undersökningarna (SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden) rapporterar en större andel kvinnor än män att de blivit felaktigt eller orättvist behandlade av sjukhus eller läkare. Samtliga landsting arbetar med att förbättra sin tillgänglighet och positiva effekter har uppnåtts. Satsningarna har fått till följd att köerna på många håll kortats och att nya och effektivare arbetsrutiner införts.

Patientsäkerhet

Bestämmelserna om Lex Maria innebär att allvarliga skador, sjukdomar och tillbud som inträffar i hälso- och sjukvården skall rapporteras till Socialstyrelsen. Antalet inkomna Lex Maria-ärenden har minskat något under 2004 i jämförelse med det föregående året. Den relativa fördelningen av beslutade Lex Maria-ärenden mellan olika verksamhetsområden är i stort sett oförändrad jämfört med föregående år.

Antalet anmälningar från allmänheten till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har under 2004 ökat jämfört med föregående år medan de ärenden som inkom till HSAN från Socialstyrelsen var något färre än under 2003. Antalet beslutade disciplinåtgärder har i sin tur ökat under 2004. Vidare har antalet avvisade ärenden fortsatt att öka väsentligt under 2004 på samma sätt som 2003.

En ökning kan också noteras beträffande anmälda patientskadeärenden och inkomna klagomål till landets patientnämnder. Den största ökningen har skett i fråga om ärenden som rör bemötande och tillgänglighet i primärvården.

Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) och det avtal om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen som staten har slutit med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Socialstyrelsen presenterade i juni 2005 sin fjärde och sista uppföljning av arbetet med den nationella handlingsplanen.

Socialstyrelsen konstaterar att förbättringar skett inom flera av de områden som handlings-

planen omfattar men att mycket arbete fortfarande återstår och att handlingsplanen totalt sett tycks ha haft begränsad påverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling. I kommunerna förefaller kännedomen om handlingsplanen varit bristfällig. Landstingen har heller inte lyckats omfördela resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatrin.

Handlingsplanen har dock fått till effekt att landstingen arbetar för att öka vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Det handlar t.ex. om åtgärder som utbyggnad av sjukvårdsrådgivning, olika slags telefonpassningssystem och sjuksköterskeledda specialmottagningar. Landstingen arbetar också för att öka läkartätheten i primärvården och för att förbättra läkarmedverkan i den kommunala vården och omsorgen. Även inom området psykisk ohälsa görs insatser, framför allt när det gäller barn och ungdomar. Kommunerna arbetar för att öka kompetensen hos personalen och till viss del med att utveckla anhörigstödet. Samverkan mellan kommuner och landsting är också ett område som man försöker förbättra.

Familjemedicinska institutet

Familjemedicinska institutet (Fammi), en ideell förening som bildades 2002 som en följd av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53), har under året bedrivit en fortsatt aktiv verksamhet.

Fammi har initierat en mängd projekt för att stimulera kompetensutveckling och kunskaps-spridning i primärvården. Däribland kan nämnas Fammidagar, konferenser av och för flertalet av de yrkesgrupper som Fammi representerar. Fammi har också tillsammans med åtta landsting formulerat ett förslag till struktur för kompetensutveckling inom primärvården.

Processen mot att utveckla teamgemensam fortbildning har initierats. Så kallade audits (verktyg för professionell utveckling i form av självgranskning i grupp) för bl.a. sjukskrivning och kronisk obstruktiv lungsjukdom har genomförts.

Statskontoret lämnade den 31 mars 2004 slutredovisningen av sitt uppdrag att granska Fammis verksamhet. Rapporten ligger till grund för diskussionerna mellan staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om Fammis fortsatta verksamhet. Fammis verksamhet kommer att fortgå under 2006 och avsikten

är att därefter på olika sätt ta tillvara de kunskaper som samlats och de verksamheter som påbörjats.

Nationellt planeringsstöd

Socialstyrelsen har i uppdrag att fortlöpande ta fram underlag för bedömningen av hälso- och sjukvårdens behov av läkare och sjuksköterskor. Myndigheten bedriver uppdraget inom det nationella planeringsstödet (NPS). Socialstyrelsen skall årligen rapportera de bedömningar myndigheten gör av den aktuella situationen. 2005 års rapport av hälso- och sjukvårdens situation är den tredje resultatredovisningen. Tidigare rapporter har i huvudsak fokuserat på det korta perspektivet. Årets rapport tar sikte på år 2020 och prognostiserar antalet barnmorskor, sjuksköterskor och läkare sysselsatta i hälso- och sjukvården liksom antalet tandhygienister och tandläkare sysselsatta i tandvården. Rapporten innehåller en fördjupad arbetsmarknadsstudie för i huvudsak psykiatrer. Tillgången på psykiatrer är mycket ojämnt fördelad mellan de sex hälso- och sjukvårdsregionerna. Möjligheterna att rekrytera ST-läkare i psykiatri bedömdes vara något bättre. Av rapporten framgår vidare att arbetsmarknaden för läkare, tandhygienister och tandläkare bedöms vara i obalans, då efterfrågan är större än tillgången. Antalet läkare inom hälso- och sjukvården förväntas vara stabilt de närmaste åren och börja minska runt 2010. Socialstyrelsen gör bedömningen att en utökning av läkarutbildningen är nödvändig för att möta denna minskning. Regeringen föreslår att antalet nybörjarplatser på läkarutbildningen utökas med trettio per år fr.o.m. 2006 och planerar att ytterligare utöka läkarutbildningen under 2007.

Psykiatri

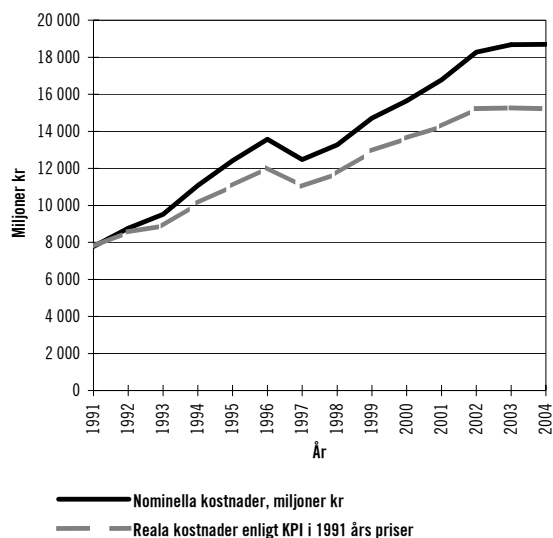
Socialstyrelsen har i en rapport från oktober 2003 (Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan och dess möjliga samband med brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet) bl.a. redogjort för att det begränsade antalet slutenvårdsplatser och tillgången till akut vård, förmedlad av specialister, sannolikt medför risk för att patienter inte får den vård de skulle behöva, särskilt i det akuta skedet. Andra bristområden som uppmärksammas är brister avseende samverkan mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare.

Mot bakgrund av denna rapport har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag genomfört tillsynsinsatser kring omfattningen och inriktningen av riskbedömningar inom den psykiatriska verksamheten. Enligt Socialstyrelsens rapport över verksamhetstillsynen (Riskbedömningar inom den specialiserade psykiatriska vården) sker det i stor utsträckning bedömningar av eventuell risk eller fara för att patienten skall komma att skada sig själv eller andra. Medvetenheten om behovet av att göra bedömningar är hög. Det är enligt Socialstyrelsen ännu inte belagt att ökad kontroll och ökad inlåsning skulle minska risk för våldsbeteende hos psykiskt störda. Däremot bör omhändertagandet, vården och stödet som erbjuds patienterna intensifieras och förbättras. De som har bedömts ha en ökad risk att begå våldsbrott bör identifieras, följas upp och få ett intensivt stöd.

Kostnadsutvecklingen på läkemedelsområdet

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna uppgick under 2004 till drygt 19 miljarder kronor, en ökning jämfört med föregående år med 0,2 procent. Detta är den lägsta kostnadsutvecklingstakten under den senaste tioårsperioden, med undantag för 1997 då förmånssystemet förändrades. Den låga kostnadsutvecklingen berodde delvis på en svagare volymtillväxt, men även prisnivåns nedgång under året har bidragit till i praktiken oförändrade kostnader för förmånerna. I volym ökade antalet dygnsdoser 2004 med 1,1 procent, en jämförelsevis låg siffra.

Diagram 4.3 Utveckling av kostnaderna (exklusive moms) för läkemedelsförmånerna 1991–2004



Läkemedelsförmånsnämnden har jämfört priserna på de 180 mest sålda läkemedlen i Sverige under det första halvåret 2004 med priserna på dessa produkter i 17 andra europeiska länder. Resultatet från undersökningen visar att de svenska läkemedelspriserna ligger cirka sju procent under ett europeiskt genomsnitt. I Norden är det endast Norge som har lägre läkemedelspriser än Sverige. När priserna justeras för skillnader i köpkraft mellan olika länder framstår svenska läkemedel som bland de billigaste i Europa.

Införandet av utbyte av läkemedel på apotek har inneburit att en omfattande priskonkurrens har uppstått. Läkemedelsförmånsnämnden fattade under 2004 över 7 500 beslut om ändring av pris. Både antalet prissänkningar och prishöjningar har ökat i jämförelse med tidigare år. Den övervägande delen av dessa beslut rör prissänkningar som marknadsförande företag ansökt om. Detta tyder på att aktiviteten på marknaden är stor och att företagen kontinuerligt agerar gentemot varandra. Att antalet prisökningsbeslut har ökat betyder emellertid inte att prisnivån har gått upp generellt sett. Under 2004 gick patentet ut för 23 substanser, men dessa var inte några storsäljande produkter. Som jämförelse kan nämnas att de fyra stora substanserna som tappade patenten 2003 stod för cirka tio procent av försäljningen det året. Även om priset har fallit med 40–60 procent på de substanser som förlorade patentet 2004, har den låga andelen av försäljningen gjort att effekten på den totala prisnivån blivit liten.

Det generiska utbytet har lett till en besparing för samhälle och patienter på cirka tre miljarder kronor räknat från att det infördes i oktober 2002 till oktober 2004, jämfört med om ingen reform hade genomförts. Från oktober 2002 till december 2004 sjönk det genomsnittliga priset för produkter där utbyte kan förekomma med hela 27 procent. I genomsnitt har prisnivån på läkemedel totalt sett sjunkit med ungefär 10 procent under samma period. Det är ännu för tidigt att uttala sig om huruvida nedgången i utvecklingstakten för kostnaderna för läkemedelsförmånerna kommer att vara bestående och att reformen därmed har genererat ett trendbrott.

Patienternas kostnader för läkemedel, egenavgifterna, var under 2004 knappt en procent högre än föregående år vilket innebar att egenavgiftsandelen (egenavgifter i förhållande till

summan av förmånerna plus egenavgifter) ökade något från 20,7 till cirka 20,9 procent.

Tabell 4.5 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2000–2004 (inkl moms)

Miljoner kronor

År	2000	2001	2002	2003	2004
Läkemedelsförmånerna	15 879	17 043	18 563	18 985	19 015
Egenavgift	4 826	4 886	5 063	4 967	5 013
Andel egenavgift ¹	23,3%	22,3%	21,4%	20,7%	20,9%
Sluten vård	2 829	3 027	3 262	3 615	4 216
Receptfritt ²	2 326	2 413	2 603	2 718	2 883
Total	25 860	27 369	29 491	30 285	31 127
Andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna ³	15,2%	14,9%	14,8%	14,5%	14,6%

¹ Som andel av förmån + egenavgift

² Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk

³ Preliminära siffror för 2003 och 2004

Källor: Apoteket AB, nationalräkenskaperna SCB

Av Socialstyrelsens rapport från maj 2005, Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos, framgår att kostnaderna för läkemedelsförmånerna 2005 väntas minska med en procent jämfört med 2004. Enligt rapporten ökar emellertid läkemedelskostnaderna i slutenvården allt snabbare. Orsaken till ökningen är enligt Socialstyrelsen dels introduktionen av nya läkemedel, dels att landstingen för över läkemedelskostnader från förmånerna till slutenvården där priserna som en följd av upphandlingsavtal kan vara lägre. Denna överföring bidrar till att hålla förmånskostnaderna nere.

Analys och slutsatser

Det övergripande målet för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik är att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

För verksamhetsområde Hälso- och sjukvård skall kunskapsnivån när det gäller patientsäkerhet, omvårdnad, kvalitet och effektivitet öka och behandlingsmetoder skall i ökad utsträckning vara evidensbaserade. Tillgängligheten skall förbättras på ett sätt som tillförsäkrar alla patienter en bedömning och att vård ges efter behov och inom rimlig tid. Medlen inom läkemedelsförmånerna skall användas på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt.

När det gäller tillgången till evidensbaserad vård och behandling av stora folksjukdomar visar data från nationella kvalitetsregister och hälso-dataregister att utvecklingen är fortsatt positiv. Fortfarande förekommer det dock vissa regionala variationer vad gäller användning av vetenskapligt etablerade behandlingsmetoder. Dessa variationer visar bl.a. att det finns en potential i att ytterligare förbättra vårdens kvalitet och effektivitet.

De satsningar på förbättrad tillgänglighet som genomförts har gett vissa positiva resultat men ännu återstår mycket för att utveckla vardags-tillgängligheten till vården. Det måste bli enklare för patienterna att, via t.ex. Internetbaserade bokningssystem, komma i kontakt med och boka tider i vården. Uppföljningar av den nationella handlingsplanen visar att befolkningen upplever att det har blivit lättare att komma fram på telefon till vårdcentralen. Väntetiderna till läkarbesök på vårdcentralen har dock varit oförändrade under den tid som handlingsplanen varit verksam. En samlad bedömning ger vid handen att handlingsplanen har haft en relativt begränsad påverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling. Landstingen har t.ex. inte lyckats omfördela resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatrin. Bättre tillgänglighet till vården bedöms vara en av de viktigaste förutsättningarna för att kunna bibehålla förtroendet för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. En fortsatt satsning i syfte att ytterligare förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården görs genom överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet om införandet av en nationell vårdgaranti från och med den 1 november 2005.

I diskussionerna om prioriteringar och jämställdhet inom den svenska hälso- och sjukvården har den evidensbaserade medicinen blivit en alltmer betydelsefull metod för att nå en effektivare och bättre vård. En viktig slutsats från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) arbete är att det krävs betydande informationsinsatser och utbildning för att nya kunskaper snabbt och effektivt skall kunna spridas och tillämpas på alla nivåer inom vården. Det finns många metoder som är bevisat effektiva och därmed bör tillämpas i ökad omfattning, men det finns också metoder som antingen saknar vetenskapligt stöd och bör studeras ytterligare eller är bevisat ineffektiva och därför bör uträngöras.

De brister inom psykiatrin som uppmärksammas av Socialstyrelsen och psykiatrisamordnaren kräver fortsatta åtgärder från såväl huvudmännens som statens sida. Regeringen har tidigare konstaterat att nedanstående behov behöver tillgodoses. Tillgängligheten inom såväl den psykiatriska öppenvården som slutenvården behöver förbättras och vård- och stödinsatser behöver integreras. Inom rättspsykiatrin behövs fler platser samt ökad kunskap om vilka behandlingsåtgärder som kan vara långsiktigt effektiva för att förhindra återfall i brott. Det behövs sysselsättning – allt från meningsfull daglig sysselsättning till arbetsträning i reell miljö. I första hand bör verksamheter som byggs upp i samverkan och som från början planeras att ingå i befintlig verksamhet stimuleras. Vidare behövs boenden med anpassat omhändertagande för personer med speciella behov eller särskilt komplicerad problematik. Det krävs ett utökat samarbete, organisatorisk samordning och gemensamma arbetsformer för att bättre ta tillvara de resurser som finns. Fördomar och stigmatisering kräver ett ökat informations- och kunskapsutbyte. Mot bakgrund av dessa behov har regeringen avsatt 500 miljoner kronor under 2005 för att förbättra tillgängligheten till, och stödja verksamhetsutveckling inom, vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. För samma ändamål föreslår regeringen att 200 miljoner kronor avsätts under 2006.

I syfte att uppnå ett kostnadseffektivt och patientsäkert utnyttjande av läkemedel är det centralt att läkemedelsbehandlingar betraktas som en naturlig och integrerad del av den övriga hälso- och sjukvården. På så sätt kan samhällets resurser utnyttjas där de gör mest nytta samtidigt som patienter inte kommer till skada på grund av felaktig läkemedelsbehandling. Pris-konkurrensen på marknaden för generiska läkemedel som uppstod till följd av reformen om utbyte av läkemedel på apotek har överträffat förväntningarna och har i kombination med utgången av patenterna på ett antal storsäljande preparat lett till att kostnadsökningarna för läkemedelsförmånerna har bromsats upp. Kostnaderna för läkemedelsförmånerna kommer dock troligtvis att fortsätta öka i takt med att befolkningen blir äldre och nya behandlingsmetoder utvecklas. Det är därför av största vikt att noggrant följa utvecklingen på läkemedels-

området och vara öppen för att eventuellt ytterligare åtgärder kan komma att krävas i framtiden.

Vården gör allt mer och behandlar allt fler patienter, de medicinska resultaten förbättras ständigt och detta till relativt måttliga kostnadsökningar. I syfte att på ett rättvisande sätt beskriva den positiva utveckling som sker inom vården måste verksamhetsuppföljningen av sjukvården utvecklas ytterligare och förskjutas från ett produktionsperspektiv till att bli mer patientorienterad. Det är vidare viktigt att säkerställa att kunskapen och erfarenheterna från en förbättrad verksamhetsuppföljning ger avtryck i vården i termer av förbättrad kvalitet och ökad patientsäkerhet, men också att kunskapen blir ett instrument för verksamhetsförändring, utveckling och förbättrad effektivitet. Att skapa en bättre och mer rättvisande bild av vårdens prestationsutveckling är också ett viktigt verktyg för att kunna bedöma sjukvårdens framtida resursbehov.

Sammanfattningsvis är bedömningen att vårdens prestationer ur ett kvalitetsperspektiv ständigt blir bättre. Det finns emellertid utrymme för ytterligare förbättringar. När det gäller tillgängligheten till vården bedöms måluppfyllelsen vara något sämre och det krävs omfattande insatser i verksamheten för att uppnå fastslagna mål. Evidensbaserade behandlingsmetoder används i allt större utsträckning men det återstår ännu en hel del arbete för att maximera värdet av insatta resurser. Genomförda reformer på läkemedelsområdet har lett till en effektivare resurshushållning med bibehållen patientsäkerhet och kvalitet.

För att kunna möta de framtida utmaningar som sjukvården står inför krävs breda och omfattande insatser på en rad områden. Vårdens inre och yttre effektivitet behöver förbättras ytterligare. Verksamhetsuppföljningen bör t.ex. vara individbaserad samt använda enhetliga mått och mätmetoder. Det blir då möjligt att sammanställa tillförlitlig och användbar information och i öppna redovisningar jämföra prestationer, kostnader och resultat. En utvecklad och samordnad användning av IT-stöd är också en viktig förutsättning för att höja vårdens kvalitet och att ytterligare förbättra patientsäkerheten och därmed bidra till en effektivisering av sjukvården. En kritisk framgångsfaktor är att innehållet i informationssystemen blir teknikerberoende, vilket innebär att informationsstrukturen måste definieras nationellt, men ge ut-

rymme för internationell samverkan. För att maximera värdet av det alltmer omfattande internationella utbytet på hälso- och sjukvårdsområdet bör fokus i samarbetet ligga på delar där man kan dra mest nytta av erfarenhetsutbyte mellan länder. Europeiska centrum för högspecialiserad vård, patientsäkerhet, IT i vården och utvärderingar av medicinska teknologier är några aktuella områden där internationellt samarbete, inte minst inom EU, ytterligare kan förbättra och effektivisera svensk hälso- och sjukvård.

4.6 Verksamhetsområde Tandvård

4.6.1 Insatser

Insatser inom politikområdet

Genom tandvårdsstödet, som administreras av Försäkringskassan, bidrar staten till att minska den enskildes kostnader och göra tandvården tillgänglig för fler. Totalt utbetalades under 2004 drygt 3 miljarder kronor i tandvårdsersättning, varav ungefär hälften avsåg tandvård enligt bestämmelserna om högkostnadsskydd för protetik för personer som är 65 år och äldre. Utgifterna ökade kraftigt under 2004, vilket beror på att effekterna av högkostnadsskyddet slog igenom med full kraft först detta år.

Som ett led i regeringens uppföljning av tandvårdsprisernas utveckling hölls en hearing på Socialdepartementet i februari 2005. I hearingen medverkade tandvårdens organisationer samt bl.a. företrädare för pensionärsorganisationer och Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO). Bakgrunden var bl.a. rapporter från Konkurrensverket, Konsumentverket och Riksförsäkringsverket som tillsammans visade en tandvårdsmarknad som präglas av kraftiga prisökningar, bristande konkurrens och en svag ställning för patienten. Ett stort antal förslag till åtgärder framfördes av de närvarande myndigheterna och organisationerna. Det rådte framför allt stor enighet om att informationen till patienterna måste förbättras. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att överväga hur informationen till patienterna om kostnader och behandlingsalternativ kan förbättras.

Särskilda insatser genomfördes under 2004 och 2005 för att följa upp den tandvård som om-

fattas av reglerna om högkostnadsskydd för äldre. Riksförsäkringsverket (numera Försäkringskassan) granskade inom ramen för sin tillsyn hur försäkringskassan i Skåne hade handlagt ärenden om förhandsprövning medan Socialstyrelsen granskade hur behandlingsförslagen i ett antal ärenden förhöll sig till tandläkares skyldigheter enligt 2 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS).

Beträffande tandvården saknas i många avseenden statistik som möjliggör en uppföljning och utvärdering av de insatser som görs. Mot den bakgrunden har regeringen uppdragit åt Socialstyrelsen och Försäkringskassan att utveckla statistiken inom tandvården för att det i framtiden skall finnas tillgång till riksomfattande jämförbar statistik inom området. Vidare skall ett underlag som gör det möjligt att bedöma befolkningens tandhälsa tas fram samt en analys av tandvårdsförsäkringens eventuella påverkan och effekter på tandhälsan göras. Uppdraget skall redovisas i en delrapport senast den 30 november 2005 och i en slutrapport senast den 30 juni 2006. I fråga om högkostnadsskyddet för protetik sker i dag en regelbunden rapportering av statistik och Försäkringskassan har också tagit fram uppgifter om hur tandvårdsersättningen generellt fördelar sig på olika behandlingsåtgärder.

Genom ekonomiska bidrag till kompetenscentrum inom tandvårdsområdet medverkar staten till en kvalitetsförbättring inom olika delar av tandvården. Socialstyrelsen fördelade under 2004 sammanlagt cirka 12 miljoner kronor till följande centrum: Kunskapscentrum för dentala material (KDM), Mun-H-Center i Göteborg och Kompetenscenter för sällsynta odontologiska tillstånd vid Odontologiska institutionen i Jönköping.

Enligt rapporter från bl.a. Socialstyrelsen och Högskoleverket kommer antalet tandläkare att minska kraftigt fram till 2020, men det finns enligt regeringens bedömning inte anledning att förvänta sig att behovet av tandläkare skall minska i samma utsträckning. Regeringen avsatte i budgetpropositionen för 2005 medel för en viss utökning av tandläkarutbildningen. Fortsatta utökningar planeras med tjugo nybörjarplatser fr.o.m. 2006 och ytterligare tio nybörjarplatser fr.o.m. 2007.

Socialstyrelsen överlämnade hösten 2004 sin rapport Tandsköterskans roll i den framtida tandvården – arbetsuppgifter, utbildningsnivå, tillgång och efterfrågan till Socialdepartementet. I rapporten redovisar Socialstyrelsen sin bedömning av vilka arbetsuppgifter som tandsköterskorna bör ha samt vilken nivå utbildningen bör ligga på.

Insatser utanför politikområdet

Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen (1985:125) för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade i särskilda boendeformer samt personer som bor i egen bostad men har stort behov av vård och omsorg. I landstingens ansvar ingår också tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Landstingens kostnader för verksamheten sjönk under 2003 med 24 miljoner kronor efter att successivt ha ökat under hela perioden 1999–2002. År 2003 uppgick kostnaderna till 630 miljoner kronor.

Landstingen kompenseras ursprungligen för sina kostnader genom ett särskilt statsbidrag, vilket från och med 2002 överfördes till det generella statsbidraget till landstingen. Bidraget uppgick från början till 405 miljoner kronor. Dessutom beräknades ändrade ersättningsregler för oralkirurgisk behandling ge landstingen en kompensation motsvarande 80 miljoner kronor. Från och med 2004 ökades dåvarande anslaget 48:1 *Generellt statsbidrag till kommuner och landsting* (fr.o.m. 2005 anslaget 48:1 *Kommunal-ekonomisk utjämning*) inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner med 281 miljoner kronor för att kompensera landstingen för ökade kostnader. Från och med 2005 ökades anslaget med ytterligare 30 miljoner kronor för detta ändamål. År 2004 höjdes anslaget engångsvis med 204 miljoner kronor som kompensation för verksamhetens beräknade underskott under tiden 1999–2003. Den statliga ersättningen, inklusive de belopp som tillförts det generella statsbidraget, har sammantaget överstigit landstingens kostnader under perioden 1999–2003.

4.6.2 Resultatredovisning

Mål

Målet för politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik är att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras. För verksamhetsområdet Tandvård har regeringen fastställt som mål att tandhälsan skall förbättras för de grupper som är mest eftersatta ur tandhälsosynpunkt. Regeringen har för avsikt att se över målformuleringen för tandvård framöver.

Resultat

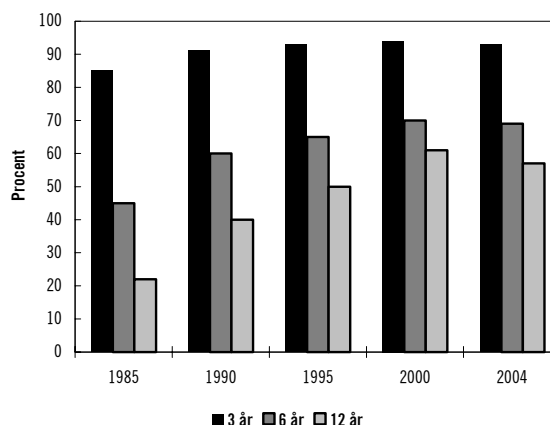
Resultatet för verksamhetsområdet kan bedömas med ledning av bl.a. undersökningar och statistik rörande tandhälsan, uppgifter om Socialstyrelsens tillsynsarbete, uppgifter från landstingen om tandvården för särskilda patientgrupper, information om prisökningar på tandvård samt andra rapporter och uppföljningar som gjorts av exempelvis Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

De totala kostnaderna för tandvården uppgick under 2003 till närmare 19 miljarder kronor, varav patientavgifterna utgjorde 61 procent. Statens utgifter för tandvårdsförsäkringen uppgick detta år till 2,6 miljarder kronor medan landstingens nettokostnader uppgick till omkring 4,4 miljarder kronor och investeringsutgifterna till drygt 0,1 miljarder kronor. Under 1999–2002 ökade de totala kostnaderna årligen med cirka 6–7 procent, men 2003 blev ökningen drygt 12 procent. Den stora ökningen berodde på att patienterna betalade mer samt att utgifterna för tandvårdsförsäkringen ökade på grund av att tandvårdsreformen för personer som är 65 år eller äldre slagit igenom.

Tandhälsans utveckling

Tandhälsan hos barn och ungdomar följs upp genom att förekomsten av karies registreras. Statistik från landstingen sammanställs sedan av Socialstyrelsen.

Diagram 4.4 Procentuell andel kariesfria



Källa: Socialstyrelsen

Uppgifterna för 2004 är preliminära.

Andelen barn som bedömts kariesfria i mjölk-tandsbettet har ökat för 3- och 6-åringar mellan åren 1985 och 2000. Någon direkt förändring har inte skett under åren 2001–2004 (data för 2004 är dock preliminära). Andelen kariesfria 2004 är 93 procent för 3-åringarna och 69 procent för 6-åringarna, dvs. lika stor andel kariesfria som 2002.

Vad gäller 3-åringar har andelen kariesfria barn inte förändrats sedan 1995. En liten ökning av andelen kariesfria 6-åringar har dock skett under de senaste nio åren även om en minskning med en procentenhet skett sedan 2000. På riksnivå går det således inte att få belägg för att tandhälsan försämrats hos förskolebarnen, även om andelen kariesfria är ett relativt trubbigt mått som egentligen anger tandläkarens bedömning om fyllningsterapi behöver utföras eller inte.

Den procentuella andelen kariesfria 12-åringar har ökat relativt kraftigt med 39 procentenheter mellan åren 1985 och 2000. Även mellan 1995 och 2000 ses en ökning medan däremot en viss minskning av andelen kariesfria 12-åringar skett mellan åren 2000 och 2004. Andelen kariesfria är densamma 2004 som 2002. En trolig förklaring är att landstingen i allt större utsträckning kallar enbart så kallade riskpatienter årligen.

Tabell 4.6 Procentuell andel kariesfria approximant av undersökta 19-åringar

År	Kariesfria approximant
1985	36,1
1990	50,1
1995	55,7
2000	58,3
2004	59,3

Uppgifterna om 19-åringar är speciellt intressanta eftersom den åldersgruppen representerar slutet på den avgiftsfria organiserade barn- och ungdomstandvården. Sedan 1985 har andelen ungdomar som är kariesfria approximant (dvs. på kontaktytor i tandbågen) ökat med drygt 23 procentenheter. Som framgår av tabellen har det skett en liten ökning av andelen 19-åringar som är kariesfria approximant också mellan åren 2000 och 2004. Det är de approximala kariesskadorna som är de som framför allt ger upphov till ett framtida vårdbehov genom att många fyllningar behöver göras om.

Några landsting har redovisat uppgifter om tandhälsan i olika befolkningsområden. De visar att tandhälsan är sämre i områden med en hög andel av socioekonomiskt svaga grupper (bl.a. familjer som har utländsk bakgrund, låg utbildning och hög arbetslöshet). I dessa områden sker en förstärkning av de förebyggande insatserna, inte enbart de individbaserade förebyggande åtgärderna utan ofta också genom generella åtgärder t.ex. fluorsköljningar.

Det är viktigt att framhålla att i den statistik som Socialstyrelsen samlar in årligen ingår endast sådana kariesskador som behöver behandlas med fyllningar. Utöver dessa skador finns ytliga kariesskador som kräver förebyggande åtgärder för att inte utvecklas till direkta skador. Det bör också nämnas att det inte finns någon uttalad skillnad avseende karies mellan pojkar och flickor i någon av de inrapporterade åldersgrupperna.

Det saknas aktuell riksomfattande statistik över den vuxna befolkningens tandhälsa. Undersökningar som genomförts i vissa landsting visar bl.a. att det skett en påtaglig minskning av antalet tandlösa sedan 1970-talet. Eftersom det finns ett stort behov av bättre underlag på detta område har Socialstyrelsen och Försäkringskassan fått i uppdrag att gemensamt ta fram ett sådant underlag.

Tandvårdens kvalitet

Antalet avgjorda tillsynsärenden hos Socialstyrelsen ökade något under 2004. Bland dessa ärenden var antalet anmälningar från enskilda personer mer än dubbelt så stort som 2003, medan antalet Lex Maria-ärenden låg på ungefär samma nivå som 2003. Antalet Lex Maria-ärenden som inkom under 2004 var något mindre än 2003.

Särskilda tillsynsinsatser riktades under 2004 mot implantatprotetiken. Vid en uppföljning av implantatprotetiken i den norra regionen fann Socialstyrelsen att patientsäkerheten på det hela taget var god, även om vissa förbättringar skulle kunna göras.

På uppdrag av regeringen genomförde Socialstyrelsen under 2004 en särskild granskning av vårdgivares behandlingsförslag enligt bestämmelserna om högkostnadsskydd för personer som är 65 år eller äldre. Socialstyrelsen fann brister i behandlingsplaneringen i var fjärde förhandsprövning, vilket redovisas i rapporten Granskning av vårdgivares behandlingsförslag enligt § 17 tredje stycket förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Det behöver inte betyda att den vård som getts har samma brister. I många fall är bristerna av ett sådant slag att de skulle ha kunnat avhjälpas med enkla kompletteringar, vilket också kan ha skett under ärendets fortsatta handläggning. I sin slutrapport framför Socialstyrelsen att Försäkringskassan och Socialstyrelsen bör utveckla ett samarbete med tyngdpunkt lagd på att öka patienters säkerhet i vården, samt att Försäkringskassan bör skapa rutiner som säkerställer att anmälan görs till Socialstyrelsen då försäkringstandläkare identifierar systematiska brister i tandläkares behandlingsförslag eller yrkesutövningen i övrigt.

Genom sin tillsyn har Socialstyrelsen fått bilden av en hård vårdbelastning och att flertalet privattandläkare är mycket restriktiva med att ta emot nya patienter.

Vid en granskning av tandvård till barn med svåra funktionshinder konstaterades att uppmärksamheten kring den orala hälsan hos barn med svåra funktionshinder är god på många ställen, men att den kan förbättras i en del avseenden.

Stöd till kompetenscentrum

Av totalt 13 miljoner kronor som avsatts för ekonomiskt stöd till kompetenscentrum under 2004 förbrukades cirka 3,3 miljoner kronor för verksamheten vid Kunskapscentrum för dentala material (KDM) vid Socialstyrelsen. KDM drivs som en självständig verksamhet inom Socialstyrelsen och har till uppgift att ge information, utbildning, konsultation och handledning inom området dentala material. Under 2004 publicerades sex nya och ett reviderat kunskapsdokument på KDM:s webbplats. Därmed uppgick det totala antalet dokument till 23 vid slutet av 2004. Ett samarbetsprojekt med Nordisk Instituttt för Odontologisk Materialprövning (NIOM) har inletts i syfte att regelbundet publicera dokument om kvalitetstest av vissa dentala material som har stor betydelse för tandvården. Gensvaret för KDM har enligt Socialstyrelsen varit fortsatt positivt.

Mun-H-Center i Göteborg, Västra Götalandsregionen, erhöll 7 miljoner kronor och Kompetenscenter för sällsynta odontologiska tillstånd vid Odontologiska institutionen i Jönköping, landstinget i Jönköpings län, tilldelades 1,5 miljoner kronor. Bidragen fördelades med utgångspunkt från omfattningen av den nationella verksamheten vid respektive centrum. Mun-H-Center utvecklas vidare som ett centrum för expertkunskaper kring odontologi/orofaciala problem hos små och mindre kända handikappgrupper. Kompetenscentret i Jönköping är mer inriktat mot sällsynta odontologiska tillstånd med orofaciala manifestationer och avvikande utseende. De båda centrumen har inletts ett omfattande samarbete för att resurserna skall tas till vara på bästa möjliga sätt.

Tandvårdens tillgänglighet

I detta avsnitt redogörs bl.a. för prisutvecklingen, personaltillgången och andra faktorer som påverkar tillgängligheten.

Prisutvecklingen

Riksförsäkringsverket (RFV) redovisade under hösten 2004 en uppföljning av prisutvecklingen avseende tandvård i rapporten Landstingens och privattandvårdens patientpriser, april 2004. Rapporten belyser prisutvecklingen från december 1998 till och med april 2004. Den bygger på en sammanställning av totalt tolv behandlings-

paket för vilka patientpriser har beräknats. Eftersom undersökningen avser patientpriserna inverkar även förändringar i tandvårdsstödet på den prisutveckling som redovisas.

RFV konstaterade bl.a. att de kraftiga prisökningarna hade fortsatt och att landstingens priser för samma åtgärder varierade stort. Av rapporten framgår bl.a. att inom landstingen ökade patientpriserna med mellan 9 och 102 procent beroende på behandling. Privattandvårdens patientpriser ökade med mellan 11 och 125 procent beroende på patientens ålder och typ av behandling. Generellt hade enligt RFV patientpriset för mindre behandlingar som rutinundersökningar, enklare förebyggande vård och mindre lagningar ökat minst medan behandlingar innehållande protetiska åtgärder eller omfattande bastandvård (exempelvis rotfyllningar) hade ökat mest. Vårdgivarnas organisationer har framfört invändningar om att tandvården framför allt i början av den undersökta perioden var underfinansierad och att kraftiga prisökningar var nödvändiga för att skapa utrymme för nödvändiga investeringar, kompetensutveckling m.m.

Landstingsförbundet följer upp den årliga utvecklingen av folktandvårdens priser för allmän-tandvård. Prisökningarna på olika åtgärder har i Landstingsförbundets undersökningar vägt samman med hur vanligt förekommande respektive åtgärd är. I den senaste rapporten redovisas prisutvecklingen mellan januari 2004 och januari 2005. Under denna period var den genomsnittliga prisökningen 3,7 procent. Det var betydligt lägre än föregående år, då prisökningen uppgick till 5,3 procent. Den ackumulerade prisökningen mellan 1998 och 2005 var 65,7 procent.

Riksförsäkringsverket (numera Försäkringskassan) har under 2004 och 2005 kvartalsvis redovisat en analys av handläggningen av ärenden samt vårdgivarnas agerande när det gäller högkostnadsskyddet för personer som är 65 år eller äldre. I två rapporter under 2005 (Försäkringskassans handläggning, vårdgivarens agerande samt kvalitetshöjande åtgärder inom högkostnadsskyddet avseende protetik för dem som fyller minst 65 år det år vården ges) har Försäkringskassan redogjort för prishöjningar på protetik. Myndigheten konstaterar i dessa rapporter att landstingen i många fall hade ändrat taxan på så sätt att man hade tagit bort de lägre latituderna för mindre komplicerade behandlingar, vilket lett till prishöjningar och inneburit ökade försäkringskostnader för protetik inom hög-

kostnadsskyddet. Även patientpriset för vård inom högkostnadsskyddet hade i vissa fall ökat genom att privata vårdgivare hade fakturerat patienterna högre priser för material. Detta kunde enligt Försäkringskassan inte förklaras med högre inköpskostnader för vårdgivarna. Vid en granskning av ett slumpmässigt urval ärenden fann Försäkringskassan att vårdgivare i omkring hälften av alla granskade ärenden hade debiterat patienten på ett sätt som inte är förenligt med avsikten med högkostnadsskyddet.

Befolkningens tandvårdsutnyttjande

Olika undersökningar har gett en bild av i vilken utsträckning befolkningen utnyttjar tandvården samt orsaker till att vissa avstår från tandvård. Flertalet människor uppsöker regelbundet tandvården, vilket bl.a. Socialstyrelsens undersökningar av tandvården i fyra län visar.

I en rapport från LO med titeln Laga hålen i tandvårdsförsäkringen sammanställs faktaunderlag avseende tandvårdssstödet. Bland annat redovisas uppgifter från SCB:s levnadsnivåundersökningar (ULF) och SCB:s årliga undersökningar om hushållens ekonomi (HEK).

Andelen som år 2002–2003 uppgav att de haft ett icke tillgodosett behov av tandvård på grund av att de inte hade råd varierade avsevärt mellan olika åldersgrupper och mellan arbetare och tjänstemän. Dessutom fanns det betydande skillnader mellan könen. Äldre manliga tjänstemän hade i mycket liten utsträckning avstått från tandvård på grund av kostnaderna. Bland kvinnor i åldern 16–34 år i arbetarkollektivet var det 17,5 procent som hade avstått från tandvård på grund av att de inte hade råd, medan motsvarande andel bland manliga arbetare i samma ålder var cirka 11 procent. Skillnaderna mellan könen är mindre i åldrarna över 35 år. Bland vissa grupper av kvinnor, nämligen ensamstående med barn och socialbidragstagare, var det över en tredjedel som hade avstått från tandvård för att de inte haft råd. Situationen för ensamstående män med barn framgår inte av undersökningen. Bland förtidspensionärer och arbetslösa visar statistiken att det var fler män än kvinnor som avstått med motiveringen att de inte hade råd. I alla dessa grupper, samt bland exempelvis personer födda utomlands, är andelen som avstått av kostnadsskäl större än genomsnittet för samtliga, men den högsta andelen redovisas för socialbidragstagare och ensamstående mammor.

Statistik från ULF visar vidare att besöksfrekvensen minskat jämfört med 1990-talets början. Ensamstående kvinnor med barn är den grupp som besöker tandvården i minst utsträckning. I åldersgruppen 25–34 år hade nästan var tredje man och var femte kvinna inte besökt tandvården de senaste två åren enligt ULF-undersökningen 2002/2003. I rapporten nämns flera förklaringar, bl.a. ökade kostnader för patienterna men också en förändring mot att göra kontroller mer sällan.

Personalsituationen

Socialstyrelsen har inom ramen för det nationella planeringsstödet, NPS, redovisat tillgång och efterfrågan på tandläkare och tandhygienister samt gjort en bedömning av den framtida utvecklingen. Utifrån de antaganden som görs och som bland annat bygger på oförändrad utbildningsvolym beräknas antalet tandläkare som är sysselsatta inom tandvården minska från 7 300 år 2002 till 4 700 år 2020. Under samma tidsperiod beräknas antalet tandhygienister sysselsatta inom tandvården öka från 2 800 till 4 500. En enkät som Socialstyrelsen genomfört bland landstingen tyder på att efterfrågan på tandläkare på de flesta håll är större än tillgången och att de regionala variationerna är relativt små. När det gäller tandhygienisterna är de regionala skillnaderna större, men i de flesta landsting bedömer man att det råder balans eller att efterfrågan är större än tillgången.

Socialstyrelsen bedömer att det behövs en kraftig utökning av tandläkarutbildningen för att undvika en varaktig obalans mellan tillgång och efterfrågan. Högskoleverket har i sin rapport Tillgången på läkare, sjuksköterskor, tandläkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter fram till 2020 kommit till liknande resultat när det gäller hur tillgången på tandläkare kommer att utvecklas. För att möta det beräknade behovet av tandläkare i framtiden har tandläkarutbildningen utökats från och med 2005 genom att antalet helårsstudenter höjts vid Göteborgs universitet och vid Umeå universitet.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag undersökt tandvårdens behov av tandsköterskor samt tandsköterskors roll i den framtida tandvården. Socialstyrelsen anser att tandsköterskan bör ha en assisterande roll med vissa patientrelaterade arbetsuppgifter. I rapporten, Tandsköterskans roll i den framtida tandvården, föreslås en utbildning i form av antingen en påbygg-

nadsutbildning (PU) inom den kommunala vuxenutbildningen eller en kvalificerad yrkesutbildning (KY). Enligt uppgifter från arbetsgivarna och de fackliga organisationerna finns det omkring 12 300 yrkesverksamma tandsköterskor, varav knappt 8 000 återfinns i folk-tandvården och övriga i privattandvården. SCB:s Arbetskraftbarometerundersökning för 2002 samt uppgifter från de fackliga organisationerna om låg arbetslöshet tyder på att det föreligger en brist på yrkeserfarna tandsköterskor, dvs. efterfrågan överstiger tillgången. Nuvarande utbildningsvolymerna kommer inte att räcka för att täcka de pensionsavgångar som kommer att ske under den närmaste tioårsperioden, men hur många tandsköterskor som kommer att efterfrågas beror bl.a. på det framtida tandvårdsbehovet och tandvårdsstödet utformning.

Tandvård för särskilda patientgrupper

År 2003 uppgick landstingens kostnader för särskilda patientgrupper till totalt 630 miljoner kronor fördelat på drygt 62 miljoner kronor för uppsökande verksamhet, närmare 326 miljoner kronor för nödvändig tandvård, närmare 206 miljoner kronor för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling samt knappt 37 miljoner kronor för administration och information.

Under 2003 skedde en ökning av antalet uppsökta personer, från 88 000 föregående år till 91 000. Det innebar att antalet uppsökta under 2003 motsvarade ungefär hälften av dem som av landstingen bedömts kunna komma i fråga för erbjudande om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Siffrorna för enskilda landsting varierade fortfarande mycket kraftigt, mellan 18 och 81 procent. Antalet som fick nödvändig tandvård sjönk med 5 000 och uppgick under 2003 till knappt 93 000. Kostnaden per patient uppgick till cirka 3 500 kronor, vilket var i det närmaste oförändrat jämfört med 2002.

Antalet personer som fick tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling ökade något under 2003 till närmare 37 000. Under 2001 och 2002 fick cirka 35 000 personer tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Kostnaden per patient sjönk något 2003 efter att under tidigare år ha ökat. Skillnaderna mellan landstingen är fortfarande relativt stora men jämfört med 2002 har det skett en påtaglig utjämning.

Tandvårdsstödet

Utgifterna för tandvårdsförsäkringen ökade kraftigt under 2004. År 2004 utbetalades drygt 3 miljarder kronor i tandvårdsersättning vilket var en halv miljard kronor mer än 2003. Skillnaden beror på de ökade utgifterna för vård enligt reglerna om högkostnadsskydd för personer som är 65 år eller äldre. Under hösten 2003 fattade försäkringskassan beslut i ett stort antal ärenden, vilket resulterade i stora utbetalningar av tandvårdsersättning under 2004. Ungefär hälften av det totala utbetalda beloppet under 2004 avsåg protetisk tandvård enligt reglerna om högkostnadsskydd.

Det är fler kvinnor än män som ansöker om högkostnadsskydd, vilket är rimligt mot bakgrund av att kvinnorna dominerar i den berörda åldersgruppen. Den genomsnittliga kostnaden är omkring 40 000 kronor, men för männen är den cirka 3 000–4 000 kronor högre än för kvinnorna. Under det första halvåret 2005 ökade genomströmningstiderna vid Försäkringskassans länsorganisation i Skåne, som förhandsprövar dessa ärenden. Försäkringskassan har tagit fram ett åtgärds paket som bl.a. innebär att man tar hjälp av länsorganisationerna i Stockholm och Västra Götaland för att avverka den ärendebalans som uppstått.

I en rapport om tillsynen över handläggningen under 2004 av ärenden rörande högkostnadsskydd konstaterade Riksförsäkringsverket att det fanns brister i en stor del av behandlingsförslagen och att det föreföll som att beslut i vissa fall fattades på otillräckligt underlag. Kvaliteten i handläggningen förbättrades dock successivt under året.

I fråga om övrig tandvård skedde endast små förändringar under 2004. Utgifterna för bastandvård sjönk med över 50 miljoner kronor för åldersgruppen 20–64 år medan utfallet för protetik ökade med nästan lika mycket i samma åldersgrupp. Eftersom ersättningen i dessa fall utbetalas i form av fasta belopp per åtgärd speglar detta förändringar i konsumtionen, men det rör sig om små förändringar som det knappast går att dra några långtgående slutsatser av.

Tabell 4.7 Tandvårdens totala kostnader, 1999–2003

Miljoner kronor, löpande priser

	1999	2000	2001	2002	2003
Patientavgifter	8 130	9 056	9 862	10 424	11 354
varav					
Offentlig tandvård	2 388	2 198	2 036	2 160	2 407
Privat tandvård	5 742	6 858	7 826	8 264	8 947
Patientavgifter som andel av totala kostnader	59,9%	61,8%	63,3%	62,8%	60,9%
Landstingens nettokostnader	3 282	3 411	3 471	4 257	4 354
Landstingens investeringsutgifter	186	151	147	153	136
Tandvårdsförsäkringen	1 426	1 462	1 515	1 604	2 607
Statsbidrag till landstingen för särskilt tandvårdsstöd	405	405	405	0	0
Administrationskostnader	151	163	168	169	204
Summa	13 580	14 648	15 568	16 607	18 655
Årlig förändring av de totala kostnaderna	+6,1%	+7,9%	+6,3%	+6,7%	+12,3%

Källa: Socialstyrelsen, SCB, Landstingsförbundet, RFV

Analys och slutsatser

Det finns indikationer på att prisutvecklingen dämpats på senare tid, men det krävs fortsatt uppföljning av tandvårdspriserna för att få detta bekräftat. Utvecklingen under 2005 blir betydelsefull för regeringens bedömning av om prisutvecklingen stabiliserats på en acceptabel nivå eller om ytterligare åtgärder måste vidtas. Ett område som redan nu bör prioriteras är informationen till patienterna. Mot den bakgrunden har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utreda hur informationen om kostnader och behandlingsalternativ kan förbättras. Regeringen vill dock understryka vikten av att vårdgivarna arbetar kontinuerligt med att förbättra informationen och se till att de bestämmelser om informations-skyldighet som finns i tandvårdslagen (1985:125) och förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa efterlevs.

Stabilare priser och bättre information om kostnader och behandlingsalternativ är av stor betydelse för patienterna, men detta kommer inte att hindra att tandvårdskostnaderna för vissa människor, särskilt de med låga inkomster, även framöver kommer att vara svåra att hantera. Även om de flesta människor går regelbundet till tandläkare eller tandhygienist finns det en grupp som avstår från tandvård trots att de har behov

av det. Det finns olika orsaker till detta, men i många fall tycks det vara kostnaden som är hindret.

Tandvårdsreformen för personer som är 65 år eller äldre, som infördes den 1 juli 2002, har inneburit att ett stort antal äldre kunnat få protetik behandling som många kanske annars hade fått avstå ifrån. Efterfrågan är fortsatt stor och den genomsnittliga kostnaden per patient är hög. Långsiktigt bedömer regeringen att behovet av omfattande protetik i den berörda åldersgruppen kommer att minska, eftersom det uppdämda behov som fanns då reformen infördes till stor del kan väntas bli tillgodosett inom de närmaste åren. Utvecklingen av nya och mer effektiva behandlingsmetoder samt högre krav från patienternas sida kan dock också påverka efterfrågan. En viktig uppgift för Försäkringskassan under den närmaste tiden är att reducera väntetiderna för beslut i ärenden om högkostnadsskydd.

Tillgången på tandvårdspersonal är självfallet av avgörande betydelse för tandvårdens tillgänglighet och måste också beaktas vid framtida förändringar i tandvårdsstödet som kan påverka efterfrågan och inriktningen på den vård som ges. När det gäller tandläkare föreslår därför regeringen att utbildningen ökar med sammanlagt tjugo nybörjarplatser per år vid Karolinska

institutet och Malmö högskola. År 2007 sker en ytterligare utökning med tio nybörjarplatser vid dessa lärosäten. Regeringen kommer att följa den fortsatta utvecklingen noggrant. Antalet tandhygienister kommer att öka framöver och denna yrkesgrupp kan sannolikt ta ett större ansvar för många patientgrupper. När det gäller tandsköterskor är det angeläget att det skapas klarhet i hur den framtida utbildningen skall organiseras och att utbildningen leder till en enhetlig kompetensnivå.

4.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har under 2004 granskat regeringens och berörda myndigheters arbete med att konkretisera riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården och publicerat sina slutsatser i rapporten Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård (RiR 2004:9).

Riksrevisionen anser att regeringen inte har konkretiserat riksdagens riktlinjer för öppna prioriteringar på ett sådant sätt att de har kunnat omsättas i praktiken. Riksrevisionen anser även att regeringen varit alltför passiv i sitt uppföljningsarbete vilket fått konsekvensen att riktlinjerna för prioriteringar fått en relativt undanskyddad roll i den statliga styrningen av hälso- och sjukvården. Riksrevisionen anser därför bland annat att regeringen bör vidta åtgärder för att utveckla riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Med anledning av revisionens påpekanden, samt socialutskottets uttalande på området, avser regeringen att under 2005 ta initiativ till åtgärder i frågan i form av ett uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp prioriteringsarbetet.

Riksrevisionen har i rapporten Regeringens förvaltning och styrning av sex statliga bolag (RiR 2004:28) granskat hur regeringen förvaltats och styrt sex statligt helägda aktiebolag. Ett av dessa är Apoteket AB. Riksrevisionens övergripande bedömning är att det finns behov av och möjlighet att öka tydlighet och insyn samt att förbättra den interna kontrollen i styrningen av de statliga bolagen. Regeringen hänvisar i denna del till utgiftsområde 24 Näringsliv, avsnittet Regeringens redogörelse med anledning av Riksrevisionens iakttagelser, avsnittet Regeringens förvaltning och styrning av sex statliga bolag (RiR 2004:28).

Riksrevisionen presenterade 2005 en granskningsrapport, Ökad tillgänglighet i sjukhusvården? (RiR 2005:7), om regeringens satsning för att öka tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Riksrevisionen anser att regeringen inte i tillräcklig grad styrt den resurstilldelning som var en del av satsningen. Vidare anser Riksrevisionen att regeringen inte på ett tillräckligt sätt säkrat informationsförsörjningen vilket lett till att målen inom ramen för satsningen inte går att mäta eller följa upp på nationell nivå. Med anledning av den kritik som framförts har regeringen i överenskommelsen med Landstingsförbundet om en fortsatt satsning på tillgänglighet och införande av en nationell vårdgaranti, tydligt tryckt på vikten av en noggrann uppföljning. Regeringen kommer också att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och utvärdera såväl tillgänglighetssatsningen som vårdgarantin.

Riksrevisionen har granskat årsredovisningarna, räkenskaperna och verksamheten avseende budgetåret 2004 för samtliga myndigheter inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik. Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för myndigheterna.

4.8 Politikens inriktning

Hälso- och sjukvården utgör en central del av välfärden. De grundläggande principerna för den svenska hälso- och sjukvården framgår bl.a. av de inledande bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Enligt dessa bestämmelser skall hälso- och sjukvården medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Vården skall ges på lika villkor och efter behov och de människor som behöver vården skall behandlas med respekt och ha möjlighet att påverka och vara delaktiga i den vård de erhåller. Utöver vad som läggs fast i HSL finns också de grundläggande principerna om att hälso- och sjukvården skall styras demokratiskt och vara solidariskt finansierad. Dessa principer om en allmän hälso- och sjukvård har under lång tid haft ett starkt stöd i befolkningen.

Tillgängligheten och kvaliteten i hälso- och sjukvården har förbättrats och vårdens insatser når allt fler och allt äldre patienter. Patientens ställning har stärkts genom ökade valmöjligheter och rätt till inflytande och delaktighet i behandlingen. Vården präglas av säkerhet, kompetent

personal och en hög medicinsk kvalitet. Regeringens samlade bedömning, att kvaliteten på den svenska hälso- och sjukvården är hög, får också stöd i internationella jämförelser som visar att svensk sjukvård presterar väl jämfört med vård i andra länder bl.a. med avseende på kvalitet, resultat och effekter.

Hälso- och sjukvården som helhet står emellertid inför stora kvalitativa, strukturella och finansiella utmaningar. Utöver att vara en av de mest centrala delarna av välfärden så är hälso- och sjukvården också en av de mest mångfacetterade och dynamiska sektorerna i samhället. Den kontinuerliga medicinska och medicintekniska utvecklingen innebär nya möjligheter till vård och behandling. Dessa möjligheter måste i största möjliga utsträckning tas tillvara för att medborgarnas framtida behov av vård skall kunna tillgodoses. Regeringen har under de senaste åren gjort stora satsningar för att förstärka hälso- och sjukvården. Genom den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) och den så kallade tillgänglighetssatsningen har viktiga steg tagits mot att långsiktigt förbättra tillgängligheten och förkorta väntetiderna. En viktig del i dessa satsningar har varit medelstillskottet (drygt 12 miljarder kronor) till hälso- och sjukvården under perioden 2001–2004 i syfte att stödja utvecklingsarbetet.

De två ovan nämnda satsningarna och de tillhörande resurstillskotten har följts upp noggrant i syfte att säkerställa att angelägna förbättringsåtgärder vidtagits inom de berörda områdena. Regeringen konstaterar att primärvårdens tillgänglighet och kvalitet behöver utvecklas ytterligare. Dessutom är det regeringens bedömning att det finns behov av ökad uppmärksamhet på den psykiatriska vårdens och omsorgens utveckling.

När det gäller fortsättningen av den nationella handlingsplanen har regeringen under våren 2005 tecknat två överenskommelser med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Den ena överenskommelsen avser främst primärvården och äldreården, i vilken bl.a. utvecklingen av antalet familjeläkare och möjligheten till en fast läkarkontakt betonas. Den andra överenskommelsen avser insatser för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder.

Regeringen tillsatte under hösten 2003 en nationell psykiatrisamordnare (dir. 2003:133) med uppgift att under tre års tid se över vården och de sociala stöden till psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade. Samordnaren skall löpande redovisa sina iakttagelser och förslag till regeringen. Psykiatrisamordnaren har i en rapport till regeringen i juni 2004 lämnat en översikt av dagsläget jämte en första bedömning av behovet av resurstillskott. Mot bakgrund av förslagen i rapporten har regeringen avsatt 500 miljoner kronor under 2005 för att förbättra tillgängligheten till, och stödja och stimulera verksamhetsutveckling inom, vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. För samma ändamål föreslår regeringen att 200 miljoner kronor avsätts för 2006. Av Socialstyrelsens första lägesrapport framgår att satsningen skapat en bred samverkan mellan kommuner och landsting, vilket är ett av de grundläggande syftena med satsningen. Satsningen fyller en viktig funktion i syfte att ge huvudmännen möjlighet att starta upp processer som inte skulle ha kommit till stånd utan statliga tillskott och som kan ge resultat också på lång sikt. Det är regeringens bedömning att bl.a. ökad kompetens och förbättrade rutiner kommer att ge effektivitetsvinster hos huvudmännen och stärkta insatser för målgruppen. Mot bakgrund av detta liksom den positiva utvecklingen inom den kommunala sektorn anser regeringen att det är önskvärt att huvudmännen även fortsättningsvis satsar på att stärka vård, sysselsättning och boende för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder. Psykiatrisamordnaren har i sin rapport från 2004 framhållit nödvändigheten av att en statlig satsning matchas med en jämförbar motprestation från kommuner och landsting. Vidare kommer flera av de generella satsningar som regeringen genomför på hälso- och sjukvårdsområdet också fortsättningsvis att komma målgruppen till godo, däribland satsningarna på vårdgaranti och tillgänglighet liksom fortsättningen på den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården, där psykiatrin är ett prioriterat område.

Den särskilda tillgänglighetssatsningen under 2002–2004 har – tillsammans med bl.a. Landstingsförbundets rekommendation om det fria vårdvalet, utvecklingen av Väntetidsdatabasen hos Landstingsförbundet och Socialstyrelsens arbete med riktlinjer för prioriteringar – utgjort

en del i en samlad satsning för att komma till rätta med väntetidsproblemen i den planerade hälso- och sjukvården. Dessa samlade åtgärder har banat väg för införandet av en nationell vårdgaranti. Regeringen tecknade under våren 2005 en permanent överenskommelse med Landstingsförbundet om tillgänglighet och införandet av en nationell vårdgaranti från och med den 1 november 2005. För ändamålet ökas anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning* med 1,95 miljarder kronor 2005, samt med 1,75 miljarder kronor per år från och med 2006. Genom införandet av en vårdgaranti tas ett viktigt steg för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Enligt regeringens mening är några av de mest centrala utmaningarna för den svenska hälso- och sjukvården dels att, med hjälp av en fortsatt hög kvalitet, jämställdhet och god tillgänglighet på lika villkor för hela befolkningen, bibehålla förtroendet för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet, dels att klara den framtida finansieringen av vården.

Ytterligare ett verktyg för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården är en väl utvecklad sjukvårdsupplysning. Regeringen och Landstingsförbundet har gemensamt avsatt medel för utveckling av en nationell sjukvårdsupplysning per telefon och ett medicinskt beslutsstöd kopplat till upplysningen. Under hösten 2005 kommer systemet att implementeras i ett par landsting. Målsättningen är att en majoritet av befolkningen skall ha tillgång till en nationell sjukvårdsupplysning med det gemensamma telefonnumret 1177 fr.o.m. 2007.

För att målet att hela befolkningen skall ha tillgång till en god hälso- och sjukvård på lika villkor skall kunna uppnås måste särskild vikt läggas vid jämställdhetsperspektivet inom hälso- och sjukvården. Det finns, enligt Socialstyrelsen, fortfarande brister avseende behandlingspraxis när det gäller mäns och kvinnors olika behov. Socialstyrelsen konstaterar att mer utbildning krävs för att de könsspecifika kunskaperna skall integreras i hälso- och sjukvårdens arbete. Regeringen kommer noga att följa hur jämställdhetsperspektivet inom hälso- och sjukvården utvecklas. Regeringen avser att verka för en ökad informationsspridning kring vikten av ett integrerat jämställdhetsperspektiv i såväl det nationella som internationella arbetet inom hälso- och sjukvårdens verksamhetsområde. Dessutom är det angeläget att det inom hälso- och sjukvården läggs vikt vid integrationsperspektivet. Enligt

Sveriges internationella åtaganden när det gäller de mänskliga rättigheterna har också var och en rätt till bästa uppnåeliga fysiska och mentala hälsa. Rätten till bästa uppnåeliga hälsa och skyddet mot diskriminering kommer att behandlas i regeringens nationella handlingsplan för de mänskliga rättigheterna som läggs fram för riksdagen under våren 2006.

En viktig del i arbetet med att förbättra kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården är att säkerställa sektorns tillgång på kompetent personal. Det är också viktigt att försöka förbättra arbetsförhållandena för vårdpersonalen, bl.a. med fokus på att minska ohälsan och sjukfrånvaron. Dessutom måste frågan om samverkan mellan olika vårdgivare, huvudmän och/eller personalkategorier samt frågan om att hitta nya former för sådan samverkan ständigt uppmärksammas. För att öka fokus på frågor om vårdpersonalens arbetsvillkor och arbetsmiljö, samt för att stimulera en gynnsam utveckling, har regeringen via "Kompetensstegen" tagit initiativ till kvalitets- och kompetensutveckling i vård och omsorg om äldre. Utgångspunkten är att genom idéer, råd och stöd inspirera och uppmuntra till kvalitetsarbete genom verksamhetsnära kompetensutveckling av personalen.

Strategiskt viktigt för att säkra den framtida personalförsörjningen är också att personalen erbjuds möjligheter till kontinuerlig utveckling av hög kvalitet. Regeringen har därför under de senaste åren vidtagit åtgärder i syfte att stärka fort- och vidareutbildningen av hälso- och sjukvårdspersonalen bl.a. genom inrättandet av det Familjemedicinska institutet (Fammi). Regeringens avsikt är att stödja Fammi också under 2006.

Regeringen avser att under hösten 2005 tillsätta en särskild delegation för att utreda villkoren för den ideella sektorn och små företag som verkar inom hälso- och sjukvården. Regeringen avser vidare att lämna förslag till lagstiftning om begränsningar för hur vinstmedel inom hälso- och sjukvården bör få användas. En sådan lagstiftning skulle kunna ersätta bestämmelsen om att landstingen endast skall kunna överlämna driften av sjukhus till en entreprenör som inte har något vinstutdelningssyfte.

För att upprätthålla den höga kvaliteten och förtroendet för hälso- och sjukvården är det viktigt att det finns bra system för tillsyn och fungerande system för att hantera situationer då människor skadas i vården. Regeringen har med

stort intresse noterat det utvecklingsarbete som för närvarande bedrivs av Socialstyrelsen i syfte att förbättra verksamhetstillsynen, och kommer även framgent att följa detta arbete och vid behov ta initiativ i frågan.

För att kunna hantera de kvalitativa, strukturella och finansiella utmaningar som hälso- och sjukvårdssektorn står inför är det av största vikt att samhällsekonomin utvecklas gynnsamt, men också att landsting och kommuner har en stabil finansiell situation. Landstingens samlade resultat för 2004 blev ett underskott på 0,2 miljarder kronor. Regeringen följer noga den ekonomiska utvecklingen i landsting och kommuner.

Hög kvalitet och tillgänglighet i hälso- och sjukvården ställer krav på att de resurser som finansierar verksamheten används på ett sådant sätt att de ger maximal effekt. En förutsättning för detta är att det sker en fortlöpande produktivitet utveckling inom sektorn samt att effektiviteten i verksamheten ytterligare förbättras bl.a. genom att förekomsten av evidensbaserad vård ökar. Regionala variationer när det gäller användning av vetenskapligt etablerade behandlingsmetoder förekommer fortfarande men måste på sikt försvinna parallellt med att icke medicinskt motiverade ingrepp/behandlingar upphör. I dagsläget saknas en heltäckande verksamhetsuppföljning med övergripande information om hälso- och sjukvårdens prestationer, kostnader och kvalitet. Detta bidrar sannolikt till effektivitetsbrister i hälso- och sjukvården och försvårar jämförelser och bedömningar av produktivitet utvecklingen. Dessutom måste frågor om produktivitet utveckling få en mer framskjutande plats i landstingens verksamhet. Dessa frågor bör t.ex. kunna ses som en integrerad del av arbetet med organisations- och ledarskapsfrågor.

Möjligheterna att med hjälp av IT-stöd utveckla och förnya hälso- och sjukvården och dess administration bör prövas i än högre grad än vad som redan görs. Regeringen och Landstingsförbundet har, mot bakgrund av ovanstående, inom ramen för den så kallade Dagmaröverenskommelsen för 2005 tagit ett gemensamt initiativ till en fördjupad nationell samverkan kring IT-frågorna. För att förverkliga intentionerna i överenskommelsen har en nationell ledningsgrupp för IT i vård och omsorg inrättats i mars 2005. Ledningsgruppen består av representanter från Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Läke-medelsverket, Apoteket AB, Carelink samt Sveriges Kommuner och Landsting. Lednings-

gruppens arbete skall utmynna i en nationell IT-policy för vård och omsorg. En lägesrapport från ledningsgruppens arbete presenterades i juni 2005.

Socialdepartementets projekt för en översyn av den högspecialiserade vården lämnade sin rapport Högspecialiserad sjukvård – Kartläggning och förslag (Ds 2003:56) med analyser och förslag till regeringen i december 2003. Regeringen kommer under hösten 2005 att ta ett första av två initiativ på området och lägga fram en proposition om rikssjukvård.

Efter det att riksdagen 1997 beslutade om prioriteringsriktlinjerna för hälso- och sjukvården har ett aktivt arbete bedrivits dels av Prioriteringsdelegationen för att följa tillämpningen av riktlinjerna, dels av Socialstyrelsen och Landstingsförbundet för att omsätta riksdagens beslut i praktiska rekommendationer och riktlinjer för prioriteringar i klinisk vardag. Prioriteringar och indikationer för behandling är ett sätt att försöka balansera ökade krav på hälso- och sjukvården med ändliga resurser. Regeringen är av uppfattningen att det är viktigt att de prioriteringar som av nödvändighet sker inom vården skall göras på ett tydligt och transparent vis. Diskussioner om prioriteringar behöver föras inom hela hälso- och sjukvården, men detta får inte tas som intäkt för att begränsa den offentliga sjukvården. Den offentliga sjukvården skall behandla alla patienter som är i behov av vård. Arbetet med prioriteringar får inte ersätta det nödvändiga arbetet med att förbättra produktiviteten inom sektorn, ej heller utgöra en väg ut ur ekonomiska problem. Regeringen följer prioriteringsfrågan noga och har för avsikt att inför 2006 ta initiativ i frågan.

Utvecklingen inom EU visar att hälso- och sjukvården inte längre är uteslutande förbehållen medlemsstaternas nationella system och lagstiftning, utan att det är en sektor som i allt större utsträckning utvecklas i ett europeiskt sammanhang. Ett utökat samarbete kring t.ex. patient-säkerhet och europeiska kliniker för högspecialiserad sjukvård kan ge ett stort mervärde för såväl patienter som hälso- och sjukvårdssystem. Ett ökat patientflöde mellan Sverige och andra EU-länder kommer att ställa nya krav när det gäller att organisera och dimensionera de nationella sjukvårdssystemen. Sveriges ståndpunkt är att ett gott samarbete skapar fördelar såväl för patienter och professioner som för enskilda hälso- och sjukvårdssystem inom hela unionen. Därför

bör samarbetet fortskrida och upprätthållas även i framtiden.

Det är landstingen som enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård för de som är bosatta i Sverige. När personer som är bosatta i Sverige i stället mottar hälso- och sjukvård i ett annat EU- eller EES-land är det i regel Försäkringskassan och staten som svarar för kostnaden. I vissa fall kan landstinget dock stå för en del eller hela kostnaden om uppgörelse om betalning gjorts i förhand mellan Försäkringskassan och landstinget i fråga. Den gällande situationen kan ha negativa konsekvenser för den vård och behandling som bedrivs i Sverige och riskerar att motverka strävanden mot en allt effektivare och mer högkvalitativ vård.

Internationella diskussioner om hälso- och sjukvården förs i ökad utsträckning även utanför EU-samarbetet. Många av de utmaningar som kan identifieras i den svenska sjukvården återfinns även i flera andra länder. Exempelvis gäller detta frågor om tillgänglighet, ägar- och driftsformer samt den långsiktigt hållbara finansieringen av vård och omsorg. Deltagandet i, och bevakningen av, det arbete som sker inom WHO, OECD, Europarådet och Nordiska Ministerrådet måste intensifieras.

Det internationella forum som 2003 skapades på initiativ av de svenska, brittiska och nyzeeländska regeringarna har rönt ett allt större intresse. Forumet, som syftar till att ge politiker, administratörer och forskare från olika länder möjlighet att utbyta kunskap, erfarenheter och idéer för att utveckla en allmän sjukvård som ges efter behov på lika villkor, har hittills hållit fem möten. Deltagandet i och utvecklandet av forumet kommer att vara en fortsatt prioriterad uppgift under kommande år.

Regeringen kan konstatera att de åtgärder som under de senaste åren vidtagits för att öka kontrollen av de offentliga kostnaderna för läkemedelsförmånerna har haft önskvärd effekt. Den årliga kostnadsökningen har dämpats kraftigt och för 2004 uppgick den totala ökningen jämfört med 2003 till endast 0,2 procent. Denna utveckling förklaras främst av effekter av den nya lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. som infördes den 1 oktober 2002, i kombination med att patenten för några av de mest använda läkemedlen löpte ut 2002 och 2003.

I september 2004 träffades en överenskommelse mellan staten och Landstingsför-

bundet om ett nytt treårigt avtal som reglerar statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna fram t.o.m. 2007. Genom överenskommelsen ges goda möjligheter för en fortsatt positiv utveckling inom läkemedelsområdet.

Den svenska modellen med ett detaljhandelsmonopol, genom Apoteket AB, inom läkemedelsområdet för försäljning till konsumenter har enligt regeringens mening lett till såväl en säker och högklassig distribution av läkemedel som lägre kostnader i detaljist- och partihandleden än flertalet andra länder i Europa. EG-domstolens förhandsavgörande i det så kallade Bringwellmålet (mål C-438/02 Hanner) avkunnades den 31 maj 2005. EG-domstolen konstaterade i sitt domslut att artikel 31.1 EG utgör hinder för ett apoteksmonopol som är utformat på det sätt som det svenska apoteksmonopolet var utformat 2001. Bestämmelsen kräver inte att statliga handelsmonopol skall avskaffas men att de utformas på ett sådant sätt att någon diskriminering avseende anskaffnings- och saluföringsvillkor inte föreligger mellan medlemsstaternas medborgare. Ett antal åtgärder i syfte att efterleva EG-domstolens dom har redan genomförts (se avsnittet Insatser inom läkemedelsområdet). Under hösten 2005 avser regeringen att tillsätta en utredare för en mer djupgående analys av EG-domstolens dom.

Forskning bidrar till utveckling och förnyelse, stärker tillväxt och förbättrar medborgarnas möjligheter att leva ett gott liv. Det är av central betydelse att den nya kunskap som forskningen genererar kommer den kliniska verksamheten till godo, detta bl.a. för att maximera utnyttjandet av evidensbaserad vård och behandling samt att säkerställa ett effektivt utnyttjande av befintliga resurser. Inom den medicinska forskningen sker en snabb utveckling. Denna leder i många fall till att nya metoder för diagnostik och behandling tillförs hälso- och sjukvården. Särskilt inom genetiken, men även inom andra områden, aktualiseras grundläggande etiska frågeställningar. Det handlar om människosyn och värderingar och om vilka principer som bör styra handlandet. Frågorna måste hanteras på ett ansvarsfullt sätt så att fundamentala värden inte äventyras. Sökandet efter kunskap som kan leda till bot eller behandling måste därför vägas mot kravet på respekt för integritet och människovärde.

Sverige är i dag världsledande inom flera medicinska forskningsområden. Detta gäller bl.a.

stamcellsforskningen. Det knyts stora förhoppningar till att genom stamcellsterapi i en framtid kunna bota eller lindra sjukdomar som exempelvis diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och sjukdomar som Parkinson och Alzheimer. Forskning på stamceller från befruktade ägg väcker svåra etiska frågeställningar.

Den enskildes kostnader för tandvård har i vissa fall ökat kraftigt under de senaste åren. För personer som är 65 år och äldre har dock kostnaderna för omfattande behandlingar minskat betydligt sedan ett högkostnadsskydd för protetik för äldre infördes 2002. Högkostnadsskyddet blev dyrare än beräknat och vissa ändringar i de förordningar och föreskrifter som styr tillämpningen av högkostnadsskyddet genomfördes därför under 2003 och 2004 i syfte att dämpa kostnadsutvecklingen. Regeringen anser att högkostnadsskyddet även framgent måste följas upp, både vad avser kostnadsutvecklingen och genomströmningstiderna vid Försäkringskassan.

Regeringen avser att under 2006 utforma en tandvårdsreform med inriktningen att säkra en god tandhälsa och ett skydd mot höga tandvårdskostnader. Genomförandet påbörjas 2007.

Det är också av största vikt att tandvårdens personalförsörjning klaras. För att möta det beräknade behovet av tandläkare i framtiden utökas tandläkarutbildningen från och med 2006 med tio nybörjarplatser vardera per år vid Karolinska institutet och Malmö högskola. Från och med 2007 planeras en ytterligare utökning med fem nybörjarplatser vid respektive lärosäte. Det är nödvändigt att även framöver noga bevaka hur personalsituationen utvecklas, vilket bl.a. sker genom Socialstyrelsens nationella planeringsstöd, NPS. En viktig fråga att ta ställning till är hur tandsköterskornas utbildning skall vara organiserad i framtiden. Regeringen ställer sig positiv till Socialstyrelsens förslag till en eftergymnasial utbildning, t.ex. genom kvalificerad yrkesutbildning (KY) eller påbyggnadsutbildning (PU) inom den kommunala vuxenutbildningen.

4.9 Budgetförslag

4.9.1 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tabell 4.8 Anslagsutveckling 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor				
2004	Utfall	3 161 601	Anslags-sparande	1 555 474
2005	Anslag	3 498 000 ¹	Utgifts-prognos	2 980 000
2006	Förslag	3 026 000		
2007	Beräknat	3 040 000		
2008	Beräknat	3 055 000		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Anslaget finansierar huvudsakligen det statliga tandvårdsstödet som administreras av Försäkringskassan. En mindre del av anslaget, 13 miljoner kronor 2004, utgörs av medel till kompetenscentrum på tandvårdsområdet.

Utfallet för anslaget 13:1 *Tandvårdsförmåner m.m.* under 2004 blev totalt 3,16 miljarder kronor, vilket var ungefär 0,9 miljarder kronor lägre än anvisat i statsbudgeten. Avvikelsen från tilldelade medel, inklusive ett anslagssparande från 2003 om drygt 0,6 miljarder kronor, blev drygt 1,5 miljarder kronor. Avvikelsen härrör sig till högkostnadsskyddet för protetisk tandvård för personer som är 65 år eller äldre. Enligt regeringens beslut har hela anslagssparandet dragits in.

Tandvårdsersättning

Utfallet för anslagsposten Tandvårdsersättning blev 0,5 miljarder kronor högre 2004 än föregående år. Förändringen beror till största delen på ökade utgifter för högkostnadsskyddet för protetik för gruppen 65 år och äldre, till följd av att försäkringskassan fattat allt fler beslut i förhandsprövningsärenden, vilka senare efter utförd behandling har lett till utbetalning av tandvårdsersättning. För bastandvård utbetalades för samtliga åldersgrupper drygt 1,2 miljarder kronor, vilket var något mindre än 2003. Utgifterna för protetik uppgick totalt till omkring 1,9 miljarder kronor, vilket innebar en ökning med närmare 0,6 miljarder kronor. Merparten av utgifterna, 1,6 miljarder kronor, avsåg gruppen 65 år eller äldre.

Utvecklingen hittills tyder på att andelen ärenden som slutligen resulterar i en tandvårdsräkning är lägre än man tidigare utgått ifrån, vilket givetvis påverkar utfallet. De regeländringar som infördes den 1 januari 2004 har medfört att vissa typer av behandlingar minskat eller bortfallit, men det är inte möjligt att närmare ange vilka effekter detta haft på utgifterna. De utbetalningar som gjordes under 2004 avsåg dock till stor del ärenden som hade förhandsprövats av försäkringskassan före årsskiftet 2003/2004, varvid då gällande regler tillämpats.

Enligt tillgänglig statistik rörande högkostnadsskyddet för personer som är 65 år eller äldre har antalet inkommande ärenden minskat efter det första året, då det uppenbarligen fanns ett stort uppdämt behov av protetiska behandlingar i åldersgruppen. Genomströmningstiderna för förhandsprövningsärenden vid vårdersättningskontoret i Lund, där samtliga ärenden av denna typ handläggs, sjönk under 2004 till mellan tre och fyra månader. Den genomsnittliga ersättningen tycks ha stabiliserats på en nivå kring 40 000 kronor eller strax därunder.

Trots att mycket arbete har lagts ned på att förbättra statistiken över högkostnadsskyddet kvarstår vissa brister och oklarheter, vilket är en orsak till svårigheterna att göra prognoser över utgifterna. Ett annat problem är den långa tidsrymden mellan Försäkringskassans beslut att godkänna en ansökan och den tidpunkt då räkningen för utförd behandling kommer in till Försäkringskassan.

Åtgärder rörande dentala material

I början på 2004 utbetalades ett sista delbelopp om 5 miljoner kronor till Stiftelsen Metallbiologiskt Centrum. Stiftelsen hade därmed erhållit totalt 15 miljoner kronor för sitt uppdrag att enligt ett avtal med staten bedriva verksamhet som avser forskning och fortsatt utvärdering av patientmaterial samt utveckling av diagnosmetoder och behandlingsplaner. Stiftelsen har i sin årsrapport för 2004 redogjort för det arbete som utförts och det som återstår att göra under 2005, som är det sista året som avtalet omfattar. Man har bl.a. genomfört analyser av metaller i blod respektive nukleär mikroskopi och analys av klinisktkemiska parametrar från patientjournaler. Produktion av material till diagnos- och behandlingsprotokoll pågår. På grund av svårigheter att få tillgång till patientjournalerna har vissa delprojekt blivit försenade, men det framgår av års-

rapporten för 2004 att stiftelsen räknar med att kunna färdigställa resultaten av de olika delprojekten under 2005.

Av de medel som ursprungligen avsattes för åtgärder rörande dentala material återstår ett anslagssparande om 20 miljoner kronor. Regeringens ambition är att under hösten 2005 ta ställning till hur dessa medel skall användas.

Medel till kompetenscentrum

Socialstyrelsen disponerar årligen 13 miljoner kronor för fördelning till olika kompetens- och kunskapscentrum inom tandvårdsområdet. För 2004 gällde att högst 5 miljoner kronor fick tilldelas Kunskapscentrum för dentala material (KDM) vid Socialstyrelsen. De sammanlagda utbetalningarna under året uppgick till nästan 12 miljoner kronor, varav KDM förbrukade 3,3 miljoner kronor. Mun-H-Center i Göteborg erhöll 7 miljoner kronor och Kompetenscenter för sällsynta odontologiska tillstånd vid Odontologiska institutionen i Jönköping, landstinget i Jönköpings län, tilldelades 1,5 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Tandvårdsersättning

Kostnaderna för högkostnadsskyddet för protetik för personer som är 65 år eller äldre väntas stiga något under 2006 efter att ha sjunkit under 2005. Prognosen baseras på antaganden om bl.a. antal ärenden som kommer in, antal ärenden som avgörs, andelen bifallsbeslut, genomströmningstider hos Försäkringskassan, behandlingstider och genomsnittlig ersättning. Antalet inkomna ärenden ökade under de första fyra månaderna 2005 jämfört med samma period året innan. Även genomströmningstiderna ökade, men ett åtgärdsprogram har tagits fram av Försäkringskassan och regeringen förutsätter att tiden mellan ett ärendes ankomst och Försäkringskassans beslut kommer att minska under andra halvåret 2005. Trots det måste man räkna med en viss förskjutning av utgifter från 2005 till 2006 jämfört med tidigare prognoser. För övrig tandvård beräknas en marginell ökning av utgifterna under 2006.

Kompetenscentrum på tandvårdsområdet

Även för 2006 skall 13 miljoner kronor avsättas till kompetenscentrum på tandvårdens område. Socialstyrelsen skall disponera medlen och avgöra hur de skall fördelas. Högst 5 miljoner kro-

nor skall tilldelas Kunskapscentret för dentala material (KDM) vid Socialstyrelsen. Diskussioner har påbörjats mellan de nordiska länderna om att inrätta en produktdatabas för dentala material vid Nordisk Institut för Odontologisk Materialprövning (NIOM). Regeringen bedömer att en sådan databas skulle kunna ha ett stort värde för tandvården, särskilt genom att underlätta för vårdgivarna att välja lämpliga material och på så sätt även främja patientsäkerheten. Därför anser regeringen att en del av medlen för kompetenscentrum bör få användas till finansieringen av en sådan databas. Om detta blir aktuellt bör det i första hand ske genom en minskning av de medel som tilldelas KDM.

Tabell 4.9 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	3 498 000	3 498 000	3 498 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Övriga makroekonomiska förutsättningar	0	0	0
Volym	-472 000	-458 000	-443 000
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	3 026 000	3 040 000	3 055 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående beräknar regeringen att 3 026 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:1 *Tandvårdsförmåner m.m.* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 3 040 000 000 kronor respektive 3 055 000 000 kronor.

4.9.2 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tabell 4.10 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

2004	Utfall	19 449 987	Anslags-sparande	13
2005	Anslag	19 767 000 ¹	Utgifts-prognos	19 767 000
2006	Förslag	20 550 000		
2007	Beräknat	21 367 000		
2008	Beräknat	21 367 000		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Från detta anslag utbetalas det särskilda statsbidraget till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånerna. Medlen syftar till att ändamålsenliga och säkra läkemedel skall kunna förskivas till en rimlig kostnad för den enskilde.

Statens ekonomiska ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna har fastställts genom överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet. Innevarande överenskommelse gäller för åren 2005 t.o.m. 2007. Överenskommelsen lägger fast det belopp staten ersätter landstingen med för perioden. För kostnaderna under 2004 erhöll landstingen enligt avtalet 19,6 miljarder kronor och för 2005 erhåller landstingen 19,8 miljarder kronor.

Den överenskomna ersättningen för ett visst år utbetalas från detta anslag till landstingen med ett fast månatligt belopp. Det månatliga beloppet motsvarar en tolfedel av den överenskomna ersättningen och utbetalas två månader i efterhand. Från anslaget utbetalas således under 2005 ersättning till landstingen för läkemedelsförmånerna dels under månaderna november och december 2004, dels under månaderna januari t.o.m. oktober 2005. Under 2004 utbetalades från anslaget således 19,45 miljarder kronor och för 2005 kommer knappt 19,8 miljarder kronor att utbetalas.

Regeringens överväganden

En överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet som reglerar statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna för perioden 2005 t.o.m. 2007 har tecknats. Enligt överenskommelsen ersätter staten landstingen över avtalsperioden med totalt 62 miljarder kronor. Beloppet fördelas mellan åren med 19,8 miljarder kronor för 2005, 20,7 miljarder kronor för 2006 och 21,5 miljarder kronor för 2007. För 2008 finns ännu inget avtal, varför beloppet som avsätts på statsbudgeten tills vidare kommer att motsvara beloppet för 2007.

Tabell 4.11 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	19 767 000	19 767 000	19 767 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	783 000	1 600 000	1 600 000
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	20 550 000	21 367 000	21 367 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående beräknar regeringen att 20 550 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:2 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 21 367 000 000 kronor respektive år.

4.9.3 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tabell 4.12 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2004	Utfall	270 832		17 044
2005	Anslag	271 699 ¹		263 909
2006	Förslag	259 003		
2007	Beräknat	251 992		
2008	Beräknat	264 029		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Syftet med anslaget är att genom riktade satsningar förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet m.m. Från anslaget utbetalas

vissa statsbidrag i enlighet med den överenskommelse som träffas mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården, den så kallade Dagmaröverenskommelsen. Vidare ingår i anslaget för 2005 ersättning till Hjälpmedelsinstitutet, medel för metod- och kunskapsutveckling, ersättning till smittbärare, statlig ålderspensionsavgift, ersättning för vissa kostnader och förluster som uppkommit till följd av myndighetsingripanden för att hindra spridning av smittsam sjukdom enligt smittskyddsförordningen, kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar, stöd till nationellt utvecklingsarbete inom vården och omsorgen, medel till Centrum för patientklassificering och Socialstyrelsens projekt Hur mår Sverige, medel för inrättande av nationellt register över alternativ- och komplementärmedicinska utövare, medel till Apoteket AB:s upprättande och drift av läkemedelsförteckning, medel till Familjemedicinska institutet, medel till Nationella rådet för organ- och vävnadsdonation, samt bidrag till Konsumentinstitutet Läke-medel och Hälsa, till Vidarkliniken och till Rett center.

I budgetpropositionen för 2005 minskades anslaget med cirka 5,8 miljoner kronor. Anslaget uppgår 2005 till knappt 272 miljoner kronor, varav de så kallade Dagmarmedlen utgör cirka 150 miljoner kronor. I samband med den ekonomiska vårpropositionen för 2005 (2004/05:100) har beslutats att på tilläggsbudget tillföra 2,5 miljoner kronor för bidrag till Nätverket för läkemedelsepidemiologi.

Regeringens överväganden

Regeringen har i resultatredovisningen på politikområdesnivå i tillämpliga delar redovisat de insatser som gjorts med stöd av detta anslag, för att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet. Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Läke-medelsverket samt Smittskyddsinstitutet har inkommit med redovisningar av hur de disponerat tilldelade medel ur anslaget.

Den 9 december 2004 godkände regeringen en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården för 2005. Överenskommelsen innebär att den tidigare inriktningen att stärka patientens ställning och förbättra kvalitet, tillgäng-

lighet och IT-stöd inom hälso- och sjukvården, ligger fast. Därvidlag betonas både behovet av att förbättra vårdens tillgänglighet och att öka patienternas inflytande och delaktighet. En ny överenskommelse kommer att tecknas före utgången av 2005.

Regeringen beräknar för 2006 cirka 8,8 miljoner kronor för ersättning för vissa kostnader och förluster som uppkommit till följd av myndighetsingripanden för att hindra spridning av smittsam sjukdom enligt smittskyddsförordningen samt för ersättning till smittbärare, och cirka 1 miljon kronor till statlig ålderspensionsavgift avseende ersättning till smittbärare. Regeringen beräknar vidare 424 000 kronor till kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar samt cirka 1,9 miljoner kronor för stöd till nationellt utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. För 2006 beräknas även 18 miljoner kronor till Familjemedicinska institutet, samt 5,5 miljoner kronor till Centrum för patientklassificering och Socialstyrelsens projekt Hur mår Sverige. Regeringen beräknar att stödja Vidarkliniken med 3 miljoner kronor per år 2006–2007, samt Rett Center med 7 miljoner kronor årligen 2006–2008. Under 2006 beräknas vidare 3 miljoner kronor till Konsumentinstitutet Läkemedel och Hälsa, samt 4 miljoner kronor till Föreningen Nationella hjälplinjen. För Apoteket AB:s drift av läkemedelsförteckning beräknas för 2006 3 miljoner kronor. Vidare beräknar regeringen 2 miljoner kronor till drift av ett nationellt register över alternativ- och komplementärmedicinska utövare. För 2006 beräknar regeringen 49,3 miljoner kronor till Hjälpmedelsinstitutet.

Från och med 2006 beräknas anslaget minska med 7 miljoner kronor årligen för det nationella rådet för organ- och vävnadsdonation vid Socialstyrelsen, medel som förs till anslaget 13:6 *Socialstyrelsen* för att därifrån utbetalas till samma verksamhet. Anslaget reduceras vidare med 10 miljoner kronor för finansiering av Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA) som tidigare finansierats inom den så kallade Dagmaröverenskommelsen. Medlen flyttas till anslaget 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder*. Den 1 januari 2006 inrättas myndigheten för handikappolitisk samordning. Vissa verksamheter inom tillgänglighetsområdet som i dag bedrivs av Hjälpmedelsinstitutet kommer i framtiden att bedrivas inom ramen för den nya myndighetens

verksamhet. Därför minskas det statliga bidraget till Hjälpmedelsinstitutet med 3,5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2006. Anslaget minskas vidare med 15 miljoner kronor per år 2006 och 2007 för att finansiera satsningar på framför allt Rikskvinnocentrum och kvinnojourer.

Anslaget minskas utöver detta med cirka 1,7 miljoner kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 4.13 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor			
	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	269 199	269 199	269 199
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	10 304	3 293	15 330
Överföring till/från andra anslag	-20 500	-20 500	-20 500
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	259 003	251 992	264 029

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående beräknar regeringen att 259 003 000 kronor anvisas under anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 251 992 000 kronor respektive 264 029 000 kronor.

4.9.4 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tabell 4.14 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tusental kronor				
2004	Utfall	40 984	Anslags-sparande	32
2005	Anslag	40 691 ¹	Utgifts-prognos	40 144
2006	Förslag	40 354		
2007	Beräknat	41 110 ²		
2008	Beräknat	41 976 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 40 354 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 40 354 tkr i 2006 års prisnivå.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur ett

samlat medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv. Myndigheten skall sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt samt sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig den kunskap som vunnits. SBU skall utvärdera hur denna kunskap har använts och vilka resultat som har uppnåtts. SBU bedriver ett särskilt program (Alert) för tidig utvärdering av nya metoder som är på väg in i sjukvården. SBU:s verksamhet har i huvudsak redovisats under avsnitten 4.5.1 och 4.5.2.

Under 2005 uppgår anslaget till cirka 40,7 miljoner kronor varav 40,4 miljoner kronor disponeras av SBU.

Regeringens överväganden

Anslaget minskas med cirka 250 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angetts för verksamhetsåret 2004. Inriktningen för SBU:s verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 4.15 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	40 691	40 691	40 691
Förändring till följd av:			
Pris- och löneomräkning ²	-92	669	1 540
Beslut	-245	-250	-255
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	40 354	41 110	41 976

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget.

Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 40 354 000 kronor anvisas under anslaget 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 41 110 000 kronor respektive 41 976 000 kronor.

4.9.5 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tabell 4.16 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2004	Utfall	27 274	Anslags-sparande	430
2005	Anslag	26 394 ¹	Utgifts-prognos	26 871
2006	Förslag	28 845		
2007	Beräknat	29 294 ²		
2008	Beräknat	29 780 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 28 845 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 28 845 tkr i 2006 års prisnivå.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) skall pröva frågor om disciplinpåföljd samt behörighetsfrågor på ett rättssäkert och omsorgsfullt sätt och genom sin bedömning av hur hälso- och sjukvårdspersonalen utövar sina yrken bidra till en förbättrad vårdkvalitet. Myndighetens verksamhet innebär en medicinsk prövning av varje missnöjd patients klagomål och ger därmed möjlighet till en offentlig och oberoende genomlysning av vården. HSAN skall återföra erfarenheterna av verksamheten till hälso- och sjukvården genom samverkan med andra myndigheter/aktörer samt information till sjukvårdshuvudmännen, patientnämnderna och professionerna. Under 2005 uppgår anslaget till cirka 26,4 miljoner kronor.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds årsredovisning för verksamhetsåret 2004 visar att antalet inkomna ärenden ökat med 286 ärenden (cirka 8,4 procent) jämfört med 2003. Antalet avgjorda ärenden har under året varit något fler än antalet inkomna ärenden.

Under 2004 uppgick andelen ordförandebeslut till 83 procent. Motsvarande siffra för de två föregående åren var 83 procent respektive 80 procent. Ordföranden får ensam fatta beslut i bl.a. vissa ärenden som inte innefattar slutligt avgörande i sak, såsom beslut att avvisa för sent inkomna ärenden. Under 2004 avvisade nämnden 924 ärenden. Ordföranden får också fatta beslut i ärenden om disciplinpåföljd som innebär avgörande i sak, om det finns grundad anledning att anta att ärendet inte kan leda till någon disciplinpåföljd och beslutet inte gäller en fråga av principiell beskaffenhet, samt vissa ärenden om återkallelse av legitimation eller behörighet.

Handläggningstiden har förlängts något under 2004, från genomsnittliga 5,4 månader 2003 till 5,5 månader. Mediantiden har varit 5,4 månader under 2004, att jämföra med 5 under 2003.

HSAN har i årsredovisningen för 2004 detaljerat redogjort för könsfördelning hos anmälade patienter, anmäld hälso- och sjukvårdspersonal, handläggare, ledamöter och experter. Myndigheten har också lämnat statistik över fördelningen av medicinska specialiteter i anmälda ärenden och i vilken utsträckning manliga respektive kvinnliga anmälare fått bifall till sina yrkanden. Under 2005 har HSAN också överlämnat en redovisning av myndighetens miljöledningsarbete, samt en jämställdhetsplan för 2005 innehållande lönekartläggning och analys av löneläget samt en planering för det fortsatta arbetet. Vidare har HSAN lämnat en risk- och sårbarhetsanalys till regeringen under 2005.

I november 2005 flyttar HSAN till nya lokaler i Stockholm. Myndigheten kommer att dela lokaler med Allmänna Reklamationsnämnden och Statens haverikommission och sänker då sina lokalkostnader till följd av en något lägre hyra, mindre yta samt väsentliga samordningsvinster genom att de tre myndigheterna har många funktioner i huset gemensamt.

Regeringens överväganden

HSAN vidtar kostnadsbesparande åtgärder som exempelvis lokalbyte, men regeringen bedömer att en förstärkning av myndighetens anslag ändå är nödvändig. Anslaget ökas med 2 miljoner kronor årligen från och med 2006 på grund av den ökade ärendetillströmningen. Det är viktigt både för samhället, den anmälade individen och den vårdpersonal som blir anmäld till HSAN att handläggningstiderna inte blir alltför långa. Ökningen finansieras av en motsvarande minskning av anslaget 13:7 *Läkemedelsförmånsnämnden*.

Anslaget minskas med cirka 160 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angetts för verksamhetsåret 2004. Regeringen anser att den nuvarande inriktningen av HSAN:s verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 4.17 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor			
	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	26 394	26 394	26 394
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	609	1 029	1 484
Beslut	1 842	1 871	1 902
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	28 845	29 294	29 780

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.
² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 28 845 000 kronor anvisas under anslaget 13:5 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 29 294 000 kronor respektive 29 780 000 kronor.

4.9.6 13:6 Socialstyrelsen

Tabell 4.18 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen

Tusental kronor				
År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2004	Utfall	509 120	11 018	
2005	Anslag	492 096 ¹		485 484
2006	Förslag	523 562		
2007	Beräknat	530 656 ²		
2008	Beräknat	538 607 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 521 528 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 519 562 tkr i 2006 års prisnivå.

Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, socialtjänst, tandvård, stöd och service till funktionshindrade, hälsoskydd och smittskydd. Socialstyrelsen har även ett samlat sektorsansvar för handikappolitiken i vård- och omsorgsfrågor. Myndigheten skall säkerställa och främja god hälsa, social välfärd, omsorg och vård på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen ingår vidare i samverkansområdena Skydd, undsättning och vård samt Spridning av allvarliga smittämnen, giftiga kemikalier och radioaktiva ämnen. Dessa samverkansområden beskrivs under utgiftsområde 6 Försvar samt beredskap mot sårbarhet.

Under 2005 uppgår anslaget till cirka 492 miljoner kronor varav 489 miljoner kronor disponeras av Socialstyrelsen.

Ansvaret för administrationen av läkarnas specialistkompetenskurser överfördes den 1 september 2002 från Socialstyrelsen till Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS). IPULS har för 2004 erhållit 16,6 miljoner kronor för denna verksamhet. För 2005 skall totalt 16,9 miljoner kronor utbetalas till IPULS för denna verksamhet.

Socialstyrelsen disponerar vidare 42 miljoner kronor per år för att stimulera en önskvärd utveckling inom den kommunala socialtjänsten.

Ansvaret för marknadsbevakningen av medicintekniska produkter överfördes från Socialstyrelsen till Läke-medelsverket i september 2001, tillsammans med rättigheten att ta ut avgifter för verksamheten. Under 2004 utbetalades 12,7 miljoner kronor och under 2005 utbetalas cirka 12,9 miljoner kronor från anslaget till Läke-medelsverket för denna verksamhet.

Socialstyrelsen har i februari 2005 redovisat sin kompetensförsörjning till regeringen. Myndigheten gör stora satsningar för att underlätta den framtida chefsförsörjningen. Socialstyrelsen är en kvinnodominerad arbetsplats men arbetar aktivt för att rekrytera fler män till myndigheten. En jämställdhetsplan beslutades i augusti 2002 och arbetet med denna fortgår. Socialstyrelsen har betydligt lägre sjukfrånvaro i samtliga kategorier jämfört med andra myndigheter.

I februari 2005 har Socialstyrelsen överlämnat en redovisning av myndighetens miljöledningsarbete till regeringen. Socialstyrelsen har också, i enlighet med tredje paragrafen i förordningen (2002:472) om åtgärder för framtida krishantering och höjd beredskap, inkommit med en risk- och sårbarhetsanalys för 2005 till regeringen.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.19 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2004	7 577	0	7 577	0
Prognos 2005	7 600	0	7 600	0
Budget 2006	7 600	0	7 600	0

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser avgifter för utfärdandet av legitimationer. Detta arbete sker inom Socialstyrelsens arbete med behörighetsfrågor. Myndigheten disponerar inte någon del av intäkterna från legitimationshanteringen, utan dessa inlevereras i sin helhet till statsbudgetens inkomstsida.

Tabell 4.20 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2004	9 515	4 093	5 422
Prognos 2005	10 000	4 800	5 200
Budget 2006	10 000	4 800	5 200

Avgiftsintäkterna under 2004 för uppdragsverksamhet bestod av avgifter för material från Epidemiologiskt centrum (EpC), för data- och statistikproduktion samt för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m. För publikationer ingår endast tryck- och formgivningingskostnader, inte personalkostnader.

Regeringens överväganden

På politikområdesnivån redovisar regeringen i tillämpliga delar Socialstyrelsens insatser och uppnådda resultat i förhållande till de mål som riksdagen fastställt. Myndighetens verksamhetsområde är mycket omfattande och spänner över stora delar av det socialpolitiska fältet, därför är det endast möjligt att beröra begränsade delar av myndighetens verksamhet i denna resultatredovisning. Regeringens övergripande bedömning är att Socialstyrelsen på ett tillfredsställande sätt arbetat med målen för verksamheten. Inriktningen och omfattningen på verksamheten svarar på ett bra sätt mot de krav som regeringen i olika sammanhang ställt på Socialstyrelsen.

Den 1 januari 2006 inrättas myndigheten för handikappolitisk samordning. Som en följd av detta avvecklas Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) som självständig myndighet. Verksamheten vid Sisus med statsbidragsgivning inom utbildningsområdet, liksom Sisus kansliservice till Nämnden för Rh-anpassad utbildning, övergår till ett särskilt beslutsorgan inom Socialstyrelsen. Regeringen ökar därför anslaget med 9,15 miljoner kronor 2006.

Inom anslaget beräknas 3 miljoner kronor fr.o.m. 2006 för kostnader för drift och administration av det nationella läkemedelsregistret hos Socialstyrelsen. Registret kommer att möjliggöra för Socialstyrelsen att göra epidemiologiska analyser av olika läkemedels risker och nytta samt ge basservice till forskare som vill få ut data från registret för forskning kring läkemedel.

Från anslaget överfördes under 2005 8 miljoner kronor till anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för inrättande och drift av läkemedelsförteckning hos Apoteket AB. Från och med 2006 överförs 3 miljoner kronor per år för driften av en sådan förteckning. Förteckningens syfte är att ge läkemedelsförskrivaren uppgifter om en patients fullständiga läkemedelsanvändning. Anslaget ökas med 7 miljoner kronor per år från och med 2006 för driften av det nationella rådet för organ- och vävnadsdonation vid Socialstyrelsen. Ökningen finansieras av en motsvarande minskning av anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* varifrån verksamheten tidigare finansierades.

Anslaget ökas med 4 miljoner kronor 2006 och 2 miljoner kronor 2007 för tillsyn över sjukskrivningsprocessen. Socialstyrelsen har ett särskilt regeringsuppdrag att bedriva tillsyn som, utifrån ett patientperspektiv, skall bidra till att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen. Socialstyrelsen har sedan 2003 disponerat medel för detta ändamål, samt för andra insatser som är särskilt inriktade på att det nationella målet för regeringens ohälsöarbete uppfylls.

Anslaget minskas med cirka 3 miljoner kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Regeringen anser att den nuvarande inriktningen av Socialstyrelsens verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 4.21 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:6 Socialstyrelsen

Tusental kronor			
	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	492 096	492 096	492 096
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris och löneomräkning ²	9 268	18 042	27 633
Beslut	6 048	4 084	2 123
Överföring till/från andra anslag	16 150	16 433	16 742
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	523 562	530 656	538 607

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 523 562 000 kronor anvisas under anslaget 13:6 *Socialstyrelsen* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 530 656 000 kronor respektive 538 607 000 kronor.

4.9.7 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

Tabell 4.22 Anslagsutveckling 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

Tusental kronor				
2004	Utfall	51 649	Anslags-sparande	7 238
2005	Anslag	59 703 ¹	Utgifts-prognos	55 283
2006	Förslag	58 196		
2007	Beräknat	59 360 ²		
2008	Beräknat	60 715 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 58 196 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 58 196 tkr i 2006 års prisnivå.

Läkemedelsförmånsnämndens (LFN) huvudsakliga uppgifter är att besluta om vilka läkemedel som skall ingå i läkemedelsförmånerna och att fastställa läkemedlens pris. LFN har också i uppgift att gå igenom alla befintliga läkemedel

och fatta beslut om de även fortsättningsvis skall ingå i förmånerna. Nämndens beslut skall baseras på de kriterier som finns i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. En allmän utgångspunkt för nämndens överväganden är hälso- och sjukvårdens övergripande mål om en god hälsa och en vård på lika villkor. Nämnden skall också beakta de grundläggande etiska principer som gäller inom hälso- och sjukvården. Därutöver skall nämnden beakta kostnadseffektivitetsprincipen, som innebär att kostnaderna skall vara rimliga utifrån medicinska, humanitära och samhällsekonomiska synpunkter. Nämnden skall även ta hänsyn till marginalnyttan, vilket innebär att det inte får finnas andra tillgängliga läkemedel eller behandlingsmetoder som är väsentligt mer ändamålsenliga. Nämnden fattar beslut på ansökan av den som marknadsför ett läkemedel, men kan också på eget initiativ ompröva om ett läkemedel skall finnas kvar inom förmånerna. I myndigheten finns en av regeringen utsedd nämnd bestående av ordförande och tio ledamöter med bred representation för samtliga relevanta kompetensområden.

För 2004 har LFN haft det av regeringen uppställda målet att bidra till att medlen inom läkemedelsförmånerna används på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Detta har myndigheten bidragit till bl.a. genom att fatta ett stort antal beslut om subvention och prisändringar. LFN fattade beslut i 7 587 prisändringsärenden under 2004. Totalt sett har prisnivån på läkemedel sjunkit med cirka en till två procent under 2004. I jämförelse med 2003 fattade LFN knappt 20 procent färre beslut om subvention om nya originalläkemedel, beredningsformer och förbrukningsartiklar under 2004. Minskningen i antalet beslut om nya licensläkemedel var ännu kraftigare. Att antalet beslut minskat berodde inte på att LFN har ärendebalanser, utan på att antalet ansökningar var lägre under 2004. Totalt fattade nämnden 39 subventionsbeslut om nya originalläkemedel. Av dessa beviljades 34 subvention, men för två av dessa begränsades subventionen till ett visst användningsområde eller till en viss patientgrupp. Övriga fem ansökningar avslogs. De fem avslagsbesluten avsåg tre produkter, då två av läkemedlen prövades två gånger.

Vidare har myndigheten haft målet att handläggningstiderna för nya läkemedel och nya förbrukningsartiklar skall hållas inom 120 dagar. I alla utom fem ärenden för nya originalläkemedel fattades beslut inom denna tidsgräns. LFN har emellertid inte i något fall haft handläggningstider som överstiger de 180 dagar som föreskrivs i Rådets direktiv 89/105/EEG.

Under 2004 avslutades LFN:s genomgång av migränläkemedel. Det är den första läkemedelsgrupp som nämnden har gått igenom i sitt arbete att pröva subventionen för hela det befintliga läkemedelssortimentet. Resultatet av granskningen innebär att samhället under 2005 kan göra en besparing på 42 miljoner kronor.

LFN har etablerat en prissättningsmekanism inom det generiska utbytet som stimulerar till konkurrens mellan läkemedelsföretagen. Denna process innebär att LFN utan vidare prövning godkänner ansökan om ett nytt pris om det är detsamma eller lägre än det högsta i varje grupp av utbytbara läkemedel.

LFN har under 2004 uppnått stort förtroende hos berörda aktörer på läkemedelsområdet bl.a. genom myndighetens aktiva dialog med ansökande företag, dess korta handläggningstider, öppenheten i besluten samt nämndens hälsoekonomiska helhetsperspektiv.

Under 2005 uppgår anslaget till cirka 59,7 miljoner kronor varav knappt 58,7 miljoner kronor disponeras av nämnden.

Regeringens överväganden

Anslaget minskas med 2 miljoner kronor årligen från och med 2006 för att finansiera en motsvarande ökning av anslaget 13:5 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*. Anslaget minskas vidare med 60 000 kronor per år från och med 2006 för att finansiera en ekvivalent ökning av anslaget 14:9 *Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden* i och med dess utökade arbetsuppgifter (se avsnittet Läkemedel under Insatser inom politikområdet).

Anslaget minskas med cirka 360 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Läkemedelsförmånsnämnden har effektivt arbetat med att bygga upp verksamheten som nu är i det närmaste i full funktion. Praxis för beslutsfattandet utarbetas kontinuerligt. Myndigheten har aktivt arbetat mot de mål som har angetts för verksamheten 2004. Regeringen anser att den nuvarande inriktningen av Läkemedelsförmånsnämndens verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 4.23 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	59 703	59 703	59 703
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris och löneomräkning ²	911	2 123	3 535
Beslut	-2 418	-2 466	-2 523
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	58 196	59 360	60 715

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 58 196 000 kronor anvisas under anslaget 13:7 *Läkemedelsförmånsnämnden* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 59 360 000 kronor respektive 60 715 000 kronor.

4.9.8 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tabell 4.24 Anslagsutveckling 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

År	Utfall	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2004	Utfall	279 961	-12 961	
2005	Anslag	350 235 ¹		327 031
2006	Förslag	333 059		
2007	Beräknat	345 666		
2008	Beräknat	360 593		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Detta anslag finansierar ersättning för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden, som administreras av Försäkringskassan. Anslaget var t.o.m. 2003 en del av det tidigare anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner m.m.* Under 2005 uppgår

anslaget till drygt 325 miljoner kronor, varav 20 miljoner kronor står till regeringens disposition. Utgifterna uppgick under 2004 till drygt 296 miljoner kronor, varav 16 miljoner kronor belastade anslaget 13:1 genom utnyttjande av anslagssparande från 2003. Anslaget 13:8 överskreds med knappt 13 miljoner kronor, vilket täcktes av anslagskrediten.

Huvuddelen av kostnaderna inom anslaget delas in i turistvård, pensionärvård, konventionsvård och sjukvårdstjänster. Konventionsvård avser kostnader till följd av bilaterala överenskommelser om vårdförmåner med andra länder. Sjukvårdstjänster avser kostnader i samband med ersättningar i enlighet med EG-fördraget. Dessa kostnader har uppkommit efter att EG-domstolen meddelat domar som säger att patienter inom EU har en fördragsgrundad rätt att söka vård i ett annat medlemsland och i efterhand få ersättning av hemlandet. Under 2004 var dessa två poster sammanslagna och uppgick till drygt 40 procent av kostnaderna, 125 miljoner kronor. Pensionärvården utgjorde 104 miljoner kronor och turistvården 66 miljoner kronor under samma år.

Regeringens överväganden

Kostnaderna för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden har kopplingar till det svenska medlemskapet i EU och till avtal om sjukvårdsförmåner som Sverige tecknat med andra länder. Med medlemskapet i EU följer ett kostnadsansvar för sjukvård som lämnas i andra EU-länder till personer försäkrade i Sverige och till svenska pensionärer bosatta i annan medlemsstat. På motsvarande sätt har andra medlemsstater ett kostnadsansvar gentemot Sverige. De sjukvårdsavtal som Sverige tecknat består huvudsakligen av bestämmelser om betalningsavståenden mellan avtalsparterna.

Vanligtvis debiterar EU-länderna Sverige enligt löpande sexmånadersintervall. Fakturor för flera år bakåt i tiden saknas emellertid från flera länder. Dock har nya schablonbidrag fastställts under början av året varför fakturor från ett antal länder är att vänta under 2005. Dessutom har ett bilateralt avtal med Spanien avseende snabbare betalning mellan länderna trätt i kraft den 1 januari 2005, vilket innebär att Sverige under 2005 skall betala Spanien för pensionärvård avseende två år i stället för ett. Konsekvensen blir

en tillfällig ökning av utgiften för pensionärsvård till Spanien för 2005 med cirka 40 miljoner kronor.

EU-utvidgningen har under 2004 medfört en del osäkerhet i prognoserna. De första fakturorna avseende de tio nya länderna har inkommit under första halvåret 2005, vilket ger en säkrare bild av de väntade kostnaderna. Det finns dock fortfarande en viss osäkerhet i beräkningarna eftersom vissa länder ännu inte skickat sina fakturor.

I januari 2004 meddelade Regeringsrätten domar i ett antal mål avseende erhållen sjukvård i annat EU-land. Domstolen fastställde att en i Sverige försäkrad person som erhållit planerad vård i ett annat EU-land kan utnyttja sin i EG-fördraget grundade rätt att ta emot medicinska tjänster och i efterhand begära ersättning för dessa kostnader hos Försäkringskassan. Dessa kostnader är helt nya för anslaget och har under 2005 fått en egen post, sjukvårdstjänster. Kostnaden för 2005 beräknas bli 13 miljoner kronor.

Med anledning av ovan nämnda utgiftsökande faktorer ökas anslaget med 25 miljoner kronor på tilläggsbudget för 2005 i samband med denna proposition.

Tabell 4.25 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	325 235	325 235	325 235
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Övriga makroekonomiska förutsättningar	0	0	0
Volymer	7 824	20 431	35 358
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	333 059	345 666	360 593

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 333 059 000 kronor anvisas under anslaget 13:8 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 345 666 000 kronor respektive 360 593 000 kronor.

4.9.9 13:9 Bidrag till psykiatri och social psykiatri

Tabell 4.26 Anslagsutveckling 13:9 Bidrag till psykiatri och social psykiatri

Tusental kronor

2004	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2005	Anslag	500 000 ¹	428 768
2006	Förslag	198 800	
2007	Beräknat	0	
2008	Beräknat	0	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Regeringen har i budgetpropositionen för 2005 avsatt 500 miljoner kronor under 2005 och föreslagit att 200 miljoner kronor avsätts under 2006 för att förbättra tillgängligheten till, och stödja och stimulera verksamhetsutveckling inom vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder (prop. 2004/05:1 utgiftsområde 9, bet. 2004/05:SoU1, rskr. 2004/05:114, 115). Medlen har avsatts under detta anslag. Regeringen har vidare genom beslut den 20 januari 2005 gett Socialstyrelsen i uppdrag att i nära samarbete med den nationella psykiatrisamordnaren (S 2003:09) besluta om fördelning och utbetalning av medlen.

Satsningen utgörs av två delar. Den första delen avser cirka 400 miljoner kronor 2005 och cirka 100 miljoner kronor 2006 för satsningar på vård, sysselsättning och boende. Medlen i denna del skall fördelas länsvis. För att få del av medlen skall varje län inkomma med en ansökan som innehåller en redovisning av målgruppen och dess övergripande behov av insatser i form av vård, sysselsättning och boende. Gemensamma mål och utvecklingsområden skall också redovisas. Ansökan skall vara gemensam för i länet ingående landsting och deltagande kommuner.

Den andra delen, cirka 100 miljoner kronor vardera åren 2005 och 2006, avser en särskild satsning på verksamhetsutveckling, till exempel inom områdena samverkan, rehabilitering, sysselsättning, kvalitet och arbetssätt. Medel i denna del kan endast sökas av statliga myndigheter, landsting och kommuner. Organisationer, kooperativ och andra aktörer kan ingå som samverkanspartners.

Socialstyrelsen inkom den 2 augusti 2005 till regeringen med en första redovisning av läget när det gäller riktlinjer, arbetsformer och utbetalning

av medlen. Uppföljningen av insatserna skall senast den 1 augusti 2007 slutredovisas till regeringen.

Regeringens överväganden

Av Socialstyrelsens första redovisning framgår att intresset för satsningen har varit stort, både vad gäller de medel som fördelas länsvis och de medel som skall gå till verksamhetsutveckling. Ansökningarna beträffande de förstnämnda medlen har i många fall skett i bred samverkan mellan kommuner och landsting. Alla landets kommuner, med något undantag, är medsökande. De planerade satsningarna avser personer med psykiska funktionshinder i stort, men speciella målgrupper har också uppmärksamats. Det gäller t.ex. personer med psykiska funktionshinder och samtidigt missbruk, unga personer och personer med neuropsykiatriska funktionshinder. Inom satsningen på verksamhetsutveckling har hittills prioriterats kompetensutveckling inom alternativa vårdformer, rättspsykiatri, tidiga insatser, neuropsykiatri, rehabilitering, brukarinflytande, stigmatisering och attityder i befolkningen samt uppföljning, kvalitetsutveckling och verksamhetsstyrning. Ett antal nationella utvecklingsprojekt genomförs eller är tänkta att genomföras av Socialstyrelsen i samverkan med psykiatrisamordnaren. Fördelningen av medlen inom ramen för satsningen har genomförts planenligt. Mot bakgrund av detta anser regeringen att inriktningen som angavs i budgetpropositionen för 2005 bör kvarstå. Fram till den 1 augusti 2005 har 200 miljoner av de 400 miljoner kronor som avsatts för vård, sysselsättning och boende 2005 fördelats till samtliga län. Resterande medel kommer att betalas ut efter Socialstyrelsens avstämning med huvudmännen. Inriktningen är att detta skall ske under 2005, men vid behov kan avstämning och utbetalning ske under 2006 av medel avsatta för 2005.

Anslaget minskas med 1,2 miljoner kronor under 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 4.27 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 13:9 Bidrag till psykiatri och social psykiatri

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	500 000	500 000	500 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-301 200	-500 000	-500 000
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	198 800	0	0

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 198 800 000 kronor anvisas under anslaget 13:9 *Bidrag till psykiatri och social psykiatri* för 2006.

4.10 Övrig verksamhet

4.10.1 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket skall bidra till att uppfylla målet för politikområdet genom att tillse att läkemedel är effektiva, säkra och av god kvalitet samt genom att verka för att läkemedel används på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Verket skall främja säkerheten och kvaliteten för läkemedelsnära produkter. Läkemedelsverket skall också ansvara för kontroll och tillsyn av medicintekniska produkter.

Ett av Läkemedelsverkets mål är att medverka till att läkemedelsförsörjningen utvecklas och blir mer kostnadseffektiv. Läkemedelsverket skall i detta arbete dels utgöra en kontrollerande myndighet, dels arbeta för rationell utveckling och användning av nya och äldre läkemedel.

Läkemedelsverket uppvisar i årsredovisningen för 2004 ett överskott uppgående till cirka 17 miljoner kronor. Verksamhetens intäkter var drygt 360 miljoner kronor. I budgetunderlaget har Läkemedelsverket angett en beräknad kostnadsbudget om 360 miljoner kronor för 2006.

Läkemedelsverkets ackumulerade överskott vid utgången av 2004 var cirka 67 miljoner kronor. Det var en ökning från föregående år med cirka 17 miljoner kronor. Summan av det balanserade resultatet och årets resultat utgör 18,5 procent av omsättningen. Verket har därför i enlighet med kapitalförsörjningsförordningen (1996:1188) redovisat ett förslag till regeringen om hur överskottet bör disponeras. Läkemedelsverket inkom i mars 2004 med en skrivelse till regeringen med förslag om en generell höjning av avgifterna eftersom avgiftsnivåerna inte hade förändrats sedan 2000. En generell avgiftshöjning i enlighet med Läkemedelsverkets förslag har inte skett. Läkemedelsverket har till viss del dragit tillbaka skrivelsen. Statskontoret har i maj 2005 av regeringen getts i uppdrag att se över Läkemedelsverkets avgiftssystem och målsättning inom området humanläkemedel. Uppdraget skall redovisas senast den 15 november 2005.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.28 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2004	361 653	344 657	16 995
Prognos 2005	360 000	360 000	0
Budget 2006	360 000	360 000	0

Under de senaste tio åren har antalet godkända produkter i Sverige ökat från cirka 3 700 till över 8 000 vilket har medfört utökade arbetsuppgifter för Läkemedelsverket.

Läkemedelsverket behåller sin position som en av de mest anlitate och efterfrågade myndigheterna när det gäller centralt godkännande av läkemedel. Totalt har Sverige under 2004 erhållit 32 procent av de tilldelade utredningarna att för den europeiska läkemedelsmyndigheten EMEA agera som rapportör/medrapportör. När Sverige agerar som rapportör/medrapportör i den centrala proceduren medför det även ansvar för ändringsärenden. Totalt avslutades 221 ändringsärenden under 2004. Läkemedelsverket agerade därvid som rapportör i 67 stycken och som medrapportör i 25 stycken ärenden.

Antalet inkomna ärenden ökade kraftigt under 2004 inom den så kallade ömsesidiga proceduren, dvs. att ett läkemedel först godkänns i ett EU-land och sedan med samma dokumenta-

tion godkänns i övriga medlemsländer. Under 2004 hade Läkemedelsverket referensskap för tre av fyra nya aktiva substanser. Läkemedelsverket tillhör därmed de mest anlitate myndigheterna vad gäller referensskap för nya läkemedel i den ömsesidiga proceduren.

Ansökningar i den nationella proceduren minskade 2004 i förhållande till 2003 som var ett rekordår. Däremot skedde en ökning avseende parallellimportansökningar.

Läkemedelsverket fortsätter satsningen på att avsluta ansökningar om godkännanden för så kallade frilistade naturmedel, dvs. medel med tillfälligt försäljningstillstånd som naturläkemedel i avvaktan på en slutgiltig bedömning. För närvarande finns 49 stycken frilistade läkemedel, vilka bör kunna slutbehandlas under 2005. Läkemedelsverket har ökat sina resurser för att hantera tillstånd för kraftigt ökade volymer av teknisk sprit. Användning av etanol som drivmedel, både som ren etanol och som inblandning i bensin och diesel, har ökat kraftigt under senare år som en följd av regeringens beslut om skattebefrielse för förnyelsebara bränslen.

Ny läkemedelslagstiftning inom EU träder i kraft i november 2005. Tillsammans med den europeiska unionens utvidgning 2004 medför det förändringar av arbetssätt både inom Läkemedelsverket och mellan myndigheterna inom EU. Förändringarna i lagstiftningen innebär bl.a. att den centrala proceduren förstärks, väsentligt ökade krav på säkerhetsuppföljningar och inspektioner samt ökad dialog med olika intressen såsom hälso- och sjukvård, patientorganisationer och industrin. De nya reglerna om traditionella växtbaserade läkemedel kommer även att medföra att den nuvarande kontrollen av naturläkemedel måste ses över. Vidare kommer homeopatikakontrollen att påverkas av de reviderade läkemedelsdirektiven.

Inom medicinteknik har antalet inkomna ärenden ökat med 4 procent jämfört med 2003. Antalet avslutade ärenden ökade dock med 17 procent jämfört med 2003. Produktionsökningen har klarats av utan en ökning av personalstyrkan. Marknadstillsynen på det medicintekniska området bygger till stor del på olycks- och tillbudsrapporter från tillverkare, myndigheter i andra EES-länder samt från svensk hälso- och sjukvård. Antalet rapporter om olyckor och tillbud med medicintekniska produkter ökade med 49 procent under 2002, med 38 procent under 2003 samt med 31 procent under 2004. En revi-

sion av det europeiska direktivet Medical Device Directive, som styr huvuddelen av verksamheten inom det medicintekniska området, pågår för närvarande.

Den 1 juli 2004 ersattes produktsäkerhetslagen (1988:1604) med en ny lag med samma namn (2004:451). Genom lagstiftningen genomfördes ett nytt produktsäkerhetsdirektiv. Den nya lagen syftar till att komplettera och fylla ut speciallagstiftningen på produktsäkerhetsområdet. Genom lagen har Läkemedelsverket fått ett utvidgat tillsynsansvar beträffande medicintekniska produkter avsedda för konsumenter. Det ökade ansvaret omfattar exempelvis reparatörer, importörer och distributörer. I och med att produktområdet omfattar produktgrupper som bandagematerial, preventivmedel och graviditetstester har även antalet tillsynsobjekt mångfaldigats. Regeringen har genomfört en marknadskontrollutredning (SOU 2004:57) där Läkemedelsverkets ekonomiska förutsättningar att hantera de nya uppgifterna granskas. I mars 2005 överlämnade regeringen till riksdagen en proposition i ämnet, Riktlinjer för marknadskontroll av produkter m.m. (prop. 2004/05:98).

Vid årsskiftet 2004/2005 hade Läkemedelsverket 418 medarbetare. Av dessa var 384 tillsvidareanställda och 34 tidsbegränsat anställda. Drygt två tredjedelar av medarbetarna är kvinnor vilket till stor del beror på att rekryteringsunderlaget inom vissa yrkeskategorier, exempelvis laboratorieassistenter, sekreterare och receptarier, nästan uteslutande utgörs av kvinnor. Andelen män har dock ökat med 1 procent under 2004. Inom ledningskompetensen har könsfördelningen under 2004 ändrats från att vara helt jämn till att andelen kvinnor nu är 58 procent. Det beror på att gruppchefer utsetts, varav fler kvinnor än män.

Läkemedelsverket arbetar aktivt med kompetensförsörjning, bl.a. med delpensionspolicy och alternativa karriärvägar samt definierat mål för kompetensförsörjningen 2004–2007 gällande till exempel interna processkartläggningar, kompetensutvecklingsplaner och ledarutvecklingsprogram.

Mot bakgrund av revisionen av den europeiska lagstiftningen och utvidgningen av den europeiska unionen påbörjade Läkemedelsverket 2001 en framtidsanalys i projektet IDÉ 03. Analysen ledde fram till behovet av utvecklade handlingsplaner inför den kommande 3–5-årsperioden inom ett antal kärnområden. Det gäller

till exempel det nationella samarbetet mellan myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet, samverkan mellan myndigheterna och sjukvården, säkerhetsarbetet, information om läkemedel och läkemedelsanvändning, övergång till elektronisk behandling av dokumentation samt service till industrin och allmänheten inom ramen för 24-timmarsmyndigheten.

Läkemedelsverkets långsiktiga utvecklingsarbete med att bygga upp och införa ett processbaserat dokumenterat system för ledning, styrning och förbättring av väsentliga delar av Läkemedelsverkets verksamhet har fullföljts under 2004. Verksamhetssystemet, som bygger på standarden ISO 9001:2000, finns som ett stöd för alla medarbetare. Även arbetet med att vidareutveckla Läkemedelsverkets interna och externa kommunikation har fortsatt. Under året har också ett arbete inletts för att ytterligare utveckla webbplatsen. Läkemedelsverket har i samarbete med Läkemedelsförmånsnämnden, Apoteket AB och Läkemedelsindustriföreningen utvecklat ett nationellt produktregister för läkemedel (NPL). Registret vänder sig främst till hälso- och sjukvården och innehåller aktuell och kvalitetssäkrad information om de läkemedel som är godkända i Sverige. Systemet lanserades i mars 2005. Läkemedelsverket har ett pågående ärendehanteringsprojekt med sikte på den kommande alltmer elektroniskt baserade hanteringen. En fördjupad omvärldsanalys och en analys av Läkemedelsverkets engagemang i EU-relaterat arbete pågår liksom aktiviteter med anledning av Simplexprojektet. Inom området medicinteknik har en nyutvecklad databas tagits i bruk för en mer rationell ärendehantering.

Regeringen anser att Läkemedelsverket har genomfört sitt arbete så att de fastlagda målen i huvudsak har uppfyllts. Regeringen anser att den nuvarande inriktningen av Läkemedelsverkets verksamhet i stort bör kvarstå.

4.10.2 Apoteket AB

Apoteket AB är ett av staten helägt bolag. En beskrivning och bedömning av verksamheten återfinns i regeringens årliga skrivelse till riksdagen Företag med statligt ägande 2005 (skr. 2004/05:120). Apoteket är det företag som enligt 4 § lagen (1996:1152) om handel med läkemedel har ensamrätt att sälja läkemedel till allmänheten. Apotekets huvudsakliga uppgift är

att via cirka 80 öppenvårdsapotek verka för en god försörjning och användning av såväl receptbelagda som receptfria läkemedel. Apoteket ansvarar även, via 80 entreprenaddrivna sjukhusapotek, för upphandling och försörjning av läkemedel till den slutna vården. Apoteket skall tillhandahålla producentoberoende information och rådgivning till enskilda konsumenter samt producentoberoende basinformation till förskrivare av läkemedel. Bolagets intäkter uppgick under 2004 till 34,1 miljarder kronor (33,1 miljarder kronor 2003). Försäljningsvolymen på recept ökade med 2,9 procent mätt som DDD (definierade dygnsdoser). Som en följd av lägre medelpriser var motsvarande ökning av försäljningsvärdet dock endast knappt 1 procent. Rörelseresultatet ökade till 282 (19) miljoner kronor medan resultat efter finansnetto (före skatt) uppgick till 280 (197) miljoner kronor. Det förbättrade rörelseresultatet är en konsekvens av högre handelsmarginaler på såväl receptbelagda läkemedel som det övriga sortimentet, en god kostnadskontroll samt ett intensivt effektiviseringsarbete. Apoteket lämnade för verksamhetsåret 2004 en utdelning på 100 miljoner kronor.

Apoteket AB bedöms på ett tillfredsställande sätt uppfylla sitt av regeringen ålagda uppdrag. Trots en relativt måttlig intäktsökning förbättrades Apotekets rörelseresultat kraftigt under 2004. Regeringens räntabilitetskrav överträffades och soliditeten förstärktes. Ett systematiskt arbete med effektivitetsförbättringar har bidragit till en god kostnadskontroll och därmed till det positiva resultatet. Under 2005 har bolagets resultatutveckling försämrats något. Detta beror till stor del på effekterna av det generiska utbytet som innebär att Apoteket byter ut ett förskrivet läkemedel mot det billigaste likvärdiga. Detta innebär stora ekonomiska besparingar för samhället men ger negativ inverkan på bolagets resultat.

Temos Corporate Image mätning publicerad i januari 2005 rankade Apoteket AB bland "topp tre" när det gäller allmänhetens kännedom om, och attityd till, företaget. Enligt Apoteket bedöms den främsta förbättringspotentialen ligga i att tillgodose kundernas allt högre krav på tillgänglighet.

Tabell 4.29 Ekonomisk översikt för Apoteket AB

Miljoner kronor

	2000	2001	2002	2003	2004
Resultat efter finansiella poster	29	-144	31	197	280
Eget kapital	1 803	1 611	1 648	1 855	2 506
Utdelning	100	0	100	117	100
Räntabilitet på eget kapital, %	neg.	neg.	0,7	19,7	9,4
Medelantalet anställa	10 094	10 600	10 827	10 886	10 856

5 Folkhälsa

5.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser som syftar till att främja hälsa och förebygga sjukdom. I april 2003 antog riksdagen propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03: SoU7, rskr. 2002/03:145) som lanserade folkhälsopolitiken som ett sektorsövergripande politikområde. Samtidigt antog riksdagen ett övergripande nationellt folkhälsomål; att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Fokus för den nya folkhälsopolitiken är att motverka ojämlikhet i hälsa. Oavsett kön och klass, etnisk och kulturell bakgrund, ålder, sexuell läggning eller funktionshinder skall människor ges förutsättningar till en god hälsa.

Vidare ligger fokus på bestämningsfaktorer för hälsa snarare än sjukdomar. Eftersom många av de faktorer som bestämmer folkhälsan påverkas av insatser inom andra politikområden skall folkhälsoperspektivet genomsyra alla dessa politikområden. De politikområden som regeringen har identifierat som centrala ur folkhälso-synpunkt är grupperade i elva målområden. Målområdena utgör tillsammans politikområdet Folkhälsa:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomisk och social trygghet
3. Trygga och goda uppväxtvillkor
4. Ökad hälsa i arbetslivet
5. Sunda och säkra miljöer och produkter
6. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
7. Gott skydd mot smittspridning
8. Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa
9. Ökad fysisk aktivitet
10. Goda matvanor och säkra livsmedel
11. Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.

Politikrådets sektorsövergripande karaktär innebär att ansvaret för de statliga insatserna på folkhälsoområdet är fördelat mellan departementen i Regeringskansliet. En viktig uppgift inom politikområdet är därför att övergripande och strategiskt driva på och samordna processer i syfte att integrera folkhälso-perspektivet inom Regeringskansliet, hos myndigheterna och i olika samhällssektorer.

Det huvudsakliga folkhälsoarbetet bedrivs på regional och lokal nivå, dvs. inom landsting och kommuner samt av frivilligorganisationer. Landstingens folkhälsoansvar grundar sig bl.a. på hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och smittskyddslagen (2004:168). Kommunernas folkhälsoarbete grundar sig på lagar som rör ett flertal kommunala verksamheter, t.ex. alkohollagen (1994:1738), tobakslagen (1993:581), miljöbalken (1998:808), socialtjänstlagen (2001:453), livsmedelslagen (1971:511) och plan- och bygglagen (1987:10). På nationell nivå bedrivs folkhälsoarbete av statliga myndigheter samt frivilligorganisationer. Näringslivet är en annan central aktör i folkhälsoarbetet. Statens folkhälsoinstitut (FHI), Smittskyddsinstitutet (SMI), Institutet för psykosocial medicin (IPM) och Socialstyrelsen är kunskapscentrum som har viktiga uppgifter att fylla på folkhälsoområdet, dels i form av tillsyn och epidemiologisk bevakning, dels i form av nationell uppföljning och

utvärdering av såväl folkhälsan som folkhälsoarbetet. Andra myndigheter som har centrala roller i folkhälsoarbetet är t.ex. Läkemedelsverket, länsstyrelserna, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Jordbruksverket, Naturvårdsverket samt Arbetsmiljöverket. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap och Vetenskapsrådet finansierar viktig folkhälsoforskning.

Internationella konventioner såsom Förenta Nationernas (FN) barnkonvention och Världshälsoorganisationens (WHO) ramkonvention om tobakskontroll är viktiga styrdokument för det lokala, regionala och nationella folkhälsoarbetet. Barnkonventionen erkänner t.ex. barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering.

Inom politikområdet ger regeringen bidrag till förebyggande insatser mot hiv/aids, folkhälso-politiska åtgärder bestående av framför allt bidrag till frivilligorganisationer samt till alkohol- och narkotikapolitiska insatser, främst till genomförandet av de nationella handlingsplanerna mot alkoholskador och mot narkotika. Inom politikområdet ingår även Sveriges medlemsavgift till WHO samt bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), som är en del av Nordiska ministerrådets organisation. Även Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden, tidigare Alkoholsortimentsnämnden,

ingår i politikområdet. Nämnden inrättades som ett led i de krav som Europeiska unionen (EU) ställde i samband med Sveriges inträde i EU. Dess verksamhet utvidgades genom ett regeringsbeslut den 15 juli 2005 till att även omfatta prövning av besvär över Apoteket AB:s beslut om att inte lagerhålla visst läkemedel på lokala apotek. Ändringen infördes till följd av EG-domstolens dom från den 31 maj 2005 i mål C-438/02 Allmänna åklagaren mot Krister Hanner (ännu ej publicerad i Europeiska unionens officiella tidning).

Inom politikområdet finns ett särskilt ansvar för insatser som syftar till att skapa goda förutsättningar för hälsofrämjande levnadsvanor i befolkningen, dvs. insatser inom målområdena 7–11 (se ovan). Hit hör exempelvis insatser för att förhindra alkoholskador, narkotikamissbruk och dopning, minska tobaksbruket och skadeverkningarna av överdrivet spelande samt insatser för att främja fysisk aktivitet, sunda kostvanor samt sexuell och reproduktiv hälsa. Även smittskydd och hälsoskydd ingår i politikområdet. I budgetpropositionen redovisas insatserna som har gjorts och uppnådda resultat inom dessa målområden. Riksdagen kommer att få en heltäckande redovisning av folkhälso-politiken våren 2006 då regeringen överlämnar en folkhälso-politisk skrivelse.

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Milljoner kronor

	Utfall 2004	Budget 2005 ¹	Prognos 2005	Förslag 2006	Beräknat 2007	Beräknat 2008
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	58,5	64,1	62,9	153,7	153,7	153,7
14:2 Bidrag till WHO ²	28,5	34,4	30,5	34,2	34,2	34,2
14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	17,7	18,2	17,7	18,1	18,5	18,9
14:4 Statens folkhälsoinstitut	135,6	130,8	178,7	130,9	133,2	135,7
14:5 Smittskyddsinstitutet	180,1	181,0	178,6	183,6	186,8	190,5
14:6 Institutet för psykosocial medicin	15,7	15,2	15,0	15,3	15,6	15,9
14:7 Folkhälso-politiska åtgärder	122,1	78,1	77,0	113,0	78,0	78,0
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	236,1	265,8	262,2	249,2	259,2	74,2
14:9 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden ³	0,1	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2
Totalt för politikområde Folkhälsa	794,3	787,9	822,6	898,2	879,4	701,3

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Anslaget byter den 1 januari 2006 namn till Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.

³ Anslaget byter den 1 januari 2006 namn till Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden.

5.3 Mål

Målet för politikområdet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Regeringen har dessutom beslutat om ett mål inom politikområdet i syfte att genomföra och följa upp integrationspolitiken: hälsan hos personer med utländsk bakgrund skall förbättras. Se vidare avsnitt 5.5.

5.4 Insatser

5.4.1 Insatser inom politikområdet

För att nå det övergripande folkhälsomålet krävs ett sektorsövergripande, långsiktigt och målriktat arbete. Det förutsätter i sin tur god samordning mellan och inom samhällets olika nivåer. För att stärka samordningen mellan den politiska riksnivån och myndigheter på nationell, regional och lokal nivå inrättade regeringen i september 2003 en nationell ledningsgrupp för folkhälsofrågor. Ledningsgruppen utgör ett nätverk av företrädare för myndigheter med stark anknytning till folkhälsofrågor samt representanter för berörda departement. Ordförande är Folkhälso- och socialtjänstministern.

5.4.1.1 Alkohol

I mars 2001 tillsattes en särskild kommitté – Alkoholkommittén – för genomförandet av den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador. Kommittén består av representanter från berörda statliga myndigheter samt Sveriges kommuner och landsting. Kommittén skall samordna insatserna på nationell nivå och i samspel med kommuner och landsting stimulera insatserna på regional och lokal nivå. Kommittén svarar också för information och opinionsbildning nationellt och genomför olika seminarier, konferensserier, m.m. som syftar till att förankra innehållet i planen och stimulerar utvecklingen av olika verksamheter. För genomförandet av alkoholhandlingsplanen har totalt cirka 940 miljoner kronor avsatts under perioden 2001-2005. Huvuddelen, cirka 530 miljoner kronor, har gått till kommunernas förebyggande arbete.

Alkoholkommittén har vidtagit en mängd åtgärder. Genom länsamordnare och kommunala samordnare har man utvecklat en struktur för arbetet med alkohol- och drogprevention. Vidare har man initierat nationella informationsinsatser och genomfört konferenser kring handlingsplanen i samtliga län i landet. Alkoholkommittén har även drivit ett särskilt utvecklingsarbete i samverkan med sex försökskommuner. Kommunerna har fått kompetensutveckling och handledning inom ramen för de utvecklingsområden de har prioriterat. Detta projekt har utvecklats i samarbete med den nationelle narkotikasamordnaren och Statens folkhälsoinstitut (FHI). Kommittén har även verkat för att ta fram material som syftar till att förstärka folköls-tillsynen. Den har också givit stöd till universitet och högskolor i deras utvecklingsarbete av alkoholfrågor. Dessutom har en rad seminarier anordnats för politiker, tjänstemän, skolledare, föreningsaktiva, m.fl. för att öka det lokala engagemanget och mobilisera de resurser som krävs för ett aktivt förebyggande arbete. Kommittén har under de senaste åren satt insatser för riskgrupper i fokus. Bland annat har man genomfört länskonferenser på det temat i tolv län.

Ett 60-tal nationella och regionala projekt har fått stöd från regeringen för att samordna olika insatser som kan bidra till att förverkliga handlingsplanens målsättningar. Exempelvis har nästan alla län sökt och erhållit stöd till länsamordnare för alkohol- och droginsatser. Vidare har regeringen stött forskningsprogram vid Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) liksom olika forskningsprojekt vid Lunds universitet, Linköpings universitet, Göteborgs universitet, Karolinska institutet och Stockholms universitet. Sammanlagt har drygt 50 miljoner kronor fördelats till olika alkohol- och narkotikaförebyggande projekt, varav cirka 10 miljoner kronor till forskning, under 2003. Länsstyrelserna har dessutom erhållit sammanlagt 155 miljoner kronor för 2003 och 75 miljoner kronor för 2004 att fördela till kommunernas alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Dessa medel har många kommuner använt till att anställa kommunala samordnare. I dagsläget finns cirka 295 samordnare. Medel har också använts till öppenvårdsinsatser (30 miljoner kronor 2003 och 15 miljoner kronor 2004).

Alkoholkommittén har under året också arbetat med riktade insatser till barn och föräldrar. Informationsmaterial till tonårsföräldrar, såsom Tonårsparlören, har exempelvis utarbetats och under tre år skickats hem till föräldrar som har barn i sjunde klass. Kommittén har också utbildat handledare i Föräldrakraft, ett föräldrastödsmaterial. Vidare har cirka 10 kommuner getts möjlighet att utveckla insatser riktade till barn som lever i missbruksmiljöer. Alkoholkommittén har också utarbetat informationsmaterial till alla blivande föräldrar som delas ut på landets alla mödravårdscentraler samt genomfört en konferensserie i 12 län med fokus på tidiga insatser för riskgrupper.

Sverige har under året arbetat aktivt för att ge arbetet med att förebygga alkoholskador högre prioritet i Europeiska unionen (EU) där Sverige länge har fört diskussioner med EU-kommissionen och medlemsländerna om alkohol och folkhälsa. På svenskt initiativ har ett arbete påbörjats inom EU för att ta fram en gemensam strategi mot alkoholens skadeverkningar som kommer att presenteras under våren 2006. Som ett led i att ta fram strategin har Sverige en expert anställd vid kommissionens generaldirektorat för hälsa och konsumentskydd. Målet med strategin är att skapa en gemensam plattform för att minska alkoholskadorna inom EU. Strategin avser att identifiera de områden där EU kan bidra till att stärka medlemsländernas egna alkohopolitiska insatser.

Vidare har Sverige med stöd av Finland och Danmark drivit frågan om att de så kallade indikativa nivåerna för privatinförsel skall halveras. Dessutom verkar Sverige för höjda minimiskatter på alkohol inom EU och ser rådsslutsatserna från mötet med finansministerrådet i april 2005 som ett steg framåt i denna fråga. I slutsatserna uppmanas kommissionen bl.a. att komma med ett förslag som innebär att minimiskatterna räknas upp med hänsyn till inflationen sedan alkoholskattedirektivet infördes 1993.

Sverige har intensifierat arbetet för att förebygga alkoholskador internationellt. Tillsammans med de övriga nordiska länderna har Sverige tagit initiativ till en resolution inom Världshälsoorganisationen (WHO) om hälsosamma livsstilar, där alkohol ingår som en profilfråga. Vid 2004 års möte med Världshälsoförsamlingen (WHA), WHO:s beslutande organ, antogs denna resolution. Därefter har Sverige tillsammans med de övriga nordiska länderna

initierat och drivit arbetet med den renodlade alkoholresolution som antogs vid WHA 2005 och som syftar till att intensifiera insatserna mot alkoholens skadeverkningar både på global nivå och inom medlemsländerna.

5.4.1.2 Narkotika

År 2001 tillsatte regeringen en nationell narkotikasamordnare för att genomföra den nationella handlingsplanen mot narkotika. Narkotikasamordnaren ska samordna insatser på nationell nivå och i samspel med kommuner och landsting stimulera insatser på regional och lokal nivå. Insatserna skall riktas både mot tillgång till och efterfrågan på narkotika i syfte att minska nyrekryteringen till missbruk, förmå fler personer med missbruksproblem att upphöra med sitt missbruk samt att minska tillgången till narkotika. Totalt har cirka 400 miljoner kronor avsatts för att genomföra handlingsplanen under perioden 2002–2005. Av dessa har 135 miljoner kronor avsatts för en särskild satsning inom kriminalvården för bekämpning av narkotikamissbruk bland kriminalvårdens klienter. Under året har medel avsatts till nationell samordning och kommunikation (6 miljoner kronor), opinionsbildning (3 miljoner kronor), lokalt och regionalt narkotikapolitiskt arbete (6,5 miljoner kronor), insatser riktade mot riskgrupper (2,6 miljoner kronor), vårdinsatser (3 miljoner kronor), kriminalvård (1,5 miljoner kronor), brottsbekämpning (3,7 miljoner kronor), forskning (5 miljoner kronor) samt till omvärldsbevakning och en slutrapport (3,4 miljoner kronor).

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har till uppgift att följa, analysera och rapportera vad som händer inom missbruksområdet. Dessutom är institutet svensk kontaktpunkt till Europeiska unionens (EU) narkotikaövervakningscenter och har på centrets uppdrag presenterat en rapport om narkotikautvecklingen i Sverige. Inom ramen för EU:s gemensamma åtgärd om tidig upptäckt av nya syntetiska droger har FHI genomfört kartläggningar av flera nya ämnen. FHI har vidare utvecklat nätverk och databaser för att effektivisera datainsamlingen rörande narkotikautvecklingen.

Sverige har under året deltagit aktivt i Förenta nationernas (FN) narkotikakommision och i Europarådets samarbetsgrupp för narkotika-

frågor, den s.k. Pompidougruppen. En strategi för narkotikabekämpning inom EU antogs vid Europeiska rådet i december 2004 för perioden 2005–2012. En handlingsplan, på basis av strategin, antogs i juni 2005.

5.4.1.3 Tobak

För perioden 2002–2004 avsatte regeringen 30 miljoner kronor årligen för att stärka det tobakspreventiva arbetet. Medlen har disponerats av Statens folkhälsoinstitut (FHI) och enligt regeringens direktiv har 20 miljoner kronor använts till metodutveckling, 5 miljoner kronor till stöd till organisationer på tobaksområdet och 5 miljoner kronor till Centrum för tobaksprevention för verksamhet med telefonrådgivning. FHI har fått i uppdrag att utvärdera satsningen och avrapportera till regeringen den 30 september 2005.

För 2005 och 2006 avsätter regeringen 5 miljoner kronor per år till Sluta-Röka-Linjen vid Centrum för Tobaksprevention, Stockholms läns landsting, samt 5 miljoner kronor per år till stöd för organisationer som arbetar med tobaksprevention.

Regeringen överlämnade i februari 2004 propositionen Rökfria serveringsmiljöer (prop. 2003/04:65, 2003/04:SOU08, rskr 2003/04: 218) till riksdagen. I propositionen föreslog regeringen att restauranger och andra serveringsställen skulle bli rökfria från den 1 juni 2005. I förslaget ingick möjligheten att inrätta särskilda rökrum.

I mars 2005 överlämnade regeringen propositionen Tobakskontroll – genomförande av WHO:s ramkonvention om tobakskontroll m.m. (prop. 2004/05:118, 2004/05:SoU21, rskr. 2004/05:260) med syfte att nationellt genomföra två EU-dokument samt tre internationella konventioner. För det första WHO:s ramkonvention om tobakskontroll, som antogs av Världshälsoförsamlingen (WHA) 2003, för det andra Europaparlamentets och rådets direktiv 2003/33/EG av den 26 maj 2003 om tillnärmning av medlemsstaternas lagar och andra författningar om reklam för och sponsring till förmån för tobaksvaror och för det tredje ministerrådets rekommendation 2003/54/EG per den 2 december 2002 om förebyggande av rökning och en effektiv tobakskontroll. I propositionen lämnar regeringen förslag till ändringar av tobakslagen

(1993:581). Regeringens proposition bygger på ett betänkande från en särskild utredare som givits i uppdrag att förbereda för nationellt genomförande av dessa tre dokument. I uppdraget till utredaren ingick även att närmare överväga de förslag som har lämnats av Konsumentverket i rapporten Stopp för utomhusreklam för tobak – Rapportering av ett regeringsuppdrag (Konsumentverket 2003:02). Den särskilde utredaren presenterade sitt förslag i september 2004.

5.4.1.4 Smittskydd

Den översyn av behovet av extraordinära smittskyddsåtgärder till följd av naturlig eller avsiktlig spridning av smittämnen som regeringen tagit initiativ till har under året kunnat slutföras. I maj 2004 överlämnade regeringen en proposition (prop. 2003/04:158) med förslag att komplettera smittskyddslagen med vissa bestämmelser om extraordinära smittskyddsåtgärder. Sedan riksdagen beslutat i enlighet med förslagen i propositionen har lagändringarna trätt i kraft den 1 januari 2005.

Med anledning av den nya smittskyddslagen (2004:168) som trädde i kraft 2003 har Socialstyrelsen utfärdat nya föreskrifter om smittspårningspliktiga sjukdomar (SOSFS 2004:5) samt föreskrifter och allmänna råd om screening av gravida kvinnor för hivinfektion, hepatit B och syfilis (SOSFS 2004:13).

Socialstyrelsen har under året också fortsatt att utveckla informationen om barnvaccinationsprogrammet, bl.a. har särskilt informationsmaterial till småbarnsföräldrar tagits fram.

Utbrottet av meticilinresistenta gula stafylokokker (MRSA) i Stockholmsområdet har under året varit föremål för särskild uppmärksamhet. Bl.a. har experter från Socialstyrelsens Centrala fältepidemiologiska grupp utvärderat verksamheten inom landstingen vilket resulterat i att ett åtgärdsprogram genomförts. Smittskyddsinstitutet (SMI) har deltagit i ett flertal utredningar om utbrott av smittsamma sjukdomar, bland annat utredningen av legionellainfektion i Umeå och Lidköping.

En mycket stor satsning under året har varit utvecklingen av SmiNet2 – ett nytt webbaserat elektroniskt övervakningssystem. Systemet är gemensamt för SMI och landstingens smittskyddsenheter och ger behandlande läkare och

landets laboratorier möjlighet att rapportera in uppgifter om anmälningspliktiga sjukdomar via Internet.

Utbrottet av fågelinfluensa i Sydostasien har lett till att behovet av en väl fungerande beredskap för pandemisk spridning av influensa kommit att uppmärksammas världen över. I februari 2005 presenterade Socialstyrelsen en nationell handlingsplan för beredskap mot pandemisk spridning av influensa. I handlingsplanen föreslås bl.a. att en nationell pandemigrupp inrättas, att ansvaret för information och kommunikation preciseras, att övervakningen av inträffade influensafall och vaccinationstäckningen förbättras samt att landstingen håller sig med vissa mindre lager av antivirala läkemedel. Socialstyrelsen konstaterar även att förutsättningarna för en samordnad upphandling av influensavaccin vid en pandemi behöver utredas vidare. Som stöd för den planering som landsting och kommuner behöver vidta inför en influensapandemi ingår i handlingsplanen ett underlag för regional planering.

Sedan handlingsplanen presenterats har regeringen vidtagit en rad åtgärder för att handlingsplanen skall kunna förverkligas. Den 23 mars 2005 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att köpa in antivirala läkemedel för nationell beredskapslagring och den 7 april gavs Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett fördjupat underlag om förutsättningarna att vid pandemisk spridning av influensa säkerställa tillgången till influensavaccin. Vid det hälsoministtermöte som hölls i juni 2005 enades de nordiska länderna om att tillsätta en arbetsgrupp för att ta fram ett underlag om möjligheterna att samverka i frågor som rör försörjningen av influensavaccin vid en influensapandemi.

Under året har behovet av ökad samverkan i frågor som rör influensapandemiberedskap även varit föremål för diskussion på flera hälsoministtermöten inom Europeiska unionen (EU). Inom den s.k. hälsosäkerhetskommittén inom EU har bl.a. betydande insatser vidtagits för att förbättra samordningen av medlemsstaternas nationella beredskapsplanering. Motsvarande insatser har även vidtagits inom Världshälsoorganisationens (WHO) europaregion. Behovet för världens länder att intensifiera sina insatser för att förhindra spridning av pandemisk influensa uppmärksammades vid Världshälsoförsamlingen (WHA) i maj 2005 då en resolution antogs. I resolutionen riktas bl.a. uppmaningar till WHO

att stärka sina insatser samt till medlemsstaterna att utarbeta nationella handlingsplaner beträffande pandemisk influensa samt att se över de nationella systemen för övervakning av influensa.

Vid WHA fattades även beslut om att revidera det internationella hälsoreglementet (IHR). Det reviderade internationella hälsoreglementet, som kommer att träda i kraft 2007, omfattar samtliga allvarliga hälsohot som kan få en internationell spridning och innebär att det skapas ett mer effektivt system för att rapportera nya hälsohot. Därigenom har ett globalt regelsystem skapats för hur allvarliga hälsohot såsom pandemisk spridning av influensa skall hanteras i framtiden. Beslutet innebär att det globala samarbete som initierats beträffande exempelvis sars och fågelinfluensa nu ges en tydlig grundstruktur.

Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning (STRAMA), som finansieras med statliga medel, har under året deltagit i nationella utbildningsinsatser, finansierat lokala projekt i landstingen, genomfört ett flertal studier, t.ex. rörande infektioner hos barn, antibiotikaanvändning i särskilda boenden samt antibiotikaanvändning inom slutenvård för att öka kunskapen om antibiotikaanvändning.

Vid WHA 2005 fattades beslut om en resolution om åtgärder mot antibiotikaresistens som Sverige tillsammans med de övriga nordiska länderna varit initiativtagare till. Resolutionen uppmanar bland annat medlemsländerna att säkerställa ett enhetligt och tvärsektorielt arbete för att motverka uppkomst och spridning av mikroorganismer som är motståndskraftiga mot antibiotika. Vidare uppmanar resolutionen WHO att aktivt stödja medlemsländerna i deras arbete mot antibiotikaresistens och att regelbundet återrapportera hur arbetet framskrider.

I september 2004 anordnades en ministerkonferens i Vilnius där ministrar från EU och EU:s grannländer i öster träffades för att närmare diskutera möjligheterna att utöka samarbetet inom kampen mot hiv/aids. Ministrarna enades om en deklARATION som nu ligger till grund för det arbetet.

Det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) har under året byggt upp sin verksamhet och börjat fungera som en fristående myndighet, bl.a. har beslut fattats om att myndigheten skall vara lokaliserad inom Karolinska institutets område i Solna. Centret har påbörjat arbetet med att

bygga upp verksamhet kring sina huvuduppgifter som är epidemiologisk övervakning, tidig varning och tidiga åtgärder, vetenskapliga yttranden, teknisk assistans till medlemsstaterna och tredje land samt stöd och utveckling av EU:s beredskap vid hälsohot. Centret kommer att verka i nära samarbete med den expertis som finns i medlemsstaterna. År 2007 förväntas myndighetens verksamhet vara fullt utbyggd.

Inom ramen för EU:s nordliga dimension inrättades 2003 Partnerskapet för hälsa och socialt välbefinnande. Under de första två åren har Partnerskapet för hälsa och socialt välbefinnande valt att ge stor vikt åt insatser för att bekämpa hiv/aids. Sverige är ordförande för samarbetet under 2004 och 2005.

Sverige har även bilateralt samarbete med ett flertal länder inom smittskyddsområdet. Under 2004 har bl.a. ett bilateralt samarbete med Kina inletts i frågor som rör hivprevention och biosäkerhet.

5.4.1.5 Spel

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har sedan 1999 tilldelats särskilda medel för arbetet mot spelberoende. Regeringen har anslagit 14 miljoner kronor per år 2004 och 2005 och avsätter 29 miljoner kronor för 2006 för att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande.

I Budgetpropositionen för 2004 (prop. 2004/05:1, utg.omr. 9 avsnitt 5.7.7) kommenterade regeringen det förslag till handlingsprogram mot spelmissbruk som lagts fram av FHI. Regeringen gav FHI i uppdrag att genomföra vissa av de föreslagna åtgärderna. I handlingsprogrammet konstateras att det saknas god och lättillgänglig behandling för spelberoende och deras anhöriga. Åtgärder har vidtagits för att bygga upp kunskap om vård av spelberoende vid Beroendecentrum vid Stockholms läns landsting, Stockholms stad, Malmö stad och Göteborgs stad för utvecklingsarbete med öppenvård för spelberoende och deras anhöriga. Kunskaperna som har genererats av projektet ska föras vidare genom en utbildningssatsning för personal inom socialtjänst, sjukvård och enskilda vårdgivare som arbetar med missbruks- och beroendefrågor.

Forsknings- och utvecklingsarbetet har bedrivits under perioden. Ett par prevalensstudier, dvs. studier av antal fall i befolkningen vid en viss

tidpunkt, har genomförts och vidare har stöd getts till Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet för studier om etableringen av statliga kasinon i Sverige och av spelare och spelmiljöer. I handlingsplanen analyserades forsknings- och utvecklingsbehoven och flera initiativ har tagits för att få ett mer djupgående underlag till forskningsinsatser.

Möjligheten för spelberoende och deras anhöriga att via telefon få omedelbar hjälp har funnits genom den s.k. Stödlinjen sedan 1999. Från den 1 juli 2004 är telefonnumret till Stödlinjen tryckt på de lotter som distribueras av ATG och AB Svenska Spel. Till stödlinjen har knutits ett forsknings- och utvecklingsprojekt för att ta fram ett självhjälpprogram som distribueras via Internet och kompletteras med terapeutstöd per telefon.

Spelberoendes Riksförbund och dess lokalföreningar har fått en ökad stabilitet och bedriver en omfattande kamrattstödande verksamhet på nio orter i landet. Föreningarna i Göteborg, Malmö och Stockholm har varit särskilt aktiva.

5.4.2 Insatser utanför politikområdet

Kommuner och landsting har ett lagstadgat ansvar för att förebygga ohälsa genom bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). De senaste åren har kommunernas och landstingens engagemang för folkhälsofrågor successivt ökat och det lokala tvärsektoriella samverkansarbetet mellan kommuner, landsting och övriga aktörer inom folkhälsoområdet har utvecklats. På nationell nivå har Sveriges Kommuner och Landsting och Statens folkhälsoinstitut (FHI) bildat nätverket Forum Folkhälsa för att främja erfarenhetsutbyte och kunskapspridning. I många landsting och kommuner finns folkhälsoråd, folkhälsoplanerare, folkhälsoprogram, m.m. De flesta landsting har någon form av samhällsmedicinska funktioner, folkhälsoenheter eller motsvarande. I flera landsting finns landstingsråd med särskilt folkhälsoansvar och politiskt tillsatta folkhälsoutskott. Hälsokonsekvensbeskrivningar av politiska beslut och lokala välfärdsbokslut används på flera håll. Även många frivilligorganisationer bedriver ett betydelsefullt arbete inom folkhälsoområdet med bidrag från staten, kommuner, landsting eller privata intressenter.

När det gäller alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet är det främst polisen och tullen som genom sina insatser minskar tillgången till narkotika, illegal alkohol, dopningsmedel och smuggelcigaretter. De förebyggande insatser som utförs av kommuner, landsting och länsstyrelser samt frivilligorganisationer är också mycket betydelsefulla.

Staten har genom ekonomiskt stöd till kommuner, landsting och frivilligorganisationer bidragit till att stärka det hivpreventiva arbetet lokalt och regionalt. Från det under utgiftsområde 25 uppförda anslaget 48:2 *Bidrag till särskilda insatser i vissa kommuner och landsting*, har särskilda medel tillfälligt utgått för hivpreventivt arbete i storstadsregionerna. Dessa medel, 90 miljoner kronor, överförs fr.o.m. 2006 till UO9, anslag 14:1 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar*.

FHI har tillsammans med Myndigheten för skolutveckling utarbetat en treårig handlingsplan för vad skolan kan göra för att främja ungdomars hälsa och förebygga alkohol- och narkotikamissbruk samt andra riskbeteenden. FHI har fått 5 miljoner kronor för verksamhetsåret 2005. Undersökningar har visat att stress och symptom på stress har ökat bland ungdomar under senare tid. Samtidigt finns inte någon samlad kunskap om orsakerna till denna utveckling. Regeringen tillsatte därför i maj 2005 en särskild utredare med uppdraget att analysera ungdomars livssituation utifrån stress och dess konsekvenser för den psykiska hälsan (dir. 2005:61). Utredaren ska också överväga hur samhällets insatser kan samordnas för att motverka att stressen ökar bland ungdomar. Uppdraget ska slutredovisas senast i maj 2006.

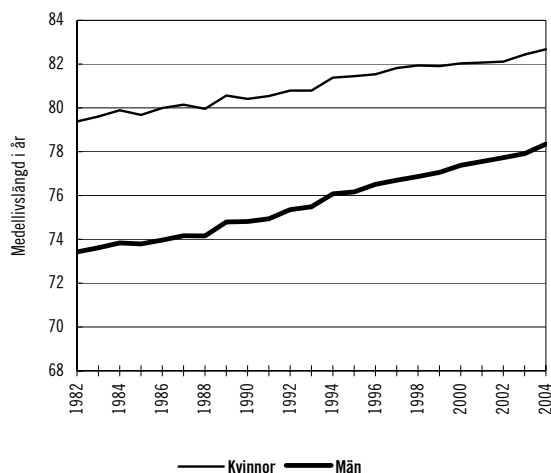
År 1999 framkom det vid en kvalitetsgranskning av Skolverket att det fanns brister i skolundervisningen om tobak, alkohol och narkotika. Sedan dess har ett antal åtgärder vidtagits av Skolverket och senare Myndigheten för skolutveckling, FHI, Den nationelle narkotikasamordnaren och Alkoholkommittén för att stärka det hälsofrämjande arbetet i skolan.

5.5 Resultatbedömning

Generellt sett har folkhälsan förbättrats i Sverige under de senaste decennierna. Förbättringarna i hälsa kan mätas bl.a. genom ökad medellivslängd

och lägre dödlighet. Med dödlighet avses andelen dödsfall under ett år per 100 000 invånare. Ser man på utvecklingen av medellivslängden och den minskade dödligheten kan man konstatera att folkhälsan fortsätter att förbättras i Sverige.

Diagram 5.1 Medellivslängd mellan åren 1982 och 2004



Källa: SCB

Livslängden fortsätter att öka i Sverige, vilket diagram 5.1 visar. År 2004 kunde en nyfödd pojke förväntas leva 78,4 år och en nyfödd flicka 82,6 år. Mellan åren 1960 och 2003 har den återstående medellivslängden vid födelsen ökat med drygt 7 år. Mäns medellivslängd har ökat snabbare än kvinnornas, och skillnaden mellan mäns och kvinnors genomsnittliga livslängd har sedan 1990 minskat från 5,6 till 4,3 år.

År 2003 var det bland männen endast två OECD-länder, Japan och Island, som hade en längre återstående medellivslängd än Sverige medan de svenska kvinnorna hamnade på sjunde plats.

Den stora nedgången i dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar är den främsta förklaringen till ökningen av medellivslängden. Även risken för att insjukna i hjärt-kärlsjukdom har minskat under 1990-talet vilket med största sannolikhet kan förklaras av förändrade levnadsvanor, främst minskad rökning och förbättrade kostvanor. Dödligheten minskar för nästan alla socioekonomiska grupper, utom för ej facklärd kvinnliga arbetare.

Sedan 1984 har spädbarnsdödligheten halverats. År 2004 var den så låg som 3,1 döda under första levnadsåret av 1 000 levande födda barn under 1 års ålder (OECD Health Data 2005). År 2003 var Sverige tillsammans med Island, Japan,

Finland och Norge bland de fem OECD-länder som hade lägst spädbarnsdödlighet.

Studerar man utvecklingen när det gäller sjuklighet är dock bilden inte lika entydigt positiv. Det kan konstateras att mycket arbete återstår innan målet för politikområdet har uppfyllts. Det finns flera tecken på sämre hälsoutveckling, till exempel när det gäller värk och självrapporterad psykisk hälsa. Mellan 20 och 40 procent av befolkningen uppskattas i dag lida av psykisk ohälsa, allt ifrån allvarligare sjukdomstillstånd som t.ex. psykoser till lättare psykiska problem som t.ex. oro, ångest och sömnproblem. Psykisk ohälsa i form av oro, ångslan och ångest har sedan början av 1990-talet ökat i befolkningen efter en minskning under 1980-talet. År 2002/03 uppgav 26 procent av kvinnorna och 16 procent av männen att de upplevde sådana besvär. Ökningen gäller generellt i befolkningen utom bland äldre kvinnor, där andelen har varit konstant hög sedan 1980. Den största ökningen märks bland kvinnor mellan 16 och 34 år. Medan sådana besvär under 1980-talet var mindre förekommande i yngre åldersgrupper än i äldre är de idag lika vanligt förekommande i alla åldersgrupper. Förekomsten av allvarigare psykiska sjukdomar som t.ex. psykoser har dock inte förändrats över tid. Ett orostecken är emellertid att den tidigare minskningen av antalet självmord sedan 1997 nu tycks ha stannat upp på en nivå på ca 1 500 självmord varje år. De senaste årens statistik kan tyda på en eventuell ökning av självmord i åldersgruppen 15–24 år. I denna åldersgrupp har andelen kvinnor som vårdats för självmordsförsök ökat stadigt sedan början av 1990-talet och bland unga män finns en tendens till ökning sedan 1998.

Trots en ökad välfärd för de allra flesta kvarstår stora sociala skillnader i hälsa. Detta gäller i alla åldrar och oavsett kön. Dödligheten är större bland dem som endast har grundskoleutbildning än bland dem med universitetsutbildning. Enligt samma sociala mönster gäller att andelen med självskattad dålig hälsa är högre bland dem med låg utbildningsnivå än bland dem med hög. Hälsoskillnaderna mellan grupper med olika utbildningsnivå tycks i stort sett oförändrade sedan början av 1980-talet. Riskerna för arbetare att avlida i förtid jämfört med tjänstemän är särskilt påtaglig i dödsorsaker som kranskärleksjukdom, lungcancer, alkoholskador och självmord. Det skall dock tilläggas att svenska kvinnor och män i arbetaryrken har den lägsta dödligheten

bland motsvarande yrkesgrupper i hela Europa. Vidare har lågutbildade betydligt fler hälsoproblem än högutbildade. Personer som uppstår försörjningsstöd, barn till personer med missbruksproblem och psykiskt sjuka personer löper större risk än andra att bli sjuka eller skadade. Ensamstående föräldrar har sämre hälsa än sammanboende föräldrar och barn till ensamstående föräldrar löper större risk än barn till sammanboende att bli sjuka eller skadas, framför allt när det gäller psykisk ohälsa, drogrelaterade diagnoser och självmord.

De könsrelaterade skillnaderna i hälsa är omfattande. Olika villkor för kvinnor och män på arbetsmarknaden, i familjelivet, vad gäller ekonomiska tillgångar, m.m. leder till olika sjukdomsmönster hos kvinnor och män. Skillnaderna i livsvillkor mellan könen är en av orsakerna till att kvinnor har högre sjuklighet än männen. Samtidigt som kvinnor lever längre än män uppvisar de fler symptom på sjuklighet. Männens dödstal ligger på en högre nivå än kvinnornas, i alla åldrar och oavsett dödsorsak. Skillnaderna i dödlighetsnivå mellan män och kvinnor är betydligt större än mellan sociala grupper. Kvinnor uppger i intervjuer vanligen sämre hälsa än män i de flesta avseenden. Både män och kvinnor uppger dock i lika hög grad att de har ett dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd.

Även människors kulturella och etniska bakgrund spelar roll för hälsan. Socialstyrelsens senaste folkhälsorapport visar att en högre andel av människor med utländsk bakgrund än dem med svensk, betraktar sitt hälsotillstånd som dåligt. SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) mellan 1990 och 2004 visar att ojämlikhet i hälsa kvarstår mellan personer med utländsk respektive svensk bakgrund. Skillnaden mellan olika invandrargrupper är betydande. Den samlade bilden tyder på att det finns viktiga skillnader i livsvillkor mellan inrikes och utrikes födda. Särskild betydelse har den låga sociala position som många invandrare får i Sverige – oberoende av vad de har med sig i form av utbildning och arbetserfarenheter från sitt hemland. Flera studier har visat att utrikes födda har större försörjningssvårigheter, ett större bidragsberoende, en svagare position på arbetsmarknaden, en högre andel arbetslösa samt en större risk att få sjukersättning än inrikes födda.

Sett ur ett internationellt perspektiv har barn och ungdomar i Sverige mycket god hälsa. De framstår i intervjuundersökningar i europeiska länder som friskast och mest nöjda med livet. Inte desto mindre har psykosomatiska symtom – t.ex. ont i magen, ont i huvudet och sömnbesvär – ökat fortlöpande bland skolungdomar sedan 1980-talets mitt. Barn i hushåll med en utsatt ekonomisk situation löper ökad risk för sjuklighet och död under nyföddhetsperioden samt för psykisk ohälsa, astma och för att råka ut för skador efter olycksfall. Barn i dessa hushåll lever ofta i sämre boendemiljöer, med sämre luft och lekmiljöer och med högre bullernivåer än barn i genomsnitt.

Nedan redovisas de målområden för vilka politikområdet förfogar över särskilda medel. Resultatet av insatserna inom dessa målområden redovisas nedan utifrån indikatorer som Statens folkhälsoinstitut har tagit fram för att följa upp det nationella folkhälsomålet.

En omfattande resultatredovisning för samtliga målområden kommer riksdagen att få våren 2006 då regeringen överlämnar den första folkhälsopolitiska skrivelsen. Riksdagen ska därefter ges en återkommande uppföljning av folkhälsopolitiken vart fjärde år.

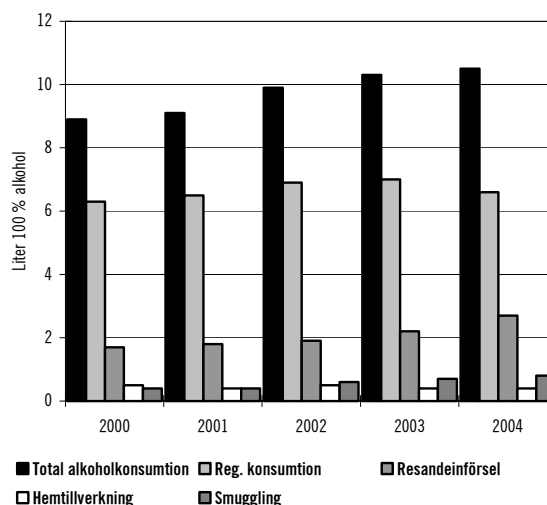
5.5.1 Alkohol

5.5.1.1 Mål

Målet för samhällets alkoholpolitik är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Strategin för att nå målet är att minska den totala alkoholkonsumtionen. Indikatorerna som används för att bedöma resultatet är total alkoholkonsumtion och dödsfall i alkoholrelaterad sjukdom eller skada.

5.5.1.2 Resultat

Diagram 5.2 Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige 2000–2004, per invånare 15 år och äldre



Källa: 1996, 1998: Kühlhorn m.fl. 2000; Kühlhorn, 2001: Leifman & Trolldal, 2002; Leifman, 2003; Leifman & Gustafsson, 2003

Skadligt bruk av alkohol är relativt vanligt och kan leda till skador av våld och olycksfall, familjetragedier och sjukdomar med alkoholdiagnos. Alkoholskador drabbar inte enbart högkonsumenter, även om dessa löper högre individuell risk att få skador än normalkonsumenterna.

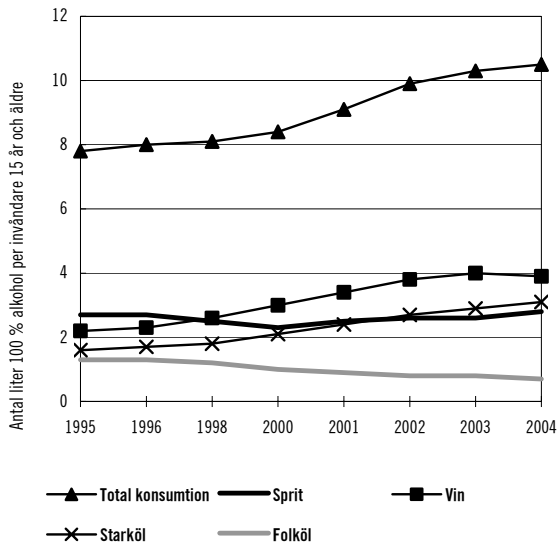
Under de senaste tio åren (1995–2004) har alkoholkonsumtionen ökat med 33 procent¹. Detta inger stor oro för ökade alkoholskador i befolkningen, med en försämrad folkhälsa som följd. Under den senaste tolv månadersperioden kan vi dock se en liten minskning i den totala alkoholkonsumtionen, men detta måste sättas i relation till den totala alkoholkonsumtionsnivån 2004 på 10,4 liter ren alkohol per person som är 15 år och äldre. Under 2004 ökade alkoholkonsumtionen med 2 procent, vilket är en lägre ökningstakt än både 2003 och 2002 (4 procent respektive 9 procent). Kvinnornas andel av den totala alkoholkonsumtionen har kraftigt ökat, sett i ett längre tidsperspektiv. Av den totala konsumtionen på 10,4 liter kan 6,5 liter härledas till den registrerade försäljningen (Systembolaget och restaurangnäringen), 2,7 liter till

¹ Detta motsvarar en ökning från 7,8 liter alkohol per invånare 15 år och äldre 1995 till 10,4 liter 2004.

resandeinförsel, 0,4 liter till hemtillverkning och 0,8 till smuggling.

Sedan slutet av 2003 ökar inte längre den registrerade alkoholkonsumtionen i Sverige utan ökningen av totalkonsumtionen kan härledas till en ökad alkoholinförsel från utlandet.

Diagram 5.3 Alkoholkonsumtionen i Sverige 1995, 1996, 1998 & 2000–2004: totalt och per alkoholdryck, registrerad plus skattningar av oregistrerad alkoholkonsumtion



Källa: Kühlhorn, m.fl. 2000, Leifman, 2003; Leifman & Gustavsson, 2003.

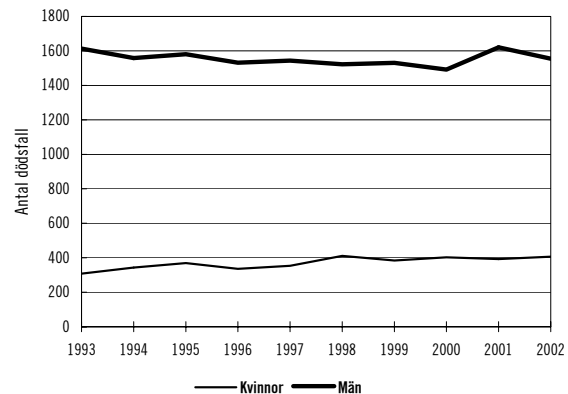
Spritkonsumtionen har legat nästan stilla på cirka 2,6 liter per person. Vinkonsumtionen omräknat i 100% alkohol har ökat med nästan 80 procent. Starkölskonsumtionen har i det närmaste fördubblats till en nivå på 3,1 liter per person. Folkölskonsumtionen är den enda delen av totalkonsumtionen som minskat och ligger idag på 0,7 liter per person.

Intensivkonsumtionen² är som störst bland män i åldersgruppen 20–25 år och bland kvinnor i åldersgruppen 18–19 år. Generellt sett dricker män ungefär dubbelt så mycket som kvinnor i de flesta åldersgrupper. Bland 16-åringar har emellertid flickornas konsumtion kommit i kapp pojkarnas. En trolig förklaring är att antalet flickor som dricker mycket har blivit fler. Alkoholutvecklingen för pojkar har de senaste åren tenderat att vara mer återhållsam. Det finns stora

² Med intensivkonsumtion av alkohol menas att man vid ett och samma tillfälle dricker alkohol så att det motsvarar minst en flaska vin (75 centiliter), 5 snapsglas sprit (25 centiliter), 4 burkar starköl eller cider eller 6 burkar folköl.

regionala skillnader i Sverige när det gäller genomsnittskonsumtionen av alkohol bland elever i årskurs 9. Alkoholkonsumtionen är större i Skåne län jämfört med övriga landet. Lägst är konsumtionen i norra Sverige. Pojkarnas konsumtion är större än flickornas i alla regioner, men i Skåne dricker flickorna mer än vad pojkarna gör i Stockholms län och i norra Sverige. Undersökningen visar också att det är vanligare med erfarenheter av smuggelsprit i Skåne och av hembränt i de norra och mellersta delarna av Sverige.

Diagram 5.4 Antal alkoholrelaterade dödsfall i Sverige 1993–2002



Källa: Socialstyrelsen, EpC

Konsekvenserna av alkoholmissbruk kan mätas i form av dödsfall med alkoholdiagnos. Antalet dödsfall med alkoholdiagnos var 2002 cirka 2 000, varav en femtedel var kvinnor. Det faktiska antalet dödsfall där alkohol spelar en viktig roll är dock större om man t.ex. räknar in vissa cancerformer, alkoholrelaterade olycksfall och självmord. En fjärdedel av alla dödsfall i åldrarna 20–49 år kan relateras till alkohol.

Under den senaste tioårsperioden har den alkoholrelaterade dödligheten stigit med drygt 16 procent för kvinnor. År 1992 dog 349 kvinnor av alkoholrelaterade skador och 2002 var motsvarande siffra 406 kvinnor. Under samma period har männens dödlighet sjunkit med cirka 6 procent. Värt att notera är en uppgång i dödligheten för männen 2001.

De senaste tillgängliga siffrorna över dödligheten från 2002 återspeglar inte den kraftiga konsumtionsökningen under senare år. Detta kan bero på en eftersläpning i effekterna av alkoholkonsumtionsökningen i samhället, samt att det inte finns några tillgängliga data för de senaste åren.

Den höga snittkonsumtionen av alkohol i Sverige inger stor oro för ett ökat antal våldsbrott. Majoriteten av de våldsbrott som polisanmäls i Sverige är misshandelsbrott. År 2004 anmäldes 67 089 våldsbrott jämfört med 65 177 året dessförinnan. Denna utveckling har också präglat det första kvartalet 2005 då 15 841 misshandelsbrott anmäldes mot 15 223 för samma period 2004. Mörkertalet för misshandelsbrott är stort och enligt undersökningar ligger de faktiska siffrorna ungefär tio gånger högre än den polisanmälda våldsbrottsligheten. Ökningen av våldsbrott gäller misshandelsbrott mot kvinnor och män och både om offret var bekant eller obekant med gärningsmannen samt det anmälda gatuväldet.

5.5.1.3 Analys och slutsatser

Sedan riksdagen 2001 antog den nu gällande alkoholhandlingsplanen har en rad förändringar ägt rum i vår omvärld som innebär stora utmaningar för den svenska alkoholpolitiken. Spritskatten har successivt sänkts kraftigt i våra närmaste grannländer och den 1 januari 2004 togs införselbegränsningarna på alkohol bort. Den 1 maj 2004 utökades Europeiska unionen (EU) med de nya medlemsstaterna. I vår omedelbara närhet har de baltiska länderna och Polen blivit medlemmar i EU. Alkoholpriserna i dessa länder är väsentligt lägre än i Sverige, exempelvis är priset på spritdrycker i Estland ca 60 procent lägre än i Sverige. Ytterligare hot mot en svensk restriktiv alkoholpolitik och ett direkt hot mot Systembolagets monopol är att Europeiska kommissionen stämt Sverige inför EG-domstolen med anledning av Sveriges förbud mot distanshandel av alkohol. Dessutom har kommissionen stämt Sverige rörande den svenska vinbeskattningen.

Konsumtionsökningen de senaste åren är både resultatet av de ovan angivna förändringarna samt av svenskarnas närmande till andra länder i vår närhet. Människor och varor rör sig över gränser på ett helt annat sätt än tidigare och den snabba utvecklingen av kommunikationsteknologin har bidragit till att olika länders livsstilar blivit alltmer lika varandra. Det gäller också alkoholvanorna.

Regeringen bedömer att de insatser som hittills genomförts inom alkoholområdet har varit nödvändiga för att få igång en aktiv process. Att

ökningstakten av den totala alkoholkonsumtionen har avtagit de senaste åren liksom att alkoholkonsumtionen bland yngre ungdomar minskat är positiva resultat som måste värnas. Dock kvarstår faktumet att alkoholkonsumtionen under perioden har ökat även om ökningstakten har avtagit det senaste året. En fortsatt ökning av den totala alkoholkonsumtionen och därmed de alkoholrelaterade skadorna är trolig mot bakgrund av att det inte längre finns införselrestriktioner och sänkta alkoholskatter i vår omvärld.

Den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador och inrättandet av Alkoholkommittén för att genomföra handlingsplanen har lett till ökad aktivitet på alkoholområdet, framför allt i kommuner och landsting. Insatserna är av långsiktig karaktär och stora ansträngningar görs för att utveckla kompetens, metoder och verksamheter på framför allt lokal och regional nivå. Statens folkhälsoinstitut (FHI) har fått regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera de olika insatserna som följer av handlingsplanen. Uppdraget skall årligen redovisas till regeringen och slutligen avrapporteras den 30 december 2006.

FHI:s pågående utvärdering av alkoholhandlingsplanen visar på en ökad aktivitetsnivå och samordning av kommunernas förebyggande arbete under mätperioden. Hittills har cirka 295 lokala och regionala samordnare av det alkohol- och drogförebyggande arbetet anställts runt om i landets kommuner och landsting med hjälp av de statliga medlen. Endast 12 procent av de kommunala samordnarna hade en fast tjänst 2002, övriga var tidsbegränsat projektanställda. År 2004 hade 49 procent en fast tjänst.

Under hösten 2004 har en insamling av myndigheternas och frivilligorganisationernas erfarenheter av arbetet med att uppfylla handlingsplanens mål gjorts. Resultatet visade generellt sett att framförallt arbetet riktat mot barn och ungdomar på lokal nivå varit framgångsrikt men att det krävs ökade insatser till den övriga befolkningen.

Arbetet med att förverkliga handlingsplanens intentioner, som har pågått i snart fem år, behöver fortsätta. En ny nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador kommer att presenteras för riksdagen hösten 2005. Samtidigt presenterar regeringen en ny handlingsplan mot narkotika. För att genomföra planerna avsätter

regeringen 250 miljoner kronor 2006 och 260 miljoner kronor 2007.

5.5.2 Narkotika

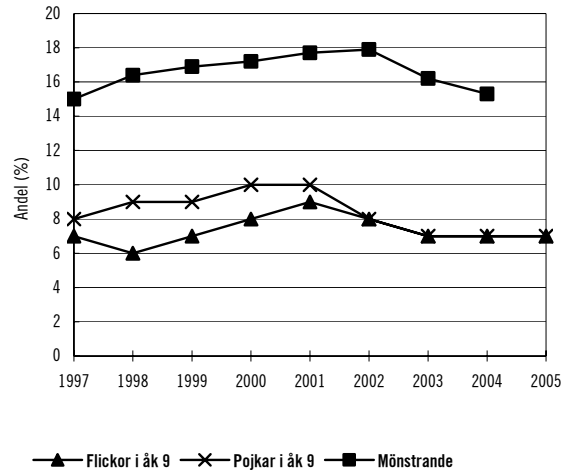
5.5.2.1 Mål

Målet för den svenska narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle. Indikatorn som används för att bedöma resultatet är självrapporterad narkotikaanvändning.

5.5.2.2 Resultat

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), som årligen genomför skolvaneundersökningar, har narkotikaanvändningen bland ungdomar i årskurs 9 ökat successivt under andra halvan av 1990-talet och början av 2000-talet, vilket diagram 5.5 visar. Som högst var det 10 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna år 2001 som använt narkotika. Därefter sjönk värdena och under 2003 och 2004 var andelen 7 procent för båda könen. Andelen mönstrande 18-åriga män som provat narkotika har, för första gången på 15 år, minskat och är lägre än föregående år. År 2004 hade 15,3 procent provat narkotika, jämfört med 18 procent 2002. Andelen elever i årskurs 9 och bland mönstrande som någon gång har använt anabola steroider har legat på 0–1 procent sedan 1994. Enligt tillgängliga data har dock det tunga missbruket (i huvudsak injektionsmissbrukare) fortsatt att öka och antalet personer med tunga missbruksproblem beräknas till 25 000–30 000 personer.

Diagram 5.5 Andel elever i årskurs 9 samt andel mönstrande som uppgett att de någon gång använt narkotika 1997–2004 & 2005



Källa: CAN

Tillgängliga undersökningar visar på att en överväldigande majoritet av svenska folket inte befarar sig med någon form av narkotika. Det finns också en bred folklig och politisk uppslutning kring en restriktiv narkotikapolitik. Någon legaliseringsdebatt liknande den som bedrivs i flera andra europeiska länder förekommer inte i Sverige.

Under hösten 2004 har en insamling av myndigheternas och frivilligorganisationernas erfarenheter av arbetet med att uppfylla handlingsplanens mål gjorts. Uppföljningen har utgjort underlag för regeringens resultatskrivelse Insatser för narkotikabekämpning utifrån regeringens narkotikahandlingsplan (skr. 2004/05:152) som överlämnades till riksdagen i april 2005. Uppföljningen kommer också att utgöra ett viktigt underlag för den nya narkotikahandlingsplanen som regeringen kommer att presentera under hösten 2005.

FHI kommer att presentera en första folkhälsopolitisk rapport, i vilken bl.a. insatserna mot narkotika skall följas upp, i september 2005. I slutet av samma år kommer den nationelle narkotikasamordnaren att presentera en utvärdering av handlingsplansarbetet.

5.5.2.3 Analys och slutsatser

Sedan narkotikahandlingsplanens tillkomst kan konstateras att en bred mobilisering på lokal nivå kommit till stånd. Insatserna på den lokala och regionala nivån har utvecklats positivt och flertalet kommuner har i dag någon form av drogpolitisk handlingsplan. Insatserna har också resulterat i en ökad kompetensutveckling och politisk ambition när det gäller att åstadkomma verkningsfulla insatser mot narkotikamissbruket. Vi kan också se att den negativa utvecklingen med ökad narkotikakonsumtion bland ungdomar som tidigare kunde iakttas nu har brutits. Ett fortsatt effektivt och uthålligt arbete är en förutsättning för att de förbättringar som skett utifrån narkotikahandlingsplanen skall kunna bibehållas och vidareutvecklas.

För att möta en befarad ny ökning av narkotikaanvändningen bland ungdomar och för att få till stånd en minskning av antalet personer med tunga missbruksproblem krävs fortsatta insatser på narkotikaområdet. Därför kommer regeringen hösten 2005 att presentera en ny handlingsplan mot narkotika. Samtidigt presenterar regeringen en ny nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador. För att genomföra planerna avsätter regeringen totalt 250 miljoner kronor 2006 och 260 miljoner kronor 2007.

Den narkotikapolitiska handlingsplanen utgör ramen för en samlad nationell mobilisering mot narkotika. Handlingsplanen omfattar hela det narkotikapolitiska området och inkluderar således såväl utbuds- som efterfrågedämpande åtgärder.

Det internationella samarbetet inom Förenta nationerna och Europarådet samt inom Europeiska unionen ger Sverige en möjlighet att förbättra samarbetet mellan olika länders polis- och tullmyndigheter för att bekämpa den illegala narkotikahandeln. Även när det gäller insatser som syftar till att minska efterfrågan av narkotika har det internationella samarbetet utvecklats. Det är angeläget att Sverige även fortsättningsvis kommer att ha en framträdande roll i detta samarbete för att kraftfullt driva frågan om ett narkotikafritt samhälle.

5.5.3 Tobak

5.5.3.1 Mål

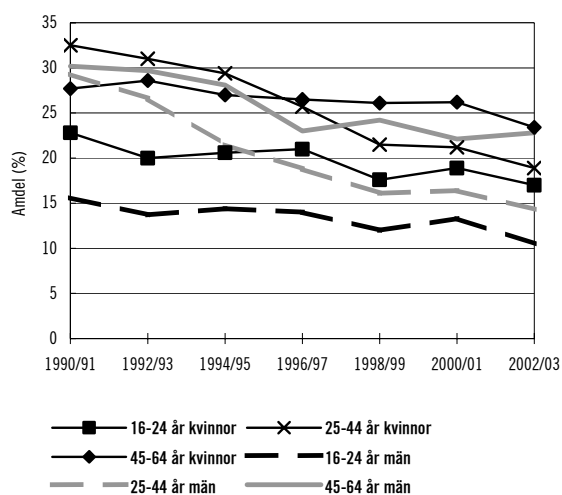
Målet för de statliga insatserna inom tobaksområdet är att minska tobaksbruket. I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) slår regeringen även fast nedanstående etappmål för tobaksområdet:

- En tobaksfri livsstart från år 2014.
- En halvering till år 2014 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa.
- En halvering till år 2014 av andelen rökare bland de grupper som röker mest.
- Ingen skall utan eget val utsättas för rök i sin omgivning.

År 1991 antog Världshälsoorganisationen målet att minst 80 procent av befolkningen skall vara rökfri år 2000. Indikatorn som används för att bedöma resultatet är självrapporterat tobaksbruk.

5.5.3.2 Resultat

Sverige är ett av få länder i Europa som uppnått Världshälsoorganisationens mål på tobaksområdet. Rökningen har minskat påtagligt i Sverige sedan 1990-talet i alla grupper. Minskningen har varit mer påtaglig hos män än hos kvinnor vilket visar sig tydligt i såväl åldersgruppen 25–44 år som i åldersgruppen 45–64 år.

Diagram 5.6 Andelen dagligrökare fördelat på kön och ålder 1990–2003

Källa: Socialstyrelsen, Folkhälsorapport 2005

Rökning under graviditet och rökning i små barns miljö innebär ökad risk för bl.a. luftvägsjukdomar. Under 1990-talet har det tobakspreventiva arbetet inom mödra- och barnhälsovården utvecklats och stärkts vilket har gett goda resultat.

Sedan 1992 har mödravårdsvården arbetat med att motivera mammor till att sluta röka. Rökvanorna registreras i mödravårdsjournaler och inrapporteras till Socialstyrelsen. Andelen rökare bland gravida i tidig graviditet (graviditetsvecka 8–12) har sjunkit från 21 procent 1993 till 9,6 procent 2003. Sedan 1999 rapporterar även landets barnvårdcentraler hur många föräldrar som röker under spädbarnsåret. År 2001 rökte 10 procent av mödrarna och 14 procent av fäderna när barnet var fyra månader. Samma år var andelen rökare i den vuxna befolkningen 20 procent bland kvinnorna och 18 procent bland männen. Informationen vid mödravårds- och barnvårdcentralerna är en av de viktigaste åtgärderna för att informera och utbilda föräldrar om rökningens påverkan på barnets hälsa.

Sedan 2001 minskar andelen rökare bland både pojkar och flickor, mest bland pojkar. Trettio procent av flickorna som 2004 gick i årskurs 9 uppgav att de rökte i någon utsträckning. Motsvarande andel bland pojkarna var 18 procent. Av flickorna var 15 procent dagligrökare och av pojkarna var motsvarande siffra 9 procent. Rökning är mer vanligt bland flickor än bland pojkar.

För pojkar har en minskning skett när det gäller snusning. För flickor har användningen av

snus ökat; 2004 uppgav 8 procent av flickorna att de snusat.

Bland vuxna kvinnor röker 18 procent och bland vuxna män 16 procent. Allt mindre andel av de vuxna männen röker dagligen. Andelen rökare var 2002/03 störst i åldersgruppen 45–64 år; 23 procent och minst bland 16–24-åringarna, 11 procent. Bland kvinnorna minskar andelen dagligrökare under 45 år, men i åldersgruppen 45–64 år har andelen i stort sett varit oförändrad under de två senaste decennierna.

Det finns fortfarande stora skillnader i rökvanor mellan olika sociala grupper. Bland kvinnorna finns en tendens till att dessa skillnader har ökat de senaste åren. Det finns också betydande regionala skillnader.

5.5.3.3 Analys och slutsatser

Attityderna gentemot rökning har de senaste decennierna förändrats påtagligt. Under samma period har den svenska tobakspolitiken gradvis skärpts. Tobakslagen har stramats upp såväl avseende reklambegränsningar som produktreglering samt avseende frågor som rör rökfria miljöer och passiv rökning.

Fortfarande är dock tobak den största enskilda riskfaktorn för hälsan. Tobaksrökning mångdubblar risken för ett stort antal sjukdomar, och många sjukdomar antingen orsakas eller förvärras av rökning. Detta gäller bl.a. ett flertal cancersjukdomar, men även hjärtinfarkt, kärlkramp, slaganfall, benskörhet och kronisk obstruktiv lungsjukdom. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) bidrar tobaksrökning till 12 procent av sjukdomsburden i Europa mätt i s.k. DALY, disability adjusted life years. Det gäller särskilt kranskärslsjukdomar och cancer. Tobaksanvändningen varierar också påtagligt mellan olika grupper i samhället. Statens folkhälsoinstitut (FHI) har tillsammans med Landstingsförbundet under 2003 sammanställt en rapport om Landstingens rökavvänjning. Rapporten visar att den verksamhet som bedrivs är varierande och att det finns stora regionala skillnader. Ingen skillnad i resultatet verkar ha skett under 2004. Efterlevnaden av bland annat åldersgränsen i tobakslagen är en angelägen fråga. Enligt länsstyrelserapporten som FHI publicerar årligen ökar kunskapen om tobakslagen hos de lokala tillsynsmyndigheterna, kommuner och länsstyrelser samtidigt som FHI

vidareutvecklar metoder för tillsynen. FHI har bl.a. ett pågående arbete för att utarbeta en handbok kallad Handbok Tobakslagen. Handboken skall bistå kommuner och länsstyrelser i deras dagliga arbete. Vidare har myndigheten i samråd med Alkoholkommittén utarbetat ett informationsmaterial, Lag om Leg, för att informera och bistå de lokala tillsynsmyndigheterna i deras informationsarbete om den gällande lagstiftningen. I den senaste propositionen Tobakskontroll – nationellt genomförande av WHO:s ramkonvention om tobakskontroll m.m. (prop. 2004/05:118) meddelade också regeringen att FHI kommer att få i uppdrag att utarbeta riktlinjer för vad som skall ingå i s.k. egentillsynsprogram för såväl folköl som tobak.

5.5.4 Smittskydd

5.5.4.1 Mål

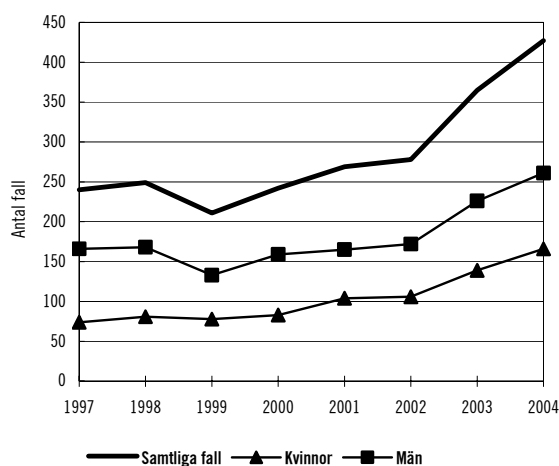
Målet för samhällets smittskydd är enligt smittskyddslagen (2004:168) att tillgodose befolkningens behov av skydd mot smittsamma sjukdomar. Indikatorerna som används för att bedöma resultatet är incidensen av anmälda fall av hivinfektion, klamydia, hepatit B, meticilin-resistenta gula stafylokocker (MRSA) och campylobakter och årlig uppföljning av landets barnvaccinationstäckning.

5.5.4.2 Resultat – Smittskydd

Det epidemiologiska läget avseende smittsamma sjukdomar följs upp på nationell nivå genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall som görs till Smittskyddsinstitutet (SMI) enligt smittskyddslagen (2004:168) och genom frivillig rapportering. Anslutningen till det allmänna barnvaccinationsprogrammet övervakas genom årlig insamling av vaccinationsstatistik från alla barnvårdscentraler i landet.

I förhållande till många andra länder är läget i Sverige gott beträffande flertalet av de allvarliga smittsamma sjukdomarna. Förekomsten av smittsamma sjukdomar i Sverige har varit tämligen oförändrad under de senaste tio åren. Under året drabbades Sverige inte av några större utbrott. Den epidemiologiska situationen uppvisade heller inte i övrigt några avgörande förändringar. De flesta anmälningspliktiga sjukdomarna har rapporterats i samma utsträckning eller i något lägre utsträckning än tidigare år.

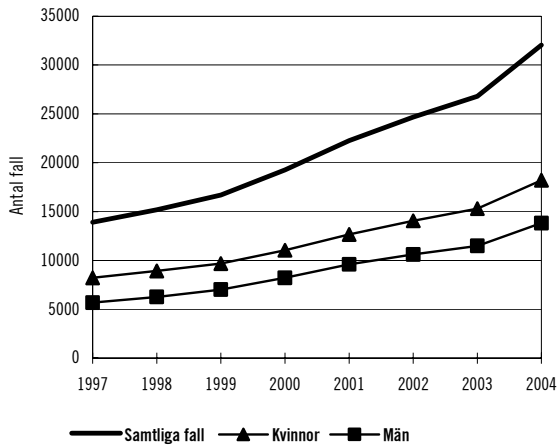
Diagram 5.7 Antal anmälda hivfall 1997–2004



Källa: Smittskyddsinstitutet

Spridningen av hivinfektion i Sverige har kunnat hållas på en låg nivå. Tidiga insatser i samband med epidemins utbrott och ett brett hivpreventivt arbete har bidragit till att antalet hivfall i Sverige fortfarande ligger lågt. Totalt har 6 705 personer anmälts som smittade med hivinfektion sedan 1985 (4 847 män och 1 858 kvinnor). Under de senaste tre åren har dock den positiva utvecklingen sedan i början på 1990-talet upphört. Under 2004 rapporterades 427 nya fall av hivinfektion (261 män och 166 kvinnor), vilket är en kraftig ökning i förhållande till 2000 (242 fall) som diagram 5.7 visar. Tillgången till antiviral behandling medför att antalet fall av aids fortsätter att ligga lågt (69 fall under 2004, varav 53 män och 16 kvinnor) liksom antalet individer som avlider av hiv/aids.

Diagram 5.8 Antal anmälda klamydiafall 1997–2004

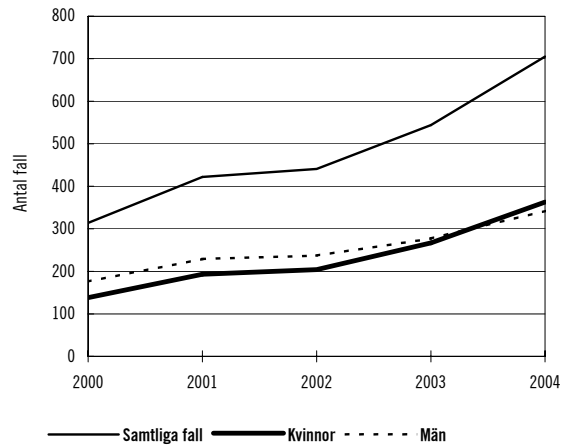


Källa: Smittskyddsinstitutet

Bland de sexuellt överförbara sjukdomarna har klamydia och syfilis ökat under de senaste sju åren. Även förekomsten av gonorré har ökat under samma period, dock syntes en minskning med 5 procent under 2004 jämfört med 2003. Under 2004 ökade förekomsten av klamydia bland kvinnor med drygt 19 procent och bland män med drygt 20 procent. Klamydia har mer än fördubblats sedan i mitten av 1990-talet, vilket diagram 5.8 visar. Syfilis ökade med 8 procent jämfört med föregående år och uppgår nu till samma nivåer som innan hiv-epidemin. Ökningen av syfilis och gonorré under senare år har huvudsakligen skett bland män som har sex med män medan ökningen av antalet fall av klamydia främst återfinns bland kvinnor och yngre heterosexuella.

Antalet fall av hepatit B har stigit under senare år. Den högsta noteringen av antalet akuta hepatit B-infektioner sedan mitten av 1980-talet nåddes under 2003. Under 2004 har dock antalet fall minskat betydligt. Totalt anmäldes 258 fall vilket skall jämföras med 372 året innan. Intravenöst missbruk var fortfarande den dominerande smittvägen. Antalet fall som smittats via intravenöst missbruk minskade dock kraftigt under året från 216 fall 2003 till 133 fall 2004. Även antalet som smittats via sexuella kontakter minskade något jämfört med föregående år, från 103 fall 2003 till 93 fall 2004. Minst 90 procent av fallen hade smittats i Sverige.

Diagram 5.9 Antal anmälda MRSA-fall 2000–2004



Källa: Smittskyddsinstitutet

Bakterier som utvecklat resistens mot antibiotika har blivit ett mycket stort problem runt om i världen. Även om förekomsten av meticilin-resistenta gula stafylokocker (MRSA) fortfarande är låg i Sverige i jämförelse med andra europeiska länder så är utvecklingen oroande. Under 2004 rapporterades 709 fall, en ökning med 30 procent jämfört med 2003. Ökningen kan delvis förklaras av ett intensifierat övervakningsarbete orsakat av att ett MRSA-utbrott i Stockholm lett till en ökad uppmärksamhet även i andra landsting. Den största andelen av ökningen utgjordes av importerade fall.

Antibiotikaförbrukningen inom sjukvården i Sverige fortsätter att minska. Mellan 1995 och 2004 har den totala antibiotikaförbrukningen i Sverige sjunkit med 15 procent. Bland barn i åldern 0–6 år har antibiotikaanvändningen halverats sedan början av 90-talet.

Campylobakter är en livsmedelsburen bakterie som kan orsaka kräkningar, diarréer och även förlamning i allvarliga fall. Efter fem års uppåtgående trend åren 1997–2001 stabiliserades det totala antalet fall under 2002 och 2003 på en nivå omkring 7 000 fall per år. Under 2004 har antalet fall sjunkit med 14 procent till en nivå på drygt 6 000 fall.

Barnsjukdomar som det går att vaccinera sig mot förekommer mycket sällan och drabbar huvudsakligen ovaccinerade barn. Från att vaccinationstäckningen har legat på omkring 95 procent för vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund skedde det i början av 2000-talet en viss minskning av vaccinationstäckningen. Vaccinationsstatistiken för de senaste åren tyder dock på att denna trend har brutits och att täcknings-

graden åter stiger. År 2004 var täckningsgraden 94,8 procent vilket är något lägre än föregående år. Föräldrar verkar välja att vaccinera barnen vid en något högre ålder än tidigare. Övriga vaccinationsprogram visar en hög och stabil täckningsgrad.

5.5.4.3 Analys och slutsatser

De statliga resurserna inom smittskyddsområdet utgörs av medel till insatser mot hiv/aids och medel till Smittskyddsinstitutet (SMI). Resurserna har varit i stort sett oförändrade under de senaste åren. Därtill har Socialstyrelsen ett föreskrifts- och tillsynsansvar för smittskyddet och skall även i övrigt verka för att insatserna inom smittskyddet samordnas. Även Statens folkhälsoinstitut (FHI) insatser bidrar till smittskyddet.

Förekomsten av allvarliga smittsamma sjukdomar har, genom förebyggande insatser och ett väl fungerande smittskyddsarbete, kunnat hållas på en låg nivå i Sverige i förhållande till många andra länder. De statliga aktörerna har under perioden förmått att hantera de utmaningar som funnits på smittskyddsområdet, såväl i form av nyupptäckta sjukdomar såsom sars eller fågelinfluensa, som långsiktiga hälsohot såsom resistensutveckling. Det är emellertid nödvändigt att ha en beredskap för förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige. Det finns även tecken på en oroande utveckling i fråga om spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara infektioner. Även spridningen av resistenta bakterier inom hälso- och sjukvården och i övriga samhället visar tecken på en oroande utveckling.

Den internationella utvecklingen av spridningen av allvarliga smittsamma sjukdomar kräver intensiv uppmärksamhet och handlingsberedskap. Under de senaste tjugo åren har en rad oförutsedda problem uppträtt. Nya allvarliga infektionssjukdomar har identifierats, som t.ex. sars, hivinfektion, legionella och blödarfeber. Andra sjukdomar har återuppträtt, uppträtt i nya regioner eller uppträtt på ett förändrat sätt, t.ex. utbrotten av sars och fågelinfluensa under de senaste åren. Det kraftigt ökade resandet och handeln i världen gör dessutom att nationsgränser i allt mindre utsträckning fungerar som hinder för smittspridning. Tillsammans utgör dessa

faktorer ett hot mot folkhälsan såväl globalt som i Sverige.

Den nya smittskyddslagen (2004:168) och de nya lagbestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder är insatser som regeringen gjort för att ytterligare förbättra smittskyddet i landet. Den nationella handlingsplan som Socialstyrelsen har tagit fram för beredskapen vid en influensapandemi och de åtgärder som sedan dess vidtagits för att bl.a. skapa ett lager av antivirala läkemedel har medfört en avsevärt stärkt beredskap för en influensapandemi. För närvarande pågår ett intensivt arbete såväl nationellt som på nordisk basis att ta fram ett underlag om förutsättningarna att säkerställa tillgången till influensavaccin vid en pandemi. Det finns i nuläget ett behov av att stärka den nationella beredskapsplaneringen för utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar inom och utom landets gränser. Dessutom finns det anledning att stärka myndigheternas informationsberedskap samt att se till att ett system för influensaövervakning kan byggas upp. Därför tillför regeringen för detta ändamål 10 miljoner kronor per år under perioden 2006–2008.

Möjligheten att använda antibiotika som ett effektivt läkemedel mot infektioner hotas idag genom att bakterier i ökande omfattning utvecklar resistens mot antibiotika. I det sammanhanget spelar strategigruppen för rationell antibiotikaeftersyn och minskad antibiotikaresistens (STRAMA) central roll. Problemet med antibiotikaresistens är sammankopplat med patientsäkerhet och vårdrelaterade infektioner. Regeringen bereder nu det förslag till svensk handlingsplan mot antibiotikaresistens som Socialstyrelsen på regeringens uppdrag har tagit fram och har för avsikt att lämna förslag till åtgärder under 2005. I detta sammanhang kommer regeringen även att ta ställning till behovet av lagbestämmelser beträffande vårdrelaterade infektioner.

Den inhemska spridningen av hivinfektion ligger för närvarande på en, i ett internationellt perspektiv, låg och stabil nivå. Samtidigt talar en rad omständigheter för att risken för spridning av hivinfektion i det svenska samhället är stor, bl.a. har det skett en kraftig ökning av antalet fall av klamydiainfektion, gonorré och syfilis i alla åldersgrupper den senaste femårsperioden och i vår närmaste omvärld, särskilt i Baltikum och Ryssland, sker en snabb spridning av hivinfektion. Under senare år har det även skett en kraf-

tig ökning av antalet hivinfekterade – huvudsakligen heterosexuellt smittade – som beror på invandring av personer från områden där hivinfektionen är mer utbredd i befolkningen.

Översynen av de hivförebyggande insatserna i kombination med den nya smittskyddslag som regeringen presenterade våren 2004 utgör viktiga verktyg för regeringens arbete för att förhindra spridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara infektioner. Regeringen anser att det finns behov av en förbättrad samordning av de hivförebyggande insatser som vidtas med statliga medel. I detta syfte föreslår regeringen att de statliga medlen förs samman till ett anslag under utgiftsområde 9. Under hösten 2005 avser regeringen att utarbeta en proposition med en samlad strategi för det hivförebyggande arbetet samt de statliga medlen inom detta område.

5.5.5 Spel

5.5.5.1 Mål

Regeringen har i prop. 2002/03:35 formulerat att målet för samhällets insatser mot spelberoende skall vara att minska skadeverkningar av överdrivet spelande.

I sitt förslag till handlingsplan identifierade Statens folkhälsoinstitut (FHI) 2003 bland annat följande mål som nödvändiga för att kunna uppnå målet.

- Utbudet av spel och marknadsföringen av dem ska utformas så att överdrivet spelande inte uppmuntras.
- Kunskapen ska öka om riskerna med spel om pengar samt om hur överdrivet spelande kan undvikas.
- Beredskapen ska förbättras inom olika samhällssektorer att känna igen och bistå personer som är eller är på väg att bli spelberoende.
- Lättillgängligt och ändamålsenligt stöd, vård och behandling ska erbjudas de spelberoende och deras anhöriga.

5.5.5.2 Resultat

Spelandet i Sverige har, sett i relation till disponibel inkomst, legat på en relativt konstant nivå. Tillförlitliga data om utvecklingen av spelpro-

blem för hela befolkningen finns ännu inte. Enligt Statens folkhälsoinstituts (FHI) nationella folkhälsoenkät från 2004 har cirka 6 procent av männen och 2 procent av kvinnorna riskabla spelvanor. En stor spelvaneundersökning som skall genomföras 2006 kommer att ge ökade kunskaper om spelberoende. En uppföljning av förhållandena i kasinoorterna visar att en ökning av personer med spelproblem har ägt rum i Malmö men ej i Sundsvall eller i kontrollorten Karlstad.

De stora svenska spelaktörerna har alltmer betonat betydelsen av att agera på ett ansvarsfullt sätt, bl.a. genom påverkan från arbetet i branschrådet OSS, oberoende spelsamverkan, där FHI har ordförandeskapet. De har antagit etiska riktlinjer för reklam och marknadsföring och har inrättat ett spelråd för överläggningar om etiska problem. Utbildningen av ombud och den egna personalen har intensifierats och stor tonvikt läggs på spelansvarsfrågor. Den interna kontrollen av att åldersgränserna och förbudet mot kreditspel följs har skärpts.

Genom FHI:s egen informationsverksamhet, stödet till forskningen och kontakter med myndigheter och organisationer samt genom stödet till frivilliga organisationer inom området har en kraftigt ökad kunskap och medvetenhet om spelproblem och deras karaktär spridits till stora delar av såväl beslutsfattare som allmänheten.

Stödlinjen till spelberoende och det pågående arbetet med att utveckla vård och behandlingsmöjligheter har visat på att det är möjligt att stödja personer med spelproblem och har gett personer i en svår livssituation en förbättrad levnadsnivå.

Sammantaget har de senaste årens förstärkning av resurserna till insatser mot spelberoende möjliggjort ett utvecklingsarbete som lett till att Sverige har förbättrat möjligheterna att låta sociala skyddshänsyn få en framträdande roll i spelpolitiken. Trots relativt begränsade insatser är därmed Sverige ett av de länder i Europa som har kommit längst i ett systematiskt arbete på detta område.

5.5.5.3 Analys och slutsatser

Den intensifiering av arbetet att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande som inleddes med att riksdagen beslutade om den nya folkhälsopolitiken har visat att det är möjligt att

på ett konstruktivt sätt förstärka de sociala och hälsomässiga aspekterna av spel om pengar. Detta arbete bör därför fortsätta och det är särskilt viktigt att verksamma metoder för förebyggande insatser kan utvecklas, inte minst mot bakgrund av svårigheterna att begränsa eller kontrollera spel hos utländska spelbolag via Internet.

5.6 Revisionens iakttagelser

Inga effektivitetsrapporter eller revisionsberättelser med invändning har lämnats av Riksrevisionen (RiR) inom politikområdet. Ingen myndighet inom politikområdet har fått invändningar från RiR, vilket innebär att årsredovisningarna för 2004 i allt väsentligt varit rättvisande och upprättats i enlighet med gällande regler. RiR har i rapporten Regeringens förvaltning och styrning av sex statliga bolag (RiR 2004:28) granskat hur regeringen förvaltat och styrt sex statligt helägda aktiebolag. Ett av dessa är Systembolaget AB. RiR:s övergripande bedömning är att det finns behov av och möjlighet att öka tydlighet och insyn och att förbättra den interna kontrollen i styrningen av de statliga bolagen. Regeringen hänvisar i denna del till utgiftsområde 24 avsnittet Regeringens redogörelse med anledning av RiR:s iakttagelser, avsnittet Regeringens förvaltning och styrning av sex statliga bolag (RiR 2004:28).

5.7 Politikens inriktning

Folkhälsopolitikens inriktning framgår av propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) som riksdagen beslutade om i april 2003. I korthet handlar den om att verka för att folkhälsoaspekter beaktas i politiska beslut i syfte att förbättra folkhälsan. Ohälsan i befolkningen är ett tvärsektorielt problem och lösningarna behöver därför sökas inom en mängd politikområden och hos flera aktörer. En viktig målsättning är att minska skillnaderna i ohälsa mellan olika grupper i befolkningen; oavsett kön, ålder, klass, sexuell läggning, etnisk bakgrund eller funktionshinder skall människor ges samma förutsättningar till en god hälsa. Forskning visar att många sjukdomar orsakas av en mängd faktorer som interagerar. Dessutom är

ofta exponering för en riskfaktor en bidragande orsak till flera sjukdomar. Därför måste ett effektivt folkhälsoarbete rikta in sig på att påverka hälsans bestämningfaktorer, dvs. de faktorer i samhället och människors livsvillkor samt levnadsvanor som bidrar till hälsa och ohälsa, snarare än på enskilda sjukdomar. Genom att åtgärda orsaker till ohälsa och utveckla friskfaktorer tydliggörs folkhälsoarbetets politiska karaktär. Att främja hälsa och förebygga ohälsa blir ett gemensamt samhällsansvar. Insatser som riktar sig mot de faktorer som leder till de vanligaste folksjukdomarna och hälsoproblemen bör prioriteras.

För att nå det övergripande folkhälsomålet krävs ett långsiktigt, målinriktat och sektorsövergripande arbete inom samtliga sektorer som har avgörande inflytande över folkhälsans utveckling. För att möjliggöra detta krävs en god samordning på samtliga samhällsnivåer. Regeringen har genom den nationella ledningsgruppen för folkhälsopolitik lagt grunden för samordningen på nationell nivå – ett arbete som regeringen kommer att fortsätta att lägga stor vikt vid under 2006.

En för regeringen prioriterad målsättning är att minska alkoholens skadeverkningar. Alkoholkonsumtionen har de senaste åren ökat markant i befolkningen och konsumtionsökningen riskerar att leda till att alkoholskadorna ökar på sikt. En positiv utveckling är att alkoholkonsumtionen stadigt har sjunkit bland yngre ungdomar, framförallt bland pojkar, de senaste tre åren. Även berusningsdrickandet har minskat i denna åldersgrupp enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Målet för samhällets alkoholpolitik är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Strategin för att nå dit är att sänka den totala alkoholkonsumtionen och förhindra att människor blir storkonsumenter genom att påverka dryckesbeteenden samt verka för att alkohol inte förekommer i vissa miljöer eller skeden i livet, t.ex. i trafiken, under graviditeten, i arbetslivet och under ungdomsåren. Mönstret för hur alkohol anskaffas håller på att förskjutas samtidigt som flera av de traditionella alkoholpolitiska instrumenten för att begränsa tillgängligheten har försvagats. De tillgänglighetsbegränsande metoder som återstår, såsom öppettider, åldersgränser och serverings- och försäljningstillstånd, måste därför tillämpas än mer effektivt. Det är också viktigt att insatser i det förebyg-

gande arbetet utvecklas under kommande år. Huvudinriktningen är att stimulera utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på kommunal nivå. Förstärkta åtgärder behövs bl.a. i form av särskilda stödinsatser för riskgrupper och individer med riskbeteende, vård- och behandlingsinsatser, begränsning av tillgängligheten och marknadsföringen av alkoholdrycker. Förstärkta åtgärder behövs också för att utveckla samarbetet på europeisk och internationell nivå. Detta kommer regeringen att fortsätta verka för genom en ny handlingsplan som skall presenteras för riksdagen hösten 2005.

Narkotikaanvändningen bland ungdomar har de senaste åren minskat efter att successivt ha ökat under lång tid. Samtidigt ökar det tunga missbruket. Detta visar att ett intensivt arbete mot narkotika är nödvändigt. Det finns en bred folklig och politisk uppslutning kring en restriktiv narkotikapolitik. De narkotikapolitiska insatserna har fokuserat på att begränsa både tillgången till och efterfrågan på narkotika. Detta kommer att vara riktmärket för den nya handlingsplan som skall presenteras för riksdagen hösten 2005. För att genomföra handlingsplanerna mot alkoholskador och mot narkotika avsätter regeringen 250 miljoner kronor 2006 och 260 miljoner kronor 2007.

Under det senaste decenniet har tobakspolitiken skärpts, med en minskande andel rökare i befolkningen som följd. Regeringen fortsätter arbetet för att minska tobaksbruket, främst genom skärpt lagstiftning.

Spelmarknaden expanderar och har idag en omsättning på 36 miljarder kronor. Nya spelformer etableras med Internet som bas. I takt med utvecklingen på spelmarknaden ökar också antalet personer som riskerar att utveckla ett spelberoende. Regeringen ökar därför anslaget för åtgärder mot skadeverkningarna mot överdrivet spelande med 15 miljoner kronor 2006.

Förekomsten av allvarliga smittsamma sjukdomar har genom förebyggande insatser och ett väl fungerande smittskyddsarbete kunnat hållas på en låg nivå i Sverige i förhållande till många andra länder. Det är emellertid nödvändigt att ha en beredskap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige. Att så är fallet visas inte minst av utbrotten av fågelinfluensa och sars. Det finns i nuläget behov av att tillföra resurser för att den nationella beredskapen vid utbrott av

allvarliga smittsamma sjukdomar inom och utom landets gränser skall kunna stärkas samt för att handlingsplanen för influensaberedskap skall kunna genomföras. Regeringen avsätter 10 miljoner kronor per år för detta ändamål under perioden 2006–2008. En nordisk arbetsgrupp har dessutom tillsatts för att ta fram ett underlag om hur den nationella beredskapen mot pandemisk spridning av influensa skall kunna stärkas. På det internationella planet kommer det reviderade internationella hälsoreglementet att fungera som ett regelverk för hur nya allvarliga hälsohot som kan få internationell spridning såsom sars eller fågelinfluensa skall hanteras i framtiden. För att detta skall vara möjligt behöver regelverket implementeras både på nationell och på global nivå.

Utvecklandet av antibiotika för snart sextio år sedan revolutionerade behandlingen av infektioner. Behandlingsmöjligheterna av infektioner hotas nu genom att bakterier i ökande omfattning utvecklar resistens mot antibiotika. Om inte resistensutvecklingen begränsas kan det även få konsekvenser för möjligheterna att genomföra en mängd medicinska ingrepp som till exempel att behandlingen av patienter med nedsatt immunförsvar försvåras och att operationer blir svårare att genomföra. Regeringen har fattat beslut om en lagrådsremiss om stärkta krav på vårdhygien och har för avsikt att under 2005 återkomma med ställningstaganden beträffande de förslag som återfinns i den nationella handlingsplan mot antibiotikaresistens som Socialstyrelsen har tagit fram.

De senaste årens ökade spridning av sexuellt överförbara infektioner är bekymmersam. När det gäller hiv/aids har ökningen av antalet fall varit starkt kopplad till den globala epidemin. Den ökade spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar visar emellertid på ett ökat sexuellt riskbeteende vilket kan leda till att även den inhemska spridningen av hivinfektion ökar. Regeringen har därför tagit initiativ till en översyn av de samhälleliga insatserna för att förebygga och minska konsekvenserna av hiv/aids och har för avsikt att under hösten lämna förslag beträffande hur de statliga medlen för hivprevention skall användas och administreras.

Den ökade andelen människor som lider av fetma eller övervikt oroar. I Sverige har antalet personer med fetma nästan fördubblats under de senaste 20 åren och omfattar nu omkring 500 000 människor. Övervikt och fetma är i hög

utsträckning ett strukturellt problem. Ett konstant utbud av mat kombinerat med låga krav på fysisk aktivitet i vardagen har bidragit till den negativa utvecklingen. Lösningarna behöver bland annat sökas på strukturell nivå genom insatser som skapar förutsättningar för människor att leva hälsosamt. Uppdraget att ta fram ett underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet som regeringen gav till Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Livsmedelsverket 2003 redovisades i februari 2005 och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Det finns oroande tecken på att minskningen av självmorden kan ha stannat upp och att självmorden bland unga kan ha ökat. Mot bakgrund av detta har regeringen gett FHI och Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag på strategier och åtgärder till ett nationellt program för självmordsprevention. Uppdraget skall redovisas senast den 15 december 2006.

Folkhälsan i Sverige påverkas av den ökade internationaliseringen. Öppnare gränser medför ett ökat resande och ett ökat utbyte av varor mellan länderna. Folkhälsan påverkas också av de gränsöverskridande trenderna när det gäller t.ex. alkohol, narkotika och tobak. I takt med internationaliseringen har Förenta nationernas (FN) och Europeiska unionens (EU) arbete med folkhälsofrågor blivit allt viktigare. Internationell samverkan är t.ex. många gånger en förutsättning för att smittspridning skall kunna förebyggas eller begränsas. Sverige lägger stor vikt vid det internationella samarbetet och har deltagit aktivt i förhandlingarna om ett flertal rättsligt bindande instrument inom Världshälsoorganisationen (WHO), bl.a. om ramkonventionen om tobakskontroll och det internationella hälso-reglementet. Sverige driver både inom WHO och EU att arbetet med att hantera nya allvarliga hälsohot, som sars och fågelinfluensa, skall ges ökad prioritet. Regeringen arbetar även aktivt internationellt för att främja det globala arbetet mot antibiotikaresistens och kommer att aktivt följa implementeringen av den WHO-resolution som antogs av Världshälsoförsamlingen våren 2005 på initiativ av Sverige. Ett annat område inom vilket Sverige är aktivt internationellt är hiv/aids. På grund av sjukdomens stora spridning och dess samhällskonsekvenser är det en av de mest angelägna utmaningarna inom folkhälsoområdet för det nya århundradet.

5.8 Förslag till lag om ändring i alkohollagen (1994:1738)

Regeringens förslag: Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna till lagen (2003:166) om ändring i alkohollagen (1994:1738) ändras på så sätt att den som har medgivits rätt att bedriva partihandel med alkoholdrycker med stöd av tidigare gällande bestämmelser ges möjlighet att fortsätta sin verksamhet till utgången av 2007. Dessa partihandlare skall inte betala tillsynsavgifter enligt alkohollagen.

Ärendet och dess beredning: Förslaget till lagändringar har beretts under hand med Statens folkhälsoinstitut.

Skälen för regeringens förslag: Genom lagen (1999:1001) om ändring i alkohollagen (1994:1738) ersattes tillstånden för partihandel med alkoholdrycker med en koppling till godkännande som upplagshavare eller registrering som varumottagare enligt lagen (1994:1564) om alkoholskatt (prop. 1998/99:134, bet. 1999/2000:SoU4, rskr. 1999/2000:42). Av ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna till ändringslagen följde att partihandelstillstånd som före den 1 januari 2000 hade meddelats annan än den som var godkänd som upplagshavare eller registrerad som varumottagare enligt lagen om alkoholskatt skulle fortsätta att gälla, dock längst till utgången av 2001. Då det hade upplysts att det fortfarande vid utgången av 2001 skulle komma att finnas ett inte ringa antal näringsidkare som innehade partihandelstillstånd för alkoholdrycker men som saknade godkännande eller registrering enligt lagen om alkoholskatt beslöt riksdagen på regeringens förslag att förlänga övergångstiden till utgången av 2003 (prop. 2000/01:97, bet. 2000/01:SoU19, rskr. 2000/01:260).

Mot bakgrund av att Statens folkhälsoinstitut (FHI) uppmärksammat regeringen på att det vid utgången av 2003 fortfarande skulle finnas uppskattningsvis fyrtio innehavare av partihandelstillstånd som fortfarande skulle sakna godkännande eller registrering enligt lagen om alkoholskatt kom övergångstiden senare att förlängas till utgången av 2005 (prop. 2002/03:87, bet. 2002/03:SoU16, rskr. 2002/03:152). I lagstiftningsärendet framhöll regeringen att det förflutit

flera år sedan den nya ordningen för rätten till partihandel infördes och att FHI därför skulle ges i uppdrag att redovisa skälen till varför ifrågavarande tillståndshavare ännu inte hade kunnat erhålla godkännande eller registrering enligt lagen om alkoholskatt. FHI har redovisat detta uppdrag i december 2004. Av redovisningen framgår bl.a. att det kommer att finnas ca 20 företag som berörs när möjligheterna att bedriva verksamhet med stöd av övergångsreglerna upphör vid utgången av 2005. En anledning till att dessa företag inte kommer att kunna gå över till den nya ordningen för partihandel är att de inte fullt ut uppfyller de uppställda kraven för godkännande eller registrering i lagen om alkoholskatt, bl.a. på grund av att de endast köper redan beskattade alkoholdrycker av andra partihandlare här i landet. Enligt regeringen bör dessa näringsidkare skäligen kunna fortsätta sin verksamhet även efter utgången av 2005. Det är emellertid inte tillfredsställande att en övergångsordning som varit avsedd att användas under en begränsad tid nu närmast har antagit karaktären av en permanent lösning. Regeringen avser därför att under 2006, i samband med den sedan tidigare aviserade översynen av bestämmelserna för tillverkning av bl.a. alkoholdrycker och handel med tekniska alkoholprodukter, lämna förslag till en slutlig reglering för de partihandlare som inte har kunnat erhålla godkännande eller registrering enligt bestämmelserna i lagen om alkoholskatt. Lagstiftningsärendet är emellertid av komplicerat slag och kommer i sig att medföra behov av övergångslösningar bl.a. avseende rätten till tillverkning. Med hänsyn härtill anser regeringen att övergångstiden för nu ifrågavarande partihandlare lämpligen bör bestämmas till utgången av 2007.

De partihandlare som övergångsvis har behållit sina rättigheter enligt det ovan sagda har fortsatt haft skyldighet att erlagga avgifter för tillsyn från och med den 1 januari 2000, dvs. från och med tidpunkten för det i grunden reformerade systemet för rätten till partihandel. I en dom den 27 december 2004 har emellertid Kammarrätten i Stockholm funnit att dessa avgifter har tagits ut i strid med gemenskapsrätten (mål nr 2321-04). Regeringsrätten har den 7 mars 2005 beslutat att inte meddela FHI prövningstillstånd i målet och kammarrättens avgörande står därför fast (mål nr 260-05). Mot denna bakgrund bör också ifrågavarande ikraftträdande- och övergångsbestämmelser ändras så att övergångsvisa partihandlare

inte ska betala tillsynsavgifter enligt alkohollagen. Detta sker genom att hänvisningen i punkten 2 i bestämmelserna till 7 kap. 4 § alkohollagen tas bort. I sammanhanget kan upplysas att FHI, mot bakgrund av den lagakraftvunna domen, nu inte tar ut sådana avgifter och att återbetalning har påbörjats av uppburna avgifter.

5.9 Budgetförslag

5.9.1 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar³

Tabell 5.2 Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor				
2004	Utfall	58 515	Anslags-sparande	-373
2005	Anslag	64 122 ¹	Utgifts-prognos	62 890
2006	Förslag	153 737		
2007	Beräknat	153 737		
2008	Beräknat	153 737		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Anslaget har sedan 1992 disponerats av Statens folkhälsoinstitut (FHI) för insatser mot hiv/aids. FHI samverkar med Smittskyddsinstitutet (SMI), Socialstyrelsen, smittskyddsläkarna och Sveriges kommuner och landsting och stimulerar till regionala och lokala aktiviteter. De största stöden har lämnats till Noaks Ark-Röda korset, Riksföreningen för sexuellt likaberättigande (RSFL) och Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU). Ekonomiskt stöd har även lämnats till de hivsmittades frivilligorganisationer på riksnivå, bl.a. Riksförbundet för hiv-positiva (RFHP). Dessutom har visst ekonomiskt stöd lämnats till frivilligorganisationer som arbetar med att förbättra situationen för homo- och bisexuella samt transpersoner (HBT-organisationer).

Regeringen tillkallade i maj 2002 en särskild utredare för att göra en samlad översyn av samhällets insatser mot hiv/aids. Utredningens betänkande Samhällets insatser mot hiv/STI (SOU 2004:13) överlämnades i februari 2004. I

³ Anslaget byter den 1 januari 2006 namn till Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.

betänkandet ges bl.a. förslag till framtida insatser för medlen under anslaget och hur medlen skall administreras.

Sedan 1998 har dessutom särskilda medel för hivprevention i storstadsregionerna tillfälligt avsatts under utgiftsområde 25. Under 2005 uppgår detta bidrag till 90 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Den inhemska spridningen av hivinfektion ligger för närvarande på en, i ett internationellt perspektiv, låg och stabil nivå. Samtidigt talar en rad omständigheter för att risken för spridning av hivinfektion i det svenska samhället är stor.

För att möjliggöra en samlad uppföljning av de hivpreventiva insatser som sker på statsbudgeten förs 90 miljoner kronor över till anslaget från utgiftsområde 25, anslag 48:2 *Bidrag till särskilda insatser i vissa kommuner och landsting*. Merparten av dessa medel skall användas till att betala ut vissa statsbidrag i enlighet med en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet. Bidraget bör huvudsakligen gå till insatser för att förebygga hiv/aids i storstadsregionerna men även insatser utanför storstadsregionerna bör kunna få bidrag. I den mån som det finns kopplingar mellan hivförebyggande insatser och insatser som syftar till att förebygga andra smittsamma sjukdomar bör även sådana insatser kunna omfattas.

Under hösten 2005 avser regeringen att utarbeta en proposition med en samlad strategi för det hivförebyggande arbetet samt de statliga medlen inom detta område. I det sammanhanget avser regeringen att bl.a. ta ställning till inriktningen på de statliga medlen för hivförebyggande insatser samt hur dessa medel skall administreras.

Från anslaget har ett begränsat statligt bidrag till HBT-organisationer betalats ut under de senaste åren. Detta bidrag har tillkommit mot bakgrund av att hivinfektion är överrepresenterat bland män som har sex med män. Det ekonomiska bidraget till HBT-organisationer ökades kraftigt 2004 då sex miljoner kronor tillfördes anslaget. Den situation med bl.a. psykisk ohälsa och diskriminering som i dag präglar homo- och bisexuella samt transpersoners vardag medför dock att den verksamhet som HBT-organisa-

tioner bedriver bör vara inriktad mot att på ett bredare plan stärka dessa gruppers ställning i samhället. Det är angeläget att de medel som avsatts av statsbudgeten som ekonomiskt stöd till dessa organisationer utgår från hela det spektrum av frågor som präglar dessa gruppers situation i samhället. Mot denna bakgrund har frågan om att föra över dessa medel till en annan del av statsbudgeten än politikområdet Folkhälsa aktualiserats. Det finns dock för närvarande inte något annat politikområde där stödet till HBT-organisationer har en given plats och inte heller någon annan myndighet som omedelbart kan ta över stödet. I samband med att Diskrimineringskommitténs (N 2002:06) förslag behandlas skall regeringen hitta en lösning på denna fråga och återkomma med förslag på hur det ekonomiska stödet till HBT-organisationer bör utformas för att på ett bättre sätt återspegla regeringens ambitioner inom området. I avvaktan på att en sådan förändring kan komma till stånd bör dock stödet till HBT-organisationer tillfälligt ligga kvar inom utgiftsområde 9.

Anslaget minskas med 385 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 5.3 Härlledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	64 122	64 122	64 122
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-385	-385	-385
Överföring till/från andra anslag	90 000	90 000	90 000
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	153 737	153 737	153 737

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 153 737 000 kronor anvisas under anslaget 14:1 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 153 737 000 kronor respektive år.

5.9.2 14.2 Bidrag till WHO

Tabell 5.4 Anslagsutveckling 14.2 Bidrag till WHO

Tusental kronor				
2004	Utfall	28 464	Anslags- sparande	7 389
2005	Anslag	34 371 ¹	Utgifts- prognos	30 464
2006	Förslag	34 165		
2007	Beräknat	34 165		
2008	Beräknat	34 165		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Utgiften som belastar anslaget är Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO). Medlemsländernas beslutande organ, Världshälsoförsamlingen (WHA), antog i maj 2005 organisationens budget för perioden 2006–2007. Budgeten består dels av medlemsavgifterna, dvs. den reguljära budgeten som fastställs av WHO, dels av frivilliga bidrag som medlemsländerna själva beslutar om, och som i Sverige kanaliseras via Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete (Sida). Vid WHA 2005 beslutades om en fyraprocentig ökning av den reguljära budgeten; den första höjningen av budgeten på flera år. Ländernas frivilliga bidrag har ökat markant de senaste åren och uppgår till cirka två tredjedelar av den totala budgeten.

Medlemsavgifternas storlek baseras på den reguljära budgetens omfattning och påverkas av amerikanska dollarns valutakurs, som är den valuta som budgeten fastställs i. För 2006 har avgiften för Sverige fastställts till 4,5 miljoner amerikanska dollar. Enligt WHO:s regler skall denna avgift ha betalats in vid årets början.

Regeringens överväganden

WHO:s betydelse i arbetet för global hälsa och utveckling har ökat, bland annat genom dess roll i förverkligandet av millennieutvecklingsmålen. Det gäller främst målen om minskad mördardödlighet, ökad barnöverlevnad, åtgärder mot de globala epidemierna hiv/aids, tbc och malaria samt tillgång till grundläggande mediciner.

WHO har under 2005 varit aktivt på folkhälsoområdet. Hiv/aids, tuberkulos och malaria är fattigdomssjukdomar som står i fokus för stora insatser från WHO:s sida, både i förebyggande syfte och i sjukvården. WHO har nyligen lanserat ett viktigt initiativ om behandling

av hiv/aids-smittade som innebär att 3 miljoner människor i utvecklingsländer ska ha fått tillgång till behandling med bromsmediciner vid utgången av 2005 (det s.k. ”three by five”-initiativet). Sverige välkomnar WHO:s ökade engagemang på hiv/aids-området och har aktivt bidragit till denna utveckling.

Sverige har varit pådrivande i att lyfta fram folkhälsofrågorna under 2005, inte minst frågan om alkohol som genom Sveriges engagemang blev föremål för en resolution under WHA i maj 2005. Sverige verkar även för att WHO skall öka sitt engagemang för barns och ungdomars hälsa samt för breda folkhälsoinsatser, t.ex. våld, kostvanor och fysisk aktivitet. Sverige bidrar i detta avseende också till den av WHO ny tillsatta kommissionen om sociala hälsodeterminanter som studerar skillnader i hälsa mellan och inom länder och tar fram förslag på åtgärder för att minska dessa skillnader. Även smittskyddsfrågorna har fått stor uppmärksamhet i WHO under 2005, bland annat genom revideringen av det internationella hälsoreglementet och antagandet av en resolution om antibiotikaresistens som Sverige och de nordiska länderna gemensamt drivit fram.

Anslaget minskas med 206 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 5.5 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14.2 Bidrag till WHO

Tusental kronor			
	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	34 371	34 371	34 371
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-206	-206	-206
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	34 165	34 165	34 165

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 34 165 000 kronor anvisas under anslaget 14:2 *Bidrag till WHO* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 34 165 000 kronor respektive år.

5.9.3 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tabell 5.6 Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

År	Utfall	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2004	Utfall	17 690		1 426
2005	Anslag	18 161 ¹		17 679
2006	Förslag	18 125		
2007	Beräknat	18 524 ²		
2008	Beräknat	18 931 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 18 125 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 18 125 tkr i 2006 års prisnivå.

Anslaget utgör Sveriges bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), en del av Nordiska ministerrådets organisation. På skolan bedrivs utbildning och forskning inom folkhälsovetenskap för personal från de nordiska ländernas hälso- och sjukvårdssektorer samt närliggande områden. Högskolans aktiviteter skall bidra till att ett nordiskt mervärde skapas.

Finansiärer är utöver Sverige, Danmark, Norge, Finland och Island. Nordiska ministerrådet fastställer varje år den totala ekonomiska ramen för skolans verksamhet. Från och med den första januari 2004 tillämpas en ny finansieringsmodell vid skolan. Modellen innebär att 30 procent av länderbidragen fördelas på länderna genom den s.k. nordiska nyckeln. Resterande 70 procent utgör ett genomsnitt av respektive lands förbrukning av studentmånader under den senaste treårsperioden. Den nya modellen innebär till skillnad från tidigare att kostnaderna för länderna blir förutsägbara samt att ländernas gemensamma ansvar för skolan betonas.

Sveriges bidrag minskade från drygt 18,5 miljoner kronor 2003 till drygt 17,6 miljoner kronor 2004. Minskningen förklaras av den nya finansieringsmodellen. Nordiska ministerrådets budget för nordiskt samarbete 2006, inklusive NHV, fastställs först i november 2005 och vad respektive land skall betala beslutas kort därefter. Uppskattningsvis kommer kostnaden för Sverige för 2006 att uppgå till ungefär densamma som för 2005, cirka 18 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

NHV spelar en viktig roll i att tillgodose behovet av kvalificerad folkhälsovetenskaplig kompetens. Regeringens bedömning är att utbildningen motsvarar de krav som kan ställas på en utbildning på hög nivå inom området. I Sverige är intresset stort för att erhålla utbildning vid skolan. Sverige disponerar cirka 45 procent av utbildningsplatserna vid skolan, vilket överskrider den svenska kvoten. Det är mycket positivt att länderna har lyckats enas kring en ny finansieringsmodell.

Anslaget minskas med 109 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	18 161	18 161	18 161
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris och löneomräkning ²	73	474	884
Beslut	-109	-111	-114
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	18 125	18 524	18 931

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 18 125 000 kronor anvisas under anslaget 14:3 *Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 18 524 000 kronor respektive 18 931 000 kronor.

5.9.4 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tabell 5.8 Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor

År	Utfall	135 587	Anslags- sparande	50 323
2004	Utfall	135 587		
2005	Anslag	130 786 ¹	Utgifts- prognos	178 654
2006	Förslag	130 895		
2007	Beräknat	133 187 ²		
2008	Beräknat	135 742 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 130 895 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 130 895 tkr i 2006 års prisnivå.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) ansvarar för strategiskt viktiga uppgifter inom folkhälsopolitiken: sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området samt tillsyn inom alkohol- och tobaksområdena. FHI ansvarar även för bevakning och utredning av behovet av narkotikaklassificering av sådana varor som inte utgör läkemedel samt behovet av kontroll av varor enligt lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor.

Vidare ansvarar myndigheten för uppföljningen av det övergripande nationella folkhälsomålet och för sammanställningen av den folkhälsopolitiska rapport, som skall presenteras för regeringen vart fjärde år.

År 2003 tillfördes anslaget särskilda medel för återbetalning av avgifter som tagits ut i enlighet med alkoholförordningen (1994:2046) men som enligt Regeringsrättens domar från december

2002 tagits ut i strid med gemenskapsrätten. Arbetet med återbetalning av avgifter kan förväntas pågå under flera år, bl.a. på grund av domstolsprocesser med anledning av fattade beslut.

Som ett led i arbetet med att genomföra lokaliseringar av statliga verksamheter till de lokala arbetsmarknadsregioner som berörs mest av förändringarna inom Försvarsmaktens grundorganisation, har regeringen beslutat att FHI skall omlokalisera myndighetens verksamhet från Stockholm till Östersund. Från och med hösten 2005 skall viss verksamhet finnas i Östersund. Omlokaliseringen skall vara fullt genomförd senast den 1 juli 2007.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 5.9 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2004	4 800			
Prognos 2005	3 700			
Budget 2006	3 700			

Intäkterna avser avgifter enligt 7 kap. 4 § alkohollagen (1994:1738) för prövning av ansökan om tillverkningstillstånd och inköpstillstånd och för den centrala tillsynen av lagens efterlevnad.

Beställningsbemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Tabell 5.10 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2004	Prognos 2005	Förslag 2006	Beräknat 2007	Beräknat 2008–
Utestående åtaganden vid årets början	15 570	20 215	15 190		
Nya åtaganden	8 585	0	10 000		
Infriade åtaganden	-3 940	-5 025	-4 575	-10 000	-11 000
Utestående åtaganden vid årets slut	20 215	15 190	20 615		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	25 000	25 000	21 000		

FHI har finansierat och kommer även fortsättningsvis att finansiera olika beställarstyrda forskningsprojekt. För flera av projekten upprättas fleråriga avtal, vilket medför att institutet åtar sig ekonomiska förpliktelser för kommande budgetår. För att möjliggöra för FHI att ikläda sig sådana ekonomiska förpliktelser föreslår regeringen att riksdagen ger regeringen ett bemyndigande enligt tabell 5.10.

Regeringens överväganden

FHI har en central roll i genomförandet av den svenska folkhälsopolitiken. Sedan propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) antogs av riksdagen i april 2003 pågår ett omfattande arbete för att utveckla formerna för den folkhälsopolitiska uppföljningen. FHI ansvarar för samordningen av detta utvecklingsarbete, som involverar kommuner, landsting och flera statliga myndigheter. Myndigheten ska presentera den första folkhälsopolitiska rapporten senast den 30 september 2005. Det är angeläget att arbetet för att utveckla och säkerställa uppföljningen fortsätter under 2006.

För att folkhälsopolitikens mål skall uppnås är det av stor vikt att den kunskap som finns om framgångsrika metoder i folkhälsoarbetet blir känd och används. FHI:s uppgift att vara ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet är därför mycket betydelsefullt. FHI bör fortsätta utveckla kunskapsstödet till kommuner, landsting och andra myndigheter.

Situationen med en ökande alkoholkonsumtion innebär ökade krav på en väl fungerande tillsynsverksamhet. Det är därför angeläget att FHI behåller och utvecklar sin position som central tillsynsmyndighet. Inriktningen att integrera tillsyn och förebyggande arbete, bl.a. genom att systematiskt utveckla ansvarsfull alkoholserving, bör fortsätta. FHI bör även fortsätta utveckla den centrala tillsynen enligt tobakslagen.

Omlokaliseringen av 150 årsarbetsplatser till Östersund kommer att innebära vissa omställningskostnader. Den uppskattning av kostnader för omställningen som i dagsläget kan göras för FHI grundas på antaganden av hur många av den befintliga personalen som kommer att följa med till Östersund.

Regeringen avser att kompensera myndigheten för den engångspremie som en särskild pensionsersättning medför. Anslaget undantas även från den generella reduktionen med 0,6 procent som företrädesvis genomförs på anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål. Vidare ökas anslaget med 284 000 kronor fr.o.m. 2006. Anslaget 14:9 *Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden* minskas med motsvarande belopp.

Om myndighetens kostnader ökar med anledning av flytten kommer regeringen senare att ta ställning till disposition av eventuellt anslags-sparande samt till behov av en ökad anslagskredit. Vidare avser regeringen att noga följa utvecklingen av myndighetens ekonomiska situation så att verksamheten långsiktigt kan fungera med bibehållen kvalitet.

Tabell 5.11 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor			
	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	130 786	130 786	130 786
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris och löneomräkning ²	-175	2 112	4 661
Beslut	284	289	295
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	130 895	133 187	135 742

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 130 895 000 kronor anvisas under anslaget 14:4 *Statens folkhälsoinstitut* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 133 187 000 kronor respektive 135 742 000 kronor.

5.9.5 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tabell 5.12 Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

År	Utfall	180 135	Anslags- sparande	-8
2004	Utfall	180 135		
2005	Anslag	181 005 ¹	Utgifts- prognos	178 565
2006	Förslag	183 568		
2007	Beräknat	186 813 ²		
2008	Beräknat	190 465 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 183 568 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 183 568 tkr i 2006 års prisnivå.

Smittskyddsinstitutet (SMI) är central förvaltningsmyndighet med uppgift att bevaka det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar bland människor och främja skyddet mot sådana sjukdomar.

En jämförelse mellan budget och utfall visar att det ekonomiska läget under året fortsatt att vara stabilt. Vid utgången av 2004 hade myndigheten utnyttjat en anslagskredit om 8 000 kronor. Det innebär att det anslagssparande om 485 000 kronor som myndigheten hade vid ingången av året har förbrukats.

Genom det nya djurhuset, Astrid Fagreuslaboratorium, och säkerhetslaboratoriet har Sverige fått en kapacitet att diagnostisera farliga smittämnen och bedriva forskning om smittämnen i olika djurmodeller. Under året har Fagreuslaboratoriet drabbats av problem med djurummens väggbeläggningar vilket omöjliggjort en fullskalig drift. Många av de byggnadstekniska problemen har dock nu åtgärdats. I juni 2005 fick myndigheten även tillträde till den nya fastigheten för laborativ verksamhet som ligger i anslutning till huvudbyggnad och säkerhetslaboratorium. Denna byggnad har tagits i bruk i september i år. Därmed kommer myndigheten att kunna lämna de lokaler som hittills hyrts i andra hand och få en samlad lokaliseringslösning.

Under senare år har SMI på ett målmedvetet och aktivt sätt arbetat med att utveckla kanaler för information till smittskyddsprofessionen, yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården och till allmänheten. SMI bedriver ett aktivt utvecklingsarbete av myndighetens webbplats i enlighet med de riktlinjer som gäller för 24-timmarsmyndigheten. På webbplatsen tillhandahåller myndigheter en rad tjänster som infor-

mation om sjukdomar och aktuella smittskyddshändelser. För att möta frågor från allmänheten har myndigheten aktivt arbetat med att ta fram faktablad med sjukdomsbeskrivningar. En viktig del i detta arbete är att bearbeta medicinskt inriktad information för att göra den mer tillgänglig för en bredare allmänhet. Genom det elektriska veckobrevet EPI-aktuellt har SMI skapat en kanal för snabb återrapportering av viktiga smittskyddshändelser inom och utom landet. Under året har SMI även utvecklat ett nytt elektroniskt rapporteringssystem av anmälningspliktiga sjukdomar vilket gör att rapporteringen enligt smittskyddslagen (2004:168) nu kan ske direkt över Internet.

Under senare år har den externt finansierade verksamhet som myndigheten bedriver utökats avsevärt. År 2004 uppgick de externa bidragen till 83 miljoner kronor vilket kan jämföras med 42 miljoner 2000. Ökningen av externa bidrag är delvis en följd av ambitionen att få till stånd en tydligare gränsdragning mellan den verksamhet som SMI bedriver och den verksamhet som bedrivs av Karolinska institutet men har också sin grund i en medveten strävan att öka myndighetens ambitioner på nya områden.

Forskningsmässigt har SMI under året befest sin ställning som en ledande aktör såväl nationellt som internationellt och flera nya projekt har påbörjats, inte minst inom området hivvacciner. En betydande majoritet av de forskningsprojekt som myndigheten bedriver är externt finansierade.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 5.13 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2004	22 749	51 600	-28 851
(varav tjänsteexport)	6%		
Prognos 2005	27 000	53 000	-26 000
(varav tjänsteexport)	6%		
Budget 2006	27 000	53 000	-26 000
(varav tjänsteexport)	6%		

Smittskyddsinstitutet bedriver uppdragsverksamhet inom den experimentella biomedicinen och den speciella diagnostiken. Den speciella diagnostiken skall finansieras med avgifter som

ger full kostnadstäckning. Den experimentella biomedicinen har medgivits undantag från 5 § avgiftsförordningen. Inkomsterna disponeras av SMI.

Den experimentella biomedicinen redovisade under 2004 ett underskott på 27,9 miljoner kronor, som täcks av ramanslaget. Underskottet beror på att Astrid Fagreuslaboratoriet nu har tagits i bruk. Underskottet är dock lägre än föregående år, vilket delvis beror på att kostnader i samband med flytten och avvecklingen av det gamla djurhuset inföll under 2003. Verksamheten har utsatts för stora störningar på grund av de renoveringar av djurummens väggbeläggningar som genomförts. Efter förhandlingar med Akademiska hus AB har SMI dock erhållit nedsättning av hyran och ersättning för inkomstbortfall.

Under året har SMI fortsatt sina ansträngningar att förbättra djurmiljön. Under året har en rad insatser vidtagits för att ytterligare stärka kompetensen hos den personal som är verksam i djurhållningen. SMI har även arbetat aktivt med att påverka uppfödningen av aporna i Kina och bl.a. fått garantier för att de aldrig ensamhålls i exportkarantän.

SMI har under året haft i uppdrag att redovisa vilka åtgärder som myndigheten vidtagit eller planerar att vidta för att öka avgiftsfinansieringen av den experimentella biomedicinen. Av myndighetens redovisning framgår att man har intensifierat ansträngningarna för att tillgodose kraven på en modern och etisk djurhållning. Vidare kommer SMI, i syfte att öka intäkterna för djurhållningen, att göra en översyn av avgifterna så att man debiterar en högre kostnad för vård av djur som infekterats och som därför kräver särskilda skyddsåtgärder.

Målet med full kostnadstäckning för den speciella diagnostiken har inte kunnat uppnås under 2004. Den speciella diagnostiken redovisade under året ett underskott på 965 000 kr. Underskottet beror främst på fluktuationer i antalet utförda analyser.

Regeringens överväganden

SMI har kunnat uppfylla uppställda mål för verksamheten väl. Den verksamhet som bedrivs vid SMI är av avgörande betydelse för att smittskyddet i landet skall fungera. Av särskild vikt är myndighetens epidemiologiska övervakning och

därmed kopplad diagnostik. Det faktum att sjukdomspanoramata förändras medför emellertid att myndigheten ständigt måste ha en beredskap för att göra omprioriteringar i sin verksamhet.

De senaste årens utbrott av sars och fågelinfluensa och farhågorna kring riskerna för avsiktlig spridning av smittämnen har ytterligare understrukt den viktiga roll som institutet har för att smittskyddet i landet skall kunna fungera, inte minst i krissituationer. Av särskild betydelse är frågor som rör informationsberedskapen där institutet har en viktig roll att förse det operativa smittskyddet med ett tillförlitligt kunskapsunderlag. Institutet har även en viktig funktion när det gäller att tillsammans med Socialstyrelsen förmedla information såväl till de som är verksamma inom smittskyddet i landet som till media och allmänhet.

Den stora ökningen av de externt finansierade bidragen de senaste åren har potential att, tillsammans med det nya säkerhetslaboratoriet och djurhuset, ge myndigheten goda förutsättningar att hålla en hög profil såväl nationellt som internationellt inom flera angelägna forskningsområden. Samtidigt är det angeläget med en balans mellan den anslagsfinansierade och den externt finansierade verksamheten så att inte de instruktionsenliga uppgifterna, t.ex. uppföljningen av immunitetsläget, trängs undan. Detta gäller särskilt med tanke på de stora fasta kostnader som myndigheten har för sina lokaler.

Även myndighetens avgiftsfinansierade verksamhet behöver följas noga också fortsättningsvis. I fråga om den experimentella biomedicinen finns det skäl att även fortsatt pröva vilka möjligheter det finns att öka avgiftsfinansieringen. Beträffande den speciella diagnostiken finns det behov av att göra en översyn av hur denna verksamhet förhåller sig till de instruktionsenliga uppgifter som myndigheten har beträffande den epidemiologiska övervakningen och kvalitetsstödet beträffande biomedicinsk diagnostik.

Anslaget minskas med 1 086 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 5.14 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	181 005	181 005	181 005
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris och löneomräkning ²	3 649	6 913	10 587
Beslut	-1 086	-1 105	-1 127
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	183 568	186 813	190 465

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 183 568 000 kronor anvisas under anslaget 14:5 *Smittskyddsinstitutet* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 186 813 000 kronor respektive 190 465 000 kronor.

5.9.6 14:6 Institutet för psykosocial medicin

Tabell 5.15 Anslagsutveckling 14:6 Institutet för psykosocial medicin

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Notering	Övrigt
2004	Utfall	15 745	Anslags-sparande	48
2005	Anslag	15 201 ¹	Utgifts-prognos	14 997
2006	Förslag	15 335		
2007	Beräknat	15 602 ²		
2008	Beräknat	15 901 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 15 335 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 15 335 tkr i 2006 års prisnivå.

Institutet för psykosocial medicin (IPM) har till uppgift att bedriva och främja forskning i psykosocial medicin. Forskningen skall vara inriktad på praktisk tillämpning. IPM skall verka för att erfarenheter och rön från den psykosociala medicinska forskningen blir kända och nyttiggjorda.

Vid IPM bedrivs forskning inom områdena stress och återhämtning, arbete och hälsa, psykosomatik, migration och hälsa, självmordsproblematik samt barn och trauma. Verksamheten bedrivs i nära samverkan med Karolinska Institutet, andra myndigheter inom folkhälsoområdet, frivilligorganisationer och näringslivet. Resultaten presenteras i första hand i vetenskapliga artiklar och andra publikationer men även genom medverkan i utbildningar, konferenser och seminarier. Cirka 40 procent av verksamheten finansieras via bidrag från såväl statliga som icke-statliga finansierare.

I samarbete med Stockholms läns landsting bedriver IPM forskning och metodutveckling om självmord och självmordsprevention. Under 2004 ökades IPM:s anslag med 500 000 kronor i syfte att främja självmordspreventiva insatser i skolan. Medlen har huvudsakligen använts till vetenskaplig utvärdering av sådana insatser och till metodutveckling.

Regeringens överväganden

IPM producerar kunskap om sambanden mellan psykosocial livssituation, hälsa och sjukdom. Som forskningsinstitut har IPM varit framgångsrikt och IPM:s expertkunskap har stor efterfrågan.

I enlighet med det förvaltningspolitiska programmet intentioner om fortsatt renodling av den statliga verksamheten har Statskontoret haft regeringens uppdrag att utreda och föreslå andra organisationsformer än myndighetens för IPM. I uppdraget ingick även att utreda framtida former för en central expertfunktion inom självmordsområdet. Statskontorets rapport, som överlämnades i december 2004, har remissbehandlats. Regeringen avser att under 2006 återkomma med förslag i dessa frågor.

Anslaget minskas med 91 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 5.16 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:6 Institutet för psykosocial medicin

Tusental kronor			
	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	15 201	15 201	15 201
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris och löneomräkning ²	225	494	794
Beslut	-91	-93	-94
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	15 335	15 602	15 901

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 15 335 000 kronor anvisas under anslaget 14:6 *Institutet för psykosocial medicin* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 15 602 000 kronor respektive 15 901 000 kronor.

5.9.7 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tabell 5.17 Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor			
År	Slagslag	Belopp	Övrigt
2004	Utfall	122 066	Anslags-sparande 46
2005	Anslag	78 054 ¹	Utgifts-prognos 76 985
2006	Förslag	112 985	
2007	Beräknat	77 985	
2008	Beräknat	77 985	

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Bidrag från detta anslag fördelas av Socialstyrelsen till nykterhetsorganisationer och andra organisationer som arbetar med alkoholskadeförebyggande verksamhet och stöd och hjälp till personer med missbruksproblem. Även Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) erhåller statsbidrag från detta anslag.

Socialstyrelsen konstaterar i sin årliga summering och bedömning av bidragsgivningen att organisationerna genomgående anger att de använder statsbidraget enligt det syfte och de mål som staten har för bidraget. Vidare konstateras att organisationerna genomför ett för samhället viktigt arbete som kompletterar eller ger alternativ till det arbete som utförs av det offentliga

eller av kommersiella utförare. Statens övergripande syfte med bidraget, att förstärka och komplettera den offentliga sektorns insatser, har i hög grad uppnåtts. Av redovisningen framgår också att organisationernas insatser främst sker inom tre områden: 1) förebyggande och stödjande insatser för organisationernas målgrupper, 2) opinionsbildning för att generellt stärka målgruppernas ställning i samhället samt 3) insatser från central nivå avsedda att stödja och stärka lokal utveckling av arbetet. Organisationerna har enligt Socialstyrelsens bedömning under 2003 i större utsträckning än tidigare fullföljt sina planer.

Regeringens bedömning

Frivilliga organisationer på alkohol- och narkotikaområdet utför insatser av betydande värde och omfattning. På exempelvis alkohol- och narkotikaområdet når de frivilliga organisationerna fler människor med sina insatser än vad den kommunala socialtjänsten gör. Det uppsökande, rådgivande och motivationsskapande arbetet är omfattande och en allt större del av opinionsbildning, kunskapspridning och förebyggande insatser sker genom de frivilliga organisationerna.

Regeringen bedömer det som angeläget att Socialstyrelsen även i fortsättningen kan fördela medel till organisationer som arbetar med alkohol- och narkotikafrågor och utveckla samarbetet mellan organisationerna och staten på det här området. Statens övergripande syfte med bidraget, att förstärka och komplettera de samhälleliga insatserna, har i hög grad uppnåtts.

Statens stöd till CAN kanaliseras från 2002 helt genom anslaget via Statens folkhälsoinstitut (FHI). Ett särskilt avtal har träffats mellan staten och CAN som reglerar användning, uppföljning och utvärdering av medlen.

För att fortsätta arbetet med att öka kunskapen om spelberoende och för att initiera aktiviteter för att förebygga spelberoende ökar regeringen anslaget med 15 miljoner kronor 2006 jämfört med 2005, så att 29 miljoner kronor avsätts under 2006 för att bekämpa spelmissbruk.

Utvärderingar av Sluta-Röka-Linjen visar att verksamheten är kostnadseffektiv och att den hjälper en ansenlig mängd människor att sluta röka. Regeringen bedömer därför att stöd bör utgå även 2006 till Sluta-Röka-Linjen. På samma

sätt anser regeringen att frivilligorganisationerna mot tobak gör ett viktigt arbete för att bidra till att minska rökningen i befolkningen. Därför tillför regeringen anslaget 10 miljoner kronor för 2006 för tobaksprevention, varav 5 miljoner ska gå till Sluta-Röka-Linjen vid Centrum för Tobaksprevention, Stockholms läns landsting, och 5 miljoner till stöd för organisationer som arbetar med tobaksprevention. Anslaget 14:8 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder* minskas med motsvarande belopp.

EHLASS, European Home and Leisure Accident Surveillance, är ett skadedatasystem som registrerar detaljerade uppgifter om olycksfall som kommer in till akutmottagningar och jourcentraler. Genom EHLASS, som drivs av Socialstyrelsen, erhålls uppgifter om bl.a. den aktivitet som bedrivits vid olyckstillfället, typen av olycksfall, den produkt som varit inblandad och den skadades ålder, kön och typ av skada. Skadesystemets primära syfte är att förse myndigheter och andra aktörer med ansvar för säkerhet och skadeförebyggande arbete inom olika samhällssektorer med adekvat statistik och att göra data om skador tillgänglig för forskning. Ett nationellt skaderegister är en grundförutsättning för att kunna följa skadeutvecklingen i befolkningen, inte minst bland barn, och är därför centralt ur folkhälsosynpunkt. År 2005 fördubblade regeringen stödet till EHLASS, från 1,5 miljoner kronor till 3 miljoner kronor. Även för 2006 kommer ett stöd på totalt 3 miljoner kronor att utgå från anslaget till EHLASS, varav hälften kommer från konsumentområdet, utgiftsområde 24 Näringsliv, och hälften från anslaget 14:8 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder*.

Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA) har de senaste sju åren finansierats inom ramen för den särskilda överenskommelsen mellan regeringen och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården. Under 2005 uppgick stödet till STRAMA till 8 miljoner kronor. De tecken som finns när det gäller ökad spridning av antibiotikaresistenta bakterier medför att det finns behov av en fortsatt samverkan mellan myndigheter, landsting och kommuner inom ramen för STRAMA i syfte att öka kunskapen och medvetenheten om problemen med antibiotikaresistens och hur det kan förebyggas. I syfte att ge bättre förutsättningar för att långsiktigt planera den verksamhet

som bedrivs inom STRAMA anser regeringen att STRAMA fortsättningsvis bör finansieras via de medel som finns avsatta för folkhälsopolitiska åtgärder och att anslaget till STRAMA fortsättningsvis bör uppgå till 10 miljoner kronor. Med anledning av detta ökas anslaget med 10 miljoner kronor. Anslag 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvården* minskas med motsvarande belopp.

Det finns i nuläget behov av att stärka den nationella beredskapsplaneringen och informationsberedskapen för utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar inom och utom landets gränser. Dessutom behöver Socialstyrelsens förmåga att samordna smittskyddet i landet och Smittskyddsinstitutets förmåga att förse det operativa smittskyddet med tillförliga kunskapsunderlag stärkas. Som ett led i att genomföra den nationella handlingsplanen för influensaberedskap behöver även medel tillföras för att bygga upp ett tillförlitligt system för influensaövervakning. Anslaget ökas med 10 miljoner kronor 2006–2008 för att tillgodose dessa behov.

Anslaget ökas med 400 000 kronor 2006–2008 för att finansiera en telefonjour för homo- och bisexuella samt transpersoner.

Anslaget minskas med 469 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 5.18 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor			
	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	78 054	78 054	78 054
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	24 931	–10 069	–10 069
Överföring till/från andra anslag	10 000	10 000	10 000
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	112 985	77 985	77 985

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 112 985 000 kronor anvisas under anslaget 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 77 985 000 kronor vardera år.

5.9.8 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tabell 5.19 Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor

2004	Utfall	236 074	Anslags-sparande	6 967
2005	Anslag	265 750 ¹	Utgifts-prognos	262 180
2006	Förslag	249 155		
2007	Beräknat	259 155		
2008	Beräknat	74 155		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Anslaget utgörs av stöd till alkohol- och narkotikapolitiska insatser. Internationaliseringen och Sveriges inträde i Europeiska unionen har ändrat förutsättningarna att bedriva en traditionell svensk alkoholpolitik. Mot den bakgrunden presenterade regeringen för riksdagen 2001 en nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador (prop. 2000/01:02). Handlingsplanens huvudinriktning är att stimulera utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på kommunal nivå. Handlingsplanen gäller under perioden 2001–2005 och från anslaget har cirka 700 miljoner kronor avsatts för dess genomförande.

Hösten 2002 beslutade riksdagen om propositionen Nationell narkotikahandlingsplan (prop. 2001/02:91). Handlingsplanens syfte var bland annat att förstärka narkotikainsatserna på alla nivåer för att få till stånd ett bättre förebyggande arbete och vård för personer med missbruksproblem samt att begränsa tillgängligheten av narkotika. Handlingsplanen gäller under perioden 2002–2005 och cirka 315 miljoner kronor har avsatts från anslaget i syfte att genomföra planen.

Regeringens överväganden

Under senare år har en rad förändringar som innebär utmaningar för alkoholpolitiken skett i vår omvärld. Spritskatten har successivt sänkts i våra närmaste grannländer och införselbegränsningarna på alkohol har i princip försvunnit. De nya EU-medlemsländerna i vår närhet har alkoholpriser som är väsentligt lägre än i Sverige.

Arbetet med att minska den ökade konsumtionen och stoppa narkotikamissbruket är

angeläget. Regeringen avser att till riksdagen inkomma med förslag till nya handlingsplaner för att minska alkoholens skadeverkningar och stoppa narkotikamissbruket. För att minska konsumtionen av alkoholhaltiga blanddrycker och vissa andra alkoholdrycker, s.k. alkoläsk, vilka särskilt konsumeras bland ungdomar, föreslår regeringen en tilläggsskatt på dessa drycker. Tilläggsskatten beräknas kunna träda i kraft under våren 2006. Regeringen föreslår även att anslaget ökas med 185 miljoner kronor 2006 och 2007 för genomförandet av de alkohol- och narkotikapolitiska handlingsplanerna. Det innebär att regeringen avsätter sammanlagt 250 miljoner kronor för 2006 och 260 miljoner kronor för 2007.

Medlen som avsätts för handlingsplanerna bör bl.a. bidra till en fortsatt satsning via länsstyrelserna till landets kommuner för att förstärka det lokala alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet. En målsättning är att samtliga kommuner skall ha en drogsamordnare anställd, under förutsättning att kommunens egna insatser motsvarar minst halva kostnaden. Därutöver finns länsamordnare i landets samtliga län som också bör få fortsatt statligt stöd under förutsättning att länets egen insats motsvarar minst halva kostnaden.

Det är viktigt att Sverige verkar i ett internationellt perspektiv. Det nordiska samarbetet bör utvidgas till att omfatta samtliga länder i Östersjöområdet. Inom EU skall Sverige verka för att folkhälsoperspektivet förstärks i alla frågor som rör alkohol och att den övergripande strategin för att minska alkoholens skadeverkningar inom EU får ett brett genomslag. Sverige skall aktivt stötta och bidra till att utveckla Världshälsoorganisationens (WHO) alkoholarbete inom Europa och globalt. I Sveriges närområde kommer samarbetet rörande alkohol och andra livs- stilsrelaterade problem att intensifieras inom ramen för Partnerskapet för hälsa och socialt välbefinnande.

Från anslaget avsätts 1,5 miljoner kronor per år till Dopingjouren. Ett lika stort belopp avsätts för ändamålet från anslaget 30:1 *Stöd till idrotten* inom utgiftsområdet 17.

Anslaget minskas med tio miljoner kronor och anslaget 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder* ökas i motsvarande utsträckning i syfte att stärka det tobaksförebyggande arbetet. Vidare minskas anslaget med 1,5 miljoner kronor och anslaget 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder* ökas med

motsvarande belopp för att finansiera det nationella skaderegistreringssystemet, se avsnitt 5.9.7.

Anslaget minskas med 1 595 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 5.20 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	265 750	265 750	265 750
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-16 595	-6 595	-191 595
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	249 155	259 155	74 155

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 249 155 000 kronor anvisas under anslaget 14:8 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder* för 2006. För 2007 beräknas anslaget till 259 155 000 kronor och för 2008 till 74 155 000 kronor.

5.9.9 14:9 Alkohol- och läkemedelsortimentsnämnden⁴

Tabell 5.21 Anslagsutveckling 14:9 Alkohol- och läkemedelsortimentsnämnden

Tusental kronor

År	Utfall	Belopp	Anslags- sparande Utgifts- prognos	Totalt
2004	Utfall	51		375
2005	Anslag	430 ¹		149
2006	Förslag	210		
2007	Beräknat	214 ²		
2008	Beräknat	219 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 210 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 210 tkr i 2006 års prisnivå

Alkoholsortimentsnämnden inrättades den 1 januari 1995 i enlighet med de krav som Euro-

peiska 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 AB. 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.

Nämndens verksamhet utsträcktes den 15 juli 2005 till att även omfatta prövning av besvär över Apoteket AB:s beslut om att inte lagerhålla visst läkemedel på lokala apotek. Ändringen infördes till följd av EG-domstolens dom från den 31 maj 2005 i mål C-438/02 Allmänna åklagaren mot Krister Hanner (ännu ej publicerad i Europeiska unionens officiella tidning). Innehållet i ändringen innebär i korthet att namnet på nämnden ändras till Alkohol- och läkemedelsortimentsnämnden samt att dess sammansättning utökas med en person med sakkunskap på läkemedelsområdet.

Nämnden består i sin nya form av en lagfaren domare som ordförande samt fem andra ledamöter. De utses av regeringen för tre år. För beredning av ärenden hos nämnden utses en sekreterare som skall vara lagfaren.

Regeringens bedömning

Inledningsvis var det svårt att bedöma hur många ärenden som nämnden skulle komma att få behandla. Numera har verksamheten och antalet ärenden stabiliserats avseende Systembolaget. Endast ett fåtal ärenden inkommer per år till nämnden. Då anslaget är beräknat utifrån en mer omfattande ärendehantering än den aktuella minskas anslaget fr.o.m. 2006 med 284 000 kronor. Dessa pengar förs över till anslag 14:4 *Statens folkhälsoinstitut*.

När det gäller ärenden avseende Apoteket är det emellertid svårt att förutsäga hur många dessa kommer att bli i framtiden. Regeringen bedömer dock att nämndens utvidgade uppgift kommer att innebära ökade kostnader. För att täcka dessa kostnader överförs 60 000 kronor till anslaget fr.o.m. 2006 från anslag 13:7 *Läkemedelsförmånsnämnden*.

⁴ Anslaget byter den 1 januari 2006 namn till Alkohol- och läkemedelsortimentsnämnden.

Anslaget minskas med 3 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 5.22 Härlledning av anslagsnivån 2006–2008, för 14:9 Alkohol- och läkemedelsortimentsnämnden

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	430	430	430
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris och löneomräkning ²	7	15	25
Beslut	-227	-231	-237
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	210	214	219

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 210 000 kronor anvisas under anslaget 14:9 Alkohol- och läkemedelsortimentsnämnden för 2006. För 2007 beräknas anslaget till 214 000 kronor och för 2008 till 219 000 kronor.

5.10 Övrig verksamhet

5.10.1 Systembolaget AB

Systembolaget AB är ett av staten helägt företag. I koncernen ingår förutom moderbolaget Systembolaget AB också de helägda dotterbolagen Lagena Distribution AB, Systembolaget Fastigheter AB samt IQ-initiativet AB. Verksamheten omfattar detaljhandel med alkoholdrycker. Systembolaget sålde 348,3 miljoner liter alkoholdrycker under 2004. Det är en minskning med 3,9 procent jämfört med 2003 och ett trendbrott jämfört med de senaste åren. Mätt i ren alkohol minskade försäljningen till 35,6 miljoner liter – en minskning med 4,8 procent jämfört med 2003. Som en följd av de minskade

försäljningsvolymerna sjönk omsättningen till 17 708 miljoner kronor. Resultatet före skatt uppgick till 240 miljoner kronor.

Den 10 maj 2005 lanserade Systembolaget IQ-initiativet AB. IQ-initiativet kommer att drivas som ett dotterbolag till Systembolaget. Syftet med initiativet är att skapa nytt fokus i alkoholfrågan genom att få fler människor att fundera över attityder och beteenden kring alkohol, något som skall bidra till att minska alkoholkonsumtionen och därigenom också alkoholskadorna. Under en femårsperiod satsar Systembolaget 100 miljoner kronor på IQ-initiativet.

Under 2004 öppnade Systembolaget två nya butiker. Systembolaget hade vid årsskiftet 417 butiker på 323 orter samt därutöver 576 ombud där kunderna kan beställa varor för avhämtning. 196 butiker hade självbetjäning och 221 butiker hade försäljning över disk. De 196 butikerna med självbetjäning står för cirka 69 procent av Systembolagets omsättning.

Systembolaget hade vid årsskiftet 2004/2005 totalt 2 831 märken till försäljning. Under 2004 lanserades 1 623 nya artiklar.

Eftersom andra alkoholpolitiska instrument har försvagats har Systembolagets roll blivit allt viktigare. En central uppgift för Systembolaget är att uppfylla EU:s krav på objektiv behandling av produkter och leverantörer.

Tabell 5.23 Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren

Miljoner kronor

	2004	2003	2002	2001	2000
Nettoomsättning	17 708	18 985	19 132	18 241	17 368
Resultat efter finansiella poster	240	202	202	197	196
Eget kapital	1 644	1 348	1 409	1 348	1 294
Räntabilitet på eget kapital	11,5%	10,0%	10,3%	10,1%	8,8%
Antal anställda	3 139	3 334	3 350	3 403	3 440
Arbetsproduktivitet	708	701	662	659	619
Lagersomsättningskontroll	19,9	21,9	24,7	27,6	26,8
Ålderskontroll ¹	84%	83%	79%	81%	81%

Årlig ålderskontroll genomförd av oberoende bolag av ungdomar som var äldre än 20 år men som bedömts se yngre ut än 25 år.

6 Politikområde Barnpolitik

6.1 Omfattning

Med FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som utgångspunkt utgör barnpolitiken ett sektorsövergripande politikområde och omfattar insatser för att förverkliga barnkonventionen i Sverige samt frågor om internationella adoptioner. Med barn avses varje flicka och pojke under 18 år.

Barnpolitiken har till uppgift att på ett övergripande strategiskt plan initiera, driva på och samordna processer med målsättningen att barnkonventionen, dess anda och intentioner skall genomsyra alla delar av regeringens politik och alla samhällsverksamheter som rör barn och unga. Det är alltså inget egentligt sakpolitiskt politikområde, även om det finns vissa sakfrågor inom barnpolitiken, så som internationella adoptionsfrågor.

Barnpolitiken har särskilda beröringspunkter med ungdomspolitik, framför allt avseende frågor om inflytande och delaktighet.

Barnombudsmannen har till uppgift att driva på och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen i myndigheter, kommuner och landsting samt att företräda barns och ungas rättigheter och intressen utifrån Sveriges åtaganden enligt konventionen.

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor bildades den 1 januari 2005 och har ersatt Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor. Myndigheten beslutar om auktorisation av och har tillsyn över organisationer som förmedlar internationella adoptioner. Vidare ansvarar myndigheten bl.a. för information rörande internationella adoptioner samt lämnar upplysningar och ger biträde åt myndigheter och organisationer.

Vid sidan av politikområdet utgår bidrag till kostnader för internationella adoptioner under utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn.

6.2 Utgiftsutveckling

Tabell 6.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2004	Budget 2005 ¹	Prognos 2005	Förslag 2006	Beräknat 2007	Beräknat 2008
15:1 Barnombudsmannen	16,8	16,9	16,8	17,0	17,2	17,5
15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	8,1	11,3	11,2	11,4	11,6	11,8
15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige		6,5	6,4	9,5	7,5	7,5
Totalt för politikområde Barnpolitik	25,0	34,7	34,4	37,8	36,3	36,8

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

6.3 Mål

Målet för politikområdet är att barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

Målet är sektorsövergripande och berör flertalet av statsbudgetens politikområden.

6.4 Insatser

Till grund för regeringens politik inom området ligger den strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige som en enhällig riksdag godkände i mars 1999 (prop. 1997/98:182, bet. 1998/99:SoU6, rskr. 1998/99:171). Under den senaste sexårsperioden har regeringens arbete med barnkonventionen bedrivits utifrån denna strategi. Strategin har vidareutvecklats i en skrivelse (skr. 2003/04:47) till riksdagen, som lämnades under våren 2004.

Utifrån de grundläggande principerna i barnkonventionen är inriktningen i barnpolitiken att:

- barnets bästa skall vara vägledande vid allt beslutsfattande och vid alla åtgärder som rör barn och unga,
- inget barn får diskrimineras på grund av härkomst, kön, religion, funktionshinder eller andra liknande skäl,
- barn och unga skall tillåtas att utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar,
- barn och unga skall ges möjligheter att framföra och få respekt för sina åsikter i frågor som berör dem.

Regeringen lämnar regelbundet redovisningar till riksdagen om insatser och resultat av regeringens barnpolitik. Sedan riksdagens godkännande av den nationella strategin för att förverkliga barnkonventionen har regeringen lämnat följande skrivelser: Regeringens skrivelse 1999/2000:137 Barn – här och nu, redogörelse för barnpolitiken i Sverige med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter, skr. 2001/02:166 Barnpolitiken – arbetet med strategin för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter samt skr. 2003/04:47 Utveckling av den nationella strategin för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter. Regeringen planerar att till vårriksdagen 2006 återkomma med en ny

redovisning av insatser, resultat samt framtida inriktning av barnpolitiken.

6.4.1 Insatser inom politikområdet

Vissa insatser inom politikområdet är av övergripande, strategisk natur, så som metodutveckling, insamlande av kunskap, informationsspridning om barnkonventionen och insatser för att driva på och stödja barnkonventionsarbetet i myndigheter, kommuner och landsting. Andra insatser är av mer konkret natur med syfte att tillförsäkra barn och unga sina rättigheter enligt konventionen.

Statistik

Statistiska centralbyrån (SCB) har sedan 1999 haft regeringens uppdrag att vidareutveckla statistiken om barn och unga och har för detta arbete årligen tilldelats en miljon kronor. Hittills har sex demografiska rapporter om barn och deras familjer publicerats. Inom ramen för uppdraget utges också fördjupningar inom olika ämnesområden. Hösten 2004 publicerades rapporten Barnens tid med föräldrarna.

Barns och ungas levnadsförhållanden undersöks också sedan några år tillbaka inom ramen för den s.k. levnadsnivåundersökningen (LNU) och i de årliga undersökningarna av befolkningens levnadsförhållanden (ULF). Barn-ULF bygger på intervjuer med flickor och pojkar i åldrarna 10–18 år. Regeringen har avsatt särskilda medel för genomförande av Barn-ULF för åren 2004 och 2005.

I detta sammanhang kan nämnas det arbete som har påbörjats inom Regeringskansliet med att utveckla indikatorer för att mäta effekterna av gjorda insatser för att förverkliga barnkonventionen och följa upp barnpolitiken. Se vidare 6.7 Politikens inriktning.

Informationsinsatser

Barnombudsmannen har med särskilda medel från regeringen tagit fram och distribuerat informationsmaterial om barnkonventionen riktat till flickor och pojkar i åldrarna 5–9 år och 9–13 år. Målsättningen är att materialet skall nå alla flickor och pojkar i respektive åldersgrupp och har därför tagits fram i särskilda versioner för bl.a. synskadade barn och för barn med läs- och skrivsvårigheter. Barnombudsmannen har be-

viljats ytterligare medel för att ta fram informationsmaterial för åldersgruppen 13–16 år.

Sexuell exploatering av barn

Regeringens särskilde utredare med uppdrag att inventera kunskaper om sexuell exploatering av barn i Sverige överlämnade i juni 2004 betänkandet *Sexuell exploatering av barn i Sverige* (SOU 2004:71). Betänkandet innehåller en kunskaps-sammanställning samt ett antal förslag till åtgärder för att dels motverka att barn och unga utsätts för sexuell exploatering, dels för att stödja och hjälpa de barn som har utsatts. Regeringen beslutade i december 2004 att ge stiftelsen Allmänna Barnhuset i uppdrag att genomföra fyra regionala konferenser och sprida kunskaper om sexuell exploatering av barn i Sverige.

Flickor som skadar sig själva

Socialstyrelsen slutredovisade i december 2004 sitt uppdrag att belysa de frågeställningar som finns när det gäller flickor som medvetet skadar sig själva samt lämna förslag till åtgärder. Av Socialstyrelsens rapport framgår att det finns stora problem och kunskapsluckor inom området. Socialstyrelsen anser det angeläget att förbättra omhändertagande och utveckla metoder inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för unga människor med långvariga psykiska och beteendeproblem. Det gäller såväl öppenvårdsinsatser som behandling inom slutenvård och institutionsvård. Socialstyrelsens underlag och förslag kommer att tas om hand av utredningen om ungdomars livssituation utifrån stress och dess konsekvenser för den psykiska hälsan (U 2005:03, dir. 2005:61).

FLICKA

Regeringen har avsatt totalt 7,2 miljoner kronor för projektet FLICKA. Syftet med projektet har varit att tillsammans med ungdomar diskutera den kommersialisering och sexualisering som flickor och pojkar konfronteras med i sin vardag och hur det påverkar deras bild av sig själva och varandra. Projektet har vidare syftat till att få till stånd en dialog med media, reklambransch, annonsörer m.fl. om deras roll och ansvar när det gäller påverkan på barn och unga. Under 2004 arrangerades 25 FLICKA-dagar i lika många städer. Cirka 50 000 flickor och pojkar har deltagit för att diskutera självkänsla, jämställdhet, ideal och identitet. Ett hundratal frivilligorganisationer har engagerats runt om i landet.

Projektet avslutades den 30 juni 2005. Ungdomsstyrelsen har fått i uppdrag att genomföra en utvärdering av effekterna av projektet FLICKA på kort och lång sikt. Uppdraget skall slutredovisas senast den 15 juni 2007.

Föräldrautbildning

Statens folkhälsoinstitut (FHI) fick i juni 2001 i uppdrag av regeringen att samla in, analysera och sprida kunskap om hur föräldrastöd av olika slag kan utformas för att göra verklig nytta. FHI överlämnade i januari 2005 rapporten "Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd" till regeringen. I rapporten lämnas förslag till föräldrastöd under olika delar av barnets uppväxt samt förslag till metoder och innehåll i föräldrautbildningen utifrån barnets utveckling och behov. Vidare belyses ansvarsfrågor och organisationsmodeller i kommunerna. I rapporten föreslås också hur ett system med regionala stödcentra skulle kunna utvecklas. Rapporten bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Internationella adoptioner

Den 1 januari 2005 trädde lagändringar i kraft som syftar till att stärka barnets rätt i adoptionsprocessen och att skapa en mer transparent adoptionsverksamhet. Från årsskiftet gäller skärpta och tydligare villkor i lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling för att en sammanslutning skall få auktorisation att förmedla internationella adoptioner, dokumentationsskyldighet samt ökade tillsynsverktyg för adoptionsmyndigheten. Vidare har socialtjänstlagen (2001:453) ändrats när det gäller krav på blivande adoptanter för att få medgivande att ta emot ett utländskt barn i syfte att adoptera det. Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) har fr.o.m. den 1 januari 2005 ersatts av Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA).

6.4.2 Insatser utanför politikområdet

Barnpolitiken är sektorsövergripande vilket innebär att huvuddelen av de insatser som rör barn och unga genomförs och redovisas inom andra politikområden.

De flesta beslut och verksamheter som rör flickor och pojkar finns i kommunerna och landstingen. För att stimulera till kunskaps- och

erfarenhetsutbyte samt sprida goda exempel på hur barnkonventionen kan genomföras lokalt och regionalt gav regeringen i september 2004 Barnombudsmannen i uppdrag att anordna ett antal regionala konferenser. Konferenserna genomfördes under våren 2005 på fem orter i Sverige, i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting. Barnombudsmannen skall senast den 31 december 2005 redovisa en utvärdering av konferensernas effekter i kommuner och landsting.

Hösten 2004 bildades ett partnerskap mellan ett antal kommuner med målet att utveckla ett offensivt, effektivt och målinriktat barnkonventionsarbete. Arbetet som skall pågå under tre år koncentreras till tre områden: metoder för att öka barns och ungdomars inflytande, barnkonventionens genomslag i den kommunala styrprocessen samt utveckling av indikatorer för att mäta resultaten i konventionsarbetet. Regeringen har beviljat medel till partnerskapet för uppbyggnad och skapande av en samordningsfunktion under det första verksamhetsåret.

För att utveckla barnperspektivet i myndigheternas verksamheter har regeringen under flera år lämnat uppdrag och återrapporteringskrav rörande barnperspektivet i myndigheters regleringsbrev. I 2004 års regleringsbrev fick samtliga länsstyrelser i uppdrag att kartlägga i vilken omfattning myndighetens verksamheter rör barn och redovisa de åtgärder som behövs för att utveckla och förbättra barnperspektivet i verksamheterna. Ett antal andra myndigheter som i 2004 års regleringsbrev fick återrapporteringskrav rörande barnperspektivet har lämnat redovisningar i årsredovisningarna för 2004. Se vidare 6.5.2 Resultat.

I 2005 års regleringsbrev har ett tjugotal myndigheter fått återrapporteringskrav eller uppdrag som rör barnperspektivet. Återrapportering sker i årsredovisningen för verksamhetsåret 2005. Samtliga lärosäten kommer också att i årsredovisningarna för 2005 redogöra för hur man har arbetat med att införliva kunskap om barnkonventionen i utbildningar där sådan kunskap bedöms betydelsefull.

6.5 Resultatredovisning

6.5.1 Mål

Målet för politikområdet är att barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

Utvecklingen av barns och ungas levnadsvillkor bör följas upp regelbundet. Ett arbete har därför påbörjats inom Regeringskansliet med att utveckla indikatorer för att mäta och följa upp gjorda insatser inom barnpolitiken. Inriktningen är att skapa indikatorer kopplade till mätbara delmål under ett antal huvudrubriker som speglar barns och ungas levnadsvillkor, t.ex. barns rätt till ekonomisk trygghet, barns rätt till hälsa, barns rätt till utbildning och barns rätt till delaktighet i samhället. De indikatorer som tas fram skall kunna användas såväl av regeringen som av myndigheter, kommuner och landsting.

6.5.2 Resultat

Majoriteten av barn och unga i Sverige har det bra och lever under trygga och goda materiella förhållanden tillsammans med båda eller någon av sina föräldrar.

För att få kunskap om flickors och pojkars levnadsförhållanden och hur de upplever sin livssituation är det helt avgörande att de själva tillfrågas och används som kunskapskälla i verksamheter där de berörs av insatser och beslut.

Barnombudsmannen har nyligen, inom ramen för det Sidafinansierade projektet ”The Right to be Heard”, genomfört en undersökning i Sverige bland cirka 1 900 barn och unga i grundskolans årskurser 2–9 (BR 2005:03). I projektet har en statistisk metod som bygger på Nöjd Kund Index använts. Resultaten av undersökningen visar att barn och unga är mycket nöjda med livet som helhet. De är också generellt sett mycket nöjda med kropp och hälsa och hur de mår, vilket betyder mycket för det totala välbefinnandet och livskvaliteten. Detsamma gäller familjereaktioner, fritid, familjekonometri och boende. Såväl flickor som pojkar är också relativt nöjda med förutsättningarna för fritiden och med skolan i allmänhet.

Undersökningen visar också att barnen är ganska nöjda (73 på skalan 1–100) med faktorn rättvisa, vilken omfattar rättvisa mellan flickor och pojkar, mellan barn i Sverige och barn i fattiga länder samt barns och ungas rättigheter i Sverige. Sju av tio är nöjda med barns och ungas rättigheter i Sverige, flickor och pojkar ungefär lika mycket. Den yngsta åldersgruppen är mest nöjd medan 55 procent av flickorna och 60 procent av pojkarna i tonårsgruppen är nöjda med barns och ungas rättigheter. Barn med utländsk bakgrund är något mer tillfredsställda med rättigheterna för barn och unga i Sverige än barn med svensk bakgrund. När det gäller inflytandet i samhället värderas nöjdheten till 75 på skalan 1–100, utan några generella könsskillnader.

Forskning om utsatta barn pågår inom en rad områden. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) har utifrån ett regeringsuppdrag i april 2005 redovisat aktuell svensk och viss internationell forskning om barn och ungdomar som far illa på grund av övergrepp och försummelse i hemmet eller i institutionella miljöer där barn vistas, t.ex. skolan. I rapporten redovisas även förslag till åtgärder för att stärka forskningen inom området.

Användning av medel för insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Under 2004 har regeringen anslagit medel för insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige. Anslaget uppgick för 2004 till 7 500 000 kronor (UO 9, anslag 18:1, anslagspost 5.1) och har använts enligt följande:

- 500 000 kr: Konferens och skrift om barnkonventionsarbetet och barnkompetens inom hälso- och sjukvården.
- 1 000 000 kr: SCB för produktion och utveckling av basstatistik om barn och deras familjer.
- 700 000 kr: Barnombudsmannen för att anordna och utvärdera regionala konferenser.
- 900 000 kr: Barnombudsmannen för distribution och framtagande av informationsmaterial om barnkonventionen till barn och unga.
- 3 000 000 kr: FLICKA-projektet.

- 400 000 kr: Socialministerns barn- och ungdomsreferensgrupp.
- 1 000 000 kr: Statens folkhälsoinstitut för slutförande av uppdrag om föräldrastöd.
- 25 000 kr: Riksföreningen Stoppa Kvinnlig Könsstympning (RISK) för tryckning och distribution av skrifter på amarinja.
- Cirka 185 000 kr (20 160 Euro): Enheten för barnfrågor vid Östersjöstaternas råd.

För 2005 finns medel för insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige på ett nytt anslag (UO 9, anslag 15:3). Anslaget uppgår för 2005 till 6 500 000 kr. Fram till september 2005 har anslaget använts enligt följande:

- 200 000 kr : FLICKA-projektet.
- 275 000 kr: Konferens och skrift om barnkonventionsarbetet och barnkompetens inom hälso- och sjukvården.
- 800 000 kr: Uppbyggnad och samordning av partnerskap mellan kommuner.
- 160 000 kr: Förstudie om barnrättscentrum.
- Cirka 195 000 kr (20 880 Euro): Enheten för barnfrågor vid Östersjöstaternas råd.
- 825 000 kr: Ungdomsstyrelsen för utvärdering av projektet FLICKA.
- 150 000 kr: Möte med Socialministerns barn- och ungdomsreferensgrupp.
- 1 000 000 kr: SCB för produktion av basstatistik om barn och deras familjer.
- Cirka 95 000 kr (10 000 Euro): Bidrag till Europarådets program för barn och familjer för anordnande av konsultation med barn.

Skrivelse om regeringens insatser för barn och unga i statsbudgeten

Regeringen har i mars 2005 överlämnat skrivelsen (skr. 2004/05:93) Redovisning av regeringens insatser för barn och unga i statsbudgeten för år 2005 till riksdagen. Denna skrivelse var den andra i ordningen. Skrivelsen tar sin utgångspunkt i de olika rättigheter som flickor och pojkar har enligt barnkonventionen och bygger på de redovisningar av regeringens insatser för barn och unga som finns i statsbudgeten för 2005. Skrivelsen har behandlats i riksdagen (bet. 2004/05:FiU32, rskr.

2004/05:256). Riksdagen framhåller bl.a. att en djupare analys utifrån ett barnperspektiv behöver vidareutvecklas inför kommande budgetprocesser.

Barnombudsmannens arbete

Barnombudsmannen har en central roll i att driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen i kommuner, landsting och myndigheter. Myndigheten genomför regelbundet undersökningar av barnkonventionsarbetet bland dessa aktörer. Resultaten av enkätundersökningen som genomfördes 2003 har presenterats i två rapporter under hösten 2004 (BR 2004:05, BR 2004:07). Barnombudsmannen har under 2004 bl.a. genomfört utbildnings- och informationsinsatser, undersökt hur barn och unga kommer till tals i de kommunala handikappråden samt hur flickor och pojkar på institution kommer till tals.

En del i Barnombudsmannens arbete handlar om att samla kunskap om barn och unga. Till sammans med SCB publicerade Barnombudsmannen under 2004 rapporten Upp till 18 – fakta om barn och ungdom (BR 2004:06) som är en sammanställning av statistik kring barns och ungas livsvillkor.

Under 2004 har Barnombudsmannen särskilt arbetat med rätten till en drogfri uppväxt. Resultaten av Barnombudsmannens insatser har presenterats i Barnombudsmannens årsrapport 2005, Öppna för gränser - barns och ungas tankar om alkohol, tobak och narkotika.

Myndigheternas barnkonventionsarbete

I 2004 års regleringsbrev fick samtliga länsstyrelser i uppdrag att kartlägga i vilken omfattning myndighetens verksamheter rör barn och redovisa de åtgärder som behövs för att utveckla och förbättra barnperspektivet i verksamheterna. Länsstyrelserna har redovisat uppdraget i årsredovisningarna för verksamhetsåret 2004. Flerparten länsstyrelser anger att en kartläggning har genomförts eller skall genomföras. Genom kartläggningen har många länsstyrelser fått in förslag till åtgärder för det fortsatta arbetet med barnkonventionen och barnperspektivet från olika verksamheter, liksom förslag på områden där ett barnperspektiv kan utvecklas. Det handlar exempelvis om utbildningsinsatser, metodutveckling, att införliva barnperspektivet i verksamhetsplaner, att utveckla barnkonsekvensanalyser och att lyfta fram barnkonventionen i

remisser och utredningar. Det finns också förslag på hur barnperspektivet kan utvecklas inom länsstyrelsens olika sakområden, exempelvis inom regional utveckling, landsbygdsutveckling och fysisk planering.

Utöver länsstyrelserna har ett antal andra myndigheter haft återrapporteringskrav i 2004 års regleringsbrev rörande barnperspektivet. Dit hör bl.a. Riksåklagaren som redovisar att det vid myndigheter och kammare har genomförts informations- och utbildningsinsatser om barnkonventionen. I flera fall har detta skett tillsammans med polisen. Arbetet med barnperspektivet har också bl.a. inneburit att ärenden med barn eller ungdomar handlagts skyndsamt. Migrationsverket är en annan myndighet som har genomfört en rad olika aktiviteter för att stärka och utveckla barnperspektivet i sina verksamheter. Ett exempel är att myndigheten tillsammans med bl.a. Barnombudsmannen tagit fram en utbildning för samtal med barn i asylprocessen. Utbildningen kommer att ingå som en särskild del i verkets utbildningsprogram.

Internationella adoptionsfrågor

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor har enligt sitt regleringsbrev för 2005 i uppdrag att följa upp lagen om homosexuellas rätt att prövas som adoptivföräldrar. Enligt den lägesrapport som myndigheten lämnade i juni 2005 har frågan diskuterats med andra europeiska mottagarländer och tagits upp vid möten med utländska adoptionsmyndigheter i barnens ursprungsländer. Lagändringen har inte medfört några komplikationer i samarbetet mellan Sverige och ursprungsländerna. Inget av de ursprungsländer som Sverige har ett adoptions-samarbete med accepterar dock ännu ansökningar från registrerade partner. Flera mottagarländer har diskuterat att genomföra motsvarande lagändring som Sverige, i Spanien har nyligen en sådan lagändring trätt i kraft.

Barnsäkerhet

Statens räddningsverk har sedan den 1 januari 2005 det samordnande ansvaret för barnsäkerhetsarbetet. Statens räddningsverk skall på ett övergripande plan samordna arbetet för barns och ungas säkerhet för att motverka skador och olycksfall till följd av brister i den inre och yttre miljön och skall därvid verka för att detta arbete utvecklas på alla nivåer i samhället. Övriga sektorsmyndigheter skall oförändrat ha kvar sina

respektive ansvarsområden och skall med sin expertis aktivt medverka till att barnsäkerhetsarbetet får ett brett genomslag även på lokal nivå.

Ekonomiskt utsatta barn

En interdepartemental arbetsgrupp tillsattes i juni 2003 med uppgift att beskriva och analysera situationen för barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer. Arbetsgruppen har lämnat rapporten Ekonomiskt utsatta barn (Ds 2004:41). I 2004 års ekonomiska vårproposition (prop 2003/04:100) aviserade regeringen att 1 miljard kronor skall avsättas från 2006 för reformer för ekonomiskt utsatta barn. Av den s.k. barnmiljarden har 550 miljoner kronor beräknats för politikområdet Ekonomisk familjepolitik och 450 miljoner kronor för politikområdet Utbildningspolitik. Riksdagen har, i enlighet med regeringens förslag, beslutat om förbättringar inom underhållsstöd och bostadsbidrag till barnfamiljer samt införandet av ett barn-tillägg till studerande föräldrar inom studiestödssystemet från 2006. Regeringen föreslår nu även förbättringar inom de allmänna barnbidragen och föräldraförsäkringen, se vidare utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn.

Åtgärder för att stödja barn och unga i ekonomiskt utsatta familjer handlar därutöver om insatser inom en rad olika andra politikområden, såsom utbildning, hälso- och sjukvård, folkhälsa, konsumentpolitik m.fl. Inte minst har föräldrarnas möjligheter till arbete och egen inkomst stor betydelse för barns och ungas välbefinnande. Rapporten Ekonomiskt utsatta barn bereds vidare inom Regeringskansliet.

6.5.3 Analys och slutsatser

Barnpolitiken verkar för att på ett strategiskt plan initiera, driva på och samordna processer med målsättningen att de rättigheter som uttrycks i barnkonventionen skall genomsyra alla delar av regeringens politik och få genomslag på alla nivåer i samhället och i samtliga verksamheter där barn och unga berörs. Det är en långsiktig och ständigt pågående process som kräver insatser inom olika verksamheter och på skilda nivåer i samhället. Det handlar bl.a. om kunskaps- och metodutveckling, mål- och resultatstyrning samt insatser för att synliggöra barns och ungas situation inom olika områden.

Regeringen har två år i följd lämnat en skrivelse till riksdagen med en redovisning av insatser för barn och unga i statsbudgeten. Riksdagen har i sin behandling av den senaste skrivelsen (skr. 2004/05:93, bet. 2004/05:FiU32, rskr. 2004/05:256) bl.a. framhållit att till kommande budgetprocesser behöver en djupare analys utifrån ett barnperspektiv vidareutvecklas. Detta innebär att det inom varje politikområde krävs ett utvecklingsarbete avseende analyser utifrån ett barnperspektiv. Det är en långsiktig process som bl.a. kräver kompetenshöjande insatser och metodutveckling. Ett utvecklingsarbete har startat för att kunna möta riksdagens önskemål om djupare analyser.

Samtidigt som regeringen kan konstatera att flera myndigheter bedriver ett utvecklingsarbete med att integrera ett barnperspektiv i sina verksamheter, framgår det av vissa myndigheters redovisningar att det krävs aktivare insatser från myndigheternas sida för att barnperspektivet skall genomsyra berörda verksamheter. Mot bakgrund av detta och utifrån Riksrevisionens iakttagelser i den granskning som myndigheten har genomfört av barnkonventionsarbetet (RIR 2004:30, se vidare 6.6 Revisionens iakttagelser) krävs även fortsättningsvis att regeringen inom ramen för mål- och resultatstyrningen av myndigheterna driver på och bevakar förverkligandet av barnkonventionen. Detta för att barnperspektivet skall få ett verkligt och långsiktigt genomslag i de verksamheter där barn och unga berörs. Barnombudsmannen har en betydelsefull roll som en pådrivande och stödjande part i detta arbete.

6.6 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för 2004 avseende Barnombudsmannen och Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor.

Riksrevisionen har granskat om regeringen och myndigheterna har följt strategin för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige som antagits av riksdagen (prop. 1997/98:182, bet. 1998/99:SoU6, rskr. 1998/99:171). Granskningen har även omfattat regeringens information till riksdagen. Riksrevisionen har redovisat sin granskning i

rapporten Barnkonventionen i praktiken (RIR 2004:30).

Riksrevisionen konstaterar att regeringen har vidtagit åtskilliga åtgärder för att förverkliga barnkonventionen och den antagna strategin. Intresset bland myndigheter och kommuner för att få hjälp med att utveckla sina insatser på området har också ökat. Av granskningen framgår emellertid att regeringen, myndigheterna och kommunerna inom granskade områden hittills inte helt följt kraven och infriat målen i den av riksdagen antagna nationella strategin för arbetet med barnkonventionen i Sverige. Det finns också vissa brister i regeringens information till riksdagen. Många åtaganden återstår att infria och effekterna av vidtagna åtgärder är hittills relativt begränsade. Det är exempelvis sällsynt med barnkonsekvensanalyser i samband med beslut som berör barn och unga inom olika samhällssektorer. Det är endast ett fåtal myndigheter och kommuner som har utvecklat en strategi för hur barnkonventionen skall genomföras i den egna verksamheten. Kommunikationsinsatserna har också bedrivits på ett mindre planmässigt sätt. Mot bakgrund av detta lämnar Riksrevisionen ett antal rekommendationer till regeringen för att driva på barnkonventionsarbetet på nationell, regional och lokal nivå:

- Regeringen bör formulera mer precisa mål knutna till strategin och förbättra redovisningen av utfall i förhållande till strategin.
- Regeringen bör ge Barnombudsmannen i uppdrag att utarbeta en tydlig strategi för sin kommunikation.
- Regeringen bör låta utvärdera genomförandet på statlig och kommunal nivå.
- Regeringen bör anpassa och precisera kraven på myndigheterna.
- Regeringen bör ägna frågan om barnkonsekvensanalyser i stat och kommun uppmärksamhet.
- Regeringen bör ägna förhållandena inom kommunerna särskild uppmärksamhet.

Riksrevisionens rekommendationer bereds inom Regeringskansliet och en redovisning av vilka åtgärder som regeringen genomfört och planerar kommer att lämnas till riksdagen i den skrivelse om barnpolitiken som avses lämnas under våren 2006.

6.7 Politikens inriktning

Regeringens insatser inom barnpolitiken för att förbättra situationen för barn och unga i Sverige kommer under kommande år att framförallt fokusera på att ytterligare stödja kommuner, landsting och myndigheter i deras arbete med att tillämpa och utveckla arbetet med barnkonventionen. Arbetet med uppföljning och utvärdering av barnpolitiken behöver förbättras. Inom Regeringskansliet kommer utbildningsinsatser genomföras. Metoder för barnkonsekvensanalyser måste också vidareutvecklas. Även barns och ungas inflytande och delaktighet behöver förbättras. Det arbete som har påbörjats av de kommuner som har bildat ett partnerskap för genomförande av barnkonventionen kommer att stödjas och följas så att erfarenheterna kan komma även övriga kommuner till del. Detta gäller även de insatser som görs inom landstingen.

Insatser för att stärka barnperspektivet inom olika politikområden kommer att fortgå. Barnets rättigheter kommer även att behandlas i den nationella handlingsplan för de mänskliga rättigheterna som regeringen avser att lägga fram för riksdagen under våren 2006.

Indikatorer för barnkonventionsarbetet

I regeringens skrivelse Utveckling av den nationella strategin för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter (skr. 2003/04:47) aviserar regeringen att en arbetsgrupp skall tillsättas med uppgiften att utveckla indikatorer för att mäta och följa upp insatser inom barnpolitiken. Mot bakgrund av detta har regeringen i april 2005 tillsatt en arbetsgrupp bestående av representanter från ett antal departement och myndigheter samt företrädare för Sverige Kommuner och Landsting. Arbetsgruppen skall presentera en slutrapport senast den 31 december 2006.

Barnrättscentrum

Regeringen gav i mars 2005 en särskild utredare i uppdrag att undersöka behovet, förutsättningarna samt intresset för ett kunskapscentrum för barnkonventionsrelaterade frågor. Förstudien visar att det finns ett stort intresse såväl att delta i centret som att använda sig av de utbildningar som kommer att erbjudas. Med utgångspunkt i förstudien bereds frågan om inrättande av ett barnrättscentrum vidare inom Regeringskansliet.

En svensk handbok för genomförandet av barnkonventionen

Innebörden av de olika artiklarna i barnkonventionen och vad de innebär för åtagande för Sverige är en ständigt återkommande fråga. Enligt den vidareutvecklade strategin för att förverkliga barnkonventionen (skr. 2003/04:47) avser regeringen att avsätta medel för framtagandet av en svensk handbok om genomförandet av barnkonventionen. Handboken skall vara en hjälp att uttolka konventionen för såväl politiker på olika nivåer som andra beslutsfattare, tjänstemän och övriga intresserade. Ett annat syfte med handboken är att skapa en samsämmighet om uttolkningen och vad som krävs för att leva upp till de åtaganden som Sverige har gjort i och med ratificeringen. Regeringen avser att under hösten 2005 lämna ett uppdrag till någon institution eller organisation att utarbeta en sådan handbok.

Barnrättsforum

I syfte att få en strukturerad form för dialog mellan regeringen och frivilligorganisationer som arbetar med frågor som har betydelse för barns rättigheter har regeringen i juni 2005 beslutat inrätta ett barnrättsforum. I forumet ingår tio företrädare från ideella organisationer samt fem statssekreterare. Chefen för Socialdepartementet är ordförande.

Utvecklande utemiljöer för flickor och pojkar

I Barnsäkerhetsdelegationens slutbetänkande (SOU 2003:127) lades bl.a. fram förslag om att samordna ansvaret för kunskapsutveckling och kunskapsspridning om säkra och utvecklande utemiljöer med särskild inriktning mot barn och unga. Inom MOVIUM, som är en centrumbildning inom Sveriges lantbruksuniversitet, bedrivs verksamhet i syfte att bl.a. utveckla kunskapen om stadens utemiljö. Barns utemiljö ingår som en del i denna verksamhet. Mot bakgrund härav överförs 1 000 000 kronor per år från det under utgiftsområde 10 uppförda anslaget 19:6 *Försäkringskassan* till det under utgiftsområde 23 uppförda anslaget 25:1 *Sveriges lantbruksuniversitet* för att finansiera att ett nationellt samordningsansvar för kunskapsutveckling och kunskapsspridning som rör barns och ungas utemiljöer åläggs MOVIUM.

Barnkonventionen i den högre utbildningen

I regleringsbrevet för 2004 fick samtliga lärosäten i uppdrag att i samband med årsredovisningen för 2005 redogöra för hur man har arbetat med att införliva kunskap om FN:s konvention om barnets rättigheter i utbildningar där sådan kunskap bedöms som relevant. I regeringens skrivelse Utveckling av den nationella strategin för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter (skr. 2003/04:47) aviseras regeringens avsikt att genomföra regionala konferenser för högskolor och universitet för att stödja deras barnkonventionsarbete och bidra till ett erfarenhetsutbyte mellan olika universitet och högskolor. Konferenserna planeras genomföras under 2006.

6.8 Budgetförslag

6.8.1 15:1 Barnombudsmannen

Tabell 6.2 Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

2004	Utfall	16 807	Anslags-sparande	-16
2005	Anslag	16 948 ¹	Utgifts-prognos	16 805
2006	Förslag	16 962		
2007	Beräknat	17 234 ²		
2008	Beräknat	17 531 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 16 962 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 16 962 tkr i 2006 års prisnivå.

Barnombudsmannen skall företräda barns och ungas rättigheter och intressen i Sverige samt driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. Barnombudsmannen har rättsliga befogenheter att uppmana förvaltningsmyndigheter, kommuner och landsting att lämna uppgifter om åtgärder som vidtagits för att förverkliga barnkonventionen i den egna verksamheten samt att kalla dessa till överläggningar. Vidare skall Barnombudsmannen bl.a. särskilt uppmärksamma att lagar och andra författningar samt deras tillämpning stämmer överens med barnkonventionen och vid behov föreslå författningsändringar. Barnombudsmannen skall även lämna en årlig rapport till regeringen.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 6.3 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2004 (varav tjänsteexport)	1 004	1 189	-185
Prognos 2005 (varav tjänsteexport)	1 245	1 060	185
Budget 2006 (varav tjänsteexport)	2 200		

Avgiftsintäkterna omfattar främst internationella projekt om barns rättigheter. Barnombudsmannen får disponera intäkterna.

Regeringens överväganden

Barnombudsmannen har en nyckelroll i arbetet med att driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. Bland de insatser som under 2004 har genomförts kan nämnas utbildningsinsatser inom rättsväsendet, socialtjänsten och kriminalvården samt utbildningsinsatser riktade till försäkringskassan och länsstyrelser. Andra exempel på insatser är den nationella konferens om arbetsmiljön i skolan som Barnombudsmannen har anordnat tillsammans med ett flertal myndigheter och organisationer. För att öka kunskapen om metoder och arbetssätt för barn- och ungdomsinflytande har Barnombudsmannen vidare bl.a. undersökt hur barn och unga kommer till tals i de kommunala handikappråden samt hur flickor och pojkar på institution kommer till tals.

En sammantagen bedömning av Barnombudsmannens verksamhet är att målen för 2004 delvis är uppfyllda. Resultatredovisningen behöver utvecklas så att det tydligare framgår vad som är målet med olika insatser och vilka resultat som har uppnåtts. Planmässigheten i genomförandet av insatserna och systemen för att följa upp dem behöver utvecklas. Detta har också uppmärksammats av Riksrevisionen i den granskning (RIR 2004:30) av barnkonventionsarbetet i myndigheter, kommuner och landsting som revisionen har genomfört. Riksrevisionen har föreslagit att regeringen ger Barnombudsmannen i uppdrag att utarbeta en tydlig strategi för sin kommunikation. Regeringen avser att

utveckla mål- och resultatstyrningen och att i regleringsbrevet för 2006 vidareutveckla återrapporteringskraven för Barnombudsmannen.

Tabell 6.4 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 15:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005¹	16 948	16 948	16 948
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	14	286	583
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	16 962	17 234	17 531

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 962 000 kronor anvisas under anslaget 15:1 *Barnombudsmannen* för 2006. För 2007 beräknas anslaget till 17 234 000 kronor och för 2008 beräknas anslaget till 17 531 000 kronor.

6.8.2 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tabell 6.5 Anslagsutveckling 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2004	8 143	167	
2005	Anslag	11 264 ¹	11 180
2006	Förslag	11 392	
2007	Beräknat	11 592 ²	
2008	Beräknat	11 816 ³	

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 11 392 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 11 392 tkr i 2006 års prisnivå.

I enlighet med regeringens proposition (2003/04:131) har Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) avvecklats den 31 december 2004 och fr.o.m. den 1 januari 2005 ersatts av Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA). Myndigheten har övertagit en stor del av de uppgifter som NIA har haft.

Myndigheten är central förvaltningsmyndighet för frågor som rör internationella adoptioner med ansvar för auktorisation och tillsyn av organisationer som förmedlar internationella adoptioner. Vidare ingår i myndighetens uppdrag bl.a. att följa den internationella utvecklingen och kostnaderna när det gäller internationella adoptioner samt att bedriva informationsverksamhet, lämna upplysningar och biträde åt myndigheter och organisationer. I enlighet med propositionen (2003/04:131) har lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling utvidgats med fler och tydligare förutsättningar för auktorisation, tydliga krav på sammanslutningarnas löpande verksamhet och fler instrument för tillsyn. Mot bakgrund av detta har myndigheten fått förstärkta resurser i förhållande till vad som gällde för NIA.

Myndigheten får, liksom tidigare NIA, från sitt anslag betala ut statsbidrag till sammanslutningar som har auktorisation enligt lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling. Från den 1 januari 2005 får statsbidrag även betalas ut till de adopterades organisationer.

Regeringens överväganden

Cirka 1 000 barn adopteras årligen till Sverige från andra länder. För åren 2006–2008 är bedömningen att nivån kommer att vara ungefärligen densamma. I och med de lagändringar som har trätt i kraft den 1 januari 2005 och i enlighet med förslagen i regeringens proposition (2003/04:131) ställs krav på utökade kontakter med utländska myndigheter och organisationer för att myndigheten skall kunna besluta om auktorisationer och utöva en aktiv tillsyn över de auktoriserade organisationerna. Även det internationella arbetet kommer att intensifieras. Vissa uppgifter har överförts från adoptionsmyndigheten till Socialstyrelsen, bl.a. att utarbeta den särskilda information som behövs för bedömning av ett hems lämplighet att ta emot ett barn med hemvist utomlands i syfte att adoptera det. Mot bakgrund av att myndigheten har fått nya arbetsuppgifter avser regeringen att se över mål och återrapporteringskrav i regleringsbrevet för 2006.

Anslaget minskas med 68 000 kronor 2006, 69 000 kronor 2007 och 71 000 kronor 2008 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av

företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 6.6 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005¹	11 264	11 264	11 264
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	196	397	623
Beslut	-68	-69	-71
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	11 392	11 592	11 816

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FIU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 11 392 000 kronor anvisas under anslaget 15:2 *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor* för 2006. För 2007 beräknas anslaget till 11 592 000 kronor och för 2008 beräknas anslaget till 11 816 000 kronor.

6.8.3 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Tabell 6.7 Anslagsutveckling 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

		Tusental kronor	
2004	Utfall		Anslags-sparande 0
2005	Anslag	6 500 ¹	Utgifts-prognos 6 413
2006	Förslag	9 461	
2007	Beräknat	7 461	
2008	Beräknat	7 461	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Medlen under anslaget skall disponeras av regeringen för insatser för att förverkliga barns rättigheter i Sverige enligt FN:s konvention om barnets rättigheter. Exempel på sådana insatser är kunskapsinhämtning, metodutveckling, uppföljning och utvärdering, erfarenhetsutbyte och idéspredning samt åtgärder för att stärka flickors och pojkars inflytande och delaktighet.

Regeringens överväganden

Anslaget har för 2006 tillförts 2 miljoner kronor. Medlen skall bl.a. användas för det fortsatta arbetet med att inrätta ett barnrättscentrum.

Anslaget minskas med 39 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 9 461 000 kronor anvisas under anslaget 15:3 *Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige* för 2006. För 2007 beräknas anslaget till 7 461 000 kronor och för 2008 beräknas anslaget till 7 461 000 kronor.

Tabell 6.8 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005¹	6 500	6 500	6 500
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	1 961	-39	-39
Överföring till/från andra anslag	1 000	1 000	1 000
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	9 461	7 461	7 461

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

7 Politikområde Handikappolitik

7.1 Omfattning

Handikappolitiken omfattar insatser för att undanröja hinder för full delaktighet i samhället, insatser för att bekämpa diskriminering samt individuella stödinsatser. Insatserna är sektorsövergripande och ingår i de flesta politikområden.

Ansvar för individuella stödinsatser inom politikområdet Handikappolitik ligger framför allt på kommuner och landsting. Det gäller insatser både enligt socialtjänstlagen (2001:453;SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Staten lämnar ekonomiska bidrag till kommuners verksamhet inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Stöd till landsting lämnas för insatsen råd och stöd samt för tolktjänst. Stöd till landsting lämnas även för inköp av utrustning för elektronisk kommunikation.

Andra individuella stöd inom politikområdet är assistansersättning, bilstöd, särskilt utbildningsstöd och personligt ombud. Politikområdet omfattar dessutom bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättningar och bidrag till handikapporganisationer samt myndigheterna

- Handikappombudsmannen (HO) och
- Myndigheten för handikappolitisk samordning, som fr.o.m. 2006 är en nybildad statlig myndighet.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har tidigare redovisats inom politikområdet Handikappolitik. Sisus avvecklas som självständig myndighet den 1 januari 2006 och verksamheten med statsbidragsgivning inom utbildningsområdet redovisas fr.o.m. 2006 inom

politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik, anslag 13:6 *Socialstyrelsen*.

Socialstyrelsen ansvarar inom politikområdet för verksamhetsgrenarna ”Tillsyn”, ”Normering” och ”Kunskap” inom verksamhetsområde ”Insatser för jämlika levnadsvillkor”. Socialstyrelsen finansieras genom anslag 13:6 *Socialstyrelsen*.

Hjälpmedelsinstitutet är ett centralt organ inom hjälpmedelsområdet. Institutet drivs av staten samt intresseorganisationen Sveriges Kommuner och Landsting. Institutet finansieras genom anslag 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvården* inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik.

År 2006 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till cirka 14 miljarder kronor.

7.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2005 till 2008 beräknas utgifterna för politikområdet öka med cirka 4,6 miljarder kronor, huvudsakligen till följd av ökade utgifter för assistansersättningen. Utgifterna inom politikområdet beräknas 2005 till cirka 12,6 miljarder kronor. Det understiger anvisade medel med cirka 113 miljoner kronor. Utgifterna för 2004 blev cirka 83,6 miljoner kronor lägre än anvisade medel.

Tabell 7.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2004	Budget 2005 ¹	Prognos 2005	Förslag 2006	Beräknat 2007	Beräknat 2008
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
16:1 Personligt ombud	37,5	90,0	88,8	89,5	89,5	89,5
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	275,0	275,0	271,3	273,4	273,4	273,4
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	167,8	171,8	169,5	175,6	180,6	186,2
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	78,4	85,9	84,8	77,9	77,9	77,9
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	161,7	164,6	163,7	163,7	163,7	163,7
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	16,2	17,1	13,4	23,1	23,9	24,8
16:7 Bilstöd till handikappade	222,1	341,0	334,9	256,0	256,0	256,0
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	10 021,7	11 551,0	11 458,0	12 947,0	14 534,0	16 125,0
16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning				18,9	19,3	19,7
16:10 Handikappombudsmannen	20,6	18,4	17,8	11,9	12,1	12,3
2005 09 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	20,0	17,8	17,6	–	–	–
Totalt för politikområde Handikappolitik	11 021,0	12 732,7	12 619,7	14 036,9	15 630,3	17 228,4

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

7.3 Mål

Målen för handikappolitiken är

- en samhällsgemenskap med mångfald som grund
- att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.

Det handikappolitiska arbetet skall inriktas särskilt på

- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder
- att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionshinder
- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Handikappolitik är ett sektorsövergripande politikområde, vilket innebär att de handikappolitiska målen skall vara integrerade mål inom andra politikområden under rubriken ”Mål”.

7.4 Insatser

7.4.1 Insatser inom politikområdet

Insatser för ökad måluppfyllelse inom politikområdet är övergripande och strategiska åtgärder i syfte att förverkliga den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000 SoU14, rskr. 1999/2000:240), behovsprövade stödformer samt åtgärder som leder till att detta stöd är tillgängligt, anpassat och av god kvalitet. Handlingsplanen prioriterar arbetsområden som syftar till att skapa ett tillgängligt samhälle, att förbättra bemötandet och att se till att handikapperspektivet genomförs i alla samhällssektorer.

Nationella handlingsplanen

Riksdagen beslutade våren 2000 om nationella mål, inriktning och en nationell handlingsplan för handikappolitiken den närmaste tioårsperioden. I syfte att förbättra villkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder pågår arbetet med att förverkliga planen. Viktiga styrinstrument är bl.a. myndigheters instruktioner, regleringsbrev samt särskilda uppdrag till

statliga myndigheter. Utvalda sektorsmyndigheter har särskilt stort ansvar att leda arbetet för att förverkliga målen. Handikapprörelsen har dessutom en viktig opinionsbildande och pådrivande roll.

Det nationella tillgänglighetscentret hos Handikappombudsmannen (HO) och Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har också, fram t.o.m. 2005, centrala uppgifter i genomförandet av planen. Under 2005 har regeringen dock verkat för att få till stånd en tydligare och effektivare organisation för samordning av arbetet inom det handikappolitiska området.

Omstrukturerings av myndigheter för en slagkraftigare handikappolitik

En myndighet med ett särskilt uppdrag kopplat till den nationella handlingsplanen för handikappolitiken inrättas från den 1 januari 2006. Regeringen har i en skrivelse till riksdagen redogjort för planerna med en förändrad organisation för samordning av arbetet inom det handikappolitiska området (skr. 2004/05:86, bet. 2004/05 SoU24). En särskild utredare har därefter fått regeringens uppdrag att bilda myndigheten (dir 2005:58).

Myndighetens huvuduppgift blir att främja ett strategiskt och effektivt genomförande av den nationella handikappolitiken på såväl kort som lång sikt. I det arbetet ingår det som en väsentlig del att bistå regeringen med underlag för en effektiv styrning av det handikappolitiska arbetet. Myndigheten kommer också att ansvara för den övergripande handikappolitiska samordningen, vilket innebär att den skall stödja, stimulera och förmå aktörer på olika nivåer att beakta de handikappolitiska målen i sin verksamhet. De främsta verktygen i detta arbete kommer att vara myndighetens normering, utbildningsverksamhet och information. En uppgift för myndigheten blir också att följa upp jämställdheten inom handikappolitiken och uppmärksamma skillnader i levnadsvillkor för kvinnor och män med funktionshinder. Barnperspektivet bör likaledes genomsyra verksamheten. I den mån det är möjligt skall ett barnperspektiv alltid integreras i utvärderings- och analysarbetet.

Myndigheten inrättas genom att befintliga myndigheter inom sektorn omstruktureras. Omstruktureringen leder till att antalet myndigheter inom området förblir oförändrat. Det

nationella tillgänglighetscentret förs över till den nya myndigheten liksom arbetet med bemötandepuppdraget. Vissa uppgifter som nu hanteras inom Hjälpmedelsinstitutet (HI) kommer också att ingå i den nya myndighetens uppgifter. HO blir från den 1 januari 2006 en renodlad ombudsmannafunktion medan Sisus upphör som självständig myndighet. Sisus verksamhet med statsbidragsgivning till utbildningsanordnare och enskilda m.fl. övergår till ett särskilt beslutsorgan inom Socialstyrelsen.

Ökad tillgänglighet hos statliga myndigheter

Myndigheter under regeringen skall beakta de handikappolitiska målen när de utformar och bedriver sin verksamhet. Myndigheterna skall arbeta för att göra lokaler, verksamhet och information tillgängliga för personer med funktionsnedsättningar.

HO skall enligt regleringsbrevet för 2005 utveckla, förankra och sprida riktlinjer för myndigheternas arbete med att göra lokaler, verksamhet och information tillgängligare för personer med funktionshinder samt följa myndigheternas tillgänglighetsarbete och fortsätta utveckla metoder för detta. I detta arbete skall HO integrera ett jämställdhetsperspektiv. Senast den 1 oktober 2005 skall HO redovisa hur många myndigheter som upprättat handlingsplaner för hur deras lokaler, verksamhet och information skall bli tillgängligare för personer med funktionshinder. HO skall också bedöma kvaliteten i myndigheternas arbete.

Program för bättre bemötande

För att förbättra bemötandet av flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder har Sisus regeringens uppdrag att verka för kompetensutveckling inom offentlig verksamhet. Arbetet koncentreras till offentlig verksamhet vars personal regelbundet möter personer som har funktionshinder eller arbetar med handikappfrågor. Det program som tagits fram för ändamålet skall bidra till att förändra attityder och öka kunskapen om de levnadsvillkor som flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder har.

Sisus har i regleringsbrevet för 2005 regeringens uppdrag att ta fram och sprida ett diskussionsmaterial kring hur barn bemöter barn och ungdomar med funktionshinder. Materialet skall rikta sig till barn i de lägre årskurserna i grundskolan och utgångspunkten bör vara funktions-

hindrade barns och ungdomars egna erfarenheter. Uppdraget skall slutredovisas senast i samband med årsredovisningen för verksamhetsåret 2006.

Sektorsmyndigheter

Handikapperspektivet skall genomsyra alla samhällssektorer. Regeringen har därför utsett 14 sektorsmyndigheter som har ett särskilt ansvar inom det handikappolitiska området – Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Banverket, Boverket, Försäkringskassan, Konsumentverket, Luftfartsstyrelsen, Post- och telestyrelsen, Riksantikvarieämbetet, Sjöfartsverket, Statens skolverk, Socialstyrelsen, Statens kulturråd samt Vägverket. Myndigheterna skall samordna, stödja och driva på andra myndigheter, som verkar inom samma sektor, i arbetet med att genomföra handikappolitiken. Genom stöd och samordning skall HO, enligt regleringsbrevet för 2005, bidra till att sektorsmyndigheternas arbete med att genomföra handikappolitiken utvecklas.

Regeringen har i sektorsmyndigheternas regleringsbrev för 2005 beslutat om särskilda mål för respektive sektorsområde. Vilka myndigheter som skall vara sektorsmyndigheter ses fortlöpande över.

Diskriminering

Personer med funktionshinder har skydd mot diskriminering i arbetslivet, inom högskolan och i viss kommersiell verksamhet. HO har tillsynsansvar över dessa diskrimineringslagar och kan föra talan i domstol för enskilda som anser sig utsatta för bl.a. diskriminering. Regeringen avser dessutom att under hösten 2005 föreslå riksdagen en ny lag om skydd mot diskriminering. De som föreslås skyddas av lagens bestämmelser är barn och elever som omfattas av den utbildning och annan verksamhet som regleras i nuvarande skollag. Ändamålet med lagen är att motverka diskriminering samt förhindra och förebygga annan kränkande behandling som inte direkt kan hänföras till diskrimineringsgrunderna, t.ex. mobbing.

Funktionshindrades ekonomiska situation

Inom Regeringskansliet pågår ett arbete med att närmare belysa ekonomiska konsekvenser av att leva med funktionshinder. Till detta arbete har knutits en referensgrupp med personer från Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån. En första redovisning av

resultat från detta arbete planeras till regeringens kommande uppföljning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken.

Individuella stödinsatser

För att personer med funktionshinder, som möter betydande svårigheter i sin livsföring, skall kunna uppnå jämlika levnadsvillkor krävs även stöd som är anpassat efter varje individs förutsättningar och behov. Behovsprövade stödinsatser har därför stor betydelse i välfärdspolitiken som komplement till de generella stödsystemen. Viktiga behovsprövade stöd för personer med funktionshinder inom politikområdet är insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL) samt assistansersättning, särskilt utbildningsstöd, bilstöd och personligt ombud.

Assistansersättning och särskilt utbildningsstöd

Insatsen personlig assistans skall vara personligt utformad i syfte att öka möjligheterna att leva ett självständigt och aktivt liv. Genom den statliga assistansersättningen avlastar staten kommunerna stora delar av kostnaderna för insatsen.

En parlamentarisk kommitté har sedan juli 2004 regeringens uppdrag att göra en översyn av personlig assistans för vissa personer med funktionshinder (dir. 2004:107, 2004:179 och 2005:66). I ett delbetänkande skall kommittén redovisa den del av uppdraget som avser lämpliga former för tillsyn av enskilda verksamheter med personlig assistans. I december 2004 gav regeringen kommittén i uppdrag att inom ramen för delbetänkandet även analysera förutsättningarna för att införa ett krav på tillstånd för verksamheter med personlig assistans. Kommittén, som skall integrera ett jämställdhetsperspektiv och ett barnperspektiv i sitt arbete, skall redovisa delbetänkandet senast den 30 november 2005 och slutbetänkandet senaste den 31 mars 2007.

På regeringens uppdrag har Försäkringskassan sett över regleringen av timbeloppet för den statliga assistansersättningen. Rapporten Reglering av kostnader och ekonomisk kontroll av den statliga assistansersättningen – förslag till skärpta regler har remissbehandlats. I juni 2005 beslutade regeringen att rapporten skulle över-

lämnas till den parlamentariska kommittén för att behandlas inom ramen för delbetänkandet.

För att förbättra studiemöjligheterna för unga och vuxna med funktionshinder lämnas ett särskilt utbildningsstöd. Stödet kan fylla flera olika funktioner och utformas utifrån den enskildes behov. Sedan 2003 bedrivs en försöksverksamhet med assistans till studenter med psykiska eller neuropsykiatriska funktionshinder. Resultat från detta försök redovisas till regeringen den 31 oktober 2005. Sisus, som fördelar stödet har även haft i uppdrag att utveckla och förbättra barnperspektivet i verksamheten.

Bilstöd

Det statliga bilstödet har stor handikappolitisk betydelse. Tillgång till bil kan medverka till att personer med funktionshinder kan leva aktivt, självständigt och oberoende. Bilstödet har därmed även en rehabiliterande inverkan. Innehav av bil för föräldrar till barn med varaktigt funktionshinder kan dessutom ha avgörande betydelse för att familjen skall kunna göra resor tillsammans. Bidraget är ett komplement till färdtjänst.

Anslaget för bilstöd har de senaste åren fått ökade medel på tilläggsbudget. Fr.o.m. 2005 höjdes anslaget permanent med 60 miljoner kronor. Bilstödet höjdes även med ytterligare 65 miljoner kronor på tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition i syfte att ytterligare förkorta väntetiderna för bidrag. Regeringen ser samtidigt över stödformen i syfte att uppnå ett effektivare och förbättrat system för bilstöd. Till grund för denna översyn ligger Bilstödsutredningens betänkande Mobil med bil (SOU 2005:26) som överlämnades till regeringen i mars 2005.

Personligt ombud

Personliga ombud skall se till att personer som lever med omfattande psykiska funktionshinder får sina behov tillgodosedda och att deras insatser planeras, samordnas och genomförs. Arbetet med att bygga upp och utveckla verksamhet med personliga ombud i kommunerna har pågått sedan hösten 2000. Socialstyrelsen och länsstyrelserna fördelar anslagna medel, utbildar, stöder och följer upp hur verksamheten utvecklas.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera verksamhet med

personliga ombud. Uppdraget redovisades den 31 maj 2005 – Personligt ombud 2000–2004. Uppföljningen och utvärderingen avser bl.a. hur verksamhet med personliga ombud utvecklats när det gäller verksamhetsform, kvalitet, ledningsgrupper, verksamhetens avgränsning i förhållande till andra uppgifter, effekter för klienterna av ombudens verksamhet och andra vunna erfarenheter.

Anpassade insatser efter behov

För att flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder skall ha förutsättningar att leva ett självständigt liv måste insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (2001:453; SoL) vara individuellt anpassade och av god kvalitet. Insatserna skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Verksamheten skall vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Den enskilde skall ha inflytande över insatsen och personalen skall ha den kompetens som krävs för att ge ett gott stöd. Kommunerna skall planera för behovstäckning och personer skall få de insatser som de bedömts vara i behov av. Tillsynsmyndigheterna – länsstyrelserna – skall följa hur lagarna tillämpas, bedriva en operativ tillsyn och verka för att kommunerna planerar för att kunna tillgodose framtida behov. Samverkan och samordnade insatser är grundläggande för att resurser skall användas effektivt.

Förtydliganden i LSS

Riksdagen har på förslag från regeringen beslutat om nya bestämmelser i LSS (prop. 2004/05:39, bet. 2004/05:SoU12, rskr. 2004/05:165). Ändringarna i lagen görs för att stärka den enskildes rättssäkerhet och ge tydligare ledning för olika myndigheternas tillämpning av lagen. Lagändringarna gäller från den 1 juli 2005.

I lagen klargörs nu att LSS-verksamhet skall vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Vidare införs regler om dokumentation. Handläggning av enskilda ärenden samt genomförande av beslut om insatser skall dokumenteras. Dessutom införs en bestämmelse om anmälningsplikt. Personal som utför uppgifter enligt LSS skall anmäla allvarliga missförhållanden. Åtgärdas inte ett missförhållande

omgående skall förhållandet anmälas till tillsynsmyndigheten.

Tillsyn, sanktioner m.m.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har regeringens uppdrag att årligen följa upp i vilken omfattning domar och beslut som fattats med stöd av SoL eller LSS inte verkställs samt i vilken omfattning kommuner avslår ansökningar om stödinsatser trots att det finns ett bedömt behov av insatser. En utredare har dessutom haft regeringens uppdrag att föreslå åtgärder som kan bidra till en bättre rättssäkerhet. Utredningen om verkställighet av vissa gynnande kommunala beslut har i december 2004 överlämnat betänkandet Beviljats men inte fått (SOU 2004:118). Betänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Tillsynsmyndigheterna (länsstyrelserna) har från den 1 juli 2002 möjlighet att hos länsrätten ansöka om en särskild avgift – en s.k. sanktionsavgift – för att kommuner skall verkställa en dom som meddelats med stöd av SoL eller LSS. En sanktionsavgift har för dessa ärenden bedömts vara effektivare än ett vitesföreläggande.

Länsstyrelserna skall enligt regleringsbrevet också verka för att kommuner planerar för framtida behovstäckning.

Samverkan och samordnade insatser

Samverkan och samordning bl.a. genom individuella planer är ett bra redskap för effektivare planering, arbetsformer och insatser för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder. Länsstyrelsernas tillsynsinsatser skall enligt regleringsbrevet bidra till att kommunernas användning av individuella planer för personer med funktionshinder ökar. Länsstyrelsen skall enligt regleringsbrevet för 2004 och 2005 redovisa insatser som genomförts för att aktivt påverka kommuner och andra att samordna insatser och samverka genom individuella planer. För 2005 gäller särskilt att individuella planer för barnfamiljer skall öka.

Socialstyrelsen har även haft regeringens uppdrag att i samverkan med Specialpedagogiska institutet, Statens skolverk och Specialskolemyndigheten intensifiera arbetet med att tydliggöra ansvarsfördelningen och effektivisera samverkan mellan olika huvudmän när det gäller stödet till barn och ungdomar med omfattande funktionshinder. Uppdraget har redovisats i maj

2005 i rapporten Ansvar och samverkan – helhetsperspektiv på samhällets stöd till barn och unga med funktionshinder. Därutöver har Socialstyrelsen under 2004 genomfört en kartläggning av samverkansavtal kring barn och unga med funktionshinder.

Nationell psykiatrisamordnare

Regeringen tillsatte hösten 2003 en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rör bl.a. samverkan, samordning, resurser och kompetens inom social omsorg, rehabilitering och vård av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade. Samordnarens uppdrag är att åstadkomma en bättre samverkan mellan ansvariga huvudmän och en ökad samordning av insatser så att personer med psykiska funktionshinder får ett anpassat stöd när det gäller boende, sysselsättning och rehabilitering.

Riksdagen beslutade hösten 2004 att avsätta 500 miljoner kronor för 2005 i syfte att förbättra möjligheterna för personer med psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder att få tillgång till såväl nödvändiga vårdplatser som socialt anpassade stödinsatser. En del av medlen skall även gå till att stimulera verksamhetsutveckling. Satsningen finansieras genom anslag 13:9 *Bidrag till psykiatri och social psykiatri*. Socialstyrelsen har i juli 2005 redovisat till regeringen hur läget ser ut när det gäller riktlinjer, arbetsformer och utbetalning av medlen.

Kompetenshöjande åtgärder

Det behövs en professionell kunskap om det praktiska sociala arbetet för att socialtjänsten skall kunna erbjuda medborgarna insatser som ger en god livssituation och livskvalitet. Ett av målen för Socialstyrelsen i regleringsbrevet för 2004 och 2005 är att utveckla kvaliteten i stödet och servicen för personer med funktionshinder. Insatserna skall baseras på tillgänglig vetenskap och beprövad erfarenhet samt ett tydligt brukarperspektiv.

Regeringen beslutade i april 2004 att ge Socialstyrelsen 7 miljoner kronor för att genom det nybildade Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) ge stöd till spridning av kunskap om metodutveckling inom socialtjänsten. I regeringens IT-politiska proposition (prop. 2004/05:175) framhåller regeringen att Socialstyrelsen och IMS bör utveckla sitt stöd till kommunerna när det gäller utvecklingen av kvalitetssäkringsregister, metodstöd samt infor-

mations- och statistikförsörjning inom socialtjänsten. Detta arbete är av central betydelse för verksamhetens kvalitet.

7.4.2 Insatser utanför politikområdet

Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken omfattar de flesta politikområden, bl.a. demokrati-, utbildnings-, miljö-, kultur- och transportpolitik. Insatser inom områdena påverkar i hög grad möjligheterna att förbättra villkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder. Vårdbidrag och handikappersättning, sjukersättning och aktivitetsersättning, olika statliga stöd inom arbetsmarknaden och skolan etc. är viktiga stöd liksom insatserna hjälpmedel, rehabilitering och habilitering. Här redovisas ett antal åtgärder som sker inom ramen för den nationella handlingsplanen för handikappolitiken.

Arkitektur, form och design – Design för alla

Arkitektur, form och design har avgörande betydelse för att göra samhället tillgängligt för alla. Regeringen har utsett 2005 till ett Designår. Syftet är att i hela Sverige ytterligare öka och fördjupa kunskapen om form och design i ett samhällsperspektiv. Regeringen har gett myndigheter i uppdrag och bjudit in andra aktörer att medverka under Designåret. Ett av de sju teman som uppdraget omfattar är Design för alla. Regeringen anordnade med anledning av Designåret en konferens i början av 2005 under detta tema. Hjälpmedelsinstitutet bistod regeringen med att planera och genomföra konferensen.

HO har dessutom regeringens uppdrag att verka för att kunskapen om konceptet "Design för alla" ökar i samhället.

Tillgängliga vallokaler

Regeringen har föreslagit riksdagen att en ny vallag skall träda i kraft den 1 januari 2006 (prop. 2004/05:163). I lagen föreslås bl.a. att det skall kunna ställas krav på att vallokaler skall vara tillgängliga för personer med fysiska funktionshinder. Kommunerna skall se till att det finns lämpliga vallokaler som i fråga om lokalisering, tillgänglighet och öppethållande ger väljarna goda möjligheter att rösta på valdagen.

Boverkets föreskrifter om tillgänglighet

Boverkets föreskrifter med krav på undanröjande av enkelt avhjälpna hinder till och i lokaler dit allmänheten har tillträde och på allmänna platser (BFS 2003:19 HIN 1) började gälla i december 2003. Efterfrågan från sektorns olika aktörer på information om de nya kraven på förbättring av tillgängligheten är stor. Boverket har därför genomfört särskilda informations- och utbildningsinsatser samt utarbetat en idébok som skall verka inspirerande i det fortsatta arbetet. En konferensserie genomförs under 2005.

Boverkets föreskrifter med krav på att allmänna platser och områden för andra anläggningar än byggnader skall vara tillgängliga och användbara för personer med nedsatt rörelse- eller orienteringsförmåga (BFS 2004:15 ALM 1) började gälla från den 1 oktober 2004. Bakgrunden till de nya föreskrifterna är ändring av plan- och bygglagen som trädde i kraft den 1 juli 2001. Föreskrifterna om enkelt avhjälpna hinder följs upp och en första redovisning kommer i september 2005.

Teknikutveckling och IT

Frågor som berör ett IT-samhälle för alla behandlas i regeringens IT-politiska proposition (2004/05:175), som överlämnades till riksdagen i juli 2005. För att säkerställa att personer med särskilda förutsättningar beroende av t.ex. ålder eller funktionshinder får samma tillgång till informationssamhället som andra är det angeläget att stimulera användning och utveckling av IT ur ett mångfaldsperspektiv. Regeringen avser bl.a. att ge Post- och telestyrelsen (PTS) i uppdrag att, i samråd med Socialstyrelsen, fortsätta arbetet med en servicecentral för dövblinda och synskadade personer. PTS skall även få i uppdrag att fortsätta försöken med mobila bredbandstjänster för personer med funktionshinder.

Arbete för personer som har arbetshandikapp

Taket för lönebidrag för anställning av arbetshandikappade och anställda i skyddat arbete hos offentliga arbetsgivare har höjts från 13 700 kronor till 15 200 kronor i månaden. Höjningen gäller från den 1 juli 2005. Från den 1 januari 2007 föreslås ytterligare en takhöjning till 16 700 kronor i månaden. Regeringen redovisar under utgiftsområde 13 Arbetsmarknad sitt förslag till förändring av de arbetsmarknads-politiska åtgärderna för arbetshandikappade.

7.5 Resultatredovisning

7.5.1 Mål

Lagstiftning som ger rättigheter, skyldigheter och ekonomiskt stöd, de omfattande och breda insatser som görs inom ramen för den nationella handlingsplanen för handikappolitiken, utveckling av funktionen personligt ombud, satsningar på samarbete, kompetens-, kunskaps- och kvalitetsutveckling etc. bidrar till att skapa en samhällsgemenskap med mångfald som grund och att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet. Satsningarna bidrar dessutom till att skapa jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder. För att nå varaktiga resultat är det dock viktigt att se handikappolitiken och målen för politiken i ett långsiktigt perspektiv.

7.5.2 Resultat

Nationella handlingsplanen

Uppföljningen av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare – redovisas särskilt i en skrivelse till riksdagen. Handlingsplanen sträcker sig fram till 2010 och regeringens ambition är att vart tredje år redogöra för resultatet till riksdagen. En första uppföljning genomfördes i december 2002 (skr. 2002/03:25). Regeringen avser att under våren 2006 återkomma till riksdagen med nästa skrivelse om hur arbetet med att genomföra handlingsplanen fortskrider.

I den årliga rapporten från Handikappombudsmannen (HO) – På väg mot ett samhälle för alla (maj 2005) – redovisas att den nationella handlingsplanen för handikappolitiken börjat ge resultat. Sektorsmyndigheterna har med några få undantag kommit igång på ett bra sätt. De goda exemplen blir fler och fler. Tillgänglighetsarbetet hos statliga myndigheter går framåt, även om det tar tid. Tempot styrs bl.a. av att det dröjer att få in tillgänglighetsarbetet i de ordinarie processerna på myndigheterna. Myndigheterna har förutom sin ordinarie verksamhet många externa krav att ta hänsyn till.

HO har till uppgift att främja ett jämställdhetsperspektiv i arbetet. En fjärdedel av de 290 myndigheter som har en jämställdhetsplan,

har integrerat ett funktionshinderperspektiv i dessa. Av de 49 myndigheter som har en handlingsplan för tillgänglighetsarbetet har cirka en tredjedel uppgett att jämställdhetsperspektivet skall beaktas i tillgänglighetsarbetet.

Arbetet med kompetensutveckling i bemötandefrågor har under 2004 gått in i en delvis ny fas. Förutom implementering av programmet och informationsinsatser har arbetet med uppföljning och utvärdering kommit i gång på ett mer systematiskt sätt. Effekter av en stor spridning av programmet kartläggs för närvarande. Under hösten 2004 påbörjades ett arbete med att analysera hur erfarenheterna i modellprojekten kan tas tillvara. Modellprojekt som rör verksamhet inom skola och barnomsorg analyseras först. Utvärderingen redovisas inom kort.

Inom skol- och transportområdet avser regeringen inom kort att överlämna förslag till riksdagen. Förslagen kommer bl.a. att beröra frågor om tillgänglighet och personer med funktionshinder. Under hösten kommer dessutom ett antal beställda myndighetsredovisningar om hur arbetet med handlingsplanen fortskrider. Redovisningarna kommer att utgöra en del av det underlag som skall ligga till grund för den resultatbedömning som presenteras i den kommande uppföljningen av handlingsplanen.

Individuella stödinsatser

Insatser enligt SoL och LSS

LSS skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Målet är att personer med omfattande funktionshinder skall ha möjlighet att leva som andra medborgare i samhället. Stödet skall därför anpassas till varje mottagares individuella behov och den enskilde skall ha inflytande över de insatser som ges. En indikator på att stödinsatser enligt SoL och LSS bidrar till jämlikhet i levnadsvillkor och förbättrad delaktighet i samhällslivet är bl.a. att antalet insatser och antal personer som beviljas insatser ökar. Det tyder på att den behovsbedömning som görs generellt sett inte blivit mer återhållsam. Såvida inte effektiviteten i verksamheter försämrats och administrations- och lokalkostnader står för merparten av kostnadsökningarna så borde dessutom ökade kostnader för vissa insatser indikera att kvaliteten i dessa insatser ökat. Det är dock vanskligt att dra alltför långtgående slutsatser om insatsernas kva-

litet och i vilken omfattning ökningarna i antal och kostnader också leder till bättre förutsättningar för självständighet och självbestämmande. Kommuner kan bedriva verksamhet på olika ambitions-, kvalitets- och effektivitetsnivåer. Skillnader kan finnas när det gäller behovsbedömning, utbud av stöd och hur verksamhet prioriteras i förhållande till annan verksamhet.

Tabell 7.2 Kostnader för kommunala insatser, antal med LSS-insatser och antal kommunala LSS-insatser

År	Kostnad totalt för SoL och LSS i 2003 års priser (mdkr)	varav LSS (mdkr)	Antal personer med insatser enligt LSS	Antal insatser enligt LSS
1999	25,7	20,4	44 000	78 700
2000	27,1	21,8	45 500	80 600
2001	28,2	22,6	47 100	82 400
2002	29,7	23,6	48 600	85 000
2003	30,9	25,1	51 500	90 300
2004	–	–	52 900	93 000

Källa: Kostnaderna kommer från Socialstyrelsens lägesrapport 2004. Antalet med insatser kommer från Socialstyrelsens årliga statistik som mätt förhållandena ett särskilt datum varje år. Statistiken anger enbart beslut som fattats av kommunerna. Därför ingår inte uppgifter om råd och stöd eller uppgifter om assistansersättning.

Kommunernas kostnader för LSS har ökat med cirka 23 procent under åren 1999–2003 vid fastprisberäkning i 2003 års priser. Ökningen är densamma om man ser till kommunernas samtliga kostnader för insatser enligt LSS och SoL. Enligt Socialstyrelsen står insatsen personlig assistans enligt LSS och assistansersättningen enligt LASS för den största kostnadsökningen. Sedan 1999 har kostnaden nästan fördubblats.

Både antalet personer som får insatser och antalet insatser har ökat i stor omfattning de senaste åren. Under åren 1999 till 2004 ökade antalet personer som fick insatser med cirka 8 900 och antalet insatser med cirka 14 300 – eller med cirka 20 respektive 18 procent. Särskilt stor var ökningen av insatser 2003 jämfört med 2002. Under 2004 ökade antalet personer som fick insatser med cirka 1 400 medan antalet insatser ökade med cirka 2 700.

Tabell 7.3 Antal kommunala LSS-insatser fördelade per insats

År	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Daglig verksamhet	19 800	20 500	21 100	21 700	23 200	24 100
Bostad med särskild service, vuxna	16 500	16 900	17 500	18 000	19 000	19 900
Kontaktperson	13 400	13 600	14 000	14 500	15 200	16 100
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	9 400	9 800	9 600	9 900	10 400	10 500
Ledsagarservice	7 400	7 800	8 100	8 500	9 200	9 400
Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	2 800	3 000	3 100	3 400	4 000	4 400
Avlösarservice i hemmet	3 600	3 600	3 600	3 500	3 600	3 700
Särskilt boende för barn	1 200	1 100	1 100	1 200	1 300	1 200
Personlig assistans	4 500	4 200	4 300	4 300	4 600	3 900

Källa: Socialstyrelsens årliga statistik som mätt förhållandena ett särskilt datum varje år. Statistiken anger enbart beslut som fattats av kommunerna. Därför ingår inte uppgifter om råd och stöd eller uppgifter om assistansersättning. Siffrorna har avrundats till närmaste 100-tal.

Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år har ökat procentuellt mest under perioden 1999–2004. Andra insatser som ökat mer än genomsnittet är ledsagarservice, daglig verksamhet, bostad med särskild service för vuxna och kontaktperson. Sett till antal insatser så är det daglig verksamhet och bostad med särskild service för vuxna som ökat mest – med 4 300 respektive 3 400 insatser.

Fler män och pojkar får insatser än kvinnor och flickor, 57 respektive 43 procent. När det gäller insatserna så får männen och pojkarna fler insatser än kvinnor och flickor, 56 procent respektive 44 procent. Variationerna är små mellan åren. I åldern 0–22 år dominerar de unga männen mer markant, 61 procent mot 39 procent. Vanligaste insatserna för barn och unga är korttidsvistelse utanför det egna hemmet och korttidstillsyn (8 900 respektive 4 400 unga).

Runt 29 procent av alla insatser enligt LSS gavs 2004 till barn och ungdomar som var 22 år eller yngre, cirka 65 procent gällde personer som var i åldrarna 23 år t.o.m. 64 år samt cirka 6 procent gavs till personer som var 65 år eller äldre. Jämfört med år 2000 har andelen barn och ungdomar som beviljats stöd ökat sin andel med 2 procentenheter.

Insatser enligt socialtjänstlagen har också ökat sedan 1999 även om ökningen är betydligt mindre än vad som gäller för LSS. Närmare 20 600 personer fick stöd enligt SoL 2003 vilket kan jämföras med 51 500 som fick stöd enligt LSS. Kostnaderna var samtidigt 5,8 miljarder för SoL och 25,1 miljarder för LSS.

I lägesrapporten för 2004 pekar Socialstyrelsen på att antalet insatser, både enligt LSS och SoL, varierar stort mellan kommuner. Myndigheten har funnit att handikappomsorgens organisatoriska tillhörighet är en faktor som kan påverka detta resultat. Kommuner där handikappomsorgen är en egen organisation ger i genomsnitt fler insatser än kommuner där handikappomsorgen är uppdelad mellan äldre- och individ- och familjeomsorg. Anledningen är sannolikt att en egen organisation blir tydligare och ger bättre möjligheter att utveckla en specifik kompetens om funktionshinder.

Precis som när det gäller antal insatser är det stora variationer mellan landets kommuner beträffande kostnader för stöd till personer med funktionshinder. Kostnaden var som mest 16 gånger större i kommuner med högst kostnad jämfört med kommuner med lägst kostnad. Kostnaden per person i ett LSS-boende varierade 2003 från lägst 113 500 kronor till som högst 1 667 500 kronor och kostnaden i daglig verksamhet från lägst 30 300 kronor till som högst 419 900 kronor.

Assistansersättning

Insatsen personlig assistans har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många flickor och pojkar, kvinnor och män med omfattande funktionshinder. Assistansreformen främjar därigenom jämlikhet i levnadsvillkor och delaktighet i samhällslivet. Men det finns också problem. Innehållet och kvaliteten i assistansen kan variera bl.a. beroende på vilken kommun eller annan anordnare som utför assistansen. Därtill är utgifterna väsentligt högre än beräknat och den kraftiga utgiftsökningen väntas fortsätta under de kommande åren.

Antalet personer med assistansersättning har ökat kraftigt sedan reformen infördes. Sedan 1998 har antalet stigit med mellan 7 och 11 procent årligen – en ökning med 60 procent på sex år. Ökningen beror delvis på att personer som är 65 år och äldre från 2001 får behålla den personliga assistans som de beviljats innan de fyllde 65 år. Även det genomsnittliga antalet beviljade timmar har ökat förhållandevis kraftigt. Som en följd av denna utveckling har även kostnaderna för insatsen mer än fördubblats sedan 1998.

Tabell 7.4 Kostnader för assistansersättning, antal beviljade personer och antal timmar per vecka

År	Kostnad totalt (mdkr)	varav stat (mdkr)	varav kommun (mdkr)	Antal personer i genomsnitt per år	Antal timmar/ vecka/ person i genomsnitt
1998	5,2	3,9	1,3	7 600	78
1999	6,0	4,5	1,5	8 100	82
2000	7,0	5,3	1,7	8 700	86
2001	8,2	6,3	1,9	9 700	88
2002	9,8	7,5	2,2	10 700	91
2003	11,2	8,7	2,5	11 500	94
2004	12,8	10,0	2,7	12 300	98

Antalet beviljade timmar per vecka varierar mellan olika åldersgrupper. Flest timmar per vecka beviljas unga vuxna i åldrarna 20–29 år, medan barn och äldre har färre timmar än genomsnittet. Män har ersättning i något högre utsträckning än kvinnor (53 procent jämfört med 47 procent).

Försäkringskassan har under 2003 och 2004 på regeringens uppdrag utvärderat skillnader mellan könen i assistansersättningen. I uppdraget ingick även att analysera tillämpningen vad gäller makars och sambors gemensamma ansvar för hem och hushåll när den ene har rätt till assistansersättning. Analyserna visar inte på stora skillnader mellan kvinnor och män i utfallet av assistansersättning på aggregerad nivå, men de skillnader som finns återkommer systematiskt. De regionala skillnaderna är enligt Försäkringskassan däremot stora. Skillnaderna mellan könen i antalet beviljade assistanstimmar minskar om hänsyn tas till olika faktorer, t.ex. familjesituationen. Utvärderingen visar att ensamstående män beviljas mer assistans än ensamstående kvinnor. Det omvända gäller för sammanboende.

I Försäkringskassans studier av handlagda assistansärenden framkommer att kvinnor och män betonar behoven olika i sina ansökningar. Handläggaren uppfattar även att kvinnor och män delvis lägger fram sina ärenden på olika sätt. Det pekar på att mötet mellan sökanden och handläggaren framstår som väsentligt för utfallet av assistansen. Utvärderingen pekar också på att tydligare riktlinjer och verktyg för handläggningen kan behövas.

Försäkringskassan har under 2003 och 2004 även utvärderat barns rätt till personlig assistans och assistansersättning. Studien innehåller bl.a. en totalundersökning av samtliga nybeviljade ärenden för 9- och 10-åringar under 1999 till 2003. Granskningen visar även här att tillämpningen inte är likformig i fråga om bedömningen av barns behov. Avsaknad av enhetlighet återfinns bl.a. i beräkningen av antalet timmar, hur timmarna skall viktas i förhållande till annat samhällsstöd och vad som skall ingå i föräldraansvaret. Även denna utvärdering pekar på behovet av ytterligare stöd och vägledning för att på ett likformigt sätt bedöma behoven och därmed rätten till assistansersättning.

Särskilt utbildningsstöd

Det särskilda utbildningsstödet främjar studiemöjligheterna för personer med funktionshinder inom folkhögskolor, universitet och högskolor samt inom riksgymnasier som är avsedda för ungdomar med svåra rörelsehinder. Att allt fler får del av stödet leder till att levnadsvillkoren för flickor och pojkar, män och kvinnor med funktionshinder blir mer jämlika.

Tabell 7.5 Kostnader för särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer samt antal personer som deltar inom respektive utbildningsform

År	2001	2002	2003	2004
Kostnad för särskilt utb. stöd/assistans vid folkhögskola (mnkr)	84	88	87	89
Kostnad för särskilt utb.stöd inom univ. och högskola (mnkr)	5,9	4,6	3,2	3,6
Kostnad för särskilt utb.stöd vid riksgymnasium (mnkr)	80	69	70	69
Läsår	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Antal deltagare som berörs av särskilt utb.stöd till folkhögskola	3 400	3 100	4 000	4 200
Antal studenter med särskilt utb.stöd vid univ. och högskola	116	109	143	222
Antal elever som berörs av särskilt utb.stöd till riksgymnasium	174	175	178	167

Jämfört med andra utbildningsformer har folkhögskolan en hög andel studerande med funktionshinder. Kursdeltagare som behöver assistans ökar stadigt år från år, liksom utbildningsvolymen som mäts i deltagarveckor. Antalet deltagarveckor har ökat från cirka 41 700 läsåret 2003/04 till cirka 45 000 läsåret 2004/05. Könsfördelningen varierar mellan åren. Fler män (52 procent) än kvinnor (48 procent) har fått assistans under studietiden vid folkhögskola under läsåret 2004/05. Läsåret innan var förhållandet det motsatta.

Det totala antalet studenter vid universitet och högskola som fått särskilt utbildningsstöd har ökat med 56 procent läsåret 2004/05 jämfört med föregående läsår. Störst är ökningen bland kvinnliga studenter. Av de personer som fått assistans är 61 procent kvinnor och 39 procent män. Antalet studenter med funktionshinder vid landets lärosäten ökade samma läsår med 28 procent jämfört med året innan.

Den stora ökningen av antalet studenter beror främst på den försöksverksamhet med assistans till studenter med psykiska och neuropsykiatriska funktionshinder som pågår. Studenter med rörelsehinder har också ökat markant. Ett par stora universitet, Lund och Uppsala, svarar för drygt hälften av den totala ökningen. I övrigt är ökningen ganska jämnt spridd bland de högskolor som söker särskilt utbildningsstöd till studenter med funktionshinder. Ökad kunskap hos högskolorna om studenter med psykiska och neuropsykiatriska funktionshinder har börjat ge effekt. Lagen om likabehandling inom högskolan kan också ha haft betydelse för utvecklingen.

Kostnaderna för särskilt utbildningsstöd till assistans inom högskolan har ökat med 13 procent 2004 jämfört med året innan. Mot bakgrund av att antalet studenter ökat i stor omfattning bedöms kostnadsökningen som förhållandevis liten. Att kostnaderna inte stigit mer beror troligtvis på att majoriteten av studenterna enbart får anteckningshjälp via Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus). Ersättningen för anteckningshjälpen är lägre än för mer omfattande stöd.

Elevantalet vid riksgymnasierna har planat ut och minskat något det senaste läsåret. Det beror på ändrade regelverk som påverkat nivån på elevantalet. Anledningen till att statsbidraget till riksgymnasieverksamheten minskat sedan 2001 är att ett nytt betalningssystem fått genomslag, där kommuner och landsting bidrar till kostnaderna.

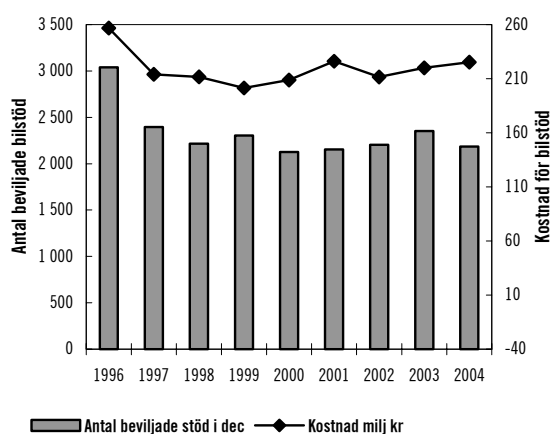
Under 2003 har Sisus inventerat sin verksamhet med utgångspunkt från barnperspektivets tre dimensioner; samhällets syn på barn och barnpolitik, vuxnas syn på barn samt barnens egen syn på tillvaron. För att utveckla ett barn- och ungdomsperspektiv i verksamheten och få ungdomarnas syn på den verksamhet som bedrivs inom habiliteringen och elevhemsboendet har Sisus även tillsammans med företrädare för omvårdnadsverksamheterna vid riksgymna-

sierna och handikapporganisationerna under 2004 genomfört ett par undersökningar. Sisus har också genomfört kompetensutveckling för myndighetens personal i frågor som rör barn och unga med funktionshinder.

Bilstödet

Bilstödet är ett viktigt medel för att uppnå regeringens mål för handikappolitiken. Stödet kan leda till ökad delaktighet och frihet för den som inte kan nyttja allmänna kommunikationer. Familjer med barn som har funktionshinder som innebär väsentliga förflyttningssvårigheter får möjlighet att kunna resa tillsammans. För vuxna kan bilen underlätta möjligheterna till arbete, studier och fritidsaktiviteter.

Diagram 7.1 Utveckling av bilstödet



Under 2004 beviljades cirka 2 200 personer grundbidrag, dvs. stöd för inköp av bil. Den totala kostnaden för bilstöd var cirka 225 miljoner kronor. I och med att nytt stöd för inköp av bil normalt beviljas högst vart sjunde år uppstår en ökad efterfrågan efter sju år. Sådana år var 1996 och 2003. Det kan till viss del förklara nedgången i antalet mottagare av bilstöd under 2004. På grund av att det finns en kö för att komma i åtnjutande av bidrag är dock nedgången inte så stor.

Antalet beviljade grundbidrag har under tiden 1997 till 2004 varierat mellan 2 100 och 2 400 medan kostnaderna varierat mellan 200 och 226 miljoner kronor. Ett problem har dock varit att medlen inte räckt hela året ut. Anslaget har numera tillförts betydande belopp.

Utbetalat stöd påverkas inte enbart av antalet stödberättigade utan även av vad stödet skall ersätta. Stödet till anpassning av fordon har haft

högst andel av kostnaderna sedan 2001. Det motsvarade nästan hälften av bilstödet 2004. Även grundbidraget tar en stor del av kostnaderna för bilstödet (drygt 40 procent 2004) även om andelen minskat.

Tabell 7.6 Antal kvinnor och män med bilstöd samt fördelning av stödet på barnfamiljer, förvärvsarbete och andra vuxna 18-49 år¹

År	Andel kvinnor	Andel män	Föräldrar till barn med funktionshinder, andel av samtliga	Förvärvsarbete och liknande, andel av samtliga	Vuxna 18-49 år som inte arbetat, andel av samtliga
1996	46	54	26	44	21
1998	47	53	26	44	22
2000	48	52	27	40	23
2001	45	55	29	36	26
2002	45	55	30	34	26
2003	44	56	28	37	22
2004	46	54	25	37	22

¹ Det finns även ett par grupper till som utgör resterande andel av dem som får bilstöd – Funktionshindrade under 65 år som fått bilstöd men sedan fått sjukersättning/aktivitetsersättning samt funktionshindrade föräldrar med barn under 18 år

Andelen män som får del av stödet är högre än andelen kvinnor. Ingen tydlig trend kan ses i utvecklingen över tid. Försäkringskassan konstaterar dock att beviljandegraden, dvs. andelen personer som beviljas bilstöd i förhållande till antalet beslut, är högre för män än för kvinnor och skillnaden har ökat och var 2004 fyra procentenheter. Det är oklart vad denna utveckling beror på.

Föräldrar till barn med funktionshinder har, efter en årlig ökning t.o.m. 2002, minskat sin andel av stödet. Jämfört med 2000 har funktionshindrade som behöver bil för att kunna försörja sig, genomgå arbetslivsinriktad utbildning eller rehabilitering minskat sin andel av stödet.

Personliga ombud

Personliga ombud har visat sig vara en kompetent och värdefull resurs för personer med psykiska funktionshinder. Genom sin kompetens medverkar ombuden till att kvinnor och män med omfattande och sammansatta behov ges förutsättningar att få ett individuellt anpassat stöd ute i samhället. Det bidrar till att skapa både jämlikhet i levnadsvillkor och en samhällsgemenskap med mångfald.

Verksamheten har också resulterat i att det utvecklats en bättre samverkan mellan kommu-

ner och landsting. Ett problem är dock att ordna fungerande ledningsgrupper, som kan underlätta arbetet för ombuden.

Tabell 7.7 Antal verksamheter och kommuner med personligt ombud, antal personliga ombud och personer som har eller har haft ombud samt kostnader för personliga ombud

År	Antal verksamheter med PO	Verksamheter i kommunal regi, %	Antal kommuner med PO	Antal PO	Antal aktuella personer med PO	Antal personer som har eller har haft PO	Ut-betalt till PO under hela året, milj kr
Aug 2002	80	90	213	203	1 200	1 200	59,6
Sep 2003	98	90	235	272	2 600	4 000	81,3
Dec 2004	101	85	231	286	3 200	7 000	85,2

Antalet personliga ombud och antalet personer som har eller har haft ett personligt ombud har successivt ökat under uppbyggnadsfasen som nu är slutförd. Vanligaste insatsområden har varit stöd i kontakt med myndigheter (76 procent av cirka 2 200 personer), ekonomi (28 procent), bostad (25 procent) och sysselsättning (22 procent). Det är ungefär lika många kvinnor som män som fått del av verksamheten.

Socialstyrelsen har följt upp och utvärderat verksamheten med personliga ombud. Några slutsatser som dras i rapporten Personligt ombud 2000–2004 är att ombuden fyller ett vakuum i det samhälleliga stödsystemet, en ”fristående” instans till vilken personer som har psykiska funktionshinder och stora behov av stödinsatser kan vända sig. Ombudens stöd i personernas kontakter med bl.a. myndigheter och organisationer har utgjort ett särskilt betydelsefullt inslag.

Socialstyrelsen anser vidare att modellen för att implementera verksamheten har varit framgångsrik. Verksamheterna har blivit ett tillgängligt och välkänt komplement till övrig social verksamhet i kommunerna. Personernas psykosociala situation har förbättrats och deras ställning har stärkts. Reformen har dessutom positiva samhällsekonomiska effekter genom ekonomiska besparingar hos framför allt landstingen.

En uppföljning av de tio ursprungliga försöksverksamheterna har också genomförts av Socialstyrelsen under 2004. Den visar en rad positiva förändringar för enskilda personer. En relativt

stor andel hade stöd i form av daglig sysselsättning och boende enligt LSS. En minskning av psykiatrisk slutenvård kunde konstateras. Personerna hade också mindre uttalade psykiatriska symtom, bättre livskvalitet och var mer tillfredställda med sitt sociala nätverk.

Anpassade insatser efter behov

I lägesrapporten för 2004 konstaterar Socialstyrelsen att utvecklingen går i positiv riktning. Det finns dock fortfarande vissa brister i samhällets förmåga att tillgodose behoven av stöd till personer med funktionshinder. Det brister t.ex. i tillämpning av lagstiftning. Andra orsaker är brist på resurser, bristande planering, frånvaro av helhetsperspektiv och samarbets svårigheter mellan huvudmän.

Styrande åtgärder – tillsyn, sanktionsinstrument m.m.
Socialstyrelsen påpekar i lägesrapporten att den sociala tillsynen visar på vissa brister inom handikappomsorgen när det gäller till exempel planering, inventering av behov och samarbete om enskilda individer. Socialstyrelsen anser att biståndshandläggarnas ansvar för samordning, information och uppsökande verksamhet behöver tydliggöras.

För funktionshindrade med annan etnisk bakgrund än svensk försöker kommuner på olika sätt möta informationsproblem som kan uppstå. De tar fram information på flera språk, använder tolkar och försöker vid behov ordna utrymme för längre handläggningstider för att hinna med att förklara vad olika insatser innebär.

I rapporten Social tillsyn 2004 – Resultat av länsstyrelsernas tillsyn bedömer länsstyrelserna att kommunernas resurser ibland styr handläggarna mer än individuella behov. Det varierar dock mellan kommuner. Länsstyrelser har bl.a. rapporterat om schablonmässiga begränsningar i antalet timmar, att personaltätheten i särskilda boendeformer och dagliga verksamheter minskar och att kommuner för över pågående insatser från SoL till LSS för att öka underlaget för statliga bidrag. Länsstyrelser pekar även på att kommuner har svårt att se till barnets perspektiv i handläggningen av ärenden som rör barn med funktionshinder. Handläggaren tenderar att enbart se funktionshindret och inte att det är ett barn som har behoven.

När det gäller dagliga verksamheter för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig ger flera länsstyrelser en ganska ljus bild. Detta handlar om verksamheter för olika typer av funktionshinder, bl.a. psykiska funktionshinder. Det som beskrivs är att de har ett varierat utbud och att det råder stor valfrihet för den enskilde. Verksamheterna ser olika ut, alltifrån att kommunen erbjuder personer med funktionshinder plats på ”vanliga” arbetsplatser med individuell handledning till öppna verksamheter, som t.ex. Aktivitetshuset som är öppet för alla. Där har brukare och deras organisationer stort inflytande över verksamheten.

En generell bild av länsstyrelsernas årliga uppföljningar av ej verkställda beslut och domar är att antalet domar som inte verkställs har minskat. Förekomsten av ett sanktionsförfarande anses ha lett till att kommuner blivit bättre på att verkställa domar. Även ej verkställda beslut har minskat något. Det förekommer dock att kommuner ger avslag på biståndsansökan trots att man bedömer att det finns ett behov av insatser. Kommunens motiv för detta är att den enskilde skall få en mer rättssäker situation. Ett avslagsbeslut kan överklagas och kommunen kan dömas till en sanktionsavgift om domen inte verkställs. Dessa avslagsbeslut trots bedömt behov har ökat. Orsaker till att kommuner inte verkställer beslut och beviljar insatser beror delvis på bristande planering, metodproblem i rekrytering av kontaktpersoner och ledsagare samt snäva ekonomiska ramar.

Kvinnor med psykiska funktionshinder som utsätts för övergrepp får inte önskat stöd. Socialstyrelsen har samlat kunskapen om dessa kvinnors situation i rapporten Våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder – Förekomst, bemötande och tillgång till stöd. Det konstateras att kvinnorna som har psykiska funktionshinder är en socialt utsatt grupp som löper stor risk att utsättas för våld. Kvinnornas tillgång till akuta och tillfälliga boenden är mycket begränsade liksom även övrigt stöd. Exempel på önskade insatser är samtal med expertis, självhjälp-grupper och olika former av professionella stödinsatser.

Samverkan och samordnade insatser

Socialstyrelsen och Specialpedagogiska institutet har i samverkan med Statens Skolverk och Specialskolmyndigheten redovisat uppdraget med att intensifiera arbetet med att bl.a. effektivisera samverkan mellan olika huvudmän, Ansvar för samverkan – helhetsperspektiv på samhällets stöd till barn och unga med funktionshinder. Myndigheterna har gjort en problemanalys, lyft fram goda exempel och lämnat ett antal förslag. Individuell planering är exempel på ett framgångsrikt arbetssätt för att förtydliga ansvar och förbättra samverkan när det gäller barn och unga.

Mot bakgrund av att barn och unga med funktionshinder behöver stöd från olika huvudmän och behovet av samplanering och kännedom om varandras ansvar och resurser har Socialstyrelsen även genomfört en nationell kartläggning av hur vanligt det är med samverkansavtal. Det har visat sig att flertalet kommuner saknar avtal. Endast cirka 40 kommuner uppger att sådana finns. Dessa kommuner återfinns framför allt i Stockholms län. Det finns dock ett relativt stort intresse för sådana avtal.

I stort sett alla länsstyrelser har genomfört särskilda insatser för att öka antalet individuella planer. Det kan t.ex. avse att tillsammans med kommuner hitta lämpliga former för att driva arbetet framåt. Positiva inslag är de insatser som görs i samverkan med landsting och kommuner eller i samverkan med brukare. Flera länsstyrelser redovisar också att allt fler personer har en individuell plan eller att det pågår ett arbete i kommunerna för att utveckla rutinerna för att de enskilda skall få en individuell plan. Fortfarande är det dock en mindre andel av målgruppen som har en individuell plan enligt LSS.

Socialstyrelsen har redovisat hur läget ser ut när det gäller riktlinjer, arbetsformer och utbetalning av medlen för satsningar inom psykiatriområdet. Intresset för den särskilda satsningen liksom intresset för samverkan mellan landsting och kommuner har varit stort. Alla landets kommuner, med få undantag är medsökande. Ett antal nationella utvecklingsprojekt genomförs eller är tänkta att genomföras av Socialstyrelsen i samverkan med Nationell psykiatrisamordning. Se även anslag 13:9 *Bidrag till psykiatri och social psykiatri*.

7.5.3 Analys och slutsatser

Socialstyrelsen konstaterar i sin lägesrapport för 2004 att handikappomsorgen i Sverige till stora delar fungerar väl. Det är viktigt att komma ihåg samtidigt som det kan konstateras att det återstår mycket att göra innan de handikappolitiska målen uppnåtts.

För att förverkliga de handikappolitiska målen anser regeringen att de handikappolitiska satsningarna till stora delar måste koncentreras på att undanröja hinder, bekämpa diskriminering och öka möjligheterna för självbestämmande. Arbetet måste ske metodiskt och kommer därför att ta lång tid att genomföra. Ett viktigt fortsatt arbete är att få merparten av alla samhällsområden att se handikappolitiken som en naturlig del i sin verksamhet. Inom många samhällsområden pågår också idag ett stort arbete i syfte att förverkliga handikappolitikens intentioner. Det behöver dock göras mer. Fortfarande har kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionsnedsättningar inte samma möjligheter till delaktighet som andra grupper i samhället. Det handlar bl.a. om möjligheten till arbete, utbildning och politiskt deltagande.

De olika statliga, landstingsstyrda och kommunala stöden har stor betydelse för att flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättningar skall uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Bilstödet, assistansersättningen och insatsen personlig assistans liksom övriga stöd behöver kontinuerligt ses över och anpassas till utvecklingen i samhället. Det är t.ex. viktigt att ta till vara de tekniska vinningarna som IT-utvecklingen och andra innovationer ger för att åstadkomma ett ökat självbestämmande.

7.6 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen, som granskat årsredovisningarna för Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) och Handikappombudsmannen (HO), har inte haft några invändningar i respektive myndighets revisionsberättelse för 2004.

Riksrevisionen effektivitetsgranskade den statliga assistansersättningen till funktionshindrade 2004 (RiR 2004:7). I slutrapporten rekommenderar Riksrevisionen att det bl.a. görs något åt administrationen, den ekonomiska

kontrollen och kontrollen av privata assistansanordnare. Regeringens åtgärder redovisades i budgetpropositionen för 2005.

7.7 Politikens inriktning

För att de handikappolitiska målen skall uppfyllas måste politiken bedrivas ur ett medborgarperspektiv. Personer med funktionshinder skall ha samma rättigheter och skyldigheter som andra medborgare. För att detta skall ske måste det handikappolitiska arbetet inriktas på att ta bort de hinder som finns för människor med funktionshindres fulla delaktighet i samhället.

Handikappolitik är ett sektorsövergripande politikområde, vilket innebär att de handikappolitiska målen skall vara integrerade mål inom andra politikområden. Därför är det en central del i politikområdet att driva på att handikappolitikens mål och perspektiv skall genomsyra andra politikområdens verksamheter. Regeringen avser att effektivisera den handikappolitiska samordningen.

Män och kvinnor med funktionshinder har i dag inte lika möjligheter till samhällets stödinsatser. Det finns exempel på att könsmaktordningen slår igenom även inom handikappområdet på så sätt att män och kvinnor bedöms olika trots samma behov. Att jämställdhetsperspektivet inte har uppmärksammats tillräckligt inom det handikappolitiska området kan bero på att den diskriminering som sker på grund av funktionshinder har varit så påfallande tydlig att den diskriminering som sker på grund av kön har försummats.

Skillnader mellan kvinnors och mäns tillgång till insatser samt skillnader i kvinnors och mäns behov av stöd och service måste därför uppmärksammas bättre. Det finns fortfarande för lite kunskap om jämställdhetsperspektivet inom handikappolitiken. Detta gäller även kunskap om personer med annan etnisk bakgrund.

Sverige har åtagit sig att följa FN:s konvention om barnets rättigheter. Barnkonventionen sätter barnets mänskliga rättigheter, intressen och behov i centrum. Staterna som åtagit sig att följa barnkonventionen har en skyldighet att se till att även barn med funktionshinder kommer i åtnjutande av de rättigheter som omfattas av konventionen.

Barnperspektivet skall finnas med inom alla prioriterade arbetsområden i handlingsplanen.

Det fortsatta arbetet handlar till stor del om att få alla aktörer i samhället att ta sitt ansvar. Den nybildade myndigheten för politisk samordning kommer att spela en central roll för att påskynda utvecklingen.

Regeringen avser att spela en aktiv roll i det internationella arbete som nu pågår för att ge handikappfrågorna ökad uppmärksamhet. FN:s generalförsamling beslutade i december 2003 att inleda förhandlingar om en konvention till stöd för funktionshindrades fulla åtnjutande av de mänskliga rättigheterna. Det pågår också ett arbete med att göra ett tillägg i FN:s standardregler om att tillförsäkra människor med funktionsnedsättningar delaktighet och jämlikhet.

Identifiera och undanröja hinder

En förutsättning för att arbetet med att identifiera och undanröja hinder skall fungera är att handikapperspektivet är en integrerad del i beslutsprocesser och utformning av verksamheter inom alla samhällssektorer. Att tänka utifrån ett handikapperspektiv är att utgå från att människor har olika förutsättningar och att planera och arbeta efter detta faktum. Funktionsnedsättning är en av flera naturliga variationer hos en befolkning.

Arbetet skall genomföras stegvis i en kontinuerlig process. Staten skall vara ett föredöme. Syftet är att uppnå varaktiga resultat och en hållbar utveckling. De av regeringen utsedda sektorsmyndigheterna har en central roll i genomförandet av planen. Ett ledord i arbetet är Design för alla.

Den nybildade myndigheten för handikappolitisk samordning skall verka för en effektiv styrning av det handikappolitiska arbetet och vara ett stöd för myndigheter och andra aktörer. Myndigheten skall också uppmärksamma områden där det behövs nya eller förstärkta insatser.

Bristande tillgänglighet i samhället leder till att människor med funktionshinder inte har samma möjligheter som andra att göra sina egna val. Därför är det en central del i det handikappolitiska arbetet att tillgängligheten i samhället skall förbättras.

Förebygga och bekämpa diskriminering

Människor med funktionshinder möter diskriminering i samhället. Det innebär att man inte har samma möjligheter som andra. Därför är

även en central del i det handikappolitiska arbetet att förebygga och bekämpa diskriminering liksom att göra diskriminerande strukturer synliga.

Regeringen anser därför att det arbete som gjorts och görs för att se över och vid behov skärpa diskrimineringslagstiftningen är angeläget. Diskrimineringskommittén (dir. 2002:11, 2003:69 och 2005:8) arbetar med uppdraget att bl.a. överväga en gemensam lagstiftning mot diskriminering som omfattar alla eller flertalet diskrimineringsgrunder och samhällsområden. Kommittén skall även överväga om skydd mot diskriminering av personer med funktionshinder på grund av bristande tillgänglighet bör införas på andra samhällsområden än i arbetslivet och högskolan. Det pågår också ett arbete i Regeringskansliet med att se över hur arbetsgivares skyldigheter i fråga om skäliga stöd- och anpassningsåtgärder för arbetstagare med funktionshinder under pågående anställning skall regleras.

Funktionshindrades rättigheter och skyddet mot diskriminering behandlas även i den nationella handlingsplan för de mänskliga rättigheterna som regeringen avser att lägga fram för riksdagen under våren 2006.

Ökat självbestämmande

Att öka självständigheten och självbestämmandet skall vara centrala mål för samhällets stödinsatser för människor med funktionshinder. Alla skall ha lika rätt och lika möjligheter att bestämma över sina liv och få sina önskemål respekterade.

Regeringen kommer successivt att se över, analysera och göra individuella stöd flexibla och tillgängliga för alla flickor och pojkar, män och kvinnor som behöver dessa för att kunna ta makten över sina liv. Stöd måste anpassas efter den tekniska utvecklingen och samordnas för att bli mer effektiva. Olika myndigheter måste bli bättre på att planera, samarbeta och ta till vara de samarbetsmöjligheter som de senaste årens reformer på området erbjuder. Stöd och insatser måste finnas tillgängliga samt utformas och samordnas så att barn och unga får det stöd de behöver och vill ha samtidigt som föräldrar och syskon avlastas. Förmågan att lyssna till och beakta barns egna synpunkter måste utvecklas.

Under de senaste åren har det blivit allt mer tydligt att samhällets satsningar och resurser särskilt för personer med psykiska funktions-

nedsättningar och psykiska sjukdomar är otillräckliga. En prioriterad uppgift för regeringen är därför att förbättra livsvillkoren för dessa flickor och pojkar, män och kvinnor. För att nå resultat krävs att aktörerna arbetar utifrån en helhetssyn och ett brukarperspektiv. Det fodrar en strategisk plan för samordning av vård, social omsorg och rehabilitering. Regeringen har tillkallat en Psykiatrisamordnare för att kraftsamla kring dessa frågor (dir. 2003:133). För den sociala psykiatrin har regeringen – utöver samverkan och samordning – särskilt lyft fram behovet av insatser för sysselsättning och anpassat boende. Regeringen föreslår även en fortsatt satsning på vård, sysselsättning och boende samt angelägna utvecklingsområden med cirka 200 miljoner kronor 2006.

En viktig åtgärd är att komma tillrätta med de resurs- och kvalitetsbrister som medför att människor inte får tillgång till de insatser som de behöver och har rätt till. Bl.a. behöver statens styrinstrument inom området ses över och vid behov skärpas.

Problemet med att kommuner inte inom rimliga tidsperioder verkställer gynnande beslut enligt socialtjänstlagen och LSS är fortfarande stort. På samma sätt som när det gäller domstolstrots är det oacceptabelt att kommunala beslut inte verkställs. För att komma åt problemet tillsatte regeringen en utredning med uppgift att lämna förslag till hur rättssäkerheten kan förbättras för enskilda. Utredningen har lämnat förslag och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Som ett led i översynen av stödinsatser har regeringen tillsatt en parlamentarisk utredning som skall se över insatsen personlig assistans enligt LSS och den statliga assistanssättningen (dir. 2004:107, 2004:179 och 2005:66) samt en utredare som skall se över teckenspråkets ställning (dir. 2003:169 och 2005:40). För bl.a. döva, dövblinda och vuxendöva är möjligheten att göra sig förstådda på teckenspråk en grundläggande förutsättning för delaktighet. En utredare har även haft regeringens uppdrag att se över bilstödet. Utredningens förslag Mobil med bil (SOU 2005:26) bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

7.8 Budgetförslag

7.8.1 16:1 Personligt ombud

Tabell 7.8 Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud

Tusental kronor

2004	Utfall	37 489	Anslags- sparande	53 504
2005	Anslag	90 000 ¹	Utgifts- prognos	88 791
2006	Förslag	89 460		
2007	Beräknat	89 460		
2008	Beräknat	89 460		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Statsbidraget, som finns sedan 2000, används till att finansiera en rikstäckande permanent verksamhet med personligt ombud för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Verksamheten grundas på ett kommunalt ansvar och huvudmannaskap även om formerna för verksamheten varierar. Kommuner kan t.ex. sluta avtal med någon annan om att utföra verksamheten. Förutom statsbidrag till kommunala funktioner med personligt ombud, har en viss del av bidraget (i genomsnitt cirka 10 procent) fått täcka kostnader för bl.a. administration, utbildning och uppföljning. Statsbidraget fördelas av Socialstyrelsen i samverkan med länsstyrelserna till kommuner som har verksamhet med personligt ombud. Myndigheterna stimulerar dessutom en vidareutveckling av verksamheten.

Det personliga ombudet skall bl.a. företräda den enskilde i kontakterna med olika myndigheter, se till att den enskilde får vård, stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter och ordna så att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs. Målgruppen skall ha omfattande funktionshinder och sammansatta behov av vård, stöd och service från flera myndigheter.

Socialstyrelsen tog i samförstånd med länsstyrelserna under 2004 fram en ny fördelningsnyckel för bidraget. Det medför att anslaget nu oavkortat kan gå till verksamhet med personliga ombud.

Regeringens överväganden

Socialstyrelsen, som fortlöpande följt uppbyggnaden av personliga ombud och rapporterat utvecklingen till regeringen, har haft regeringens uppdrag att utvärdera verksamhet med personligt ombud. I slutet av maj redovisades uppdraget i rapporten Personligt ombud 2000–2004. Enligt Socialstyrelsens utvärdering fyller ombuden ett vakuum i samhällets stödsystem, en ”fristående instans” till vilka personer som tillhör målgruppen kan vända sig. Ombuden spelar dessutom en betydelsefull roll för dem som de är ombud åt – dels genom relationen i sig, dels genom den hjälp och det stöd som de kan bistå med. Genom ombuden har personer som har psykiska funktionshinder fått en bättre situation och deras ställning har stärkts.

Verksamhet med personliga ombud har nu implementerats och fått bra genomslag i landets kommuner. Det innebär att hela anslaget kan gå till ombudsverksamhet i de kommuner som valt att etablera verksamhet med personliga ombud. Statsbidraget beräknas täcka 295 ombud. Sammanlagt 286 ombud var verksamma vid årsskiftet 2004/05. Under 2005 har ytterligare 3 kommuner fått var sitt ombud medan befintliga verksamheter stärks med ytterligare 6 ombud.

Anslaget minskas med 540 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 7.9 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:1 Personligt ombud

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	90 000	90 000	90 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-540	-540	-540
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	89 460	89 460	89 460

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 89 460 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:1 *Personligt ombud* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till vardera 89 460 000 kronor.

7.8.2 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tabell 7.10 Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

År	Utfall	275 000	Anslags-sparande	1 319
2004	Utfall	275 000		
2005	Anslag	275 000 ¹	Utgifts-prognos	271 305
2006	Förslag	273 350		
2007	Beräknat	273 350		
2008	Beräknat	273 350		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Från anslaget lämnas statsbidrag till landsting för insatser inom handikappområdet som avser

- rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) – 199 miljoner kronor
- tolktjänst – 74,35 miljoner kronor

Statsbidrag till rådgivning och annat personligt stöd samt till tolktjänst utgår enligt finansieringsprincipen, dels för den utökade målgrupp som landstingen fick ansvar för när LSS trädde i kraft, dels för det utökade ansvar som landstingen samtidigt fick för tolktjänsten. Socialstyrelsen fördelar statsbidraget till landstingen. Fördelningsmodellen för statsbidraget till rådgivning och annat personligt stöd bygger på antal innehavare i respektive landstingsområde. Detsamma gäller statsbidraget till tolktjänst, med undantag för Örebro läns landsting som på grund av stor koncentration av döva har en högre andel.

Syftet med insatsen rådgivning och annat personligt stöd är att tillförsäkra personer med omfattande funktionshinder kvalificerade insatser från flera kompetensområden för att underlätta det dagliga livet. Utökningen i samband med LSS medförde att även personer med fysiska och psykiska funktionshinder fick tillgång till insatsen. Utökningen av tolktjänsten innebar en skyldighet för landstingen att organisera, finansiera och tillhandahålla tolktjänst för vardagstolkning till döva, dövblinda m.fl. Det innebar även en utvidgning av begreppet vardagstolkning.

Regeringens överväganden

Socialstyrelsens uppföljningar visar att det är tveksamt om statsbidraget går till avsett ändamål. LSS- och hjälpmedelsutredningens betänkande LSS – Särskilt personligt stöd (SOU 2004:103), som lämnat förslag vad avser insatsen rådgivning och annat personligt stöd, bereds för närvarande i Regeringskansliet. Regeringen anser att det finns skäl att avvakta eventuella förändringar av bidraget tills LSS- och hjälpmedelsutredningens förslag beretts klart.

En särskild utredare har regeringens uppdrag att göra en översyn av rätten och möjligheterna att använda teckenspråket. Utredaren skall dessutom pröva frågan om en ny fördelningsmodell för statsbidraget till tolktjänst för döva, dövblinda m.fl. Föreslår utredaren ett fortsatt riktat statsbidrag skall syftet med bidraget klargöras. Uppdraget skall redovisas senast i april 2006.

Anslaget minskas med 1 650 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 7.11 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	275 000	275 000	275 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-1 650	-1 650	-1 650
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	273 350	273 350	273 350

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 273 350 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till vardera 273 350 000 kronor.

7.8.3 16:3 Statsbidraget till särskilt utbildningsstöd

Tabell 7.12 Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

2004	Utfall	167 832	Anslags-sparande	
2005	Anslag	171 794 ¹	Utgifts-prognos	169 486
2006	Förslag	175 625		
2007	Beräknat	180 605 ²		
2008	Beräknat	186 220 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 175 625 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 175 625 tkr i 2006 års prisnivå.

Statsbidraget skall bl.a. ge studerande med funktionshinder sådant stöd att de kan vistas på studieorten och genomföra studier vid folkhögskola. Motsvarande gäller för studerande med rörelsehinder vid studier på universitet och högskolor. Bidraget gör det också möjligt för ungdomar, som antagits till riksgymnasium för svårt rörelsehindrade ungdomar (rh-anpassad gymnasieutbildning), att genomföra studierna. Ett särskilt beslutsorgan inom Socialstyrelsen administrerar anslaget.

Bidraget till folkhögskolor rymmer såväl praktisk hjälp som socialt stöd. Vid riksgymnasieverksamheterna finansierar bidraget boende vid elevhem och habilitering. Antalet elever som har rätt till bidraget och elevernas individuella behov av stödinsatser i anslutning till utbildningen är de avgörande faktorer som styr utgifterna. Kostnadsansvaret för verksamheten vid riksgymnasierna delas mellan stat, hemkommun och hemlandsting från juli 2001.

Ett nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor bildades 2003. Staten har tecknat ett avtal med Resurscenter Mo Gård AB om att driva verksamheten, som organiserats i ett dotterbolag. Centret skall bl.a. utveckla och sprida kunskap samt metoder om funktionshindret dövblindhet framför allt till landstingen men i viss utsträckning också till kommuner och andra aktörer. För fortsatt stöd till uppbyggnad av kunskapscentret omfördelades 6 miljoner kronor inom utgiftsområdet till anslaget 2004. Medlen disponeras av ett särskilt beslutsorgan inom Socialstyrelsen.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Ett särskilt beslutsorgan inom Socialstyrelsen beslutar fr.o.m. 2006 om det särskilda utbildningsstödet till folkhögskolor. Bidraget beviljas per läsår. Regeringen föreslår att det särskilda beslutsorganet inom Socialstyrelsen under 2006 skall ha möjlighet att göra ekonomiska åtaganden som innebär utgifter om högst 82 miljoner kronor efter 2006.

Tabell 7.13 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2004	Prognos 2005	Förslag 2006	Beräknat 2007	Beräknat 2008–
Utestående åtaganden vid årets början	78 274	78 586	82 000	82 000	
Nya åtaganden	78 586	82 000	82 000		
Infriade åtaganden	-78 274	-78 586	-82 000	-82 000	
Utestående åtaganden vid årets slut	78 586	82 000	82 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	81 000	82 000	82 000		

Regeringens överväganden

Det särskilda utbildningsstödet har stor betydelse för att personer med funktionshinder skall kunna studera vidare inom folkhögskola, riksgymnasium och/eller universitet och högskola. Antalet deltagare inom folkhögskolor som får särskilt utbildningsstöd ökar. Detsamma gäller antalet studenter vid universitet och högskolor – från 143 studenter läsåret 2003/04 till 222 studenter läsåret 2004/05.

För att personer som har en funktionsnedsättning i form av dövblindhet skall få adekvat stöd behöver det finnas en samlad kvalificerad kompetens inom området. Det nationella kunskapscentret fyller denna funktion.

Anslaget minskas med 1 031 000 kronor 2006, 1 060 000 kronor 2007 och 1 093 000 kronor 2008 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 7.14 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	171 794	171 794	171 794
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	4 862	9 871	15 519
Beslut	-1 031	-1 060	-1 093
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	175 625	180 605	186 220

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 175 625 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 180 605 000 kronor respektive 186 220 000 kronor.

7.8.4 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tabell 7.15 Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tusental kronor

2004	Utfall	78 394	Anslags-sparande	
2005	Anslag	85 894 ¹	Utgifts-prognos	84 761
2006	Förslag	77 900		
2007	Beräknat	77 900		
2008	Beräknat	77 900		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Statsbidraget skall gå till verksamheter av betydelse för personer med funktionshinder. Organisationer och verksamheter som under 2005 fått del av bidraget är följande:

- Synskadades Riksförbund (SRF) Hantverk AB för sysselsättningsfrämjande verksamhet för synskadade hantverkare.
- SRF för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade m.m.
- SRF för bl.a. arbetsmarknadsstöd för synskadade, verksamhet för synskadade med ytterligare funktionshinder, utgivning av tidningar på tal och i punktskrift, lästjänst via fax samt produktion av material i punktskrift.
- Föreningen Sveriges Dövblinda (FSDB) för produktion av informationskällor för dövblinda personer, elektronisk nyhetsservice och utveckling av databaser.
- Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) för verksamhet för att stärka teckenspråkets ställning.
- Stiftelsen Rikstolkjänst för att tillhandahålla tolkservice till förtroendevalda i vissa organisationer.
- Naturhistoriska riksmuseet/Palynologiska laboratoriet för prognostisering och rapportering av pollenhalter m.m.

- Föreningen Rekryteringsgruppen Aktiv Rehabilitering för lägerverksamhet och uppsökande verksamhet främst för personer med ryggmärgsskada.
- Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR) för hjälpmedelsutställning.
- Riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper vid Ågrenska.
- Stöd till handikapporganisationer för att driva riksomfattande rekreationsanläggningar för personer med funktionshinder.
- Föreningen Nationella hjälplinjen för stödsamtal och rådgivning till människor i akut psykisk kris och deras närstående.

Regeringen fastställer fördelningen av statsbidraget medan Socialstyrelsen ansvarar för administration och uppföljning. Om redovisningen av bidraget visar att det inte förbrukats under budgetåret regleras överskottet vid följande års utbetalning. Organisationerna är skyldiga att på begäran lämna underlag för granskning till Socialstyrelsen.

Föreningen Nationella hjälplinjen, vars medlemmar kommer från sju handikapporganisationer, fick under 2005 ett tillfälligt stöd via anslaget för verksamheten med en jourtelefon för stödsamtal och rådgivning till människor i akut psykisk kris och deras närstående. Stödet gavs för att hjälplinjen skulle finna former för att fortsätta sin verksamhet. Anslaget tillfördes ett engångsbelopp på fyra miljoner kronor för detta ändamål. Stödet finansierades genom en omfördelning av medel inom utgiftsområdet.

Regeringens överväganden

Organisationerna svarar genom sina skilda verksamheter för insatser som har betydelse för personer med funktionsnedsättningar. Regeringen anser att det är angeläget att i viss utsträckning även fortsättningsvis stödja sådan verksamhet.

SRF tilldelas medel för att bl.a. inhandla och placera ledarhundar. Möjligheten att ha en ledarhund ökar den synskadades oberoende och minskar behovet av stöd och hjälp i andra former. På grund av att det råder brist på ledarhundar och av rättssäkerhetsskäl har verksamheten utretts. Efter förslag från regeringen har riksdagen under 2005 beslutat att reglera verksamheten och öka utbudet av ledarhundar.

De nya reglerna skall träda i kraft den 1 januari 2006. I samband med beslutet tillkännagav riksdagen att regeringen noga bör följa verksamheten och utvärdera den efter två år samt återkomma till riksdagen med en redovisning.

Anslaget minskas med 4 494 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 7.16 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	82 394	82 394	82 394
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-4 494	-4 494	-4 494
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	77 900	77 900	77 900

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 77 900 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:4 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder* 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till vardera 77 900 000 kronor.

7.8.5 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tabell 7.17 Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

		Tusental kronor	
2004	Utfall	161 748	Anslags-sparande
2005	Anslag	164 648 ¹	Utgifts-prognos
2006	Förslag	163 660	163 660
2007	Beräknat	163 660	
2008	Beräknat	163 660	

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Statsbidraget skall stödja handikapporganisationerna i deras arbete för full delaktighet och jämlikhet i samhället för personer med funktionshinder. Ett nytt regelsystem för fördelning av bidraget trädde i kraft den 1 juli 2000. Social-

styrelsen ansvarar för administration och fördelning av bidraget.

Med anledning av riksdagens tillkännagivande avseende medelsanvisningen till anslaget för bidragsåret 2005 (2004/05:SoU1), beslutade regeringen den 16 december 2004 om en ändring av förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer. Ändringen innebar att merkostnadsbidraget för bidragsåret 2005 fördelas på samma sätt som för bidragsåret 2004.

Regeringens överväganden

Handikapporganisationerna fyller en central funktion bland folkrörelserna i Sverige genom att följa och rapportera om livsvillkoren för personer med funktionsnedsättningar. Organisationerna bidrar också genom sitt arbete med att förverkliga de politiska målen för handikappolitiken. Stödet till organisationerna stärktes därför under 2000 och 2001 med sammanlagt 28 miljoner kronor.

Ett nytt statsbidragssystem har införts gradvis fram till 2005. För att begränsa negativa effekter för vissa organisationer under omställningen till det nya systemet tillfördes anslaget 1,5 miljoner i tilläggsbudget i samband med 2003 års ekonomiska vårproposition. Mot bakgrund av de effekter som beräknades för 2004 och 2005 ökade anslaget med ytterligare 3 miljoner kronor fr.o.m. 2004 och med 2,9 miljoner kronor fr.o.m. 2005.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att kartlägga och redovisa effekterna av det nya systemet. I Rapport till regeringen om statsbidrag till handikapporganisationer, som överlämnades i februari 2005, redovisar Socialstyrelsen handikapporganisationernas syn på det nya systemet. De flesta organisationerna uppfattar det nya systemet som mer rättvist, enklare och tydligare än det gamla. Många organisationer anser däremot att statsbidragssystemet är oförutsägbart på grund av återkommande förändringar. Socialstyrelsen föreslår att regeringen överväger att tillsätta en utredning om statsbidraget till handikapporganisationer för att bl.a. se över frågor av mer principiell karaktär.

Regeringen kommer att under hösten 2005 att tillsätta en särskild utredare för att göra en översyn av den samlade folkrörelsepolitiken. Utredningen kommer att göra en övergripande översyn av den statliga bidragsgivningen till den

ideella sektorn och bl.a. överväga generella principer för bidragsgivningen.

Anslaget minskas med 988 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 7.18 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor			
	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	164 648	164 648	164 648
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-988	-988	-988
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	163 660	163 660	163 660

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 163 660 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:5 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till vardera 163 660 000 kronor.

7.8.6 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tabell 7.19 Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor				
2004	Utfall	16 203	Anslags-sparande	6 591
2005	Anslag	17 113 ¹	Utgifts-prognos	13 400
2006	Förslag	23 078		
2007	Beräknat	23 932 ²		
2008	Beräknat	24 841 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 23 078 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 23 078 tkr i 2006 års prisnivå.

Statsbidraget till utrustning av elektronisk kommunikation skall ge personer som är döva, gravt hörselskadade, talskadade eller språkstörda möjlighet att kommunicera via ett kommunikationsnät. Bidraget går till landstingen för inköp både av den kommunikationsutrustning som användarna behöver och, i de fall utrustningen skall användas av närstående, den utrustning som de behöver.

Socialstyrelsen administrerar och meddelar grunder för fördelningen av statsbidraget. Fördelningen grundar sig på respektive landstings invånarantal och genomsnittlig förbrukning av bidraget de närmaste tre föregående åren.

Antalet personer som har behov av utrustning för elektronisk kommunikation, behovet av utbyte av föråldrad utrustning och prisutveckling på ny teknik är de avgörande faktorerna som styr utgifterna inom anslaget. Landstingen är skyldiga att lämna underlag för granskning till Socialstyrelsen och Riksrevisionen.

Regeringens överväganden

Tekniken och den snabba teknikutvecklingen har stor betydelse för att villkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder skall förbättras. Statsbidraget ger unga och vuxna som är döva, dövblinda etc. möjlighet att kommunicera via ett kommunikationsnät. Bildtelefoner som kan fungera för teckenspråkskommunikation har utvecklats. Utveckling av multimedia med möjlighet att överföra såväl ljud som bild och text samtidigt ger ytterligare nya möjligheter att tillgodose målgruppens behov.

De åtgärder som vidtagits med ökat anslag från 2001 och ett nytt regelsystem ger landstingen ökade möjligheter att vidareutveckla verksamheten i takt med den tekniska utvecklingen och utifrån lokala förutsättningar.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa upp landstingets verksamheter för utskrivning av elektronisk kommunikation. Uppdraget redovisades i juni 2005. Antalet personer som fått del av utrustning för elektronisk kommunikation minskade från cirka 1 850 till cirka 1 350 mellan 2002 och 2004. Andelen kvinnor har ökat från 49 procent till 58 procent under samma tidsperiod. Samtidigt som antalet personer minskat har däremot uppskattningen av antalet personer vars behov inte kunnat tillgodoses vara relativt konstant. Det rör sig om cirka 400 personer per år.

Mot bakgrund av det uppföljningsresultat som Socialstyrelsen redovisat är det bra att Socialstyrelsen ser över föreskrifterna för statsbidraget (SOSFS 2002:2 M) så att statsbidraget kan utnyttjas effektivt.

Det nuvarande statsbidragssystemet är uppbyggt i en treårscykel. Det har bl.a. inneburit att anslagsnivån för 2003 tillfälligt minskats med icke förbrukade medel som utbetalades 2001. Anslaget återgick 2004 till ursprungsnivån, men minskades för 2005 med icke förbrukade medel för 2002. Dessa medel omdisponerades inom utgiftsområdet för att finansiera bl.a. den Nationella hjälplinjen (anslag 16:4). Då landstingens redovisning av förbrukade medel för 2003 visar på ett överskott om motsvarande 3,5 miljoner kronor, kommer Socialstyrelsen att minska utbetalningarna under 2005 med motsvarande belopp.

Anslaget minskas med 103 000 kronor 2006, 107 000 kronor 2007 och 111 000 kronor 2008 kronor till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 7.20 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor			
	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	17 113	17 113	17 113
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris och löneomräkning ²	68	704	1 381
Beslut	-103	-107	-111
Överföring till/från andra anslag	6 000	6 222	6 458
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	23 078	23 932	24 841

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 23 078 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:6 *Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 23 932 000 kronor respektive 24 841 000 kronor.

7.8.7 16:7 Bilstöd till handikappade

Tabell 7.21 Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till handikappade

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2004	Utfall	222 061		-6 130
2005	Anslag	341 000 ¹		334 870
2006	Förslag	256 000		
2007	Beräknat	256 000		
2008	Beräknat	256 000		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Inom ramen för de medel som anslagits för bilstöd till funktionshindrade skall stödet ge bl.a. personer under 65 år som är beroende av motorfordon för förvärvsarbete eller arbetslivsinriktad utbildning/rehabilitering, föräldrar till barn med funktionshinder och personer i åldern 18–49 år som varken förvärvsarbetar eller genomgår yrkesutbildning möjlighet att anskaffa, anpassa och ändra motorfordon. Stödet kan även omfatta körkortsutbildning i samband med anskaffning av motorfordon.

Bidrag kan lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag. Nytt grundbidrag och anskaffningsbidrag kan beviljas sju år efter det att senaste beslutet fattades. Någon tidsbegränsning finns inte beträffande anpassningsbidrag. Beviljat bilstöd måste tas i anspråk inom sex månader. Försäkringskassan ansvarar för bilstödet.

Antalet personer som har rätt till bilstöd, omfattningen av fordonets anpassningsbehov, prisutvecklingen på marknaden för anpassning av fordon samt inkomstutvecklingen är de faktorer som framför allt styr utgifterna.

Regeringens överväganden

Bilstödet är en viktig insats för att uppnå regeringens mål för handikappolitiken. Stödet skall inte enbart ses som ett medel att försörja sig, utan också möjliggöra ett självständigt och oberoende liv med sociala kontakter, offentlig och kommersiell service etc.

En särskild utredare har haft regeringens uppdrag att se över stödet och lämna förslag till att effektivisera och förbättra tillämpningen av stödet. Utredaren lämnade sitt förslag till regeringen den 22 mars 2005. Förslagen har remiss-

behandlats och bereds nu inom Regeringskansliet.

Behovet av bilstöd är stort och många står i kö för att få bidrag. Därför ökade anslaget i budgetpropositionen för 2005 med 60 miljoner till sammanlagt 256 miljoner kronor. Det skall täcka en årlig efterfrågan av stödet. I tilläggsbudget ökade anslaget med 65 miljoner kronor för att ytterligare förkorta väntetiderna. Det totala anslaget för 2005 uppgår därmed till 341 miljoner kronor. Dessa åtgärder kommer att förbättra situationen avsevärt för dem som är i behov av bilstöd.

Tabell 7.22 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:7 Bilstöd till handikappade

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	256 000	256 000	256 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym	0	0	0
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	256 000	256 000	256 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 256 000 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:7 *Bilstöd till handikappade* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till vardera 256 000 000 kronor.

7.8.8 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 7.23 Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2004	Utfall	10 021 676		-54 902
2005	Anslag	11 551 000 ¹		11 458 000
2006	Förslag	12 947 000		
2007	Beräknat	14 534 000		
2008	Beräknat	16 125 000		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Genom den statliga assistansersättningen enligt lagen (1993:389) om assistansersättning avlastar staten kommunerna kostnader för mer omfattande insatser i form av personlig assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Assistansersättning lämnas till personer med omfattande funktionshinder som har behov av personlig assistans för sin dagliga livsföring under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka. Personer som innan de fyllt 65 år beviljats assistansersättning får behålla ersättningen efter fyllda 65 år. Antalet assistanstimmar får inte utökas därefter. Kommunen där den ersättningsberättigade är bosatt skall ersätta kostnaderna för de första 20 assistanstimmarna per vecka.

Assistansersättning lämnas inte för tid när personen vårdas på en institution som tillhör eller drivs med bidrag från staten, en kommun eller ett landsting. Detsamma gäller för tid när personen bor i gruppbostad, vistas i eller deltar i barnomsorg, skola eller daglig verksamhet enligt LSS.

Under 2005 utgår assistansersättning med 212 kronor per beviljad timme. Under 2006 är timbeloppet 219 kronor. Om det finns särskilda skäl kan en högre ersättning utgå. Detta belopp får inte överstiga det fastställda timbeloppet med mer än tolv procent. Anslaget disponeras av Försäkringskassan.

Antalet personer som har rätt till assistansersättning, behovets omfattning mätt i assistanstimmar per vecka och beviljad ersättning per timme är de faktorer som styr utgifternas storlek.

Regeringens överväganden

En personligt anpassad assistans ger många personer med omfattande funktionshinder möjlighet till ett bra liv med inflytande över sin vardag. Personlig assistans och assistansersättning är därför en viktig reform. Antalet assistansberättigade har kontinuerligt ökat och beräknas fortsätta öka. Även det genomsnittliga antalet assistanstimmar per person beräknas öka. Det leder till fortsatt stigande kostnader för den statliga assistansersättningen.

Riksrevisionen har granskat hur assistansreformen fungerar (RiR 2004:7 Personlig assistans till funktionshindrade) och funnit att det finns behov av att snarast förbättra administrationen

av assistansersättningen och strama upp den ekonomiska kontrollen. Den nuvarande statliga finansieringen, som enbart ges till insatsen personlig assistans, anses vidare motverka utvecklingen av kommuners övriga insatser och kan påverka individens val av stöd. Detta bör enligt Riksrevisionen leda till överväganden om det statliga stödet bör ges en annan inriktning.

Den 15 juli 2004 beslutade regeringen om direktiv till en parlamentarisk kommitté med uppdrag att göra en översyn av personlig assistans för vissa personer med funktionshinder (dir. 2004:107, 2004:179 och 2005:66). Uppdraget skall slutredovisas senast den 31 mars 2007. Kommittén skall senast den 30 november 2005 i ett särskilt delbetänkande redovisa sina överväganden och förslag avseende lämpliga former för tillsyn och tillstånd av enskild verksamhet med personlig assistans.

Riksdagen beslutade i samband med behandlingen av 2004 års ekonomiska vårproposition att assistansersättning från den 1 juli 2004 inte får lämnas för mer än en månad retroaktivt. Dessförinnan medgavs tre månaders retroaktiv utbetalning. Som ett resultat av denna ändring minskades anslaget med 5 miljoner kronor 2004 och därefter beräknas minskningen till 40 miljoner kronor per år.

Tabell 7.24 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

	2006	2007	2008
<i>Tusental kronor</i>			
Anvisat 2005 ¹	11 551 000	11 551 000	11 551 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	447 000	1 027 000	1 644 000
Volym	949 000	1 956 000	2 930 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	12 947 000	14 534 000	16 125 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 12 947 000 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:8 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 14 534 000 000 kronor respektive 16 125 000 000.

7.8.9 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tabell 7.25 Anslagsutveckling 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tusental kronor

2004	Utfall	Anslags- sparande
2005	Anslag	Utgifts- prognos
2006	Förslag	18 949
2007	Beräknat	19 265 ¹
2008	Beräknat	19 650 ²

¹Motsvarar 18 949 tkr i 2006 års prisnivå.

²Motsvarar 18 949 tkr i 2006 års prisnivå.

Anslaget är nytt. Anslaget är ett förvaltningsanslag för en samordningsmyndighet inom det handikappolitiska området som kommer att inrättas den 1 januari 2006. I en särskild skrivelse till riksdagen (2004/05:86) har regeringen redogjort för sina intentioner att förändra organisationen för samordning av arbetet inom det handikappolitiska området. En särskild utredare har fått i uppdrag att förbereda och genomföra bildandet av myndigheten för handikappolitisk samordning. Myndigheten skall effektivisera och strukturera arbetet med att uppnå de handikappolitiska målen. Huvuduppgiften blir att främja ett strategiskt och effektivt genomförande av den nationella handikappolitiken på såväl kort som lång sikt.

Regeringens överväganden

Resurserna för den handikappolitiska samordningen har varit spridda på olika myndigheter och organisationer – Handikappombudsmannen (HO), Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) och Hjälpmedelsinstitutet (HI). Dessutom har gränsdragningen när det gäller roll och ansvar mellan dessa aktörer varit otydlig. Ytterligare ett skäl till att förändra organisationen är behovet av ett förstärkt stöd till de sektorsmyndigheter som har ett särskilt ansvar för att genomföra handikappolitiken.

Genom att samla det övergripande ansvaret hos en aktör med ett tydligt och uttalat uppdrag, vill regeringen skapa förutsättningar för ett effektivt genomförande av de handikappolitiska målen. I praktiken innebär regeringens initiativ att uppgifter som idag åligger HO och Sisus förs över till myndigheten för handikappolitisk samordning. Renodlingen av uppgiftsfördelningen innebär också att vissa verksamheter vid HI kommer att utföras av samordningsmyndigheten. Regeringen föreslår därför att myndigheten för handikappolitisk samordning skall finansieras genom att medel förs över från HO:s och Sisus förvaltningsanslag samt från statsbidraget som utgår till HI. Därutöver tillförs anslaget 1 miljon kronor som finansieras genom att det under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp uppförda anslaget 19:6 *Försäkringskassan* minskas med motsvarande belopp.

Tabell 7.26 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005			
Förändring till följd av:			
Pris och löneomräkning			
Beslut	1 000	1 017	1 035
Överföring till/från andra anslag	17 949	18 248	18 579
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	18 949	19 265	19 650

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 18 949 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:10 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 19 265 000 kronor respektive 19 650 000 kronor.

7.8.10 16:10 Handikappombudsmannen

**Tabell 7.27 Anslagsutveckling 16:10
Handikappombudsmannen**

Tusental kronor

2004	Utfall	20 644	Anslags- sparande	-482
2005	Anslag	18 421 ¹	Utgifts- prognos	17 805
2006	Förslag	11 892		
2007	Beräknat	12 090 ²		
2008	Beräknat	12 309 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 11 892 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 11 892 tkr i 2006 års prisnivå.

HO skall bevaka frågor som rör rättigheter och intressen för personer med funktionshinder. HO skall motverka diskriminering på grund av funktionshinder. Anmälningssärenden som rör de olika diskrimineringslagarna och lagen om Handikappombudsmannen prioriteras. Ytterligare en central uppgift är att bevaka efterlevnaden av FN:s standardregler om delaktighet och jämlikhet för personer med funktionshinder.

HO har även haft i uppdrag att inom ramen för Tillgänglighetscentret (TC) följa myndigheternas arbete med att förbättra tillgängligheten för personer med funktionshinder. Den senare uppgiften förs fr.o.m. den 1 januari 2006 över till myndigheten för handikappolitisk samordning. Därmed renodlas HO:s ombudsmanfunktion.

Personer med funktionshinder har skydd mot diskriminering i arbetslivet, på högskolan och i kommersiell verksamhet. Från den 1 januari 2006 gäller dessutom en lag som förbjuder diskriminering mot barn i förskolan och elever i skolan. HO har i uppgift att bevaka diskrimineringsfrågorna inom dessa områden och kan föra talan i domstol för enskilda som anser sig utsatta för diskriminering.

Regeringens överväganden

HO är en central aktör för att motverka diskriminering på grund av funktionshinder. När de uppgifter som ligger hos TC flyttas till myndigheten för handikappolitisk samordning sänks HO:s anslag med den andel av HO:s kostnader som centret svarat för.

Lagstiftningen mot diskriminering på grund av funktionshinder har skärpts. Det har lett till en ökad mängd anmälningssärenden enligt diskrimineringslagarna. För att möta den ökande ärendemängden ökade anslaget permanent 2003 med 1 miljon kronor samt engångsvis 2004 med 0,5 miljoner kronor. Under 2004 har antalet ärenden enligt diskrimineringslagarna ökat ytterligare.

Regeringen bedömer att arbetstrycket på HO kommer att bli ännu högre till följd att diskrimineringslagstiftningen successivt blir mer känd. Regeringen anser därför att myndigheten behöver en resursförstärkning med 1 miljon kronor för att klara arbetsbelastningen. Finansieringen sker genom att det under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp uppförda anslaget 19:6 *Försäkringsskassan* minskas med motsvarande belopp.

**Tabell 7.28 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för
16:10 Handikappombudsmannen**

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	18 421	18 421	18 421
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	71	379	720
Beslut	1 000	1 017	1 035
Överföring till/från andra anslag	-7 600	-7 727	-7 867
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	11 892	12 090	12 309

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 11 892 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:9 *Handikappombudsmannen* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 12 090 000 kronor respektive 12 309 000 kronor.

8 Politikområde Äldrepolitik

8.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser som syftar till att ge äldre personer förutsättningar att leva ett självständigt liv med god livskvalitet. Många av dessa insatser utförs inom ramen för en generell politik som riktar sig till fler målgrupper än äldre varför de ofta finansieras och redovisas inom andra politikområden än äldrepolitiken. De insatser som i detta sammanhang redovisas som äldrepolitik är huvudsakligen sådana som kommunerna ansvarar för inom ramen för äldre- och handikappomsorgen enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) samt insatser som utförs av myndigheter med ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering, främst Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Staten lämnar ekonomiskt bidrag till

kommunernas verksamhet inom ramen för utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Inom politikområdet redovisas medel för stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken samt bidrag till vissa pensionärsorganisationer.

År 2006 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till cirka 155 miljoner kronor.

8.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2005 till 2008 beräknas utgifterna för politikområdet öka med cirka 75 miljoner kronor, huvudsakligen till följd av ökat stöd till anhöriga.

Tabell 8.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2004	Budget 2005 ¹	Prognos 2005	Förslag 2006	Beräknat 2007	Beräknat 2008
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	36,1	51,4	50,8	155,1	155,1	126,1
Totalt för politikområde Äldrepolitik	36,1	51,4	50,8	155,1	155,1	126,1

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

8.3 Mål

Målen för 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 en god vård och omsorg.

8.4 Insatser

8.4.1 Insatser inom politikområdet

Kompetensförsörjning

Regeringen tillsatte under hösten 2004 en kommitté, Kompetensstegen (dir. 2004:162), för att stimulera och stödja initiativ till nyskapande projekt som kan ge långsiktiga positiva effekter på kvalitetsutveckling och kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Kommittén ska arbeta under tre år och har drygt 1 miljard kronor till sitt förfogande för att stödja kommunala projekt med inriktning på bland annat vård- och omsorgspersonalens kompetensutveckling. Satsningen syftar till att bidra till en bättre kompetens och kvalitet, höja statusen på vårddyrkena, göra det lättare att behålla kompetent personal och underlätta framtida nyrekrytering av personal. Intresset från landets kommuner är mycket stort och 289 av landets 290 kommuner har lämnat in en intresseanmälan för att delta i satsningen.

Socialstyrelsen har tillsammans med nio andra myndigheter utarbetat en handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg – Investera nu! I rapporten redovisas myndigheternas förslag till handlingsplan uppdelat i tio mål och tio åtgärder. Rapporten innehåller bland annat förslag till åtgärder som myndigheterna inom ramen för sina respektive ansvarsområden kommer att vidta. Myndigheterna samordnar även fortsättningsvis på lämpligt sätt sitt arbete.

Kost och näring

En av kvalitets- och säkerhetsaspekterna inom kommunernas vård och omsorg om äldre är kost- och näringsfrågor. Statens Folkhälsoinstitut och Livsmedelsverket har haft regeringens uppdrag att ta fram underlag för en handlings-

plan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Uppdraget redovisades den 9 februari 2005. I fråga om äldreomsorgens måltidsverksamhet menade myndigheterna bland annat att organisationen av mat- och måltidsfrågor var otydlig och behöver analyseras av en utredning samt att vägledning och kvalitetsindikatorer bör utarbetas. För tillsyn behövs kriterier som omfattar både mat och måltider, samt social omsorg. Regeringen har givit Socialstyrelsen ett särskilt uppdrag att i samråd med Livsmedelsverket, Statens Folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting stödja kvalitetsutveckling inom kost och näring för äldre. En första delrapport från uppdraget skall lämnas senast den 1 april 2006 och en slutrapport skall lämnas senast den 1 april 2007. Regeringen har i januari 2005 även tillkallat en särskild utredare med uppdrag att föreslå hur avgifter för färdiglagad mat inom kommunernas äldre- och handikappomsorg skall kunna hanteras på ett enklare och mer enhetligt sätt (dir. 2005:15). Uppdraget skall slutredovisas senast den 1 december 2005.

Personer med demenssjukdom

I Demensarbetsgruppens promemoria På väg mot en god demensvård (Ds 2003:47) finns förslag till åtgärder för att utveckla en bättre demensvård. Hälften av dessa är förslag på statliga åtgärder och flertalet är på väg att genomföras. Inom demensvården vidtas frihetsinskränkande åtgärder för att hindra personer från att komma till skada eller att skada andra. Idag saknas rättsligt stöd för dessa åtgärder om den enskilde inte samtycker. Regeringen beslutade i februari 2005 att tillkalla en särskild utredare (dir. 2005:11) med uppgift att överväga om det finns behov av att införa bestämmelser om skydds- och/eller tvångsåtgärder inom vården och omsorgen om äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga främst till följd av demenssjukdom. Uppdraget skall redovisas senast den 31 december 2006. Socialstyrelsen har i regleringsbrev för 2005 fått uppdrag att utveckla riktlinjer och annan vägledning kring vård och omsorg för personer med demenssjukdomar. En lägesredovisning skall lämnas senast den 31 december 2006.

Det finns en stor okunskap om att demens är en sjukdom som inte bara drabbar äldre personer. Gruppen unga demenssjuka personer är relativt liten och är ganska osynlig i samhället. Socialstyrelsen har fått i uppdrag och beviljats

1,8 miljoner kronor för att genomföra en kunskapssammanställning och en informations-satsning om unga demenssjuka personer för att öka kunskaperna hos både allmänheten och vårdgivarna. En slutrapport skall lämnas till regeringen senast den 1 februari 2007.

Anhörigstöd

Under åren 1997 till 2001 har särskilda stimulansbidrag utgått till kommunerna för att utveckla stödformer för anhöriga som hjälper och vårdar närstående. Genom den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården 2002–2004 (prop. 1999/2000:149) ökade det generella statsbidraget till kommuner och landsting med 9 miljarder kronor. I handlingsplanen anges att stödet till anhöriga bör fortsätta att utgå inom ramen för satsningarna i handlingsplanen. Socialstyrelsen har i juni 2005 lämnat en slutrapport av handlingsplanen och redovisar att en rad olika former av anhörigstöd finns etablerade i de flesta av landets kommuner, framförallt olika former av avlösning. Kommunernas anhörigstöd är mer känt bland personer som redan har andra insatser. Bredden på utbudet har dock minskat och anhörigstödet tycks gå mot att bli en alltmer integrerad insats i stället för att vara en självständig insats vid sidan av övrigt stöd. Det finns behov av förbättrad statistik och av att utveckla nya metoder för att följa effekter av anhörigstöd. För att främja utvecklingen av varaktigt stöd till anhöriga som hjälper och vårdar närstående har regeringen beslutat om fortsatt stimulansbidrag med knappt 25 miljoner kronor per år under 2005 till 2007.

Äldre med utländsk bakgrund och nationella minoriteter

Vården och omsorgen för äldre möter allt oftare kvinnor och män som är födda i ett annat land och som antingen invandrade hit under 1960-talet eller har kommit hit under senare år som anhöriginvandrare. Även kvinnor och män som räknas till de nationella minoriteterna ställer äldreomsorgen inför högre krav t.ex. på språkkunnig personal och mångkulturell kompetens.

Behoven är inte likartade i landets kommuner, det finns stora regionala och lokala skillnader. Många av dessa äldre saknar kunskaper i svenska och blir i hög grad beroende av barn och släktingar. Vid demenssjukdom förlorar man dessutom oftast det senast inlärd språket. Vilka

konsekvenser denna utveckling kommer att få för verksamheten kan behöva belysas ytterligare. Många kommuner har eller planerar för att öka servicen för sina invånare på andra språk och många kommuner har inrättat särskilda boenden/avdelningar för exempelvis finsktalande äldre. Svårigheter med att nå personer med annan etnisk bakgrund kan betyda att samhällets insatser inte är kända. Staten har bidragit med medel för att sprida informationsmaterial om demenssjukdomar på olika invandrar- och minoritetsspråk som tagits fram av Demensförbundet.

8.4.2 Insatser utanför politikområdet

Stärkt primärvård och äldreomsorg

I april 2005 tecknade regeringen två överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om den framtida utvecklingen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Den ena överenskommelsen avser primärvården och äldreomsorgen, bl.a. för fortsatt anhörigstöd, och den andra avser insatser för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder. De medel som 2004 tillfördes det generella statsbidraget med hänvisning till den nationella handlingsplanen ligger från och med 2005 kvar med samma fördelning mellan kommuner och landsting (30 resp. 70 procent). Under 2004 beräknas cirka 3 500 miljoner kronor ha gått till satsningar på förbättringar av primärvård och äldreomsorg och cirka 500 miljoner kronor till förbättringar av psykiatri. Fr.o.m. 2005 ingår dessa medel i det nya utjämningsystemet.

Vård i livets slutskede

Regeringen överlämnade skrivelsen *Vård i livets slutskede* (skr. 2004/05:166) till riksdagen i maj 2005. I skrivelsen redogör regeringen för vidtagna åtgärder inom vården i livets slutskede samt hur denna vård fortsatt kan främjas. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att främja utvecklingen av vården i livets slutskede i landsting och kommuner samt att till regeringen redovisa en bedömning av denna utveckling. För detta ändamål har regeringen avsatt 1,5 miljoner kronor. Regeringen stödjer även Nationella rådet för palliativ vård med 0,5 miljoner kronor under 2005.

Läkemedel och IT-stöd inom vård och omsorg

Många äldre har stor nytta av läkemedel och lever ett gott liv, trots diagnoser som för en generation sedan hade inneburit en tidig död eller stort lidande. Den tiondel av Sveriges befolkning som är över 75 år använder minst en fjärdedel av alla läkemedel och användandet ökar. Den höga förbrukningen och bristen på samordning mellan olika förskrivare ökar dock risken för överförskrivning, felmedicinering och biverkningar. Det finns behov av att förbättra rutinerna för uppföljning, utvärdering och omprövning. Det finns brister i dokumentationen och informationsöverföringen när det gäller läkemedel och en regelbunden översyn av användningen görs för sällan. Regeringen har tillsatt en nationell ledningsgrupp som skall utarbeta en nationell IT-policy för vård och omsorg. En av de frågor som kommer att behandlas i den nationella IT-policyn är nationellt kompatibla elektroniska patientjournaler samt andra för äldreomsorgen viktiga framtidsfrågor. Arbetet med att ta fram policyn förväntas vara klart i slutet av 2005.

Ställföreträdare och livstestamente

Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare har haft i uppdrag att utvärdera 1995 års förmyndarskapsreform (dir. 2002:55). Utredaren har även haft i uppdrag att granska och ta ställning till behovet av ändringar i regelverket för gode män och förvaltare. En särskild fråga är om god man, förvaltare eller någon ny form av legal ställföreträdare skall kunna lämna samtycke till åtgärder inom hälso- och sjukvård, socialtjänst eller forskning för personer som på grund av sjukdom, psykisk störning eller liknande inte själva förmår att ge samtycke. Utredningen överlämnade sitt slutbetänkande *Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna* (SOU 2004:112) till regeringen i december 2004. I betänkandet föreslås bl.a. att en ny lag införs om ställföreträdare för vuxna med bristande beslutsförmåga inom hälso- och sjukvården. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Utredning om finska språket i Stockholms- och Mälardalsregionen

Det finns fem nationella minoriteter i Sverige: samer, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar. I dessa minoriteter finns även personer som har invandrat.

Det finns två lagar om minoritetsspråk som ger personer i vissa geografiska områden i Norrbotten rätt att använda samiska, finska och meänkieli i kontakt med förvaltningsmyndigheter. Lagarna innebär också en rättighet för enskilda att få äldreomsorg på de nämnda språken i vissa kommuner i Norrbotten.

I januari 2004 tillkallades en särskild utredare med uppdrag att analysera om det finns förutsättningar att utvidga lagstiftningen om rätt att använda finska i kontakt med förvaltningsmyndigheter och domstolar till att även gälla i Stockholms- och Mälardalsregionen (dir. 2004:6). Regeringen beslutade i februari om ett tilläggsdirektiv (dir. 2005:23) där utredaren även skall analysera om det finns förutsättningar att utvidga lagstiftningen om rätt att använda samiska hos förvaltningsmyndigheter och domstolar till att även gälla inom det sydsamiska området. Utredaren skall bedöma behovet av en utvidgad lagstiftning eller andra åtgärder. Äldre samers intresse, behov och förutsättningar skall redovisas särskilt. Även kommunernas möjligheter och beredskap att erbjuda äldreomsorg helt eller delvis på samiska ska analyseras. Uppdraget skall redovisas senast den 31 december 2005. Ett delbetänkande i de delar som gäller finska språket i Stockholms- och Mälardalsregionen har redovisats i maj 2005.

8.5 Resultatredovisning

8.5.1 Mål

Målen för äldrepolitiken 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 en god vård och omsorg.

8.5.2 Resultat

Äldreomsorgens omfattning

År 2004 var 1,5 miljoner personer i Sverige, cirka 17 procent av befolkningen, 65 år eller äldre. Av dessa personer var det ungefär 15 procent, eller ungefär 237 000 personer, som hade hemtjänst i

ordinärt boende eller som bodde i särskilda boendeformer. Antalet personer som erhåller dessa insatser har varit relativt konstant under senare år. Antalet personer med vård och omsorg i ordinärt boende har dock ökat med 10 procent medan antalet personer i särskilt boende har minskat med 11 procent sedan 2000.

Ungefär 9 000 personer erhöll korttidsboende 2004, vilket är en ökning med 600 personer sedan 2000. Antalet personer med beslut om dagverksamhet var 12 500, vilket innebär en minskning med 3 000 personer sedan 2000. I de drygt hälften av landets kommuner som övertagit ansvaret för hemsjukvård var drygt 46 800 personer registrerade som mottagare av hemsjukvård 2004, vilket är en ökning med 2 000 personer sedan 2000. Av dem som hade hemsjukvård var cirka 69 procent även beviljade hemtjänst.

De allra flesta omsorgstagarna (75 procent) var över 80 år. 70 procent var kvinnor och 30 procent var män. Andelen kvinnor och män med insatser var densamma i ordinärt och särskilt boende. Fler kvinnor än män får äldreomsorg bl.a. beroende på att kvinnor i genomsnitt lever längre än män. I gruppen 80 år och äldre är antalet kvinnor nära dubbelt så många som antalet män. Många kvinnor gifter sig dessutom med män som är äldre än de själva, vilket bidrar till att fler kvinnor än män i hög ålder blir ensamstående. Majoriteten av kvinnorna bor därför ensamma i slutet av livet, medan majoriteten av männen är sammanboende livet ut. När det gäller sammanboende äldre kvinnor och män så får hjälpbehövande kvinnor oftare hjälp än hjälpbehövande män. Detta förhållande gäller även då hänsyn tagits till ålder och grad av ohälsa, vilket indikerar att det ställs olika krav på anhöriga kvinnor och män.

Det förekommer stora variationer mellan kommuner när det gäller hemtjänstens täckningsgrad i befolkningen 65 år eller äldre. Av en studie som Socialstyrelsen publicerade i maj 2005 framgår det att andelen hjälptagare med hemtjänst i ordinärt boende varierade mellan fyra och elva procent 2004. Slutsatsen i studien var att dessa stora skillnader i hög grad beror på skillnader mellan kommuner i hur vanligt det är med ensamboende äldre med hjälpbehov. Socialstyrelsen konstaterar att fortsatta studier behövs för att förklara skillnader i täckningsgrad och kostnader mellan kommunerna.

När det gäller personer 80 år och äldre, den åldersgrupp som i störst utsträckning har behov av vård och omsorg, fanns 2004 i denna åldersgrupp cirka 482 000 personer, dvs. drygt fem procent av befolkningen. Andelen personer i denna åldersgrupp kommer att vara relativt konstant i ytterligare 10 till 15 år men kommer därefter att öka. År 2030 kommer cirka 750 000 personer, eller drygt sju procent av befolkningen, att vara äldre än 80 år.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2003 till 78,2 miljarder kronor. Kostnaderna har sedan 2000 ökat med knappt 1 procent (i fasta priser), vilket motsvarar cirka 0,5 miljarder kronor. Kostnaden för vård och omsorg om äldre som andel av kommunernas totala kostnader, exklusive affärsverksamhet, har varit relativt konstant under 2000 till 2003, cirka 21 procent. Äldreomsorgens andel av socialtjänstens kostnader är oförändrad, cirka 55 procent. Särskilt boende utgör 67 procent av kostnaderna, medan vård och omsorg i ordinärt boende utgör 31 procent. Öppen verksamhet uppgår till 2 procent av äldreomsorgens kostnader.

Tabell 8.2 Antal och andel äldre med insatser

	Vård och omsorg i ordinärt boende		Vård och omsorg i särskilt boende		Totalt	
	Antal personer 65 år och äldre	Procent	Antal personer 65 år och äldre	Procent	Antal	Procent
2000	120 900	7,9	118 300	7,7	239 200	15,6
2001	121 700	7,9	118 600	7,7	240 300	15,6
2002	125 200	8,2	15 500	7,5	240 700	15,7
2003	128 000	8,3	110 900	7,2	238 900	15,5
2004	132 300	8,5	104 800	6,7	237 100	15,1

Liksom när det gäller äldreomsorgens täckningsgrad så förekommer stora variationer mellan kommunernas kostnader för vård och omsorg, såväl när det gäller kronor per invånare som är 65 år och äldre som när det gäller kronor per person med beviljad insats. Orsakerna till dessa skillnader är delvis strukturella men det finns även skillnader i t.ex. effektivitets- och ambitionsnivå. Såväl platser i särskilt boende som platser inom akutsjukvård läggs ned. Denna utveckling avspeglas även i hur kostnaderna för vård och omsorg har förändrats under de senaste åren. Kommunernas kostnader för hemtjänst har ökat med 15 procent medan kostnaderna för särskilt boende har minskat med cirka tre procent. Landstingens kostnader för vård och omsorg om äldre har ökat med fyra procent under samma period.

De sammantagna kostnaderna (i 2003 års priser) för landstingens hälso- och sjukvård för äldre samt kommunernas vård och omsorg om äldre har ökat med 3,4 miljarder kronor eller 2,3 procent under 2000 till 2003.

Tillsyn

Målet för tillsynen är att brister och missförhållanden skall rättas till och att kommuner och enskilda verksamheter ska få stöd att utveckla en vård och omsorg med god kvalitet. Riksdagen beslutade 2002 att förstärka tillsynen vid länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter med 50 miljoner kronor från och med den 1 januari 2003. Genom förstärkningen skall den operativa tillsynen inom vård och omsorg för äldre utökas och utvecklas utifrån ett medborgarperspektiv. Vidare skall samverkan mellan myndigheterna vidareutvecklas. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera resultatet av tillsynen samt att rapportera om resultatet av den förstärkta tillsynen. I juni 2005 redovisades utfallet för 2004.

Länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter hade i december 2004 närmare 70 heltidstjänster som arbetade med den förstärkta tillsynen varav 61 heltidstjänster var äldreskyddsombud och drygt 7 heltidstjänster fanns vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. Såväl antalet ärenden inom verksamhetstillsyn som antalet anmälda och oanmälda tillsynsbesök inom både äldreomsorg och äldre-sjukvård har utvecklats starkt tack vare satsningen på förstärkt tillsyn.

Tabell 8.3 Länsstyrelsernas verksamhetstillsyn fördelade på antal avslutande och pågående ärenden

Ärende	2002	2003	2004
Avslutade under året	489	785	1412
Pågående den 31 dec.	uppgift saknas	249	253
Totalt	uppgift saknas	1 034	1 665

Källa: Socialstyrelsen

Antalet ärenden inom verksamhetstillsynen har ökat med 61 procent. I jämförelse med 2002 har antalet avslutade ärenden ökat med cirka 190 procent.

Tabell 8.4 Antal tillsynsbesök under året inom verksamhetstillsyn fördelade efter typ av besök

Typ av besök	2002	2003	2004
Anmälda	uppgift saknas	528	1 625
Oanmälda	uppgift saknas	64	340
Totalt	uppgift saknas	592	1 965

Källa: Socialstyrelsen

Under 2004 ökade både antalet anmälda och oanmälda tillsynsbesök inom verksamhetstillsynen markant i jämförelse med föregående år. Ökningen motsvarade drygt 230 procent. Antalet tillsynsbesök på individnivå ökade från 44 till 102, en ökning med 130 procent sedan 2003. Enligt Socialstyrelsen har resursförstärkningen lett till bättre möjligheter för länsstyrelserna att skaffa sig kännedom om kvaliteten på äldreomsorgen i länet.

Länsstyrelserna konstaterade brister i cirka 50 procent av alla ärenden inom verksamhetstillsynen och i 18 procent inom individtillsyn. Resultatet motsvarar ganska väl resultatet för 2003. Länsstyrelserna har följt upp 343 ärenden där det konstaterats brister eller kritik och där tidsfristen för åtgärder har gått ut. De allra flesta ärenden har åtgärdats men cirka 20 procent har inte blivit åtgärdade inom förutbestämd tid. Det problem som flest länsstyrelser rapporterar om är den omfattande omstruktureringen som pågår i många kommuner med nedläggning av särskilda boenden, dvs. en förskjutning från omsorg till vård. Det innebär bl.a. att medicinska och praktiska insatser tillgodoses samtidigt som det sociala innehållet och möjligheterna till aktiviteter blir mycket begränsade. Länsstyrelserna rapporterar också om brister i rätts-säkerhet och i individuell planering av beslutade

insatser, att dokumentation och uppföljning ofta saknas samt alltför låg bemanning. Flera länsstyrelser rapporterar positiva iakttagelser som exempelvis bättre standard i särskilt boende, pågående utvecklingsarbete för att förbättra den individuella planeringen av beslutade insatser samt dokumentation och uppföljning av genomförda insatser.

Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter och länsstyrelserna har vidareutvecklat sitt samarbete. Antalet tillsynsärenden som skett i samverkan har fördubblats. Det ökade samarbetet har enligt Socialstyrelsen gett bättre förutsättningar att arbeta tillsammans och på så sätt få en helhetssyn inom äldreområdet. Även samverkan mellan länsstyrelserna har ökat. De flesta länsstyrelser arbetar med former och metoder för återföring till både ansvarig nämnd och ledning men också med personal, brukare, anhöriga och intresseorganisationer.

Den kraftiga ökningen av antalet ärenden inom verksamhetstillsyn, antalet tillsynsbesök och ökad samverkan mellan myndigheterna är starkt kopplade till den förstärkta tillsynen. Tack vare satsningen har möjligheterna att utveckla nya metoder och arbetssätt i tillsyn ökat samtidigt som samarbetet mellan myndigheterna har kunnat fördjupas och intensifieras. Tillsynen har även blivit känd för allt fler.

Ej verkställda domar och beslut

Under senare år har det uppmärksammats att många beslut och domar som bl.a. ger äldre rätt till en bostad inom de särskilda boendeformerna inte verkställs av kommunerna inom en rimlig tidsperiod. Sedan den 1 juli 2002 finns bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453) som bl.a. innebär att en sanktionsavgift skall kunna åläggas kommuner som dröjer alltför länge med att verkställa domar angående bistånd. I december 2004 överlämnades betänkandet Beviljats men inte fått (SOU 2004:118) till regeringen. I betänkandet ges förslag på åtgärder bl.a. för att motverka att kommuner inte verkställer gynnande beslut enligt socialtjänstlagen inom rimlig tid och för att motverka att avslagsbeslut meddelas trots att kommunen bedömer att ett behov av ett särskilt boende finns. Det föreslås bl.a. att kommunerna skall åläggas en rapporterings-skyldighet beträffande beslut som inte har verkställts inom en viss tid. Som en yttersta åtgärd föreslår utredningen att en sanktions-

avgift skall kunna dömas ut. Förslagen bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Boende för äldre

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport för 2004 har utvecklingen inom kommunernas vård och omsorg de senaste åren gått mot allt mer vård i det egna hemmet och att kvarboendepincipen betonas. Det totala antalet platser i särskilt boende har minskat under de senaste åren, medan det totala antalet personer som får hemtjänst har ökat i ungefär samma omfattning. Särskilda boenden omvandlas till ordinarie boenden i viss utsträckning. Enligt rapporten är det främsta skälet till avvecklingen förutom en ökad satsning på kvarboendet, att många särskilda boenden blivit omoderna och att behoven av bostäder minskat på vissa orter. Ett annat skäl som anges är bristande resurser. Vidare anges att kommunerna är mer restriktiva i sin biståndsbedömning och i sina beslut om vilka som skall få plats i särskilt boende. Av dem som bor i särskilt boende har i dag majoriteten en demenssjukdom.

Trots kraftiga förbättringar av bostadsstandarden i de 104 800 platserna i särskilda boendeformer kvarstår ungefär 2 700 platser där de boende måste dela rum med någon annan än anhörig. Enligt Boverkets mätningar bedömer 86 procent av kommunerna att behovet är täckt eller kommer att täckas genom planerad utbyggnad under 2005 till 2006. Sju procent av kommunerna har överskott av bostäder i särskilda boendeformer och fyra procent bedömer att planerad utbyggnad 2005 och 2006 inte täcker bristen. Två procent bedömer att bristen kvarstår även på 5 års sikt.

Avgifter

Socialstyrelsen lämnade i juni 2005 den tredje redovisningen av det femåriga uppdraget att följa upp och utvärdera konsekvenser och effekter av socialtjänstlagens (2001:453, SoL) bestämmelser om avgifter inom äldre- och handikappomsorg. Socialstyrelsen konstaterar att förändringarna i kommunernas taxsystem framförallt skedde i samband med införandet av de nya bestämmelserna och att det inte har skett några stora förändringar mellan 2004 och 2005. Kommunerna har anpassat sina taxsystem till lagändringarna och det är nu större likhet mellan landets kommuner. Att kommuner inte jämkar matavgiften kan vara ett problem för personer

med låga inkomster. En oförändrad andel kommuner jämkar matavgiften. Lagrådet har i januari 2004 yttrat sig över ett lagförslag om införandet av en jämningsregel i 8 kap. SoL. Behovet av en jämkning borde enligt Lagrådet kunna tillgodoses genom att en jämningsregel tas in i kommunens taxebestämmelser. Socialstyrelsen har i december 2004 givit ut ett meddelandeblad med anledning av detta.

Förbehållsbeloppet har haft stor betydelse för att skydda personer med låga inkomster och stora insatsbehov, framförallt äldre kvinnor, från för höga avgifter.

Centra för forskning och utveckling

Inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken 1999–2001 och enligt den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården 2002–2004, beviljades stimulansbidrag för uppbyggnad och utveckling av regionala FoU-centra. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag fördelat ekonomiskt stöd för att stimulera etablerandet av sådana centra. För 2005 har ytterligare 10 miljoner kronor fördelats. Myndigheten har i en delrapport som lämnades till regeringen i juni 2005, redovisat arbetet med forskningssatsningen. Verksamheten bedrivs i ökande omfattning med främst tre inriktningar. Den första är utvecklingsarbeten med lokal och regional förankring, bl.a. uppdrag av olika slag, utvärderingsinsatser, personalutveckling m.m. Den andra inriktningen är forskningsprojekt som med vetenskaplig ansats belyser fenomen och problem i vården och omsorgen om de äldre, deras närstående och personal. Den tredje inriktningen utgörs av FoU-centrens basverksamhet som bl.a. innebär att bistå äldreomsorgen med handledning, metodstöd, fortbildning, erfarenhetsutbyten samt att sprida och medverka vid implementeringen av FoU-resultat. Effekter av verksamheterna har kunnat börja utläsas. En sådan effekt är att samarbetet mellan huvudmännen ökar och att kollegiala nätverk för kompetensutveckling mellan huvudmännen etableras.

Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården 2002 - 2004

Genom den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården 2002–2004 (prop. 1999/2000:149) ökade det generella statsbidraget till kommuner och landsting med 9 miljarder kronor. I den nationella handlingsplanen angavs att kommunerna skall svara för att

förstärka den medicinska kvaliteten i särskilt boende och i hemsjukvården, att kommuner och landsting skall samverka så att alla patienter erhåller vård på rätt vårdnivå samt att landstinget skall svara för att de som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård vid behov av läkare får en medicinsk bedömning samt konsultation eller hembesök utan dröjsmål. Socialstyrelsen har följt upp handlingsplanen och har lämnat en slutrapport i juni 2005. Av uppföljningen framgår att en viss personalökning har skett, bl.a. har fler högskoleutbildade anställts, fler anställda har grundläggande vårdutbildning och de flesta kommuner har erbjudit vidareutbildning för sjuksköterskor för att fördjupa den medicinska kompetensen. Antalet avtal om läkarmedverkan har ökat och tillgången till läkare har förbättrats sedan 2001. Däremot förekommer inte avtal i hemsjukvården i samma omfattning och tillgången till läkare tycks vara sämre än i särskilda boenden. Under jourtid fungerar läkartillgången sämre än under dagtid. Antalet utskrivningsklara patienter inom slutet somatisk sjukhusvård har minskat tack vare bättre utskrivningsrutiner. IT-stöd används i allt större utsträckning för att underlätta informationsöverföringen mellan vårdnivåerna. Det saknas dock fortfarande vårdplaner för många patienter och bristerna i vårdkedjan kvarstår på många håll. Ett visst intresse för att bilda gemensamma nämnder för vård- och omsorgsfrågor har börjat visa sig från landsting och kommuner.

8.5.3 Analys och slutsatser

Den omstrukturering som pågår i kommunerna när det gäller att erbjuda äldre möjlighet att bo kvar i sin ordinarie bostad ställer stora krav på samlade insatser från både kommun och landsting. De brister som under flera år rapporterats framförallt i vården och omsorgen om personer med svåra och komplexa sjukdomstillstånd måste åtgärdas för att målet om en god vård och omsorg skall kunna uppnås. Det gäller bl.a. brister i samverkan mellan huvudmännen, otillräcklig läkarmedverkan och att äldre inte får rehabilitering i tillräcklig omfattning. Under senare år har kommuner och landsting lagt ner mycket arbete på att komma till rätta med brister i samverkan inom vård och omsorg, vilket också lett till förbättringar i viss utsträckning. Särskilda åtgärder kan behöva vidtas för att personer med

svåra och komplexa sjukdomstillstånd skall få tillgång till god vård och omsorg. I sitt slutbetänkande (SOU 2004:68) lägger Äldrevårdsutredningen fram förslag som syftar till att åtgärda brister när det gäller kvalitet och kontinuitet i vården och omsorgen om personer med svåra och komplexa sjukdomstillstånd. Förslagen avser åtgärder för att åstadkomma en sammanhållen hemvård med kommunen som huvudman, förstärka läkarmedverkan i hemvården samt förbättra samverkan mellan kommun och landsting om den enskildes vård och omsorg. Förslagen bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Fler äldre får hemtjänst i stället för att flytta till särskilt boende. Den tidigare trenden att andelen äldre med små insatser minskar och andelen äldre med stora insatser ökar har inte fortsatt. Med stigande ålder ökar behoven av insatser från äldreomsorgen vilket särskilt är fallet för personer 80 år och äldre. När det gäller den framtida utvecklingen av äldres hälsa och funktionsförmåga har Socialstyrelsen i en rapport redogjort för utvecklingen fram till i dag. I en särskild studie har en jämförelse gjorts av äldres hälsa och funktionsförmåga, samt vårdbehov och omsorgsgivare för dem med omsorgsbehov. Mellan åren 1988 och 2003 har äldres rörelseförmåga förbättrats, en mindre andel rapporterar att de behöver hjälp med hushållssysslor. Särskilt markant är minskningen av andelen män som behöver hjälp med tvätt och bad/dusch och matlagning. Frånsett behovet av hjälp med matlagning finns en liknande trend för kvinnor. Enligt Socialstyrelsen kan en av förklaringarna vara de äldres förbättrade funktionsförmåga. Andra faktorer är förbättringar i bostäder som kan minska beroendet av andra personer samt ökade kunskaper om hushållsgöromål och tillgång till hushållsapparater.

Nedläggningar av särskilda boenden sker av olika skäl samtidigt som de flesta kommuner anger att behovet av särskilda boendeformer är täckt eller kommer att täckas under de närmaste åren

8.6 Politikens inriktning

Att människor ska kunna åldras i trygghet och oberoende är en av välfärdssamhällets kärnuppgifter. De demografiska förändringarna inne-

bär de kommande åren stora utmaningar för äldreomsorgen. För kunna erbjuda morgondagens äldre kvinnor och män en god vård och omsorg prioriterar regeringen de närmaste åren att åtgärda aktuella brister inom äldreomsorgen och att skapa förutsättningar för en äldreomsorg av god kvalitet.

En modern äldreomsorg med god förmåga att möta morgondagens ökande behov måste redan nu förberedas genom insatser som ger en stabil grund för framtiden. Den viktigaste resursen inom äldreomsorgen är personalen. En förutsättning för utveckling av kvaliteten är att personalen har nödvändig kompetens. Kompetensen byggs upp genom en god grundutbildning och effektiva system för lärande i arbetslivet. Regeringen har via Kompetensstegen tagit initiativ till att i nära dialog med kommunerna stimulera till vidareutbildning för personal inom omsorgen om äldre genom ett verksamhetsnära lärande.

Som en del i regeringens åtgärds paket mot arbetslösheten görs nu en satsning för att höja den grundläggande kompetensen för omvårdnadspersonal och att ge fler anställda specialiserade kunskaper för avancerade uppgifter. Kommunerna erbjuds genom kreditering på skattekonto stöd med 800 kronor per dag till kostnader för vikarier som ersätter personer som deltar i vårdinriktad grund- eller vidareutbildning. För utbildningskostnader uppgår stödet till 1 000 kronor per utbildningsvecka. Genom denna satsning blir det årligen möjligt för minst 5 000 anställda att genomgå en grundläggande eller specialiserad utbildning för sitt yrke samtidigt som 10 000 arbetslösa personer ges anställning som vikarier. Satsningarna på kompetens ökar också vårdenens status vilket gör det lättare att behålla kompetent personal samtidigt som det underlättar framtida nyrekryteringar. Den successivt ökande kompetensen bidrar till att en stabil grund läggs för en kontinuerlig kvalitetsutveckling. Kompetensstegens arbetssätt och etablerade kontaktnät är mycket värdefullt. Detta ökar möjligheterna att i en effektiv dialog med kommunerna åstadkomma en snabb start av utbildningar och anställning av vikarier. Regeringen avser därför att ge Kompetensstegen ansvar för inriktning och ledning även i denna satsning.

Det är viktigt för utvecklingen av äldreomsorgen att kunskaperna om äldre och om effektiva metoder i vård och omsorg ökar.

Regeringens satsning på forskning och utveckling inom äldreområdet har gett goda resultat. Effekterna av forsknings- och utvecklingsarbetet börjar bli påtagliga i verksamheterna. Ett vetenskapligt grundat synsätt och en ökad insikt hos personal, ledning och politiker om behovet av gemensam verksamhetsutveckling över huvudmannaskapsgränserna lyfts fram. Utveckling av yrkesskicklighet, instrument för planering och professionella nätverk för kompetensutveckling bidrar till en högt värderad nytta av FoU-arbetet. För äldre har projekt om exempelvis det sociala innehållet i vård och omsorgsarbete, äldres mat och måltider liksom läkemedel och medicinering fått en gynnsam inverkan på deras tillvaro. Samverkan med brukarorganisationer och pensionärer har utvecklats genom brukarråd och andra mötesplatser. Samarbetet med universitet och högskolor utvecklas till ömsesidig nytta. FoU-enheterna bedöms bedriva en omfattande och ändamålsenlig verksamhet. Intentionerna med stimulansbidragen anses vara uppfyllda genom de resultat som kan uppvisas. Regeringen bedömer att den pågående FoU-satsningen inom äldreområdet har stort värde för utvecklingen.

Rättssäkerhet utgör en fundamental del i ett gott bemötande av äldre människor. Det är inte acceptabelt att äldre människor inte får sin ansökan beviljad trots konstaterade behov eller att ett gynnsamt beslut inte verkställs därför att resurser saknas. Det är viktigt att bevaka att rättssäkerheten inte sätts ur spel särskilt för svaga grupper som personer med demenssjukdom.

För att värna äldre människors trygghet och rättssäkerhet är det också viktigt att äldreomsorgen fortlöpande granskas och att äldre som vill klaga kan vända sig till en oberoende part. Länsstyrelsernas tillsyn har genom de nya äldreskyddsombuden kraftigt kunnat utökas. Utvecklingen leder till ökat samarbete mellan länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsyn och därmed bättre förutsättningar för helhetssyn inom vård och omsorg för äldre.

Under kommande år förväntas antalet personer med utländsk bakgrund som är i behov av äldreomsorg att öka. Det är angeläget att kompetensutvecklingen, forsknings- och utvecklingsarbetet och frågorna om stöd till anhöriga särskilt uppmärksammar situationen för kvinnor och män med utländsk bakgrund och dem som tillhör de nationella minoriteterna. För att få bättre kunskap och bättre kunna möta personer

med annan etnisk bakgrund har regeringen tagit initiativ till möten mellan olika etniska organisationer och myndigheter med ansvar för äldreomsorgen.

För de äldre som har flera svåra sjukdomar och en hög grad av beroende av andra är en god samverkan mellan kommuner och landsting nödvändig. Vården och omsorgen för de allra äldsta och svagaste är ett av äldrepolitikens viktigaste områden.

Tilltron till och tryggheten i vård och omsorg för äldre behöver återupprättas. Frågor om bland annat kvalitet, tillgänglighet, bemötande, jämställdhet och inflytande behöver ges ökad uppmärksamhet. Genom de satsningar som regeringen genomför inom kompetensområdet läggs en stabilare grund för den fortsatta kvalitetsutvecklingen. Regeringen har tagit initiativ till en nationell utvecklingsplan för äldreomsorgens långsiktiga utveckling med en åldrande och mångkulturell befolkning.

Förstärkt stöd till anhöriga

Anhöriga som hjälper och vårdar närstående utgör en viktig resurs för såväl den hjälpbehövande som för samhället. De anhörigas insatser är frivilliga och det finns inte någon lagstadgad skyldighet för makar sammanboende eller barn att vårda sina närstående. Det är inte möjligt för en kommun att avslå en ansökan om exempelvis korttidsboende med hänvisning till att behovet kan tillgodoses genom en anhörigs insats. För de som väljer att helt eller delvis vårda sin närstående är det viktigt att få stöd i sin roll som anhörigvårdare.

Vid utskottets behandling av budgetpropositionen för 2005 (bet. 2004/05:SoU1) föreslog utskottet ett tillkännagivande till regeringen. Utskottet anförde följande: Utskottet vidhåller sin tidigare bedömning att det behövs en kraftfull utveckling av olika former för avlastning, stöd och utbildning till närstående. Det påbörjade utvecklingsarbetet måste fortsätta och vidareutvecklas.

Mot bakgrund av vad riksdagen framfört vill regeringen ytterligare understryka behovet av att vidareutveckla stödet till anhöriga som hjälper och vårdar en närstående. Insatserna skall bland annat syfta till att underlätta anhörigas situation, såväl fysiskt och psykiskt som socialt. Uppföljning av tidigare stimulansbidrag för anhörigstöd visar bland annat att kommunerna har svårigheter att nå anhörigvårdare bl.a. de med

utländsk bakgrund. Genom förebyggande och uppsökande arbete bland äldre kan anhörigvårdare som inte tidigare är kända av kommunen och vars behov av stödinsatser inte uppmärksammas nås.

För att förstärka och förbättra anhörigstödet avsätter därför regeringen ytterligare 100 miljoner kronor årligen. Av de sammanlagt 125 miljoner kronor som från och med 2006 utgår för detta ändamål avser 100 miljoner kronor årligen fortsatt utveckling av stödformer för närstående. Frivilliga och ideella krafter har en viktig roll i stödet till anhörigvårdare. Ett sätt att nå och stödja anhörigvårdare är att stimulera kommunerna att utveckla verksamhet vid frivillig- och anhörigcentraler. Här kan anhörigvårdare få stöd i sin situation och frivilliga kan knytas till personer i behov av stödinsatser. Mot denna bakgrund avsätts 20 miljoner årligen för försöksverksamhet med nya former för samverkan med frivilliga organisationer. Pensionärsorganisationerna och anhörigorganisationerna spelar också en betydelsefull roll för många anhöriga. Anhörigorganisationerna har bland annat telefonjour dit anhöriga kan vända sig för råd och stöd. Pensionärsorganisationerna har verksamhet med framförallt ett socialt innehåll som kan verka förebyggande. Ytterligare 5 miljoner kronor tillförs därför pensionärs- och anhörigorganisationerna för att öka deras möjligheter att ge stöd till anhöriga. Tillsammans med det stöd som utgår inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården möjliggör förstärkningen reella förbättringar i stödet till dem som vårdar en anhörig.

8.7 Budgetförslag

8.7.1 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tabell 8.5 Anslagsutveckling 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2004	Utfall	36 079		4 128
2005	Anslag	51 446 ¹	Utgifts-prognos	50 755
2006	Förslag	155 137		
2007	Beräknat	155 137		
2008	Beräknat	126 137		

¹Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Anslaget omfattar vissa insatser inom äldreområdet i enlighet med riksdagens beslut med anledning av regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98 SoU 24, rskr 1997/98:307). Fr.o.m. 2001 omfattar anslaget även bidrag till pensionärsorganisationer.

Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Regeringen föreslår att Socialstyrelsen under 2006 skall ha möjlighet att ingå ekonomiska förpliktelser i samband med stöd till utveckling av regionala forsknings- och utvecklingscentra som medför utgifter på högst 20 000 000 kronor efter 2006.

År 2005 beslutade regeringen i enlighet med bemyndiganden om ekonomiska åtaganden i budgetpropositionen för 2005 om stöd till utveckling av longitudinella områdesdatabaser med 10 000 000 kronor årligen 2005-2007. Under 2006 ingås inga nya åtaganden för detta ändamål.

Tabell 8.6 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2004	Prognos 2005	Förslag 2006	Beräknat 2007	Beräknat 2008-
Utestående åtaganden vid årets början	22 800	0	20 000	30 000	-
Nya åtaganden	0	30 000	20 000	-	-
Infriade åtaganden	-22 800	-10 000	-10 000	-20 000	-10 000
Utestående åtaganden vid årets slut	0	20 000	30 000	-	-
Erhållet/föreslaget bemyndigande	10 000	20 000	30 000	-	-

Regeringens överväganden

Inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken 1999–2001, beviljades stimulansbidrag bl.a. för uppbyggnad och utveckling av 15 regionala forsknings- och utvecklingscentra. Genom nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården 2002 – 2004 förlängdes satsningen och omfattade 18 FoU-enheter. Fr.o.m. 2005 utgår det statliga stödet med 10 miljoner kronor per år (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01: SoU5, rskr. 2000/01:53).

I samband med riksdagens behandling av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken beslutades att bidrag skulle utgå för utveckling av longitudinella områdesdatabaser. Detta är en långsiktig satsning som syftar till att beskriva och över tid följa äldres hälsa, funktionsförmåga och behov av vård och omsorg. Fyra huvudmän har beviljats medel för uppbyggnad av longitudinella databaser (SNAC). Fr.o.m. 2005 avsätts 10 miljoner kronor per år för verksamheten.

De särskilda stimulansbidragen för utveckling av stöd till anhöriga som hjälper och vårdar en närstående, Anhörig 300, som utgick i samband med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, innebär att ett omfattande utvecklingsarbete påbörjades. I samband med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården angavs att en fortsatt utveckling av stödformer bör ske inom ramen för handlingsplanen. Under perioden 2005 till 2007 avsätts därför 25 miljoner kronor per år för det fortsatta utvecklingsarbetet. Från och med 2006 avsätts ytterligare 100 miljoner kronor per år för att stärka utvecklingsarbetet varav 75 miljoner kronor skall användas för utveckling av stödinsatser riktade till anhöriga, 20 miljoner kronor satsas på utvecklad samverkan med frivilliga och ideella krafter samt 5 miljoner kronor till ett ökat stöd till pensionärs- och anhörig organisationerna.

Pensionärsorganisationer kan erhålla statsbidrag i enlighet med förordningen (1994:316) om statsbidrag till pensionärsorganisationer. Under 2005 har fem rikstäckande pensionärsorganisationer erhållit bidrag. Från anslaget fördelar regeringen också bidrag till vissa andra organisationer som företräder äldres intressen.

Som en del i regeringens åtgärds paket för att få ned arbetslösheten görs en tvåårig satsning för att höja den grundläggande kompetensen för omvårdnadspersonal och för att ge fler anställda specialiserade kunskaper för avancerade uppgifter. Kompetensstegen, den kommitté som under 2005 till 2007 har i uppdrag att stimulera och stödja kommunala projekt med inriktning på bl.a. vård- och omsorgspersonalens kompetensutveckling, ges ansvar för inriktning, ledning och uppföljning även i denna satsning. För detta ändamål ökas anslaget med 4 miljoner kronor under 2006 respektive 2007.

Anslaget minskas med 309 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- och investeringsändamål.

Tabell 8.7 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor			
	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	51 446	51 446	51 446
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	103 691	103 691	74 691
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	155 137	155 137	126 137

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 155 137 000 kronor anvisas under anslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 155 137 000 kronor respektive 126 137 000 kronor.

9 Politikområde Socialtjänstpolitik

9.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser inom verksamhetsområdena Individ- och familjeomsorg samt Statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvård. Det är fråga om insatser för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället, t.ex. kvinnor och män med behov av ekonomiskt bistånd, flickor och pojkar och familjer i socialt utsatta situationer, hemlösa, personer med missbruksproblem, prostituerade och kvinnor som utsätts för hot och våld. Ansvaret för att kvinnor och män, flickor och pojkar i socialt utsatta situationer får det stöd och den hjälp de behöver vilar enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) på kommunen. Det rör sig bl.a. om bistånd i form av ekonomiskt bistånd, vård av barn och unga, vård av personer med missbruksproblem samt åtgärder för andra utsatta grupper i samhället. Statens insatser inom politikområdet består främst av lagstiftning, tillsyn, uppföljning och utvärdering, vissa stimulansbidrag samt det utvecklingsarbete som bedrivs av myndigheterna.

Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för den statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvården som sker utan eget samtycke enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), vård av unga enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt lagen (1998:603) om slutna ungdomsvård (LSU). Socialstyrelsen är central expert- och tillsynsmyndighet på socialtjänstens område. De har bl.a., tillsammans med länsstyrelsen, ett tillsynsansvar. Under politikområdet redovisas också bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

År 2006 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till cirka 1 150 miljoner kronor.

9.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2005 till 2007 beräknas utgifterna för politikområdet öka med cirka 345 miljoner kronor, huvudsakligen till följd av förstärkta insatser inom missbrukarvården samt för våldsutsatta kvinnor och deras barn.

Tabell 9.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2004	Budget 2005 ¹	Prognos 2005	Förslag 2006	Beräknat 2007	Beräknat 2008
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	81,0	216,9	214,0	365,1	521,6	170,6
18:2 Statens institutionsstyrelse	729,7	754,7	732,0	774,8	771,3	773,5
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	9,9	10,0	9,9	9,9	9,9	0,0
Totalt för politikområde Socialtjänstpolitik	820,7	981,6	955,8	1 149,8	1 302,8	944,0

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/05:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

9.3 Mål

Målet för politikområdet är:

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer,
- att stärka skyddet för utsatta barn.

9.3.1 Mål och villkor

Socialtjänstpolitiken är för sin måluppfyllelse i mycket hög grad beroende av måluppfyllelsen inom andra politikområden. Socialtjänsten utgör ett komplement till de generella ekonomiska stödssystemen för flickor och pojkar, kvinnor och män som av olika skäl är i behov av särskilt stöd. Socialtjänsten har utöver sin servicefunktion och sitt ansvar för behovsprövade stöd- och hjälpåtgärder också befogenheter till myndighetsutövning, t.ex. när det gäller att ingripa till skydd för flickor och pojkar i utsatta situationer. Personer utanför arbetsmarknaden skall få stöd för att så snabbt som möjligt komma in på arbetsmarknaden.

9.4 Insatser

9.4.1 Insatser inom politikområdet

Verksamhetsområde Individ- och familjeomsorg

Socialstyrelsen arbetar kontinuerligt för att stimulera och stödja socialtjänstens arbete. En utgångspunkt för Socialstyrelsens insatser är resultatet av länsstyrelsernas tillsyn. Tillsynen skall bidra till att lagstiftningen inom socialtjänstens område och intentionerna i denna efterlevs av kommuner, entreprenörer och enskilda som driver tillståndspliktig verksamhet. Tillsynen skall även stimulera planering samt metodutveckling inom socialtjänsten. Under 2004 har länsstyrelserna genomfört 361 verksamhetstillsyner inom området barn och familj inklusive familjerätt, 130 verksamhetstillsyner inom missbruksområdet och 130 verksamhetstillsyner inom området ekonomiskt bistånd.

Socialtjänstens insatser bör i betydligt högre utsträckning än i dag vara baserade på kunskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen har

därför haft regeringens uppdrag att ge nationellt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten vilket har redovisats under året. Regeringen har med anledning av detta tilldelat Socialstyrelsen sju miljoner kronor för att genom Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, IMS, ge fortsatt nationellt stöd till kunskapsutvecklingen.

Socialtjänsten spelar en viktig roll för att möjliggöra jämställdhet i samhället. Jämställdhetsperspektivet är också viktigt för att utveckla socialtjänstens arbete. Socialstyrelsen har givit ut ett meddelandeblad, Ett första steg mot en jämställd socialtjänst, för att underlätta och stödja jämställdhetsintegrering inom socialtjänsten. Socialstyrelsen har även givit ut en checklista för detta arbete.

Regeringen anser att den sociala tillsynen behöver stärkas och göras tydligare för att tillsynsfunktionen skall bli mindre sårbar och för att tillsynen skall fungera samordnat, strukturerat och effektivt med ett tydligt jämställdhetsperspektiv. Regeringen har därför tillkallat en särskild utredare (dir. 2004:178, dir. 2005:87) med uppdrag att se över, analysera och överväga förändringar i organisationen av och ansvarsfördelningen när det gäller den statliga tillsynen inom socialtjänstens område. Utredaren skall redovisa sitt arbete senast den 1 juli 2007.

Socialstyrelsen har tidigare, på regeringens uppdrag, kartlagt i vilka situationer och i vilka ärenden en persons sexuella läggning kan ha betydelse för bemötandet inom socialtjänsten. Under året sprids resultatet av denna kartläggning till landets kommuner i form av regionala konferenser.

Länsstyrelserna förfogar sedan början av 1990-talet över medel för stöd till kommunernas arbete med att utveckla öppenvård för ungdomar som riskerar att utveckla eller redan har utvecklat ett missbruk och för vuxna personer med missbruksproblem. Under 2004 har 95 projekt fått ekonomiskt stöd. Av dessa avsåg 43 ungdomsvård, 38 missbrukarvård, 7 personalutbildning samt 7 dokumentation och utvärdering.

Med anledning av naturkatastrofen i Sydostasien har Socialstyrelsen fått regeringens uppdrag att tillsammans med länsstyrelserna bl.a. följa upp hur det psykosociala stödet till barn, ungdomar och vuxna, som drabbats av naturkatastrofen fungerar inom socialtjänstens områden samt hur de kort- och långsiktiga behoven

ser ut ur ett antal aspekter. Socialstyrelsen lämnade i slutet av april 2005 en första lägesrapport. Uppdraget skall slutredovisas senast den 1 december 2006.

Personer i ekonomiskt utsatta situationer

Socialtjänstens försörjningsstöd bör i högre grad utformas så att det stimulerar till arbete och utbildning. Därför tillkallades i februari 2005 en särskild utredare (dir. 2005:10) för att göra en översyn av de insatser samhället erbjuder personer i arbetsför ålder som är beroende av socialtjänstens försörjningsstöd och som med hjälp av olika insatser bedöms kunna få arbete. Utredaren ska lämna förslag på åtgärder som underlättar övergången från bidragsberoende till försörjning genom eget arbete. Övergripande utgångspunkter för utredningen är att samhällets resurser ska utnyttjas effektivt med tydliga incitament för både individ och samhälle så att etableringen på arbetsmarknaden sker utan dröjsmål. För yngre personer ska utbildningsinsatser eller andra etableringsvägar särskilt beaktas och för nyanlända invandrade ska särskilt beaktas de särskilda behov av insatser dessa personer kan ha. Utredaren skall redovisa sitt uppdrag senast den 1 november 2006.

År 1998 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen (2001:453, 4 kap. 4 §) som gör det möjligt för socialnämnden att begära att den som får försörjningsstöd i vissa fall och under viss tid ska delta i av nämnden anvisad praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet om han eller hon inte har kunnat beredas någon lämplig statlig arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Lagen riktar sig främst till ungdomar som inte fyllt 25 år. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att redovisa hur den nya bestämmelsen tillämpas. Uppdraget redovisades till regeringen i maj 2005.

För att förebygga och motverka vräkning av barnfamiljer tillkallade regeringen i oktober 2004 en särskild utredare (dir. 2004:145) med uppgift att analysera och lämna förslag till hur socialtjänstens insatser för dessa familjer kan utvecklas. Uppdraget skall redovisas den 30 oktober 2005.

Barn i utsatta situationer

Den särskilda utredare som tillkallats för att ytterligare stärka skyddet av flickor och pojkar som vårdas i hem för vård eller boende (HVB) presenterade sitt betänkande i juli 2005 (SOU 2005:65). Utredningen föreslår att bestämmelser

om obligatorisk registerkontroll skall införas av den som man avser anställa vid HVB som tar emot barn eller unga. Förslagen bereds för närvarande.

I oktober 2004 redovisade Socialstyrelsen ett antal regeringsuppdrag som gavs med utgångspunkt från propositionen "Stärkt skydd för barn i utsatta situationer" (prop. 2002/03:53). Ett förslag handlar om utformningen av ett nationellt riskbarncentrum, för att samordna myndigheternas arbete på nationell nivå med kunskaps-spridning och metodutveckling när det gäller barn och ungdomar som varit utsatta för övergrepp. Förslaget i denna del har överlämnats till Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén (dir. 2003:76, dir. 2005:20) som skall redovisa sitt betänkande senast den 1 oktober 2005. Vidare presenterades ett förslag till system för dödsfalls- och skadeutredningar med syfte att öka kunskaperna samt förbättra och utveckla arbetet med utsatta barn i de fall där barn har dött p.g.a. mord, dråp eller misshandel eller har lidit allvarlig skada till följd av misshandel. Förslaget bereds för närvarande i Regeringskansliet. Ett annat förslag rörde ett system för att utifrån patient- och dödsorsaksregistren vart femte år redovisa statistik över avsiktligt våld mot barn. I enlighet med förslaget har regeringen givit Socialstyrelsen ett uppdrag i regleringsbrevet för 2005. Slutligen presenterades ett förslag till övergripande strategi för samverkan i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Strategin har tagits fram i samverkan med Rikspolisstyrelsen och Myndigheten för skolutveckling. Förslaget bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

De allmänna råd som Socialstyrelsen tog fram under 2003 om anmälningsskyldigheten har under 2004 kompletterats med en handbok, Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn. Vidare har Socialstyrelsen under 2004 färdigställt Föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens utredning och fastställande av faderskap (SOSFS 2004:16). Utöver de allmänna råden har också en handbok utarbetats.

För att sprida kunskap om vårdnad, boende och umgänge samt informera om den handbok som tagits fram till stöd för socialtjänstens handläggning och rättstillämpning i dessa frågor anordnade Socialstyrelsen under 2004 fem regionala konferenser. Vid konferenserna gavs också fördjupad kunskap om samarbetsavtal, om ärenden vid familjerätten där det förekommit

våld samt om samtal med barn. Vidare har Socialstyrelsen under 2004 publicerat en kunskaps-sammanställning, Samtal med barn i socialtjänsten.

I många kommuner pågår utvecklingsarbete för att förbättra socialtjänstens barnavårdsutredningar. Ett exempel är projektet BBIC (Barnets behov i centrum) som Socialstyrelsen bedriver tillsammans med sju kommuner och kommundelar. Under 2004 publicerades tre delutvärderingar som visade att föräldrar och barn är positiva till projektet. Det nationella genomförandet beräknas börja i slutet av 2005.

Utredningen om kunskap om sexuellt exploaterade barn i Sverige överlämnade sitt slutbetänkande till regeringen i juni 2004 (SOU 2004:71). Ett av förslagen var att all den kunskap som utredningen tagit fram på området skall sammanställas och spridas. Med anledning av förslaget har regeringen tilldelat Stiftelsen Allmänna Barnhuset särskilda medel för att sprida kunskap och genomföra regionala konferenser om sexuell exploatering i Sverige. Den sista av fyra regionala konferenser äger rum i Sundsvall den 30 november 2005.

Inom ramen för Östersjösamarbetet (CBSS) pågår ett särskilt samarbete kring utsatta barn i regionen. Den 9–10 maj 2005 anordnades en ministerkonferens i Oslo för att diskutera hur man kan utveckla arbetet. Vid konferensen behandlades en rad frågor, såsom hur barn på institution kan få det bättre och hur man kan motverka handel med barn och stödja de barn som drabbats.

Med anledning av att det förekommer att barn som har sin hemvist i Sverige placeras utomlands av sina vårdnadshavare för utbildning eller fostran och att vissa av dessa barn söker sig till svenska ambassader och konsulat för att få hjälp med att återvända till Sverige, har Socialstyrelsen i november 2004 sammanställt information om hur dessa ärenden skall handläggas inom socialtjänsten. Informationen har sammanställts i ett meddelandeblad, Handläggning inom socialtjänsten av ärenden då barn med hemvist i Sverige söker hjälp hos svenska utlandsmyndigheter.

Våldsutsatta kvinnor

Staten stöder kvinnojourer och andra organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor, främst kvinnojourernas två riks-

organisationer. År 2005 fördelades nästan 15 miljoner kronor till dessa.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag under 2005 utformat skriftlig information till bland annat socialtjänsten i dess arbete med personer som har skyddade personuppgifter. De flesta som har skyddade personuppgifter är kvinnor som lever under hot från en före detta make eller sambo. Många av dessa kvinnor har barn som särskilt behöver uppmärksammas inom socialtjänsten.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att inventera i vilken utsträckning det finns handlingsplaner i kommunerna för arbetet med våldsutsatta kvinnor. Uppdraget skall redovisas senast den 30 oktober 2005.

En särskild utredare har tillkallats för att göra en översyn av socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor (dir. 2005:32). Utredaren skall kartlägga och analysera hur kommunernas stöd till våldsutsatta kvinnor och deras barn ser ut. Vidare skall utredaren analysera vad kommunernas ansvar för våldsutsatta kvinnor enligt socialtjänstlagen innefattar. Med utgångspunkt i dessa analyser skall utredaren lämna förslag till hur socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor och deras barn bör vara utformat för att det skall motsvara kommunernas ansvar samt till hur stödet kan stärkas och förbättras. Uppdraget skall redovisas senast den 30 juni 2006.

Regeringen har sedan tillkomsten av Rikskvinnocentrum lämnat ekonomiskt stöd till dess verksamhet. En särskild utredare har i december 2004 presenterat ett förslag till formerna för en ombildning av Rikskvinnocentrum till ett nytt nationellt kunskapscentrum, samt till finansieringen av centrumet. Från och med 2004 finns 9,2 miljoner kronor avsatta för Rikskvinnocentrums verksamhet. Utredaren har även lämnat förslag till hur en nationell kristelefon för kvinnor som utsatts för mäns våld kan inrättas. Förslaget bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Socialstyrelsen har under 2005 presenterat en lägesbeskrivning avseende kvinnor med psykiska funktionshinder som utsätts för våld. Rapporten tar bl.a. upp omfattning, bemötande, rättsliga aspekter och goda exempel på arbetsätt. Lägesbeskrivningen skall bidra till en ökad helhetssyn på hur dessa kvinnors nuvarande situation ser ut och vilka behov av ytterligare stöd och insatser som finns. Rapporten vänder

sig främst till verksamma inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Under 2003 och 2004 har länsstyrelserna fördelat medel till kommunerna för att de skall utveckla insatser bland annat för missbrukande kvinnor som utsätts för våld, barn i familjer där våld och övergrepp mellan vuxna förekommer och ungdomar som riskerar att utsättas för hedersrelaterat våld.

I mars 2005 redovisade Socialstyrelsen gemensamt med länsstyrelserna två regeringsuppdrag, dels en samlad lägesrapport om länsstyrelsernas insatser – Länsstyrelsernas insatser mot hedersrelaterat våld, delrapport 2003–2004, dels rapporten Nationellt konsultativt stöd för socialtjänst och andra verksamheter i arbetet mot hedersrelaterat våld med förslag om hur ett sådant stöd skulle kunna utformas.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag under 2005 utformat skriftlig information till kommunerna om de rättigheter som enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52) gäller för de personer som vistas i landet med stöd av ett uppehållstillstånd mot bakgrund av att de är offer för människohandel. Uppdraget omfattade även information om kommuners möjlighet att ansöka om ersättning för uppkomna kostnader i samband med stöd till dessa personer.

Missbruk och hemlöshet

Riksdagen har givit regeringen till känna (Prop. 2004/05:1, Skr. 2003/04:172 och 2003/04:RRS11, bet. 2004/05:SoU1) att redovisa åtgärder i syfte att förbättra situationen för de mest utsatta i samhället. Regeringen har bl.a. mot bakgrund av detta vidtagit nedanstående åtgärder.

Ett kontrakt för livet

Regeringen påbörjade 2005 en treårig satsning på missbrukarvården som går under benämningen Ett kontrakt för livet. Satsningen innebär ett riktat statsbidrag till missbrukarvården för att stimulera kommuner och andra aktörer att utveckla och stärka missbrukarvården. Syftet är att underlätta för personer med missbruksproblem att få sina vårdbehov tillgodosedda. Statsbidraget omfattar sammanlagt 820 miljoner kronor under 2005 till 2007, varav 120 miljoner kronor är avsedda för insatser inom kriminalvården. 300 miljoner kronor av bidraget har

avsatts för en förstärkning av vården enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). De kommuner som åtar sig att aktivt medverka i vårdplaneringen och att följa upp LVM-vården med fortsatta vårdinsatser samt bostad, sysselsättning och psykosocialt stöd skall få sin avgift väsentligt reducerad under den tid som vård i annan form enligt 27 § LVM pågår. Statens institutionsstyrelse har regeringens uppdrag att genomföra satsningen. På regeringens uppdrag påbörjades därutöver under 2004 en treårig försöksverksamhet med en modell för en förstärkt vårdkedja i LVM-vården som omfattar ett begränsat antal kommuner/kommundelar och LVM-hem. Sju miljoner kronor årligen går till projektet. För den resterande delen av satsningen, som skall genomföras med 100 miljoner kronor 2006 och 250 miljoner kronor 2007, har en särskild utredare fått i uppdrag att lämna förslag till en vårdöverenskommelse mellan staten och kommunerna, där kommunernas åtaganden för att komma i åtnjutande av det riktade statsbidraget till missbrukarvården konkretiseras (dir. 2004:164). Förslaget skall syfta till att utveckla missbrukarvården och skapa bättre förutsättningar för fler kvalificerade och långsiktiga vårdinsatser. För att förbereda satsningen och skapa förutsättningar för kommunerna att leva upp till kraven på en sammanhållen vårdkedja har länsstyrelserna i uppdrag att under 2005 fördela 49,1 miljoner kronor till kommunerna.

Övriga insatser mot missbruk

Socialstyrelsen har fortsatt sitt långsiktiga projekt med att ta fram riktlinjer för missbrukarvården. Riktlinjerna baseras på kunskaps-sammanställningar som har gjorts av ett antal expertgrupper inom området. Sammanställningarna kommer att ligga till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet. Parallellt fortgår utvecklingen av en modell för att följa, stödja och utveckla kvaliteten i missbrukarvården utifrån ett antal kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen lämnar också stöd till utvecklingsprojekt inom missbrukarvården samt sammanställer rapporter och kunskapssammanställningar. Dessutom ger Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) stöd för användning av det systematiska bedömningsinstrumentet Addiction Severity Index (ASI), som är en standardiserad intervju metod för klienter med missbruksproblem.

Mobilisering mot narkotika har under 2005 fortsatt sina insatser för att förstärka missbrukarvården, bland annat projektet med fyra modellkommuner som prövar och utvärderar metoder för att utveckla narkomanvården samt den s.k. storstadssatsningen i Stockholm, Göteborg och Malmö. Syftet är att använda befintliga resurser optimalt för motivation, vård och behandling samt eftervård.

Den 1 juli 2005 trädde förändringar i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) i kraft. Ändringarna syftar till stärkt rättssäkerhet och innehåll i LVM-vården. Bland annat har reglerna för beredande av vård skärpts.

Regeringen överlämnade i juni en remiss till Lagrådet med förslag till särskilda smittskyddsåtgärder för injektionsmissbrukare. Förslaget innebär att ett landsting, efter tillstånd från Socialstyrelsen, får inrätta en verksamhet som innebär att intravenösa narkotikamissbrukare under vissa villkor får byta använda sprutor och kanyler till rena. Regeringen avser att överlämna ett lagförslag till riksdagen under hösten 2005.

Den 1 januari 1985 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för läkemedels-assisterad behandling av opiatmissbrukare i kraft. Det innebär bland annat att användningen av det relativt nya läkemedlet Subutex numera omfattas av samma regelverk som Metadon vilket har använts i reglerade former sedan slutet av 1960-talet.

Hemlöshet

Socialstyrelsen hade under 2002 till 2004 regeringens uppdrag att leda ett utvecklingsarbete för att utveckla metoder som motverkar hemlöshet. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att fortsätta detta arbete. Socialstyrelsen fick 2005 ett nytt regeringsuppdrag om hemlöshet där det ingår att fördela ytterligare 30 miljoner kronor under tre år till lokala hemlöshetsprojekt samt genomföra nationella kartläggningar av hemlösheten i landet. En nationell kartläggning av hemlöshetens omfattning genomförs 2005 och kartläggningen skall upprepas 2007.

Stärkt brukarperspektiv

Regeringen inrättade under hösten 2003 en delegation för brukarinflytande i sociala utvecklingsfrågor. Syftet är att stärka brukarinflytandet i genomförandet av den nationella handlingsplanen mot fattigdom och social utestängning

2003–2005 som har utarbetats inom ramen för EU-samarbetet. Delegationen, som leds av folkhälso- och socialtjänstministern, består av elva representanter för brukarna och deras organisationer, en representant från Socialstyrelsen och en representant från Sveriges Kommuner och Landsting. Delegationen utgör ett samrådsorgan mellan den offentliga sektorn och frivillig- och brukarorganisationerna i syfte att mobilisera samtliga aktörer i arbetet mot ekonomisk och social utsatthet. Under 2004 och 2005 har delegationen genomfört två seminarier med brukarfokus på missbruk, hemlöshet och psykisk sjukdom. Brukarperspektivet och brukarinflytande är också en viktig utgångspunkt i Socialstyrelsens arbete med att stödja utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst.

Verksamhetsområde Statligt bedriven ungdoms- och missbrukarvård

Ungdomsvård

Under 2004 hade Statens institutionsstyrelse (SiS) 35 särskilda ungdomshem i drift vilket var samma antal som året före. Antalet fastställda platser avsedda för ungdomsvård var 618 år 2004 vilket är en minskning från 636 platser 2003.

Det totala antalet enskilda ungdomar som togs in för ungdomsvård under 2004 var 984, varav 633 pojkar och 351 flickor. Under 2003 tog SiS in totalt 997 ungdomar. Det genomsnittliga antalet intagna var 542, vilket är en minskning från 2003 då antalet var 549.

Sluten ungdomsvård

Antalet fastställda platser för sluten ungdomsvård 2004 var 78 vilket är en ökning med tre platser jämfört med 2003. Totalt togs 123 ungdomar in för att verkställa sluten ungdomsvård 2004 jämfört med 97 intagningar 2003. Av de intagna var 116 pojkar och sju var flickor. Det genomsnittliga antalet inskrivna ungdomar var 85 vilket är en ökning jämfört med 2003 då det genomsnittliga antalet var 69.

Missbrukarvård

Under 2004 hade SiS 14 LVM-hem i drift vilket är samma antal som under 2003. Antalet fastställda platser vid LVM-hemmen 2004 var 331 vilket är en minskning från 2003 då antalet var 346. Det totala antalet enskilda klienter som

togs in under året var 976, varav 650 män och 326 kvinnor. År 2003 var antalet 1 028.

Det genomsnittliga antalet intagna var 266, en minskning från 2003 då antalet var 275.

9.4.2 Insatser utanför politikområdet

Insatser inom andra politikområden påverkar i hög grad välfärdsutvecklingen och socialtjänstens verksamhet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, eftersom socialtjänsten utgör samhällets yttersta skyddsnät. Här kan särskilt nämnas arbetsmarknadspolitiken, folkhälsopolitiken, hälso- och sjukvårdspolitiken, integrationspolitiken, den ekonomiska familjepolitiken, barnpolitiken, utbildningspolitiken, bostadspolitiken samt storstadspolitiken. Insatser inom dessa politikområden är viktiga också för att förebygga social utsatthet. Insatser för grupper som står längst bort från arbetsmarknaden och egen försörjning ingår som en del i de nationella handlingsprogrammen för sysselsättning och tillväxt som utarbetas av EU:s medlemsländer inom ramen för Lissabonstrategin.

Regeringen tillsatte i maj 2005 en nationell koordinator för snabbare etablering på arbetsmarknaden för ungdomar. Koordinators arbete ska bedrivas i nära samarbete med bland annat de statliga myndigheter som berörs. Arbetet ska slutredovisas senast den 30 november 2006.

Med anledning av rapporten Ekonomiskt utsatta barn aviserade regeringen i 2004 års ekonomiska vårproposition (prop. 2003/04:100) att en miljard kronor skall avsättas från 2006 för reformer för utsatta barn. Regeringen har i detta sammanhang lämnat propositioner till riksdagen med förslag på förbättringar inom underhållsstödet, bostadsbidraget och studiestödssystemet. Därutöver har regeringen i årets budgetproposition föreslagit förbättringar inom barnbidraget (se vidare avsnitt Ekonomisk trygghet för familjer och barn). Åtgärder för att stödja barn och unga i ekonomiskt utsatta familjer handlar därutöver om insatser inom en rad olika andra politikområden, såsom utbildning, hälso- och sjukvård, folkhälsa, konsumentpolitik m.fl. Inte minst har föräldrarnas möjligheter till arbete och egen inkomst stor betydelse för barns och ungas välbefinnande.

Vidare innehåller årets budgetproposition ett antal åtgärder för att stärka positionen på

arbetsmarknaden för grupper som har svag arbetsmarknadsförankring. Med början den 1 januari 2006 genomförs en tvåårig arbetsmarknadssatsning med inriktning på jobb och praktik, kompetenslyft i offentlig sektor, jobb åt arbetslösa akademiker samt förbättrad kontroll och matchning.

Kvinnofrid, människohandel och prostitution

En särskild utredare med uppdrag att följa upp och utvärdera de myndighetsgemensamma uppdrag och de uppdrag till enskilda myndigheter som gavs i samband med Kvinnofridsreformen 1998 redovisade sitt uppdrag i november 2004. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Regeringen tillsatte 2004 en interdepartemental arbetsgrupp med uppdrag att utarbeta ett förslag till en nationell handlingsplan för arbetet med att bekämpa människohandel och prostitution. Uppdraget skall vara genomfört hösten 2005.

Mottagande och stärkt skydd av ensamkommande barn

Från och med den 1 juli 2005 gäller en ny lag (2005:429) om god man för ensamkommande barn. Lagen innebär att det rättsliga skyddet stärks för barn som av flyktingskäl eller andra skäl kommer ensamma till Sverige och söker uppehållstillstånd här. Ensamkommande barn skall skyndsamt förses med en god man som träder i barnets förmyndares och vårdnadshavares ställe. Om barnet beviljas uppehållstillstånd i Sverige skall den gode mannen ersättas av en särskilt förordnad vårdnadshavare enligt reglerna i föräldrabalken.

I september överlämnade regeringen till Lagrådet en lagrådsremiss med förslag om att föra in särskilda bestämmelser om mottagande av ensamkommande barn i lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA). Det föreslås att det reella mottagandet av ensamkommande barn skall föras över till kommuner som träffat överenskommelse om detta med Migrationsverket. Migrationsverket skall behålla det övergripande ansvaret för mottagandet och anvisa en kommun som skall ordna boende för barnet. Lagändringarna föreslås träda ikraft den 1 juli 2006.

Föräldrastöd

Statens folkhälsoinstitut (FHI) fick i juni 2001 i uppdrag av regeringen att samla in, analysera och

sprida kunskap om hur föräldrastöd av olika slag kan utformas för att göra verklig nytta. FHI överlämnade i januari 2005 rapporten *Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd till regeringen*, i vilken lämnas förslag till föräldrastöd under olika delar av barnets uppväxt samt förslag till metoder och innehåll i föräldrautbildningen utifrån barnets utveckling och behov. Vidare belyses ansvarsfrågor och organisationsmodeller i kommunerna samt föreslås hur ett system med regionala stödcentra skulle kunna utvecklas. Rapporten bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Barnen i brottets skugga

I departementspromemorian *Barnen i brottets skugga* (Ds 2004:56) som Justitiedepartementet tagit fram under 2004 presenteras en rad olika åtgärder för att öka skyddet för barn som drabbas av brott och för att förebygga att barn och ungdomar dras in i kriminalitet. I promemorian föreslås bl.a. att barn som bevittnar våld i hemmet skall ges rätt till brottsskadeersättning från staten och att socialtjänstens ansvar för dessa barn skall tydliggöras genom att barnen skall betraktas som offer för brott. Dessa lagändringar föreslås träda i kraft under 2006.

Samverkan kring barn som utsatts för brott

I februari 2005 fick Åklagarmyndigheten i uppdrag att tillsammans med Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen medverka till etablering av flera försöksverksamheter med samverkan under gemensamt tak vid utredningar kring barn som misstänks vara utsatta för allvarliga brott, s.k. Barnahus. Uppdraget skall redovisas i mars 2008. En delredovisning skall ske i juni 2006.

Barn som har föräldrar intagna i häkte eller anstalt
Regeringen bedriver ett arbete som syftar till att förbättra situationen för barn med frihetsberövade föräldrar. I mars 2005 gav regeringen Kriminalvårdsstyrelsen i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen göra en analys av situationen för barn i samband med deras kontakter med en förälder som är intagen på häkte eller anstalt. Uppdraget skall redovisas senast den 15 mars 2006.

Vårdnadskommittén

Den parlamentariska vårdnadskommittén som tillsattes 2002 presenterade sitt betänkande i juni

2005 (SOU 2005:43). Kommittén lyfter bl.a. fram principen om att barnets bästa alltid skall beaktas i alla sammanhang som rör barn samt att barnets rätt att komma till tals i större utsträckning skall beaktas. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Påföljdsreform för unga lagöverträdare

Ungdomsbrottsutredningen (Ju 2002:14) har lämnat sitt betänkande (SOU 2004:122) *Ingripanden mot unga lagöverträdare*, vilket har remissbehandlats och för närvarande bereds inom Regeringskansliet.

9.5 Resultatredovisning

9.5.1 Mål

Målet för politikområdet är:

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer
- att stärka skyddet för utsatta barn.

9.5.2 Resultat

Verksamhetsområde Individ- och familjeomsorg

Socialstyrelsens uppdrag för kunskapsutveckling inom socialtjänsten fortsätter, bl.a. inom ramen för Institutet för metodutveckling i socialt arbete (IMS). Socialstyrelsens bedömning är att det händer mycket positivt på området, att engagemanget är stort i allt fler kommuner och att kvaliteten i verksamheterna ökar. Socialstyrelsen bedömer vidare att det krävs ett långt tidsperspektiv för nationella insatser inklusive strukturstöd och en utvecklad dialog om inriktning för att utveckla långsiktigt hållbara integrationsformer mellan utbildning, forskning och socialtjänst.

Socialstyrelsen har tidigare, på regeringens uppdrag, kartlagt i vilka situationer och i vilka ärenden en persons sexuella läggning kan ha betydelse för bemötandet inom socialtjänsten. Under året sprids resultatet av denna kartläggning till landets kommuner i form av regionala konferenser. Regeringen bedömer att detta arbete på ett värdefullt sätt har bidragit till

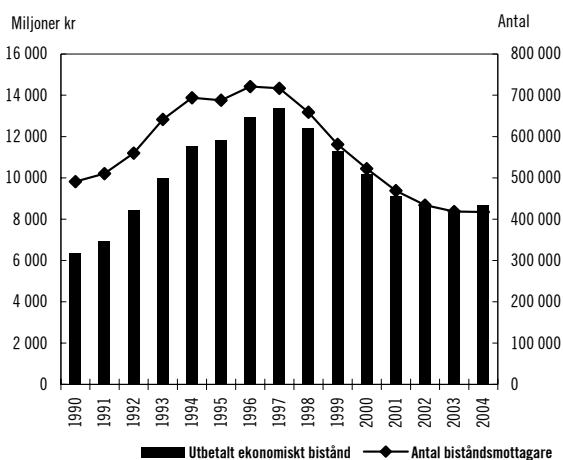
en ökad förståelse för och ett bättre bemötande av s.k. HBT-personer inom socialtjänstens verksamhetsområde.

Under en följd av år har många kommuner med hjälp av statliga projektbidrag utvecklat öppna vård- och behandlingsformer för ungdomar och personer med missbruksproblem. Medlen har fördelats av länsstyrelserna och följts upp av Socialstyrelsen. Ett omfattande utvecklingsarbete, riktat mot de avsedda målgrupperna, har bedrivits i kommunerna med stöd av utvecklingsmedlen. Olika öppenvårdsmodeller har utvecklats och nyskapande och kvalitetshöjande projekt har prioriterats i bidragsgivningen. Hänsyn har även tagits till behovet av insatser för särskilt utsatta eller underförsörjda målgrupper. Regionala FoU-enheter och högskolor har i ökande utsträckning medverkat i projektverksamheten och länsstyrelserna har genomfört utvärderingar för att mäta effekterna av den bedrivna projektverksamheten.

Delrapporten Lägesbeskrivning från tio kommuner tre månader efter tsunamin bygger på intervjuer med personer som haft hand om frågorna i kommunerna. I rapporten redovisas det kortsiktiga stödet till dem som drabbats. Krishantering har varit god i dessa kommuner, som tillhör de mest drabbade i landet. Det vanligaste kortsiktiga stödet har varit olika former av samtalsstöd. Den kritik som framförs i intervjuerna gäller informationen om hemtransporterna av personer från katastrofområdet.

Personer i ekonomiskt utsatta situationer

Diagram 9.1 Ekonomiskt bistånd



Källa: Socialstyrelsen

Målet om halvering av antalet socialbidragsberoende personer, mätt i s.k. helårsekivalenter har ännu inte uppnåtts. För en utförlig analys av utvecklingen av ekonomiskt bistånd, se Bilaga 3 Avstämning av målet om en halvering av antalet socialbidragsberoende mellan åren 1999–2004. Här lämnas endast en kortfattad beskrivning av utvecklingen.

Den positiva trenden mot allt lägre kostnader för ekonomiskt bistånd och färre biståndsmottagare som pågått sedan 1997 bröts under 2004, då kommunernas utbetalning av ekonomiskt bistånd (inklusive introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utländska medborgare) ökade med 5 procent från 2003 till 8,7 miljarder kronor. Samtidigt ökade kostnaderna för det långvariga biståndstagande med cirka 6 procent. Jämfört med 1997, då kostnaderna var som störst, har kostnaderna emellertid minskat med drygt en tredjedel uttryckt i fasta priser.

Under första halvåret 2005 minskade kostnaderna med 2 procent jämfört med samma period 2004.

Den övergripande bilden av utvecklingen under 2004 är att antalet biståndsmottagare var i det närmaste oförändrat medan biståndstiden blev längre och de genomsnittliga beloppen blev högre. Antalet biståndsmottagare uppgick till 418 000 år 2004. Biståndsmottagarna utgjorde 4,6 procent av befolkningen 2004 jämfört med hela 8,2 procent 1996. Den genomsnittliga biståndstiden uppgick till 5,7 månader och biståndsbeloppet till 38 000 kronor per hushåll.

Det var fortfarande vanligast förekommande med bistånd till ensamstående kvinnor med barn; 22 procent av samtliga ensamstående kvinnor med barn fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2004. Antalet ensamstående kvinnor med barn som fick bistånd fortsatte däremot att minska under 2004.

Den ökade biståndstiden avspeglas i en ökning av andelen personer som en längre tid fått försörjningsstöd (minst 10 månader under ett kalenderår), från 28 procent under 2003 till 32 procent under 2004. Långvarigt biståndsmottagande var i stort sett lika vanligt bland kvinnor som bland män. Knappt en tredjedel av biståndsmottagarna i åldern 18–64 år var arbetslösa utan arbetslöshetsersättning. För manliga biståndsmottagare i ålder 20–24 år var denna andel högst, drygt 60 procent under 2004.

Antalet barn som levde i ett biståndshushåll under 2004 varierar kraftigt i landet. Knappt vart

fjärde barn i Malmö, medan endast ett av hundra barn i Danderyd, levde i hushåll som beviljats ekonomiskt bistånd. För riket som genomsnitt var motsvarande andel drygt ett av tretton barn.

Det finns en nära koppling mellan behovet av ekonomiskt bistånd och sysselsättningsutvecklingen. Då sysselsättningen ökar minskar oftast behovet av ekonomiskt bistånd och vice versa. Den starka sysselsättningsökning som skedde under slutet av 1990-talet hade en positiv effekt på biståndsbehovet som då minskade. Under 2003 vände utvecklingen och sysselsättningen sjönk. Sysselsättningen bland ungdomar 16-24 år sjönk mer än för befolkningen i genomsnitt.

Även socialtjänstens arbets sätt har betydelse för biståndsutvecklingen. Under 1990-talet utvecklades allt fler aktiveringsprogram på kommunal nivå i syfte att underlätta för biståndsmottagare att få arbete. I dag finns ungefär 800 aktiveringsprogram i Sverige. Det saknas för närvarande systematisk kunskap om i vilken mån dessa program förbättrar deltagarnas chanser till självförsörjning. Socialstyrelsen har i uppdrag att lämna förslag på hur en nationell redovisning av socialtjänstens insatser för att stärka människors möjligheter till självförsörjning bör redovisas.

Resultatet av länsstyrelsernas tillsyn 2004 visar att det fortfarande finns en del brister i handläggningen av ekonomiskt bistånd. Det görs färre individuella bedömningar i handläggningen av det ekonomiska biståndet till följd av att kommunerna utvecklar ett alltmer standardiserat arbetssätt. Det riskerar att få till följd att barnens särskilda behov inte uppmärksammas i tillräckligt hög grad. En positiv utveckling är att det i många kommuner pågår ett målgruppsinriktat arbete för att hjälpa framförallt unga vuxna och långvarigt arbetslösa att bli självförsörjande. Arbetet bedrivs ofta i samarbete med arbetsförmedling och försäkringskassa.

Socialstyrelsens undersökning av kommunernas tillämpning av 4 kap. 4 § SoL visar att cirka 75 procent av kommunerna tillämpar bestämmelsen vid beslut om ekonomiskt bistånd. Bestämmelsen tillämpas på ungdomar som inte fått fäste på arbetsmarknaden och som inte fått någon arbetsmarknadspolitisk åtgärd eller kommit igång med en utbildning som kan leda till ett framtida arbete. Socialstyrelsens undersökning visar att de flesta kommuner erbjuder arbetsplatsförlagd praktik inom offentlig verksamhet. Många kommuner erbjuder även praktik inom privat näringsliv som ett alternativ och

några kommuner har angett verksamheter som beskrivs som en personlig eller praktisk arbetsförberedelse. Undersökningen visar också att många kommuner tillämpar bestämmelsen på alla arbetslösa som har försörjningsstöd, även de som är betydligt äldre än 25 år. Enligt undersökningen är det relativt ovanligt att kommunerna följer upp de insatser som görs enligt 4 kap. 4 § SoL.

Barn i utsatta situationer

Den sociala barn- och ungdomsvården har under de senaste åren genomgått stora förändringar. Antalet ärenden och insatser har ökat. Kvaliteten i arbetet har förbättrats genom ökad betoning av barnperspektivet och ett mer varierat utbud av insatser.

Ett antal brister har också konstaterats i den sociala barn- och ungdomsvården, bl.a. i länsstyrelsernas tillsynsverksamhet. Av den sociala tillsynsrapporten 2004 framgår att kommunerna fortfarande har svårt att rekrytera familjehem, kontaktfamiljer och kontaktpersoner. Länsstyrelserna ser även brister i kommunernas handläggning avseende anmälningar och utredningar av barn som far illa, exempelvis svårigheter att hålla utredningstider och brister i informationen till familjen. Systematiska utredningsmetoder och bättre kunskap om risk- och skyddsfaktorer efterfrågas. Flera länsstyrelser poängterar dock att medvetenheten om innebörden i barnperspektivet har ökat och fått en mer framträdande roll i barnavårdsutredningarna. I många kommuner pågår det ett utvecklingsarbete, både med avseende på innehållet i utredningarna och på utredningsmetoder, för att åstadkomma större öppenhet och delaktighet för barnet, familjen och det övriga nätverket. (Se även information om projektet BBIC, avsnitt Insatser inom politikområdet).

En annan utvecklingstrend är att arbetet utanför myndighetsutövning ökar. I vissa kommuner satsar socialtjänsten i allt högre grad på förebyggande och tidiga insatser. Barn, ungdomar och deras familjer får i dag kvalificerat stöd och behandlingsinsatser utan krav på föregående utredning och biståndsbeslut. Drivkraften är att socialtjänsten skall nå familjerna i ett tidigare skede och att den skall nå en bredare grupp som annars inte hade sökt sig till socialtjänsten. I ett antal kommuner har man öppnat familjecentraler som är en samlokalisering av öppen förskola, barnavårdscentral, barnmorske-

mottagning och socialtjänst. Nya metoder i form av strukturerade föräldrastödsprogram har också börjat växa fram.

Under året har Socialstyrelsen redovisat hur kommunernas skyldighet att tillhandahålla familjerådgivning fullföljts sedan familjerådgivningen blev ett kommunalt ansvar den 1 januari 1995. Socialstyrelsen konstaterar att det skett en omfattande utveckling. Från 1986 fram till 2003 har antalet familjerådgivningsärenden mer än fördubblats, från cirka 11 100 till 25 200. Antalet ärenden varierar kraftigt mellan länen. De kommunala familjerådgivarna är en erfaren och välutbildad yrkeskår. I behandlingsarbetet prioriteras framför allt det utåtriktade arbetet. Då väntetiden till familjerådgivning på många håll är lång kan inte alla få rådgivning inom rimlig tid. På många byråer tvingas man prioritera, som regel prioriteras småbarnsfamiljer, familjer som väntar barn samt familjer där det förekommer våld.

Den 1 november 2004 hade cirka 28 600 barn minst en registrerad öppenvårdsinsats. Av dessa var 45 procent flickor och 55 procent pojkar. Allt fler barn har fått öppenvårdsinsatser under de senaste åren. Kommunerna har i varierande grad och utformning byggt upp stöd och behandlingsinsatser i öppna former. Ofta har drivkraften varit att minska kostnaderna för institutionsvård.

Den 1 november 2004 var omkring 14 900 barn och ungdomar placerade i heldygnsvård, varav cirka 10 900 i familjehem och cirka 3 000 i hem för vård eller boende (HVB). Av dem som var placerade i heldygnsvård var 47 procent flickor och 53 procent pojkar. Familjehemsplaceringar var vanligare bland flickor än bland pojkar. Av samtliga flickor som var placerade den 1 november 2004 var 76 procent familjehemsplacerade jämfört med 70 procent av pojkarna. Av de flickor som var placerade var 19 procent placerade i HVB jämfört med 22 procent av pojkarna. Antalet placerade någon gång under 2004 var drygt 20 200. Det har skett en stabil ökning av antalet barn och unga i heldygnsvård de senaste tio åren, med omkring 2 procent per år. Mellan 2003 och 2004 har dock ökningen avtagit.

Kommunernas kostnader för socialtjänstens insatser till barn och unga 2003 var cirka 10,6 miljarder kronor. Merparten (drygt 70 procent) avsåg vård utanför det egna hemmet, antingen på institution eller i familjehem.

Kommunernas kostnader för insatser till barn och unga ökade med cirka 22 procent under 1999 till 2003. Kostnaderna för öppenvård ökade mest, med cirka 29 procent (i fasta priser), och kostnaderna för vård utanför det egna hemmet ökade med 19 procent.

Våldsutsatta kvinnor

Socialstyrelsen rapporterar att det pågår en fortsatt positiv utveckling av socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. Det finns länsövergripande nätverk som arbetat med kvinnskyddsfrågor och man har konferenser och temadagar på länsnivå. Många kommuner anordnar utbildning och allt fler kommuner antar handlingsplaner. Även om socialtjänstens arbete enligt länsstyrelsernas och Socialstyrelsens bedömning har förbättrats, finns det fortfarande mycket kvar att göra. På flera håll finns tydliga behov av tvärprofessionellt arbete och gränsöverskridande lösningar. Det gäller att hitta fungerande stödverksamheter för våldsutsatta kvinnor, förövare, barn som bevittnar våld, ungdomar som växer upp i familjer med starkt patriarkala värderingar med flera. Man behöver också utveckla metoder för familjerättsarbetet i familjer där våld och övergrepp förekommer.

Genom den kartläggning av prostitution som Socialstyrelsen presenterade 2004 förmedlas en mångfacetterad bild av prostitutionen. Prostitutionen tycks ofta vara en del av ett självdestruktivt beteende, som att skära sig, ätstörningar, självmordsförsök och missbruk. Rapporten bör öka förståelsen för problemen och behoven av stöd och hjälp, t.ex. från socialtjänsten. Resultatet av kartläggningen tyder på att gatuprostitutionen fortfarande är mindre omfattande än innan sexköpslagen infördes 1998. Internet har de senaste åren blivit en ny plats för att knyta prostitutionskontakter, för pornografi och för andra sexuella aktiviteter. Ibland påstås den svenska sexköpslagstiftningen ha lett till att mer av prostitutionen förmedlas via Internet. Socialstyrelsen konstaterar dock att situationen är likadan i andra länder och att den snarare har med den nya informationstekniken i sig att göra.

Av de medel som regeringen har avsatt till länsstyrelsernas insatser mot hedersrelaterat våld har storstadslänen använt drygt sju miljoner kronor för att bygga upp och utveckla skyddat boende. För dessa pengar har ett 70-tal platser skapats i familjehem, hem för vård och boende,

skyddslägenheter, stödlägenheter och i andra former av skyddat boende. Hittills har alla dessa platser inte behövts tas i anspråk. Alla som förestår eller arbetar i skyddade boenden har fått speciell utbildning och de får särskilt stöd under den tid de har någon placerad där. Skapandet av skyddade boenden är dock fortfarande i en uppbyggnadsfas.

Femton länsstyrelser har genomfört utbildningsinsatser om hedersrelaterat våld till berörda yrkeskategorier och organisationer. Femton länsstyrelser har genomfört någon form av förebyggande insats under 2003 och 2004 och elva länsstyrelser har avsatt pengar till den regionala samordningen. I november 2004 fanns ett tjugotal aktiva nätverk i landet fördelat på åtta län.

Missbruk och hemlöshet

Antalet personer som får någon insats för sitt missbruk har varit relativt konstant sedan slutet av 1990-talet. Sedan mitten av 1990-talet har de ekonomiska drivkrafterna att erbjuda alternativ till den dyrare institutionsvården varit starka. Många kommuner har utvecklat stödet på hemorten, bland annat i form av öppna verksamheter och stöd i boendet. Den 1 november 2004 hade omkring 21 300 personer någon form av insats för sina missbruksproblem, vilket var en ökning med ungefär tre procent jämfört med samma tidpunkt 2003. Omkring 11 900 personer fick insatsen i form av individuellt behovsprövad öppenvård och omkring 6 100 personer fick insatsen som biståndsinsats för boende. Omkring 3 200 personer fick institutionsvård eller familjehemsvård, varav 96 procent avsåg frivilligvård och fyra procent avsåg vård enligt lag (1988:820) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Sammantaget har utvecklingen de senaste åren inneburit en ökning av bistånd i form av öppenvård och boende medan volymen på heldygnsvården har varit i stort sett oförändrad. Förändringen i missbrukarvården har varit mest påtaglig inom LVM-vården, där antalet vårdade har minskat med omkring två tredjedelar sedan 1990. Den 1 november 2004 vårdades 204 personer med stöd av LVM. Nedgången i LVM-vården har främst gällt alkoholmissbrukarna, medan andelen tvångsvårdade narkotikamissbrukare har varit relativt konstant. Andelen kvinnor i LVM-vården ökade något under 1990-talet, från drygt en femtedel 1990 till drygt en tredjedel 2004.

Kommunernas totala kostnader för insatser till personer med missbruksproblem har under 2000-talet varit omkring 4 miljarder kronor per år. Kostnaderna har ökat något varje år från 1999, med undantag för 2002 då de minskade, för att året därpå öka med omkring 0,5 miljarder kronor till 4,5 miljarder kronor.

Socialstyrelsen har gett stöd till 19 projekt för att motverka hemlöshet. Åtta av dessa var boendeprojekt med olika målgrupper; personer med missbruksproblematik, hemlösa kvinnor med missbruk, barnfamiljer, våldsutsatta kvinnor samt missbrukare som genomgått behandling. Nio projekt hade vråkningsförebyggande och bostödjande insatser som huvudmetod. Även dessa verksamheter riktar sig till olika målgrupper, personer med missbruk, personer med missbruk och psykisk problematik, barnfamiljer och personer med svag ekonomi. De flesta projekten riktar sig till män och kvinnor med missbruks- och/eller psykisk problematik. Av samtliga vänder sig tre projekt enbart till kvinnor. En ny målgrupp som tydligt visade sig vid ansökningstillfället var hemlösa barnfamiljer och barnfamiljer i riskzon. Fyra av projekten vänder sig direkt till barnfamiljer. Flera riktar sig dessutom främst till personer med utomnordisk bakgrund då dessa personer kan ha speciella svårigheter att etablera sig på bostadsmarknaden.

Verksamhetsområde Statligt bedriven ungdoms- och missbrukarvård

Vård vid särskilda ungdomshem

Väntetiderna för de ungdomar som togs in med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) minskade under året. Antalet ungdomar som placerades omgående ökade från 73 procent till 80 procent.

Det totala antalet platser inom ungdomsvården var relativt oförändrat. Om man ser över året anser Statens institutionsstyrelse (SiS) att det rådde en god balans mellan utbud och efterfrågan på vård. Beläggningen fluktuerade emellertid kraftigt och i början av året fick ungdomar i större omfattning vänta på plats, medan det under sommaren och större delen av hösten fanns så många lediga platser att så gott som samtliga ungdomar placerades omgående.

Närhetsprincipen tillgodosågs i ungefär lika stor omfattning som året dessförinnan. Pojkarna

placerades i enlighet med närhetsprincipen i något större omfattning än flickorna.

SiS hade inte heller under 2004 några särskilda institutioner för sluten ungdomsvård. Ungdomarna som döms till sluten ungdomsvård avtjänar sina straff på samma institutioner som de ungdomar som vårdas enligt LVU. I de allra flesta fall vårdas de dömda dock på de avdelningar som SiS särskilt har reserverat för sluten ungdomsvård.

De intagna ungdomarnas strafftider varierade mellan 14 dagar och fyra år. Den genomsnittliga strafftiden var 8,7 månader, en minskning från föregående år då den genomsnittliga strafftiden var 9,7 månader.

Vård vid LVM-hem

Av intagningarna enligt LVM var 83 procent omedelbara omhändertaganden enligt 13 § LVM, att jämföra med föregående år då andelen var 81 procent. Samtliga klienter anvisades plats samma dag som ansökan om plats inkom från kommunen. Närhetsprincipen kunde tillgodoses för 69 procent av männen och för 55 procent av kvinnorna jämfört med 71 procent respektive 51 procent föregående år.

Av de klienter som skrevs ut under året efter att ha vårdats enligt 4 § LVM vistades 80 procent någon gång i vård i annan form enligt 27 § LVM. År 2003 var motsvarande andel 79 procent. Andelen klienter som placerades enligt vård i annan form inom tre månader var 54 procent, att jämföra med 56 procent 2003. Möjligheten till vård i annan form kan variera utifrån målgrupp. Många gånger har klienterna utöver sitt missbruk en rad svåra psykiska och somatiska problem som gör att det kan vara svårt att hitta ett passande behandlingsalternativ.

En tredjedel av intagningarna inom LVM-vården 2004 gällde kvinnor. SiS långsiktiga strategi för vården bygger bland annat på att kvinnor och män skall vårdas vid separata avdelningar och att vården skall genomföras med utgångspunkt från ett genusperspektiv.

Andelen klienter med missbruksproblem i kombination med allvarliga psykiska störningar är hög inom SiS. Det är viktigt för den fortsatta planeringen att den enskildes psykiska störningar diagnostiseras i drogfrihet. Samtliga LVM-hem har tillgång till läkare och sjuksköterskor för att tillgodose vårdbehovet för missbrukare med psykiska störningar. Ofta finns

även behandlingspersonal med psykiatrisk utbildning.

9.5.3 Analys och slutsatser

Jämställdhet

Socialstyrelsens meddelandeblad, Ett första steg mot en jämställd socialtjänst, har varit mycket efterfrågat av kommunerna. Det är nu angeläget för myndigheterna att fortsatt följa upp och stödja det utvecklingsarbete som påbörjats. Det handlar dels om att ge stöd för att upprätthålla utvecklingen och stimulera till nytänkande, dels ett fortsatt arbete med jämställdhetsintegeringen i myndigheternas egen verksamhet.

Stärkt brukarperspektiv

Brukarperspektivet behöver fortsätta att lyftas fram och stärkas inom socialtjänsten. Det är viktigt för att de mest utsatta i samhället skall kunna få ökat inflytande över de sociala tjänster som de är i behov av. Delegationen för brukarinflytande i sociala utvecklingsfrågor kommer därför att fortsätta sitt arbete med att stärka brukarinflytandet i genomförandet av den nationella handlingsplanen mot fattigdom och social utestängning. Delegationen avser också att fortsätta uppmuntra och stödja tillskapandet av lokala processer som syftar till social delaktighet, i partnerskap mellan kommuner, myndigheter och organisationer. Vidare kommer delegationen att fortsätta att arrangera seminarier och konferenser som belyser olika utsatta brukares situation och där olika insatser på området kan diskuteras av många olika aktörer. Delegationen fyller en viktig funktion på det här området och har en unik roll, både till sin utformning och sitt uppdrag.

Barn i utsatta situationer

Under de senaste åren har det skett stora förändringar inom den sociala barn- och ungdomsvården. Med utgångspunkt från återkommande rapporter om brister och utvecklingsbehov inom området tillkallades 2003 en parlamentarisk kommitté för att ta fram ett förslag till nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. Kommittén skall presentera sitt betänkande den 1 oktober 2005.

I samband med att svenska myndigheter på olika sätt har försökt hjälpa de barn med hemvist i Sverige som placerats utomlands av sina

vårdnadshavare och som söker hjälp hos svenska utlandsmyndigheter, har det uppstått problem kring utfärdandet av pass för dessa barn. Regeringen bereder därför för närvarande en komplettering av passlagen för att undanröja dessa problem och underlätta för barnen att få ett pass utfärdat för resa tillbaka till Sverige.

Ekonomiskt utsatta personer

Sedan 1997 har antalet personer som uppbär försörjningsstöd minskat, vilket medfört lägre kostnader för kommunerna. Denna utveckling har nu planat ut. Även om utvecklingen ser fortsatt positiv ut för utrikes födda är dessa, liksom ensamstående kvinnor med barn, starkt överrepresenterade bland biståndsmottagarna. Målet att halvera socialbidragsberoendet har ännu inte uppfyllts och kvarstår därför. En avgörande faktor för måloppfyllelse är att sysselsättningsmålet uppnås.

I betänkandet Socialtjänsten och den fria rörligheten (SOU 2005:34) föreslås att en begränsningsregel i socialtjänstlagen införs som innebär att EU-medborgare som vistas i Sverige inte har rätt till ekonomiskt bistånd annat än i akuta nödsituationer. Ärendet bereds inom Regeringskansliet.

Utredningen om socialtjänstens möjligheter att förebygga och förhindra vräkningar av barnfamiljer som skall se över hur socialtjänsten kan utveckla metoder för att stödja och hjälpa de familjer som ändå utsätts för en vräkning, kommer att utgöra underlag för vidare överväganden om insatser för denna grupp.

Fortsatta insatser mot prostitution och mäns våld mot kvinnor

Insatser för att bekämpa hot och våld mot kvinnor måste kontinuerligt utvecklas och förstärkas. Den webbplats som har utvecklats inom ramen för myndighetssamverkan för kvinnofrid har en viktig funktion att fylla vad gäller det fortsatta samarbetet och spridning av goda exempel. Enligt regeringens bedömning behövs ytterligare fokus på och insatser för, våldsutsatta kvinnor som är dubbelt utsatta, till exempel kvinnor med missbruksproblem, kvinnor med funktionshinder och flickor med utländsk bakgrund.

Regeringens åtgärder för ungdomar som riskerar att utsättas för s.k. hedersrelaterat våld från sina nära anhöriga pågår t.o.m. 2007. Under 2006 och 2007 avsätts 60 miljoner kronor.

Regeringen avser att stärka kommunernas arbete för våldsutsatta kvinnor och deras barn. En särskild utredare har därför tillkallats för att göra en översyn av socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor (dir. 2005:32). Utredaren skall bl.a. lämna förslag till hur socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor och deras barn bör vara utformat för att det skall motsvara kommunernas ansvar samt till hur stödet kan stärkas och förbättras. Uppdraget skall redovisas senast den 30 juni 2006.

Regeringen och samarbetspartierna föreslår därför en satsning för att öka stödet till våldsutsatta kvinnor och deras barn. Regeringen aviserade i 2005 års ekonomiska vårproposition en satsning om 135 miljoner kronor om året för detta ändamål. Medlen är avsedda att användas för kvinnojoursverksamhet samt för en ombildning av Rikskvinnocentrum till ett nationellt kunskapscentrum. Ombildningen skall ske den 1 januari 2006. Organisationen för detta skall utredas hösten 2005. Inom ramen för satsningen ryms även en satsning på kvinnors organisering i syfte att främja kvinnors deltagande i den demokratiska processen.

För att motverka mäns våld mot kvinnor anser regeringen och samarbetspartierna att det är viktigt att få en samlad kunskap om mäns våld i nära relationer som även inkluderar kunskap, metodutveckling och information om män som är våldsbenägna och om barn som bevittnar eller utsätts för våld. Förslagen från Utredningen av Rikskvinnocentrum (SOU 2004:117) kommer också att ligga till grund för beslut om hur en nationell kristelefon för utsatta kvinnor kan organiseras och finansieras.

Regeringen och samarbetspartierna avser att utreda vilken/vilka behandlingsverksamheter och vilken/vilka kliniska mottagningar för våldsbenägna män och barn som bevittnar våld mellan närstående eller blir utsatta för våld som kan vara aktuella och vilka modeller för detta ändamål som kan bli aktuella. I samband med den utredningen skall dessutom barnhusen uppmärksammas.

Behov av fortsatta insatser mot missbruk och hemlöshet

Trots att antalet personer som får en vårdinsats för sitt missbruksproblem inte har genomgått några stora förändringar under senare år, och trots att kommunernas kostnader för vården inte har minskat utan snarare ökat, rapporterar

Socialstyrelsen, länsstyrelserna och Mobilisering mot narkotika om fortsatta svårigheter för missbrukare att få sina vårdbehov tillgodosedda. Dessa uppgifter stöds också av rapporter från frivillig- och intresseorganisationer inom området. Ett ofta uppmärksammat problem är brister i vårdkedjan, som kan innebära att en person som genomgått avgiftning kan få vänta flera veckor på att bli inskriven för en egentlig vårdinsats, vilket kan innebära uppenbara risker för återfall i missbruk, med åtföljande behov av ny avgiftning. Det är heller inte ovanligt att det saknas insatser som tar vid efter avslutad institutionsvård, i form av t.ex. ordnat boende eller fortsatta vårdinsatser i öppna former. Ofta saknas en genomtänkt individuell behandlingsplanering och en strategi som präglas av långsiktighet och uthållighet. Konsekvenserna av de ad hoc-mässiga och fragmentariska insatserna kan bli förödande för de tyngsta missbrukarna. Den höga narkotikarelaterade dödligheten – omkring 400 per år – kan ses som ett uttryck för det.

I strävandena att förstärka missbrukarvården och vårdkedjans alla delar spelar enligt regeringens bedömning missbruksvårdssatsningen Ett kontrakt för livet en central roll. En satsning på missbrukarvården och de mest utsatta missbrukarna bidrar också till att förebygga brott, prostitution och hemlöshet. Satsningen har redan inletts i den del som rör LVM-vården, och i något mindre omfattning i den del som gäller ett direkt stöd till kommunerna. Regeringen kommer med utgångspunkt i det förslag till utformning av en vårdöverenskommelse mellan staten och kommunen som den särskilda utredaren skall lämna senast den 1 oktober 2005 dra upp riktlinjerna för det fortsatta utvecklingsarbetet. De alkohol- och narkotikapolitiska handlingsplanerna kommer att vara viktiga i det arbetet.

Regeringen bedömer att utvecklingsmedlen för att motverka hemlöshet har haft stor betydelse för att lyfta fram de problem som är förenade med hemlöshet, både för individen och för samhället, och för att pröva nya metoder för att på sikt komma tillrätta med hemlösheten. De kartläggningar som Socialstyrelsen genomför inom ramen för uppdraget kommer att ge värdefull kunskap och ett bättre underlag för framtida överväganden.

Statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvård

Utvecklingen inom den statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvården är svårbedömd. Det är angeläget med fortsatta insatser för att höja kvaliteten i vården och samverkan mellan huvudmännen. Statens institutionsstyrelse (SiS) skall snabbt kunna erbjuda individuellt anpassad vård av hög kvalitet. För att ytterligare kunna höja kvaliteten på den vård som SiS erbjuder och därmed förbättra resultatet av denna vård krävs bl.a. att vårdkedjan både inom och utanför SiS effektiviseras. Särskilt gäller detta inom missbrukarvården. Den statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvården skall i ökad utsträckning utgå från kunskap och beprövad erfarenhet. Det ställer krav på bl.a. SiS styrning av verksamheten, på kompetens- och metodutveckling samt på utveckling av mått för mål- och resultatbedömning inom vården. Hit hör även det forsknings- och utvecklingsarbete som SiS bedriver. Frågan om hur tillsynen av SiS kan göras ekonomiskt och organisatoriskt oberoende utreds för närvarande av den sociala tillsynsutredningen (dir. 2004:178, dir. 2005:87).

Personal- och kompetensförsörjning

Under senare år har individ- och familjeomsorgen haft problem när det gäller att rekrytera och behålla kompetent personal. Högskoleverkets översyn av den sociala omsorgsutbildningen och socionomutbildningen har remissbehandlats och bereds i Regeringskansliet. Socialstyrelsen bedriver ett fortsatt arbete, bl.a. inom ramen för uppdraget om nationellt stöd till kunskapsutveckling inom socialtjänsten vilket också syftar till att utveckla bl.a. kompetensbeskrivningar, organisation och ledarskap inom socialtjänsten, vilket på sikt bör medverka till att möjligheterna att rekrytera kompetent personal stärks. Också insatser för att höja kvaliteten i vården och att utarbeta nationella riktlinjer, så som sker inom bland annat missbruksområdet, kommer enligt regeringens bedömning ha positiv inverkan på arbetsmiljön och personalförsörjningen i socialtjänsten. Det är därför viktigt att utvecklingsarbetet fortsätter.

9.6 Politikens inriktning

Socialtjänsten fortsätter att spela en viktig roll i välfärdspolitiken genom att utgöra ett komple-

ment till de generella ekonomiska stödsystemen för flickor och pojkar, kvinnor och män som av olika skäl är i behov av särskilt stöd. Socialtjänstens insatser skall ge de människor som av olika anledningar utsätts för ekonomiska och sociala påfrestningar möjlighet att leva ett värdigt och självständigt liv varvid eget arbete och självförsörjning är främsta målet. Socialtjänstens strategiska betydelse för välfärdspolitikerna underströks i den handlingsplan mot fattigdom och social utestängning 2003–2005, som Sverige har utarbetat inom ramen för EU-samarbetet på det sociala området. Grundläggande för socialtjänsten är principerna om helhetssyn och frivillighet, ett förebyggande perspektiv samt att den enskildes egna resurser skall tas tillvara. Barnets bästa och barnets rätt att komma till tals skall vara självklara utgångspunkter när barn är berörda. Brukarna är de kvinnor och män, flickor och pojkar som socialtjänsten riktar sina insatser till. Ambitionen är att brukarperspektivet lika självklart skall genomsyra alla beslut och alla insatser som rör enskilda människor som att ett barnperspektiv skall präglade alla insatser som på något sätt rör barn och unga. Målgrupperna för socialtjänstens individ- och familjeomsorg förändras. Det handlar t.ex. om barn med psykisk ohälsa eller som utsatts för våld i patriarkala miljöer. Detta ställer krav på kompetens och metodutveckling på området.

Eget arbete är grunden för att kunna leva ett självständigt liv, både när det gäller de inkomster ett arbete genererar samt det skydd för inkomstbortfall som en anställning ger. Det är därför viktigt att personer som ännu inte etablerat sig på arbetsmarknaden får det stöd som behövs för att så snabbt som möjligt komma in på arbetsmarknaden. Det är inte minst viktigt då socialtjänstens försörjningsstöd utgör samhällets yttersta skyddsnät.

För att uppnå regeringens mål att halvera socialbidragsberoendet måste individens möjligheter till egen försörjning stärkas. Flera insatser behövs, både inom detta politikområde och inom andra politikområden. Det handlar t.ex. om insatser för förbättrad rehabilitering, för mottagande och introduktion av nyanlända invandrare och flyktingar samt förbättrade arbetsformer och arbetsmetoder inom såväl arbetsförmedling som socialtjänsten för att öka sysselsättningen. Arbetsförmedlingens och socialtjänstens arbetssätt och bedömningar har

stor betydelse i detta sammanhang. Det är vidare nödvändigt att bättre uppmärksamma de särskilda behov som utrikes födda kan ha. Regeringen vill reformera det socialtjänstens försörjningsstöd så att det utformas för att i högre grad stimulera till arbete och utbildning. I detta syfte har en utredning för att underlätta inträdet på arbetsmarknaden för personer som är beroende av socialtjänstens försörjningsstöd (dir. 2005:10) tillkallats.

Regeringen avser att fortsätta verka för att de utsatta barnen i samhället får det stöd och den hjälp de behöver. Det förslag till nationell handlingsplan som den sociala barn- och ungdomsvårdskommittén skall presentera i höst kommer att utgöra en viktig grund för det framtida arbetet med barn- och ungdomsvården.

Social och ekonomisk utsatthet har många och komplexa dimensioner, bl.a. beroende på svårigheter för unga människor och nyanlända invandrare att etablera sig på arbetsmarknaden samt på ojämställdhet mellan könen, vilket leder till att insatser behövs inom en rad politikområden. För att åstadkomma ett långsiktigt hållbart utvecklingsarbete mot ekonomisk och social utsatthet krävs ett starkt samarbete mellan olika aktörer på olika nivåer i samhället. Det är därför angeläget att hitta former för att stödja tillskapandet av lokala processer som syftar till social delaktighet, i partnerskap mellan kommuner, myndigheter, organisationer och berörda individer. Det långsiktiga utvecklingsarbetet bör även beakta eventuella konsekvenser av den nyligen genomförda EU-utvidgningen.

Det finns samtidigt grupper av människor med så omfattande och komplexa sociala problem att de har behov av särskilda insatser i form av omhändertagande, rehabilitering och psykosocialt stöd innan de har möjlighet att delta på arbetsmarknaden. Deras levnadsvillkor präglas av bristen på resurser inom så gott som samtliga välfärdsområden – arbete, social trygghet, ordnat boende, hälsa – och mycket pekar på att de inte får den vård, omsorg eller stöd de behöver. Insatser inom missbrukarvården och för att motverka hemlöshet är av strategisk betydelse för dessa grupper.

9.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar i Statens institutionsstyrelses revisionsberättelse för 2004.

9.8 Budgetförslag

9.8.1 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tabell 9.2 Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

2004	Utfall	81 017	Anslags- sparande	5 326
2005	Anslag	216 878 ¹	Utgifts- prognos	213 965
2006	Förslag	365 076		
2007	Beräknat	521 576		
2008	Beräknat	170 576		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Anslaget omfattar medel till utveckling av ungdoms- och missbrukarvården och till kunskapsutveckling inom socialtjänsten, medel för utveckling av den sociala välfärdsstatistiken, bidrag till organisationer som arbetar för utsatta barn och deras familjer samt till organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor och barn samt medel för andra insatser i syfte att motverka våld mot kvinnor. År 2005 ökades anslaget med 2 miljoner kronor engångsvis för kunskapsutveckling om internationella adaptioner (prop. 2003/04:131).

År 2005 ökades anslaget med 150 miljoner kronor för att finansiera missbrukarvårdssatsningen "Ett kontrakt för livet".

Regeringens överväganden

Under ett antal år har länsstyrelserna fördelat medel till kommunerna för att utveckla ungdoms- och missbrukarvården i syfte att åstadkomma balans mellan öppenvård och institutionsvård i kommunerna. År 2005 fördelades 15 miljoner kronor. Socialstyrelsen följer i nära samarbete med länsstyrelserna upp hur medlen fördelas och regeringen anser att medlen bidragit till positiv utveckling och samverkan

inom området. För 2006 avsätts 15 miljoner kronor för detta ändamål.

Därutöver har Socialstyrelsen ett särskilt regeringsuppdrag för att genom Institutet för metodutveckling i socialt arbete ge nationellt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten.

För att finansiera den treåriga missbrukarvårdssatsningen "Ett kontrakt för livet" ökas anslaget med 200 miljoner kronor 2006 och 350 miljoner kronor 2007. Därutöver har Statens institutionsstyrelse regeringens uppdrag att pröva en förstärkt vårdkedja inom missbrukarvården. Denna verksamhet finansieras under 2006 inom ramen för missbrukarvårdssatsningen "Ett kontrakt för livet". Anslaget minskas engångsvis under 2006 med 8 miljoner kronor för att finansiera utbyggnad av ungdomsvård och slutet ungdomsvård.

Socialstyrelsen följer upp stödet till organisationer inom det sociala området och lämnar årligen en samlad redovisning till regeringen om statsbidragets användning i förhållande till bidragets syfte och de mål som angivits i myndighetens regleringsbrev. Socialstyrelsen konstaterar att statsbidraget i huvudsak har använts enligt intentionerna att förstärka och komplettera de samhälleliga insatserna.

För att ombilda Rikskvinnocentrum till ett nationellt kunskapscentrum ökas anslaget med 11 miljoner kronor 2006. För 2007 och 2008 ökas anslaget med 16 miljoner kronor vardera året.

Under 2006 får kommunerna tillsammans med ideella kvinno- och tjejjourer ansöka om medel hos länsstyrelsen för att utveckla organisationen inom kommunen för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. Även ideella jourer i kommuner som inte är villiga att göra en gemensam ansökan kan efter en prövning av länsstyrelsen beviljas medel. En kommun där det saknas verksamhet för våldsutsatta kvinnor kan också på egen hand ansöka om medel för uppbyggnad av sådan verksamhet. Ett krav för att kommunerna skall kunna ansöka om medel är att de medfinansierar verksamheten. De ideella jourerna skall även fortsättningsvis ha en självständighet gentemot kommunerna och kunna bedriva sin verksamhet utan att kommunerna skall kräva redovisning av personuppgifter.

För att finansiera satsningen på kvinno- och tjejjourer ökas anslaget med 77,5 miljoner

kronor 2006. För 2007 och 2008 ökas anslaget med 96 miljoner kronor vardera året.

Regeringen återkommer med förslag till fördelningen av medlen för 2007 och 2008 då Utredningen om socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor (dir. 2005:32) har presenterat sina utredningsförslag.

Dessutom ökas anslaget med 4 miljoner kronor från och med 2006 att fördelas till riksorganisationer som organiserar ideella kvinno- och tjejjourer.

För att ytterligare stärka stödet till kvinnor som utsätts för mäns våld ges även lokala brottsofferjourer som arbetar specifikt med mäns våld mot kvinnor möjlighet att ansöka om medel för projekt. Det kan handla om kunskaps- och metodutveckling och samverkan med kvinnojourer. Länsstyrelsen kan anvisa medel för denna verksamhet upp till högst 10 procent av anslaget.

Därutöver ökas anslag 30:1 *Kvinnors organisering* med 25,5 miljoner kronor 2006 för att finansiera satsningen på kvinnors organisering. För 2007 och 2008 ökas anslaget med 27 miljoner kronor respektive 28 miljoner kronor.

Anslaget minskas med 1 301 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 9.3 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor			
	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	216 878	216 878	216 878
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	148 198	304 698	-46 302
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	365 076	521 576	170 576

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 365 076 000 kronor anvisas under anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 521 576 000 kronor respektive 170 576 000 kronor.

9.8.2 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tabell 9.4 Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor				
År	Slags	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2004	Utfall	729 745	-12 699	
2005	Anslag	754 724 ¹		731 980
2006	Förslag	774 805		
2007	Beräknat	771 301 ²		
2008	Beräknat	773 468 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 766 854 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 766 854 tkr i 2006 års prisnivå.

Statens institutionsstyrelse (SiS) är förvaltningsmyndighet för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) och lagen (1998:603) om slutna ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Verksamheten är indelad i verksamhetsgrenarna missbrukarvård, ungdomsvård och slutna ungdomsvård.

Ungdomsvården och missbrukarvården finansieras till drygt 60 procent med avgifter, medan slutna ungdomsvård finansieras helt genom myndighetens anslag. Intäkterna beräknas enligt SiS till 1 037 miljoner kronor för 2005 och 1 055 miljoner kronor för 2006.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringen föreslår att SiS under 2006 skall ha möjlighet att kunna göra ekonomiska åtaganden om högst fem miljoner kronor.

Tabell 9.5 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2004	Prognos 2005	Förslag 2006	Beräknat 2007	Beräknat 2008–
Utestående åtaganden vid årets början	512	477	1 177	2 177	
Nya åtaganden	477	3 500	4 000		
Infriade åtaganden	-512	-2 800	-3 000	-4 000	-1 000
Utestående åtaganden vid årets slut	477	1 177	2 177		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	18 000	18 000	5 000		

Regeringens överväganden

SiS har börjat ett projekt som syftar till att ytterligare utveckla verksamheten och dess kvalitet. Detta arbete bidrar till att SiS kan ge en tydligare bild av det arbete som bedrivs vid institutionerna och vilka delar i arbetet som leder till att målen för behandlingen uppnås. SiS har under året bedrivit ett arbete för att öka användningen av metoder med vetenskapligt stöd. SiS genomför olika åtgärder, bl.a. utbildningsinsatser, i syfte att minska sjukfrånvaron. SiS har också lagt ned stora ansträngningar på att förbättra samarbetet med kommuner och landsting. SiS har fört en dialog rörande sin verksamhet med ett stort antal kommuner. Med ett par landsting har arbetet som inleddes för flera år sedan för att få till stånd ett samarbete om bl.a. insatser för SiS klienter med psykiska problem lett till att avtal om samverkan har tecknats.

Efterfrågan på den vård som erbjuds av SiS har dock visat sig mycket svårbedömd. Under det senaste året har efterfrågan på ungdomsvård fluktuerat medan efterfrågan på sluten ungdomsvård ökat och efterfrågan på missbrukarvård fortsatt att minska.

När den straffrättsliga påföljden sluten ungdomsvård trädde i kraft den 1 januari 1999 inrättades tio vårdplatser. Påföljden har emellertid fått betydligt större tillämpning än vad som förutsågs då lagen trädde i kraft. SiS bedömer fr.o.m. 2005 ett behov av 100 årsplatser i sluten ungdomsvård. Anslaget ökas engångsvis med 8 miljoner kronor 2006 för att finansiera utbyggnad av ungdomsvård och sluten ungdomsvård i Kristinehamn.

Anslaget minskas med 4 529 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 9.6 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	754 724	754 724	754 724
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris och löneomräkning ²	16 610	21 132	23 313
Beslut	3 471	-4 556	-4 568
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	774 805	771 301	773 468

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 774 805 000 kronor anvisas under anslaget 18:2 Statens institutionsstyrelse för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 771 301 000 kronor respektive 773 468 000 kronor.

9.8.3 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tabell 9.7 Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tusental kronor

År	Utfall	Utvecklingsmedel	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2004	Utfall	9 911	128	
2005	Anslag	10 000 ¹		9 866
2006	Förslag	9 940		
2007	Beräknat	9 940		
2008	Beräknat	0		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

Socialstyrelsen har med sitt uppdrag fullföljt och vidareutvecklat det utvecklingsarbete som Hemlöshetskommittén initierade 1998–2001 och Socialstyrelsen fortsatte på regeringens uppdrag att bedriva ett utvecklingsarbete mot hemlöshet under 2002 till 2004. Regeringen har därför avsatt 30 miljoner kronor för fortsatta utvecklingsinsatser under 2005 till 2007.

Regeringens överväganden

Regeringen bedömer att utvecklingsmedlen har haft stor betydelse för att lyfta fram de problem som är förenade med hemlöshet, både för individen och för samhället, och för att pröva nya metoder för att på sikt komma tillrätta med hemlösheten. De kartläggningar som Socialstyrelsen genomför inom ramen för uppdraget kommer att ge värdefull kunskap och ett bättre underlag för framtida överväganden.

Anslaget minskas med 60 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 9.8 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 18:3 Utvecklingsmedel för åtgärder för hemlösa

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	10 000	10 000	10 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-60	-60	-10 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	9 940	9 940	0

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 9 940 000 kronor anvisas under anslaget 18:3 *Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa*. För 2007 beräknas anslaget till 9 940 000 kronor.

10 Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning

10.1 Budgetförslag⁵

10.1.1 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tabell 10.1 Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor

2004	Utfall	23 192	Anslags-sparande	-120
2005	Anslag	23 150 ¹	Utgifts-prognos	22 720
2006	Förslag	23 496		
2007	Beräknat	23 885 ²		
2008	Beräknat	24 315 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 23 496 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 23 496 tkr i 2006 års prisnivå.

Ändamålet med anslaget är att finansiera administrationen för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS). Tyngdpunkten i kansliets arbete ligger på förberedelser och organisation av bedömning och urval av forskningsansökningar, forskningsinformation samt strategi och analys.

Regeringens överväganden

Regeringen menar att rådet väl motsvarar de krav och mål som finns för myndigheten. Man har en väl fungerande organisation för bedömning och urval av forskningsansökningar och man försöker på olika sätt sprida resultaten av den forskning som finansieras. De kommande åren kommer dock att innebära ett betydande antal pensionsavgångar från rådets kansli. Det är därför viktigt att rådet planerar för detta generationsskifte så att den kompetens som byggts upp kan föras vidare.

Anslaget minskas med 139 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

⁵ Verksamhetsdel med resultatbedömning m.m. återfinns under utgiftsområde 16 Forskningspolitik.

Tabell 10.2 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	23 150	23 150	23 150
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	485	876	1 309
Beslut	-139	-141	-144
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	23 496	23 885	24 315

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget.

Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 23 496 000 kronor anvisas år 2006 under anslaget 26:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning*. För åren 2007 och 2008 beräknas anslaget till 23 885 000 kronor respektive 24 315 000 kronor.

10.1.2 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tabell 10.3 Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor

			Anslags-sparande	
2004	Utfall	296 467		252
2005	Anslag	291 231 ¹	Utgifts-prognos	287 318
2006	Förslag	295 396		
2007	Beräknat	316 481 ²		
2008	Beräknat	343 347 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2005 års ekonomiska vårproposition (bet. 2004/2005:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2006.

² Motsvarar 311 120 tkr i 2006 års prisnivå.

³ Motsvarar 331 353 tkr i 2006 års prisnivå.

Ändamålet med anslaget är att stödja forskning och forskningsinformation om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap. Anslaget skall användas till forskningsbidrag, anställningar, informationsinsatser samt projektrelaterade kostnader såsom utvärderingar, beredningsarbete, konferenser, vissa resor och seminarier.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Den forskningsverksamhet som FAS finansierar strävar framförallt efter resultat på lång sikt och stöd ges därför oftast i form av fleråriga projekt. Rådets bemyndigande syftar till att möjliggöra sådana satsningar. Regeringen föreslår därför ett bemyndigande för 2006 om 640 000 000 kronor.

Tabell 10.4 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2004	Prognos 2005	Förslag 2006	Beräknat 2007	Beräknat 2008–
Utestående åtaganden vid årets början	492 000	474 000	476 000		
Nya åtaganden	278 000	290 000	320 000		
Infriade åtaganden	-296 000	-288 000	-300 000	-315 000	-325 000
Utestående åtaganden vid årets slut	474 000	476 000	496 000		
Erhållet/förslaget bemyndigande	640 000	633 000	640 000		

Regeringens överväganden

FAS är ett forskningsråd som tillkommit för att möta de särskilda kunskapsbehov som finns inom välfärds- och arbetslivsområdena. Rådet skall fördela forskningsmedel inom sina områden med utgångspunkt i vetenskaplig kvalitet, men man skall samtidigt göra strategiska satsningar inom områden där särskilda behov föreligger. För att då åstadkomma kraftsamling ser regeringen positivt på samarbeten med andra finansärer inom områden som är av gemensamt intresse.

I enlighet med regeringens bedömning i propositionen forskning för ett bättre liv (prop. 2004/05:80, bet. 2004/05:UbU15, rskr. 2004/05:289) föreslås anslaget öka med 3 000 000 kronor för 2006. För 2007 beräknas anslaget tillföras ytterligare 16 000 000 kronor och för 2008 beräknas ytterligare 21 000 000 kronor.

Anslaget minskas med 1 747 000 kronor fr.o.m. 2006 till följd av en generell reduktion med 0,6 procent av företrädesvis anslag avsedda för förvaltnings- eller investeringsändamål.

Tabell 10.5 Härledning av anslagsnivån 2006–2008, för 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor			
	2006	2007	2008
Anvisat 2005 ¹	291 231	291 231	291 231
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	2 912	7 975	13 522
Beslut	1 253	17 275	38 595
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	295 396	316 481	343 347

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2004 (bet. 2004/05:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2005 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 295 396 000 kronor anvisas år 2006 under anslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning och forskningsinformation*. För åren 2007 och 2008 beräknas anslaget till 316 481 000 kronor respektive 343 347 000 kronor.