

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statsbudget för 2004

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	11
2	Lagförslag.....	13
2.1	Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	13
3	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	15
3.1	Omfattning.....	15
3.2	Utgiftsutveckling	15
4	Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik.....	17
4.1	Omfattning.....	17
4.2	Utgiftsutveckling	19
4.3	Mål	19
4.4	Politikens inriktning	19
4.5	Verksamhetsområde Hälso- och sjukvård.....	22
4.5.1	Insatser	22
4.5.2	Resultatbedömning.....	28
4.6	Verksamhetsområde Tandvård.....	35
4.6.1	Insatser	35
4.6.2	Resultatbedömning.....	36
4.7	Revisionens iakttagelser.....	40
4.8	Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	41
4.8.1	Förtydligande av vilka som omfattas av landstingens ansvar för uppsökande verksamhet m.m.	41
4.8.2	Ersättning till vårdgivaren för nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling.....	41
4.9	Budgetförslag	42
4.9.1	13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	42
4.9.2	13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	44
4.9.3	13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	45
4.9.4	13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	46
4.9.5	13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	47
4.9.6	13:6 Socialstyrelsen	48
4.9.7	13:7 Läkemedelsförmånsnämnden.....	51
4.9.8	13:8 Sjukvård i internationella förhållanden.....	52
4.9.9	13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall	53

4.10	Övrig verksamhet	54
4.10.1	Läkemedelsverket	54
4.10.2	Apoteket AB.....	55
5	Politikområde Folkhälsa	57
5.1	Omfattning	57
5.2	Utgiftsutveckling.....	58
5.3	Mål.....	58
5.4	Politikens inriktning.....	58
5.4.1	Insatser inom politikområdet	60
5.4.2	Insatser utanför politikområdet.....	64
5.5	Resultatbedömning.....	65
5.5.1	Politikområde folkhälsa	65
5.5.2	Analys och slutsatser.....	69
5.6	Revisionens iakttagelser	72
5.7	Budgetförslag.....	72
5.7.1	14:1 Insatser mot aids.....	72
5.7.2	14:2 Bidrag till WHO	72
5.7.3	14:3 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	73
5.7.4	14:4 Statens folkhälsoinstitut.....	74
5.7.5	14:5 Smittskyddsinstitutet	76
5.7.6	14:6 Institutet för psykosocial medicin.....	78
5.7.7	14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	79
5.7.8	14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	80
5.7.9	14:9 Alkoholsortimentsnämnden	81
5.8	Övrig statlig verksamhet	82
5.8.1	Systembolaget	82
6	Politikområde Barnpolitik	83
6.1	Omfattning	83
6.2	Utgiftsutveckling.....	84
6.3	Mål.....	84
6.4	Politikens inriktning.....	84
6.5	Insatser	84
6.5.1	Insatser inom politikområdet	84
6.6	Resultatbedömning.....	86
6.6.1	Resultat.....	86
6.6.2	Analys och slutsatser.....	86
6.7	Revisionens iakttagelser	87
6.8	Budgetförslag.....	87
6.8.1	15:1 Barnombudsmannen.....	87
6.8.2	15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor.....	88
7	Politikområde Handikappolitik	91
7.1	Omfattning	91
7.2	Utgiftsutveckling.....	92
7.3	Mål.....	92
7.4	Politikens inriktning.....	92
7.5	Insatser	93
7.5.1	Insatser inom politikområdet	93
7.5.2	Insatser utanför politikområdet.....	95
7.6	Resultatbedömning.....	98

7.6.1	Resultat.....	98
7.6.2	Analys och slutsatser	101
7.7	Revisionens iakttagelser.....	104
7.8	Budgetförslag	104
7.8.1	16:1 Personligt ombud.....	104
7.8.2	16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	104
7.8.3	16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	105
7.8.4	16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder.....	107
7.8.5	16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	108
7.8.6	16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	108
7.8.7	16:7 Bilstöd till handikappade	109
7.8.8	16:8 Kostnader för statlig assistansersättning.....	110
7.8.9	16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	111
7.8.10	16:10 Handikappombudsmannen	112
8	Politikområde Äldrepolitik.....	115
8.1	Omfattning.....	115
8.2	Utgiftsutveckling	115
8.3	Mål	116
8.4	Politikens inriktning	116
8.5	Insatser	117
8.5.1	Insatser inom politikområdet.....	117
8.5.2	Insatser utanför politikområdet	119
8.6	Resultatbedömning.....	120
8.6.1	Resultat.....	120
8.6.2	Analys och slutsatser	121
8.7	Budgetförslag	124
8.7.1	17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	124
9	Politikområde Socialtjänstpolitik	127
9.1	Omfattning.....	127
9.2	Utgiftsutveckling	127
9.3	Mål	128
9.4	Politikens inriktning	128
9.5	Insatser	128
9.5.1	Insatser inom politikområdet.....	128
9.5.2	Insatser utanför politikområdet	132
9.6	Resultatbedömning.....	133
9.6.1	Resultat.....	133
9.6.2	Analys och slutsatser	136
9.7	Revisionens iakttagelser.....	139
9.8	Budgetförslag	139
9.8.1	18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	139
9.8.2	18:2 Statens institutionsstyrelse.....	141
9.8.3	18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	142
10	Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 9	145
10.1	Budgetförslag	145
10.1.1	26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	145
10.1.2	26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	146

Tabellförteckning

Anslagsbelopp.....	12
3.1 Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet.....	15
3.2 Härledning av ramnivån 2004–2006. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	16
4.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader, exklusive kommunernas äldresjukvård, samt andel av BNP.....	17
4.2 Utgiftsutveckling inom politikområdet	19
4.3 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2000–2002 (inkl moms).....	32
4.4 Landstingens kostnader för tandvård enligt tandvårdsförordningen 1999–2002.....	39
4.5 Anslagsutveckling 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	42
4.6 Beräknad fördelning på anslagposter	43
4.7 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	43
4.8 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	44
4.9 Härledning av anslagsnivån för 2004–2006, för 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	44
4.10 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	45
4.11 Härledning av anslagsnivån för 2004–2006, för 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	46
4.12 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	46
4.13 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	47
4.14 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	47
4.15 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	48
4.16 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen	48
4.17 Offentligrättslig verksamhet	48
4.18 Uppdragsverksamhet	49
4.19 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden	49
4.20 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 13:6 Socialstyrelsen.....	51
4.21 Anslagsutveckling 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	51
4.22 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden.....	52
4.23 Anslagsutveckling 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	52
4.24 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden.....	53
4.25 Anslagsutveckling 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall.....	53
4.26 Härledning av anslagsnivån för 2004–2006, för 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall	54
4.27 Offentligrättslig verksamhet	54
4.28 Ekonomisk översikt för Apoteket AB	55

5.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	58
5.2	Psyisk ohälsa i befolkningen 16–84 år mellan 1980/81–2001.....	65
5.3	Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot aids.....	72
5.4	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:1 Insatser mot aids.....	72
5.5	Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO.....	72
5.6	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:2 Bidrag till WHO.....	73
5.7	Anslagsutveckling 14:3 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.....	73
5.8	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:3 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.....	74
5.9	Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut.....	74
5.10	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	75
5.11	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:4 Statens folkhälsoinstitut.....	76
5.12	Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet.....	76
5.13	Uppdragsverksamhet.....	77
5.14	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:5 Smittskyddsinstitutet.....	78
5.15	Anslagsutveckling 14:6 Institutet för psykosocial medicin.....	78
5.16	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:6 Institutet för psykosocial medicin.....	78
5.17	Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	79
5.18	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	80
5.19	Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	80
5.20	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	81
5.21	Anslagsutveckling 14:9 Alkoholsortimentsnämnden.....	81
5.22	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:9 Alkoholsortimentsnämnden.....	82
5.23	Ekonomisk översikt för de fem senaste åren.....	82
6.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	84
6.2	Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen.....	87
6.3	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 15:1 Barnombudsmannen.....	88
6.4	Anslagsutveckling 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor.....	88
6.5	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor.....	89
7.1	Utvecklingen inom politikområdet.....	92
7.2	Kostnader för den statliga assistansersättningen samt antal personer per år och timmar per vecka.....	99
7.3	Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud.....	104
7.4	Härledning av anslagsnivån för 2004–2006, för 16:1 Personligt ombud.....	104
7.5	Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	104
7.6	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 16.2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	105
7.7	Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd.....	105
7.8	Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden.....	106
7.9	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 16.3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd.....	106
7.10	Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder.....	107
7.11	Härledning av anslagsnivån för 2004–2006, för 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder.....	107

7.12	Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer	108
7.13	Härledning av anslagsnivå för 2004–2006, för 16:5 Bidrag till handikapporganisationer	108
7.14	Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	108
7.15	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	109
7.16	Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till handikappade.....	109
7.17	Härledning av anslagsnivå för 2004–2006, för 16:7 Bilstöd till handikappade.....	110
7.18	Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	110
7.19	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 16:8 Kostnader för statligt assistansersättning.....	111
7.20	Anslagsutveckling 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	111
7.21	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd.....	112
7.22	Anslagsutveckling 16:10 Handikappombudsmannen.....	112
7.23	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 16:10 Handikappombudsmannen	113
8.1	Utvecklingen inom politikområdet	115
8.2	Anslagsutveckling 17.1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken....	124
8.3	Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden	124
8.4	Härledning av anslagsnivå för 2004–2006, för 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	125
9.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet	127
9.2	Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	139
9.3	Härledning av anslagsnivå för 2004–2006, för 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	140
9.4	Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse	141
9.5	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden	141
9.6	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 18:2 Statens institutionsstyrelse.....	142
9.7	Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	142
9.8	Härledning av anslagsnivå för 2004–2006, för 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	143
10.1	Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	145
10.2	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	145
10.3	Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	146
10.4	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden	146
10.5	Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	146

Diagramförteckning

4.1	Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård år 2001, procentuellt fördelade på verksamhetsområden.....	18
4.2	Landstingens inkomster år 2001, procentuellt fördelade efter inkomstslag.....	18
4.3	Utveckling av kostnaderna (exklusive moms) för läkemedelsförmånerna 1991–2002.....	32
4.4	Andelen kariesfria barn. Procent.....	37
5.1	Medellivslängden mellan 1982 och 2002.....	65
9.1	Socialbidragsutveckling.....	133

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar regeringens förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) (avsnitt 2.1 och 4.8),
2. bemyndigar regeringen att under 2004 för ramanslaget 13:6 *Socialstyrelsen* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 4 000 000 kronor efter 2004 (avsnitt 4.9.6),
3. bemyndigar regeringen att under 2004 för ramanslaget 14:4 *Statens folkhälsoinstitut* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 25 000 000 kronor efter 2004 (avsnitt 5.7.4),
4. bemyndigar regeringen att under 2004 för ramanslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 81 000 000 kronor efter 2004 (avsnitt 7.8.3),
5. bemyndigar regeringen att under 2004 för ramanslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 10 000 000 kronor efter 2004 (avsnitt 8.7.1),
6. bemyndigar regeringen att under 2004 för ramanslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför utgifter på högst 18 000 000 kronor efter 2004 (avsnitt 9.8.2),
7. bemyndigar regeringen att under 2004 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 2004 (avsnitt 10.1.2),
8. för budgetåret 2004 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp*Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	
13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	ramanslag	4 061 410
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	ramanslag	19 450 000
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	ramanslag	275 036
13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	ramanslag	40 193
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	ramanslag	25 661
13:6 Socialstyrelsen	ramanslag	487 885
13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	ramanslag	58 458
13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	ramanslag	267 000
13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall	ramanslag	35 000
14:1 Insatser mot aids	ramanslag	58 122
14:2 Bidrag till WHO	ramanslag	34 371
14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	ramanslag	17 910
14:4 Statens folkhälsoinstitut	ramanslag	129 596
14:5 Smittskyddsinstitutet	ramanslag	179 642
14:6 Institutet för psykosocial medicin	ramanslag	15 031
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	ramanslag	96 554
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	ramanslag	153 250
14:9 Alkoholsortimentsnämnden	ramanslag	422
15:1 Barnombudsmannen	ramanslag	16 817
15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor	ramanslag	8 300
16:1 Personligt ombud	ramanslag	90 000
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	ramanslag	275 000
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	ramanslag	168 319
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	obetecknat anslag	78 394
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	obetecknat anslag	161 748
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	ramanslag	22 794
16:7 Bilstöd till handikappade	ramanslag	196 000
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	ramanslag	10 061 000
16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	ramanslag	15 647
16:10 Handikappombudsmannen	ramanslag	18 682
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	ramanslag	29 946
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	ramanslag	72 378
18:2 Statens institutionsstyrelse	ramanslag	743 479
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	ramanslag	10 000
26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	ramanslag	22 851
26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	ramanslag	288 376
Summa		37 665 272

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs i fråga om tandvårdslagen (1985:125)
dels att 8 a § skall ha följande lydelse,
dels att det skall införas en ny paragraf, 15 b §, samt närmast före 15 b § en
 ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 a §¹

Vid tillämpningen av 8 § skall landstinget särskilt svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller

2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller

3. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller

Vid tillämpningen av 8 § skall landstinget särskilt svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem *som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt bland dem som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som*

1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller

2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller

¹ Senaste lydelse 1998:554.

4. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård, omsorg eller *service* som personer som omfattas av punkterna 1–3 ovan.

Landstinget skall också svara för att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Landstinget skall vidare se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

3. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av punkterna 1–3 ovan.

Ersättning

15 b §

För tandvård enligt 8 a § andra och tredje styckena lämnar landstinget ersättning till vårdgivaren med belopp som motsvarar folktandvårdens priser för tandvård om inte landstinget kommer överens med vårdgivaren om något annat. Den patientavgift som patienten betalat skall räknas av från ersättningen.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2004.
 2. För en tandvårdsbehandling som har påbörjats före ikraftträdandet gäller äldre föreskrifter.

3 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

3.1 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar politikområdena Hälso- 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 Utgiftsutvecklingen inom utgiftsområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2002	Anslag 2003 ¹	Utgifts- prognos 2003	Förslag anslag 2004	Beräknat anslag 2005	Beräknat anslag 2006
Hälso- och sjukvårdspolitik	20 657	22 550	23 042	24 701	25 034	24 929
Folkhälsopolitik	692	803	975	685	578	583
Barnpolitik	18	24	25	25	26	26
Handikappolitik	8 566	9 489	9 812	11 088	12 498	13 943
Äldrepolitik	29	36	45	30	26	26
Socialtjänstpolitik	771	823	843	826	835	848
Forskningspolitik	307	306	308	311	318	324
Totalt för utgiftsområde 9	31 040	34 031	35 050	37 666	39 316	40 679

¹ Inklusive av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

Från och med 2004 skall i princip all årlig revision avgiftsbeläggas (Avgifter vid Riksrevisionen, prop. 2002/03:63, bet. 2002/03:FiU27, rskr. 2002/03:189). Avgifter och ersättningar tillförs statskassan och redovisas mot inkomsttitel. För anslagsfinansierade myndigheter som under

2003 inte erlägger någon avgift för årlig revision medför föreslagen nyordning en tillkommande kostnad. En kostnad som myndigheterna föreslås kompenseras för genom en nivåhöjning av anslagen från och med nästa år.

**Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2004–2006.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget ¹	33357	33 357	33 357
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning	69	122	161
Beslut	903	891	892
Övriga makroekonomiska förutsättningar	331	707	1 140
Volym	3 014	4 248	5 139
Överföring till/från andra utgiftsområden	2	2	3
Övrigt	-10	-11	-11
Ny ramnivå	37 666	39 316	40 679

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

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, ersättning till talidomskadade i vissa fall samt bidrag till hälso- och sjukvård. Dessutom omfattas myndigheterna Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Socialstyrelsen, Läkemedelsförmånsnämnden (LFN), Steriliseringsersättningsnämnden och Läkemedelsverket, samt det statligt ägda bolaget Apoteket AB. Landsting och kommuner har huvudansvaret för hälso- och sjukvården. Statsbidrag till kommunsektorn lämnas i huvudsak från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Från och med 2002 redovisar Nationalräkenskaperne BNP-måttet inklusive moms. I tabell 4.1 redovisas hälso- och sjukvårdens kostnader samt dess andel av BNP, exklusive respektive inklusive moms, för perioden 1998–2002.

Tabell 4.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader, exklusive kommunernas äldresjukvård, samt andel av BNP

Miljarder kronor

	1998	1999	2000	2001 ¹	2002 ¹
Exklusive moms:					
Hälso- och sjukvårdskostnader	144,2	153,6	163,1	172,5	
Andel av BNP, procent	7,6	7,7	7,8	8,0	
Inklusive moms:					
Hälso- och sjukvårdskostnader	151,1	160,9	169,2	181,3	188,1
Andel av BNP, procent	7,7	7,7	7,7	8,0	8,0

¹ Preliminära uppgifter

Källa: Nationalräkenskaperne, SCB

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvårdssektorn 2002 uppgick preliminärt till 188,1 miljarder kronor, inklusive moms. I löpande priser innebär detta en ökning med 3,8 procent jämfört med 2001. I beloppet ingår inte den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för, främst vård och omsorg av äldre. Kostnaderna för den verksamheten har av Socialstyrelsen preliminärt beräknats uppgå till cirka 0,7 procent av BNP för år 2001 (beräkningarna för 2002 är inte klara). Hälso- och sjukvårdens totala andel av BNP uppgick under 2001 därmed till 8,7 procent vilket är en ökning med cirka 0,3 procentenheter jämfört med år 2000.

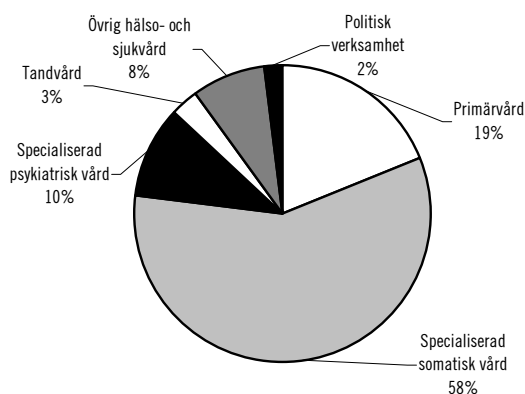
Hushållens konsumtionsutgifter för hälso- och sjukvård, dvs. kostnader som betalas av patienten, uppgick under 2001 till 26,4 miljarder kronor inklusive moms. Den enskilt största posten utgjordes av läkemedel (egenavgift för receptbelagda läkemedel och hela kostnaden för ej receptbelagda läkemedel) som kostade hushållen 8,2 miljarder kronor. Patientavgifter för läkarvård, tandvård samt sjukgymnastik uppgick till 13,5 miljarder kronor.

De offentliga konsumtionsutgifterna, dvs. kostnader för att bedriva den offentliga hälso- och sjukvården reducerat med intäkter från patientavgifter såväl som övriga intäkter, uppgick 2001 till 145,2 miljarder kronor. Av detta utgjorde kostnader för läkemedel 18,4 miljarder kronor (inklusive inkontinensartiklar). Ersättningar till privata vårdgivare, såsom läkare, tandläkare, sjukgymnaster, sjukhus utlagda på entreprenad m.m. kostade 18,5 miljarder kronor.

Privata och offentliga investeringar utgjorde 9,6 miljarder kronor.

Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, uppgick under år 2001 till 119,3 miljarder kronor exklusive moms. Kostnaderna fördelades på verksamhetsområden, enligt landstingens redovisnings-system, enligt diagram 4.1.

Diagram 4.1 Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård år 2001, procentuellt fördelade på verksamhetsområden

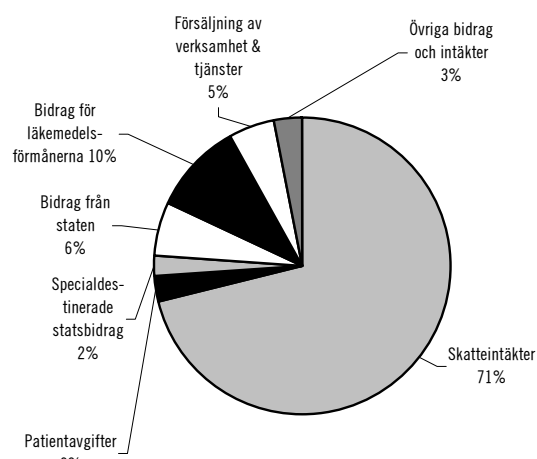


Källa: Landstingsförbundet, Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, Statistik för 2001

Som framgår av diagram 4.1 utgjorde kostnaderna för den specialiserade vården cirka 68 procent, medan primärvårdens kostnader utgjorde knappt 20 procent av huvudmännens totala nettokostnader.

Landstingens verksamhet finansieras till stor del via landstingsskatten. Under 2001 utgjorde skatten drygt 70 procent av landstingssektorns totala inkomster. Statens bidrag till landstingen utgörs av såväl generella som specialdestinerade statsbidrag. De sistnämnda består inom hälso- och sjukvårdsområdet främst av bidrag för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården samt statsbidraget för läkemedelsförmånerna. Vidare har landstingen inkomster från patientavgifter samt försäljning av tjänster och viss verksamhet. Uppgifterna i diagram 4.2 avser landstingens totala verksamhet, där hälso- och sjukvård inklusive tandvård utgör cirka 89 procent.

Diagram 4.2 Landstingens inkomster år 2001, procentuellt fördelade efter inkomstslag



Källa: Landstingsförbundet, Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, Statistik för 2001

För mer information om landstingens finansiering och verksamhet hänvisas till regeringens skrivelse om utvecklingen inom den kommunala sektorn (Skr. 2002/03:102).

4.2 Utgiftsutveckling

Tabell 4.2 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2002	Anslag 2003 ¹	Utgifts- prognos 2003	Förslag anslag 2004	Beräknat anslag 2005	Beräknat anslag 2006
13:1 Tandvårdsförmåner m.m. ²	1 987,2	3 138,0	3 583,8	4 061,4	4 265,6	4 150,0
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna ³	17 842,9	18 550,0	18 550,0	19 450,0	19 600,0	19 600,0
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	299,7	287,1	294,4	275,0	273,5	273,5
13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	38,0	38,7	38,0	40,2	41,1	41,7
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	22,0	25,5	24,8	25,7	27,3	27,7
13:6 Socialstyrelsen	461,7	470,6	494,6	487,9	499,3	507,8
13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	0,0	39,7	31,0	58,5	60,3	61,4
13:8 Sjukvård i internationella förhållanden ⁴	0,0	0,0	0,0	267,0	267,0	267,0
13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall	0,0	0,0	0,0	35,0	0,0	0,0
13:6 Ersättning till steriliserade i vissa fall (äldre anslag)	5,3	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0
Totalt för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik	20 656,8	22 549,6	23 020,1	24 700,6	25 034,2	24 929,1

¹ Inklusive av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

² Till och med 2003 anslaget 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m. (inklusive sjukvård i internationella förhållanden som fr.o.m. 2004 utgör nytt anslag 13:8).

³ Tidigare anslaget 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånen.

⁴ Till och med 2003 del av anslaget 13:1.

4.3 Mål

Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

4.4 Politikens inriktning

Hälso- och sjukvården utgör en central del av välfärden och är en av de samhällssektorer som engagerar det svenska folket allra mest. De grundläggande principerna för den allmänna hälso- och sjukvården är att vården skall ges på lika villkor och efter behov, styras demokratiskt och vara solidariskt finansierad. Väsentligt är också att människor skall ha möjlighet att påverka och vara delaktiga i vården. Dessa principer har ett starkt stöd i befolkningen.

Regeringens samlade bedömning är att kvaliteten i den svenska hälso- och sjukvården är hög. En majoritet av den svenska befolkningen ger också hälso- och sjukvården ett gott betyg (bl.a. enligt Landstingsförbundets så kallade Vårdbarometer och Socialstyrelsens lägesrapport –

Hälso- och sjukvård 2002). Den svaga utvecklingen av samhällsekonomin under början av 1990-talet har följts av en period med bättre inkomstutveckling för kommuner och landsting. Både tillgängligheten och kvaliteten i vården har förbättrats och vårdens insatser nått allt fler och allt äldre patienter. Därutöver har patientens ställning stärkts genom ökade valmöjligheter och rätt till inflytande och delaktighet i behandlingen.

Den medicinska, medicintekniska, samhälls-ekonomiska och demografiska utvecklingen fortsätter emellertid att ställa nya och skärpta krav på hälso- och sjukvården. Inte minst gäller detta medborgarnas krav på bästa möjliga vård. Sammantaget leder denna utveckling till stora finansiella, kvalitativa och strukturella utmaningar för sektorn som helhet.

Regeringen har under de senaste åren gjort stora satsningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Dessa har främst riktats mot att stärka systemets bas, dvs. primärvården och den grundläggande sjukhusvården. 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 kvaliteten i vården bl.a. genom förbättrad tillgänglighet och minskade väntetider. En viktig del av satsningarna är de medelstillskott (om närmare 13 miljarder) som görs till hälso- och sjukvården under perioden 2001–2004 i syfte att stödja förändringsarbetet. En viktig uppgift för det kommande året är att fortsätta följa upp dessa satsningar i syfte att säkra att avsedda effekter nås.

I den nationella handlingsplanen ges bl.a. arbetet mot psykisk ohälsa prioritet. Regeringen bedömer att det finns behov av ökad uppmärksamhet på den psykiatriska vårdens och omsorgens utveckling.

De senaste åren har många olika insatser vidtagits för att komma till rätta med väntetidsproblemen, bl.a. den nationella handlingsplanen, tillgänglighetssatsningen, rekommendationen om det fria vårdvalet, utvecklingen av Väntetidsdatabasen hos Landstingsförbundet och Socialstyrelsens arbete med riktlinjer för prioriteringar. Regeringen avser att under de kommande åren ta ytterligare steg mot förbättrad tillgänglighet och kvalitet.

Ett steg mot att öka vårdens tillgänglighet och kvalitet är att förbättra telefontillgängligheten och möjligheten att få en snabb och korrekt bedömning. Utredningar samt erfarenheter från andra länder visar att sjukvårdsupplysning per telefon kan öka patienternas trygghet i vardagen, stödja egenvård och vägleda de patienter som behöver ett vårdbesök. Samtidigt kan sjukvårdsupplysning avlasta vården besök som inte är nödvändiga och därigenom leda till bättre resursutnyttjande inom vården. En förutsättning för att dessa positiva effekter skall nås är att sjukvårdsupplysningen håller hög kvalitet. Regeringen och Landstingsförbundet har därför gemensamt under 2003 avsatt medel för utveckling av ett medicinskt beslutsstöd kopplat till en nationell sjukvårdsupplysning per telefon. Det kommer att vara fråga om ett gemensamt telefonnummer för hela landet. Insatserna på detta område kommer att intensifieras under 2004 med inriktningen att en sådan nationell sjukvårdsupplysning skall finnas tillgänglig i samtliga landsting inom en snar framtid.

Även om det är inom hälso- och sjukvårdssystemets bas som det största behovet av ett förändringsarbete har funnits, leder förändringar i en del av vårdkedjan till att nya krav ställs på

övriga delar av vården. Regeringen inrättade under 2002 ett projekt inom Socialdepartementet med uppgift att göra en översyn av den högspecialiserade vårdens omfattning, inriktning och roll i vårdkedjan. Vidare kommer bl.a. frågor om den kliniska forskningen och universitetssjukhusens roll att behandlas. Projektets första rapport kommer att vara färdig under hösten 2003.

För att kunna hantera de utmaningar som hälso- och sjukvårdssektorn står inför, däribland det ovan nämnda pågående förändringsarbetet, är det av största vikt att landsting och kommuner har en stabil finansiell situation. Det är också viktigt att de skattemedel och patientavgifter som finansierar vården används på ett sådant sätt att de ger maximal effekt. En förutsättning för detta är att det sker en fortlöpande produktivitet utveckling inom sektorn. Det finns emellertid signaler om att produktivitet utvecklingen under senare år försämrats trots ett tillskott av medel. Det finns också tecken på att hälso- och sjukvårdens resurser inte alltid utnyttjas på bästa sätt. Det saknas övergripande information om sjukvårdens prestationer, kostnader och kvalitet eftersom det inte finns någon heltäckande verksamhetsuppföljning, vilket sannolikt bidrar till effektivitetsbrister i vården. Situationen kompliceras ytterligare av att den ekonomiska utvecklingen för vissa landsting är oroande. Regeringen kommer noga att följa utvecklingen i landsting och kommuner på dessa områden.

Under 1990-talet har inslaget av privata aktörer ökat inom hälso- och sjukvården. Personal- eller brukarkooperativ, ideella organisationer samt privata företag och aktiebolag har i ökad utsträckning slutit avtal med landstingen om att utföra hälso- och sjukvårdstjänster. Ett ökat inslag av privata aktörer kan leda till att ett system med privata sjukvårdsförsäkringar utvecklas parallellt med det solidariskt finansierade systemet. För att det grundläggande nationella målet om vård på lika villkor skall kunna upprätthållas är det nödvändigt att reglerna och villkoren för privata vårdgivares medverkan i den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården är tydliga. Regeringen avser att återkomma med ett förslag till nationell lagstiftning som redovisar vilka delar av sjukvården som skall drivas av sjukvårdshuvudmännen i egen regi samt i vilka delar huvudmännen har möjlighet att pröva alternativa driftsformer. Lagstiftningen skall också ange vilka villkor som skall gälla för sådan verksamhet

om huvudmännen väljer att använda entreprenörer.

Medlemskapet i EU påverkar i allt högre grad även den svenska hälso- och sjukvården. Det handlar såväl om personer som redan i dag söker och/eller erhåller vård i ett annat land än sitt hemland, som om hur det framtida EU-samarbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet skall utformas. Regeringens ambition är att Sverige skall spela en aktiv roll i gemenskapssamarbetet för att påverka utvecklingen i en gynnsam riktning. Under 2003 har en så kallad högnivågrupp, bestående av medlemsstaternas ansvariga ministrar på hälso- och sjukvårdsområdet, arbetat med bl.a. frågan om hur den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken skall kunna motsvara de krav som ställs genom unionsfördraget. Högnivågruppens arbete beräknas vara klart vid årsskiftet 2003/2004, varefter arbetet kommer att fortsätta i andra former.

På den svenska regeringens initiativ skapades under 2003 ett internationellt forum 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. Forumets tredje möte är planerat att äga rum i Nya Zeeland i början av 2004.

Regeringen föreslår att målet för politikområdet hälso- och sjukvårdspolitik skall ligga fast och således vara att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras. I arbetet med att uppnå detta mål är det viktigt att de grundläggande principerna för en allmän hälso- och sjukvård upprätthålls. Den snabba medicinska och medicintekniska utvecklingen i kombination med medborgarnas krav på bästa möjliga vård, innebär att hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning måste utvecklas och nya arbetssätt stimuleras. Därutöver måste organisations- och ledarskapsfrågorna uppmärksammas i större utsträckning än tidigare liksom möjligheterna att med hjälp av IT-stöd utveckla och förnya vården.

För att upprätthålla den höga kvaliteten och förtroendet för sjukvården är det viktigt med bra system för tillsyn av vården och för att hantera situationen då människor skadas i vården. Regeringen anser att det finns skäl att under det kommande året uppmärksamma frågor om patientsäkerhet och den statliga tillsynen över hälso- och sjukvården.

Flera prognoser har under de senaste åren visat på kommande personalbrist inom hälso- och sjukvården. Utöver detta brottas landstingen redan i dag med stora svårigheter att rekrytera kompetent vårdpersonal samtidigt som den personal som finns i verksamheten är utsatt för hög arbetsbelastning och en stressig arbetsmiljö. Av största vikt är alltså att klara den framtida personalförsörjningen inom vården och att minska vårdpersonalens arbetsbörda, dels för att öka kvaliteten i vården, dels för att förbättra arbetsförhållandena för vårdpersonalen, bl.a. med fokus på minskad ohälsa och sjukfrånvaro. Dessutom måste frågan om samverkan mellan olika vårdgivare och/eller olika huvudmän samt att hitta nya former för sådan samverkan ständigt sättas i fokus.

Strategiskt viktigt för att säkra den framtida personalförsörjningen är också att personalen erbjuds möjligheter till kontinuerlig utveckling av hög kvalitet. Regeringen har därför under senare tid vidtagit åtgärder som skall bidra till att stärka fort- och vidareutbildningen av hälso- och sjukvårdspersonalen. Här kan nämnas inrättandet av Familjemedicinska institutet (Fammi) och överförandet av ansvaret för de så kallade specialistkompetenskurserna för läkare (SK-kurser) till Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS).

Under de senaste åren har en rad åtgärder vidtagits för att öka kontrollen av de offentliga kostnaderna för läkemedelsförmånerna. Regeringen konstaterar att dessa åtgärder i stort har haft önskvärd effekt och att kostnadsökningen dämpats. För att säkerställa att patienten får tillgång till den bästa tillgängliga behandlingen och att samhällets resurser för läkemedel och annan hälso- och sjukvård används på bästa sätt är det emellertid angeläget att läkemedel i än högre grad integreras som en naturlig del i hälso- och sjukvården. Det nuvarande avtalet mellan staten och Landstingsförbundet om ersättningen för läkemedelsförmånernas kostnader löper ut i slutet av 2004. Regeringen avser att under våren 2004 inleda diskussioner med Landstingsförbundet om ersättningen fr.o.m. 2005.

Den svenska modellen med ett detaljhandelsmonopol, genom Apoteket AB, inom läkemedelsområdet har enligt regeringens mening lett till såväl en säker och högklassig distribution av läkemedel som lägre kostnader i detaljist- och partihandelsleden än flertalet andra länder i Europa. Dessutom har det sammanhållna ansva-

ret för läkemedelsdistributionen inneburit att de nya regler för läkemedelsförmånerna som infördes under hösten 2002 (utbyte av läkemedel på apotek, obligatorisk arbetsplatskod m.m.) kunnat genomföras med små störningar för den enskilda konsumenten. Regeringen har under det senaste året bedrivit ett arbete med att utveckla de olika styrdokumenterna avseende Apoteket AB. Detta har bl.a. resulterat i ett nytt verksamhetsavtal och en ny modell för ägardirektiv.

Inom biomedicinen sker en snabb utveckling. Nya metoder för diagnostik och behandling tillkommer ständigt. 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. Här kan nämnas att riksdagen den 4 juni 2003 beslutade att införa en ny lag om etikprövning av forskning som avser människor. Lagen är tillämplig på forskning som innebär ett fysiskt ingrepp eller utförs enligt en metod som syftar till att påverka en människa fysiskt eller psykiskt. Enligt lagen skall etikprövningen göras av särskilda regionala nämnder för etikprövning av forskning. Lagen träder i kraft den 1 januari 2004. Frågan behandlas utförligt under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning, politikområde Forskningspolitik.

Det övergripande målet för tandvården motsvarar det som gäller för hälso- och sjukvården och är enligt tandvårdslagen (1985:125) en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Regeringen följer noggrant utvecklingen av tandvården och tandvårdsstödet. Tandhälsan har förbättrats mycket under de senaste decennierna vilket bland annat visar sig i att andelen äldre som saknar egna tänder minskat kraftigt samt att antalet lagningar minskar hos yngre personer. Det är angeläget att den goda tandhälsan som uppnåtts i de yngre generationerna kan bevaras. Den enskildes kostnader för tandvård har i vissa fall ökat kraftigt under de senaste åren. Detta gäller främst de personer, ofta äldre, som har stora tandvårdsbehov. För att förbättra skyddet mot höga behandlingarkostnader för personer över 65 år infördes den 1 juli 2002 ett högkostnadsskydd för fast och

avtagbar protetik. Samtidigt förbättrades också stödet för bastandvård för denna grupp. Högkostnadsskyddet blir enligt prognoserna dyrare än beräknat och måste därför följas upp noggrant. Vid sidan av detta är det av största vikt att tandvårdens personalförsörjning klaras och de problem som beror på regional obalans hanteras.

4.5 Verksamhetsområde Hälso- och sjukvård

4.5.1 Insatser

Insatser inom politikområdet

Kvalitetsutveckling

Regeringen presenterade i juni 2000 en nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53). Planens huvudsakliga inriktning är att förstärka primärvården i landstingen, hälso- och sjukvårdsinsatserna för äldre i den kommunala primärvården samt insatserna för personer med psykisk ohälsa. Som en del av handlingsplanen inrättades också våren 2002 det Familjemedicinska institutet (Fammi). Fammi skall utgöra en central aktör vad gäller kunskapsuppbyggnad och kunskaps-spridning inom primärvårdens område.

I sammanhang då hälso- och sjukvårdens tillgänglighet diskuteras är det viktigt att överväga hur prioriteringar görs inom vården. Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med att utveckla metoder för tillämpningen av riksdagsbeslutet om prioriteringar. Tyngdpunkten i Socialstyrelsens arbete har lagts på att ta fram beslutsstöd för prioriteringar inom ramen för de nationella riktlinjerna för vård av patienter med kroniska sjukdomar. Regeringen har samtidigt tillsammans med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet beslutat att under perioden 2000–2003 stödja uppbyggnaden av ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg, Prioriteringscentrum i Linköping.

Regeringen har under våren 2003 tillsatt en utredning som skall utarbeta förslag till lagstiftning för de nationella kvalitetsregister som finns inom hälso- och sjukvården samt se över gällande lagstiftning för ett fåtal andra register (Dir. 2003:42). Det femtiotal nationella kvalitets-

register som finns i dag utgör en värdefull och snarast underutnyttjad källa till kvalitetsförbättring av den medicinska behandlingen i den svenska hälso- och sjukvården. Registren innehåller bl.a. uppgifter om patientdata, diagnos, behandlingsinsatser, utfallet av behandlingen samt eventuella komplikationer. Registren har fått en allt större betydelse under 1990-talet. För att klargöra vad som gäller för hanteringen av dessa register görs nu en översyn av dem.

För att upprätthålla en hög kvalitet och stort förtroende för sjukvården är det viktigt med bra system för tillsyn av vården och för att hantera situationer då människor skadas i vården. Regeringen har därför tillsatt en särskild utredare för att analysera om nuvarande system för ersättning till patienter som skadas inom hälso- och sjukvården och av läkemedel, ger ett tillfredsställande skydd för patienten. Uppdraget skall redovisas i december 2003.

Personalsituation och utbildning

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag genomfört en översyn av utbildningen inom läkarnas specialiseringstjänstgöring och strukturen för de medicinska specialiteterna. Rapporten överlämnades till regeringen i januari 2003 och har under våren varit föremål för remissbehandling. Med utgångspunkt från översynens resultat föreslår Socialstyrelsen dels åtgärder som syftar till kvalitetssäkring av specialiseringstjänstgöringen, dels åtgärder som gäller strukturen för indelning av medicinska specialiteter.

Regeringen gav i juli 2003 ett gemensamt uppdrag till Socialstyrelsen och Högskoleverket att se över reglering och system för bedömning och godkännande av personer med viss högskoleutbildning från länder utanför EU/EES-området. Uppdraget omfattar utbildningar för läraryrket, hälso- och sjukvård, tandvård och detaljhandel med läkemedel. I översynen skall även utbildningar som leder till reglerade yrken men som inte bedöms utgöra högskoleutbildning ingå. Fokus skall läggas vid att ta fram förslag som kan effektivisera och därigenom förkorta processen från ansökan till kompetensbevis. Myndigheterna skall också i enlighet med ett tidigare riksdagsbeslut (rskr. 2001/02:144), se över språkutbildningen för berörda yrkesgrupper med avseende på dess utformning, lokalisering och dimensionering. Uppdraget skall redovisas senast den sista januari 2004.

Högspecialiserad vård

Regeringen har inrättat Projektet för översyn av den högspecialiserade vården (S 2002:D). Syftet med översynen är att komma till rätta med vissa problem samt att skapa förutsättningar för en god utveckling och effektiv resursanvändning. Projektet redovisade i februari 2003 en promemoria om möjligheterna att införa nationella planer för särskilda diagnos- eller sjukdomsgrupper. Under våren 2003 har intervjuer genomförts med samtliga landsting i syfte att identifiera deras problem rörande högspecialiserad sjukvård. En allmän analys av riks- och regionsjukvården färdigställdes i juni. En särskild analys av den kliniska forskningens villkor pågår och under hösten 2003 skall projektet överlämna en rapport med en redovisning av resultatet av projektets arbete.

Kommunikationssystem

IT-lösningar inom hälso- och sjukvården samt vård och omsorg är ett mycket viktigt kommunikationsmedel, som får en allt större betydelse för en effektiv kommunikation inom olika delar av vården. Rätt använt kan IT-lösningar medföra stora möjligheter att bättre ta vara på vårdens resurser. Personalens arbetsmiljö kan förbättras med hjälp av IT-lösningar genom ett säkrare och tydligare informationsutbyte.

År 2003 avsatte regeringen 15 miljoner kronor inom den så kallade Dagmaröverenskommelsen till Carelink, en intresseorganisation bildad av Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och Apoteket. Carelink arbetar med att utveckla IT-lösningar inom den svenska hälso- och sjukvården samt omsorgen. Under 2003 har samtliga landsting och ett tjugotal kommuner anslutit sig till det rikstäckande hälsonätet Sjunet, vilket utvecklats på initiativ av Carelink. I många landsting bedrivs också försök med eller har införts datasystem/modeller för att åskådliggöra hela vårdkedjor och för att mäta patientflöden.

Medicinsk etik

I april 2002 fick Kommittén om genetisk integritet tilläggsuppdrag att överväga och lämna förslag till under vilka förutsättningar stamcells forskning skall få bedrivas. Kommittén överlämnade i januari 2003 delbetänkandet Rättslig reglering av stamcells forskning (SOU 2002:119). Bland annat föreslås att bedömningen av om befruktade ägg skall få framställas för

forskningsändamål skall ske från fall till fall inom ramen för den forskningsetiska prövningen. Somatisk kärnöverföring bör inte förbjudas men skall med kommitténs förslag vara underkastad begränsningar motsvarande dem som redan gäller vid forskning på befruktade ägg. Reproduktiv kloning föreslås entydigt vara förbjuden. Kommitténs förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Våren 2003 gav regeringen en utredare i uppdrag att överväga och lämna förslag till åtgärder som kan leda till en bättre tillgång till organ för transplantation. Förslagen skall inriktas på att underlätta för människor att meddela och dokumentera sin inställning till organ donation.

Medicinsk utvärdering

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har som övergripande mål att genom vetenskapliga kunskapssammanställningar stärka beslutsunderlaget inom hälso- och sjukvården, inkluderande tandvården, för att därigenom bidra till en mer effektiv och evidensbaserad hälso- och sjukvård. SBU bedriver ett särskilt program (Alert) för tidig utvärdering av nya metoder som är på väg in i sjukvården. Under 2002 har SBU publicerat utvärderingar av ett 60-tal olika metoder samt 16 utvärderingar av nya medicinska metoder (Alertprogrammet). Dessa utgörs av metoder vilka tillämpas vid förebyggande behandling av bl.a. fetma, karies samt vid blodpropp och klimakteriebehandling. Hittills under 2003 har SBU publicerat rapporterna Strålbehandling vid cancer, Evidensbaserad äldreomsorg – en inventering av det vetenskapliga underlaget och Hörselrehabilitering. SBU:s utvärderingar har stor betydelse för praxis inom såväl hälso- och sjukvården som tandvården. Huvudresultaten från rapporterna visar att 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 utsträmmas. En viktig slutsats från SBU:s arbete är att det krävs betydande informationsinsatser och utbildning för att de nu tillgängliga kunskaperna skall kunna spridas och tillämpas på alla nivåer inom sjukvården. Särskilda informationsinsatser har under 2002 ägnats åt rapporterna Behandling med östrogen (2002), Fetma – problem och åtgärder (2002), Att förebygga karies (2002), Blodpropp – förebyggande, diag-

nostik och behandling av venös tromboembolism (2002), Rökning och ohälsa i munnen (2002) samt Behandling av alkohol- och narkotikaproblem (2001).

Könsskillnader

Regeringen gav i juni 2002 Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med sjukvårdshuvudmännen och berörda myndigheter analysera och redovisa könsskillnader inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden. I uppdraget ingår bl.a. att sammanställa och analysera könsspecifika uppgifter om hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet med avseende på vårdens resultat för kvinnor och män. Slutredovisning av uppdraget skall ske senast den 31 mars 2004. Socialstyrelsen skall också, i de särskilda lägesrapporterna som lämnas i anslutning till årsredovisningarna, redovisa utvecklingen avseende könsskillnader inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden för respektive år med början i samband med årsredovisningen för 2002. Ovanstående sammanställningar och analyser kommer även att redovisa situationen för pojkar och flickor.

Privat och offentlig vård

Förekomsten av privata entreprenader inom hälso- och sjukvården har ökat under de senaste åren. Det finns dock stora variationer mellan de olika landstingen. Regeringen har bl.a. klart uttalat i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) att alternativa driftsformer i den öppna vården och omsorgen skall stimuleras genom att fler kooperativa, privata och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen. Utredningen om vårdens ägarformer överlämnade i mars 2003 sitt slutbetänkande Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa, SOU 2003:23. I betänkandet lämnas lagförslag till reglering av villkor för privata vårdgivares medverkan i den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. Utöver lagförslag diskuterar utredningen villkoren för att främja mångfald av drifts- och ägarformer inom vården. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Internationellt forum

I de flesta länder förs i dag en intensiv debatt om sjukvårdens finansiering, organisation och driftsformer. Den marknadsstyrda vården framställs ibland internationellt som det moderna, effektiva alternativet. Mot marknadens anspråk står idén om att alla medborgare skall ha rätt till vård på lika villkor och att vården skall ges efter behov. Den förutsätter ett gemensamt ansvars-tagande och en solidarisk finansiering. För att dessa grundprinciper och idéer skall kunna fortsätta forma hälso- och sjukvården och andra välfärdstjänster i det framtida samhället, är det absolut nödvändigt att deras företrädare agerar aktivt inte bara nationellt utan också internationellt.

Regeringen har tagit initiativ till bildandet av ett internationellt forum för utveckling av en sjukvård som följer dessa principer, Internationellt forum för vård på lika villkor. Detta forum, i vilket hälsoministrar från olika länder ingår, kommer att arrangera internationella möten och konferenser där politiker, administratörer och forskare från olika länder ges möjlighet att utbyta kunskap, erfarenheter och idéer för en allmän sjukvård som ges efter behov på lika villkor.

Den första konferensen i Internationellt forum för vård på lika villkor ägde rum i Stockholm den 30–31 januari 2003. Hälsoministrar från sju länder diskuterade gemensamma strategier för att utveckla de nationella offentliga hälso- och sjukvårdssystemen. Vid mötet enades man om de viktigaste utgångspunkterna för ett fortsatt reformarbete för en god vård på lika villkor. I maj 2003 hölls ett andra möte. Mötet fokuserade på behovet av bättre kvalitet och ökad valfrihet för patienter i vården. Vid mötet fastslogs att det är fullt möjligt att öka kvaliteten och valfriheten för patienterna inom ramen för den solidariskt finansierade vården.

Samverkan

Det är viktigt att undanröja eventuella hinder för samverkan mellan olika vårdgivare och huvudmän samt att hitta nya former för sådan samverkan. Regeringen lämnade i december 2002 propositionen Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20, bet. 2002/03:SoU12, rskr. 2002/03:158.) till riksdagen. Genom de lagändringar som trädde i kraft den 1 juli 2003 utökas landstingens och kommunernas befogenheter att utforma arbetet utifrån de lokala förutsättningarna genom

att huvudmännen givits möjlighet att samverka i en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter inom vård- och omsorgsområdet.

Vidare skärps kraven på gemensam vårdplanering vid utskrivning av patienter vid slutenvård. En förutsättning för kommunens betalningsansvar skall vara att en gemensam vårdplan upprättas för de patienter som bedöms ha behov av fortsatt vård och omsorg. I propositionen klargörs vidare att patienten eller hans eller hennes närstående bör delta vid vårdplaneringen samt att vårdplanen skall innehålla uppgifter om behov av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Dessutom ersätts begreppet medicinskt färdigbehandlad med utskrivningsklar för att tydligt markera att fortsatta vård- och omsorgsinsatser kan bli aktuella.

Äldresjukvård

En särskild utredare har tillkallats för att genomföra en översyn av vård och omsorg för äldre, drygt tio år efter Ädelreformen. Utredaren skall bl.a. analysera hur vården och omsorgen på bästa sätt kan organiseras för att säkerställa en hög kvalitet, tillgänglighet samt trygghet och inflytande för äldre. Utredaren skall redovisa sitt uppdrag senast den 31 januari 2004.

Socialstyrelsen redovisade i mars 2003 uppdraget att följa upp och utvärdera effekterna av att inkontinensartiklar inte längre ingår i läkemedelsförmånssystemet, särskilt vad avser brukarnas tillgång till adekvat utredning och uppföljning inom särskilt boende och hem-sjukvården. Rapporten visar att enskilda personer till viss del kan påverka hur vården utformas men att det finns många personer vars behov av inkontinensvård inte blir tillgodosett. Huruvida vårdens kvalitet för den enskilde har påverkats av förändringen i huvudmannskapet kan dock inte påvisas.

Regeringen beslutade i februari 2002 att tillsätta en arbetsgrupp, Demensarbetsgruppen, med uppgift att sammanställa kunskaper om situationen för personer med demenssjukdomar, samt identifiera utvecklingsområden. Arbetsgruppen skall slutredovisa sitt arbete under hösten 2003. Efter det att arbetsgruppen avslutat sitt arbete är avsikten att ett särskilt utvecklingsprojekt skall arbeta vidare med arbetsgruppens resultat.

Psykatri

I samband med de lagändringar som gjordes 2000 i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) uttalade socialutskottet i betänkandet (1999/2000:SoU13), Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, att det är av största vikt att utreda frågan om vilka befogenheter som bör tillkomma de läkare som till följd av entreprenadavtal utför tjänster åt ett landsting utan att vara anställda av landstinget. I departementspromemorian *Läkare i allmän tjänst* (Ds 2003:30) som färdigställdes i juni 2003, görs en analys av innebörden av begreppet läkare i allmän tjänst och vilka anställnings-/uppdragsförhållanden som kan anses vara innefattade i begreppet. I promemorian lämnas bl.a. förslag till ändringar i LPT som innebär att även läkare som till följd av entreprenadavtal utför tjänster åt ett landsting skall kunna besluta om omhändertagande om läkaren enligt avtal med landstinget har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg. Promemorian är för närvarande föremål för remissbehandling.

Den parlamentariskt sammansatta Psykiateransvarskommittén avlämnade under 2002 betänkandet *Psykisk störning, brott och ansvar* (SOU 2002:3) med förslag till en reformerad reglering av det straffrättsliga ansvaret för psykiskt störda lagöverträdare. Betänkandet har remissbehandlats och arbetet med den fortsatta beredningen av utredningens förslag pågår.

Insatser inom läkemedelsområdet

Regeringen träffade i april 2001 en överenskommelse med Landstingsförbundet om en ny modell för statens ersättning till landstingen för kostnader för läkemedelsförmånerna för åren 2002–2004. Överenskommelsen innebar att ersättningen för kostnader för läkemedelsförmånerna under avtalsperioden lades fast. Samtidigt fastställdes hur stor landstingens ekonomiska risk för den aktuella perioden kommer att vara. I överenskommelsen slogs fast att en kontrollstation skulle genomföras under 2003. Kontrollstationen har genomförts och i det arbetet har ingått att analysera kostnadsutvecklingen och vilka effekter de av parterna genomförda åtgärderna har haft och kan bedömas få under avtalsperioden.

Den 1 oktober 2002 trädde den nya lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. i kraft. Lagen innebär bl.a. att en ny myndighet, Läke-

medelsförmånsnämnden (LFN), inrättats. LFN:s uppgift är att fatta beslut om vilka läkemedel som skall subventioneras samt vilket pris läkemedlet skall ha. Myndigheten har också till uppgift att gå igenom befintligt sortiment av läkemedel och fatta beslut om huruvida läkemedlet även fortsättningsvis skall ingå i förmånerna. Vidare infördes den 1 oktober 2002 utbyte av läkemedel på apotek, vilket innebär att apotekspersonalen skall byta ut ett förskrivet läkemedel om det finns ett billigare utbytbart läkemedel tillgängligt på det enskilda apoteket. Som en följd av genomförda reformer har Socialstyrelsen fått i uppdrag att följa hur regelverket används vad det gäller utbyte av läkemedel på apotek.

För att öka möjligheterna till uppföljning av läkemedelsförskrivning har obligatorisk arbetsplatskod införts. För att ett läkemedel skall expedieras inom läkemedelsförmånerna skall receptet vara försett med en arbetsplatskod som identifierar vilken arbetsplats förskrivaren tjänstgör vid.

För att fortsätta arbetet med att förbättra möjligheterna till uppföljning på läkemedelsområdet tillsatte regeringen i maj 2002 en särskild utredare med uppgift att göra en bred analys av nuvarande och framtida behov av och möjligheter till medicinsk och ekonomisk uppföljning inom läkemedelsområdet och vid behov föreslå hur en sådan förbättrad uppföljning skall göras. Utredaren överlämnade sitt betänkande *Ökad patientsäkerhet på läkemedelsområdet* (SOU 2003:52) i juni 2003. Betänkandet innehåller bl.a. förslag om att Apoteket AB skall få föra ett register över den enskildes läkemedelsuttag. Dessa uppgifter skall därefter, efter patientens samtycke, göras tillgängliga för förskrivaren. Genom att förskrivaren får tillgång till information om patientens totala läkemedelsuttag menar utredaren att risken för felförskrivningar kommer att minska och att patientsäkerheten därmed kommer att öka. Betänkandet har skickats ut på remiss.

Socialstyrelsen har tidigare haft återrapporteringskravet att följa och utvärdera läkemedelsanvändningen genom att kvartalsvis redovisa uppgifter om utvecklingen i läkemedelsanvändningen. Socialstyrelsen har återrapporterat genom rapportserien *Läkemedel i användning – förändringar och tendenser*. Varje rapport har särskilt belyst ett visst ämne. Under 2002 har rapporterna behandlat läkemedel vid diabetes,

äldres läkemedelsanvändning, läkemedelsbehandling av HIV och läkemedelsbehandling av epilepsi och Parkinsons sjukdom.

Socialstyrelsen har i regleringsbrevet för 2003 fått ett ändrat återrapporteringskrav: att analysera orsakerna bakom utvecklingen av läkemedelsförsäljningen samt redovisa en bedömning av kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna under 2003–2007 och vilka faktorer som påverkar denna. Socialstyrelsen skall under 2003 särskilt analysera orsakerna bakom skillnaderna i läkemedelsanvändningen mellan olika landsting. Analysen skall omfatta den totala läkemedelsförsäljningen dvs. läkemedelsförmånerna, receptfria läkemedel, egenavgifter och läkemedel som används i slutenvård. Analysen delrapporterades i juni 2003 och skall slutrapporteras senast den 31 december 2003.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att samordna insamlandet av läkemedelsstatistik och tillse att termer och begrepp som används vid analys och redovisning av läkemedelsstatistik definieras på ett entydigt sätt. Socialstyrelsen har analyserat och definierat cirka 100 begrepp som används för uppföljning av läkemedelsanvändning och hantering på nationell nivå. Uppdraget slutredovisades i december 2002.

I juni 2003 tillsatte regeringen en arbetsgrupp med uppgift att se över hur formerna för den framtida läkemedelsreklamen skall regleras och organiseras för att bidra till en säker och effektiv läkemedelsanvändning. Arbetsgruppen skall avsluta sitt arbete senast den 1 mars 2004.

Neurosedynkatakstrofen, som förorsakades av läkemedel som innehöll substansen talidomid, inträffade för drygt fyrtio år sedan. Justitiekanslern har på uppdrag av regeringen granskat berörda myndigheters handläggning av neurosedynkatakstrofen. Justitiekanslerns utlåtande överlämnades till regeringen den 30 april 2003. I utlåtandet rekommenderas att regeringen *ex gratia* till var och en av de nu levande talidomidskadade i Sverige bör utbetala ett engångsbelopp om 250 000 kronor. Justitiekanslern förordar vidare att ersättningen skall vara fri från skatt och inte påverka övriga sociala förmåner. Regeringen kommer att lägga förslag avseende ersättning till de talidomidskadade. Regeringens avsikt är att i huvudsak följa Justitiekanslerns förslag.

Insatser utanför politikområdet

Förstärkningar till hälso- och sjukvården

Det är enligt regeringen angeläget med en bred uppföljning av tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Det gäller att kunna redovisa hur tillgängligheten i form av köer och väntetider utvecklas både i den planerade och i den akuta vården. Mot den bakgrunden enades regeringen och Landstingsförbundet i den så kallade Dagmaröverenskommelsen för 1999 om att initiera utveckling av system för uppföljning som gör det möjligt att på ett över hela landet jämförbart sätt kunna redovisa hur antalet besök och behandlingar utvecklats, liksom köer och faktiska väntetider för besök och behandling. För år 2003 har 5 miljoner kronor avsatts till denna verksamhet.

Inom ramen för projektet har en nationell databas för information om väntetider skapats där alla landsting redovisar förväntade väntetider för olika behandlingar. Denna databas finns tillgänglig på Internet. Den överenskommelse som har träffats mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att öka tillgängligheten inom hälso- och sjukvården innebär också ett åtagande från landstingen att fortsätta förbättra uppföljningen av tillgängligheten.

För att öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården är det också viktigt att öka patienternas valmöjligheter, så att de kan söka vård där väntetiderna är kortare. Landstingsförbundets styrelse har därför beslutat om en ny rekommendation om valmöjligheter i vården till landstingen. Samtliga landsting har antagit rekommendationen i sin helhet. Från och med den 1 januari 2003 gäller det fria vårdvalet i hela landet.

I och med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) aviserade regeringen avsikten att i budgetpropositionerna för åren 2001–2004 föreslå ett resurstillskott till hälso- och sjukvården i landsting och kommuner samt till vissa nationella insatser om sammanlagt 9 miljarder kronor. Resurstillskottet inordnas i huvudsak i det generella statsbidraget till kommuner och landsting och fördelas med 70 procent till landstingen och 30 procent till kommunerna.

I syfte att varaktigt förbättra vårdens tillgänglighet avsattes 3,75 miljarder kronor under åren 2002–2004. Stödet lämnas från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslaget 48:5 *Bidrag för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvår-*

den. Resurstillskottet till landstingen och den närmare inriktningen på satsningen regleras i en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. På grund av det statsfinansiella läget föreslår regeringen en engångsneddragning på anslaget om 150 miljoner kronor år 2004.

Enligt överenskommelsen skall respektive landsting senast den 1 november under åren 2002–2004 redovisa till regeringen hur de lokala handlingsplanerna som framtagits i enlighet med överenskommelsen har genomförts och hur medlen använts. En avstämning mellan parterna genomfördes i november 2002. Syftet med avstämningen var att analysera hur de avsatta medlen har använts och vilken effekt vidtagna åtgärder haft. Avstämningen visade att landstingens satsningar ligger i linje med vad som angivits i överenskommelsen. Resultatet av avstämningen föranledde ingen förändring i den kommande medelsfördelningen.

Sjukvårdsrådgivning

Landstingsförbundet, som utrett frågan om en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning, har kommit till slutsatsen att det både är möjligt och önskvärt att skapa ett samverkande nätverk av sjukvårdsrådgivningar som kan nås via ett gemensamt nationellt kortnummer. En sådan reform skulle öka patienternas trygghet i vardagen, stödja egenvård och avlasta vården besök som inte är nödvändiga. Mot bakgrund av detta har Dagmarmedel avsatts till Projektet Vårdråd per telefon. Projektets syfte är att skapa de förutsättningar, i form av utbildning och teknik m.m. som behövs för införandet av en nationell sjukvårdsrådgivning per telefon.

Personal

Landstingen och kommunerna brottas med stora svårigheter att rekrytera kompetent vårdpersonal samtidigt som den personal som finns i verksamheten är utsatt för hög arbetsbelastning och en stressig arbetsmiljö. Under de senaste åren har personalsituationen förvärrats genom att landstingen i ökad utsträckning fått konkurrens från bemanningsföretag, vilka ofta kan betala högre löner än landstingen. För att försöka komma tillrätta med personalbristen har regeringen utökat läkarutbildningen med sammanlagt 200 platser (cirka 25 procent) under 2001–2002. För sjuksköterskeutbildningen är målet att antalet utexaminerade sjuksköterskor skall öka med cirka 1 000 per år under kommande år.

Flickor som skadar sig själva

Det förebyggande arbetet och kunskapen om flickor som medvetet skadar sig själva är ett eftersatt område. Regeringen har därför, i juni 2003, givit Socialstyrelsen i uppdrag att närmare belysa de frågeställningar som finns kring flickors problematik och problemets omfattning och karaktär. Ökade kunskaper om hur flickor upptäcks och bemöts inom t.ex. hälso- och sjukvården är en central komponent. En första rapport med förslag till åtgärder skall redovisas senast den 15 januari 2004. Uppdraget slutredovisas senast den 31 december 2004.

Global utveckling

I propositionen Gemensamt ansvar. Sveriges politik för global utveckling. (prop. 2002/03:122) som regeringen överlämnade till riksdagen i maj 2003 föreslås att Sverige bör stödja arbetet med att förbättra utvecklingsländernas egen förmåga att ta ansvar för grundläggande och rättvisa system för social omsorg samt hälso- och sjukvård.

4.5.2 Resultatbedömning

Resultat

Nationella handlingsplanen

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag 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 slutit med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Socialstyrelsen skall senast den 30 juni varje år under perioden 2002–2005 redovisa utvecklingen i en rapport till regeringen.

Inom ramen för den nationella handlingsplanen har Socialstyrelsen i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet också uppdraget att förstärka sitt stöd till huvudmännen och svara för samordning av arbetet med att förbättra informationsförsörjningen och verksamhetsuppföljningen inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har till regeringen rapporterat hur arbetet fortskrider.

Socialstyrelsen presenterade i juni 2003 sin andra uppföljning av landstingens arbete med den nationella handlingsplanen. Denna visar att arbetet med omstruktureringen är en pågående process, som alla landsting, regioner och Got-

lands kommun arbetar med. Arbetet har i vissa avseenden olika inriktning och tyngdpunkter. Styrelsen konstaterar att det i dag inte är möjligt att entydigt besvara frågan om den nuvarande utvecklingen går enligt intentionerna i den nationella handlingsplanen.

Socialstyrelsen har funnit att samverkan mellan landsting och kommuner i vården och omsorgen om äldre fortsätter att utvecklas. Studier av läkarmedverkan i särskilt boende visar bl.a. att ansträngningar gjorts för att etablera en god läkarmedverkan i vården och omsorgen om äldre. Brister kvarstår dock och en central utvecklingsfråga är att säkra äldres tillgång till rehabilitering.

Uppföljningen visar också att de psykiskt funktionshindrades somatiska vårdbehov föga uppmärksammas. Primärvårdens deltagande i vården och omsorgen av denna målgrupp saknas i stor utsträckning.

Inom barn- och ungdomspsykiatrien pågår utvecklingsarbete. Genom samverkan med andra vårdgivare samt kommunerna, bl.a. genom inrättande av familjecentraler och ungdomsmottagningar, skapas förutsättningar för att utveckla vårdinnehållet samt att erbjuda patienten ett tidigt och adekvat stöd.

Sjukvårdsrådgivning, mottagningar för särskilda patientgrupper och närsjukvård är tydliga utvecklingstendenser som bl.a. syftar till att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård och använda tillgängliga personalresurser effektivare.

Mångfalden ökar framför allt inom landstingens verksamheter. Ökningen fortsätter också inom den kommunala vården och omsorgen om än i lägre takt än tidigare.

Det råder stora skillnader mellan och inom landstingen inom de flesta områden. Framkomligheten till vårdcentralerna på telefon är fortfarande ett problem, som man på allt fler håll försöker lösa med att införa telefonsvarssystem.

Socialstyrelsen har vidare funnit att flera landsting har brist på fast anställda läkare i primärvården, vilket försvårar möjligheterna att erbjuda en fast läkarkontakt. Läkartätheten i primärvården ligger 2002 i linje med det mål riksdagen angivit, det har dock inte blivit fler allmänläkare mellan åren 2001 och 2002. För att lösa tillgången till allmänläkare i ett kortare tidsperspektiv krävs både att fler läkare byter specialitet och att fler utländska läkare rekryteras. En lösning på längre sikt kräver att landstingen inrättar fler ST-tjänster i allmänmedicin.

Alla landsting har enligt de lokala handlingsplanerna målsättningen att leva upp till sina skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och erbjuda alla som är bosatta inom landstinget en fast läkarkontakt. I den nuvarande situationen med brist på specialister i allmänmedicin inom primärvården prioriterar vissa landsting dem som har störst behov och nytta av en sådan kontakt. Det finns också exempel på att man erbjuder invånarna att lista sig vid en vårdcentral eller att man inför områdesansvar, något som alltså inte har stöd i gällande lagstiftning. De flesta landsting har emellertid infört eller planerar att införa ersättningsystem, som bygger på antalet listade invånare, för att stimulera utvecklingen av fast läkarkontakt i primärvården.

Tillgänglighet

Landstingens redovisningar av satsningarna inom överenskommelsen om åtgärder för ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården visar att satsningarna ligger i linje med vad som anges i överenskommelsen. Kösituationen har förbättrats till många behandlingar. I stort sett samtliga landsting har också försökt att uppskatta effekterna av genomförda satsningar. I vissa fall är dessa effekter mätbara i form av antal behandlade patienter eller antal dagar som väntetiden minskat. Många av de projekt som påbörjats innebär omfattande förändringar av arbetsrutiner och organisationsformer. Dessa projekt pågår under flera år och kräver en längre tid innan effekterna slår igenom fullt ut. Även om man på många områden redan nu kan se positiva effekter så kommer de stora effekterna att märkas först efter några års arbete i den nya organisationen.

Fammi

Som en följd av den nationella handlingsplanen bildades i februari 2002 det Familjemedicinska institutet (Fammi), som en ideell förening, med staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet som föreningsbildare. Fammis ändamål är att genom kunskapsutveckling och kunskapsspridning bidra till att utveckla den primärvård som finansieras av landstingen och kommunerna och att därigenom stärka och tydliggöra den svenska familjemedicinen. Fammi har sedan starten byggt upp sin organisation, kartlagt problem inom primärvården och startat en rad olika projekt inom bl.a. de problemområden som identifierats. En viktig uppgift för institutet har också varit att starta en webbplats.

Webbplatsen har sedan starten kommit att utgöra ett viktigt instrument när det gäller att sprida nya kunskaper och föra en dialog med primärvårdens intressenter.

Statskontoret fick i samband med Fammis bildande ett uppdrag av regeringen att utvärdera verksamheten vid Fammi. I en delrapport från mars 2003 konstaterar Statskontoret att det första året har präglats av en stor bredd i verksamheten. Fammi har startat och genomfört aktiviteter som inte funnits tidigare och på så sätt fyllt en uppgift och bidragit till att nya aktiviteter startats. Fammi har på olika sätt lyft fram primärvården. Bland annat har de nyinrättade så kallade ST-dagarna för blivande specialister i allmänmedicin och olika nätverk som bildats mötts av stort intresse och engagemang. Statskontoret noterar dock att det allmänt beskrivna uppdraget, höga ambitioner hos personalen och förväntning i verksamheterna kan ha gjort det svårt att prioritera mellan olika aktiviteter och projekt och att det därför är viktigt att styrelsen i det fortsatta arbetet tar ställning till om Fammis resurser skall koncentreras till vissa delar av uppdraget eller om en bredd i verksamheten är att föredra.

Sjukvårdsrådgivning

Sjukvårdsrådgivning på telefon är en telefon-tjänst riktad till allmänheten. Den vänder sig i första hand till personer som besvärar av symptom som inte kräver ett omedelbart läkarbesök. Sjukvårdsrådgivningen är också till för dem som insjuknar under kvällar/nätter och helger när vårdcentralerna inte är öppna. En kartläggning visar att ett stort antal sjukvårdshuvudmän antingen infört eller står i begrepp att införa sjukvårdsrådgivning. Vid slutet av år 2003 kommer nästan 90 procent av alla invånare i Sverige att ha tillgång till sådan telefon-tjänst dygnet runt, även om den är organiserad på olika sätt.

Lägesrapport 2002

I Socialstyrelsens lägesrapport, Hälsa- och sjukvård 2002, konstateras bl.a. att den minskade ekonomiska tillväxten som den industrialiserade världen upplevt de senaste åren tycks bli bestående enligt samstämmiga rapporter. Detta är bekymmersamt, eftersom det finns starka samband mellan ekonomisk tillväxt och resurstilldelningen till hälso- och sjukvården. I lägesrapporten konstateras dock att en stor majoritet av befolkningen anser att man har tillgång till

den sjukvård man behöver. Kortare väntetider är det område som man anser vara viktigast att förbättra inom sitt eget landsting eller sin region. Det största tillgänglighetsproblemet i primärvården är att komma fram på telefon till sin vårdcentral. Det är något lättare att komma fram på telefon till en akutmottagning och betydligt lättare att komma fram till en privat specialistläkare. Patienterna var mest nöjda med väntetiden på vårdcentralen, och minst nöjda med väntetiderna på sjukhusmottagning och till operation eller behandling.

I lägesrapporten redovisar Socialstyrelsen också tidiga resultat från könsspecifika analyser av kvalitet och tillgänglighet i vården. Sammanställningen av uppgifter från landets patientnämnder visar att majoriteten av anmälningar och klagomål inom vården, närmare 60 procent, handlar om vård och behandling av kvinnliga patienter, ett förhållande som kommer att bli föremål för särskild analys.

När det gäller allmänhetens syn på vården och vårdens tillgänglighet visar sammanställningar av enkätdata att det finns skillnader mellan män och kvinnor respektive mellan yngre och äldre. Där det finns skillnader mellan olika grupper tycks åldern spela större roll än könet.

De nationella kvalitetsregistren visar fortsatt positiva trender när det gäller innehåll och resultat av vården vid stora folksjukdomar, såsom hjärtinfarkt, diabetes, gråstarr och flera cancersjukdomar. Även om rikstrenderna är positiva, visar sammanställningarna också på gemensamma problem, framför allt stora regionala variationer i tillgång till och användning av vetenskapligt etablerade behandlingsmetoder.

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 ökade något under 2002 jämfört med de två föregående åren. Ökningen gäller i första hand anmälningar från den kommunala hälso- och sjukvården. En patient som skadas i samband med behandling eller liknande åtgärd inom hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) kan söka ersättning för skadan från patientförsäkringen. Även antalet anmälningar till Hälso- och sjukvårdens Ansvarsnämnd (HSAN), Patientnämnderna och Patientförsäkringen stiger, vilket kan bero på att man bättre

når ut med information till allmänhet och patienter. Av det totala antalet anmälda personer till HSAN under 2002 fick 6,7 procent någon form av sanktion, dvs. återkallelse av legitimation, begränsning av förskrivningsrätt, provotid eller disciplinpåföljd. Under 2001 var motsvarande andel 6,3 procent.

Nationellt planeringsstöd

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen ta fram underlag för bedömningen av hälso- och sjukvårdens behov av läkare och sjuksköterskor. Genom att utveckla ett nationellt planeringsstöd (NPS) skapas ett nationellt perspektiv vad gäller personalförsörjningen av läkare och sjuksköterskor. Härigenom kan NPS bidra med kunskap för att verka för en mer långsiktig planering. Socialstyrelsen har redovisat en verksamhetsplan för sitt arbete med att utveckla det nationella planeringsstödet. En rapport som inkom i januari 2003 innehåller den första resultatredovisningen. Den innehåller en beskrivning av hälso- och sjukvårdens tillgång på läkare och sjuksköterskor samt problematiserar respektive arbetsmarknad. Rapporten anger bl.a. att personaltätheten av läkare och sjuksköterskor, vid en internationell jämförelse, ligger nära andra europeiska länders. Detta gäller både nuvarande personaltäthet och i utveckling över tid. Socialstyrelsen har jämfört tillgången på bl.a. specialistläkare i sex olika svenska regioner och har funnit att den mellersta och norra regionen har den allra högsta tätheten av läkare med allmänmedicin som specialitet, med en allmänläkare per 1 800 invånare. Den västra regionen har den lägsta tätheten med en allmänmedicinare per 2 200 invånare. Vad gäller sjuksköterskor så har Stockholmsregionen den lägsta sjukskötersketätheten med 7,8 sjuksköterskor per 1 000 invånare medan den norra regionen har den högsta sjukskötersketätheten, 9,2 sjuksköterskor per 1 000 invånare.

Medicinsk utvärdering

De utvärderingar och kunskapssammanställningar som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) genomför får i allmänhet stort gehör och förändrar successivt kulturen inom hälso- och sjukvården till en mer kritisk och balanserad hållning inför såväl etablerad praxis som ny medicinsk teknik. SBU:s kunskapssammanställningar och rapporter har även en indirekt effekt genom att de i dag utgör ett viktigt

underlag för såväl nationella som regionala riktlinjer och vårdprogram. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket använder SBU:s rapporter som grunddokumentation i arbetet med nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer.

Steriliseringsersättningsnämnden

Den 1 juli 1999 trädde lagen (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall i kraft. Genom lagen gavs personer som steriliserats mot sin vilja möjlighet att erhålla ersättning från staten. En särskild myndighet, Steriliseringsersättningsnämnden, inrättades och fick till uppgift att handlägga och pröva de ansökningar som inkom. Ersättningsbeloppet uppgick till 175 000 kronor per person. Sista dag för att ansöka om ersättning var den 31 december 2002.

Steriliseringsersättningsnämndens verksamhet upphör i oktober 2003. Totalt under åren 1999–2002 har 2 148 ansökningar inkommit till nämnden. Av dessa har 1 591 bifallits. Under 2003 har endast några enstaka ärenden behandlats och bifallits av nämnden. Ansökningar som inkommit under 2003 har avvisats. Efter det att ansökningstiden har löpt ut har regeringen fortsättningsvis möjlighet att pröva ansökningar om ersättning. Regeringen kommer i sådana fall att tillämpa samma bedömningsgrunder som Steriliseringsersättningsnämnden tidigare använt sig av.

Riksrevisionsverkets granskningar

Riksrevisionsverket (RRV) har granskat hur utvärderingsfunktionen fungerar inom hälso- och sjukvården. RRV konstaterar att med avseende på ambitions- och metodnivå tycks kvaliteten på utvärderingar inom hälso- och sjukvårdsområdet generellt sett vara god. RRV konstaterar dock att det endast är i undantagsfall som utvärderingar åberopas i propositioner inom hälso- och sjukvårdsområdet. RRV menar att detta indikerar att det finns en outnyttjad potential av resultatinformation att tillgå i Regeringskansliet. RRV understryker också att det är angeläget att förbättra Regeringskansliets kapacitet som beställare och mottagare av utvärderingar. Ett förslag som RRV menar förtjänar fortsatt övervägande är att inrätta en utvärderingsresurs i Socialdepartementet med huvudsaklig uppgift att utföra sammanställningar av utvärderingar inom hälso- och sjukvårdsområdet och vid behov be-

reda dessa till beslutsunderlag för Regeringskansliet.

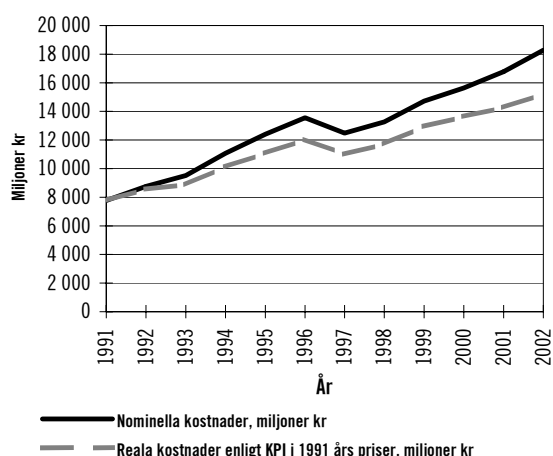
RRV har också granskat förutsättningarna för att det utvecklingsavtal som tecknades inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) skall kunna vara ett effektivt styrmedel. RRV har kommit till slutsatsen att utvecklingsavtalet endast har haft mycket begränsade förutsättningar för att vara ett effektivt styrmedel. Incitamenten för landstingen att följa avtalet har enligt RRV:s bedömning varit svaga.

Kostnadsutvecklingen på läkemedelsområdet

Läkemedel finansieras från tre källor: offentligt genom sjukvårdshuvudmännen med statsbidrag (läkemedelsförmånerna), offentligt enbart genom sjukvårdshuvudmännen (sluten vård) samt privat genom patientens egenavgifter. Egenavgiftens andel ökade som ett resultat av höjningen av beloppsgränsen för högkostnadsskyddet i juni 1999 men har därefter sjunkit. Patienten betalar högst 1 800 kronor under en tolv månadersperiod. Efter 1 800 kronor erhåller patienten frikort som befriar honom eller henne från ytterligare kostnader under perioden. Att andelen som patienten betalar sjunker beror på att kostnaderna för läkemedel ökar medan taket för när patienten erhåller frikort har legat fast sedan 1999.

Liksom Sverige upplever många andra länder att kostnaden för läkemedel ökar fort och generellt sett anses den ligga på en "för hög nivå". Läkemedelskostnadernas andel av BNP (uppgifter huvudsakligen från 1997 och 1998) varierar i femton OECD-länder från 0,8 procent i bl.a. Norge och Danmark till 1,7 och 2,1 procent i Italien respektive Frankrike (OECD Health Data – 2001). I Sverige utgjorde läkemedelskostnaden 1,1 procent av BNP 1997, vilket var i nivå med medeltalet för de femton OECD-länderna.

Diagram 4.3 Utveckling av kostnaderna (exklusive moms) för läkemedelsförmånerna 1991–2002



Kostnaderna för läkemedelsförmånerna uppgick för 2002 till drygt 18,6 miljarder kronor. Detta motsvarar en ökning med 8,9 procent i löpande priser jämfört med 2001. Ökningstakten för 2002 är i jämförbar storleksordning med tidigare år under 1990-talet. I reala termer, dvs. rensat för prisökningen i samhället, har dock utvecklingstakten för läkemedelskostnaderna varit betydligt lägre under det senaste decenniet (se diagram 4.3). Det totala antalet förskrivna dygnsdoser ökade emellertid bara med 3 procent 2002 jämfört med 2001. Skillnaden mellan ökningstakten i kostnader och i dygnsdoser beror sannolikt på en övergång till nya, dyrare läkemedel.

Läkemedelskostnaderna har i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården varit relativt stabila under de senare åren och uppgår till drygt 15 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna.

Tabell 4.3 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2000–2002 (inkl moms)

Miljoner kronor			
År	2000	2001	2002
Läkemedelsförmånerna	15 879	17 043	18 563
Egenavgift	4 826	4 886	5 063
Andel egenavgift ¹	23,3%	22,3%	21,4%
Slutenvård	2 829	3 027	3 262
Receptfritt ²	2 326	2 413	2 603
Totalt	25 860	27 369	29 491
Andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna ³	15,3%	15,1%	15,7%

¹ Som andel av förmån + egenavgift

² Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk.

³ Preliminära siffror för 2001 och 2002.

Källor: Apoteket AB, Nationalräkenskaperna SCB

Till och med juli 2003 har de ackumulerade kostnaderna för läkemedelsförmånerna under 2003 uppgått till 11,2 miljarder kronor, vilket motsvarar en ökning med 3,4 procent jämfört med motsvarande period föregående år. Kostnadsutvecklingstakten har sjunkit avsevärt för de första sju månaderna 2003 jämfört med motsvarande period 2002 då ökningstakten uppgick till 8,1 procent.

Förklaringen till att kostnadsutvecklingstakten har avtagit är troligtvis införandet av utbyte av läkemedel på apotek. Reformen har medfört stora prissänkningar på läkemedel i läkemedelsgrupper där det finns utbytbara motsvarigheter. Läkemedelsförmånsnämnden har fattat beslut om över 4 000 prissänkningar sedan den inledde sitt arbete. Prissänkningarna har uppgått till i genomsnitt 10 procent. Vissa läkemedelsföretag har gjort betydande prissänkningar på uppåt 60 procent på bl.a. vissa stor-säljande preparat. Den ökade priskonkurrensen i kombination med att patenten på fler läkemedel löper ut inom de närmaste åren borde medföra gynnsamma effekter på kostnaderna för läkemedelsförmånerna.

Skillnader mellan landstingen

Kostnaderna för läkemedel per invånare skiljer sig åt mellan landstingen. Förklaringar till kostnadsskillnaderna kan bl.a. vara variationer i faktorer som påverkar läkemedelskostnaderna, exempelvis skillnader i åldersstruktur och förekomst av sjukdomar som kräver särskilt dyr läkemedelsbehandling. Även landstingens organisation och sätt att arbeta med läkemedelsfrågor är tänkbara orsaker till skillnader mellan landstingen. En annan förklaring kan vara att landstingen har olika system för vilka läkemedel som används i öppenvård och därmed faller under kostnaderna för läkemedelsförmånerna respektive vilka läkemedel som används via rekvisitionsbeställning till vårdenheten och därmed bekostas helt av landstingen själva.

Landstingen har, genom överenskommelserna mellan staten och Landstingsförbundet om statens ersättning för kostnaderna för läkemedelsförmånerna, gradvis fått ökade incitament till att arbeta med att öka kostnadsmedvetenheten hos landsting och förskrivare. Detta har troligen motverkat de faktorer som pressar kostnaderna uppåt. Den 1 oktober 2002 fick landstingen tillgång till obligatorisk arbetsplatskod på recept. Arbetsplatskoden har ökat landstingens möjlig-

het att arbeta effektivt med att decentralisera budgetansvaret för läkemedel. Av landets 21 landsting arbetar nu tio landsting med någon form av decentraliserat budgetansvar för läkemedel. Elva landsting har budgetansvaret kvar centralt men samtliga av dessa har fattat beslut om eller planerar att föra ut kostnadsansvaret i någon form under 2003 eller 2004.

Analys och slutsatser

Svensk hälso- och sjukvård fungerar väl vid en internationell jämförelse, men det finns problem både med bristande tillgänglighet och med kvalitet. Problemen har bl.a. finansiella och strukturella orsaker. Det var för att bidra till en lösning av dessa problem som regeringen presenterade den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården och resurstillskottet till vården om sammanlagt 9 miljarder kronor under åren 2001–2004. Arbetet med att realisera handlingsplanens intentioner pågår i landsting och kommuner. Ett intensivt arbete sker bl.a. med att genomföra omorganiseringar, införa IT-baserade kvalitetssystem samt med att rekrytera och utbilda personal. Det är viktigt att detta arbete fortsätter även under de kommande åren.

Det är viktigt att de skattemedel och patientavgifter som finansierar vården används på ett sådant sätt att de ger bästa möjliga vård. En förutsättning för detta är att det sker en fortlöpande produktivitet utveckling inom sektorn. För att säkerställa detta har regeringen initierat satsningar bl.a. för översyn av befintlig organisation av hälso- och sjukvården samt vidtagit åtgärder i syfte att stimulera utveckling av nya och effektivare organisationsformer. Medel för detta utvecklingsarbete har avsatts bl.a. inom ramen för den så kallade Dagmaröverenskommelsen.

På många håll och för flera behandlingar är väntetiderna för planerad vård vid sjukhus långa. Även om man genom olika förturer kan hantera de strikt medicinska riskerna för dem som står på väntelista riskerar många patienter att drabbas av icke godtagbara hälsoförluster i form av nedsatt funktion och/eller smärta under väntetiden. Likaså kan bördan för anhöriga bli tung och om patienten är sjukskriven under väntetiden tillkommer ekonomiska förluster, både för individen och samhället.

Som en följd av regeringens satsning för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården utarbetade landstingen under 2001 lokala handlingsplaner med en beskrivning av situationen samt med förslag till satsningar för att förbättra tillgängligheten. På många håll kunde man redan efter ett år se positiva effekter på kösituationen. I många fall är emellertid de åtgärder som påbörjats av mer långsiktig karaktär och behöver längre tid för att få genomslag.

Landstingens redovisningar låg till grund för en avstämning, mellan staten och Landstingsförbundet, i november 2002. Denna avstämning föranledde inga omprioriteringar av satsningarna. Det är dock angeläget att fortsätta följa denna utveckling.

Redan 1997 införde regeringen en vårdgaranti som innebär att primärvården är ansvarig för de första kontakterna och skall erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Patienten skall få träffa läkare inom högst sju dagar och den som fått en remiss till den specialiserade vården skall erbjudas tid för besök inom 90 dagar. För att ytterligare stärka patientens ställning och kunna garantera att alla får vård inom rimlig tid för regeringen och Landstingsförbundet diskussioner om förbättringar inom området, exempelvis om ett åtagande från landstingen att erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats.

Den snabba medicinska och medicintekniska utvecklingen, samhällsekonomins utveckling, medborgarnas krav på bästa möjliga vård, IT-utvecklingen, ett utökad och fördjupat samarbete inom EU, befolkningsomflyttningar och en allt äldre befolkning är några av de grundläggande förändringsfaktorer som medför att villkoren för hälso- och sjukvården hela tiden förändras. Mot denna bakgrund har regeringen tagit en rad initiativ för att stärka det svenska hälso- och sjukvårdssystemets funktionssätt och göra systemet rustat för att möta framtidens krav och ta tillvara dess möjligheter. De konkreta åtgärderna har hittills främst varit riktade mot systemets bas, dvs. primärvården och den grundläggande sjukhusvården. Som ett komplement till dessa satsningar kvarstår dock ett behov av att närmare analysera förutsättningar, utmaningar samt framgångsfaktorer för att utveckla den högspecialiserade vården och den kliniska forskningen. Målet är att den svenska hälso- och sjukvården även fortsättningsvis skall tillhandahålla

högspecialiserad vård och kunskapsutveckling i världsklass.

Det är viktigt att kommuner och landsting tar ett gemensamt ansvar för de människor som behöver samordnade insatser från båda huvudmännen – i den övergripande politiska planeringen, det gemensamma prioriteringsarbetet och det dagliga samarbetet. Den utveckling som påbörjats skapar tillsammans med de lagändringar som genomförts utifrån propositionen Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20, bet. 2002/03:SoU12, rskr. 2002/03:158) förutsättningar för att överbygga övergången mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare. Lyhördhet, respekt, inflytande och samverkan med den enskilde i centrum måste vara en självklarhet i det dagliga arbetet.

Regeringen uttalade i den nationella handlingsplanen (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) att förutsättningar bör skapas för en ökad mångfald av vårdgivare i den öppna vården och omsorgen genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen. Det är emellertid viktigt att inte kommersiella intressen tillåts ta överhanden och försvåra möjligheterna att upprätthålla en sjukvård som är demokratiskt styrd, solidariskt finansierad och ges utifrån behov. All offentlig vård skall följa samma regler, oavsett driftsform.

Kostnaderna för läkemedel fortsätter alltjämt att öka i snabbare takt än kostnaderna för den övriga hälso- och sjukvården. Det finns flera bakomliggande faktorer som bidrar till detta. Däribland kan nämnas befolkningsstrukturen och introduktionen av nya och dyrare läkemedel. De första sju månaderna 2003 tyder på att kostnadsutvecklingstakten har avtagit. Det är emellertid för tidigt att förutse om detta är ett trendbrott som kommer att bestå. Utbyte av läkemedel på apotek har dock bidragit till en ökad priskonkurrens som i kombination med patentutgångar de närmaste åren kommer att fortsätta att ha gynnsam effekt på kostnaderna för läkemedelsförmånerna.

Kunskapen om vad som är en optimal volym och kostnadsnivå för läkemedelskonsumtion är relativt begränsad. Uppfattningarna om vad som är att betrakta som en rimlig utveckling över tiden när det gäller läkemedelsvolym och kostnad är också många och skiftande. Många gånger förmedlas en bild av att konsumtionen av läke-

medel endast är att betrakta som en kostnad. Emellertid är det viktigt att komma ihåg att läkemedel använt på ett korrekt sätt har en botande och läkande effekt som därmed bidrar till en ökad livskvalitet för ett stort antal människor. I de fall det inte finns lämpliga läkemedel sätts eventuellt andra former av behandling in och dessa leder då till kostnader i andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet. En för låg läkemedelsanvändning kan dessutom ha negativ inverkan på kostnaderna för sjukförsäkringarna. Det är således viktigt att komma ihåg att rätt använd läkemedelskonsumtion är någonting positivt, både för den enskilda patienten och för den totala samhällsekonomin.

Vissa kostnader för läkemedel är helt utan effekt, såväl medicinsk som samhällsekonomisk. Det handlar om kostnader för de läkemedel som hämtas ut på apoteken, men som av olika anledningar aldrig konsumeras av den enskilda patienten. Det finns studier som visar att de förpackningar som återlämnas till apoteken för destruktionsutgör 2–4,5 procent av de förpackningar som sålts under undersökningsperioden. Om man räknar upp värdet av de återlämnade läkemedlen till hela landet och ett helt år så uppgår det till cirka 450 miljoner kronor. Utöver det tillkommer kostnader för de läkemedel som har hämtats ut från apoteken men som inte används av patienten och inte heller återlämnas till apoteken. Orsakerna till att läkemedel kasseras är flera, exempelvis patientens bristande följsamhet till läkarens ordination och att för stora förpackningar förskrivs i inledningen av en läkemedelsbehandling. Mot bakgrund av detta fick Socialstyrelsen i regleringsbrevet för 2003 i uppdrag att i samråd med Läkemedelsverket se över möjligheterna att minska kassationen av läkemedel och lämna förslag till åtgärder som kan bidra till minskad kassation. Uppdraget skall redovisas senast den 30 juni 2004.

För att stimulera till användandet av den mest effektiva behandlingen, både medicinskt och kostnadsmässigt, måste läkemedelskostnaderna finnas med i landstingens samlade prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Detta leder till att avvägningar mellan läkemedelsbehandling och övrig behandling inom hälso- och sjukvården genomförs och därmed ökar den samlade värdkvaliteten för patienten. Landstingen har genom avtalet som träffades mellan staten och landstingen våren 2001 om statens ersättning för kostnaderna för läkemedelsförmånerna fått

ökade incitament till att se läkemedel som en insatsfaktor i vården som därmed ingår i deras prioriteringsbeslut. Avtalet innebär att landstingen riskerar att få stå för en större del av kostnaderna för läkemedelsförmånerna som överstiger överenskommet belopp. Det är emellertid viktigt att arbetet med att överföra kostnadsansvaret fullt ut till landstingen fortskrider och att landstingen genom sina förskrivare i hälso- och sjukvården aktivt och systematiskt arbetar med att använda den mest kostnadseffektiva behandlingen för varje patient.

För att förskrivarna skall ha möjlighet att konsekvent och metodiskt arbeta med att ge patienten den bästa och mest kostnadseffektiva behandlingen är det av yttersta vikt att förskrivarna av läkemedel är välinformerade och kunniga och har tillgång till verktyg som ger dem möjlighet att fatta beslut som leder till en rationell och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning.

Under 2002 har ett stort antal förändringar genomförts på läkemedelsområdet, bl.a. införandet av Läkemedelsförmånsnämnden (LFN). LFN har förutom att fatta subventions- och prisbeslut för nya läkemedel även till uppgift att gå igenom befintligt sortiment av läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna. LFN:s arbete och genomgång av läkemedel kommer sannolikt att bidra till att minska kostnadsutvecklingstakten. I dagsläget är det för tidigt att bedöma de slutgiltiga effekterna av reformerna. Det står dock klart att reformerna har haft en positiv effekt på kostnaderna för läkemedelsförmånerna men att det fortfarande återstår arbete med att integrera läkemedel som en del i hälso- och sjukvården.

4.6 Verksamhetsområde Tandvård

4.6.1 Insatser

Insatser inom politikområdet

Den 1 juli 2002 infördes ett förbättrat tandvårdstöd för äldre. Stödet består av ett högkostnads-skydd för protetisk tandvård (kronor, broar och implantat samt avtagbar protetik) samt höjd ersättning för bastandvård. Man är berättigad till stödet fr.o.m. det år man fyller 65. Handlägg-

ningen av tandvårdsärenden som rör äldre har koncentrerats till försäkringskassan i Skåne.

Prognoserna för högkostnadsskyddet tyder på att kostnaderna blir betydligt högre än beräknat, vilket bl.a. beror på en hög genomsnittlig begärd ersättning i förhandsprövningsärendena. För att ge stöd åt den skälighetsbedömning av ersättningsanspråket som försäkringskassan i Skåne skall göra utfärdade Riksförsäkringsverket (RFV) under 2003 allmänna råd som innebär att folktandvårdens pris i respektive landsting skall vara vägledande.

RFV har på uppdrag av regeringen gjort insatser under 2003 för att informera allmänheten om de stora prisvariationer som finns mellan vårdgivarna. Verket genomförde en informationskampanj i syfte att skapa kännedom hos allmänheten om den fria prissättningen och de prisvariationer som den lett till. Målet var att denna kännedom skulle bidra till att allmänheten aktivt börjar jämföra priser inför sitt tandläkarbesök. Informationsinsatserna bestod i att information om prisvariationerna samt exempel på prisskillnader lades ut på försäkringskassans hemsida. Dessutom genomfördes en rikstäckande kampanj med utomhusaffischer i större orter och viss annonsering i press. RFV har under 2003 disponerat 4 miljoner kronor för dessa informationsinsatser. Insatserna kommer att följas upp genom mätningar av träffar på försäkringskassans hemsida samt kundundersökningar som genomförs vid flera tillfällen.

Den 28 maj 2003 antog riksdagen regeringens proposition Höjd åldersgräns för tandläkares och tandhygienisters rätt till offentlig ersättning (prop. 2002/03:73, bet. 2002/03:SoU17, rskr. 2002/03:203) och ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring trädde i kraft den 1 juli 2003.

Ändringarna i lagen om allmän försäkring har inneburit att åldersgränsen för offentlig ersättning till tandläkare och tandhygienister höjts från 67 år till 70 år. Efter individuell prövning skall det även vara möjligt att arbeta vidare inom ramen för tandvårdsförsäkringen efter att man fyllt 70 år. Möjlighet att arbeta efter att man fyllt 70 år skall finnas när vården som bedrivs är av god kvalitet. RFV får medge undantag från åldersgränsen. Tidigare har det över huvud taget inte varit möjligt att göra undantag från åldersgränsen för dessa yrkeskategorier.

En höjning av åldersgränsen för tandläkare och tandhygienister kommer i någon mån att

motverka bristen på tandvårdspersonal. Möjligheten att arbeta vidare bidrar också till att öka kontinuiteten mellan vårdgivare och patient och att tillvarata värdefull kompetens och erfarenhet. Regeringen anser emellertid inte att åldersgränsen för tandläkare och tandhygienister kan avskaffas helt. En åldersgräns måste finnas av kvalitets- och patientsäkerhetsskäl.

4.6.2 Resultatbedömning

Resultat

Resultatet för verksamhetsområdet tandvård kan bedömas med hjälp av bl.a. undersökningar och statistik rörande tandhälsan, enkätundersökningar om tandvårdsefterfrågan m.m., uppgifter från landstingen om uppsökta och behandlade inom ramen för stödet till särskilda patientgrupper och iakttagelser från Socialstyrelsens tillsynsarbete. Dessutom kan viktig information inhämtas ur rapporter om bl.a. prisutvecklingen för tandvård samt de uppföljningar av olika delar av tandvårdsstödet som utarbetas av RFV och Socialstyrelsen.

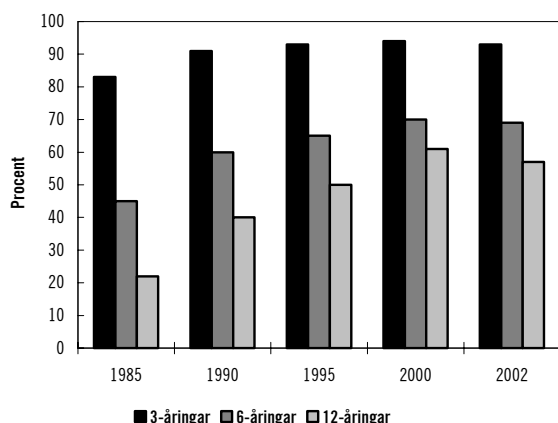
Tandhälsa och tandstatus

Tandhälsan hos barn och ungdomar har förbättrats mycket påtagligt under de senaste decennierna. På senare år har förbättringen mattats av och det finns fortfarande betydande skillnader mellan olika landsting. Någon klar försämring av tandhälsan hos barn och ungdomar på riksnivå har dock inte kunnat beläggas.

Socialstyrelsens sammanställning över situationen 2002 visar bl.a. att den procentuella andelen kariesfria barn i olika åldrar har ökat mycket kraftigt sedan 1985. Medelvärde för antalet kariesskadade och fyllda tänder har samtidigt minskat. På riksnivå uppgick detta värde för 12-åringar år 2002 till 1,1 för barn som behandlades inom folktandvården och 0,9 för barn som behandlades inom privattandvården.

I Socialstyrelsens rapport om tandhälsan hos barn och ungdomar 1985–2002 redovisas också uppgifter från några landsting om variationer mellan olika områden. Genomgående var tandhälsan sämre i socioekonomiskt svaga områden.

Diagram 4.4 Andelen kariesfria barn. Procent



Källa: Socialstyrelsen

När det gäller vuxnas tandhälsa saknas aktuell riksomfattande statistik. Viss information insamlas via de löpande undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) som görs av Statistiska Centralbyrån. De senaste uppgifterna som redovisats är dock från 1996/97. Socialstyrelsen redovisar i sin senaste rapport om tandvården i fyra län uppgifter från 2002. Andelen som enbart hade egna tänder var 94 procent 2002 jämfört med 92 procent 1997 och 1999. Endast någon procent hade enbart proteser. De som hade både egna tänder och proteser uppgick till 4 procent 2002, vilket var mindre än i de tidigare undersökningarna. Skillnaderna anses dock inte statistiskt säkerställda. Skillnaderna mellan de undersökta länen är små, men det framgår att det är betydligt vanligare att ha enbart proteser bland personer som är 50 år eller äldre i Norrbottens län (8 procent) än i Hallands län (1 procent).

Undersökningen visar också att ungefär 80 procent var nöjda med utseendet på sina tänder eller proteser, medan en femtedel inte var nöjda. Kvinnor var i något mindre grad nöjda (77 procent jämfört med 81 procent för männen). Svaren på frågor om tuggförmågan visar inga statistiskt säkerställda förändringar. Över 90 procent anser sig inte ha några svårigheter att tugga hårda saker som hårt bröd eller äpple. I undersökningarna ingår endast personer i ålderna 20–65 år.

Vårdens kvalitet

Erfarenheterna från Socialstyrelsens tillsynsarbete handlar mycket om bristen på tandvårdspersonal i vissa områden. Bristen på tandläkare får olika följder. Väntetiderna för planerad tandvård ökar. Barn kanske inte kallas till tandläkare i

samma utsträckning som tidigare, vilket riskerar att drabba barn med utökat behov av tandvård. Privattandläkare vittnar om svårigheter att rekrytera efterträdare. Tillsynsmyndigheten i Jönköping framför också att det i ett antal inkomna Lex Maria-anmälningar finns skäl att misstänka att ökad arbetsbelastning kan ha bidragit till händelserna. Under 2002 gjordes 54 anmälningar enligt Lex Maria och 31 anmälningar från enskilda rörande tandvård. Socialstyrelsen öppnade på eget initiativ 43 verksamhetstillsynsärenden. Detta innebar en minskning jämfört med 2001, då motsvarande siffror var 65, 50 och 121.

Prisutveckling

Tandvårdens prisökningar har fortsatt att överstiga den allmänna prisutvecklingen. I en rapport från 2003 har RFV analyserat prisutvecklingen fr.o.m. 2000. Verket har i samverkan med vårdgivarna valt ut ett antal behandlingspaket som har studerats, vilket har ansetts ge en bättre bild av prissättningen än enbart vårdgivarnas prislister. RFV:s analys av prisutvecklingen omfattar endast tiden efter 1999 (då de största prisökningarna skedde) men visar ändå att det har skett omfattande prishöjningar som ligger mellan 6 och 27 procent för de olika behandlingspaket som har studerats. Skillnaderna mellan landstingen är stora. Även bland de privata vårdgivarna finns skillnader mellan länen. Priserna för protetiska behandlingar hade ökat mer än priserna för bastandvård under den period som undersökts. I tidigare prisundersökningar har situationen varit den omvända. I de behandlingspaket där protetik ingår tycks de privata vårdgivarnas medelpriser ligga över medelpriset för landstingen. I de behandlingspaket där endast förebyggande åtgärder ingår ligger vissa landstings medelpriser över de privata vårdgivarnas medelpriser. Sammantaget finner dock RFV att prisskillnaden mellan landstingen och de privata vårdgivarna är liten. Sambandet mellan landstingens och de privata vårdgivarnas prissättning i respektive län är inte entydigt men i de flesta fall ligger de privata vårdgivarnas genomsnittspris över landstingens.

Frekvens tandvårdsbesök

Socialstyrelsen lät under 2002 göra en ny uppföljning av sina tidigare intervjustudier 1997 och 1999 av tandvården i fyra län. Under perioden skedde en viss minskning av den andel som hade

besökt tandläkare för mindre än ett år sedan, 64 procent år 2002 jämfört med 70 procent år 1997. Besöksfrekvensen var högre i privattandvården än i folktandvården. Arbetslösa och personer med socialbidrag hade klart lägre besöksfrekvens än övriga. Andelen som någon gång hade varit hos tandhygienist ökade från 57 procent 1997 till 66 procent 2002.

Tandvårdsstödet för äldre

Den 1 juli 2002 infördes ett förbättrat tandvårdsstöd för äldre. Det nya stödet innebär att man fr.o.m. det år man fyller 65 år får ett och ett halvt grundbelopp för flertalet åtgärder i bastandvården, dvs. en ökning av ersättningen från försäkringskassan med 50 procent. För undersökning, som patienten tidigare fick betala helt själv, utbetalas ett grundbelopp. För protetiska behandlingar infördes ett högkostnadsskydd som innebär att patienten betalar ett karensbelopp på 7 700 kronor medan resten av behandlingskosten betalas av försäkringskassan. För patienten kan det också tillkomma vissa materialkostnader. En förhandsprövning skall ske av all protetik som kan omfattas av högkostnadsskyddet. Prövningen skall avse både behandlingsförslaget och den begärda ersättningens skälighet. Samtliga ärenden rörande tandvårdsersättning för äldre skall efter den 1 juli 2002 prövas av försäkringskassan i Skåne.

Intresset för det nya stödet har varit stort. Antalet ansökningar om förhandsprövningar enligt bestämmelserna om högkostnadsskydd har hittills kraftigt överstigit de bedömningar som gjordes innan stödet infördes. Behandlingarna har dessutom blivit mer omfattande än vad som tidigare antogs. Den genomsnittliga genomströmningstiden för dessa ärenden har varit lång, vilket för många har inneburit lång väntan innan behandlingen kunnat påbörjas.

RFV beskrev i en rapport i maj 2003 läget när det gäller handläggningen av ärenden om högkostnadsskydd. Verket konstaterade att någon uppgift om aktuell genomströmningstid för förhandsprövningsärenden inte fanns tillgänglig. Antalet ärenden som avgörs är för närvarande större än antalet inkommande ärenden per månad. Antalet inkomna ärenden var under andra halvåret 2002 i genomsnitt 1 261 per vecka. Under första kvartalet 2003 har i genomsnitt 1 214 ärenden inkommit varje vecka. Ärendebalansen uppgick den 31 mars 2003 till drygt 28 000 ärenden.

Åtgärder har vidtagits för att komma till rätta med de långa handläggningstiderna. En arbetsgrupp med representanter från RFV och försäkringskassan i Skåne arbetar med att ta fram och genomföra ytterligare åtgärder i syfte att öka produktiviteten och effektiviteten i handläggningen. Det pågår också ett arbete som initierats av RFV och Socialstyrelsen i syfte att försöka klargöra och ge stöd för vilka behandlingar som skall ersättas av försäkringen.

I en särskild uppföljningsrapport redovisar RFV bl.a. resultaten av en granskning av 539 förhandsprövningsärenden som kom in under det fjärde kvartalet 2002. Granskningen visade att över 40 procent av de föreslagna behandlingarna innehöll implantationsprotetik. Över 80 procent av dessa var föreslagna av privata vårdgivare. Underlaget var ofta bristfälligt och 40 procent av ansökningarna behövde kompletteras. I många fall, framför allt när det gällde delimplantat, kunde terapiförslaget ifrågasättas. RFV avser att i sin slutrapport senast den 1 december 2003 redovisa en mer omfattande analys av orsakssamband och förklaringar till den utveckling som skett.

Landstingens ansvar för tandvård åt särskilda patientgrupper

Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen (1985:125) och tandvårdsförordningen (1998:1338) för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för vissa grupper av äldre och funktionshindrade. Vidare skall landstingen se till att tandvård erbjuds dem som behöver tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. För dessa åligganden erhåller landstingen 405 miljoner kronor i ersättning från staten. Därutöver har landstingen kompenserats genom ökade intäkter på grund av ändrade ersättningsregler för oralkirurgi, vilket bedömts ge 80 miljoner kronor per år.

Under 2002 ökade antalet uppsökta från 80 000 föregående år till 88 000, vilket motsvarar 46,5 procent av dem som enligt Landstingsförbundet bedömts vara berättigade. Antalet som fick nödvändig tandvård var något lägre 2002 än 2001, 98 000 jämfört med 102 000 personer. Antalet personer som fick tandvård som ett led i sjukdomsbehandling var både 2002 och 2001 cirka 35 000. Kostnaden per patient ökade relativt kraftigt under 2002 och det finns påtagliga skillnader mellan landstingen. De totala kostna-

derna har också stigit varje år sedan stödet infördes 1999.

Tabell 4.4 Landstingens kostnader för tandvård enligt tandvårdsförordningen 1999–2002

Milljoner kronor

År	1999	2000	2001	2002
Uppsökande verksamhet	15	51	54	63
Nödvändig tandvård	109	228	312	348
Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling	43	124	179	210
Administration	26	31	35	33
Totalt	193	433	580	654

Källa: Landstingsförbundet

I Socialstyrelsens rapport om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård 2001 konstateras att uppsökande verksamhet i flertalet landsting till mycket stor del sköttes av folktandvården. Det var tandhygienister som hade utfört det mesta av den uppsökande verksamheten under 2001. Andelen som tackade nej till uppsökande verksamhet var i medeltal 23 procent, men variationerna mellan landstingen var stora. Även nödvändig tandvård utfördes till största delen inom folktandvården (77 procent), medan i genomsnitt 23 procent fick sin tandvård inom privattandvården. Privattandvårdens andel av utbetalt arvode var dock högre. Tre huvudmän uppgav brist på vårdgivare inom den nödvändiga tandvården. Endast två landsting, Värmland och Västerbotten, kunde bifoga uppgifter om utförda åtgärder. Ungefär hälften av antalet utförda åtgärder utgjordes av undersökning och förebyggande åtgärder, medan fast och avtagbar protetik tillsammans svarade för under 10 procent. Dessa behandlingars andel av kostnaderna kan dock antas vara betydligt högre. Av uppgifter från fyra huvudmän framgår att medelåldern för de uppsökta är hög, omkring 80 år. En relativt stor andel saknar egna tänder och har därmed ett begränsat behov av tandvård. Antalet tänder varierar kraftigt med åldern och de som nu är i 50–60-årsåldern kommer att ha betydligt fler tänder kvar när de blir äldre och deras behov av vård och omsorg ökar. De negativa erfarenheter som landstingen tar upp i rapporten handlar bl.a. om att vården inte är anpassad efter patientens behov, höga kostnader och svårigheter som rör bedömningen av personkretsen. Det framförs också att det är svårt att nå personer i eget boende.

Personaltillgången

Tillgången på personal är en avgörande faktor för tandvårdens tillgänglighet för befolkningen. Antalet yrkesverksamma tandläkare har sedan 1990 minskat från omkring 9 600 till 7 600. Under den närmaste tioårsperioden kommer många att uppnå pensionsåldern, vilket ytterligare reducerar tandläkarkåren. Socialstyrelsen har i återkommande enkäter till tandvårdscheferna/tandvårdsdirektörerna i landstingen ställt frågor beträffande folktandvårdens önskan att anställa fler tandläkare eller tandhygienister. I mars 2003 fanns önskemål om att anställa sammanlagt drygt 210 tandläkare hos de landsting/regioner som besvarade enkäten. Förändringen sedan november 2002 var liten, vilket Socialstyrelsen anser förvånande med hänsyn till att antalet tandläkare som blev legitimerade under 2002 var högre än på mycket länge. Enkäten omfattade inte tandhygienister. I Socialstyrelsens enkät i november 2002 ställdes frågor om önskan att anställa tandhygienister och en ökning kunde då noteras i förhållande till föregående undersökning. Bristen på personal har också, vilket tidigare nämnts, påtalats i samband med Socialstyrelsens tillsyn.

Analys och slutsatser

Undersökningar från de senaste åren tyder på att tandhälsan inte fortsätter att förbättras i samma takt som under 1970–90-talen. Aktuella, riksomfattande undersökningar av vuxnas tandhälsa saknas emellertid. Tandhälsan är god hos de flesta barn och ungdomar, även om utvecklingen mot en allt bättre tandhälsa har stannat av. Trots en stor andel kariesfria barn generellt sett finns det betydande skillnader mellan landsting och i olika områden. Det tycks finnas ett starkt samband mellan tandhälsa och olika socioekonomiska faktorer. Det är därför viktigt att utveckla det förebyggande arbetet för att nå dem med sämre förutsättningar att upprätthålla en god tandhälsa. Skillnader i tandhälsa hos olika generationer kommer så småningom att leda till förändringar i behov och efterfrågan på tandvård, men det tar lång tid för sådana förändringar att slå igenom.

För flertalet människor är tandvården fortfarande tillgänglig till en överkomlig kostnad. Det finns emellertid en relativt stor andel som inte anser sig ha råd med den tandvård som de

behöver. Fortsatta prishöjningar leder till att tandvårdsförsäkringens fasta ersättningsbelopp täcker en allt mindre del av kostnaden. Kraftiga prishöjningar är också ett problem vad gäller högkostnadsskyddet för äldre. På grund av skyddets konstruktion påverkar prishöjningarna här i första hand statens utgifter, men de höga kostnaderna riskerar att tränga ut annan tandvård. Mot denna bakgrund har regeringen valt att ge flera myndigheter (RFV, Konkurrentverket och Konsumentverket) i uppdrag att ur olika synvinklar belysa tandvårdsmarknaden och prisutvecklingen.

Utvecklingen när det gäller personalförsörjningen måste följas noga så att åtgärder vid behov kan vidtas för att förbättra personaltillgången. Den framtida tandsköterskeutbildningens utformning och placering inom utbildningssystemet bör klargöras. Brist på tandläkare försvårar konkurrensen på tandvårdsmarknaden och leder till försämrad tillgänglighet när köer uppstår. Långa väntetider hos folktandvården förekommer i dag. Ett bättre utnyttjande av tandhygienisternas kompetens kan vara ett sätt att förbättra situationen. EU:s utvidgning kan leda till en viss ökning av rekryteringen av tandläkare från andra länder.

Det nya högkostnadsskyddet för protetisk tandvård för äldre har varit mycket efterfrågat. Stödet gör det möjligt för många att få behandling som starkt kan bidra till att höja livskvaliteten. Den kostnadsutveckling som nu prognostiseras är dock inte acceptabel. Eftersom stödet endast har funnits i ett år och genomströmningstiden för ärendena varit lång är det fortfarande osäkert vilken nivå kostnaderna kommer att stabiliseras på efter den inledande övergångsperioden. Förklaringen till att kostnaderna riskerar att bli flera gånger högre än beräknat kan framför allt sökas i förändrade behandlingsmönster och höga priser. Det är viktigt att det finns en fungerande priskontroll och att den odontologiska prövningen är konsekvent, så att onödigt omfattande, kostsamma eller för patienten påfrestande behandlingar undviks när det finns godtagbara alternativ. Om högkostnadsskyddet tar alltför stora resurser i anspråk riskerar det att gå ut över annan tandvård, t.ex. förebyggande åtgärder som bidrar till att förhindra uppkomsten av större behandlingsbehov. Viktiga åtgärder har dock redan vidtagits genom att RFV har meddelat allmänna råd om skälighetsbedömningen av vårdgivarens ersättningsanspråk och

genom det arbete som inletts i syfte att klargöra och ge stöd för vilka behandlingar som skall ersättas av försäkringen.

Regeringen och Landstingsförbundet är överens om att under 2004 slutligt reglera ersättningen för tandvård för särskilda patientgrupper avseende åren 1999–2003. Regeringen föreslår därför i budgetpropositionen för 2004 att det generella statsbidraget engångsvis under 2004 höjs med 204 miljoner kronor som kompensation för verksamhetens beräknade ackumulerade underskott under perioden 1999–2003. Regeringen föreslår vidare att det generella statsbidraget permanent tillförs 281 miljoner kronor från och med 2004 samt att ytterligare 30 miljoner kronor tillförs fr.o.m. 2005. Detta regleras under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslaget 48:1 *Generellt bidrag till kommuner och landsting*.

Vidare föreslår regeringen ändringar i tandvårdslagen (1985:125) som innebär ett förtydligande av vilka som ingår i den berörda personkretsen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, samt att ersättningen till privata vårdgivare som huvudregel skall följa folktandvårdens taxa. Regeringen avser vidare att framöver närmare precisera en rimlig ambitionsnivå för nödvändig tandvård enligt tandvårdsförordningen (1998:1338).

Sammantaget ger dessa åtgärder landstingen ekonomiska förutsättningar samt andra instrument för att klara av sitt åtagande och få kontroll över kostnadsökningarna.

Slutbetänkandet från utredningen Tandvårdsöversyn 2000, Tandvården till 2010 (SOU 2002:53), innehåller ett stort antal förslag som bl.a. berör tandvårdsutbildningarnas utformning och det ekonomiska stödet för tandvård. Betänkandet har remissbehandlats och förslagen bereds nu inom Regeringskansliet. Utredningens analys och förslag kommer att utgöra ett viktigt underlag för regeringens fortsatta ställningstaganden på tandvårdsområdet.

4.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket (RRV) har granskat årsredovisningarna, räkenskaperna och verksamheten avseende budgetåret 2002 för samtliga myndigheter inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik. RRV har inte haft några invänd-

ningar i revisionsberättelserna för myndigheterna. Socialstyrelsen har emellertid av RRV tillställts en revisionsrapport med ett påpekande att resultatet belastats med cirka 2 miljoner kronor för låga avskrivningar vid övergången till nya avskrivningsintervaller. Socialstyrelsen har i en skrivelse i april 2003 lämnat förklaringar till RRV:s iakttagelser.

4.8 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

4.8.1 Förtydligande av vilka som omfattas av landstingens ansvar för uppsökande verksamhet m.m.

Regeringens förslag: Ett förtydligande införs i tandvårdslagen med innebörd att bestämmelserna om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård avser personer som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.

Skälen för regeringens förslag: I 8 a § tandvårdslagen (1985:125) anges vilka personer som omfattas av bestämmelserna om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Det är personer som kommunerna har hälso- och sjukvårdsansvar för, som får hälso- och sjukvård i hemmet eller som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Slutligen omfattar stödet även personer som är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård, omsorg eller service som personerna i de övriga grupperna.

Genom den nuvarande formuleringen har personkretsen blivit vidare än vad som avsetts. Avgörande för om en person skall omfattas av stödet skall vara det individuella behovet av vård och omsorg och inte boendeformen eller liknande, vilket framgår av regeringens uttalanden i propositionen Reformerat tandvårdsstöd (prop. 1997/98:112, bet. 1997/98:SoU25, rskr. 1997/98:289). Endast den som har ett stort och långvarigt behov av vård och omsorg skall vara berättigad till stödet.

I betänkandet Tandvården till 2010 (SOU 2002:53) gör utredningen Tandvårdsöversyn 2000 bedömningen att den nuvarande formuleringen medger att t.ex. fullt friska personer, som

bor tillsammans med sjuka och funktionshindrade med stort behov av vård, omsorg och service, också får del av det särskilda stödet. Skillnaderna mellan kommunerna är dock betydande beroende på tillgången till och utformningen av äldreboendet. Utredningen konstaterar också att även den som kortvarigt får hemsjukvård, t.ex. under en konvalescens, med nuvarande regler har rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Utredningen föreslår därför att det uttryckligen anges i tandvårdslagen att det skall krävas ett omfattande och varaktigt behov av vård- och omsorgsinsatser för att man skall få del av stödet. Remissinstanserna var generellt mycket positiva till detta förtydligande.

Patienter som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade har redan bedömts ha omfattande och varaktiga funktionshinder. Enligt regeringens bedömning är det därför inte nödvändigt att göra någon särskild bedömning av dessa patienters behov av vård- och omsorgsinsatser. För övriga grupper bör tandvårdslagen förtydligas på det sätt som utredningen föreslagit.

4.8.2 Ersättning till vårdgivaren för nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling

Regeringens förslag: Ersättningen till vårdgivaren för nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling skall motsvara folktandvårdens priser om inte landstinget och vårdgivaren kommer överens om något annat.

Skälen för regeringens förslag: Nödvändig tandvård och tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling omfattas av reglerna om vårdavgifter inom den öppna hälso- och sjukvården. Vården kan utföras både av folktandvården och av privata vårdgivare och patienten har rätt att välja vårdgivare. På grund av stödets karaktär kan patienten normalt inte förväntas lägga någon större vikt vid priset vid valet av vårdgivare. Reglerna om fritt val av vårdgivare i kombination med fri prissättning, låga patientavgifter och t.o.m. avgiftsfri vård, när 900-kronorsgränsen för högkostnadsskyddet i hälso- och sjukvård uppnåtts, riskerar att leda till kraftiga kostnads-

ökningar för landstingen. Det är därför nödvändigt att öka landstingens möjligheter till effektiv kostnads kontroll. Regeringen anser mot den bakgrunden att ersättningen skall knytas till folktandvårdens priser. En regel bör införas om att ersättningen skall lämnas med belopp som motsvarar folktandvårdens tandvårdstaxa, om inte vårdgivaren och landstinget kommer överens om något annat. Från ersättningen skall avräknas den patientavgift som patienten erlagt.

Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket har under hand beretts tillfälle att yttra sig över förslaget och har inte haft någon erinran mot det.

4.9 Budgetförslag

4.9.1 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.²

Tabell 4.5 Anslagsutveckling 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

2002	Utfall	1 987 178	Anslags- sparande	364 030
2003	Anslag	3 138 000 ¹	Utgifts- prognos	3 583 814
2004	Förslag	4 061 410		
2005	Beräknat	4 265 640		
2006	Beräknat	4 150 000		

¹ Inklusivt av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

Anslaget motsvarar anslagsposterna 2 och 3 i det tidigare anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner m.m.*

Utgifterna 2002 understeg anslagsbeloppet med 492 miljoner kronor. På grund av ett negativt ingående överföringsbelopp på 128 miljoner kronor uppgick anslagssparandet vid årets slut till 364 miljoner kronor.

Utfallet för anslagsposten Tandvårdsersättning blev cirka 1 617 miljoner kronor 2002. Det innebar ett underskridande av anslagsbeloppet med cirka 402 miljoner kronor. På grund av ett ingående överföringsbelopp på -24 miljoner kronor blev avvikelserna från tilldelade medel 378 miljoner kronor.

Utgifterna för bastandvård uppgick till 1 133 miljoner kronor, vilket innebar en ökning med drygt 60 miljoner kronor jämfört med 2001,

då utgiften var 1 072 miljoner kronor. Utgifterna för protetik var i princip oförändrade (en ökning från 442 till 443 miljoner kronor). Utgifterna för protetik för personer över 65 var dock mycket små under det andra halvåret 2002, vilket kan kopplas till de långa väntetiderna i samband med förhandsprövning av sådan protetik. Även utgifterna för bastandvård för personer över 65 år sjönk under andra halvåret 2002, vilket kan förklaras med att bastandvård som utförs i samband med protetik sköts upp i avvaktan på förhandsprövning av den protetiska behandlingen. En förklaring kan också vara att bastandvårdsåtgärder förskjutits mot mer protetik. Den förhöjda ersättningen i samband med långvarig sjukdom eller funktionshinder belastade anslagsposten med 20 miljoner kronor, vilket var en minskning med 3 miljoner kronor i förhållande till 2001.

Karensbeloppet togs bort för helproteser och partiella proteser den 1 januari 2001 respektive den 1 april 2002. Under 2002 uppgick utgifterna för sådan avtagbar protetik till cirka 106 miljoner kronor exklusive utgiften inom ramen för högkostnadsskyddet för personer över 65 år.

Socialstyrelsen betalade totalt ut närmare 13 miljoner kronor till kompetenscentrum på tandvårdsområdet 2002.

För åtgärder som syftar till att öka kunskaperna om hälsoproblem som relateras till dentala material samt att förbättra omhändertagandet av patienter som relaterar sina symtom till sådana material avsattes totalt 15 miljoner kronor för 2002 och 20 miljoner kronor för 2003. I december 2002 beslutade regeringen att 15 miljoner kronor skulle utbetalas till Stiftelsen Metallbiologiskt Centrum för verksamhet under perioden 2002–2005. Stiftelsen skall enligt ett avtal med staten bedriva forskning och fortsatt utvärdering av patientmaterial samt utveckling av diagnosmetoder och behandlingsplaner. En första utbetalning till stiftelsen om 5 miljoner kronor gjordes i december 2002.

Regeringens överväganden

Från detta anslag överförs 267 miljoner kronor per år till anslaget 13:8 *Sjukvård i internationella förhållanden* fr.o.m. 2004. Dessa medel motsvarar den tidigare anslagsposten 1, *Sjukvård i internationella förhållanden*, inom anslaget.

² Anslaget byter namn den 1 januari 2004 med anledning av uppdelning av tidigare anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner m.m.* i två anslag. Anslaget 13:8 *Sjukvård i internationella förhållanden* skapas i och med detta.

Tabell 4.6 Beräknad fördelning på anslagsposter

Miljoner kronor

	Förslag 2004	Beräknat 2005	Beräknat 2006
Tandvårdersättning	4 048	4 253	4 137
Kompetenscentrum på tandvårdsområdet	13	13	13
Totalt	4 061	4 266	4 150

Tandvårdersättning

Under 2003 väntas utgifterna för högkostnads-skyddet för personer över 65 år stiga mycket kraftigt. Den största budgeteffekten väntas dock inträda först under 2004 på grund av långa handläggningstider hos försäkringskassan samt långa behandlingstider. Ansökningarna har hittills under 2003 fortsatt att inkomma i nästan samma takt som under 2002. Efterfrågan och den begärda genomsnittliga tandvårdersättningen har varit betydligt högre än regeringen tidigare räknat med. De ökade kostnaderna beror också på att många äldre valde att skjuta upp protetiska behandlingar i väntan på att högkostnadsskyddet skulle införas.

Prognosen för anslagsposten för 2003 är 3 322 miljoner kronor. För att klara utgifterna ökades anslaget med 430 miljoner kronor på tilläggsbudget i samband med 2003 års ekonomiska vårproposition. Regeringen föreslår en ökning med ytterligare 100 miljoner kronor på tilläggsbudget i samband med denna proposition. Därmed bedöms medelsbehovet för 2003 vara täckt. Efter 2005 väntas utgifterna sjunka till en något lägre nivå. För övrig tandvård, som inte omfattas av högkostnadsskyddet, väntas endast en svag ökning av efterfrågan.

Högkostnadsskyddet för äldre och den höjda ersättningen för bastandvård har givit många i den äldre delen av befolkningen större möjligheter att få sitt tandvårdsbehov tillgodosett. Riksförsäkringsverket (RFV) har utfärdat allmänna råd för att ge stöd åt skälighetsprövningen av vårdgivarens ersättningsanspråk. Trots vidtagna åtgärder finns det behov av att kraftigt höja anslaget till följd av högkostnads-skyddet. Regeringen beräknar att utgifterna för tandvårdersättningen kommer att uppgå till 4 048 miljoner kronor 2004, 4 253 miljoner kronor 2005 och 4 137 miljoner kronor 2006.

Kompetenscentrum på tandvårdsområdet

Även för 2004 avsätts 13 miljoner kronor för detta ändamål, varav ett belopp om högst 5 miljoner kronor får användas för Kompetenscenter för dentala material (KDM) vid Socialstyrelsen.

Åtgärder rörande dentala material

Under 2003 och 2004 avser regeringen att betala ut ytterligare sammanlagt 10 miljoner kronor till Stiftelsen Metallbiologiskt Centrum. Beträffande de 20 miljoner kronor som avsatts 2003 för åtgärder rörande dentala material har förslag om användningsområde lämnats i Dentalmaterialutredningens slutbetänkande *Dentala material och hälsa* (SOU 2003:53). Betänkandet är föremål för remissbehandling fram till den 15 oktober 2003.

Tabell 4.7 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	2 608 000	2 608 000	2 608 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Övriga makroekonomiska förutsättningar	0	0	0
Volym	1 720 410	1 924 640	1 809 000
Överföring till/från andra anslag	-267 000	-267 000	-267 000
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	4 061 410	4 265 640	4 150 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002 (bet. 2002/03:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 4 061 410 000 kronor anvisas under anslaget 13:1 *Tandvårdsförmåner m.m.* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 4 265 640 000 kronor respektive 4 150 000 000 kronor.

4.9.2 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna³

Tabell 4.8 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

2002	Utfall	17 842 911	Anslags-sparande	-1 611 612
2003	Anslag	18 550 000	Utgifts-prognos	18 550 000
2004	Förslag	19 450 000		
2005	Beräknat	19 600 000		
2006	Beräknat	19 600 000		

Från detta anslag utbetalas det särskilda statsbidraget till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånerna. Medlen syftar till att ändamålsenliga och säkra läkemedel skall kunna förskrivas till en rimlig kostnad för den enskilde. Från anslaget utbetalas under 2004 ersättning till landstingen för läkemedelsförmånerna dels under månaderna november och december 2003, dels under månaderna januari t.o.m. oktober 2004.

Landstingen övertog i formell mening kostnadsansvaret för läkemedelsförmånerna (dvs. läkemedel i öppenvård) den 1 januari 1998. Samtidigt infördes emellertid ett särskilt statsbidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna. Statens ekonomiska ersättning till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånerna har fastställts genom en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. 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.

Regeringen träffade i anslutning till den ekonomiska vårpropositionen i april 2001 en överenskommelse med Landstingsförbundet om en ny modell för statens ersättning till landstingen för kostnader för läkemedelsförmånerna 2002–2004. Överenskommelsen innebar att ersättningen för kostnader för läkemedelsförmånerna under de tre kommande åren lades fast. Den definierar även hur stor landstingens ekonomiska risk för den aktuella perioden kommer att vara. Slutligen läggs genom överenskommelsen

fast ett antal åtgärder som respektive part skall vidta under den aktuella perioden och att en överenskommelse om ersättningen för tiden fr.o.m. 2005 skall träffas senast under våren 2004. Statens ersättning för perioden uppgår till 17,8 miljarder kronor för 2002, 18,7 miljarder kronor för 2003 och 19,6 miljarder kronor för 2004. För eventuella kostnader som överstiger 56,1 miljarder kronor under perioden skall en slutreglering ske våren 2005. Staten ersätter då landstingen enligt en modell där landstingen får stå för de första 1,5 miljarder kronorna därefter ersätter staten 25 procent av en kostnadsökning mellan 57,6 och 59,1 miljarder kronor och 50 procent av en kostnadsökning mellan 59,1 och 61,1 miljarder kronor, samt 75 procent av eventuella kostnader som överstiger 61,1 miljarder kronor.

Regeringens överväganden

Avtalet mellan staten och landstingen för statens ersättning för kostnaderna för läkemedelsförmånerna löper ut den sista december 2004. Därefter skall en slutreglering ske av ett eventuellt överskridande av avtalsbeloppet. För perioden efter 2004 finns ännu inte någon ny överenskommelse om statens ersättning till landstingen, varför anslagsbeloppet för 2005 och 2006 ligger kvar på samma nivå som 2004 (efter beaktande av utbetalningsfördröjningen). Regeringen avser att inleda diskussioner under våren 2004 med Landstingsförbundet för att komma överens om ersättningen för läkemedelsförmånerna för kommande år.

Tabell 4.9 Härledning av anslagsnivån för 2004–2006, för 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	18 550 000	18 550 000	18 550 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	900 000	1 050 000	1 050 000
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	19 450 000	19 600 000	19 600 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002 (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

³ Anslaget byter namn den 1 januari 2004 från Bidrag för läkemedelsförmånerna till Bidrag för läkemedelsförmånerna.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 19 450 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:2 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 19 600 000 000 kronor respektive år.

4.9.3 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tabell 4.10 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor

2002	Utfall	299 659	Anslags-sparande	19 212
2003	Anslag	287 095	Utgifts-prognos	294 387
2004	Förslag	275 036 ¹		
2005	Beräknat	273 524		
2006	Beräknat	273 524		

¹ Anslaget belastas med statlig ålderspensionsavgift med 512 tkr för 2004 avseende ersättning till smittbärare.

Från anslaget utbetalas statsbidrag till landstingen i enlighet med den överenskommelse som träffats mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården, den så kallade Dagmaröverenskommelsen. Under 2003 har medlen enligt överenskommelsen (Skr. 2002/03:51) primärt använts för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.

Vidare ingår i anslaget för 2003 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 Familjemedicinska Institutet, samt bidrag till Konsumentinstitutet Läke-medel och Hälsa (Kilen) och till Vidarkliniken.

Anslaget för 2003 minskades jämfört med 2002 med 125 miljoner kronor som delvis finansiering av insatserna enligt propositionen om avgifter inom äldre- och handikappomsorg (prop. 2000/2001:149). Vidare har anslaget tillförts 20 miljoner kronor per år under perioden 2002–2004 för inrättandet av ett familjemedicinskt institut. Som delvis finansiering av verksamheten vid Dopingjouren vid Huddinge sjukhus överfördes 750 000 kronor från detta anslag fr.o.m. 2003 till anslaget 14:8 *Alkohol- och nar-*

kotikapolitiska åtgärder, inom politikområde Folkhälsa.

Anslaget uppgår 2003 till cirka 287 miljoner kronor, varav de så kallade Dagmarmedlen utgör cirka 195 miljoner kronor. Utgående överföringsbelopp 2002 uppgick till cirka 19,2 miljoner kronor. Ungefär 10,4 miljoner kronor av dessa avser Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) vars verksamhetsstart blev senarelagd med tre månader till den 1 oktober 2002.

I och med att Läkemedelsförmånsnämnden inrättades överfördes 40 miljoner kronor från detta anslag 2003 och 59 miljoner kronor från och med 2004 till anslaget 13:7 *Läkemedelsförmånsnämnden*.

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. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Läkemedelsverket samt Smittskyddsinstitutet har inkommit med redovisningar av hur de disponerat tilldelade medel ur anslaget. Socialstyrelsen har dessutom redovisat insatser som genomförts för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.

Ett syfte med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) är att förstärka primärvården så att den kan utvecklas till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården. För att bidra till detta har ett familjemedicinskt institut inrättats med uppgift att stärka kunskapsutvecklingen inom området. Regeringen aviserade att sammanlagt 60 miljoner kronor skulle avsättas för detta ändamål under 2002–2004 och anslaget har därför tillförts 20 miljoner kronor för vardera åren 2002–2004. På grund av omprioriteringar i statsbudgeten har beloppet minskats med 5 miljoner kronor under 2004. För tiden efter 2004 skall föreningsbildarna, dvs. staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, under avtalstiden överlägga om den fortsatta verksamheten samt om inriktning och finansiering.

Den 19 december 2002 godkände regeringen en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2003 (Skr. 2002/03:51).

Överenskommelsen innebär att den tidigare inriktningen med en satsning för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården ligger fast. Därvidlag betonas både behovet av att förbättra vårdens tillgänglighet och att öka patienternas inflytande och delaktighet. Inom ramen för överenskommelsen för 2003 lämnas bidrag även till bl.a. nationella informationsinsatser om organdonation, Rett Center och vaccinationsförsörjning.

Utöver den del av anslaget som omfattas av Dagmaröverenskommelsen för 2004, beräknar regeringen att för 2004 avsätta 5,5 miljoner kronor till verksamheten vid Centrum för patientklassifikation samt statistikprogrammet Hur mår Sverige. Regeringen beräknar att lämna 51,2 miljoner kronor som bidrag till Hjälpmedelsinstitutet och 4,9 miljoner kronor till nationellt utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. Cirka 8,8 miljoner kronor beräknas för ersättning till smittbärare och 512 000 kronor till statlig ålderspensionsavgift avseende ersättning till smittbärare. Regeringen beräknar vidare att kostnaderna för patientförsäkring och vissa skadeersättningar kommer att uppgå till 424 000 kronor. Till Familjemedicinska institutet (Fammi) beräknas 15 miljoner kronor varav högst 200 000 kronor får användas av Statskontoret för utvärdering av verksamheten vid Fammi. Regeringen beräknar att under 2004 stödda dels Vidarkliniken med 3 miljoner kronor, dels Konsumentinstitutet Läkemedel och Hälsa (Kilen) med 3,2 miljoner kronor. Regeringen har vidare ökat anslaget med 3 miljoner kronor 2004 för att inrätta ett nationellt register över utövarna av komplementärmedicin. En särskild utredare bör få i uppdrag att utreda hur registrerat skall utformas samt vem som skall ansvara för registret.

I budgetpropositionen för 2002 tillfördes anslaget 19 miljoner kronor per år för Läkemedelsförmånsnämndens verksamhet. Dessa 19 miljoner kronor överförs till anslaget 13:7 *Läkemedelsförmånsnämnden* fr.o.m. 2004. Anslaget har därutöver minskats med 10 miljoner kronor, vilket motsvaras av en ökning av anslaget 13:6 *Socialstyrelsen*. Anslaget minskas vidare med 5 miljoner kronor på grund av det minskade bidraget till Fammi.

Tabell 4.11 Härledning av anslagsnivån för 2004–2006, för 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor			
	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	287 095	287 095	287 095
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	7 000	6 000	6 000
Överföring till/från andra anslag	-19 000	-19 000	-19 000
Slutreglering ÅP-avgift	512	0	0
Övrigt	-571	-571	-571
Förslag/beräknat anslag	275 036	273 524	273 524

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002 (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 275 036 000 kronor anvisas under anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 273 524 000 kronor respektive år.

4.9.4 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tabell 4.12 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tusental kronor			
2002	Utfall	38 027	Anslags-sparande 302
2003	Anslag	38 675	Utgifts-prognos 38 010
2004	Förslag	40 193	
2005	Beräknat	41 079 ¹	
2006	Beräknat	41 686 ²	

¹ Motsvarar 40 193 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 40 193 tkr i 2004 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 avsnitt 4.5.1.

Regeringens överväganden

Statens beredning för medicinsk utvärdering har som övergripande mål att genom vetenskapliga kunskapssammanställningar stärka beslutsunderlaget inom hälso- och sjukvården, inkluderande tandvården, för att därigenom bidra till en mer effektiv och evidensbaserad hälso- och sjukvård.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angivits för verksamhetsåret 2002. Inriktningen för SBU:s verksamhet bör vara oförändrad.

Tabell 4.13 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	38 675	38 675	38 675
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 134	2 012	2 613
Beslut ³	384	392	398
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	40 193	41 079	41 686

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002 (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

³ Avser medel för revision, se avsnitt 3.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 40 193 000 kronor anvisas under anslaget 13:4 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 41 079 000 kronor respektive 41 686 000 kronor.

4.9.5 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tabell 4.14 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2002	Utfall	22 000		2 480
2003	Anslag	25 473		24 773
2004	Förslag	25 661		
2005	Beräknat	27 270 ¹		
2006	Beräknat	27 735 ²		

¹ Motsvarar 26 637 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 26 637 tkr i 2004 års prisnivå.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har i uppdrag att stärka patientens ställning. 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 patientsäkerheten. HSAN skall återföra erfarenheterna av verksamheten till hälso- och sjukvården genom samverkan med andra myndigheter/aktörer samt information till sjukvårdshuvudmännen, patientnämnderna och professionerna.

Under 2002 anvisades cirka 23,7 miljoner kronor på anslaget. Anslagssparandet vid ingången av 2003 var cirka 2,5 miljoner kronor men en indragning gjordes av det anslagssparande som överskred 3 procent av anslaget.

HSAN:s årsredovisning för verksamhetsåret 2002 visar att det kom in ungefär lika många ärenden som under 2001. Antalet avgjorda ärenden har uppgått till ungefär samma antal som inkomna ärenden.

Under 2002 uppgick andelen ordförandebeslut till 80 procent. Motsvarande siffra för de två föregående åren var 77 procent respektive 71 procent. Att andelen ordförandebeslut ökat så kraftigt under de senaste åren beror på att den nu gällande lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område i detta hänseende är mindre restriktiv än den tidigare gällande disciplinpåföljdslagen.

Handläggningstiden har förlängts något under 2002, från genomsnittliga 5,0 månader 2001 till 5,2 månader. Mediantiden var 5 månader vilket kan jämföras med 4,2 månader under 2001.

HSAN har i årsredovisningen för 2002 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 2003 har HSAN redovisat en kartläggning av den administrativa verksamheten från miljösynpunkt samt redovisat myndighetens mål för kompetensförsörjning. Myndigheten har också rapporterat en risk- och sårbarhetsanalys vad gäller krishantering och höjd beredskap.

En stor del av nämndens informationsverksamhet består i att besvara förfrågningar från allmänheten, myndigheter, landsting, privata

företag, massmedia och forskare. HSAN har en egen webbplats (www.hsan.se) för information till allmänheten om verksamheten. Webbplatsen är tillgänglig på sex olika språk. Information på svenska i en särskild form finns för synskadade. HSAN:s beslut finns tillgängliga för allmänheten i nämndens lokaler i Stockholm.

HSAN har fortlöpande kontakter med Socialstyrelsen, i dess egenskap av tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen är part i alla behörighetsärenden och i de disciplinärenden som anmälts av Socialstyrelsen. Om frågan kräver särskild sakkunskap inhämtas Socialstyrelsens yttrande även i ärenden som anmälts av patient. Nämndens samtliga beslut delges Socialstyrelsen. Viktigare ärenden tillförs Socialstyrelsens Riskdatabas.

HSAN har för 2002 rapporterat en förhållandevis hög sjukfrånvaro bland personalen. Av cirka trettio anställda var fem personer sjukskrivna under perioder av någon eller några månader. Myndigheten satsar på friskvård för personalen och utreder möjligheter till hälsokontroller för äldre anställda.

Regeringens överväganden

På grund av det statsfinansiella läget föreslår regeringen att anslaget engångsvis minskas med 1 miljon kronor under 2004.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angivits för verksamhetsåret 2002 och ser därför ingen anledning att ändra myndighetens verksamhetsinriktning under det närmaste budgetåret.

Tabell 4.15 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor				
	2004	2005	2006	
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	25 473	25 473	25 473	
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	932	1 535	1 995	
Beslut ³	-744	262	267	
Överföring till/från andra anslag	0	0	0	
Övrigt	0	0	0	
Förslag/beräknat anslag	25 661	27 270	27 735	

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002 (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusivt beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

³ Varav 256 tkr avser medel för revision 2004, 262 tkr 2005 och 267 tkr 2006, se avsnitt 3.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 25 661 000 kronor anvisas under anslaget 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 27 270 000 kronor respektive 27 735 000 kronor.

4.9.6 13:6 Socialstyrelsen

Tabell 4.16 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen

Tusental kronor				
2002	Utfall	461 705	Anslags-sparande	48 336
2003	Anslag	470 619	Utgifts-prognos	494 643
2004	Förslag	487 885		
2005	Beräknat	499 325 ¹		
2006	Beräknat	507 769 ²		

¹ Motsvarar 487 885 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 487 885 tkr i 2004 års prisnivå.

Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, socialtjänst, tandvård, stöd och service till funktionshindrade, hälsoskydd och smittskydd. 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.

Utgifterna under anslaget uppgick under 2002 till cirka 461,7 miljoner kronor. Anslagssparandet uppgick till cirka 48 miljoner kronor vid utgången av 2002. Anslagssparandet härrör sig till stor del från 2001 då myndigheten tilldelades medel som skall räcka t.o.m. 2004. Differensen mellan anslaget och utgiftsprognosen 2003 beror i hög grad på att en stor del av anslagssparandet beräknas förbrukas under året.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.17 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor				
Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomstittel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2002	7 168	0	6 421	747
Prognos 2003	6 800	0	6 800	0
Budget 2004	6 600	0	6 600	0

Intäkterna 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 4.18 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt -kost- nad)
Utfall 2002	6 349	6 327	22
Prognos 2003	5 200	5 200	0
Budget 2004	5 200	5 200	0

Avgiftsintäkterna under 2002 för uppdragsverksamhet bestod av avgifter för material från Epidemiologiskt centrum (EpC), för data- och statistikproduktion samt för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tabell 4.19 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2002	Prognos 2003	Budget 2004	Beräknat 2005	Beräknat 2006
Utestående åtaganden vid årets början	7 111	5 106	2 986	–	–
Nya åtaganden	635	2 000	2 000	–	–
Infriade åtaganden *	–2 640	–4 120	–986	–1 000	–3 000
Utestående åtaganden vid årets slut	5 106	2 986	4 000	–	–
Erhållet/föreslaget bemyndigande	20 000	10 000	4 000	–	–

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Socialstyrelsen disponerar 42 miljoner kronor per år för att stimulera en önskvärd utveckling inom den kommunala socialtjänsten. Av dessa medel används en betydande del till fleråriga utvecklingsprojekt i någon eller några kommuner. På grund av detta uppstår ett behov för Socialstyrelsen att ta på sig ekonomiska förpliktelser som sträcker sig över flera budgetår. Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att för anslaget 13:6 *Socialstyrelsen* ikläda sig sådana förpliktelser. Den föreslagna bemyndigandearamen för 2004 framgår av ovanstående tabell.

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 väldigt stora delar av det socialpolitiska fältet, varför det endast är möjligt att beröra begränsade delar av myndighetens verksamhet i denna resultatredovisning.

Socialstyrelsen har i februari 2003 redovisat sin kompetensförsörjning till regeringen. En medarbetarenkät som utförts gav goda resultat. Myndigheten gör stora satsningar för att underlätta den framtida chefsförsörjningen. Socialstyrelsen är en kvinnodominerad arbetsplats men satsar på att rekrytera fler män till verksamheten. Sjukfrånvaron har inte förändrats i någon större utsträckning under 2002. Socialstyrelsen har betydligt lägre sjukfrånvaro i samtliga kategorier jämfört med andra myndigheter. En jämställdhetsplan beslutades i augusti 2002. Regeringen bedömer att myndighetens arbete inom personalområdet under 2002 genomförts på ett förtjänstfullt sätt.

Ansvar för marknadsbevakningen av medicintekniska produkter överfördes från Socialstyrelsen till Läkemedelsverket i september 2001, tillsammans med rättigheten att ta ut avgifter för verksamheten. Socialstyrelsen inkom i mars 2003 med en redovisning av en överenskommelse med Läkemedelsverket avseende överföring av medel för marknadsövervakningen. Under 2003 utbetalas cirka 12,3 miljoner kronor från anslaget till Läkemedelsverket. I juni 2002 inkom de två myndigheterna med ett förslag till framtida finansiering av verksamheten. Detta förslag bereds inom Regeringskansliet.

Socialstyrelsen har det övergripande ansvaret för miljömålsfrågor relaterade till hälsa, i enlighet med regeringens proposition Svenska miljömål – delmål och åtgärdsstrategier (prop. 2000/01:130). Under 2002 och 2003 tillförs Socialstyrelsens anslag 1,2 miljoner kronor per år från utgiftsområde 20, anslaget 34:2 *Miljöövervakning*, för detta ändamål. Från 2004 och framåt kommer samma summa att föras över från anslaget 34:3 *Åtgärder för biologisk mångfald* under samma utgiftsområde.

I maj 2003 överlämnade Socialstyrelsen en redovisning av myndighetens miljöledningsarbete till regeringen.

Inom ramen för regeringens satsning på äldre-skyddsombud tillfördes Socialstyrelsen i budgetpropositionen för 2003 4 miljoner kronor per år fr.o.m. 2003. Dessa medel skall användas för en förstärkning av myndighetens regionala tillsyn inom vården av äldre. Regeringen har i ett uppdrag i februari 2003 givit riktlinjer för användningen av medlen och för uppföljning och redovisning av resultat. Äldreskyddsombudens uppgift skall vara att, utifrån ett medborgarperspektiv, bedriva operativ tillsyn inom äldreomsorgen. Detta beskrivs närmare under politikområdet Äldrepolitik, avsnitt 8.5.1.

Ansvar för administrationen av specialistkompetenskurser under läkarnas vidareutbildning (SK-kurser) har fr.o.m. den 1 september 2002 överförts från Socialstyrelsen till Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS). För 2003 har cirka 16,1 miljoner kronor avsatts för SK-kurser. Medlen utbetalas från Socialstyrelsens anslag till IPULS.

I anslaget ingår ett belopp om 14 miljoner kronor som avsatts för Socialstyrelsens uppdrag att svara för nationell uppföljning och utvärdering av effekterna av resurstillskottet i samband med den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53), samt stöd till landstingens och kommunernas utvecklingsarbete.

Vidare ökas detta anslag med 10 miljoner kronor per år fr.o.m. 2004. Ökningen motsvaras av en minskning av anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*.

På grund av omprioriteringar på statsbudgeten minskades anslaget tillfälligt under 2003 med 1,2 miljoner kronor. Dessa medel återförs till anslaget fr.o.m. 2004.

Därutöver överförs 292 000 kronor till anslaget 28:21 *Riksarkivet och landsarkiven* inom utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid. Detta är i enlighet med överenskommelser som tecknats mellan Socialstyrelsen och Riksarkivet vid överlämnande av arkivhandlingar.

Anslaget tillförs 500 000 kronor från och med 2004 med anledning av den proposition om utjämning av vissa kostnader för stöd och service till funktionshindrade som regeringen överlämnar till riksdagen i samband med budgetpropositionen för 2004. Socialstyrelsen kommer att vara ansvarig producent av statistik rörande verksamhet inom detta område. Anslaget 48:2 *Bidrag till särskilda insatser i vissa kommuner och landsting*,

inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner minskas i motsvarande mån.

På grund av det statsfinansiella läget minskas därutöver anslaget med 10 miljoner kronor fr.o.m. 2004.

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. Regeringen ser därför ingen anledning att ändra på myndighetens verksamhetsinriktning under det närmaste budgetåret.

Tabell 4.20 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 13:6 Socialstyrelsen

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	470 619	470 619	470 619
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	14 838	26 221	34 623
Beslut ³	2 720	2 784	2 831
Överföring till/från andra anslag	-292	-299	-304
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	487 885	499 325	507 769

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002 (bet. 2002/03:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

³ Varav 993 tkr avser medel för revision 2004, 1 016 tkr 2005 och 1 033 tkr 2006, se avsnitt 3.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 487 885 000 kronor anvisas på anslaget 13:6 Socialstyrelsen för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 499 325 000 kronor respektive 507 769 000 kronor.

4.9.7 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

Tabell 4.21 Anslagsutveckling 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

Tusental kronor

2002	Utfall	0	Anslags-sparande	0
2003	Anslag	39 720	Utgifts-prognos	31 007
2004	Förslag	58 458		
2005	Beräknat	60 345 ¹		
2006	Beräknat	61 368 ²		

¹ Motsvarar 58 946 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 58 946 tkr i 2004 års prisnivå.

Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) inledde sitt arbete den 1 oktober 2002. Nämndens huvudsakliga uppgifter är att besluta om vilka läkemedel som skall ingå i läkemedelsförmånerna och att fastställa läkemedlets pris. Nämnden övertog Riksförsäkringsverkets (RFV) tidigare uppgifter när det gäller prisreglering av läkemedel. 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 läkemedelsförmånerna. LFN har även i uppgift att gå igenom alla befintliga läkemedel. 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 för prioriteringar 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. Det nya läkemedelsförmånssystemet är ett i huvudsak produktinriktat rabattsystem, men nämnden kan undantagsvis besluta att ett läkemedel skall ingå i förmånerna endast för ett visst användningsområde samt också förena sina beslut med särskilda villkor. Regeringen har utsett en nämnd bestående av ordförande och tio ledamöter med bred representation för samtliga relevanta kompetensområden.

LFN har under myndighetens första kvartal fattat totalt 1 289 beslut om läkemedel varav 986 var beslut om prissänkning. Myndigheten har sedan årsskiftet 2002/2003 fattat beslut om närmare 4 000 prissänkningar. Handläggningstiderna har hållits inom den tid som föreskrivs i Rådets direktiv 89/105/EEG. LFN har ett gott samarbete med andra berörda myndigheter på området, Apoteket AB, läkemedelsföretag och andra aktörer. LFN:s informationsverksamhet har under 2002 framför allt varit inriktad på att bygga upp verksamheten. Det har inneburit arbete med att skapa en hemsida, ta fram tryckt informationsmaterial och knyta kontakter med medier, myndigheter, företag och andra aktörer på området.

Regeringens överväganden

Anslaget har tillförts 19 miljoner kronor 2004, som överförs från anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*. I detta belopp anses även en pris- och löneuppräknings av tidigare års anslag ingå.

På grund av det statsfinansiella läget föreslår regeringen att anslaget engångsvis minskas med 500 000 kronor under 2004.

Läkemedelsförmånsnämnden har effektivt arbetat med att bygga upp verksamheten och håller på att utarbeta en praxis för sitt beslutsfattande. Myndigheten har aktivt arbetat mot de mål som har angivits för verksamheten 2002 och regeringen ser därför ingen anledning att ändra myndighetens verksamhetsinriktning under det närmaste budgetåret.

Tabell 4.22 Härlledning av anslagsnivån 2004–2006, för 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	39 720	39 720	39 720
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	875	1 826	2 531
Beslut ³	-262	244	248
Överföring till/från andra anslag	19 000	19 451	19 781
Övrigt	-875	-896	-911
Förslag/beräknat anslag	58 458	60 345	61 368

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002 (bet. 2002/03:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

³ Varav 238 tkr avser medel för revision 2004, 244 tkr 2005 och 248 tkr 2006, se avsnitt 3.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 58 458 000 kronor anvisas på anslaget 13:7 *Läkemedelsförmånsnämnden* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 60 345 000 kronor respektive 61 368 000 kronor.

4.9.8 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tabell 4.23 Anslagsutveckling 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

2002	Utfall	0	Anslags-sparande	0
2003	Anslag	0	Utgifts-prognos	0
2004	Förslag	267 000		
2005	Beräknat	267 000		
2006	Beräknat	267 000		

Anslaget finansierar ersättning för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden och motsvarar anslagsposten 1 i det tidigare anslaget 13:1 *Sjukvårdsförmåner m.m.*

Utgifterna för sjukvård i internationella förhållanden uppgick under 2002 till 365 miljoner kronor, vilket var 82 miljoner kronor lägre än anslagsbeloppet. Eftersom det fanns ett ingående underskott på 106 miljoner kronor överskreds tilldelade medel och 24 miljoner kronor av anslagskrediten fick tas i anspråk.

Regeringens överväganden

Anslaget används för olika utgifter på grund av Sveriges medlemskap i EU, EES-avtalet och vissa bilaterala avtal. Utländska medborgare har i enlighet med EU-medlemskapet och andra avtal vid behov rätt till sjukvårdsförmåner vid vistelse i Sverige. Vidare uppstår det kostnader när svenska medborgare erhåller vård vid vistelse i utlandet.

Huvuddelen av utgifterna avser EU-vård, som kan indelas i turistvård och pensionärvård. Kostnader för turistvård ersätts med faktiska belopp. För svenska pensionärer bosatta i EU-länder fastställs schablonbelopp för varje år. Ofta fastställs beloppen först flera år i efterhand. Dessutom ingår i anslaget utgifter för så kallad konventionsvård. Det handlar då om försäkringskassornas utbetalningar till landstingen för vård av personer från andra länder, när det finns en överenskommelse med det andra landet som innebär att Sverige står för kostnaden.

Utgifterna under anslagsposten ökade kraftigt under 2002. Ökningen berodde huvudsakligen på att Riksförsäkringsverket (RFV) fortsatte att betala av den ackumulerade skuld som tidigare uppkommit för EU-vården. För att detta skulle möjliggöras tillfördes anslaget 300 miljoner kronor på tilläggsbudget. Under 2003 bedöms utbetalningarna minska, eftersom den ackumulerade skulden nu är betald. Eftersom den tidigare anslagsnivån var lägre än den årliga kostnaden för EU-vård har anslaget höjts med drygt 100 miljoner kronor per år fr.o.m. 2003.

RFV har på regeringens uppdrag analyserat följderna av EU:s utvidgning under 2004 för kostnadsutvecklingen för EU-vården. Av verkets rapport framgår att den planerade utvidgningen med tio nya medlemsländer inte beräknas medföra några större förändringar av kostnaderna. På grund av att Sverige i dag har sjukvårdsavtal med flera av länderna beräknas utvidgningen totalt sett leda till en viss minskning av kostnaderna. Dessa sjukvårdsavtal innebär att Sverige står för kostnaderna när personer från dessa länder får vård i Sverige. Medlemskapet i EU medför att de nya medlemsländerna i stället får betala för den vård som erhållits i Sverige.

Faktorer som kan driva upp kostnaderna på längre sikt är: ökat resande, en ny generation pensionärer där många har god ekonomi och har möjlighet att bosätta sig utomlands, samt ökade sjukvårdskostnader i andra länder.

RFV har även sett över statistiken över EU-vård och annan sjukvård i internationella förhållanden och undersökt hur den kan förbättras. Ett projekt har påbörjats för att utveckla ett IT-stöd för handläggningen av EU-vårdsärenden.

Tabell 4.24 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget	0	0	0
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	0	0	0
Övriga makroekonomiska förutsättningar	0	0	0
Volym	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	267 000	267 000	267 000
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	267 000	267 000	267 000

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 267 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:8 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 267 000 000 kronor respektive år.

4.9.9 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall

Tabell 4.25 Anslagsutveckling 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall

<i>Tusental kronor</i>				
2002	Utfall	0	Anslags-sparande	0
2003	Anslag	0	Utgifts-prognos	0
2004	Förslag	35 000		
2005	Beräknat	0		
2006	Beräknat	0		

Justitiekanslern har på uppdrag av regeringen granskat berörda myndigheters handläggning av neurosedynkatastrofen. I Justitiekanslerns utlåtande, som överlämnades den 30 april 2003, rekommenderas regeringen att *ex gratia*, till var och en av de nu levande talidomidskadade i Sverige, utbetala ett engångsbelopp om 250 000 kronor. Justitiekanslern förordar även att ersättningen skall vara fri från skatt och inte påverka övriga sociala förmåner. Regeringen kommer att lägga förslag avseende ersättning till de talidomidskadade. Regeringens avsikt är att i huvudsak följa Justitiekanslerns förslag.

Regeringens överväganden

Anslaget skall täcka kostnaderna för den engångsersättning som regeringen anser bör utbetalas till talidomidskadade under 2004. Drygt 100 personer beräknas komma att omfattas av regeringens förslag om ersättning. Anslaget skall även täcka kostnaderna för hanteringen av utbetalning av ersättningen.

Tabell 4.26 Härledning av anslagsnivån för 2004–2006, för 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget	0	0	0
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	35 000	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	35 000	0	0

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 35 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:9 *Ersättning till talidomidskadade i vissa fall* för 2004.

4.10 Övrig verksamhet

4.10.1 Läkemedelsverket

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

Läkemedelsverket skall också medverka till att läkemedelsförsörjningen utvecklas och blir kostnadseffektiv. I detta arbete skall Läkemedelsverket dels utgöra en kontrollerande myndighet, dels arbeta för rationell utveckling och användning av nya och äldre läkemedel.

Läkemedelsverket har i årsredovisningens resultaträkning för budgetåret 2002 redovisat ett rörelseöverskott på cirka 22 miljoner kronor. Verksamhetens intäkter var cirka 297,3 miljoner kronor. Läkemedelsverket har angivit en beräknad kostnadsbudget om 309 miljoner kronor för år 2004.

Läkemedelsverket hade ett ingående balanserat resultat år 2003 på 70,4 miljoner kronor.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.27 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt-kostnad)
Offentlig-rättslig verksamhet			
Utfall 2002	297 307	-274 928	22 379
Prognos 2003	292 837	-332 594	-39 757
Budget 2004	293 100	-309 000	-15 900

Läkemedelsverket är en av de mest anlitate och efterfrågade myndigheterna i Europa när det gäller centralt godkännande av läkemedel. Totalt har Sverige erhållit 22 utredningar eller 30 procent av de tilldelade utredningarna att för den Europeiska läkemedelsmyndigheten EMEA agera som rapportör/medrapportör i den så kallade centrala proceduren under 2002. När Sverige agerar rapportör/medrapportör medför det ansvar även för ändringsärenden. Antalet produkter som Sverige är rapportör eller medrapportör för blir ständigt fler och antalet ändringsärenden ökar stadigt. Antalet avslutade ändringsärenden där Sverige agerade rapportör var under 2002 64 stycken (av 171), och Sverige var medrapportör i 21 stycken.

Antalet ansökningar riktade till Sverige i den ömsesidiga proceduren för godkännande av läkemedel, dvs. när ett läkemedel först godkänns i ett EU-land och sedan med samma dokumentation i övriga medlemsländer, var 234 år 2001 och 237 år 2002. De nationella ansökningarna låg 2002 över föregående års och de parallellimporterade minskade något.

När det gäller särbehandlade läkemedel har en fortsatt satsning gjorts på att driva fler ärenden till avslut. Totalt 55 ansökningar om godkännande av naturläkemedel har slutbehandlats under 2003. Totalt 110 produkter är godkända som naturläkemedel och 80 produkter, så kallade frilistade naturmedel, har tillfälligt försäljningstillstånd som naturläkemedel i avvaktan på en slutgiltig bedömning.

Marknadstillsynen inom det medicintekniska området bygger till stor del på olycks- och tillbudsrapporter från tillverkare, myndigheter i andra EES-länder och från svensk hälso- och sjukvård. Antalet nya rapporter har ökat från 510 år 2001 till 761 år 2002.

Läkemedelsverket har under 2003 flyttat till nya och mer ändamålsenliga lokaler i Uppsala.

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

4.10.2 Apoteket AB

Apoteket AB är helägt av staten. En beskrivning och bedömning av verksamheten återfinns i regeringens årliga skrivelse till riksdagen Verksamhetsberättelse för företag med statligt ägande 2002 (rskr. 2002/03:120). Vid utgången av 2002 bestod koncernen av moderbolaget Apoteket AB, de rörelsedrivande dotterbolagen Kemi & Miljö Konsulterna AB, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi AB (IHE) samt intressebolagen Oy Tamro Abp och Kårhuset Pharmen AB.

Apoteket AB har ensamrätt att sälja läkemedel till allmänheten och skall tillgodose allmänhetens behov av läkemedel över hela landet. Läkemedelsdistributionen till allmänheten sker genom cirka 800 apotek och cirka 1 000 apoteksombud. Ombuden är enskilda näringsidkare som mot provision förmedlar receptbelagda läkemedel eller säljer vissa receptfria läkemedel från ett lager som ägs av Apoteket AB. Ombudens huvuduppgift är att tillgodose behovet av distribution av läkemedel företrädesvis i glesbygd. Den slutna vårdens behov av läkemedel tillgodoses av Apoteket AB via ettåriga entreprenadavtal med sjukvårdshuvudmännen genom cirka 100 särskilda sjukhusapotek, ofta kombinerade sjukhus- och expeditiionsapotek med försäljning också till allmänheten.

Försäljningen av läkemedel har ökat sedan 1980-talet. Under 1997 minskade försäljningen

tillfälligt på grund av en effekt av det nya läkemedelsförmånssystemet som trädde i kraft den 1 januari 1997. Detta ledde bl.a. till en hamstring av läkemedel i slutet av 1996 vilket medförde minskad försäljning under början av 1997. Därefter har försäljningen åter ökat och under 2002 omsatte Apoteket 32 miljarder kronor, en ökning med 7,9 procent jämfört med 2001. Intäkterna från försäljning av receptbelagda läkemedel, som under 2002 ökade med 8,2 procent, svarar för cirka 75 procent av de totala intäkterna.

Apotekets resultat påverkas bl.a. av handelsmarginalen, dvs. skillnaden mellan Apotekets inköps- och försäljningspris på receptbelagda läkemedel. Sänkta handelsmarginaler påverkar Apotekets resultat negativt men kommer samhället till godo i form av sänkta läkemedelskostnader. Storleken på handelsmarginalen beslutas sedan den 1 oktober 2002 av Läkemedelsförmånsnämnden. Tidigare var detta en uppgift för Riksförsäkringsverket. Från och med den 1 oktober 2002 infördes också utbyte av läkemedel på apotek vilket innebär att ett förskrivet läkemedel skall bytas ut på apotek om det finns ett billigare, utbytbart läkemedel tillgängligt. Detta har medfört prissänkningar för vissa läkemedel.

Med anledning av propositionen om de nya läkemedelsförmånerna (prop. 2001/02:63) och landstingens ökade ansvar för kostnaderna för läkemedel i öppen vård har staten och Apoteket AB den 31 januari 2003 slutit ett nytt verksamhetsavtal. I det nya avtalet regleras bl.a. vilka delar av verksamheten som skall finansieras inom marginalen för läkemedel inom förmånerna. Staten har vid ordinarie bolagsstämma i Apoteket AB (publ) den 10 april 2003 uttalat att utdelning till ägaren bör uppgå till ett belopp motsvarande minst en tredjedel av vinsten efter skatt med beaktande av ett visst soliditetsmål.

Tabell 4.28 Ekonomisk översikt för Apoteket AB

Miljoner kronor

	1998	1999	2000	2001	2002
Resultat efter finansiella poster	341	400	29	-144	31
Eget kapital	1 873	2 032	1 955	1 611	1 648
Utdelning	100	100	100	–	100
Räntabilitet på eget kapital, %	13,6	14,1	neg.	neg.	0,7
Medelantalet anställda	9 439	9 687	10 094	10 600	10 827

5 Politikområde Folkhälsa

5.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser som syftar till att främja hälsa och förebygga sjukdom. Utmärkande för politikområdet är dess sektorsövergripande och tvärvetenskapliga karaktär. De flesta bestämningsfaktorer, dvs. faktorer som bestämmer vår hälsa, påverkas till stora delar av insatser inom ett stort antal politikområden. Detta innebär att ansvaret för de statliga insatserna på folkhälsoområdet är fördelat mellan departementen i Regeringskansliet, vilket ställer stora krav på samordning. I politikområdet Folkhälsa ingår även insatser som syftar till att skapa goda förutsättningar för hälsofrämjande levnadsvanor i befolkningen. Hit hör t.ex. insatser för att förhindra alkoholskador, narkotika- och tobaksbruk, dopning och spelberoende samt insatser för att främja fysisk aktivitet, sunda kostvanor och sexuell och reproduktiv hälsa. Även smittskydd och hälsoskydd ingår i politikområdet.

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 (1988:1472). Kommunernas folkhälsoarbete grundar sig på lagar som rör ett flertal kommunala verksamheter, t.ex. alkohollagen (1994:1738), tobakslagen (1993:581), miljöbalken, socialtjänstlagen (2001:453), livsmedelslagen (1971:511) och plan- och bygglagen (1987:10). På nationell nivå bedrivs folkhälsoarbete av statliga myndigheter samt frivilligorganisationer. Regeringens stöd inom politikområdet Folkhälsa består av medel till myndigheter såsom Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Institutet för psykosocial medicin och

Socialstyrelsen. Dessa myndigheter utgör kunskapscentra och har viktiga uppgifter att fylla gällande dels tillsyn och epidemiologisk bevakning, dels nationell uppföljning och utvärdering av såväl folkhälsan som folkhälsoarbetet. Andra myndigheter som har centrala roller i folkhälsoarbetet är t.ex. Läkemedelsverket, länsstyrelserna, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Naturvårdsverket och Arbetsmiljöverket. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap samt Vetenskapsrådet finansierar viktig folkhälsoforskning. Inom politikområdet ger regeringen även bidrag till förebyggande insatser mot hiv/aids, folkhälsopolitiska åtgärder bestående av framför allt bidrag till frivilligorganisationer samt till alkohol- och narkotikapolitiska insatser, framför allt genomförandet av de nationella handlingsplanerna mot alkoholskador och mot narkotika. Inom politikområdet ingår även Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO) samt bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, vilken utgör en del av Nordiska ministerrådets organisation. Även Alkoholsortimentsnämnden ingår i politikområdet. Nämnden inrättades som ett led i de krav som Europeiska unionen ställde i samband med Sveriges inträde i EU.

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2002	Anslag 2003 ¹	Utgifts- prognos 2003	Förslag anslag 2004	Beräknat anslag 2005	Beräknat anslag 2006
14:1 Insatser mot aids	58,5	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1
14:2 Bidrag till WHO	43,3	41,4	35,0	34,4	34,4	34,4
14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap ²	19,8	20,5	18,0	17,9	18,2	18,6
14:4 Statens folkhälsoinstitut	125,2	209,9	210,1	129,6	132,5	134,6
14:5 Smittskyddsinstitutet	159,9	173,3	189,1	179,6	183,7	186,6
14:6 Institutet för psykosocial medicin	14,3	14,4	14,0	15,0	15,4	15,6
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	69,6	91,6	104,8	96,6	56,6	56,6
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	201,4	193,3	327,6	153,3	78,3	78,3
14:9 Alkoholsortimentsnämnden	0,05	0,1	0,1	0,4	0,4	0,4
Totalt för politikområde Folkhälsa	692,0	802,5	956,8	684,9	577,6	583,2

¹ Inklusivt av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

² Tidigare anslaget 14:3 Bidrag till Nordiska hälsovårdshögskolan.

5.3 Mål

Målet för politikområdet är att folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt. Med folkhälsa menas det allmänna hälsotillståndet i befolkningen samt hälsans utveckling och fördelning i befolkningen. Målet är formulerat så att fokus ligger på att minska ojämlikheter i hälsa. Detta utesluter inte att folkhälsan skall förbättras för hela befolkningen. Eftersatta grupper skall här förstås som grupper i befolkningen som utifrån skillnader i livsvillkor och levnadsvanor har sämre förutsättningar för en god hälsa. För att mäta hälsoutvecklingen i befolkningen och bedöma uppfyllelsen av målet används måtten förväntad medellivslängd, dödlighet, sjuklighet samt självupplevd hälsa. Hälsomått som visar på hälsans fördelning och utveckling i olika grupper håller på att utarbetas.

5.4 Politikens inriktning

Folkhälsoarbetet har traditionellt sett begränsats till ett fåtal frågor. Insatser för att förbättra folkhälsan har utgått från sjukdomar snarare än från faktorer som främjar hälsan. Hälsoaspekter har inte uppmärksamats i tillräckligt hög grad i utformningen av beslut som har påverkat männi-

skors hälsa, varken på nationell, regional eller kommunal nivå. Propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35), som riksdagen antog i april 2003, stakar ut en ny inriktning för den nationella folkhälsopolitiken. Den nya folkhälsopolitiken innebär en perspektivförskjutning mot ett mer hälsofrämjande synsätt. Fördelen med att fokusera på bestämningsfaktorerna för hälsan istället för sjukdomarna är att folkhälsoarbetet blir mer effektivt. Forskning har t.ex. visat att många av dagens sjukdomar beror på flera samverkande faktorer och att exponering för en och samma riskfaktor ofta är en bidragande orsak till flera olika sjukdomar och skador. En annan fördel är att bestämningsfaktorerna är lättare att följa än sjukdomsutvecklingen. Detta på grund av att den tid som förflyter fram till att sjukdom visar sig ibland kan vara flera decennier.

Den nya folkhälsopolitiken ställer krav på att folkhälsoaspekter beaktas i politiska beslut och att incitament skapas så att arbetet med folkhälsofrågor prioriteras. Den ger riksdag och regering möjligheten till en mer strukturerad uppföljning av folkhälsoarbetet. Regeringen har för avsikt att regelbundet återkomma till riksdagen med uppföljning av folkhälsoarbetet.

Liksom tidigare är syftet med det nationella folkhälsoarbetet att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Oavsett kön, klass, etnisk bakgrund eller funktionshinder skall människor ges

samma förutsättningar till en god hälsa. Det handlar om att utforma en folkhälspolitik som klargör samhällets ansvar för befolkningens hälsa. Detta avspeglas i det nationella folkhälsmålet som riksdagen har antagit, att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Folkhälsoforskning och utvecklingen av s.k. hälsokonsekvensbedömningar är av särskild vikt.

Tecken på ökad psykisk ohälsa i befolkningen oroar. Allt fler uppger psykiska besvär i form av ångslan, oro och ångest. Andelen sjukskrivningar på grund av psykiska besvär har ökat kraftigt. Psykiska sjukdomar står, efter hjärt- och kärlsjukdomar, för den näst största andelen av den totala sjukdomsbördan i Sverige. Regeringen vill betona att den nya folkhälspolitik syftar till att förbättra både den fysiska och den psykiska hälsan.

Även narkotikaanvändningen bland ungdomar och ökningen av alkoholkonsumtionen i befolkningen oroar. Regeringens mål om ett narkotikafritt samhälle samt att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar har slagits fast av riksdagen i två handlingsplaner. Huvudinriktningen för att nå det narkotikapolitiska målet är att begränsa både tillgången och efterfrågan på narkotika. För insatserna på alkoholområdet handlar det om att sänka den totala alkoholkonsumtionen, förhindra att människor blir storkonsumenter, påverka storkonsumenternas dryckesbeteende samt verka för att alkohol inte förekommer i vissa miljöer eller situationer i livet, t.ex. i trafiken och under graviditeten.

Under det senaste decenniet har tobakspolitiken skärpts, med en minskande andel rökare i befolkningen som följd. Målet för de statliga insatserna inom tobaksområdet är att minska tobaksbruket. I propositionen Mål för folkhälsan slår regeringen fast nya etappmål för regeringens tobakspolitik.

Spelmarknaden expanderar och har idag en omsättning på 36 miljarder kronor. Nya spelformer etableras med Internet som viktig bas. Våren 2003 invigdes kasinot i Stockholm, det sista av fyra i landet. I takt med utvecklingen på spelmarknaden ökar också antalet personer som riskerar att utveckla ett spelberoende. Regeringen lanserar därför vissa åtgärder mot spelberoende i årets budgetproposition.

Andelen människor som lider av övervikt eller fetma i befolkningen har ökat markant under de

senaste decennierna. I Sverige har antalet personer med fetma nästan fördubblats under de senaste 20 åren och omfattar nu omkring 500 000 människor. Utvecklingen är oroande och för att vända trenden krävs insatser på en mängd områden.

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. Detta visas inte minst av utbrottet av en tidigare okänd akut infektionssjukdom, svår akut respiratorisk sjukdom (SARS), i den kinesiska provinsen Guangdong i november 2002 och den efterföljande spridningen av sjukdomen i stora delar av Ostasien samt i Kanada. Mot den bakgrunden har regeringen initierat en översyn av behovet av extraordinära smittskyddsåtgärder.

Det nationella arbetet för att förebygga hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar kommer även fortsättningsvis att ha hög prioritet i regeringens folkhälsoarbete. Regeringen har tillsatt en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av samhällets insatser mot hiv/aids.

Folkhälsan i Sverige påverkas av den ökade internationaliseringen. Öppnare gränser medför ett ökat resande och ett ökat utbyte av varor mellan länderna. Den ökade integrationen inom EU medför ytterligare lagstiftning som påverkar vår hälsa. Folkhälsan påverkas också av de gränsöverskridande trenderna när det gäller t.ex. alkohol, narkotika och tobak. I internationaliseringens spår har FN:s och EU:s 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 en WHO-konvention om tobak samt ett omfattande folkhälsoprogram inom EU, liksom i utarbetandet av nya samarbetsprogram i närområdet. Dessutom har Sverige initierat ett unikt samarbete med Sydafrika inom hälsoområdet.

5.4.1 Insatser inom politikområdet

Verksamhetsområde samordnat folkhälsoarbete

Regeringen inrättade den 4 september 2003 en nationell ledningsgrupp för folkhälsofrågor under folkhälsoministerns ledning. Ledningsgruppen skall stimulera och stödja samordningen av folkhälsoarbetet på nationell, regional och lokal nivå. Förutom representanter från Regeringskansliet ingår berörda myndigheter samt Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i gruppen. Myndigheter och departement kan adjungeras till ledningsgruppen vid behov. Det första mötet äger rum i november 2003 och därefter kommer ledamöterna att träffas fyra gånger per år.

I augusti 2002 arrangerade FN ett Världstoppmöte om hållbar utveckling i Johannesburg. Mötet resulterade i en politisk deklaration och en handlingsplan. Målet för hälsa och hållbar utveckling är att alla skall få tillgång till basal hälso- och sjukvård, att de miljömässiga hälsoriskerna minskar och att hänsyn tas till barns speciella behov samt att sambandet mellan fattigdom, hälsa och miljö tydliggörs. Inom politikområdet Folkhälsa genomförs flera aktiviteter med koppling till de prioriteringar som återfinns i handlingsplanen. Det gäller flertalet av de nationella och internationella aktiviteter som genomförs inom verksamhetsområdena samordnat folkhälsoarbete, hälsofrämjande levnadsvanor samt smittskydd och hälsoskydd.

I maj 2002 träffades en överenskommelse mellan Europaparlamentet och ministerrådet om ett nytt folkhälsoprogram. Programmet, som trädde i kraft den 1 januari 2003 och kommer att löpa fram till och med 2008, är inriktat på tre övergripande åtgärdsområden: bättre information för att förbättra hälsan, snabba åtgärder vid hälsorisker samt arbete med bestämningsfaktorer för hälsan. Programmet utgör ett viktigt instrument i arbetet med att stärka folkhälsofrågorna inom gemenskapen och bidrar därmed till att en samlad folkhälsopolitik utvecklas på EU-nivå. Prioriteringarna för 2003 anges i en särskild arbetsplan.

Inom ramen för det bilaterala samarbetet mellan Sverige och Sydafrika i den Binationella kommissionen (BNC) togs under 2002 initiativ till ett särskilt samarbete i form av ett Hälsoforum. Hälsoforum syftar till att främja en poli-

tisk diskussion samt till att etablera ett samarbete för ömsesidigt utbyte mellan svenska och sydafrikanska myndigheter inom områden som är angelägna för folkhälsan. I mars 2003 hölls det första mötet i Sydafrika. Hälsoforum möts en gång per år och de sydafrikanska och svenska myndigheterna har fortlöpande kontakt under året.

Verksamhetsområde Hälsofrämjande levnadsvanor

För genomförandet av den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador tillsattes i mars 2001 en särskild kommitté med representanter från berörda statliga myndigheter samt från Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Fram till 2005 skall kommittén samordna insatserna på nationell nivå och i samspel med kommuner och landsting stimulera insatser på regional och lokal nivå. Kommittén svarar också för information och opinionsbildning på nationell nivå och genomför seminarier, konferensserier etc. som syftar till att förankra innehållet i planen och stimulera utvecklingen av olika verksamheter.

Erfarenheterna från kommitténs insatser hittills är mycket goda. Nationella informationsinsatser har initierats och olika konferenser kring handlingsplanen har genomförts i samtliga län i landet. Ett 60-tal nationella och regionala projekt har fått stöd i syfte att samordna olika insatser som kan bidra till att förverkliga handlingsplanens målsättningar och ca 250 samordnare av det lokala och regionala alkohol- och drogförebyggande arbetet har anställts runt om i landet. Kommittén har givit stöd till omfattande forskningsprogram vid Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) liksom olika forskningsprojekt vid Lunds universitet, Linköpings universitet, Göteborgs universitet, Karolinska institutet och Stockholms universitet. En kommunal handbok i alkohol- och drogförebyggande arbete har tagits fram av Svenska Kommunförbundet med stöd av medel från regeringen liksom ett metod- och informationsutvecklingsprojekt om alkoholfrågor inom fritidsgårdsverksamheterna. Sammanlagt har drygt 50 miljoner kronor fördelats till olika alkohol- och narkotikaförebyggande projekt under 2002. Länsstyrelserna har dessutom för 2002 sammanlagt erhållit 155 miljoner kronor att för-

delat till kommunernas alkohol- och narkotikaförebyggande arbete, öppenvårdsinsatser samt till verksamheter för barn till missbrukare.

Statens folkhälsoinstitut och Myndigheten för skolutveckling redovisade i september 2003 ett gemensamt regeringsuppdrag att i samråd med Svenska Kommunförbundet analysera vilka insatser som kan vidtas för att stärka den alkohol- och narkotikaförebyggande verksamheten i skolan. I rapporten framhålls bl.a. värdet av en egen utarbetad och väl känd policy för arbetet på skolan. Ett antal av de förslagna insatserna kommer att helt eller delvis genomföras av Myndigheten för skolutveckling under budgetåret 2004, i samverkan med Statens folkhälsoinstitut, Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika.

Med anledning av Marknadsdomstolens dom den 5 februari 2003 i Gourmetmålet ändrade riksdagen lagreglerna om marknadsföring av alkoholdrycker. Ändringarna innebär att det sedan den 15 maj 2003 råder förbud att vid marknadsföring av alkoholdrycker som innehåller mer än 15 volymprocent alkohol till konsumenter använda kommersiella annonser i periodiska skrifter; utom vad gäller skrifter som tillhandahålls endast på försäljningsställen för sådana skrifter. Regeringen tillsatte också en särskild utredare med uppgift att föreslå begränsningar av marknadsföringen till konsumenter i tryckta skrifter av alkoholdrycker. Utredningen om alkoholreklam i tryckta skrifter överlämnade sitt betänkande Alkoholreklam i tryckta skrifter i ett folkhälsoperspektiv (SOU 2003:69) till regeringen den 26 juni 2003. Betänkandet är för närvarande föremål för ett remissförfarande och regeringen har för avsikt att lämna förslag i ärendet till riksdagen under 2004.

För att genomföra den narkotikapolitiska handlingsplanen har regeringen utsett en särskild narkotikapolitisk samordnare. Samordnaren tillsattes i februari 2002 och har under året genomfört en rad olika insatser för att mobilisera hela samhällets insatser mot narkotikamissbruket. Samordnaren presenterade i juni 2003 en rapport över utvecklingen under handlingsplanens första år. Av den framgår att projekt har satts igång inom samtliga områden som handlingsplanen pekar ut som angelägna, exempelvis vård, prevention och utbudsbegränsande åtgärder. Vidare har ett stort antal forskningsprojekt initierats inom området. Statens folkhälsoinstitut har till uppgift att följa, analysera och rapportera om

vad som händer inom missbruksområdet. Dessutom är myndigheten svensk kontaktpunkt för EU:s narkotikaövervakningscentrum ECNN och har på centrumets uppdrag presenterat en rapport om narkotikautvecklingen i Sverige. Inom ramen för EU:s gemensamma åtgärd om tidig upptäckt av nya syntetiska droger har Statens folkhälsoinstitut genomfört kartläggningar av flera nya ämnen. Myndigheten har vidare utvecklat nätverk och databaser för att effektivisera datainsamlingen rörande narkotikautvecklingen.

Sverige deltar aktivt i FN:s narkotikakontrollprogram UNDCP som under året hade ett särskilt ministermöte för att utvärdera insatserna sedan Generalförsamlingens särskilda möte om narkotika år 1998. Vidare deltar Sverige i Europarådets samarbetsgrupp för narkotikafrågor, den s.k. Pompidougruppen. En strategi för narkotikabekämpning inom EU antogs vid Europeiska rådet i Helsingfors 1999. Vid toppmötet i juni 2000 antogs en särskild handlingsplan för att genomföra EU:s narkotikastrategi. Under 2002 presenterades en halvtidsutvärdering av handlingsplanen. På basis av denna utvärdering har ministerrådet antagit nya prioriteringar för narkotikasamarbetet.

Under 2001 överlämnade regeringen till riksdagen propositionen Vissa tobaksfrågor (prop. 2001/02:64). Mot bakgrund av riksdagens tillkännagivande att frågan om förtäckt reklam måste utredas (bet. 1993:94:SoU17, rskr. 1993/94:149) föreslog regeringen i propositionen att kommersiella annonser i radio, TV och tidningar för andra varor än tobaksvaror som bär tobaksvarors varukännetecken skall förbjudas. I propositionen föreslogs också att rökfria områden införs i alla serveringsmiljöer, restauranger, kaféer och barer, att de som säljer tobaksvaror anmäler detta till kommunen samt att 90 miljoner kronor fördelas på tre år med syfte att stärka det tobakspreventiva arbetet. Riksdagen antog propositionen i vissa delar den 15 maj 2002 (bet. 2001/02:SoU8, rskr. 2001/02:235).

Den 1 juli 2002 skärptes tobakslagen (1993:581) och ett anmälningsystem infördes för att kommunerna som lokal tillsynsmyndighet skall få bättre information om vem som säljer tobak och därmed lättare kunna kontrollera att lagens förbud mot försäljning till underåriga efterlevs. Riksdagen beslutade också att utvidga kommunernas möjlighet att ta ut en avgift för tillsynen av dem som bedriver anmälningspliktig försäljning av tobak.

De delar som rör s.k. indirekt reklam beslutades av riksdagen hösten 2002 och trädde i kraft den 1 januari 2003. Mot bakgrund av övervägandena i propositionen gavs två uppdrag, ett till Statens folkhälsoinstitut för att underlätta för införandet av rökfritt i serveringslokaler och ett till Konsumentverket för att utreda frågan om ytterligare begränsningar av tobaksreklam. Regeringen avser att återkomma till riksdagen i dessa frågor.

Den 26 maj 2003 antogs ett EG-direktiv avseende reklam, marknadsföring och sponsring för tobaksvaror. Direktivet omfattar direktreklam i tryckt press, radio och Internet och sponsring av gränsöverskridande evenemang samt gratis utdelning av tobak i samband med dessa evenemang. Direktivet skall vara genomfört senast den sista juli 2005. Inom WHO antog Världshälsöförsamlingen den 20 maj 2003 en ramkonvention för tobakskontroll. Sverige prioriterar genomförandet av konventionen och var bland de första länderna att underteckna den. Konventionen, som täcker bl.a. passiv rökning, reklambegränsningar för tobak och varningstexter, kommer att ge stöd för utarbetande av nationell lagstiftning på området.

I takt med att omsättningen inom spelbranschen har ökat under senare år har också frågan om spelberoende blivit allt viktigare. Statens folkhälsoinstitut har under året disponerat nio miljoner kronor för insatser mot spelberoende. Huvuddelen av resurserna har satsats på forskning, stöd och bidrag till Spelberoendes Riksförbund och dess lokalföreningar, en hjälplinje dit spelberoende eller anhöriga kan vända sig för att få hjälp och stöd samt konferenser och utbildningar. Statens folkhälsoinstitut har under 2002 tagit fram en nationell handlingsplan för att motverka spelberoende. Handlingsplanen, som beskrivs närmare under anslaget 14:7 *Folkhälso-politiska åtgärder*, kommer att ligga till grund för framtida insatser på området.

Regeringen har beslutat att från och med 2003 höja ersättningen till Dopingjouren till tre miljoner kronor. Dopingjourens verksamhet, som är förlagd till Huddinge sjukhus, är betydelsefull inte enbart ur ett idrottsligt perspektiv utan även ur folkhälsosynpunkt. Förstärkningen innebär att Dopingjouren kan utveckla verksamheten bland annat genom att göra kunskapssammanställningar, öka det utåtriktade, förebyggande arbetet samt utveckla kontakterna med andra landsting.

Verksamhetsområde Smittskydd och hälsoskydd

I syfte att ytterligare förbättra smittskyddet i landet har regeringen under 2003 presenterat en lagrådsremiss med förslag till en ny smittskyddslag. En proposition kommer att lämnas till riksdagen. Utgångspunkten för regeringens förslag är Smittskyddskommitténs slutbetänkande Samhälle, smittskydd och individ (SOU 1999:51).

I juni 2001 genomförde FN:s generalförsamling en särskild session med fokus på hiv/aids-situationen i världen. Vid mötet enades medlemsstaterna om en deklaration om insatser för att bekämpa hiv/aids och dess följdverkningar. Som en följd av deklarationen tillkallade regeringen i maj 2002 en särskild utredare med uppdrag att göra en samlad översyn av samhällets insatser mot hiv/aids (S 2002:11). Utredarens huvuduppgift är att lämna förslag till en nationell handlingsplan i syfte att begränsa spridningen och konsekvenserna av hiv/aids. Utredaren skall också lämna förslag till framtida inriktning av medlen under anslaget 14:1 *Insatser mot aids*, utgiftsområde 9. Uppdraget kommer att redovisas den 31 januari 2004.

För att skärpa övervakningen av förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier och av användandet av antibiotika har särskilda organ skapats inom de medicinska professionerna, bl.a. Referensgruppen för antibiotikafrågor (RAF) och Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA). I samarbete med dessa grupper har Smittskyddsinstitutet numera en relativt god kännedom om läget beträffande antibiotikaresistens vid luft- och urinvägsinfektioner som behandlas inom öppenvården samt om antibiotikaförbrukningen i landet.

Under första hälften av november 2002 inträffade ett flertal fall av lunginflammation i Guangdong-provinsen i södra Kina. I november 2002 fick sjukdomen, svår akut respiratorisk sjukdom (SARS), global utbredning med sannolika fall rapporterade från 30 länder, varav Kina har varit värst drabbat. Genom ett väl genomfört samarbete lett av WHO kunde forskarvärlden på drygt två månader i detalj beskriva den nya sjukdomen och dess smittvägar samt identifiera ett helt nytt smittämne. Mot bakgrund av utbrottet och den globala spridningen av SARS beslutade regeringen i maj 2003 att bestämmelserna om sam-

hållsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen skulle tillämpas på SARS.

En översyn av behovet av extraordinära smittskyddsåtgärder till följd av naturlig eller avsiktlig spridning av smittämnen har under året påbörjats i Sverige. I januari 2003 fattade regeringen beslut om att tillsätta en utredning med uppdrag att göra en utvärdering av behovet av extraordinära smittskyddsåtgärder (dir. 2003:12). Utredningens slutbetänkande Extraordinärt smittskydd (SOU 2003:831) presenterades den 15 september 2003 och är för närvarande föremål för remissbehandling. Regeringen återkommer till riksdagen i frågan.

Internationell samverkan i frågor som rör avsiktlig spridning av biologiska ämnen är en förutsättning för att ett utbrott skall kunna förebyggas eller begränsas. Inom EU har en särskild arbetsgrupp för frågor som rör hälsa och säkerhet inrättats. Inom ramen för det Nordiska ministerrådet sker en kontinuerlig samverkan i frågor som rör såväl biologiska ämnen som hälsoberedskap. Vid mötet mellan de nordiska social- och hälsoministrarna i Karlskrona i augusti 2003 antogs bl.a. en deklaration om nordisk samverkan i frågor som rör beredskap mot smittkoppor.

I juli 2003 presenterade EU-kommissionen ett förslag till förordning om inrättande av ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar. Enligt förslaget skall centrumets huvuduppgifter bestå av epidemiologisk övervakning, tidig varning och tidiga åtgärder, vetenskapliga yttranden, teknisk assistans till medlemsstaterna och tredje land samt stöd och utveckling för EU-beredskap vid hälsohot. Centrumet föreslås få en begränsad personalstyrka och i stället utnyttja ett brett nätverk av kontakter och expertis i medlemsstaterna. Kommissionens förväntning är att centrumet skall vara operationellt och fungera som en fristående myndighet från och med 2005.

Ett annat viktigt område är den översyn av det internationella hälsoreglementet (IHR) som inletts inom WHO. Översynen syftar bl.a. till att se över om IHR bör ges en annan inriktning för att bättre täcka in aktuella allvarigare hälsohot och ett effektivare rapporteringssystem. Vid Världshälsoförsamlingens möte i maj 2003 antogs en deklaration med uppmaningar till WHO att inrätta en särskild arbetsgrupp med uppgift att ta fram ett förslag till ny reglering.

Insatser mot smittsamma sjukdomar har även hög prioritet i det samarbete som sker i vårt närområde. Ett av de initiativ som tagits under senare år är den särskilda aktionsgrupp mot smittsamma sjukdomar som inrättades 2000 och som fortsatt sitt arbete under innevarande år.

Det fjärde ministermötet om miljö och hälsa som arrangeras av WHO och UN/ECE kommer att äga rum under 2004 i Budapest. Sverige arrangerade i juni 2003 ett förmöte i Stockholm med inriktningen barn, hälsa och miljö. Mötets syfte var att inleda den politiska förankringen av några av de frågor som skall behandlas vid det kommande ministermötet. En av huvudpunkterna rör nationella handlingsplaner för barns miljörelaterade hälsa. Även utveckling av internationella, indikatorbaserade uppföljningssystem liksom riktlinjer för tillämpning av försiktighetsprincipen har hög prioritet.

EU-kommissionen presenterade en strategi för miljö och hälsa i juni 2003. Strategin är framtagen gemensamt av kommissionärerna för miljö, folkhälsa och forskning. Huvudsyftet med strategin är att minska de miljörelaterade sjukdomarna. De mest utsatta grupperna, särskilt barn, betonas speciellt, liksom aktörsperspektivet. Fyra områden – respiratorisk sjukdom hos barn (inklusive astma och allergi), neurologiska utvecklingsstörningar, barncancer och hormonstörande effekter är prioriterade i strategin. Under hösten 2003 kommer ett handlingsprogram att tas fram.

Under 2003 genomför Socialstyrelsen en enkätundersökning av barns miljörelaterade hälsa i Sverige. Cirka 42 000 barn i åldersgrupperna 8 månader, 4 år och 12 år ingår i studien som är den första nationella undersökningen i sitt slag. Resultaten kommer att redovisas i nästa Miljöhälsorapport. De kommer också att utgöra underlag vid utvärderingar av befolkningens miljörelaterade ohälsa i arbetet med de av riksdagen och regeringen fastställda miljö kvalitetsmålen.

Sverige deltar i ”Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP), ett samarbete mellan FN:s Economic Commission for Europe (UNECE) och WHO:s Europasekretariat. Sverige har under året bidragit i detta samarbete med en konferens i Stockholm den 12–13 juni 2003, Economic Valuation of Health Effects due to Transport. Resultaten rapporteras i samband med WHO-konferensen i Budapest 2004.

5.4.2 Insatser utanför politikområdet

Kommuner och landsting har ett lagstadgat ansvar för att förebygga ohälsa genom bl.a. hälso- och sjukvårdslagen. De senaste åren har kommunernas och landstingens engagemang för folkhälsofrågor successivt ökat och det lokala tvärssektoriella samverkansarbetet mellan kommuner, landsting och övriga aktörer inom folkhälsoområdet har utvecklats. På nationell nivå har Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Statens folkhälsoinstitut bildat nätverket Forum Folkhälsa för att främja erfarenhetsutbyte och kunskapsspridning. I många landsting och kommuner finns folkhälsoråd, folkhälsoplanerare, folkhälsoprogram etc. 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 välfärdsboksutslut prövas och används på flera håll. Även många frivilligorganisationer bedriver ett betydelsefullt arbete inom folkhälsoområdet med bidrag från staten, kommuner, landsting eller privata intressenter.

I hälso- och sjukvårdens ansvar ingår att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Under 2001–2004 får kommuner och landsting ett tillskott på närmare nio miljarder kronor inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53). Medlen skall särskilt användas till att förstärka primärvården, till att utveckla samarbetet med kommunernas äldreomsorg och till att förbättra den psykiatriska vården. Bland annat skall detta leda till ett tidigare och bättre stöd till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa och till en förstärkning av stödet till personer med psykiska funktionshinder. För att särskilt utveckla det sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården har fem miljoner kronor avsatts enligt överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården (den s.k. Dagmaröverenskommelsen) för 2003. Medlen förvaltas av Familjemedicinska institutet i samråd med Statens folkhälsoinstitut.

Inom ramen för regeringens strategi för ökad hälsa i arbetslivet har en rad åtgärder presente-

rats, som syftar till att utveckla det förebyggande arbetsmiljöarbetet, att främja snabb återgång till arbete vid ohälsa och till att stimulera forskning inom området (se vidare utgiftsområde 10 och 14).

Statens kulturråd har inom området Kultur i arbetslivet gett stöd till flera hälsofrämjande projekt. Regeringen avser även att genomföra en fördjupad analys kring det positiva sambandet mellan kultur och hälsa (se vidare utgiftsområde 17).

När det gäller alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet är det främst polisen och tullen som genom sina insatser minskar tillgången på 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, Särskilda insatser i vissa kommuner och landsting, har särskilda medel tillfälligt utgått för hivpreventivt arbete i storstadsregionerna.

När det gäller insatser för att minska ojämlikheten i hälsa startade den 1 januari 2001 ett nätverkscentrum för forskning om ojämlikhet i hälsa, CHESS (Centre for Health Equity Studies). Centrumet finansieras av Stockholms universitet, Karolinska Institutet och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

Inom storstadspolitiken, som syftar till att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för tillväxt och att bryta den sociala, etniska och diskriminerande segregationen, har en mängd åtgärder med direkt bäring på att förbättra folkhälsan vidtagits. Satsningen genomförs i sju kommuner omfattande 24 stadsdelar i storstadsregionerna.

För att betona skolans ansvar att erbjuda daglig och regelbunden fysisk aktivitet för varje elev har ett mål med denna innebörd skrivits in i läroplanerna för grundskolan och gymnasieskolan. Myndigheten för skolutveckling har fått i uppdrag att följa och stödja skolornas arbete med att implementera målet och rapportera till regeringen. Vidare har regeringen inrättat Nationellt centrum för främjande av fysisk aktivitet hos barn och ungdom vid Örebro universitet. Centrumets främsta uppgift är att stödja skolor i deras arbete med att stimulera till ökad fysisk aktivitet och till andra hälsofrämjande åtgärder.

I maj 2003 överlämnade regeringen till riksdagen propositionen Gemensamt ansvar, Sveriges politik för global utveckling (2002/03:122). Den sammanhållna svenska politiken föreslås präglas av ett rättighetsperspektiv och av de fattigas perspektiv på utveckling. Folkhälsofrågorna är en viktig del i den svenska politiken för global utveckling. Det handlar om utveckling av folkhälsoprogram, att förebygga missbruk och skadliga effekter av alkohol, tobak och narkotika, att förebygga sexuellt överförbara sjukdomar, främst hiv/aids, samt att främja en god sexuell och reproduktiv hälsa. Sverige verkar för detta bl.a. genom stödet till WHO.

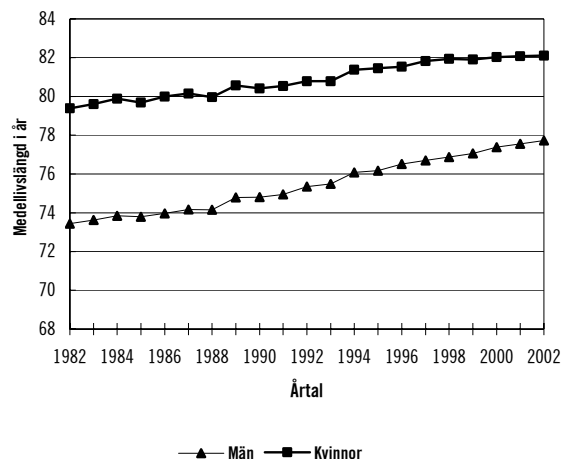
5.5 Resultatbedömning

5.5.1 Politikområde folkhälsa

När resultatbedömningen görs på politikområdesnivå kan konstateras att måluppfyllelsen inom folkhälsoområdet nåtts i det avseendet att folkhälsan under 1990-talet generellt sett har förbättrats. Denna utveckling redovisades bl.a. i Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2001. Förbättringarna i hälsa kan mätas bl.a. genom ökad medellivslängd och lägre dödlighet (med dödlighet avses antalet döda under året per 100 000 invånare). Minskningen av dödligheten, och därmed den ökade medellivslängden, beror främst på att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har

minskat. Dödligheten minskar för nästan alla socioekonomiska grupper, utom för kvinnor i okvalificerade arbetaryrken. Mäns medellivslängd ökar snabbare än kvinnors vilket har gjort att skillnaden mellan kvinnors och mäns medellivslängd minskar. Kvinnor lever i dag i genomsnitt 4,4 år längre än män.

Diagram 5.1 Medellivslängden mellan 1982 och 2002



Tabell 5.2 Psykisk ohälsa i befolkningen 16–84 år mellan 1980/81–2001

Ängslan, oro, ångest – lätt		Ängslan, oro, ångest – svår		Sömnbesvär	
År	Män	Kvinnor	År	Män	Kvinnor
1980/81	7,7	15,8	1980/81	1,9	4,1
1988/89	5,8	12,5	1988/89	1,9	3,7
1994/95	10,6	16,1	1994/95	2,7	4,6
1998/99	10,5	18,0	1998/99	2,7	4,5
2000	12,0	20,1	2000	3,0	5,0
2001	14,4	22,0	2001	4,0	5,5

Källa: Undersökningen om levnadsförhållanden, SCB

Om utgångspunkten för bedömningen i stället tas i hälsoproblem och sjukdomar blir bilden något annorlunda. Den stadiga ökningen av livslängden har t.ex. inte medfört någon ökning av antalet "friska" år, dvs. år med full hälsa enligt SCB:s hälsoindex. Snarare kan man skönja en svag nedgång av antalet år med full hälsa för både kvinnor och män, men nedgången är tydligare för kvinnor. Sedan slutet av 90-talet upplever allt fler i befolkningen psykisk ohälsa i form av ångslan, oro, ångest och sömnbesvär vilket tabell 5.2 visar. Ökningen kan iakttas bland kvinnor och män i alla åldersgrupper, men är tydligast bland unga kvinnor. Den finns i alla socioekonomiska grupper men är större bland arbetare än bland tjänstemän. Personer födda utanför Europa upplever ångslan och oro i större omfattning än personer födda i Sverige eller i övriga Europa. Psykiska besvär står också för den kraftigaste ökningen när det gäller sjukskrivningar.

Det allmänna hälsotillståndet bland barn och unga är generellt gott, men under senare år har de psykosomatiska besvären ökat bland barn upp till 18 år och andelen som uppger att de trivs bra, eller mycket bra, med livet har minskat särskilt bland flickor. Flickor uppger även fler psykiska symtom och lägre välbefinnande än pojkar. I åldersgruppen 15–19 år behandlades 2002 en procent av pojkarna och två procent av flickorna dagligen med antidepressiva läkemedel, vilket är en fördubbling sedan 1999.

Sammanfattningsvis kan sägas att målet för politikområdet inte har uppfyllts. Skillnaderna i hälsa mellan olika grupper är fortfarande påtagliga och förefaller inte ha minskat under den senaste tjuugoårsperioden. Skillnaderna i dödlighet ligger i dag kvar på samma nivåer som under 1960- och 1970-talen. Riskerna för arbetare att avlida i förtid jämfört med tjänstemän är särskilt omfattande i dödsorsaker föranledda av kranuskärsljukdom, 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. Socialbidragstagare, barn till missbrukare och psykiskt sjuka 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. En stor del av den förhöjda förekomsten av ohälsa verkar kunna förklaras av ekonomiska och sociala förhållanden.

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. Skillnaderna i livsvillkor mellan könen framhålls som en av orsakerna till att kvinnor har högre sjuklighet jämfört med männen. Samtidigt som kvinnor lever längre än män uppvisar de fler symptom på sjuklighet. Kvinnor uppsöker sjukvård i betydligt större utsträckning än män men avstår oftare än män på grund av kostnaderna. Kvinnor står för en större del av läkemedelskonsumtionen och använder sjukförsäkringssystemet mer än män.

Det våld som kvinnor utsätts för av makar, sammanboende eller andra närstående män är ett allvarligt hälsoproblem för kvinnor. Det handlar om psykiska, fysiska och reproduktiva konsekvenser för kvinnors hälsa. Regeringen uppmärksammar mäns våld mot kvinnor i propositionen Mål för folkhälsan. Dessutom avsätter regeringen ytterligare 9 miljoner kronor till kvinno- och mansjourernas verksamhet fr.o.m. 2004. Till Rikskvinnocentrum avsätts ytterligare 8 miljoner kronor för 2004 (se Politikområde Socialtjänstpolitik).

Traditionella val av bl.a. teorier och forskningsämnen inom den medicinska forskningen har lett till att en rättvisande bild av kvinnors hälsa inte har getts. De statliga forskningsråden har därför fått i uppgift att arbeta för att ett genusperspektiv används som norm inom forskningen.

Flera studier visar att personer som har invandrat till Sverige har sämre hälsa än genomsnittsbefolkningen i Sverige. Det kan bero på att de befinner sig i utsatta situationer, inte minst med avseende på sociala och materiella villkor. Det kan t.ex. handla om upplevelse av diskriminering, bristande kunskap i svenska och erfarenheter som har legat till grund för själva migrationen. För flyktingar är orsaken till migrationen ofta traumatiska upplevelser i samband med krig, konflikter, förföljelse och tortyr. Även förhållandena i hemlandet påverkar invandrades hälsa. Flyktingar med traumatiska upplevelser riskerar särskilt att utveckla psykisk ohälsa och flyktingbarn uppvisar en betydligt högre grad av psykisk ohälsa jämfört med svenskfödda barn.

Studier visar också att precis som för svenskfödda förekommer bland invandrare stora hälsoskillnader mellan kvinnor och män och mellan olika socioekonomiska grupper.

Undersökningar tyder på att homo- och bisexuella ungdomar har en sämre psykisk hälsa än heterosexuella ungdomar. Regeringen gav 2002 Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen för homo- och bisexuella personer samt för transpersoner. I en delrapport som överlämnades till regeringen i maj 2003 föreslås att en omfattande studie genomförs av dessa gruppers hälsosituation och att en kvalitativ studie genomförs som särskilt belyser hälsan hos unga homo- och bisexuella personer samt hos transpersoner. Regeringen bereder för närvarande myndighetens förslag med avsikt att ge Statens folkhälsoinstitut fortsatt uppdrag.

Verksamhetsområde samordnat folkhälsoarbete

Resultatbedömningen av insatserna inom ramen för propositionen Mål för folkhälsan kommer att göras i en särskild skrivelse till riksdagen vart fjärde år med början 2006. Skrivelsen kommer att ta den folkhälsopolitiska rapport som Statens folkhälsoinstitut skall ta fram som utgångspunkt. Tillsammans med Socialstyrelsens folkhälso rapport och sociala rapport kommer skrivelsen att utgöra ett viktigt underlag för framtida insatser på området.

Verksamhetsområde Hälsöfrämjande levnadsvanor

Alkoholkonsumtionen under 2002 uppgick till 9,8 liter ren alkohol per person 15 år och äldre, vilket är en ökning med ungefär 25 procent sedan 1996. Detta är den största ökningen av alkoholkonsumtionen i Sverige under hela efterkrigstiden och den högsta konsumtionen under de senaste 100 åren. Konsumtionsökningen är resultatet av såväl en ökad försäljning på Systembolaget som ökad införsel av alkohol från utlandet. Andelen ungdomar som ofta berusar sig har ökat under senare år och särskilt kraftig har ökningen varit bland flickor sett i ett längre tidsperspektiv. Den kraftiga ökningen av alkoholkonsumtionen i Sverige inger stor oro för ökade

alkoholskador i befolkningen framöver och med en försämrad folkhälsa som följd.

Den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador och inrättandet av kommittén för att genomföra handlingsplanen har lett till en ökad aktivitet på alkoholområdet, framför allt i kommuner och landsting. Flera nationella och regionala projekt har initierats och regionala konferenser har hållits över hela landet för att presentera och genomföra intentionerna i den nationella handlingsplanen och få i gång lokala aktiviteter på området. Ett stort antal kommuner har anställt kommunala samordnare av de projektmedel som länsstyrelserna fördelat. För närvarande finns ungefär 250 kommunala samordnare anställda runt om i landet. Statens folkhälsoinstitut har fått regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera de olika insatserna som följer av den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador. En första delrapport kommer att presenteras under hösten 2003.

Från flera länder i Europa kommer rapporter om en positivare inställning till droger bland ungdomar och en viss ökning av missbruket. Samma tendens finns också i Sverige. Även om förändringen på intet sätt är dramatisk är den ändå värd att ta på allvar. 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, även om de senaste årens data har varit relativt stabila och under det senaste året t.o.m. minskat. Enligt en kartläggning av det tunga missbruket som CAN genomfört har också det tunga missbruket ökat sedan 1991 då den förra kartläggningen gjordes.

Trots den positivare inställningen till droger i vissa ungdomsgrupper visar tillgängliga undersökningar på att en överväldigande majoritet av svenska folket inte befattar 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.

Sverige är ett av få länder i Europa som uppnått WHO:s mål på tobaksområdet, dvs. att minst 80 procent av befolkningen skall vara rökfri 2000. Rökningen har minskat i Sverige sedan 1980-talet bland såväl kvinnor som män, men minskningen har varit mer påtaglig bland män. Tobak är fortfarande den enskilt största

hälsoriskerna och en av orsakerna till skillnaderna i hälsa. Tobakskonsumtionen har minskat mest i mer gynnade socioekonomiska grupper, men förblivit fortsatt utbredd i mindre gynnade grupper. I dag är det de välutbildade och de med god inkomst som är rökfria, medan de som saknar arbete eller är lågutbildade röker. Den rökrelaterade sjukligheten och dödligheten har minskat bland män, men ökar fortfarande bland kvinnor och i de mindre gynnade socioekonomiska grupperna. Lungcancer är det tydligaste exemplet där trenden nu är vikande för män när det gäller dödlighet, medan den fortfarande ökar för kvinnorna. Kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL, är en annan rökrelaterad sjukdom som ökar i befolkningen. Var femte rökare drabbas av sjukdomen, som ofta upptäcks mycket sent. Sjukdomen innebär ständig andnöd och en långsam nedbrytning av lungvävnaden. Rökstopp är den mest effektiva metoden att hindra sjukdomsförloppet. År 2000 dog 1 800 personer till följd av KOL. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att ta fram kliniska riktlinjer för den medicinska behandlingen av KOL.

Den nedgång i rökning bland ungdomar som skedde fram till 1980-talets mitt bromsades upp i början av 1990-talet. Studier visar att fler flickor än pojkar röker i årskurs 9 medan det omvända gäller för snusning, som fortfarande är ovanligt bland flickor.

Man vet att rökning under graviditet och att rökning i små barns miljö innebär ökad risk för barn att utveckla bl.a. luftvägssjukdomar. Barn i en rökande miljö utsätts för samma hälsorisker som har påvisats i övrigt när det gäller s.k. passiv rökning. Studier har också visat att nikotinintag under graviditeten medför allvarliga hälsorisker för fostret och för det nyfödda barnet. Under 1990-talet har därför det tobakspreventiva arbetet inom mödra- och barnhälsovård utvecklats, vilket har gett goda resultat. Antalet rökare bland gravida har också minskat påtagligt under denna period, från ca 25 procent vid 1990-talets början till ca 15 procent i dag.

Tidigare svensk forskning visar att drygt en procent av befolkningen i åldern 15–74 år 1997 kan klassificeras som akuta problemspelare och ytterligare drygt en halv procent kan klassas som troliga patologiska spelare. Bland spelmissbrukarna är unga män överrepresenterade. Någon ytterligare prevalensstudie är ännu inte gjord varför det är osäkert hur stor andelen spelberoende är i dag. Dock har den totala omsättningen

på spel liksom antalet spelformer ökat. Fyra kasinon bedriver verksamhet i landet, utländska spelarrangörer har etablerat sig via Internet och nivån på vinstutdelningar har höjts. Detta talar för att problemen med spelberoende inte har minskat.

Verksamhetsområde Smittskydd och hälsoskydd

Det epidemiologiska läget avseende smittsamma sjukdomar följs upp på nationell nivå genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall som görs till Smittskyddsinstitutet enligt smittskyddslagen (1988:1472) och genom frivillig rapportering.

I förhållande till många andra länder är läget i Sverige gott beträffande flertalet av de allvarliga smittsamma sjukdomarna. Inom Sverige har förekomsten av smittsamma sjukdomar allmänt sett varit tämligen oförändrad under de senaste tio åren och inte heller under 2002 uppvisade den epidemiologiska situationen några dramatiska förändringar. De flesta anmälningspliktiga sjukdomar har rapporterats i samma utsträckning eller något färre än tidigare år.

Spridningen av hiv i Sverige har kunnat hållas på en låg nivå. Tidiga insatser i samband med epidemins utbrott och ett brett och väl samordnat hivpreventivt arbete har bidragit till att antalet hivfall i Sverige fortfarande ligger lågt. Totalt har 4 354 män och 1 572 kvinnor anmälts som smittade med hivinfektion sedan 1985.

Under de senaste två åren har dock den positiva utvecklingen som skedde under början på 1990-talet upphört. Under 2002 rapporterades 175 nya fall bland män och 112 nya fall bland kvinnor (totalt 287 fall) vilket är en knapp ökning i förhållande till 2001 (totalt 271 fall) och 2000 (totalt 242 fall). Vid en närmare analys av anmälningarna tycks emellertid den inhemska spridningen inte ha ökat. I stället har fler personer smittats utanför Sverige. Ett ökat antal av intravenösa missbrukare har identifierats. Det finns inga tecken på ökad spridning av hivinfektion bland injektionsmissbrukare. I stället beror sannolikt ökningen i denna gruppen på en mer aktiv provtagningsverksamhet. Tillgången till antiviral behandling medför att antalet fall av aids fortsätter att ligga lågt liksom antalet fall som avlider av hiv/aids.

Bland de sexuellt överförbara sjukdomarna har klamydiainfektion, gonorré och syfilis ökat under de senaste fem åren. Under 2002 ökade klamydiainfektion och syfilis med 11 respektive 68 procent medan anmälningarna av gonorré minskade något. Ökningen av syfilis och, fram till förra året, gonorré har huvudsakligen berott på fler fall bland män som har sex med män och återspeglar ett ökat riskbeteende i denna grupp. Ökningen av antalet fall av klamydiainfektion återspeglar ökat riskbeteende bland yngre heterosexuella.

Bakterier som har utvecklat resistens mot antibiotika har blivit ett mycket stort problem runt om i världen. Även om tecken finns på en oroande utveckling också i Sverige uppfattas situationen fortfarande som bättre än i många länder. Resistenta stammar förs kontinuerligt in i landet med personer från länder med högre förekomst av dem. Arbetet med antibiotikaresistensproblematiken har lett till att frågan kommit i fokus och därigenom har medvetenheten ökat påtagligt. Intresset för att förbättra hygienrutiner inom vård och barnomsorg har ökat. Antibiotikaanvändningen i öppenvården har minskat under de senaste åren trots att försäljningen av andra läkemedel ökat.

Barnsjukdomar som det går att vaccinera mot förekommer mycket sällan och drabbar huvudsakligen ovaccinerade barn. Under de senaste åren har det skett en viss minskning av vaccinationstäckningen mot mässling, påssjuka och röda hund. Vaccinationsstatistiken för 2002 tyder dock på att den nedåtgående trenden brutits och att täckningsgraden åter stiger. Föräldrar verkar dessutom välja att vaccinera barnen vid en något högre ålder. Barn, som tillhör den tidigare dåligt vaccinerade årskullen, har i många fall blivit vaccinerade vid ett senare tillfälle.

Under 2002 förklarades WHO:s Europa-region fritt från vilt poliovirus. Det innebär att inget fall av polio, där smittan berott på cirkulerande poliovirus, har inträffat under de senaste tre åren i regionen. Fortfarande kommer det dock vara nödvändigt att fortsätta vaccinering mot polio i flera år till.

Den tillsynsverksamhet som Socialstyrelsen under året har bedrivit över smittskyddsverksamheten i landstingen visar att smittskyddsorganisationen i många stycken fungerar väl men att det finns utrymme för förbättringar.

I Miljöhälsorapport 2001 ges en aktuell översikt över de viktigaste miljörelaterade riskfakto-

rerna samt hur dessa påverkar befolkningens hälsa. Trots att miljön i flera avseenden blivit bättre under senare år och den miljörelaterade ohälsan därmed sannolikt har minskat kvarstår många problem och nya tillkommer. Dessutom har ny kunskap medfört att bedömningen av vissa riskfaktorer har skärpts. Ett exempel på detta är synen på ohälsa orsakad av luftföroreningar. Behovet av åtgärder bedöms fortfarande vara stort för riskfaktorer som luftföroreningar, buller, svårnedbrytbara miljöföroreningar (t.ex. dioxiner och PCB), vissa tungmetaller och miljötabaksrök. Socialstyrelsen har under våren avrapporterat ett uppdrag om höga ljudnivåer. Ärendet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

En del människor upplever oro för att bland annat utbyggnaden av 3G-nätet och ökad användning av mobiltelefoner skall förorsaka ohälsa till följd av ökad exponering för elektromagnetiska fält. En samlad bedömning av den forskning som genomförts påvisar dock inte några hälsoeffekter. Förutom uppdraget om en forskningssammanställning som gavs till Rådet för arbetslivsforskning (RALF) och som presenterades i december 2000, bevakar ett antal myndigheter denna fråga på regeringens uppdrag. Bland annat skall Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) vartannat år, med början 2003, dokumentera och informera om kunskapsläget vad gäller elöverkänslighet. Detta skall ske i samråd med de forskningsaktörer, myndigheter och andra som rådet finner lämpligt.

5.5.2 Analys och slutsatser

Verksamhetsområde samordnat folkhälsoarbete

När det gäller hälsoutvecklingen under 1990-talet kan konstateras att den generellt sett förbättrats framför allt vad gäller längre medellivslängd och minskad dödlighet i sjukdomar och skador. Det är dock oroande att den psykiska hälsan har försämrats och att den arbetsrelaterade ohälsan är så omfattande. Dessutom kvarstår betydande skillnader i ohälsa mellan olika grupper i befolkningen. Regeringen vill betona vikten av att folkhälsoaspekter beaktas i politiska beslut på nationell, regional och kommunal nivå.

Verksamhetsområde Hälsofrämjande levnadsvanor

Regeringen bedömer att de insatser som hittills genomförts inom alkoholområdet har fungerat bra och varit nödvändiga för att få igång en aktiv process. Arbetet med att förverkliga alkoholhandlingsplanens intentioner har nu pågått i två år. De 550 miljoner kronor som under tre år disponeras för handlingsplanens genomförande innebär en viktig stimulans framför allt för det lokala och regionala alkoholskadeförebyggande arbetet. Insatserna är av långsiktig karaktär där stora ansträngningar nu görs för att utveckla kompetens, metoder och verksamheter på framför allt lokal och regional nivå. Fortsatta och ökade insatser är viktiga mot bakgrund av att vi i Sverige kan konstatera en kraftigt ökad total konsumtion av alkohol. Regeringen föreslår därför att 75 miljoner kronor för 2004 för det alkoholskadeförebyggande arbetet. En fortsatt ökning av alkoholkonsumtionen är trolig mot bakgrund av att införselkvoterna för privatimport av alkohol slopas helt från den 1 januari 2004 och att Danmark den 1 oktober 2003 sänker spritskatten med 45 procent. I Finland finns förslag om att sänka skatten med drygt 40 procent under 2004 och antalet länder med låg alkoholskatt i vårt närområde ökar ytterligare när de baltiska länderna blir medlemmar i EU.

En ökning av narkotikaanvändningen bland ungdomar och ett ökat tryck från många länder att liberalisera narkotikapolitiken kräver intensifierade insatser på narkotikaområdet. Den nuvarande narkotikapolitikens inriktning skall ligga fast. Den nationella 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. Genom det internationella samarbetet inom FN, Europarådet och EU har Sverige förbättrat sina möjligheter att kontrollera den illegala narkotikahandeln genom ett förbättrat samarbete mellan olika länders polis- och tullmyndigheter. 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 det internationella samarbetet för att kraftfullt driva frågan om ett narkotikafritt samhälle.

Under 1990-talet 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. Attityderna gentemot rökning har under samma period förändrats påtagligt. Sammantaget har ovanstående lett till att Sverige har nått WHO:s mål att 80 procent av befolkningen är rökfri. Fortfarande är dock tobak den största enskilda riskfaktorn för hälsan. Statens folkhälsoinstitut har tillsammans med Landstingsförbundet sammanställt en rapport om Landstingens rökavvänjning. Rapporten visar att den verksamhet som bedrivs är varierande och att det finns stora regionala skillnader. Trots att Sverige har nått WHO:s mål har ungdomars användning av tobak, såväl av snus som cigaretter, visat tendenser att öka. Detta har ännu inte kunnat verifieras med säkerhet, men signalerna bör tas på allvar. Mot den bakgrunden är efterlevnaden av åldersgränsen i tobakslagen en angelägen fråga. Tobaksanvändningen varierar också påtagligt mellan olika grupper i samhället. Tobak är en priskänslig vara och en av de viktigaste förändringarna de senaste åren är den ökade försäljningen av lågpriscigaretter som nu omfattar tio procent av marknaden för cigaretter. Regeringen lägger stor vikt vid det internationella samarbetet på tobaksområdet som lyfts fram bl.a. inom ramen för samarbetet med Sydafrika inom ramen för Hälsoforum samt genom Sidas arbete med att uppdatera den strategi som verket har för tobaksprevention.

Spelmarknaden fortsätter att expandera. Fler spelformer etableras, konkurrensen hårdnar med Internet som spelarena, där flera utländska speloperatörer agerar. Mer än 7 000 värdeautomater har placerats ut på restauranger och bingohallar runt om i Sverige och är i dag den spelform som omsätter mest pengar. Den totala omsättningen ökar och är i dag över 36 miljarder kronor. I takt med detta ökar också behovet av att ta hänsyn till de människor som fastnar i ett spelberoende. Behovet av åtgärder som har preventiv effekt har också ökat. Därför har regeringen tillfört 5 miljoner kronor för 2003 till arbetet med att förebygga spelberoende. För 2004 tillförs ytterligare 10 miljoner kronor. Andelen problemspelare är större bland människor med låga inkomster jämfört med höginkomsttagare. I ett jämlikhetsperspektiv bör beaktas att hushåll med låga inkomster spenderar större andel av sin disponibla inkomst på spel än höginkomsttagare.

Marknadsföringen av spel är fortfarande mycket omfattande. Den kartläggning som Lotteriinspektionen har gjort av marknadsföringen av spel i Sverige visar att spelbranschen satsar mer än 2,3 miljoner kronor per dag på att marknadsföra spel. Ytterligare forskning krävs för att visa på effekterna av spelreklam. Enligt en färsk svensk studie verkar introduktionen av nya spel, reklam och marknadsföring av olika spelformer ha störst genomslag bland ungdomar som redan har spelproblem.

Under de senaste årtiondena har andelen människor med fetma ökat markant på många håll i världen. I USA uppskattas t.ex. andelen barn i åldrarna 6 till 11 år med fetma till 15 procent. I Sverige lider ungefär 4 procent av 10-åringarna av fetma och 18 till 25 procent är överviktiga. Trots en mängd projekt på kommun- och landstingsnivå med inriktning på kost och fysisk aktivitet ökar andelen individer som lider av övervikt eller fetma i befolkningen. Fysisk aktivitet och matvanor utgör två målområden i propositionen Mål för folkhälsan. Ätstörningar som ger upphov till sjukdomar som anorexi och bulimi är också ett allvarligt problem. Studier visar att bulimi drabbar 1–2 procent av befolkningen.

Också det brottsförebyggande och trygghetskapande arbetet är viktigt ur ett folkhälsoperspektiv. Känslan av otrygghet och rädsla för att utsättas för våld kan göra att människor inte vågar röra sig fritt i det offentliga rummet. Detta kan t.ex. minska möjligheten att vistas i naturen och motionera och på så sätt påverkar människors livskvalitet.

Verksamhetsområde Smittskydd och hälsoskydd

När det gäller smittskyddsområdet kräver den internationella utvecklingen intensiv uppmärksamhet och handlingsberedskap. I ett internationellt perspektiv är visserligen situationen i Sverige gynnsam. Den inhemska spridningen av mera allvarliga smittsamma sjukdomar är begränsad. Under de senaste tjugo åren har emellertid en rad oförutsedda problem uppträtt. Nya allvarliga infektionssjukdomar har uppträtt eller kunnat identifieras, som t.ex. SARS, hivinfektion, legionella och blödarfeber. Andra sjukdomar har återuppstått, uppträtt i nya regioner eller uppträtt på ett förändrat sätt. Det kraftigt ökade resandet och den ökade handeln i världen

gör dessutom att nationsgränser allt mindre fungerar som hinder för smittspridning. Tillsammans utgör dessa faktorer ett hot mot folkhälsan såväl globalt som i Sverige.

Det är därför nödvändigt att vi har 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. Regeringens förslag till en ny smittskyddslag och översynen av extraordinära smittskyddsåtgärder är insatser som regeringen har gjort för att ytterligare förbättra smittskyddet i landet. Vidare är ett fördjupat internationellt samarbete inom smittskyddsområdet av stor vikt för att utmaningarna skall kunna hanteras. Regeringen avser att verka för att smittskyddsfrågor ges hög prioritet inom EU, WHO och FN.

Inom hiv/aids-området har regeringen en fortsatt hög ambitionsnivå. Det faktum att en allt större grupp människor lever med hiv/aids i Sverige, de oroande tecken som finns i fråga om spridningen av hiv och sexuellt överförbara sjukdomar, de problem som uppmärksammas i fråga om biverkningar och resistensutveckling till följd av läkemedelsbehandling och behovet av att skapa en öppen och tolerant syn på sjukdomen medför dock att redskapen för att bekämpa hiv/aids bör ses över. Regeringen har därför tillsatt en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av samhällets insatser mot hiv/aids.

Läget i Sverige beträffande antibiotikaresistens är sannolikt ett av de bästa i Europa. Påtagliga problem finns dock även i vårt land, framför allt på sjukhus, och situationen förvärras snabbt internationellt vilket leder till ökad risk för att antibiotikaresistenta bakterier förs in i landet. Socialstyrelsens förslag till nationell handlingsplan mot antibiotikaresistens som för närvarande är under beredning i Regeringskansliet är ett viktigt led i det fortsatta arbetet. Regeringen avser att med utgångspunkt i förslaget till nationell handlingsplan återkomma med förslag till att motverka uppkomsten och spridningen av antibiotikaresistens. I detta sammanhang avser regeringen även att ta ställning till behovet av lagbestämmelser beträffande vårdrelaterade infektioner.

5.6 Revisionens iakttagelser

Ingen myndighet inom politikområdet har fått invändningar från Riksrevisionsverket, vilket innebär att årsredovisningarna för 2002 i allt väsentligt varit rättvisande och upprättats i enlighet med gällande regler.

5.7 Budgetförslag

5.7.1 14:1 Insatser mot aids

Tabell 5.3 Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot aids

Tusental kronor

2002	Utfall	58 544	Anslags-sparande	1 439
2003	Anslag	58 122	Utgifts-prognos	58 108
2004	Förslag	58 122		
2005	Beräknat	58 122		
2006	Beräknat	58 122		

Anslaget disponeras av Statens folkhälsoinstitut. Medlen skall användas för insatser mot hiv/aids. Institutet skall samverka med Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, smittskyddsläkarna och Landstingsförbundet och stimulera till regionala och lokala aktiviteter. De största stöden lämnas till Noaks Ark-Röda korset, RFSL och RFSU. Ekonomiskt stöd lämnas också direkt till de hivsmittades frivilligorganisationer på riksnivå.

Regeringen har tillsatt en särskild utredare med uppdrag att göra en samlad översyn av samhällets insatser mot hiv/aids. Utredarens huvuduppgift är att lämna förslag till en nationell handlingsplan i syfte att begränsa spridningen och konsekvenserna av hiv/aids. Utredaren skall bl.a. utvärdera de insatser som vidtas inom ramen för de särskilda statliga medel som avsatts för insatser mot hiv/aids. Mot bakgrund av ovanstående skall utredaren lämna förslag till framtida inriktning av medlen under anslaget 14:1 Insatser mot aids och till hur medlen skall administreras. Uppdraget skall redovisas den 31 januari 2004.

Regeringens överväganden

Under året har en rad insatser vidtagits för att komma till rätta med det ökade antalet fall av hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjuk-

domar. Regeringens bedömning är att de förebyggande insatser som har gjorts med de medel som har tillförts anslaget har bidragit till att Sverige har lyckats hålla hiv/aids-epidemin på en mycket låg nivå med internationella mått mätt.

Det arbete som Statens folkhälsoinstitut bedriver i samverkan med berörda myndigheter och andra aktörer för att utveckla det nationella förebyggande arbetet av hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar har regeringens fortsatta stöd. Statens folkhälsoinstitut skall även fortsättningsvis samarbeta med frivilligorganisationerna i det förebyggande arbetet.

Tabell 5.4 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:1 Insatser mot aids

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	58 122	58 122	58 122
Förändring till följd av:			
Beslut	0	0	0
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	58 122	58 122	58 122

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 58 122 000 kronor anvisas under anslaget 14:1 Insatser mot aids för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 58 122 000 kronor vardera året.

5.7.2 14:2 Bidrag till WHO

Tabell 5.5 Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO

Tusental kronor

2002	Utfall	43 264	Anslags-sparande	-3 826
2003	Anslag	41 371	Utgifts-prognos	35 030
2004	Förslag	34 371		
2005	Beräknat	34 371		
2006	Beräknat	34 371		

Utgiften som belastar anslaget är Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO). Medlemsländernas beslutande organ, Världshälsoförsamlingen, antog i maj 2003 organisationens budget för perioden 2004–2005. Beslutet innebär att man för första gången på flera år frångår principen oförändrad nominell budget och att den reguljära budgeten för perioden ökar

något. Det innebär också ytterligare ett steg framåt för WHO i det viktiga arbetet med att uppnå en strategisk, integrerad och resultatbaserad budget. I det nya, utvecklade budgetformatet redovisas både reguljära och frivilliga bidrag i en total budget och för varje arbetsområde redovisas mål, resultat och huvudsakliga aktiviteter.

WHO har under senare år spelat en viktig roll för att öka hälsans betydelse i det internationella utvecklingssamarbetet, inklusive i överväganden om utvecklingen av ett hållbart samhälle. Mobiliseringen av resurser för bekämpning av hiv/aids, tuberkulos och malaria är exempel på att hälsoutvecklingen har kommit att ses som en allt viktigare del i kampen mot fattigdom. WHO har också fått förbättrade resurser för sina hälso-program genom att de frivilliga bidragen har ökat markant.

Sverige har varit medlem i WHO:s styrelse under perioden 2000–2003 och har genom styrelsearbetet bl.a. medverkat till att ge reproduktiv hälsa och barnhälsa tydligare prioritet. Sverige har också aktivt verkat för en utveckling av den strategiska budgetprocessen och övriga styrfunktioner samt för att WHO:s arbete fortsatt inriktas på folkhälsoproblem och hälsosystem. Sverige har genom Sida slutit ett avtal med WHO om frivilliga bidrag med 175 miljoner kronor för 2002–2003, vilket innebär en ökning med tio procent i förhållande till föregående tvåårsperiod. Stödet avser utvecklingsinriktat programarbete inom t.ex. reproduktiv hälsa, barnhälsa, tropiska sjukdomar, folkhälso-program och hälsosystem. Något mer än hälften av dessa medel utgör stöd till forskning. De frivilliga bidragen för 2004–2005 beslutas under senare delen av hösten 2003.

Regeringens överväganden

Medlemsavgiftens storlek baseras på den reguljära budgetens omfattning, skalan för medlemslänternas avgifter och valutakurserna gentemot US dollar. För 2004 har avgiften för Sverige fastställts till 4 336 590 dollar. Enligt WHO:s regler skall denna avgift ha betalats in vid årets början. Utgiften under anslaget kommer således att påverkas av dollarkursen vid tidpunkten för utbetalningen. Är dollarkursen alltför hög kommer regeringen att återkomma under 2004 på tilläggsbudget.

Tabell 5.6 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:2 Bidrag till WHO

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	41 371	41 371	41 371
Förändring till följd av:			
Beslut	-7 000	-7 000	-7 000
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	34 371	34 371	34 371

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 34 371 000 kronor anvisas under anslaget 14:2 *Bidrag till WHO* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 34 371 000 kronor vardera året.

5.7.3 14:3 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tabell 5.7 Anslagsutveckling 14:3 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Notering	Övrigt
2002	Utfall	19 770	Anslags-sparande	-763
2003	Anslag	20 507	Utgifts-prognos	18 025
2004	Förslag	17 910		
2005	Beräknat	18 240 ¹		
2006	Beräknat	18 584 ²		

¹ Motsvarar 17 910 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 17 910 tkr i 2004 års prisnivå.

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) utgör en del av Nordiska ministerrådets organisation. Finansiärer är de fem nordiska länderna. 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 den nordiska nyttan så att ett nordiskt mervärde skapas. Nordiska ministerrådet fastställer varje år en total ekonomisk ram för skolans verksamhet.

Under 2003 har Sverige som ordförande i Nordiska ministerrådet arbetat för att en ny finansieringsmodell skall tillämpas. Denna kommer att tas i bruk den 1 januari 2004. Modellen innebär att 30 procent av länderbidraget utgör en gemensam basfinansiering och att 70 procent utgör verksamhetsfinansiering. Basfinansieringen bestäms av den s.k. nordiska nyckeln som slås fast av Nordiska ministerrådet och verksamhetsfinansieringen av antalet utnyttjade studentmånader för respektive land. Modellen kommer att göra det möjligt för länderna att med större precision än tidigare förutse kostnaderna för skolan. Under Sveriges ordförandeskap i Nordiska ministerrådet beslutades också, på initiativ av skolan, om ett namnbyte från Nordiska hälsovårdshögskolan till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

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. För de svenskar som söker skall en tredjedel beredas plats, men Sverige disponerar ca 45 procent av utbildningsplatserna vid skolan. Det är mycket positivt att länderna har lyckats enas kring en ny finansieringsmodell. Då Nordiska ministerrådets budget för 2004 för nordiskt samarbete, inklusive NHV, fastställs först i november 2004 beräknas anslaget till NHV utifrån en preliminär bedömning, vilken för Sveriges del beräknas vara ca 18 miljoner kronor.

Tabell 5.8 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:3 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	20 507	20 507	20 507
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	472	858	1 262
Beslut	-3 069	-3 125	-3 185
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	17 910	18 240	18 584

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 17 910 000 kronor anvisas under anslaget 14:3 *Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 18 240 000 kronor respektive 18 584 000 kronor.

5.7.4 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tabell 5.9 Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2002	Utfall	125 188	3 316	
2003	Anslag	209 894 ¹		210 088
2004	Förslag	129 596		
2005	Beräknat	132 543 ²		
2006	Beräknat	134 649 ³		

¹ Inklusive av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

² Motsvarar 129 596 tkr i 2004 års prisnivå.

³ Motsvarar 129 596 tkr i 2004 års prisnivå.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) fick den 1 juli 2001 en ny roll och nya uppgifter. FHI skall ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området samt ansvara för övergripande tillsyn inom alkohol-, narkotika-

och tobaksområdena. Institutet skall även kunna genomföra nationellt samordnade insatser på folkhälsoområdet efter beslut av regeringen. Under 2003 har arbetet med att omorganisera myndigheten fortsatt. Verksamhet som inte faller under den nya organisationen har avvecklats och nya aktiviteter har tillkommit. Regeringens proposition Mål för folkhälsan, som antogs av riksdagen i april 2003, har givit FHI förutsättningar för att fortsätta utvecklingsarbetet.

Under det gångna året har FHI producerat angelägen kunskap inom folkhälsoområdet. En sammanställning över kommunala basfakta har tagits fram och spritts till kommuner för att stödja dem i deras folkhälsoarbete. Genom artiklar i media och den omfattande folkhälso-stämman i mars 2003 har myndigheten medverkat till att viktig folkhälsokunskap har spridits. Vidare har FHI under våren avrapporterat det omfattande uppdraget att lämna förslag på vilka befintliga indikatorer för hälsans bestämningsfaktorer som bör ingå i ett nationellt uppföljnings- och utvärderingssystem för det samlade folkhälsoarbetet.

Inom tillsynsområdet har FHI under året genomfört riktade utbildningsinsatser gentemot kommuner och länsstyrelser om åldersgränsen för köp av tobak och folköl. Till exempel har ett informationsmaterial riktat till handeln och till kommunala handläggare tagits fram i samarbete med Alkoholkommittén. Ett material motsvarande Handbok Alkoholagen är under utarbetande inom tobaksområdet.

Regeringens överväganden

Regeringens bedömning är att FHI under året gjort värdefulla insatser inom folkhälsoområdet och i väsentlig utsträckning uppfyllt sina verksamhetsmål. Omorganisationen har genomförts väl. FHI har även på ett förtjänstfullt sätt bistått regeringen med expertkunskap i arbetet med att forma en nationell folkhälsopolitik. En del av myndighetens resurser har behövt avsättas för att administrera återbetalningen i enlighet med Regeringsrättens domar från december 2002 om att avgifter som tagits ut enligt alkoholförordningen (1994:2046) i samband med ansökan om partihandels- och tillverknings-tillstånd och vid tillsyn av partihandel har tagits ut i strid med gemenskapsrätten. Medel har tillförts ramanslaget för att kompensera för kostnaderna. Regeringen gör, utifrån budgetunderlaget som FHI har lämnat för 2004–2006, bedömningen att nuvarande anslagsnivå är tillräcklig för att kunna genomföra de uppgifter som myndigheten har. Detta förutsätter dock att andra myndigheter liksom kommuner och landsting tar sitt ansvar för uppföljning, analys och avrapportering av sina verksamheter med anknytning till folkhälsopolitiken där så är erforderligt.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tabell 5.10 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2002	Prognos 2003	Budget 2004	Beräknat 2005	Beräknat 2006–
Utestående förpliktelser vid årets början	6 000	13 300	16 000	–	–
Nya förpliktelser	13 300	6 000	6 000	–	–
Infriade förpliktelser*	–6 000	–3 300	–4 500	–3 700	–
Utestående förpliktelser vid årets slut	13 300	16 000	17 500	–	–
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam	40 000	40 000	25 000	–	–

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

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 tabellen ovan.

Tabell 5.11 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	124 894	124 894	124 894
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	3 550	6 471	8 558
Beslut	1 152	1 178	1 197
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	129 596	132 543	134 649

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 129 596 000 kronor anvisas under anslaget 14:4 Statens folkhälsoinstitut för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 132 543 000 kronor respektive 134 649 000 kronor.

5.7.5 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tabell 5.12 Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2002	Utfall	159 858		Anslags-sparande	18 080
2003	Anslag	173 343		Utgifts-prognos	189 089
2004	Förslag	179 642			
2005	Beräknat	183 692 ¹			
2006	Beräknat	186 569 ²			

¹ Motsvarar 179 642 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 179 642 tkr i 2004 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 för budgetåret 2002 visar att det eko-

nomiska läget för SMI under året fortsatt att vara stabilt. Vid utgången av 2002 hade SMI ett anslagssparande på 18,1 miljoner kronor. Det stora anslagssparandet är en följd av att utgifter i samband med ett nytt djurhus på Karolinska institutets område senarelags.

Under det gångna året har verksamheten utsatts för stora påfrestningar förorsakade av det saneringsarbete som pågått av SMI:s lokaler till följd av mögelskadorna som upptäcktes under 2001. För att möjliggöra saneringen har delar av verksamheten lokaliserats till andra lokaler och andra verksamheter har flyttat runt inom SMI:s lokaler.

Det nya djurhuset på Karolinska institutets område, Astrid Fagraeus Laboratorium, har under våren 2003 tagits i bruk. Genom tillkomsten av djurhuset och säkerhetslaboratoriet har Sverige fått kapacitet att hantera alla farliga smittämnen och att bedriva forskning om sådana smittämnen i olika former av djurmodeller. Därmed finns en god grund för att Sverige även fortsättningsvis skall ha ett gott smittskydd och kunna ha en framträdande roll i forskningen inom smittskyddsområdet. Fagraeuslaboratoriet kommer tillsammans med säkerhetslaboratoriet att utgöra en resurs för den här typen av försök inte enbart i Sverige utan också i vår omvärld. Byggnationen av det nya djurhuset medför en mycket stor satsning på en god djurmiljö vid försök på infekterade djur.

Under senare år har myndigheten på ett målmedvetet och aktivt sätt arbetat med att utveckla sina kanaler för information till smittskyddsprofessionen, yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården och till allmänheten, bl.a. genom att utveckla myndighetens hemsida, göra om tidningen Smittskydd samt genom att lansera nyhetsbrevet EPI-aktuellt.

Under 2002 har SMI inrättat ett internationellt sekretariat i syfte att samordna myndighetens internationella verksamhet. Den enhetsövergripande samordningen av arbetet med att bekämpa antibiotikaresistens har fortsatt under året. En arbetsgrupp för antibiotikaresistens som bedriver projekt inom området och tillskapande av nya övervakningssystem för multiresistenta stafylokokker har bildats. En intensifierad satsning på vårdhygien har inletts och en särskild rikshygienköterska har också tillsatts.

Forskningsinsatser har under året väckt internationell uppmärksamhet. Den största delen av

forsknings- och utbildningsprojekten vid SMI finansieras helt eller delvis med externa medel.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 5.13 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (Intäkt -kostnad)
Utfall 2002 (varav tjänsteexport)	19 400 (6 %)	27 900	-8 500
Prognos 2003 (varav tjänsteexport)	21 500 (6 %)	65 800	- 44 300
Budget 2004 (varav tjänsteexport)	21 800 (6 %)	59 550	- 37 750

SMI bedriver uppdragsverksamhet inom den experimentella biomedicinen och den speciella diagnostiken. Den speciella diagnostiken skall finansieras med avgifter som ger full kostnadsäckning. Den experimentella biomedicinen har medgivits undantag från 5 § avgiftsförordningen. Inkomsterna disponeras av SMI.

Den experimentella biomedicinen redovisade under 2002 ett underskott på 7,9 miljoner kronor. I kostnaderna ingår utgifter för uppförandet av Fagraeuslaboratoriet med 4,6 miljoner kronor. Under 2003 har överflyttning av verksamheten till Fagraeuslaboratoriet skett och det tidigare djurhuset har utrymmts. Prognosen för 2003 pekar på ett underskott på 44,3 miljoner kronor. Det betydande underskottet för 2003 beror huvudsakligen på kostnader i samband med att Fagraeuslaboratoriet tagits i bruk och med avvecklingen av det gamla djurhuset. Dessa kostnader upphör under 2004 samtidigt som det sker en kraftig ökning av hyreskostnader och räntekostnader kopplade till det nya laboratoriet.

Målet full kostnadsäckning har inte kunnat uppfyllas för uppdragsverksamheten inom den speciella diagnostiken. Den speciella diagnostiken redovisade ett underskott på 0,7 miljoner kronor 2002 och prognosen för 2003 visar på ett nollresultat.

Regeringens överväganden

Smittskyddsinstitutet har kunnat uppfylla uppställda mål för verksamheten väl trots störningar, främst i form av de mögelproblem som drabbat myndighetens lokaler. Den verksamhet som bedrivs vid myndigheten är av avgörande betydelse för att smittskyddet i landet skall fungera och kanske särskilt den epidemiologiska övervakningen och den diagnostik som myndigheten bedriver. Under senare år har SMI även fått tillgång till ytterligare faciliteter i form av säkerhetslaboratoriet och det nya djurhuset vilket ytterligare förbättrar SMI:s möjligheter att bidra till ett effektivt och ändamålsenligt smittskydd i Sverige.

Den verksamhet som bedrivs vid myndigheten kommer även fortsättningsvis att ha stor betydelse. Det faktum att sjukdomspanoramat är föränderligt medför att myndigheten ständigt måste ha en beredskap för att göra omprioriteringar i sin verksamhet. Den senaste tidens uppmärksamhet kring bioterrorism och SARS är exempel på sådana frågor.

Utbrottet av SARS i bl.a. delar av Ostasien medförde stora påfrestningar på myndigheten under de första månaderna av 2003. Smittskyddsinstitutet spelade en central roll i att följa epidemins utveckling, förse allmänhet och media med information samt att säkerställa en fungerande nationell epidemiologisk övervakning samt diagnostisk förmåga. Denna händelse visade på myndighetens förmåga att på ett förtjänstfullt sätt få till stånd en myndighetsövergripande kraftsamling för att hantera en allvarlig situation.

Den experimentella biomedicinen har under 2003 flyttat in i det nya djurhuset. De stora utgifter som SMI har haft i samband med flytt till det nya djurhuset och avveckling av det befintliga upphör därmed. Samtidigt ökar myndighetens hyreskostnader och räntekostnader väsentligt. I samband med budgetpropositionen för budgetåret 2001 beräknades medel för detta ändamål.

Tabell 5.14 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	173 343	173 343	173 343
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	5 997	10 040	12 912
Beslut ³	302	309	314
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	179 642	183 692	186 569

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget.

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

³ Avser medel för revision, se avsnitt 3.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 179 642 000 kronor anvisas under anslaget 14:5 Smittskyddsinstitutet för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 183 692 000 kronor respektive 186 569 000 kronor.

5.7.6 14:6 Institutet för psykosocial medicin

Tabell 5.15 Anslagsutveckling 14:6 Institutet för psykosocial medicin

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2002	Utfall	14 291	188
2003	Anslag	14 359	14 022
2004	Förslag	15 031	
2005	Beräknat	15 385 ¹	
2006	Beräknat	15 636 ²	

¹ Motsvarar 15 031 tkr i 2004 års prisnivå.² Motsvarar 15 031 tkr i 2004 års prisnivå.

Institutet för psykosocial medicin (IPM) har till uppgift att bedriva och främja forskning i psykosocial miljömedicin. I de senaste årens regleringsbrev betonas institutets roll som nationellt kunskapscentrum inom sitt forskningsområde. Myndigheten skall sammanställa och sprida kunskap om folkhälsometoder inom området stress och psykosocial medicin och skall även samordna de statliga forskningsinsatserna inom området. IPM:s verksamhet finansieras till ca 50 procent av externa bidrag och avgifter.

Under 2002 har IPM bedrivit forskningsverksamhet i samma omfattning och med samma höga kvalitet som tidigare. Angelägen kunskap har producerats om stress och återhämtning,

psykosomatik, självmordsproblematik, barns och ungdomars psykiska hälsa och migration och hälsa. Resultaten har presenterats i vetenskapliga artiklar och andra publikationer. Myndigheten har mer än tidigare förekommit i media. Besöken på hemsidan har ökat och kunskapsspridning har även skett via seminarier och medverkan i konferenser och utbildningar. Ett nätverk har bildats i syfte att samordna landets kunskapsproducenter inom området. I april 2003 arrangerade nätverket en nationell stressforskningskongress.

IPM har även ett särskilt ansvar inom suicidforskning och suicidprevention. Myndigheten ansvarar för epidemiologisk bevakning av suicid och suicidförsök, för metodutveckling och för nationellt och internationellt samarbete. Verksamheten bedrivs i samarbete med Stockholms läns landsting under namnet Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa.

Regeringens överväganden

De ökade samhällskostnaderna för ohälsa och särskilt den psykiska ohälsans utveckling har bidragit till ett ökat samhällsintresse för IPM:s verksamhet. Myndighetens kunskap är värdefull i arbetet för ökad hälsa i befolkningen. Det är därför angeläget att den sprids på ett effektivt sätt. Därför bör myndigheten särskilt vidareutveckla de kunskapssammanställande, kunskapsspridande och samordnande verksamheterna. IPM bör även fortsätta att utveckla barn- och ungdomsperspektivet i sin verksamhet.

Tabell 5.16 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:6 Institutet för psykosocial medicin

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	14 359	14 359	14 359
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	503	853	1 101
Beslut ³	169	173	176
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	15 031	15 385	15 636

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget.

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

³ Avser medel för revision, se avsnitt 3.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 15 031 000 kronor anvisas under anslaget 14:6 *Institutet för psykosocial medicin* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 15 385 000 kronor respektive 15 636 000 kronor.

5.7.7 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tabell 5.17 Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2002	Utfall	69 565	Anslags-sparande	31 989
2003	Anslag	91 554 ¹	Utgifts-prognos	104 773
2004	Förslag	96 554		
2005	Beräknat	56 554		
2006	Beräknat	56 554		

¹ Inklusivt av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

Bidrag från detta anslag lämnas till nykterhetsorganisationer och andra organisationer som arbetar med att stödja och hjälpa missbrukare eller med alkoholskadeförebyggande verksamhet och fördelas av Socialstyrelsen. Även Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) erhåller statsbidrag från detta anslag.

Socialstyrelsen har i sin årliga summering och bedömning av bidragsgivningen funnit att organisationerna anger att de använder statsbidraget enligt det syfte och de mål som staten har för bidraget. Socialstyrelsen finner att statens övergripande syfte med bidraget, att förstärka och komplettera den offentliga sektorns insatser, uppnås. Av redovisningen framgår också att det område som organisationerna bedriver flest verksamheter inom och där verksamheterna har ökat under senare år är nationella opinions- och utbildningsinsatser som stärker deras lokala arbete. Vidare kan man konstatera att samverkan mellan organisationerna och med kommuner eller landsting omfattar något färre verksamheter än föregående år. Allt fler organisationer arbetar med intern organisationsutveckling. En bakgrund till detta är att allt fler organisationer bedriver uppdrags- eller entreprenadverksamhet åt kommuner eller landsting vilket innebär ökade krav på riksorganisationen att ge administrativt och kunskapsmässigt stöd till de lokala verksamheterna.

Från anslaget disponerar Statens folkhälsoinstitut 30 miljoner kronor årligen t.o.m. 2004 för förebyggande insatser mot tobak. Medlen

skall bl.a. användas som stöd till organisationer på tobaksområdet, stöd till Centrum för tobaksprevention för verksamhet med telefonrådgivning samt till metodutveckling.

Från anslaget disponerar Statens folkhälsoinstitut också 4 miljoner kronor årligen för insatser i syfte att öka kunskapen om spelberoende och för att initiera aktiviteter för att förebygga spelberoende. Ytterligare 5 miljoner kronor har tillförts på tilläggsbudgeten i samband med ekonomiska vårpropositionen under 2003 för åtgärder mot spelberoende.

Regeringens överväganden

Frivilligorganisationer på alkohol- och narkotikaområdet utför insatser av betydande värde och omfattning. På exempelvis alkohol- och narkotikaområdet når de frivilligorganisationerna 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, kunskapsspridning och förebyggande insatser sker genom de frivilligorganisationerna.

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 samhällsliga insatserna, har i hög grad uppnåtts.

Statens stöd till CAN kanaliseras från år 2002 helt genom det här anslaget via Statens folkhälsoinstitut. Ett särskilt avtal har träffats mellan staten och CAN som reglerar användning, uppföljning och utvärdering av medlen. Regeringens bedömning är att den här nyordningen har fungerat bra och bör fortsätta.

Regeringens bedömning är vidare att Statens folkhälsoinstitut även fortsättningsvis skall arbeta för att öka kunskapen om spelberoende och stödja verksamheter som kan förebygga spelberoende. Därför förstärktes anslaget med 5 miljoner kronor för 2003 i tilläggsbudgeten. Utvecklingen av spelmarknaden går snabbt; nya spelformer uppstår, den totala omsättningen ökar och marknadsföringen av olika spel blir alltmer omfattande. Detta medför sannolikt att de negativa konsekvenserna av spelande ökar, både ur ett socialt och ett hälsomässigt perspektiv. I

propositionen Vissa frågor inom spelområdet m.m. (prop. 2002/03:93) framhöll regeringen att ökade insatser och resurser krävs för att förebygga och motverka negativa sociala konsekvenser av spelande. Regeringen underströk vikten av att vidta åtgärder som motverkar en utveckling på spelmarknaden som leder till folkhälsoproblem i form av ökat spelberoende. I propositionen redovisade regeringen det förslag till handlingsprogram som utarbetats på regeringens uppdrag av Statens folkhälsoinstitut och som presenterades av myndigheten den 7 januari 2003. Regeringen aviserade att den avsåg att återkomma till riksdagen med konkreta åtgärdsförslag mot bakgrund av institutets handlingsprogram i budgetpropositionen för 2004, efter det att handlingsprogrammet blivit föremål för vidare beredning. Vid riksdagsbehandlingen av nämnda proposition framhöll såväl Kulturutskottet som Socialutskottet att det var viktigt att det socialpolitiska ansvaret beaktades vid utarbetandet av de kommande åtgärderna (jämför bet. 2002/03:KrU8, rskr. 2002/03:212). Statens folkhälsoinstituts förslag till handlingsprogram har remissbehandlats och en sammanställning av inkomna remissyttranden finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2003/89/FH).

I enlighet med Statens folkhälsoinstituts förslag, vilket i allt väsentligt stöds av remissinstanserna, anser regeringen det angeläget att ge stöd till inrättande av kunskapscentra för spelberoendefrågor i Malmö, Göteborg och Stockholm. Dessa centra bör knytas till de kommunala och landstingskommunala enheter som avser att utveckla och bedriva öppenvård av spelberoende och deras anhöriga. Vidare bör, i enlighet med institutets förslag, förutsättningar ges för riktade utbildningsinsatser till ca 6 000 personer som yrkesmässigt kan komma i kontakt med spelberoende. Målgruppen för dessa utbildningsinsatser är personal inom socialtjänst, primärvård, psykiatrisk vård, kriminalvård, skola och vissa budgetrådgivare. Förstärkt stöd behövs vidare till bl.a. självhjälpgrupper och föreningar för spelberoende. Slutligen finns det behov av långsiktig och bred forskning om spel och spelberoende som bl.a. bör innehålla en studie över längre tid av spelproblem, sambandet mellan kriminalitet och spel samt studier av spel på Internet. Mot bakgrund av det anförda bedömer regeringen att anslaget bör tillföras ytterligare 10 miljoner kronor under 2004 för att kunna

genomföra de redovisade åtgärderna i syfte att motverka negativa sociala och hälsomässiga effekter av spelberoende. De tillkommande medlen skall disponeras av Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 5.18 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	86 554	86 554	86 554
Förändring till följd av:			
Beslut	10 000	–30 000	–30 000
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	96 554	56 554	56 554

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 96 554 000 kronor anvisas under anslaget 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 56 554 000 kronor vardera året.

5.7.8 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tabell 5.19 Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2002	Utfall	201 402		171 067
2003	Anslag	193 250	Utgifts-prognos	327 569
2004	Förslag	153 250		
2005	Beräknat	78 250		
2006	Beräknat	78 250		

Internationaliseringen och det svenska EU-inträdet har ändrat förutsättningarna att bedriva en traditionell svensk alkoholpolitik. Mot den bakgrunden presenterade regeringen 2001 för riksdagen en nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador. Handlingsplanen lägger fast grundvalarna för en alkoholpolitik som leder till minskad alkoholkonsumtion och begränsar alkoholskadorna. Handlingsplanens huvudriktning är att stimulera utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på kommunal nivå. En särskild kommitté – Alkoholkommittén – har tillsatts med uppdrag

att samordna insatserna på nationell nivå och att i samspel med kommuner och landsting stimulera insatserna på regional och lokal nivå. För att genomföra den nationella handlingsplanen har 400 miljoner kronor avsatts för 2001–2003 från anslaget.

Sommaren 1998 tillsatte regeringen en särskild Narkotikakommission som skulle se över den svenska narkotikapolitiken. Skälet till denna översyn var bl.a. en oroande narkotikautveckling, särskilt bland ungdomar. Narkotikakommissionen presenterade sin slutrapport den 19 januari 2001. I propositionen Nationell narkotikahandlingsplan (prop. 2001/02:91) redovisar regeringen sin syn på den samlade narkotikapolitiken och lägger fast grundvalarna för hur en förstärkning av samhällets insatser under perioden 2002–2005 skall genomföras. Handlingsplanens syfte är bl.a. att förstärka narkotikainsatserna på alla nivåer för att få till stånd ett bättre förebyggande arbete och vård för missbrukare samt att begränsa tillgången på narkotika. Handlingsplanen anger vidare ett behov av en starkare prioritering, tydligare styrning och bättre uppföljning av narkotikapolitiken och av de konkreta insatserna på alla nivåer. En särskild narkotikasamordnare har utsetts för att samordna insatserna på nationell nivå.

Regeringens överväganden

De förebyggande insatserna blir av avgörande betydelse när det gäller att motverka alkohol- och narkotikamissbrukets utbredning. Information, opinionsbildning och andra alkohol- och narkotikaförebyggande insatser, framför allt på lokal och regional nivå, får därför en ökad betydelse i ansträngningarna att påverka attityder och beteenden. Att stimulera utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på kommunal nivå blir särskilt viktigt i arbetet med att förverkliga de nationella handlingsplanernas intentioner.

För att fortsätta arbetet med genomförandet av alkoholhandlingsplanen anser regeringen att anslaget bör tillföras 75 miljoner kronor för 2004.

För att genomföra den nationella narkotikahandlingsplanen har 325 miljoner kronor avsatts för 2002–2004. Av dessa medel har 100 miljoner kronor avsatts till en särskild satsning inom kriminalvården. Enligt den aktionsplan som den

nationelle samordnaren presenterat och som antagits av regeringen, kommer medel att användas för bl.a. forskning, samordningsinsatser, opinionsbildning, metodutveckling samt uppföljning.

Från och med 2003 har Dopingjouren förstärkts med 3 miljoner kronor, varav 1,5 miljoner kronor tas från anslaget 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder och ett lika stort belopp tas från anslaget 30:1 Stöd till idrotten inom utgiftsområde 17.

Tabell 5.20 Härledning av anslagsnivån 2004-2006, för 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	193 250	193 250	193 250
Förändring till följd av:			
Beslut	-40 000	-115 000	-115 000
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	153 250	78 250	78 250

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 153 250 000 kronor anvisas under anslaget 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 78 250 000 kronor vardera året.

5.7.9 14:9 Alkoholsortimentsnämnden

Tabell 5.21 Anslagsutveckling 14:9 Alkoholsortimentsnämnden

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2002	Utfall	47		363
2003	Anslag	118	Utgifts-prognos	115
2004	Förslag	422		
2005	Beräknat	432 ¹		
2006	Beräknat	437 ²		

¹ Motsvarar 422 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 422 tkr i 2004 års prisnivå

Alkoholsortimentsnämnden inrättades den 1 januari 1995 i enlighet med de krav som EU-kommissionen uppställde inför Sveriges inträde i EU för att Sverige skulle kunna behålla detaljhandelsmonopolet på alkohol. Samtidigt avskaffades övriga monopol inom alkoholområdet.

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

Nämnden består av en lagfaren domare som ordförande samt fyra andra ledamöter. De utses av regeringen för tre år. För beredning av ärenden hos nämnden utses en sekreterare som skall vara lagfaren.

Regeringens överväganden

Inledningsvis var det svårt att bedöma hur många ärenden som nämnden skulle komma att få behandla. Numera har verksamheten och antalet ärenden stabiliserats.

Tabell 5.22 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 14:9 Alkoholsortimentsnämnden

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	118	118	118
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	4	7	8
Beslut	300	307	311
Överföring till/från andra anslag	0	0	0
Övrigt	0	0	0
Förslag/beräknat anslag	422	432	437

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 422 000 kronor anvisas under anslaget 14:9 Alkoholsortimentsnämnden för 2004. För 2005 beräknas anslaget till 432 000 kronor och för 2006 till 437 000 kronor.

5.8 Övrig statlig verksamhet

5.8.1 Systembolaget

Systembolaget är ett av staten helägt företag. I koncernen ingår förutom moderbolaget System-

bolaget AB också de helägda dotterbolagen, Lagena Distribution AB och Systembolaget Fastigheter AB. Verksamheten omfattar detaljhandel med alkoholdrycker. Den totala försäljningen uppgick 2002 till 19 132 (18 241) miljoner kronor, en ökning med 891 miljoner kronor jämfört med 2001. Totalt såldes 347,3 miljoner liter alkoholdrycker vilket är en ökning med 9,5 procent sedan 2001. Det är den största försäljningen Systembolaget har haft. Både vin och starköl såldes mer jämfört med föregående år medan spritförsäljningen minskade marginellt. Resultatet efter finansiella intäkter och kostnader uppgick 2002 till 202,2 (197,0) miljoner kronor.

Under 2002 öppnades tre nya butiker. Vid årsskiftet fanns 127 självbetjäningbutiker med en andel av försäljningen på cirka 51 procent.

Systembolaget hade vid årsskiftet 2001/02 totalt 2 250 märken till försäljning.

Eftersom andra alkoholpolitiska instrument har försvagats har Systembolagets roll blivit allt viktigare. Den svenska alkoholmarknaden har genomgått en kraftig förändring sedan Sverige blev medlem i EU och Systembolaget har därigenom fått ökade uppgifter. En central uppgift för Systembolaget kommer dock fortfarande att vara att uppfylla EU:s krav på objektiv behandling av produkter och leverantörer.

Tabell 5.23 Ekonomisk översikt för de fem senaste åren

Miljoner kronor

	1998	1999	2000	2001	2002
Nettoomsättning	15 495	16 625	17 368	18 241	19 132
Resultat efter finansiella poster	351	470	196	197	202
Eget kapital	1 179	1 168 ¹	1 294 ¹	1 348	1 410
Räntabilitet på eget kapital	21,6	26,2	8,8	10,1	10,3
Antal anställda	3 270	3 246	3 440	3 403	3 003
Arbetsproduktivitet	604	644	619	659	669
Lageromsättningshastighet	24,2	26,9	26,8	27,6	24,6
Ålderskontroll	79 %	80 %	81 %	81 %	79 %

¹ Hänsyn är tagen till byte av redovisningsprincip.

6 Politikområde Barnpolitik

6.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) i Sverige samt frågor om internationella adoptioner. Med barn avses varje flicka och pojke under 18 år. Det finns i dag drygt 1,9 miljoner barn och unga under 18 år i Sverige, vilket utgör en dryg femtedel av befolkningen. Barnombudsmannen (BO) och Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) ryms inom politikområdet.

BO har ett särskilt ansvar att driva på och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen samt att företräda barns och ungas rättigheter och intressen utifrån Sveriges åtaganden enligt konventionen. Barnombudsmannens verksamhet omfattar alla samhällsområden som rör barn.

NIA ansvarar för tillsyn, kontroll och information i frågor som rör internationella adoptioner.

Med barnkonventionen som utgångspunkt utgör barnpolitiken ett eget, sektorsövergripande politikområde. Dess uppgift är 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.

Barnpolitik är på så sätt inte något eget sakpolitiskt område. Vissa sakfrågor finns dock inom politikområdet, så som internationella adoptioner, samt andra frågor som berör en rad olika politikområden, så som barnsäkerhet, där ett samlat ansvar för samordning är nödvändigt. Barnpolitiken har särskilda beröringspunkter med ungdomspolitiken, framför allt vad avser frågor om inflytande och delaktighet för barn och unga.

Medel för insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter finns under politikområde Socialtjänstpolitik, anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.*

Det bör även noteras att 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 2002	Anslag 2003	Utgifts- prognos 2003	Förslag anslag 2004	Beräknat anslag 2005	Beräknat anslag 2006
15:1 Barnombudsmannen	10,6	16,3	16,1	16,8	17,1	17,4
15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor	7,6	7,8	7,9	8,3	8,5	8,6
Totalt för politikområde Barnpolitik	18,2	24,1	23,9	25,1	25,6	26,0

6.3 Mål

Målet för politikområdet är att barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

Målet berör flertalet av statsbudgetens politikområden. Regeringen sammanställer regelbundet beskrivningar och bedömningar inom varje relevant område för att få en helhetsbild av hur barnkonventionen kommer till uttryck inom olika politikområden. Under de senaste åren har två redogörelser för barnpolitiken och arbetet med att genomföra barnkonventionen lämnats till riksdagen (skr. 1999/2000:137 och 2001/02:166).

6.4 Politikens inriktning

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 fyraårsperioden har regeringens arbete med barnkonventionen huvudsakligen bedrivits utifrån denna strategi.

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.

6.5 Insatser

6.5.1 Insatser inom politikområdet

Insatserna inom politikområdet är dels av övergripande, strategisk natur, så som metodutveckling, insamlande av kunskap och informations-spridning om barnkonventionen, dels av mer konkret natur med syfte att tillförsäkra barn och unga sina rättigheter enligt konventionen.

Strategiska insatser för att genomföra barnkonventionen

Barnombudsmannens (BO) roll som ombudsman för barn och unga har förstärkts och tydliggjorts genom de lagändringar som trädde i kraft den 1 juli 2002. Det framgår numera av lag att BO har i uppgift att företräda barns och ungas rättigheter och intressen samt att driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. I enlighet med förslag i propositionen En förstärkt Barnombudsman (prop. 2001/02:96) har de särskilda medel om cirka 5 miljoner kronor som BO sedan 1999 årligen har tilldelats för genomförandet av delar av den nationella strategin fr.o.m. 2003 överförts från anslaget 18:1 *Bidrag till socialt arbete m.m.* till Barnombudsmannen. Därutöver har BO fr.o.m. budgetåret 2002 tillförts ökade resurser om 2 miljoner kronor.

Många av de viktigaste besluten som rör barn och unga fattas på lokal och regional nivå i samhället. Regeringen gav under 2002 BO i uppdrag att utarbeta modeller för barnombud/lokala företrädare för barn och unga. Uppdraget har

redovisats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

BO har under våren 2003 med särskilda medel från regeringen färdigställt och distribuerat den första versionen av ett informationsmaterial, riktat till barn i åldern 9–12 år, som beskriver deras rättigheter enligt barnkonventionen. Materialet har gjorts tillgängligt för bl.a. synskadade barn och för barn med läs- och skrivsvårigheter. Arbetet med att ta fram material för andra åldersgrupper fortsätter.

Under hösten 2002 lämnade regeringen sin tredje rapport om efterlevnaden av barnkonventionen till FN:s barnrättskommitté. Som underlag för rapporteringen hölls bl.a. tre regionala konferenser. Syftet var att studera barnkonventionsarbetet ur ett regionalt perspektiv samt att medverka till en förbättrad dialog mellan olika lokala och regionala aktörer i frågor som rör barnkonventionen.

Inom universitets- och högskoleväsendet har Högskoleverket inom ramen för sitt uppdrag att se över frågan om barnkonventionen i den högre utbildningen bland annat bedrivit en informationskampanj om barnkonventionen till lärare och studenter. Högskoleverket slutrapporterade sitt uppdrag i juni 2003 och den bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Under ett antal år har Statistiska centralbyrån (SCB) haft regeringens uppdrag att vidareutveckla statistiken om barn och unga. SCB har under 2002 fortsatt detta utvecklingsarbete.

Konkreta insatser för att stärka barns och ungas rättigheter

I juni 2003 fattade regeringen beslut om en nationell handlingsplan mot kvinnlig könsstympning som syftar till att könsstympning av flickor som bor i Sverige skall upphöra och att de flickor och kvinnor i Sverige som redan är könsstympade skall få adekvat stöd. Socialstyrelsen har en nyckelroll i handlingsplanen.

För att samla de kunskaper som finns om det förebyggande arbetet mot kvinnlig könsstympning samt för att bidra till erfarenhetsutbyte anordnade Socialdepartementet i maj 2002 en nationell konferens med brett deltagande från berörda folkgrupper, yrkesgrupper samt internationella medverkande. Socialstyrelsen har under våren 2003 färdigställt och distribuerat informationsmaterial till flickor och pojkar i berörda folkgrupper samt till berörda invandrargrupper generellt.

I syfte att öka kunskaperna om situationen för barn och unga som växer upp i familjer med mycket begränsade ekonomiska resurser arrangerade Socialdepartementet i februari 2003 ett kunskapsseminarium. En interdepartemental arbetsgrupp har fått i uppdrag att analysera situationen för dessa barn och de mekanismer som ligger bakom den ekonomiska utsattheten samt identifiera de områden som är viktiga för vidare åtgärder.

Det förebyggande arbetet och kunskapen kring flickor som skadar sig själva är eftersatt. För att bl.a. förbättra det förebyggande arbetet har Socialstyrelsen i juni 2003 fått i uppdrag att närmare belysa de frågeställningar som finns kring flickornas problematik samt problemets omfattning och karaktär samt att lämna förslag till åtgärder. En första rapport med förslag till åtgärder skall redovisas senast den 15 januari 2004. Uppdraget slutredovisas senast den 31 december 2004.

Regeringen tillsatte i februari 2002 en arbetsgrupp med uppgift att inventera kunskaper om sexuell exploatering av barn i Sverige m.m. Arbetsgruppen har bl.a. etablerat ett antal nätverk med olika aktörer för att bidra till och utveckla kunskaps- och erfarenhetsutbyte samt för fortsatt samverkan dem emellan samt bedrivit utåtriktad verksamhet riktad mot ungdomar. I april 2003 fick en särskild utredare i uppdrag att slutföra arbetsgruppens arbete till våren 2004.

Insatser har även gjorts inom föräldrastödsområdet, möten med barn- och familjeminsterns barn- och ungdomsreferensgrupp har hållits och bidrag har lämnats till jourtelefon för kvinnor och flickor med utländsk härkomst.

Internationella adoptioner

Under 2002 lämnades särskilt bidrag för att stödja vissa adopterade från Thailand i sökande efter sitt ursprung.

Insatser utanför politikområdet

Barnpolitikens sektorsövergripande karaktär innebär att huvuddelen av de insatser som rör barn och unga utförs och redovisas inom andra politikområden.

Viktiga insatser för barn och unga utförs bl.a. inom utbildnings- och kulturväsendet, hälso- och sjukvården, den sociala omsorgssektorn, rättsväsendet samt inom ramen för det ekonomiska familjestödssystemet. Ansvariga för att genomföra insatserna är statliga myndigheter,

men främst kommuner och landsting. De frivilliga insatser som utförs inom framför allt förenings- och idrottsrörelsen, kompletterar de offentliga insatserna för barn och unga. Kunskap och medvetenhet om barnets rättigheter och behov är en viktig förutsättning för att öka barnperspektivet i samhällets verksamheter samt till att bidra till ändrade attityder i synen på barn och unga. Projekt som drivs av frivilligorganisationer och som finansieras inom ramen för Allmänna arvsfonden spelar härvid stor roll.

Ett fyrtiotal myndigheter inom såväl rättsväsendet, totalförsvaret, exekutionsväsendet som trafik- och samhällsplaneringen samt inom den sociala omsorgen och hälso- och sjukvården har i regleringsbrev för år 2003 fått i uppdrag att beakta och utveckla ett barnperspektiv i sina verksamheter. Åtterrapporering kommer huvudsakligen att ske i årsredovisningarna som inkommer 2004.

6.6 Resultatbedömning

Målet för 2003 är att barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

6.6.1 Resultat

Arbetet med att genomföra barnkonventionen i Sverige har gått framåt. Barnombudsmannen (BO) lämnade i juni 2002 en särskild rapport till regeringen (Att förverkliga barnkonventionen, BO 2002) med resultatet av ett treårigt regeringsuppdrag kopplat till den nationella strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige. BO:s uppdrag var att strategiskt arbeta med kunskaps- och metodutveckling för att föra in ett barnperspektiv i kommuner, landsting/regioner och myndigheter.

Arbetet med att genomföra barnkonventionen inom kommuner och landsting befinner sig i en förankrings- och mobiliseringsfas. Bedömningen görs att nästa fas i processen närmar sig – genomförande- och handlingsfasen. Däremot är det fortfarande relativt få som har kommit till uppföljnings- och utvärderingsfasen. Sedan den 1 juli 2002 är Barnombudsmannens uppgift att driva på genomförandet och bevaka efterlevna-

den av barnkonventionen en permanent del i myndighetens verksamhet enligt lag.

Barnombudsmannens förtydligade mandat att företräda barns och ungas rättigheter och intressen, som konsekvens av den lagändring som trädde i kraft den 1 juli 2002, har inneburit att BO har ökade direktkontakter med barn och unga. De uppfattningar och frågeställningar som barn och unga ger uttryck för har i större omfattning än tidigare fått styra verksamheten.

Våren 2002 överlämnade regeringen en skrivelse till riksdagen vari redogjordes för vad som uppnåtts i arbetet med den nationella strategin för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige (skr. 2001/02:166). Sammanställningen visar att positionerna har flyttats fram inom olika politikområden vad gäller att ta tillvara barns rättigheter men att arbete kvarstår att göra.

6.6.2 Analys och slutsatser

Förverkligandet av barnkonventionen i Sverige är ett långsiktigt och ständigt pågående arbete. I ett första viktigt steg handlar en stor del av detta arbete om ökad kunskap och medvetenhet om barns behov och rättigheter samt om attitydförändringar. Det finns i dag en medvetenhet i samhället om barnkonventionen. Barnkonventionen har emellertid ännu inte blivit ett självklart redskap i planering och vid beslut inom något samhällsområde. Det finns fortfarande ett stort behov av vägledning och stöd i det praktiska barnkonventionsarbetet.

För att ytterligare förstärka arbetet med genomförandet av barnkonventionen i Sverige finns det skäl att nu se över den nationella strategin för barnkonventionens förverkligande. Regeringen avser att under hösten 2003 återkomma till riksdagen med en uppdaterad strategi för det fortsatta arbetet med att genomföra barnkonventionen. Utgångspunkten för den uppdaterade strategin är att vidareutveckla och fördjupa arbetet med att göra barnkonventionen till bas i alla frågor som rör barn och unga.

En inventering kommer att göras av de insatser som nu behövs för att uppnå barnpolitikens mål samt indikatorer för att mäta måluppfyllelse. Det behövs exempelvis ett fortsatt arbete när det gäller att utveckla barns och ungas delaktighet och inflytande. En utveckling har påbörjats mot att barn och unga själva får bli källa i kunskaps-

inhämtning i frågor som rör dem och regeringen anser att denna utveckling bör stödjas. Barn och unga har en självklar rätt till respekt för sin egen person och för sin integritet. Att låta barn och unga komma till tals om sin egen situation och att involvera dem i frågor som rör dem breddar dessutom beslutsunderlaget, samtidigt som det torde öka både kvaliteten och träffsäkerheten i besluten.

Vad som är viktigt i det vidare arbetet är också att hitta redskap för att mäta utvecklingen över tid, dvs. hur arbetet med att införliva barnkonventionen på olika nivåer i samhället faktiskt påverkar barns och ungas liv.

Regeringen avser vidare att till vårriksdagen 2004 presentera en samlad översikt av regeringens mål, insatser och resultat vad gäller barn och unga som återfinns inom de olika politikområdena i statsbudgeten som komplement till de skrivelser som regeringen lämnat till riksdagen på området.

Ett av regeringens viktigaste verktyg när det gäller att driva på genomförandet av barnkonventionen är Barnombudsmannen (BO). Myndigheten har haft en nyckelroll i strategiarbetet genom sin uppgift att påbörja och samordna insatser för att genomföra barnkonventionen nationellt och för att bevaka barns och ungdomars rättigheter och intressen i olika sammanhang. BO har sedan den 1 juli 2002 fått ett tydligt mandat att driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av konventionen, ökade ekonomiska resurser samt rättsliga befogenheter att kalla till sig företrädare för kommun, landsting och myndigheter. Detta innebär sammantaget att BO har goda förutsättningar att fortsätta verka för att barns och ungas rättigheter och intressen respekteras och tillgodoses och att driva utvecklingsarbetet framåt.

Frågan om huvudman för det övergripande ansvaret för barnsäkerhetsfrågor har behandlats av Barnsäkerhetsdelegationen i ett betänkande – Barns rätt till säkra och utvecklande miljöer. Framtida huvudman (SOU 2003:19). Betänkandet har remissbehandlats.

Statens räddningsverk, som enligt räddningstjänstlagen (1986:1102) har ett övergripande ansvar att samordna samhällets verksamheter för olycks- och skadeförebyggande åtgärder, bör enligt regeringens mening vara den myndighet som också skulle kunna ha det övergripande ansvaret för barnsäkerhetsfrågor. Regeringen har för avsikt att ge Räddningsverket

i uppdrag att under 2004 genomföra ett projekt som närmare belyser på vilket sätt frågorna om barns rätt till säkra och utvecklande miljöer kan inordnas i verksamheten.

Insatserna från Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) är främst inriktade på att upprätthålla en hög etisk nivå i adoptionsverksamheten. Denna uppgift har i allt väsentligt uppfyllts. Nya regler som möjliggör för homosexuella som lever i ett registrerat partnerskap att prövas som adoptionsföräldrar trädde i kraft den 1 februari 2003. Detta kommer att innebära nya uppgifter för myndigheten.

Utredningen om internationella adoptioner överlämnade i juni 2003 sitt slutbetänkande Adoptioner – till vilket pris? (SOU 2003:49). Utredningen föreslår att inriktningen tydligare förskjuts mot ökade insatser på tillsyn, både i Sverige och i barnens ursprungsländer. Betänkandet remissbehandlas för närvarande.

6.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket har inte haft några invändningar i revisionsberättelsen för år 2002 avseende Barnombudsmannens eller Statens nämnd för internationella adoptionsfrågors verksamheter.

6.8 Budgetförslag

6.8.1 15:1 Barnombudsmannen

Tabell 6.2 Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2002	Utfall	10 589	192
2003	Anslag	16 294	16 079
2004	Förslag	16 817	
2005	Beräknat	17 094 ¹	
2006	Beräknat	17 363 ²	

¹ Motsvarar 16 714 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 16 715 tkr i 2004 års prisnivå.

Barnombudsmannen (BO) har i uppgift att företräda barns och ungas rättigheter och intressen mot bakgrund av Sveriges åtaganden enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). BO skall driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen och skall därvid särskilt uppmärksamma att

lagar och andra författningar samt deras tillämpning stämmer överens med konventionen.

Regeringens överväganden

Barnombudsmannen är en central aktör när det gäller att bevaka efterlevnaden och driva på genomförandet av barnkonventionen i Sverige. Sedan den 1 juli 2002 har BO:s roll som ombudsman för barn och unga stärkts och tydliggjorts. BO utrustades under 2002 med både mer rättsliga befogenheter och resurser. En sammantagen bedömning av BO:s verksamhet är att målen för 2002 i allt väsentligt är uppfyllda. I regeringens pågående arbete med att uppdatera den nationella strategin för barnkonventionens förverkligande spelar BO:s fortsatta insatser en nyckelroll, liksom de kunskaper och erfarenheter myndigheten besitter.

Tabell 6.3 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 15:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	16 294	16 294	16 294
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	514	896	1 166
Beslut ³	120	123	125
Överföring till/från andra anslag	-111	-219	-222
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	16 817	17 094	17 363

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

³ Avser medel för revision, se avsnitt 3.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 817 000 kronor anvisas under anslaget 15:1 *Barnombudsmannen* för år 2004. För år 2005 beräknas anslaget till 17 094 000 kronor och för år 2006 beräknas anslaget till 17 363 000 kronor.

6.8.2 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor

Tabell 6.4 Anslagsutveckling 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor

2002	Utfall	7 579	Anslags-sparande	256
2003	Anslag	7 823	Utgifts-prognos	7 859
2004	Förslag	8 300		
2005	Beräknat	8 486 ¹		
2006	Beräknat	8 615 ²		

¹ Motsvarar 8 300 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 8 300 tkr i 2004 års prisnivå.

Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor (NIA) är central förvaltningsmyndighet med ansvar för tillsyn, kontroll och information i frågor rörande internationella adoptioner.

NIA har som uppgift att underlätta adoption i Sverige av utländska barn. NIA skall därvid sträva efter att adoption sker till barnets bästa och i enlighet med gällande lagstiftning i barnets ursprungsland och i Sverige.

NIA ansvarar för frågor enligt förordningen (1976:834) om prövning av utländskt beslut om adoption samt frågor om auktorisation av organisationer enligt lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling. NIA beslutar också om fördelning av statsbidrag till sådana organisationer. När det är fråga om adoption av utländskt barn utan medverkan av auktoriserad sammanslutning skall NIA pröva om förfarandet är godtagbart. NIA är centralmyndighet enligt 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner.

Bidrag till kostnader för internationella adoptioner utgår under utgiftsområde 12 anslaget 21:4 *Bidrag till kostnader för internationella adoptioner*. Bidrag utgår med 40 000 kronor per adoption.

Regeringens överväganden

Cirka 1 000 barn adopteras årligen till Sverige från andra länder. För 2004–2006 är bedömningen att nivån kommer att vara ungefärligen densamma. Regeringens bedömning är att myndigheten, med nuvarande inriktning, i stort fungerar väl.

Utredningen om internationella adoptioner har föreslagit att inriktningen tydligare förskjuts mot ökade insatser på tillsyn, både i Sverige och i barnens ursprungsländer. Utredningen är för närvarande under remissbehandling.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 8 300 000 kronor anvisas under anslaget 15:2 *Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor* för år 2004. För år 2005 beräknas anslaget till 8 486 000 kronor och för år 2006 beräknas anslaget till 8 615 000 kronor.

Tabell 6.5 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 15:2 Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	7 823	7 823	7 823
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	207	387	512
Beslut ³	270	276	280
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	8 300	8 486	8 615

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget.

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

³ Avser medel för revision, se avsnitt 3.2.

7 Politikområde Handikappolitik

7.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser som syftar till att personer med funktionshinder skall vara fullt delaktiga och jämlika i samhällsgemenskapen. Insatserna, som ingår i en rad politikområden, utgörs av individuellt stöd inom ramen för den generella välfärdspolitiken och insatser för att göra samhället tillgängligt. Insatser som utgörs av stöd och service regleras i socialtjänstlagen (2001:453, SoL), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Staten lämnar ekonomiska bidrag till kommuners verksamhet inom ramen för utgiftsområde 25 *Allmänna bidrag till kommuner*.

Under politikområdet redovisas vidare statliga bidrag till landstingen för insatsen rådgivning och annat personligt stöd, tolktjänst för barnomsdöva m.fl. samt för inköp av utrustning för elektronisk kommunikation t.ex. texttelefoner, bildtelefoner m.m. till döva, gravt hörselskadade, dövblinda, talskadade och språkstörda samt till deras närstående.

Andra stöd inom politikområdet är den statliga assistansersättningen som lämnas till personer med omfattande funktionshinder som

har behov av personlig assistans och det statliga bilstödet till funktionshindrade personer och föräldrar till barn med funktionshinder för anskaffning och anpassning av motorfordon. Inom politikområdet redovisas även statliga bidrag för verksamhet med personliga ombud till enskilda med psykiska funktionshinder samt statsbidrag till handikapporganisationerna och till viss annan verksamhet för personer med funktionshinder.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus), som bl.a. administrerar särskilt utbildningsstöd har till uppgift att förbättra förutsättningarna för utbildning och studier för unga och vuxna personer med funktionshinder. Handikappombudsmannen (HO) har till uppgift att bevaka funktionshindrade personers rättigheter och intressen på nationell nivå. HO:s verksamhet omfattar alla politik- och samhällsområden. Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till funktionshindrade. Även länsstyrelserna har viktiga expert- och tillsynsuppgifter inom politikområdet. Hjälpmedelsinstitutet, som drivs av staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet är centralt organ för hjälpmedelsfrågor. Institutet finansieras genom anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvården*.

Internationellt samarbete är en ökande andel av politikområdets verksamhet.

7.2 Utgiftsutveckling

Tabell 7.1 Utvecklingen inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2002	Anslag 2003 ¹	Utgifts- prognos 2003	Förslag anslag 2004	Beräknat anslag 2005	Beräknat anslag 2006
16:1 Personligt ombud	90,2	90,0	88,0	90,0	90,0	90,0
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	276,2	279,0	274,0	275,0	275,0	275,0
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	161,1	158,9	156,1	168,3	172,3	175,6
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	77,9	80,9	78,9	78,4	78,4	78,4
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	157,2	158,7	154,8	161,7	162,2	162,2
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	21,8	20,1	21,8	22,8	23,5	24,2
16:7 Bilstöd till handikappade	211,5	220,0	220,0	196,0	196,0	196,0
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	7 526,1	8 436,0	8 749,0	10 061,0	11 466,0	12 906,0
16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	27,0	28,4	30,9	15,6	16,0	16,3
16:10 Handikappombudsmannen	16,4	17,4	17,5	18,7	18,6	18,9
Totalt för politikområde Handikappolitik	8 565,5	9 489,4	9 791,0	11 087,6	12 498,0	13 942,6

¹ Inklusive av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

7.3 Mål

Målet 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.

7.4 Politikens inriktning

Handikappolitiken rör hela samhället. Grunden för den svenska handikappolitiken är att personer med funktionshinder är medborgare med samma rättigheter och skyldigheter som andra. Samhället måste byggas med insikten om att personer med funktionshinder i likhet med vilken annan medborgare som helst, vill bestämma över sin vardag, utbilda sig, försörja sig på eget arbete, göra sin röst hörd, ha en innehållsrik fritid och umgås med andra. För att full delaktighet och jämlikhet skall uppnås för personer med funktionshinder måste alla miljöer bli tillgängliga och all verksamhet i samhället utformas så att var och en kan delta utifrån sina förutsättningar. FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med

funktionshinder delaktighet och jämlikhet ligger till grund för handikappolitiken.

Mycket har gjorts under åren för att bygga ett samhälle som inte utestänger och nedvärderar personer med funktionshinder. Men fortfarande återstår mycket att göra innan målsättningar om full delaktighet, jämlikhet och alla människors lika värde uppnåtts. Det är bakgrunden till att riksdagen den 31 maj 2000 antog regeringens proposition Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240), en handlingsplan som sträcker sig fram till år 2010 och involverar alla samhällsområden.

Det handikappolitiska arbetet skall under tidsperioden särskilt inriktas på att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder, att förebygga och bekämpa diskriminering samt att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Under de senaste fyra årtiondena har en rad reformer lett till att personer med funktionshinder fått en bättre ställning i samhället. Möjligheten att ha inflytande över sitt eget liv, att kunna delta i samhällslivet, rätten till integritet och att bli behandlad som alla andra har stärkts. Det har skett genom förbättringar på socialförsäkringsområdet, normalisering inom skolområdet, utveckling av hjälpmedel, medicinsk ut-

veckling och satsningar på personer med arbetshandikapp. Stöd och service har förbättrats och en rättighetslagstiftning som ger ökat självbestämmande har införts. Diskrimineringslagstiftning har trätt ikraft. Handikapprörelsens engagemang, kompetens och drivkraft har haft stor betydelse för denna utveckling.

Fram till 2010 prioriteras tre arbetsområden inom handikappolitiken. Regeringen arbetar för att ett handikapperspektiv skall genomsyra alla samhällssektorer, för att skapa ett tillgängligt samhälle och för att förbättra bemötandet.

Arbetet med att genomföra, styra och följa upp åtgärderna inom de prioriterade arbetsområdena i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken är en prioriterad uppgift inom politikområdet. Handlingsplanen innebär en ny struktur för det handikappolitiska arbetet med tydligare ansvar för de statliga myndigheterna. Arbetet är långsiktigt, åtgärdsinriktat och genomförs stegvis i en kontinuerlig process. Staten skall vara ett föredöme i arbetet för ett mer tillgängligt samhälle.

De senaste åren har insikten om mångfaldens betydelse för tillväxten ökat. För att Sverige skall klara sig i den internationella konkurrensen och bibehålla välfärden måste alla resurser i landet tas tillvara. En prioriterad uppgift för regeringen är därför att undanröja mekanismer, t.ex. diskriminering, som hindrar människor från att bidra till tillväxt och produktion.

En parlamentarisk kommitté – Diskrimineringskommittén (dir. 2002:11) – har tillsatts 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.

Ny teknik, dels informations- och kommunikationsteknologi inklusive tillgängliga webbplatser och dels inom hjälpmedelsområdet, är viktiga utvecklingsområden. Konceptet Design för Alla bör genomsyra statens arbete inom arkitektur, formgivning och design.

Handikappforskningen har en viktig roll att spela för att öka kunskapen om de hinder som människor med funktionshinder möter. Statliga forskningsfinansiärer skall verka för att forskning om handikapp och funktionshinder kommer till stånd inom de områden som de ansvarar

för. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) har ett övergripande ansvar för denna forskning.

Det behövs en effektiv organisation för att stödja regeringens styrning av den framtida handikappolitiken. Regeringen har därför utsett en särskild utredare som skall föreslå en samlad statlig organisation som skall spela en central roll i arbetet med att genomföra den nationella handlingsplanen för handikappolitiken. Organisationen skall på ett effektivt och slagkraftigt sätt bistå regeringen och andra myndigheter i det handikappolitiska arbetet. Utredaren skall redovisa sitt uppdrag senast den 30 april 2004.

7.5 Insatser

7.5.1 Insatser inom politikområdet

Insatser för delaktighet

Regeringen har lämnat en första redovisning till riksdagen av hur arbetet med att genomföra handlingsplanen fortskrider (skr. 2002/03:25). Uppföljningen omfattar åren 2000–2002. Viktiga styrinstrument i arbetet med att förverkliga handlingsplanen är regleringsbrev och uppdrag till statliga myndigheter.

Regeringen har givit Socialstyrelsen och 13 andra statliga myndigheter, som har ansvar för en samhällssektor (s.k. sektorsmyndigheter), ett särskilt ansvar för att de handikappolitiska målen skall uppnås: Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Banverket, Boverket, Konsumentverket, Luftfartsverket, Post- och telestyrelsen, Riksantikvarieämbetet, Riksförsäkringsverket, Sjöfartsverket, Statens skolverk, Socialstyrelsen, Statens kulturråd och Vägverket. Myndigheterna skall samordna och stödja andra myndigheter som verkar inom samma sektor. Regeringen har beslutat att Socialstyrelsen aktivt skall arbeta för att levnadsförhållandena för personer med olika funktionshinder systematiskt skall kunna beskrivas senast år 2010 samt aktivt arbeta för ett gemensamt program som beskriver hur rehabilitering/habilitering för personer med olika funktionshinder skall bedrivas i samverkan mellan olika berörda aktörer. Handikappombudsmannen (HO) skall genom stöd och samordning bidra till att

sektorsmyndigheternas arbete med att genomföra handikappolitiken utvecklas.

Varje statlig myndighet skall göra inventeringar av de hinder som skapar otillgänglighet och upprätta handlingsplaner för hur tillgängligheten till deras lokaler, verksamhet och information skall förbättras. Detta regleras i en särskild förordning (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken. HO har i regleringsbrevet som mål att öka kunskapen hos de statliga myndigheterna genom att utveckla, förankra och sprida riktlinjer för myndigheternas arbete med att göra lokaler, verksamhet och information tillgängligare för personer med funktionshinder. Vidare skall Handikappombudsmannen utveckla metoder för att följa myndigheternas tillgänglighetsarbete. Handikappombudsmannen skall även integrera ett jämställdhetsperspektiv i dessa arbeten.

Handikappombudsmannens tillgänglighetscenter har under 2002 på regeringens uppdrag tagit fram Riktlinjer för en tillgänglig statsförvaltning – Mot full delaktighet och jämlikhet för människor med funktionshinder, utgivna under 2003. Riktlinjerna rör arbetsprocessen, personalfrågor, lokaler samt kommunikation och information. Riktlinjerna skall användas av myndigheterna i arbetet med att fullgöra sitt ansvar i enlighet med förordning (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken.

För att förbättra bemötandet av personer med funktionshinder har Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) haft regeringens uppdrag att ta fram ett nationellt program för kompetensutveckling. Programmet, som utarbetats i samarbete med handikapporganisationerna, har redovisats för regeringen under våren 2003. Programmet vänder sig till politiker och anställda inom den offentliga sektorn. Programmet skall bidra till att förändra attityder och öka kunskapen om de levnadsvillkor som personer med funktionshinder har. Sisus har regeringens uppdrag att svara för och hålla samman genomförandet av programmet. Vidare har institutet i samråd med Statens kvalitets- och kompetensråd och andra intressenter genomfört en särskild informationsinsats riktad till nyckelpersoner inom statsförvaltningen om myndigheternas ansvar för de handikappolitiska frågorna.

HO har fr. o. m 1 juli 2003 fått i uppdrag att utöva tillsyn över lagen (2003:307) om förbud

mot diskriminering. HO skall även se till att lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av funktionshinder och lagen (2001:1286) om likabehandling av studenter i högskolan följs.

Den svenska regeringen har under 2003 medverkat i genomförandet av det Europeiska handikappåret. Syftet är att utifrån en samlad europeisk plattform skapa uppmärksamhet kring frågan om fullvärdigt medborgarskap för personer med funktionshinder på både europeisk och nationell nivå och stimulera till ökade insatser.

Även inom FN får handikappfrågorna stor uppmärksamhet. Frågan om en eventuell konvention för funktionshindrades rättigheter är aktuell. En arbetsgrupp har tillsatts för att ta fram ett förslag till konventionstext. Regeringens ambition är att Sverige skall spela en aktiv roll i det fortsatta arbetet.

Insatser för jämlika levnadsvillkor

De sociala skyddsnetten är en del av välfärdspolitiken och skall garantera alla medborgare en rimlig levnadsnivå. Genom bl.a. socialförsäkringssystemet, socialtjänsten, hälso- och sjukvården utgår ett offentligt och gemensamt ansvar. Tryggheten skall minska följderna av till exempel sjukdom och funktionshinder. För att personer med funktionshinder skall ha lika rättigheter och skyldigheter krävs stöd och service efter individuella behov.

Insatsen personlig assistans och den ekonomiska ersättningen för denna – assistansersättning – gör det möjligt för personer med omfattande funktionshinder att leva ett självständigt och aktivt liv. Regeringen finner det angeläget att utvecklingen av barns rätt till personlig assistans och assistansersättning kartläggs. Riksförsäkringsverket (RFV) har därför fått i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen göra en kartläggning och analys av hur tillämpningen har utvecklats. Regeringen anser även att könsperspektivet behöver utvecklas och att skillnaderna i timantal mellan kvinnor och män med assistansersättning behöver förklaras. RFV har därför fått i uppdrag att analysera skillnaderna och undersöka vilka verktyg som försäkringskassan har eller behöver för att överbrygga eventuella skillnader i mäns och kvinnors sätt att formulera sina krav på stöd och service. Verket skall även i samråd med Socialstyrelsen analysera tillämp-

ningen vad gäller makars och sambors gemensamma ansvar för hem och hushåll när den ene har rätt till personlig assistans och assistansersättning. Uppdraget skall redovisas den 1 juli 2004.

Personer med psykiska funktionshinder har som regel behov av insatser från flera olika myndigheter samtidigt – socialtjänst, psykiatri, arbetsmarknadsmyndighet, försäkringskassa etc. Arbetet med att bygga upp och utveckla personliga ombud i landets kommuner pågår sedan mitten av år 2000. Socialstyrelsen och länsstyrelserna fördelar anslagna medel, utbildar, stöder och följer upp hur verksamheten utvecklas. Psykiska funktionsnedsättningar kan starkt begränsa människors möjligheter att tillvarata sina intressen. Ett personligt ombud kan för en del vara direkt avgörande för att de skall kunna leva ett liv i samhället på samma villkor som andra. I uppgifterna ingår att tillsammans med den enskilde se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs samt att se till att den enskilde får vård, stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter.

Individuell plan enligt LSS ger ett tydligt samordningsansvar och bättre förutsättningar för förändring och problemlösning. Målet är att fler personer än idag skall få nytta av en individuell plan på sina villkor. I propositionen om samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20, bet. 2002/03:SoU12, rskr. 2002/03:158) som överlämnades till riksdagen i december 2002 lyfter regeringen fram behovet av planering och samverkan med den enskilde i centrum. Utrymme för samordning och planering finns i lagstiftningen och ytterligare möjligheter ges genom gemensamma nämnder mellan kommuner och landsting.

Regeringen har i maj 2003 beslutat om ändring i förordningen (1985:613) om auktorisation av tolkar och översättare som medför att den auktorisationsordning som gäller vid tolkning mellan svenska och främmande språk även gäller för auktorisation av tolkar i det svenska teckenspråket. Därmed har brukarna ett bevis på att teckenspråkstolken har de kunskaper som krävs. Detta kan även underlätta rekryteringen av nya teckenspråkstolkare. Förordningsändringen trädde i kraft den 1 juli 2003.

Personer med dövblindhet har kombinationer av funktionshinder som medför svåra konse-

kvenser i livsföringen och behov av stöd och service från flera huvudmän. En kartläggning från 2002 visade att det uppdelade ansvaret för olika stöd kan skapa stora svårigheter för den enskilde och att personer med dövblindhet har särskilt svårt att få samordnade stödinsatser. För att nå målen för den nationella handikappolitiken krävs att det finns väl utvecklad kompetens i dövblindfrågor som är tillgänglig vid behov för anställda som kommer i kontakt med personer med dövblindhet i sitt arbete inom bl.a. landsting och kommuner. Regeringen har slutit avtal med Resurscenter Mø Gård AB att ansvara som huvudman för ett nationellt kunskapscenter för samhällets stöd till personer med dövblindhet. Det övergripande målet för verksamheten skall vara att möjliggöra för landsting och kommuner att utveckla sin verksamhet och bygga upp kompetens för att kunna tillgodose dövblinda personers behov av samhällets stöd och skapa förutsättningar för deras delaktighet i samhällslivet.

7.5.2 Insatser utanför politikområdet

Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken omfattar många andra politikområden bl.a. arbetsmarknadspolitiken, transportpolitiken och utbildningspolitiken. Insatser inom dessa områden påverkar i hög grad möjligheterna att genomföra handlingsplanen och att förbättra villkoren för personer med funktionshinder.

Statens skolverk är en av de myndigheter som under 2002 utsågs till sektorsmyndighet. I skolan läggs grunden för sociala kontakter och framtida arbetsliv och det är därför viktigt att personer med utvecklingsstörning inte skiljs ut redan i skolåldern. Principen om en skola för alla är en av utgångspunkterna när regeringen tillsatt Carlbeck-kommittén (dir. 2001:100), som har i uppdrag att göra en översyn av utbildningen för barn, ungdomar och vuxna med utvecklingsstörning. Kommittén skall ge förslag på åtgärder för att öka kontakter och samverkan mellan elever med och utan utvecklingsstörning. Kommittén skall också lämna förslag som kan förbättra utbildningens kvalitet för elever med utvecklingsstörning. De senaste tio åren har antalet elever i särskolan ökat markant, bl.a. som en följd av grundskolans bristande resurser och kompetens att ge stöd till alla elever som behöver det. För att säkerställa att särskolan

endast tar emot de elever som den är avsedd för skall kommittén utreda om bestämmelser om särskolans personkrets bör tydliggöras. Carlbeck-kommittén kommer att redovisa sina förslag den 1 oktober 2004.

Den nyligen avslutade utredningen Läromedel för barn, elever och vuxenstuderande med funktionshinder (U2001:05) föreslår i betänkandet Läromedel – specifikt (SOU 2003:15) ett flertal åtgärder för att effektivisera statens insatser för anpassning och framställning av läromedel för barn, elever och vuxenstuderande med funktionshinder i förskola, skola och vuxenutbildning. Förslagen bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

I det livslånga lärandet är det av vikt att ingen lämnas utanför. Vuxenutbildningen måste, liksom barn- och ungdomsutbildningen, anpassas efter den enskildes behov och förutsättningar. I syfte att skapa dessa förutsättningar har Specialpedagogiska institutet sedan 2002 tillförts medel för specialpedagogiskt stöd till vuxenutbildning i kommunerna. Institutet har också erhållit särskilda medel att utveckla läromedel som är speciellt inriktade mot vuxna funktionshindrades behov. Utöver detta har Nationellt centrum för flexibelt lärande, som bildades den 1 januari 2002, i uppdrag att öka möjligheterna för personer med teckenspråk som första språk att delta i utbildningen.

Arkitektur, formgivning och design har avgörande betydelse för att samhället utformas så att det blir tillgängligt för alla. Regeringen har under våren 2003 lämnat en skrivelse till riksdagen Arkitektur, form och design (skr. 2002/03:129) med en redogörelse för målen för arkitektur, formgivning och design och vilka åtgärder som regeringen vidtagit för att uppnå dessa mål. I skrivelsen slår regeringen fast att arbetet med att stärka tillgänglighets- och användaraspekten inom arkitektur, form och design fortsätter.

Enligt en ändring i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling får en upphandlande enhet ställa särskilda villkor för kontraktets utförande. Den nya lagbestämmelsen förtydligar att den som t.ex. gör en upphandling av ett statligt byggprojekt kan ställa som krav att anbudsgivarna åtar sig att uppfylla särskilda villkor som anges i kontraktet. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 juli 2002 (prop. 2001/02:142, bet. 2001/02:FiU12, rskr. 2001/02:324). Nämnden för offentlig upphandling (NOU) har redovisat ett uppdrag att ta fram exempel på antidis-

krimineringssklausuler som kan användas i upphandlingskontrakt. Det innebär till exempel att en leverantör vid uppdrag som utförs i Sverige skall följa lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av funktionshinder. NOU har fått i uppdrag att utvärdera användningen av antidiskrimineringssklausuler i upphandlingskontrakt. Utvärderingen skall redovisas senast den 1 juli 2004.

Genom ändringar i Plan- och bygglagen (1987:10, PBL) år 2001 kan tydligare krav ställas på tillgänglighet när allmänna platser iordningsställs och ändras. Förändringen innebär också att enkelt avhjälpna hinder för tillgänglighet och användbarhet för personer med nedsatt rörelse- och orienteringsförmåga skall undanröjas i befintliga lokaler dit allmänheten har tillträde och på befintliga allmänna platser. Boverket har lämnat förslag till föreskrifter och allmänna råd om undanröjande av enkelt avhjälpna hinder till och i lokaler dit allmänheten har tillträde och på allmänna platser. Ärendet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

En parlamentariskt sammansatt kommitté – PBL-kommittén – har fått i uppdrag att se över plan- och bygglagstiftningen (dir 2002:97). Kommittén skall bl.a. överväga och redovisa hur målen för den nationella handikappolitiken beaktas i plan- och byggprocessen. Förslag till åtgärder som kan effektivisera beslutsprocessen, inklusive möjligheten att överklaga, skall redovisas senast den 31 december 2003 och ett slutbetänkande skall lämnas senast den 31 december 2004.

Inom transportområdet har en strategi för att säkerställa en tillgänglig kollektivtrafik till 2010 redovisats under våren 2003. Till grund för strategin ligger samverkansprojektet Hela resan som bl.a. har utvecklat en metod för bristanalys i fråga om samordning/samverkan, information, personlig service, betalning/bokning och brister i den fysiska utformningen.

Det är angeläget att radio- och TV-sändningar är tillgängliga för alla. Regeringen har därför i tilläggsdirektiv (Dir. 2003:30) givit Radio- och TV-lagsutredningen i uppdrag att överväga behovet av lagändringar för att förbättra tillgängligheten till TV-program för personer med funktionshinder.

För bland annat personer med funktionshinder har skyddet mot diskriminering förstärkts i och med att riksdagen på förslag från regeringen antagit en ny lag om förbud mot diskriminering

(prop. 2002/03, bet. 2002/03:AU7, rskr. 2002/03:207). Skyddet mot diskriminering avser områden såsom arbetsmarknadspolitisk verksamhet, start och bedrivande av näringsverksamhet, yrkesutövning, medlemskap m.m. i arbetstagarorganisationer, arbetsgivarorganisationer eller yrkesorganisationer samt vid yrkesmässigt tillhandahållande av varor, tjänster eller bostäder Lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering gäller från den 1 juli 2003. Samtidigt infördes ändringar i lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av funktionshinder. Den arbetsrättsliga diskrimineringslagen utsträcks till att även gälla när en arbetsgivare beslutar eller vidtar åtgärder som rör yrkespraktik, utbildning eller yrkesvägledning.

I en demokrati skall alla ha möjlighet att på lika villkor verka i de politiska organisationerna och de beslutsfattande församlingarna. I propositionen (2001/02:80 bet. 2001/02:KU14, rskr. 2001/02:190) Demokrati för det nya seklet föreslås ett antal åtgärder för att underlätta för funktionshindrade medborgare att åta sig och genomföra politiska förtroendeuppdrag.

Stora satsningar görs på olika arbetsmarknadspolitiska program för att underlätta och stödja funktionshindrades möjligheter att delta i arbetslivet. Det handlar både om olika personliga och tekniska stöd till den enskilde arbetstagaren och stöd till företag som anställer funktionshindrade personer. Utredningen (dir. 2002:34, beteckning N 2002:04) har haft i uppdrag att föreslå förändring av Samhalls inriktning och styrning. Ett betänkande med förslag om förändringar av Samhalls verksamhet överlämnades till regeringen i maj 2003. De arbetsmarknadspolitiska programmen för personer med nedsatt arbetsförmåga ses också över av en särskild utredare i syfte att analysera ändamålsenligheten och effektiviteten.

Ett rekryteringsstöd för vuxenstuderande (prop. 2001/02:161, bet. 2001/02:UbU15, rskr. 2001/02:312) infördes från år 2003 och omfattar 2 miljarder kronor per år. Syftet med bidraget är att underlätta rekrytering av personer över 25 år som är eller riskerar att bli arbetslösa eller som har något funktionshinder och som kan bedömas ha behov av kompletterande utbildning.

Handikappforskningens resurser har förstärkts med 5 miljoner kronor år 2001 och 2 miljoner kronor år 2002. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) har i oktober 2001 överlämnat ett förslag till forsknings-

program om handikapp och funktionshinder till regeringen. Förslaget har remissbehandlats och utgör ett underlag för såväl FAS satsningar på handikappforskning som ett underlag för regeringens arbete med nästa forskningsproposition. FAS arrangerade i maj 2003, i samverkan med VINNOVA och Vårdalstiftelsen, konferensen Handikappforskning 2003 som grundade sig på en inventering av idéer rörande framtida forskning om funktionshinder och handikapp. En sammanställning av pågående forskning om funktionshinder och handikapp pågår och FAS preliminära kartläggning visar att det under 2002 finansierades drygt 70 projekt till ett sammanlagt belopp av drygt 30 miljoner kronor.

Regeringen har i juni 2003 överlämnat ett förslag om finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet till riksdagen (prop. 2002/03:132). Finansiell samordning föreslås kunna ske frivilligt mellan en försäkringskassa, ett landsting, en länsarbetsnämnd samt en eller flera kommuner. Målgruppen för den föreslagna finansiella samordningen utgörs av människor som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna för att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete. De åtgärder som får finansieras genom den finansiella samordningen skall ligga inom de samverkande parternas samlade ansvarsområde och syfta till att återställa eller öka den enskildes funktions- och arbetsförmåga.

Hjälpmedelsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum för hjälpmedels- och tillgänglighetsfrågor. Institutets uppdrag är att stimulera forskning och utveckling, prova och upphandla hjälpmedel, medverka till kunskaps- och metodutveckling samt bidrag till utbildning och information inom området. Institutet skall särskilt följa och utveckla användningen av ny teknik.

Som framgår av regeringens proposition (2002/03:122) Gemensamt ansvar – Sveriges politik för global utveckling, bör uppmärksamhet ägnas åt att beakta alla människors lika värde och lika rättigheter. Att tillförsäkra människor med funktionshinder möjligheter att åtnjuta mänskliga rättigheter är en viktig prioritering.

7.6 Resultatbedömning

Målet 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.

7.6.1 Resultat

Insatser för delaktighet

Tillgängligt samhälle

Regeringen har i en särskild skrivelse (skr. 2002/03:25) till riksdagen i december 2002 redogjort för det pågående arbetet med att genomföra den nationella handlingsplanen för handikappolitiken. Regeringen bedömer att arbetet som kan leda till ett tillgängligare samhälle och ett bättre bemötande har kommit igång på ett bra sätt. Under de två och ett halvt åren som den nationella handlingsplanen gällt, har det gjorts betydande insatser för att påbörja genomtänkta och långsiktiga processer som kan leda till varaktiga resultat inom dessa områden genom att sektorsmyndigheter utsetts. Många statliga myndigheter och handikapporganisationer är inblandade i dessa processer. Viktiga steg har tagits och ett omfattande arbete med utredningar, kartläggningar, projekt, uppföljningar, utvärderingar, riktlinjer och program pågår. Regeringen avser att vart tredje år till riksdagen redovisa i en särskild skrivelse hur arbetet med att genomföra handlingsplanen fortgår.

Diskriminering

År 2002 har HO tagit emot 50 ärenden där en enskild person med funktionshinder anmäler någon för diskriminering eller missgynnande i arbetslivet med stöd av lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av funktionshinder. Av anmälarna är 30 personer män och 20 kvinnor. En knapp majoritet av de anmälda arbetsgivarna, 26 stycken, tillhör den offentliga sektorn. Med stöd av lagen har fyra förlikningar uppnåtts under år 2002. Det innebär att funktionshindrade som upplevt sig diskrimi-

nerade kompenserats av arbetsgivaren. I två fall har HO under året stämt arbetsgivare i Arbetsdomstolen. Det ena fallet är inte avslutat och i det andra fallet har man kommit till förlikning.

Under 2002 har HO fått nio anmälningar där lagen om lika behandling i högskolan bedömts vara tillämplig. Av anmälarna är 4 män och 5 kvinnor.

Det finns stora brister i stödet till brottsutsatta kvinnor med funktionshinder. Trots att socialtjänstlagen anger att kommunerna ska ge stöd till brottsoffer visar studien att de har dålig beredskap för att ta emot kvinnor med funktionshinder som utsatts för brott.

Barn med funktionshinder

Barn med funktionshinder är fortfarande relativt osynliga i samhället. Orsaker som Socialstyrelsen nämner (Handikappomsorg 2002, lägesrapport) är bristande tillgänglighet, bristen på fritidshjälpmedel och problem med färdtjänst. Socialstyrelsen konstaterar vidare att föräldrarna ofta själva tvingas initiera och samordna de insatser som finns att tillgå.

Barnombudsmannen (BO), redovisar i sin rapport 2003 Vem bryr sig, att barn och unga med funktionshinder är mindre nöjda med sin fritid, med boende och miljön och med sina kompisrelationer än barn och unga i genomsnitt. Barn med funktionshinder är också mindre nöjda med skolans miljö än barn i allmänhet. I rapporten 2002 Många syns inte men finns ändå konstaterar BO att barn med funktionshinder ofta blir utestängda från olika aktiviteter i skolan och på fritiden.

Insatser för jämlika levnadsvillkor

Insatser enligt LSS

Länsstyrelsernas tillsyn visar att det är svårt att rekrytera och behålla personal och uppdragstagare som t.ex. kontaktpersoner, att det är brist på bostäder för personer med funktionshinder samt att det brister i handläggning och rättssäkerhet

Den 1 september 2002 hade 48 600 personer en eller flera insatser enligt LSS exklusive insatsen råd och stöd. Det är 1 500 fler jämfört med år 2001 och en ökning med 3 procent. Ca 28 procent av alla insatser enligt LSS gavs till barn och ungdomar som var 22 år eller yngre, 66 procent gällde personer som var i åldrarna

23 år till och med 64 år samt ca 6 procent gällde personer som var 65 år eller äldre. Av samtliga personer som hade insatser enligt LSS var drygt 27 000 män (ca 55 procent) 21 200 kvinnor (ca 45 procent). Antalet insatser har ökat under den senaste femårsperioden. Daglig verksamhet är den vanligaste insatsen. Efterfrågan på insatser enligt SoL och LSS är ganska konstant. Cirka 2 700 personer hade insatser enligt LSS av kommunen på grund av psykiska funktionshinder. Det är ingen förändring jämfört med föregående år.

Ej verkställda beslut och domar

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har regeringens uppdrag att följa i vilken utsträckning kommuner och landsting inte verkställer domar och beslut enligt SoL och LSS. Antalet ej verkställda beslut enligt LSS ökade från ca 2 600 till ca 2 800 beslut mellan 1 januari 2001 och 1 januari 2002. Ej verkställda beslut inom SoL har däremot minskat från ca 3000 till 2 500. Generellt var kvinnornas väntetider något längre än männens vad gäller insatser enligt SoL medan det inte förekom några större skillnader beträffande väntetiderna för LSS-insatser.

Det fanns 2 460 avslagsbeslut trots bedömt behov enligt SoL. Det innebär en ökning med närmare 25 procent jämfört med en mätning två år tidigare. Antalet avslagsbeslut trots bedömt behov enligt LSS gällde knappt 180 personer. Orsaken till avslagsbesluten uppgavs vara bristen på särskilda boenden enligt SoL respektive bostäder med särskild service enligt LSS.

Antalet domar avseende 9 § LSS som inte var verkställda ökade från 129 till 173 från 1 januari 2001 till samma tid 2002. Dessa domar gällde i huvudsak bostad med särskild service för vuxna. Antalet domar avseende 6 f § SoL som inte verkställdes ökade under samma tid från 48 till 61 och gällde i samtliga fall utom ett särskilt boende. Ej verkställda beslut enligt LSS gällde främst insatsen kontaktperson men i hög grad även beslut om insatsen bostad med särskild service.

Personlig assistans

Assistansreformen har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med omfattande funktionshinder.

Tabell 7.2 Kostnader för den statliga assistansersättningen samt antal personer per år och timmar per vecka

År	Kostnad totalt (mnkr)	varav stat (mnkr)	varav kommun (mnkr)	Antal personer i genomsnitt /år	Antal timmar/vecka/person i genomsnitt
1998	5 200	3 900	1 300	7 600	78
1999	6 000	4 500	1 500	8 100	82
2000	7 000	5 300	1 700	8 700	86
2001	8 200	6 300	1 900	9 700	88
2002	9 800	7 500	2 200	10 700	91

Utvecklingen av antalet personer med assistansersättning har ökat sedan reformen infördes 1994. Vidare har det genomsnittliga antalet beviljade timmar per person och vecka ökat kraftigt. Det är vanligast med assistansersättning bland äldre funktionshindrade, i åldersgruppen 50–64 år. I den åldersgruppen finns ca 33 procent av alla assistansberättigade. Flest timmar beviljas för unga vuxna i åldrarna 20–29 år där det genomsnittliga timantalet är 107 timmar per vecka. Barn och ungdomar under 20 år har det lägsta timantalet med 78 timmar per vecka. Fler män än kvinnor beviljas assistansersättning. Männerna beviljas också fler timmar. Skillnaden är dock relativt liten och konstant över tiden. Könsfördelningen är i stort sett jämn i den äldsta åldersgruppen, dvs. kvinnornas andel är större i denna grupp.

I Resurser att leva som andra (RFV analyserar 2001:3) menar RFV att mot bakgrund av den rådande lagstiftningen och bakomliggande intentioner får det ses som en naturlig utveckling att kostnaderna för den statliga assistansersättningen har ökat. En ökad kännedom om och tillit till reformen gör att fler personer ansöker om assistansersättning. Det kan kopplas samman med den ökande medvetenheten om vad personlig assistans ger för möjligheter och vad den innebär för den personliga självständigheten.

Genomströmningstiderna för assistansersättningen är fortfarande långa och skillnaderna mellan olika försäkringskassor är stora även om de har minskat. Sedan 2001 har den genomsnittliga genomströmningstiden ökat från 204 till 236 dagar. Riksförsäkringsverkets mål är 180 dagar och för 2002 skulle 75 procent av ärendena klara den nivån. Målet har därmed inte uppnåtts. Under 2002 startades ett samarbetsprojekt mellan Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna som särskilt fokuserat på att avsluta de längst pågående ärendena om bl.a. assistansersättning. RFV har fattat beslut i de äldsta ären-

dena vilket förklarar i stor utsträckning utvecklingen av genomströmningstiden och att målet inte uppnåtts. RFV har även startat ett samverkansprojekt med försäkringskassorna med syfte att hitta vägar att förkorta genomströmningstiderna genom att implementera effektiva gemensamma metoder hos handläggarna.

Personligt ombud

Verksamhet med personligt ombud har god utbredning. Hösten 2002 hade medel till personliga ombud fördelats till 247 kommuner. Det motsvarar 85 procent av landets alla kommuner. Verksamheten är fortfarande inne i en uppbyggnadsfas på grund av att merparten av de personliga ombuden kommit igång först under år 2002. De personer med psykiska funktionshinder, som erbjudits personligt ombud, hör till den målgrupp som verksamheten riktar sig till, d.v.s. personer som har få insatser men stora behov. De största behoven är daglig sysselsättning, sociala kontakter, fysisk och psykisk hälsa. Vid utgången av 2002 fanns ca 100 verksamheter med sammanlagt ca 280 (av ca 300) ombud anställda och cirka 1 200 personer med psykiska funktionshinder var aktuella hos de ombud som inlett arbetet med personkontakter. Könsfördelningen var jämn bland dessa personer. Vid årsskiftet 2002/2003 beräknades ca 2 000 personer ha personligt ombud. När verksamheten fungerar optimalt bör 3 000 – 4 500 personer ha ombud.

Tillgången till habilitering och rehabilitering för barn och ungdomar med funktionshinder.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att kartlägga på vilket sätt landstingens barn- och ungdomshabilitering är tillgänglig för barn och ungdomar i olika åldrar med olika funktionshinder. Rapporten, Tillgång till habilitering och rehabilitering för barn och ungdomar med funktionshinder – en kartläggning, som överlämnades till regeringen i juni 2003 visar att många barn och ungdomar med funktionshinder får en bra habilitering och rehabilitering. Men de brister som tidigare studier visat avseende tillgången till habilitering/rehabilitering mellan olika delar av landet och mellan olika grupper av funktionshinder samt brister i samverkan mellan olika verksamheter, t.ex. skolan kvarstår. Socialstyrelsen anser att arbetet med att utveckla habilitering och rehabilitering måste ges ökad tyngd hos sjukvårdshuvudmännen och att hälso-

och sjukvårdslagens intentioner och riksdagens prioriteringsbeslut bör sätta tydliga spår i sjukvårdshuvudmännens verksamheter. Den lagstiftning som finns bedöms som tillräcklig under förutsättning att den tillämpas. Socialstyrelsen anser att landstingen bör genomföra återkommande kartläggningar av vilka barn och ungdomar med funktionshinder som finns, deras åldersfördelning och vilka behov av habilitering/rehabilitering de har. Landstingen bör ge tydliga uppdrag om vilka grupper av funktionshindrade barn och ungdomar som olika verksamheter är ansvariga för och denna ansvarsfördelning bör redovisas i en särskild organisationsplan. Det utvecklingsarbete som pågår när det gäller individuell habiliterings/rehabiliteringsplan behöver lyftas fram och förstärkas.

Utbildningsstöd

Jämfört med många andra utbildningsformer har folkhögskolan en hög andel studerande med funktionshinder. Sibus betalade särskilt utbildningsstöd dvs. assistans till deltagare med funktionshinder till 52 av landets folkhögskolor under 2002. Kostnaden för särskilt utbildningsstöd/assistans vid folkhögskola uppgick till nästan 88 miljoner kronor år 2002 jämfört med 84,2 miljoner kronor för år 2001. Antalet deltagarveckor med assistans har sjunkit med ca 11,4 procent vilket förmodligen är en effekt av att 3 000 platser inom kunskapslyftet dragits in.

Antalet studenter vid universitet och högskolor med särskilt utbildningsstöd var 109 år 2002 jämfört med 116 år 2001. En orsak till minskningen kan vara att alltfler studenter antas ha sina personliga assistenter enligt LSS och LASS i högskolan. Kostnaderna uppgick till 4,6 miljoner kronor 2002 jämfört med 5,9 miljoner kronor 2001. Kostnaderna har minskat mellan åren 2001 och 2002 med 21,8 procent. Den främsta orsaken är det nya ansökningsförfarandet som bl.a. innebär en kortare redovisningsperiod (10 månader).

Statsbidraget till särskilt utbildningsstöd m.m. finansierar också de omvårdnadsinsatser som behövs i samband med undervisning vid riksgymnasium för svårt rörelsehindrade elever och boende i elevhem. Mellan åren 2001 och 2002 har det utbetalade statsbidraget till riksgymnasieverksamheten minskat med knappt 14,5 procent, från 80 miljoner kronor 2001 till 68,5 miljoner kronor 2002. Anledningen till kostnadsminskningen är att det nya betal-

ningssystem som infördes den 1 juli 2001 nu gäller fullt ut. Det nya systemet innebär att hemkommuner och hemlandsting står för en tredjedel av kostnaden för boende och omvårdnad i boendet respektive habilitering inom riksgymnasieverksamheten. Riksgymnasier för svårt rörelsehindrade ungdomar finns i Stockholm, Göteborg, Umeå och Kristianstad.

Bilstöd

Under år 2002 har försäkringskassan beviljat bilstöd till cirka 1 800 personer. Av dessa var andelen män 55 procent och andelen kvinnor 45 procent, vilket är i det närmaste oförändrat jämfört med föregående år.

Elektronisk kommunikation

Socialstyrelsen har följt upp effekterna av den nya förordningen (2001:638) om statsbidrag till utrustning för elektronisk kommunikation som trädde ikraft den 1 juli 2001. Enligt den nya förordningen betalar Socialstyrelsen ut statsbidraget i början av varje kvartal till landsting eller kommunalförbund som förskriver sådan utrustning. Socialstyrelsens bedömning är att de många nya initiativ till utveckling av verksamheten som tagits av de flesta landsting ger en bild av att landstingen tar sitt ansvar för dessa grupper av funktionshindrade personer och att samtliga landsting kommer att fortsätta att vidareutveckla verksamheten. Socialstyrelsen anser dock att det är särskilt viktigt att följa de landsting som inte genomfört eller planerat utvecklingsinsatser.

Enligt rapporten är det först vid anslagsfördelningen år 2005 som effekten för brukarna går att bedöma. Regeringen avser därför att lämna ett nytt uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp landstingens verksamheter för utskrivning av elektronisk kommunikation samt effekterna för brukarna av de nya reglerna.

7.6.2 Analys och slutsatser

När det gäller stöd och service samt insatser för delaktighet och jämlikhet vilar ett stort ansvar dels på huvudmännen och dels på sektorsmyndigheterna att se till att målen i handikappolitiken förverkligas. Regeringen gör bedömningen att de sammantagna statliga insatserna hittills givit positiva effekter.

Insatser för delaktighet

Regeringen har, som nämnts i tidigare avsnitt, i skrivelsen (2002/03:25) till riksdagen redovisat genomförandet av handikappolitiken. I skrivelsen konstaterar regeringen att mycket har gjorts men att det återstår en hel del att göra innan målsättningar om full delaktighet, jämlikhet och alla människors lika värde uppnåtts. Med den nationella handlingsplanen har den svenska handikappolitiken definitivt genomgått ett perspektivskifte, från ett i huvudsak vård- och omsorgsperspektiv till ett medborgarperspektiv. Ett av de stora återstående hindren för att nå målet om full delaktighet är bristen på tillgänglighet i vårt samhälle. Samhället är inte tillgängligt för alla, personer med funktionshinder diskrimineras i olika sammanhang och behandlas inte alltid som alla andra med lika rättigheter och skyldigheter. Därför måste politiken förändras och bli mer åtgärdsinriktad. Skyddet mot diskriminering måste stärkas och jämlikhetsperspektivet beaktas i kommande åtgärder.

Arbetet med jämställdhet har på många sätt trängts undan av jämlikhetsarbetet där jämlikhet mellan funktionshindrade och övriga i befolkningen varit det primära. Könssdiskrimineringen har inte blivit synlig därför att diskrimineringen på grund av funktionshinder har varit mer iögonfallande. Den samlade kunskapen om konsekvenserna av funktionshindrade kvinnors respektive mäns olika roller och livsvillkor måste öka. Jämställdhetsarbetet måste genomsyra det fortsatta arbetet med att genomföra den nationella handlingsplanen för handikappolitiken för att höja kvaliteten i de insatser som görs. I regeringens jämställdhetsskrivelse till riksdagen (skr. 2002/03:140) konstateras att statistiken har förbättrats sedan 1999 när det gäller könsuppdelning men den kan utvecklas ytterligare. Regeringen har genom regleringsbrev och särskilda uppdrag gett flera myndigheter i uppdrag att följa upp, analysera och redovisa könsskillnader i insatser inom sina respektive ansvarsområden för personer med funktionshinder. Detta kommer att öka kunskapen om orsakerna till de skillnader i levnadsvillkor som finns mellan kvinnor och män med funktionshinder och peka på vilka åtgärder som behövs för att minska dessa skillnader.

Socialstyrelsen och Barnombudsmannen har båda beskrivit hur osynliga barn och unga med funktionshinder fortfarande är. Socialstyrelsen

konstaterar att föräldrarna ofta själva tvingas initiera och samordna de insatser som finns att tillgå. Regeringen anser att det är viktigt att en samordnad planering genomförs och dokumenteras i en individuell plan. Av planen skall det tydligt framgå vem som är ansvarig för olika insatser respektive samordningen. Handikappombudsmannen har på regeringens initiativ tagit fram en handbok som på ett lättillgängligt sätt sammanfattar den service och de insatser som finns för barn och ungdomar med funktionshinder och deras anhöriga. Det är enligt regeringens mening angeläget att fortsättningsvis följa situationen för barn med funktionshinder. Socialstyrelsen har därför i uppdrag att särskilt belysa tillståndet och utvecklingen vad gäller stöd och service till barn med funktionshinder och deras anhöriga. Uppdraget skall redovisas i en rapport i anslutning till årsredovisningen för 2003. Riksförsäkringsverket skall också, tillsammans med Socialstyrelsen kartlägga barns rätt till personlig assistans och assistansersättning. Kartläggningen skall redovisas senast den 1 juli 2004.

I och med proposition 1999/2000:79 Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken ges politiken en ny inriktning där det bl.a. fastslås att handikappolitiken är tvärspektoriell. Varje samhällssektor har ansvar för att genomföra de mål och uppgifter som ligger inom deras ansvarsområde. Ett antal statliga myndigheter har av regeringen fått ett särskilt sektorsansvar. Därutöver krävs ett effektivt stöd till såväl statliga och kommunala myndigheter som andra aktörer på det handikappolitiska området. Denna rådgivande och pådrivande funktion är idag splittrad. För vissa uppgifter kan även gränsdragningen vara otydlig inom ansvarsområdet. En särskild utredare har fått regeringens uppdrag att se över organisationen för samordningen av arbetet inom det handikappolitiska området i syfte att få en effektiv samlad statlig organisation, som kan stödja regeringens styrning av den framtida handikappolitiken. I första hand berörs Sisus, Handikappombudsmannen och Hjälpmedelsinstitutet. Uppdraget skall redovisas senast den 30 april 2004.

Insatser för jämlika levnadsvillkor

Antalet personer som beviljas insatser enligt LSS och SoL ökar. Den 1 september 2002 hade 48 600 personer en eller flera insatser från kommuner enligt LSS (i antalet ingår inte personer som enbart har beslut om assistansersättning enligt lagen om assistansersättning eller de som enbart har insatsen råd och stöd.) Antalet ökade med 3 procent jämfört med året innan. Av samtliga personer som hade insatser enligt LSS var ca 55 procent män och ca 45 procent kvinnor. Daglig verksamhet är den vanligaste insatsen. Cirka 2 700 personer hade insatser enligt LSS av kommunen på grund av psykiska funktionshinder. Det är ingen förändring jämfört med föregående år men 5 procent fler jämfört med året dessförinnan. Personer med psykiska funktionshinder har haft särskilt begränsade möjligheter till delaktighet och inflytande i samhället. De har också upplevt svårigheter att få del av insatser enligt LSS. Medel för personliga ombud avsattes för att öka psykiskt funktionshindrades inflytande över sitt liv och möjligheten att få del av det stöd som finns eftersom erfarenheterna från tidigare försöksverksamhet var goda. Insatsen kan medföra liknande fördelar för personer med psykiska funktionshinder som personlig assistans har inneburit för personer med andra funktionshinder.

Riksdagen har i ett tillkännagivande uttalat att det behövs en bred översyn av den statliga assistansersättningen (bet. 2002/03SoU19).

Regeringen har för avsikt att inom kort tillsätta en parlamentarisk utredning med uppgift att se över lagen (1993:389) om assistansersättning. Översynen skall bl.a. avse hur lagen fungerat i praktiken, även innefattande bemötandefrågor, personalförsörjningen, hur den långsiktiga finansieringen kan se ut samt analysera utgiftsutvecklingen.

I syfte att intensifiera arbetet för att komma tillrätta med problemet med kommuner som inte verkställer egna gynnande beslut om olika insatser enligt SoL och LSS beslutade regeringen i juli 2003 om direktiv till en utredning (dir. 2003:93). Utredaren skall göra en bred analys av problemet och föreslå åtgärder som kan bidra till en förbättrad rättssäkerhet för den enskilde. Uppdraget skall redovisas senast den 1 september 2004.

Svårigheter att rekrytera och behålla personal och uppdragstagare som t.ex. ledsagare och

kontaktpersoner kan vara ett av skälen till att domar och beslut inte verkställs.

Regeringen har givit tio berörda myndigheter i uppdrag att i samråd utarbeta en gemensam plan för kompetensförsörjning av personal inom kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade personer. I höst skall en analys redovisas av förutsättningarna för kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sett utifrån olika myndighetsperspektiv. Den slutliga planen skall redovisas våren 2004.

Regeringen har även med anledning av detta i april i år uppdragit till Boverket och SoS att analysera skäl och orsaker till att äldre och funktionshindrade i vissa fall inte erbjuds en plats inom de särskilda boendeformerna trots att de har ett konstaterat behov. Myndigheterna ska senast den 1 december 2003 redovisa åtgärder som kan bidra till att öka tillgången på särskilda boendeformer.

Kommunikation är grundläggande för delaktighet. Regeringen anser därför att det är angeläget att teckenspråkets ställning ses över. Regeringen avser ge en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av rätten och möjligheterna att använda teckenspråket, liksom dövas och hörselskadades tillgång till samhällets utbud av kultur och litteratur och vid behov lämna förslag till åtgärder.

En annan förutsättning för att kunna delta självständigt i samhällslivet och bestämma över sin vardag, för den som har ett funktionshinder, kan vara hjälpmedel. Regeringen har tillsatt en särskild utredare som skall analysera vissa frågor på hjälpmedelsområdet och vid behov lämna förslag till åtgärder (dir. 2002:22). Analysen skall bl.a. avse hjälpmedelsförsörjningen för förskoleverksamhet samt utbildning för barn, ungdomar och vuxna. De förändrade förutsättningarna på hjälpmedelsområdet genom utvecklingen inom informations- och kommunikationsteknologin skall också utredas liksom avgiftssystemet för hjälpmedel och gränsdragningen vad gäller ansvaret för individuella hjälpmedel för personer med personlig assistans respektive arbetshjälpmedel för assistenterna. Utredaren har dessutom fått i tilläggsuppdrag att se över systemet för arbetshjälpmedel. Hjälpmedelsinstitutet skall under den närmaste treårsperioden prioritera äldre med funktionshinder, kognitiva funktionshinder samt nytto- och kostnadsanalyser.

LSS har stor betydelse för att personer med funktionshinder skall få stöd av hög kvalitet. I syfte att uppnå detta har därför den särskilda utredaren för hjälpmedelsfrågor i uppgift att förtydliga vissa insatser enligt LSS. I uppdraget ovan ingår regleringen av insatsen rådgivning och annat personligt stöd, tillämpningen av 23 § LSS samt kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar för personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 LSS. Utredaren skall redovisa sitt arbete senast den 15 juni 2004.

Syftet med bilstöd är att lämna bidrag till funktionshindrade personer och föräldrar med funktionshindrade barn för anskaffning och anpassning av motorfordon m. m. Stödet utgör en viktig möjlighet för många personer med funktionshinder att bli delaktiga i samhället. Regeringen tillför fr.o.m. 2004 ytterligare medel till anslaget. Regeringen skall under hösten besluta om direktiv till en utredning för att se över stödet i ett bredare sammanhang och lämna förslag till att effektivisera och förbättra tillämpningen av stödet.

Handikapporganisationerna fyller en central funktion bland folkrörelserna i Sverige genom att följa och rapportera om livsvillkoren för funktionshindrade. Organisationerna bidrar också genom sitt intressepolitiska arbete med att förverkliga de politiska målen för handikappolitiken. I samband med att den nya förordningen om statsbidrag till handikapporganisationer trädde ikraft den 1 juli 2001 fick ett fåtal handikapporganisationer minskade bidrag. För att begränsa de negativa effekterna av de minskade bidragen tillfördes anslaget 1,5 miljoner kronor för 2003. Regeringen anser att dessa negativa effekter bör begränsas ytterligare under 2004 och tillför därför 3 miljoner kronor detta år.

Enligt regeringens bedömning behövs ytterligare fokus på och insatser för kvinnor som är dubbelt utsatta, bland andra kvinnor med funktionshinder. Den utredning som skall göras med anledning av Kvinnofridsreformen kommer enligt regeringens bedömning utgöra ett viktigt underlag för fortsatta överväganden om åtgärder för kvinnor som utsatts för våld. Regeringen beslutade våren 2003 om ekonomiskt stöd till ett projekt inom handikappörelsen för att öka kunskapen och medvetenheten om våld mot kvinnor och män med funktionshinder. Fr.o.m. 2004 avsätter regeringen ytterligare 9 miljoner kronor till kvinno- och mansjourernas verksamhet (se avsnitt 9 Socialtjänstpolitik).

7.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket har inte haft några invändningar i revisionsberättelsen för år 2002 avseende myndigheternas verksamhetsområden.

7.8 Budgetförslag

7.8.1 16:1 Personligt ombud

Tabell 7.3 Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud

Tusental kronor

År	Utfall	90 159	Anslags-sparande	258
2002	Utfall	90 159	Anslags-sparande	258
2003	Anslag	90 000	Utgifts-prognos	88 008
2004	Förslag	90 000		
2005	Beräknat	90 000		
2006	Beräknat	90 000		

Bidraget är avsett för att utveckla verksamhet med personliga ombud för personer med psykiska funktionshinder. De personliga ombuden skall bl.a. företräda den enskilde i olika situationer, ge råd och stöd samt stärka den enskildes egen initiativförmåga. Verksamheten skall grundas på ett kommunalt ansvar och huvudmannaskap men olika verksamhetsformer kan prövas beträffande det praktiska utförandet.

Socialstyrelsen har sedan bidraget tillkom år 2000 tillsammans med länsstyrelserna på regeringens uppdrag arbetat för att verksamheten blir rikstäckande. Socialstyrelsen har definierat vilka arbetsuppgifter som bör innefattas i stödet och utformat kriterier för vilka personer som bör omfattas av insatsen. I uppdraget till Socialstyrelsen ingår också att utvärdera utvecklingen av verksamheten samt vilka effekter den får såväl för psykiskt funktionshindrade som på utnyttjandet och utformningen av andra näraliggande insatser och verksamhetsområden.

Tabell 7.4 Härledning av anslagsnivå för 2004–2006, för 16:1 Personligt ombud

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget ¹	90 000	90 000	90 000
Förändring till följd av:			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	90 000	90 000	90 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 90 000 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:1 *Personligt ombud* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till vardera 90 000 000 kronor.

7.8.2 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tabell 7.5 Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

År	Utfall	276 185	Reserva-tion	1 971
2002	Utfall	276 185	Reserva-tion	1 971
2003	Anslag	279 000	Utgifts-prognos	273 996
2004	Förslag	275 000 ¹		
2005	Beräknat	275 000		
2006	Beräknat	275 000		

¹ Anslaget var tidigare ett reservationsanslag. Fr.o.m. budgetåret 2004 förs anslaget upp som ett ramanslag. Behållningen på reservationsanslaget vid utgången av 2003 förs upp som anslagssparande på ramanslaget.

Från anslaget lämnas statsbidrag till landstingen för vissa handikappinsatser som avser:

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

Medlen fördelas av Socialstyrelsen till landstingen. Bidraget till rådgivning och annat personligt stöd lämnas i enlighet med finansieringsprincipen för de ökade åtaganden landstingen fick genom införandet av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Regeringens överväganden

En särskild utredare har för närvarande i uppdrag att förtydliga regleringen av insatsen råd och stöd. Uppdraget skall redovisas senast den 15 juni 2004.

Syftet med bidraget till tolktjänsten är att ge landstingen förutsättningar att bygga ut tolktjänsten för döva och dövblinda m.fl. Socialstyrelsen har kartlagt 2001 års verksamhet och konstaterar att förutsättningarna för en fortsatt utbyggnad av tolktjänsten är god beträffande tillgången på utbildade tolkar. Samtidigt visar de på en ojämn fördelning när det gäller statsbidragets andel av de olika landstingens kostnader för tolktjänsten. Riksrevisionsverket (RRV) har därför på regeringens uppdrag granskat statsbidraget. RRV menar att det skulle vara kostsamt, om ens möjligt att åstadkomma en fördelningsmodell som tar hänsyn till de faktiska behoven av tolktjänst och de merkostnader som reformen medfört. Regeringen avser att under hösten 2003 utse en särskild utredare för att göra en översyn av rätten och möjligheterna att kunna använda teckenspråket.

För att skapa ett nationellt kunskapscenter vid Mo Gård för samhällets stöd till personer med dövblindhet överförs 4 miljoner kronor till anslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* fr.o.m. 2004.

Tabell 7.6 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 16.2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	279 000	279 000	279 000
Förändring till följd av:			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym			
Överföring till/från andra anslag	-4 000	-4 000	-4 000
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	275 000	275 000	275 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 275 000 000 kronor anvisas under anslaget 16:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* för år 2004. För åren 2005 och 2006

beräknas anslaget till vardera 275 000 000 kronor.

7.8.3 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tabell 7.7 Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor				
2002	Utfall	161 129	Anslags-sparande	1 142
2003	Anslag	158 884 ¹	Utgifts-prognos	156 054
2004	Förslag	168 319		
2005	Beräknat	172 282 ²		
2006	Beräknat	175 583 ³		

¹ Inklusive av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

² Motsvarar 168 268 tkr i 2004 års prisnivå.

³ Motsvarar 168 268 tkr i 2004 års prisnivå.

Syftet med statsbidraget är bl.a. att ge studerande med olika 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, s.k. rh-anpassad gymnasieutbildning att genomföra studierna.

De utgifter som belastar anslaget är kostnader för särskilt utbildningsstöd åt deltagare med olika funktionshinder vid folkhögskolor och rörelsehindrade studerande vid universitet och högskolor samt rörelsehindrade elever vid riksgymnasierna. Fr.o.m. 1 januari 2001 utgår stödet inte enbart till rörelsehindrade inom folkhögskolan utan även för deltagare med andra funktionshinder.

Anslaget används också till kostnader för habilitering och elevhem med omvårdnadsinsatser i anslutning till riksgymnasierna med den rh-anpassade gymnasieutbildningen. De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna är dels antal elever med funktionshinder vid utbildningsställena, dels dessa elevers individuella behov av stödinsatser i anslutning till utbildningen. Verksamheten vid de rh-anpassade riksgymnasierna påverkas även av intagningsregler. Kostnadsansvaret för verksamheten vid riksgymnasierna delas fr.o.m. den 1 juli 2001 mellan stat, hemkommun och hemlandsting. Som en följd härav har anslaget reducerats med 12,5 miljoner kronor för 2001 och 25 miljoner kronor fr.o.m. 2002.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) administrerar anslaget enligt bestämmelserna i förordningen (2002:794) med instruktion för Statens institut för särskilt utbildningsstöd.

Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Sisus beslutar årligen om s.k. tilläggsbidrag till folkhögskolor. Bidraget har det senaste åren beviljats per läsår i stället för per kalenderår. Regeringen föreslår därför att Sisus även under 2004 skall ha möjlighet att kunna göra ekonomiska åtaganden som innebär utgifter om högst 81 miljoner kronor efter 2004.

Tabell 7.8 Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2002	Prognos 2003	Budget 2004	Beräknat 2005	Beräknat 2006–
Utestående åtaganden vid årets början	75 000	75 713	80 000	–	–
Nya åtaganden	75 713	80 000	80 000	–	–
Infriade åtaganden*	–75 000	–75 713	–80 000	–80 000	–
Utestående åtaganden vid årets slut	75 713	80 000	80 000	–	–
Erhållet/föreslaget bemyndigande	81 000	81 000	81 000	–	–

* Utgiftsutfall till följd av ingångna åtaganden.

Regeringens överväganden

I regleringsbrevet för 2003 ställdes 8 miljoner kronor till regeringens disposition 2003 varav 7 miljoner kronor omfördelades till andra ändamål inom utgiftsområdet på tilläggsbudget i samband med den ekonomiska vårpropositionen för 2003. Ytterligare 1 miljon kronor föreslås omfördelas i enlighet med förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2004. För 2004 minskas anslaget i konsekvens härmed med 8 miljoner kronor.

För insatser i syfte att stödja kommuner och landsting när det gäller att tillgodose behovet av socialt råd och stöd samt habilitering/rehabilitering hos dövblinda vuxna överförs 4 miljoner kronor från anslaget 16:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* samt 2 miljoner kronor från anslaget 16:4 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder*. Medlen skall användas för att ge fortsatt stöd till uppbyggnaden av ett nationellt kunskapscenter vid Mo Gård.

Tabell 7.9 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 16.3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	166 884	166 884	166 884
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	7 293	11 448	14 865
Beslut	–11 358	–12 141	–12 374
Överföring till/från andra anslag	5 500	6 091	6 208
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	168 319	172 282	175 583

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 168 319 000 kronor anvisas under anslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* för budgetåret 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 172 282 000 kronor respektive 175 583 000 kronor.

7.8.4 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tabell 7.10 Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tusental kronor

2002	Utfall	77 911	Anslags- sparande
2003	Anslag	80 894 ¹	Utgifts- prognos
2004	Förslag	78 394	
2005	Beräknat	78 394	
2006	Beräknat	78 394	

¹ Inklusivt av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

Bidraget är avsett att öka organisationernas möjligheter att själva bedriva vissa verksamheter av betydelse för personer med funktionshinder. Statsbidrag lämnas till följande organisationer och verksamheter under 2003:

- Synskadades Riksförbund (SRF) Hantverk AB för sysselsättningsfrämjande verksamhet för synskadade hantverkare.
- SRF för inköp och tilldelning av ledarhundar för synskadade m.m.
- SRF för viss övrig verksamhet, bl.a. arbetsmarknadsstöd för synskadade, verksamhet för synskadade med ytterligare funktionshinder, utgivning av taltidningar och tidning i punktskrift, lästjänst via fax samt produktion av material i punktskrift.
- Föreningen Sveriges Dövblinda (FSDB) för produktion av informationskällor för dövblinda personer – tidningen Nuet, elektronisk nyhetsservice och utveckling av databaser i samarbete med Föreningen Fruktträdet.
- Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) för verksamhet för att stärka teckenspråkets ställning.
- Stiftelsen Rikstolktjänst för tillhandahållande av 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 viss verksamhet vid Hjälpmedelscenter Väst i Göteborg.
- Riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper vid Mo Gård och Ågrenska.
- Stöd till handikapporganisationer för att driva riksomfattande rekreationsanläggningar för personer med funktionshinder. Regler för fördelning av bidraget till rekreationsanläggningar finns i förordningen (1994:950) om statsbidrag till rekreationsanläggningar.

Organisationerna redovisar sin verksamhet och lämnar in sina ansökningar till Socialstyrelsen som följer upp och utvärderar de verksamheter som bedrivs med bidrag från anslaget. Regeringen bedömer att organisationerna genom sina verksamheter svarar för insatser som är av stor betydelse för personer med funktionshinder. Anslaget tillfördes 500 000 kronor på tilläggsbudget i samband med 2003 års ekonomiska vårproposition.

För att skapa ett nationellt kunskapscenter vid Mo Gård för samhällets stöd till personer med dövblindhet överförs 2 miljoner kronor till anslaget 16.3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd*.

Tabell 7.11 Härledning av anslagsnivå för 2004–2006, för 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget ¹	80 394	80 394	80 394
Förändring till följd av:			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag	-2 000	-2 000	-2 000
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	78 394	78 394	78 394

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 78 394 000 kronor skall anvisas under anslaget 16:4 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till vardera 78 394 000 kronor.

7.8.5 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tabell 7.12 Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

2002	Utfall	157 248	Anslags-sparande	
2003	Anslag	158 748 ¹	Utgifts-prognos	154 817
2004	Förslag	161 748		
2005	Beräknat	162 248		
2006	Beräknat	162 248		

¹Inklusive av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

Statsbidrag lämnas till handikapporganisationer. Bidraget regleras fr.o.m. den 1 juli 2000 enligt förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer. Enligt den nya förordningen ansvarar Socialstyrelsen fr.o.m. den 1 juli 2000 för såväl beslut om fördelning som administration av bidraget till handikapporganisationerna.

Regeringens överväganden

Handikapporganisationerna fyller en central funktion bland folkrörelserna i Sverige genom att följa och rapportera om livsvillkoren för funktionshindrade. Organisationerna bidrar också genom sitt arbete med att förverkliga de politiska målen för handikappolitiken.

I januari 2000 beslutade regeringen om en ny förordning (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer. I den nya förordningen definieras vad som avses med en handikapporganisation samt hur anslaget skall fördelas. Från och med andra halvåret 2000 förstärktes anslaget med 19,5 miljoner kronor varav 5,5 miljoner kronor var ett engångsbelopp för att underlätta övergången till det nya bidragssystemet. Från och med 2001 tillfördes ytterligare 14 miljoner kronor till anslaget, vilket innebar en sammanlagd nivåhöjning med 28 miljoner kronor per år.

I samband med att den nya förordningen trädde ikraft den 1 juli 2001 fick Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och redovisa effekterna av bestämmelserna i den nya förordningen. Myn-digheten redovisade resultaten i december 2001. De visade att en övervägande del av handikapporganisationerna anser att det nya regelsystemet är bättre och mer rättvist än det gamla. Kritik riktas dock mot det nya systemet då ett fåtal

gamla organisationer får och kommer att få kraftigt minskade bidrag. För att begränsa dessa negativa effekter tillfördes anslaget på tilläggsbudgeten i samband 2003 års ekonomiska vårproposition 1,5 miljoner kronor för 2003. Mot bakgrund av de effekter som beräknas för 2004 och 2005 höjs anslaget med ytterligare 3 miljoner kronor från och med 2004 och med 500 000 kronor från och med 2005, då det nya bidragssystemet är fullt genomfört.

Tabell 7.13 Härledning av anslagsnivå för 2004–2006, för 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	157 248	157 248	157 248
Förändring till följd av:			
Beslut	4 500	5 000	5 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	161 748	162 248	162 248

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 161 748 000 kronor anvisas under anslaget 16:5 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till vardera 162 248 000 kronor.

7.8.6 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tabell 7.14 Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

2002	Utfall	21 777	Anslags-sparande	2 141
2003	Anslag	20 126	Utgifts-prognos	21 764
2004	Förslag	22 794		
2005	Beräknat	23 483 ¹		
2006	Beräknat	24 199 ²		

¹ Motsvarar 22 795 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 22 794 tkr i 2004 års prisnivå.

Syftet med ersättningen till utrustning för elektronisk kommunikation är att ge personer som är döva, gravt hörselskadade, talskadade eller språkstörda möjlighet att kommunicera via ett kommunikationsnät.

De utgifter som belastar anslaget är ersättning till landstingen för inköp av sådan kommunika-

tionsutrustning, samt för utrustning som skall användas av närstående.

Verksamheten regleras fr.o.m. 1 oktober 2001 i förordningen (2001:638) om statsbidrag till utrustning för elektronisk kommunikation. Bidrag får dock lämnas för tid fr.o.m. den 1 juli 2001. Socialstyrelsen betalar ut statsbidraget i början av varje kvartal med en fjärdedel av det beräknade statsbidraget för det löpande kalenderåret till landstingen eller kommunalförbund som föreskriver sådan utrustning. Fördelningen av statsbidraget grundar sig på respektive landstings genomsnittliga förbrukning av bidraget de närmaste tre föregående åren och antalet bosatta i landstinget.

De huvudsakliga faktorerna som styr utgifterna under anslaget är antalet personer som har behov av sådan utrustning, utbyte av föråldrad utrustning och prisutveckling på framför allt ny teknik.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp effekterna för brukarna av de nya reglerna. Myn-digheten redovisade resultaten i juli 2003. Enligt en enkät som Socialstyrelsen skickade ut till landstingen har mellan 25 procent och 100 procent av medlen förbrukats under perioden kvartal tre 2001 och kvartal ett 2003. De förbrukade medlen har fördelats mellan två grupper av funktionshindrade: personer som är hörselskadade, döva och talskadade samt personer med dövblindhet. Den första gruppen fick i medeltal 86 procent av medlen och den andra gruppen fick i medeltal 14 procent.

Regeringens överväganden

Bildtelefoner med tillräckligt god kvalitet för att fungera för teckenspråkskommunikation har utvecklats och utrustningen bedöms uppnå rimliga kostnadsnivåer den närmaste tiden. Försöksverksamhet med medel till sådan utrustning har bedrivits inom Socialstyrelsen. Utveckling av multimedia med möjlighet att överföra såväl ljud som bild och text samtidigt ger ytterligare nya möjligheter att tillgodose målgruppens behov. Anslagssparandet vid utgången av år 2001 och 2002 uppgick till drygt 2 miljoner kronor. Anslagsnivån för 2003 minskades därför tillfälligt med detta belopp.

Tabell 7.15 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	20 126	20 126	20 126
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	463	1 085	1 732
Beslut			
Överföring till/från andra anslag	2 205	2 272	2 341
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	22 794	23 483	24 199

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 22 794 000 kronor anvisas under anslaget 16:6 *Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation* för 2004. För åren 2005 och 2006 beräknas anslaget till 23 483 000 kronor respektive 24 199 000 kronor.

7.8.7 16:7 Bilstöd till handikappade

Tabell 7.16 Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till handikappade

Tusental kronor

2002	Utfall	211 508	Anslags-sparande	-7 209
2003	Anslag	220 000 ¹	Utgifts-prognos	220 000
2004	Förslag	196 000		
2005	Beräknat	196 000		
2006	Beräknat	196 000		

¹ Inklusivt av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

Syftet med anslaget är att lämna bidrag till funktionshindrade personer och föräldrar med funktionshindrade barn för anskaffning och anpassning av motorfordon m.m. Bestämmelser om bilstöd finns i lagen (1988:360) om handläggning av ärenden om bilstöd till handikappade. Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna ansvarar för bilstödet. Stöd kan lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag. Fr.o.m. den 1 juli 1995 kan, under vissa förutsättningar, bidrag också lämnas till körkortsutbildning till den som beviljats bilstöd.

De huvudsakliga faktorer som styr utgifterna inom området är personkretsens omfattning, inkomstutvecklingen och prisutvecklingen på

marknaden för anpassning av fordon. Nytt bilstöd kan beviljas den som tidigare fått sådant om minst sju år förflutit sedan beslut senast fattades. Någon tidsbegränsning finns inte beträffande anpassningsbidrag. Den 1 november 1997 ändrades reglerna så att bilstödet måste användas inom sex månader från det att den som beviljats bilstöd fått besked om att bidraget kan betalas ut. Genom en förordningsändring under hösten 1997 begränsades utbetalningarna för bilstöd så att de för respektive budgetår ryms inom ramen för de medel som anslås.

Regeringens överväganden

Anslaget tillfördes 56 miljoner kronor på tilläggsbudget i samband med 2003 års ekonomiska vårproposition. Bilstödet ökar i denna proposition med 32 miljoner kronor fr.o.m. 2004.

Regeringen skall under hösten besluta om direktiv till en utredning för att se över stödet i ett bredare sammanhang och lämna förslag till att effektivisera och förbättra tillämpningen av stödet.

Tabell 7.17 Härledning av anslagsnivå för 2004–2006, för 16:7 Bilstöd till handikappade

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	164 000	164 000	164 000
Förändring till följd av:			
Beslut	32 000	32 000	32 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	196 000	196 000	196 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 196 000 000 kronor anvisas under anslaget 16:7 *Bilstöd till handikappade* för 2004. För åren 2005 och 2006 beräknas anslaget till 196 000 000 kronor.

7.8.8 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 7.18 Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

2002	Utfall	7 526 140	Anslags-sparande	326 415
2003	Anslag	8 436 000	Utgifts-prognos	8 749 000
2004	Förslag	10 061 000		
2005	Beräknat	11 466 000		
2006	Beräknat	12 906 000		

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

Anslaget disponeras av Riksförsäkringsverket. De allmänna försäkringskassorna administrerar och beslutar om ersättningen. Frågor om assistansersättning regleras i lagen (1993:389) om assistansersättning och i förordningen (1993:1091) om assistansersättning. Rätten gäller för svårt funktionshindrade personer som inte fyllt 65 år och som bor i eget boende, servicehus eller hos familj eller anhörig. Från och med den 1 januari 2001 gäller att personer som beviljats assistansersättning före 65 års ålder får behålla denna rätt även därefter.

Assistansersättning utgår under 2003 med 198,5 kronor per beviljad timme. Om det finns särskilda skäl kan försäkringskassan efter ansökan medge att schablonen får överskridas med de godkända faktiska kostnaderna – dock högst 12 procent. Kommunerna finansierar beviljad assistansersättning för de första 20 timmarna per vecka. De faktorer som styr utgifterna på anslaget är personkretsens omfattning, antalet beviljade assistanstimmar per vecka och beviljad assistansersättning per timme.

Regeringens överväganden

Såväl antalet personer som beviljats assistansersättning som antalet assistanstimmar har ökat kraftigt sedan reformen infördes 1994. Utgiftsökningen beror till största delen på att antalet assistanstimmar per person och vecka ökat väsentligt.

Tabell 7.19 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	8 436 000	8 436 000	8 436 000
Förändring till följd av:			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	331 000	707 000	1 140 000
Volym	1 294 000	2 323 000	3 330 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	10 061 000	11 466 000	12 906 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 10 061 000 000 kronor anvisas under anslaget 16:8 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2004. För åren 2005 och 2006 beräknas anslaget till 11 466 000 000 respektive 12 906 000 000 kronor.

7.8.9 16.9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd

Tabell 7.20 Anslagsutveckling 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2002	Utfall	27 059		Anslags-sparande	3 172
2003	Anslag	28 373 ¹		Utgifts-prognos	30 886
2004	Förslag	15 647			
2005	Beräknat	16 019 ²			
2006	Beräknat	16 309 ³			

¹ Inklusive av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

² Motsvarar 15 647 tkr i 2004 års prisnivå.

³ Motsvarar 15 647 tkr i 2004 års prisnivå.

Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) skall bidra till att uppnå målet för handikappolitiken genom att förbättra förutsättningarna för utbildning och studier för unga och vuxna personer med funktionshinder samt genom att med god kvalitet och kostandseffektivitet administrera och utveckla olika stöd som behövs i och omkring studiesituationen för personer med funktionshinder. Sisus har fr.o.m. 2001 även uppgiften att verka för kompetensutveckling inom all offentlig verksamhet när det gäller bemötande av personer med funktionshinder. Vidare ger Sisus kansliservice till Nämnden

för Rh-anpassad utbildning. Sisus har ansvaret för att samordna och genomföra aktiviteter på nationell nivå med anledning av det Europeiska handikappåret 2003.

Myndigheten har fått ökade arbetsuppgifter enligt den nationella handlingsplanen för handikappolitiken. Anslaget höjdes på tilläggsbudget i samband med 2000 års ekonomiska vårproposition med 1,5 miljoner kronor. Fr.o.m. 2001 har anslaget tillförts sammanlagt 12 miljoner för kompetensutvecklingsinsatser i enlighet med inriktningen i den nationella handlingsplanen varav 9 miljoner kronor avser stimulansbidrag till särskilda projekt under åren 2001 – 2003. Sisus hade vid ingången av budgetåret 16 anställda och vid utgången 18 anställda.

Fr.o.m. 1 juli 2001 övertog Sisus hanteringen av vissa bidrag som hittills administrerats av Centrala studiestödsnämnden. Det gäller korttidsstudiestöd, internatbidrag och timersättning inom Särsvux. Medel har tillförts fr.o.m. 2001 för de ökade administrationskostnaderna.

Regeringens överväganden

I sin årsredovisning för budgetåret 2002 redovisar Sisus sin verksamhet under verksamhetsgrenarna bidrag till utbildningsanordnare, handläggning av bemötandefrågor och information om tillgänglighet vid universitet och högskolor. Sisus verksamhet utvecklas i enlighet med verksamhetsmålen. Myndigheten har under året fortsatt att utveckla administrationen av bidragshanteringen och olika uppföljningsinstrument samt arbetat med att förbättra sina prognoser för statsbidragen. Sisus har även bedrivit ett omfattande samarbete med berörda intressenter för att utveckla stödet till den offentliga sektorn i bemötandefrågor.

Mellan 2001 och 2002 har förvaltningskostnaderna ökat med knappt 25 procent. De ökade kostnaderna beror till stor del på ökade lönekostnader till följd av nya anställningar för att fullgöra nya uppdrag.

Sisus får i enlighet med regeringsbeslut i maj 1998 ta ut avgift av Folkbildningsrådet för att registrera ansökningar och redovisningar samt bereda rådets beslut avseende förstärkningsbidraget till folkhögskolor. Insatsen innebär att Sisus får en helhetsbild av handikappinsatserna på folkhögskolorna. Den bidragsfinansierade

verksamheten skall ha som mål full kostnads-täckning.

Förändringar i betalningssystemet för verksamheten med boende, omvårdnad och habilitering infördes den 1 juli 2001 i enlighet med regeringens proposition 1998/99:105 Elever med funktionshinder – ansvar för utbildning och stöd. Sisus administrerar sedan dess det nya systemet och har också fått ett större ansvar för förhandlingarna och överenskommelserna med huvudmännen som ansvarar för verksamheten. För att täcka Sisus kostnader för dessa administrationsuppgifter, som också innefattar utveckling av den tekniska utrustningen, tillfördes anslaget 1 miljon kronor fr.o.m. 2002.

Mot bakgrund av den ökande efterfrågan och rekryteringen till kortare studier under 2002 tillför regeringen under kommande verksamhetsår ytterligare medel motsvarande 25 miljoner kronor för att fler skall kunna erbjudas bidrag vid korttidsstudier. I reformen ingår medel till administration motsvarande 1,2 miljoner kronor för att stärka LO, TCO och Sisus förutsättningar att hantera den ökade verksamheten.

År 2003 höjdes anslaget tillfälligt med ca 2 miljon kronor för särskilda insatser när det gäller att kartlägga och utveckla insatser för dövblinda samt för insatser i samband med det Europeiska handikappåret. Ytterligare 2 miljoner kronor tillfördes på tilläggsbudget under år 2003 för detta ändamål.

Reformen finansieras inom studiestödsverksamhetens ramar.

Tabell 7.21 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	26 373	26 373	26 373
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	532	1 171	1 671
Beslut ³	329	337	343
Överföring till/från andra anslag	-2 190	-2 242	-2 283
Övrigt	-9 397	-9 620	-9 795
Förslag/beräknat anslag	15 647	16 019	16 309

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

³ Avser medel för revision, se avsnitt 3.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 15 647 000 kronor anvisas under anslaget 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 16 019 000 respektive 16 309 000 kronor.

7.8.10 16:10 Handikappombudsmannen

Tabell 7.22 Anslagsutveckling 16:10 Handikappombudsmannen

Tusental kronor

2002	Utfall	16 385	Anslags-sparande	735
2003	Anslag	17 425 ¹	Utgifts-prognos	17 549
2004	Förslag	18 682		
2005	Beräknat	18 592 ²		
2006	Beräknat	18 878 ³		

¹ Inklusive av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

² Motsvarar 18 182 tkr i 2004 års prisnivå.

³ Motsvarar 18 181 tkr i 2004 års prisnivå.

Enligt lagen (1994:749) om Handikappombudsmannen (HO) har till uppgift att bevaka frågor som angår funktionshindrade personers rättigheter och intressen. HO skall arbeta med uppföljning och utvärdering och kan ge enskilda stöd och hjälp att få sina rättigheter och intressen tillgodosedda.

En viktig del i HO:s arbete är att i Sverige bevaka efterlevnaden av FN:s standardregler om delaktighet och jämlikhet för personer med funktionshinder. HO har också i uppgift att bevaka lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av personer med funktionshinder och lagen (2001:1286) om lika-behandling av studenter i högskolan samt lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering. HO kan även föra talan i domstol för enskilda som anser sig diskriminerade.

HO:s verksamhet är uppdelad på två verksamhetsgrenar:

- Granskning, juridiskt stöd och rådgivning
- Nationellt tillgänglighetscentrum

År 2002 arbetade 17 personer vid HO varav 6 arbetar med tillgänglighetscentrets verksamhet.

Under år 2003 har Handikappombudsmannen färdigställt riktlinjer till krav för hur myndigheterna praktiskt ska verka för att göra lokaler, verksamhet och information tillgängliga för personer med funktionshinder i enlighet med förordningen (2001:526) om de statliga myndighe-

ternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken.

Regeringens överväganden

Genom den nya lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering har skyddet mot diskriminering av funktionshindrade utvidgats till att gälla nya samhällsområden; t.ex. arbetsmarknadspolitisk verksamhet, start eller bedrivande av näringsverksamhet, yrkesutövning samt yrkesmässigt tillhandahållande av varor, tjänster och bostäder. För dessa ändamål förstärks Handikappombudsmannens anslag med 1 miljon kronor för 2003 i enlighet med förslag på tilläggsbudget samt med 1,5 miljoner kronor för 2004 och fr.o.m. 2005 med 1 miljon kronor

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 18 682 000 kronor anvisas under anslaget 16:10 *Handikappombudsmannen* för 2004. För åren 2005 och 2006 beräknas anslaget till 18 592 000 kronor respektive 18 878 000 kronor.

Tabell 7.23 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 16:10 Handikappombudsmannen

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	16 425	16 425	16 425
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	526	909	1 176
Beslut ³	231	236	240
Överföring till/från andra anslag	1 500	1 022	1 038
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	18 682	18 592	18 878

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

³ Avser medel för revision, se avsnitt 3.2

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 här redovisas som äldrepolitik är huvudsakligen sådana som kommuner 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.

8.2 Utgiftsutveckling

Tabell 8.1 Utvecklingen inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2002	Anslag 2003 ¹	Utgifts- prognos 2003	Förslag anslag 2004	Beräknat anslag 2005	Beräknat anslag 2006
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	29,0	36,4	44,3	29,9	26,4	26,4
Totalt för politikområde Äldrepolitik	29,0	36,4	44,3	29,9	26,4	26,4

¹ Inklusive av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

8.3 Mål

Målet för politikområdet är att äldre skall

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

8.4 Politikens inriktning

Samhällsutvecklingen ställer äldrepolitiken inför en rad utmaningar. Faktorer som i hög grad påverkar insatserna inom området är bl.a. den demografiska utvecklingen med ett successivt ökat antal äldre personer samt kommuners och landstings begränsade ekonomiska förutsättningar. På kort sikt måste politiken inriktas på att skapa förutsättningar för huvudmännen att komma till rätta med brister inom vården och omsorgen om äldre personer. På längre sikt måste politiken utformas så att samhällets uppdrag att erbjuda alla äldre en god vård och omsorg kan säkras. Detta är avgörande för medborgarnas tilltro till den generella välfärden. Förutsättningarna för en långsiktigt positiv utveckling inom vård och omsorg är att stat, kommun och landsting samverkar kring angelägna frågor. Regeringen har därför inlett diskussioner med företrädare för Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet om möjligheterna att utveckla bl.a. kvaliteten och tillgängligheten i vård och omsorg. Målsättningen är att etablera ett långsiktigt samarbete kring angelägna frågor.

Det långsiktiga arbetet handlar också om att värna vår nuvarande modell med en solidarisk och gemensam finansiering av vård och omsorg. Det nya regelverket för att fastställa egenavgifter som infördes den 1 juli 2002 respektive den 1 januari 2003 och som innebär ett förstärkt skydd för enskilda mot höga avgifter, skall utvärderas. En första uppföljning som genomförts av Socialstyrelsen visar att syftena och intentionerna bakom reformen i huvudsak har uppfyllts.

Kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen är en av de absolut viktigaste framtidsfrågorna inom politikområdet. Betydande nyrekryteringar kommer att behöva göras under kommande år för att kommunerna skall kunna

fullgöra sitt uppdrag att erbjuda alla äldre med behov, en god vård och omsorg. För att klara denna utmaning krävs gemensamma krafttag av huvudmännen inom vård och omsorg. Även staten måste bidra i detta arbete. För kommuner och landsting handlar det främst om att inom ramen för befintliga finansieringsmöjligheter åstadkomma en så god arbetsmiljö och så attraktiva arbetsvillkor som möjligt. Staten måste se till bl.a. att de olika regelverk och andra insatser som styr eller på annat sätt påverkar arbetet med kompetensutveckling i kommuner och landsting har en ändamålsenlig utformning. Statens insatser måste också syfta till att åstadkomma en ökad tillväxt i ekonomin och ett ökat antal sysselsatta så att mer resurser kan styras till vård och omsorg, utan att andra sektorer drabbas av arbetskraftsbrist.

År 2003 beräknas antalet personer med demenssjukdom uppgå till cirka 140 000 personer varav de flesta är kvinnor. Demenssjukdomarna är kroniska och leder ofta till svårt psykiskt lidande för de drabbade och deras anhöriga. Vården och omsorgen om demenssjuka svarar för en mycket stor och ökande andel av kommunernas vård- och omsorgskostnader. Anhörigas insatser är trots detta betydande. Regeringen bedömer att det framöver kommer att krävas insatser inom både kommuner och landsting för att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom.

Många äldre känner sig osäkra på vad samhället kan erbjuda den dag de själva behöver hjälp med insatser av olika slag. Regeringen anser det angeläget att äldres behov och intressen i dessa avseenden aktivt följs upp inom socialtjänsten i kommunerna. Det kan t.ex. ske genom hembesök från kommunens sida. Hembesök ger också möjlighet att förebygga sjukdom och ohälsa bl.a. genom information om hur man minimerar riskerna för olycksfall i hemmet samt genom rådgivning om kost, motion och andra livsstilsfrågor.

Allt fler äldre får sina service-, vård- och omsorgsbehov tillgodosedda av anhöriga och allt lägre andel beviljas hemtjänst. Många anhöriga som utför dessa insatser får i dag inte tillräckligt med stöd och hjälp från samhället även om utvecklingen av stödet har förbättrats under senare år bl.a. genom det statliga stimulansbidraget, Anhörig 300, som kommunerna kunnat ta del av. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har tecknat ett avtal

med staten om fortsatt utveckling av stödet till anhöriga. Frågan om anhörigas rättsliga ställning bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Av stor betydelse för rättssäkerheten inom vård och omsorg är att beslut som ger rätt till insatser från samhällets sida verkligen verkställs. Emellertid förekommer det att kommuner underlåter att i rimlig tid verkställa såväl domstolsbeslut som egna för den enskilde gynnande beslut som ger rätt till vissa insatser. Mot denna bakgrund har riksdagen på regeringens initiativ beslutat att fr.o.m. den 1 juli 2002 införa en möjlighet för förvaltningsdomstol att utdöma en sanktionsavgift till kommuner som inte verkställer domstolsbeslut om kommunala insatser. Regeringen avser att noga följa utvecklingen på området och om så krävs lägga fram förslag på fortsatta åtgärder som ytterligare ökar rättssäkerheten för enskilda inom vård och omsorg.

En effektiv tillsyn är viktig för att snabbt kunna uppmärksamma och påpeka brister inom äldreomsorgen samt för att kunna bidra till kunskaps- och metodutveckling inom området. Det är också angeläget att tillsynens roll och innehåll utvecklas i takt med förändrade krav och behov. Tillsynen har nyligen förstärkts genom att medel har utgått till länsstyrelserna för anställning av uppemot 100 äldreskyddsombud. Medel har också tillförts Socialstyrelsens tillsyn. Regeringen avser att medverka till en fortsatt utveckling av tillsynen. Det är bl.a. angeläget att samarbetet mellan de båda tillsynsmyndigheterna ytterligare kan utvecklas.

Kvaliteten inom äldreomsorgen måste systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Regeringen har inom ramen för den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla metoder och system för informationsöverföring mellan huvudmännen samt bättre verksamhetsuppföljning inom vården. Arbetet skall bedrivas i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Syftet är att åstadkomma en mer allsidig och tillförlitlig beskrivning av vården och omsorgen om äldre. Regeringen anser att det är angeläget att Socialstyrelsens normerande roll tydliggörs och stärks. Regeringen har därför beslutat att myndigheten skall utveckla sin normering inom områden där det finns behov av statlig vägledning.

Forskningen om vård och omsorg för äldre har länge varit ett eftersatt område. Bl.a. mot denna bakgrund har regeringen, inom ramen för

den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, initierat satsningar på dels regionala FoU-center dels centrumbildningar för longitudinell forskning. Den longitudinella forskningen är en långsiktig satsning med syfte att säkerställa ett kunskapsunderlag för att samhället skall kunna möta de framtida behoven av välfärdsinsatser för äldre personer. Forskningen syftar bl.a. till att klarlägga faktorer bakom ett åldrande med god hälsa och livskvalitet för att på så sätt öka möjligheterna till ett effektivt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Vidare syftar forskningen till att utveckla metoder och arbetssätt för en god uppföljning av vården och omsorgen om äldre från ett helhetsperspektiv.

8.5 Insatser

8.5.1 Insatser inom politikområdet

De insatser som redovisas inom politikområdet äldrepolitik syftar bl.a. till att utveckla kvaliteten och tillgängligheten inom vård och omsorg samt öka äldres ekonomiska och sociala trygghet. Ansvar för dessa insatser vilar primärt på kommunerna, men även landstingen och staten svarar för betydelsefulla insatser.

Ny lag om samverkan i gemensam nämnd

Brister i samverkan mellan kommuner och landsting har lett till bristande kvalitet, försämrad kontinuitet i huvudmännens insatser och därmed otrygghet för berörda personer. Regeringen beslutade i december 2002 proposition 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet. Propositionen antogs av riksdagen i maj 2003. Riksdagens beslut innebär bl.a. att en ny lag (2003:192) infördes från och med den 1 juli 2003 som möjliggör för kommuner och landsting att samverka i en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter inom vård- och omsorgsområdet. Syftet är främst att underlätta en gemensam finansiering och prioritering mellan parterna. Samtidigt ändras kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård så att en kommun blir betalningsansvarig först när patienten är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad.

Översyn av vård och omsorg om äldre

Ädelreformen beslutades för drygt tio år sedan. Ett flertal uppföljningar har visat att intentionerna bakom reformen i stort har infriats men att det alltså finns olösta problem som främst rör olika aspekter av samverkan mellan huvudmännen. Regeringen har i april 2003 tillkallat en särskild utredare med uppdrag att genomföra en översyn av vården och omsorgen om äldre med fokus på samverkan mellan kommunernas omsorg samt hälso- och sjukvård och landstingens hälso- och sjukvård. Målgruppen för översynen är främst äldre människor med sammansatta, komplexa och/eller snabbt föränderliga vårdbehov. Utredningens resultat skall redovisas till regeringen senast den 31 januari 2004.

Rättssäkerhet

Ett uppmärksammat problem inom äldreomsorgen är att kommuner inte inom rimlig tid verkställer gynnande beslut enligt socialtjänstlagen (SoL) vilket medför att äldre personer inte får den vård, den omsorg och det stöd de är i behov av. De flesta ej verkställda besluten och avslagen gäller särskilda boendeformer. Regeringen har i april 2003 gett Socialstyrelsen och Boverket i uppdrag att i samverkan se över och analysera skäl och orsaker till att äldre personer och personer med funktionshinder i vissa fall inte får ett gynnande beslut verkställt samt redovisa åtgärder som kan bidra till att öka tillgången på särskilda boendeformer. Myndigheterna skall senast den 1 december 2003 redovisa åtgärder som kan bidra till att öka tillgången på särskilda boendeformer. Regeringen har vidare i juli 2003 beslutat tillkalla en särskild utredare med uppdrag att analysera problemet med icke verkställda beslut utifrån främst olika rättsliga aspekter. Även beslut enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade omfattas av detta uppdrag. Med utgångspunkt av analysen skall utredaren föreslå åtgärder som kan bidra till en förbättrad rättssäkerhet för enskilda. Uppdraget skall redovisas senast den 1 september 2004.

Förstärkt tillsyn

Regeringen bedömer att länsstyrelsernas och Socialstyrelsens tillsyn behöver skärpas och att de båda tillsynsmyndigheterna i ökad utsträckning bör samordna sina insatser. Ett led i detta arbete är att öka antalet besök och inspektioner. Riksdagen har på regeringens förslag beslutat att fr.o.m. 2003 förstärka tillsynen enligt social-

tjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen med sammanlagt 50 miljoner kronor. Vid länsstyrelserna skall medelförstärkningen användas till att anställa äldreskyddsombud. Medlen beräknas räcka till uppemot 100 tjänster. Skyddsombudens uppgift är att utifrån ett medborgarperspektiv bedriva operativ tillsyn inom äldreomsorgen. Tillsynen skall omfatta bl.a. hemtjänst dels i ordinärt boende, dels i olika former av särskilt boende, dagverksamheter och andra verksamheter inom äldreomsorgen där äldre vistas. Medelförstärkningen vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter skall användas till att öka antalet tillsynsinsatser samt utveckla tillsynen av insatser i äldreomsorgen som innehåller inslag av både vård och omsorg och där både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen kan vara tillämpliga. Socialstyrelsen skall senast den 15 juni 2004 redovisa för regeringen hur de utökade medlen för tillsyn vid tillsynsmyndigheterna har använts under 2003.

Kompetensförsörjningen

År 2001 arbetade knappt 280 000 månadsanställda personer inom den kommunala vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer varav cirka 30 000 personer var verksamma inom privata vård- och omsorgsföretag. Antalet anställda har ökat något under senare år, framför allt inom de privata företagen. Behovet av att nyanställa personal är dock fortfarande stort i många kommuner. Möjligheterna för kommunerna att fullt ut kunna tillgodose detta behov är emellertid begränsade bl.a. på grund av den ansträngda ekonomiska situation som många kommuner befinner sig i samt bristen på personal med rätt kompetens. Bilden kompliceras av att pensionsavgångarna har ökat och förväntas öka ytterligare under kommande år. En annan försvårande omständighet är den ökande sjukfrånvaron. Allt detta ökar behoven av nyrekryteringar och ställer också större krav på kommunerna att utveckla långsiktigt hållbara strategier för sin kompetensförsörjning. Bl.a. mot denna bakgrund har regeringen gett tio statliga myndigheter i uppdrag att – utifrån berörda myndigheters perspektiv och ansvar – utarbeta en gemensam plan för kompetensförsörjning inom kommunernas vård och omsorg. Uppdraget kommer att redovisas i maj 2004. Verksamheten inom vård och omsorg ställer också allt högre krav på bl.a. arbetsledarfunktion-

nen. Högskoleverket har för närvarande regeringens uppdrag att se över den sociala omvårdnadsutbildningen och socionomutbildningen.

Konkurrensutsättningen

Under 1990-talet skedde en kraftig ökning av äldreomsorg utförd av privata entreprenörer, inom såväl ordinärt som särskilt boende. Av de drygt 265 000 personer som i dag erhåller hemtjänst/hemsjukvård eller bor i särskilt boende får drygt 25 000 personer hjälp från privata vårdgivare. Kunskaperna om eventuella kvalitetskillnader mellan vård och omsorg i offentlig respektive privat regi är bristfälliga. Mot denna bakgrund beslutade regeringen i april 2003 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda frågan. Myndigheten skall härutöver genomföra en kartläggning av omfattningen av konkurrensutsättningen. Uppdraget skall redovisas i två etapper, senast den 27 februari respektive den 30 juni 2004.

Pensionärsorganisationer

Organisationer som företräder äldres intressen har, under vissa förutsättningar, möjlighet att erhålla statsbidrag i enlighet med förordningen om statsbidrag till pensionärsorganisationer (1994:316). År 2003 uppgick bidraget till knappt 4 miljoner kronor. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att besluta om fördelning av bidraget. För 2003 finns dessutom ytterligare 1 miljon kronor till regeringens disposition för utökat organisationsstöd.

8.5.2 Insatser utanför politikområdet

Insatser av betydelse för äldre personer utförs även inom andra politikområden än äldrepolitiken, bl.a. inom hälso- och sjukvården, inom socialförsäkringssystemet samt inom rättsväsendet. Ansvar för att genomföra insatserna ligger i hög utsträckning på staten och när det gäller hälso- och sjukvård även landstingen. Även kommunerna ansvarar för vissa insatser, främst sådana som har anknytning till vård och omsorg.

En av förutsättningarna för att uppnå god kvalitet inom äldreomsorgen är att det finns tillräckligt med personal och att dessa har rätt kompetens. Trots stora rekryteringssvårigheter inom vård och omsorg har det under många år funnits en högre andel deltidsarbetslösa inom denna sektor än inom andra sektorer. Genom

olika åtgärder har dock deltidsarbetslösheten kunnat reduceras med nästan 50 procent mellan november 1999 och oktober 2002. För att ytterligare försöka reducera deltidsarbetslösheten avser regeringen att avsätta sammanlagt 250 miljoner under perioden 2002–2004 för olika insatser. Medlen kommer främst att användas för att pröva nya arbetsorganisationer och arbetssätt som skapar fler heltidsarbeten. Medel kommer också att avsättas till flera myndigheter för kompetensutveckling av deltidsarbetslösa, aktionsinriktad forskning samt informationsinsatser.

Regeringen har i april 2002 tillkallat kommittén Förmyndare, gode män och förvaltare (Dir. 2002:55). Kommittén behandlar frågor om rättskyddet för bl.a. äldre personer som inte längre har förmåga att fatta egna beslut. Behörigheten för den som är ställföreträdare för en sådan person behöver förtydligas eller revideras, särskilt i de fall när personen skall bli föremål för någon vård- eller omsorgsinsats. Kommittén skall lämna sitt slutbetänkande senast den 1 juli 2004.

Regeringen har i augusti 2002 tillkallat en kommitté (Dir. 2002:108) med uppdrag att göra en översyn av lagen om färdtjänst (1997:736) samt vissa frågor i anslutning till den. Bakgrunden är bl.a. att många kommuner har blivit mer restriktiva med att bevilja färdtjänst samtidigt som den allmänna kollektivtrafiken inte har utvecklats i motsvarande takt. Kommittén skall lämna sitt slutbetänkande senast den 1 november 2003.

Regeringen har i januari 2003 beslutat att tillkalla en parlamentarisk kommitté med det övergripande uppdraget att se över strukturen och uppgiftsfördelningen inom hela samhällsorganisationen (Dir. 2003:10). Kommittén skall bl.a. identifiera, belysa och övergripande analysera de samhällsförändringar som kan föranleda behov av förändringar av strukturen och uppgiftsfördelningen i relationen mellan staten, landstingen och kommunerna. Kommittén skall redovisa ett delbetänkande senast den 15 december 2003. I en andra etapp skall kommittén göra en fördjupad analys och bedömning av strukturen och uppgiftsfördelningen och föreslå förändringar där kommittén finner det motiverat.

8.6 Resultatbedömning

Målet för år 2003 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.

8.6.1 Resultat

Riksdagen beslutade i november 2001 om regeringens proposition 2000/01:149 Avgifter inom äldre- och handikappomsorg. Beslutet innebar att nya och ändrade avgiftsbestämmelser infördes i socialtjänstlagen varav flertalet trädde i kraft den 1 juli 2002. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp effekterna av de nya och ändrade bestämmelserna. En första redovisning lämnades i mars 2003. Enligt Socialstyrelsen har de nya bestämmelserna medfört att enskilda personer i olika inkomstlägen har fått ett bättre skydd mot höga avgifter. Rättssäkerheten har också ökat genom att enskilda har fått möjlighet att överklaga individuella avgiftsbeslut till förvaltningsdomstol. Vidare har de stora kommunala olikheterna när det gäller avgiftsnivåer, förbehållsbeloppets innehåll och nivå samt beräkning av den enskildes avgiftsgrundande inkomst minskat. Emellertid visar uppföljningen också att vissa negativa konsekvenser har uppkommit för ett mindre antal personer. Bl.a. är det idag färre kommuner än tidigare som jämkar avgifter för mat vilket har medfört att vissa personer i främst särskilt boende har fått högre sammanlagda avgifter för omsorg och mat än tidigare. Frågan bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att gemensamt med länsstyrelserna kartlägga, följa upp och redovisa om det förekommer att kommuner inkomstprövar rätten till äldre- och handikappomsorg. I rapporten *Ekonomisk prövning* som lämnades till regeringen i juni 2003 redovisas kommunernas policys när det gäller hjälp med städning och inköp av dagligvaror. Vidare redovisas förekomsten av inkomstprövning av rätten till dessa insatser. Enligt rapporten är det mycket ovanligt att inkomstprövning förekommer men däremot har det skett en kraftig ökning av antalet kommuner som prövar om anhöriga och närstående kan utföra insatserna. Flertalet kommuner genomför idag en sådan prövning.

I december 2002 överlämnade regeringen skrivelsen *Uppföljning av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken* (rskr. 2002/03:30) till riksdagen. I skrivelsen redogörs för utvecklingen inom äldreområdet under perioden 1999–2002. Regeringens samlade bedömning är att handlingsplanen har bidragit till en positiv utveckling inom ett flertal områden av betydelse för äldre personer. Nämnas bör bl.a. införandet av äldreförsörjningsstödet samt de nya och ändrade reglerna för fastställande av omsorgsavgifter. De äldres rättssäkerhet har stärkts genom flera lagändringar och en ökad tillsyn via Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Stimulansbidragen för utveckling av uppsökande verksamhet respektive anhörigstöd har varit särskilt framgångsrika. Statsbidragen till fortbildning av arbetsledare och biståndsbedömare har också gett goda resultat. Även andra satsningar av betydelse för äldre har genomförts. Bland annat har tandvårdsstödet förbättrats och ett nytt ålderspensionssystem införts. Fortsatt arbete krävs dock, bl.a. för att utveckla samverkan mellan kommuner och landsting, t.ex. när det gäller rehabilitering för äldre.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att leda, följa upp och utvärdera resultaten från försöksverksamheter med uppsökande verksamhet bland äldre. En slutrapport lämnades i december 2002, *Förebyggande hembesök*. Försöksverksamheter har bedrivits på 21 orter i landet. Sammanlagt har över 4 000 äldre regelbundet tagit emot besök i sitt hem. Den personal som genomfört hembesöken har bl.a. kunnat hjälpa den äldre med problem av somatisk karaktär samt bistå med rådgivning kring praktiska frågor som t.ex. kost och matlagning. Vidare har åtgärder kunnat vidtas för att minska risken för bl.a. fallolyckor. I några försöksverksamheter har man redan under projektiden kunnat notera att behoven av att uppsöka läkarvård minskat. Socialstyrelsens bedömning är att verksamheterna har gett goda resultat. Såväl äldre som tagit emot besök som den personal som har genomfört besöken är nöjda med utfallet. Hälften av de kommuner som deltagit i försöken har beslutat att fortsätta genomföra hembesök efter projektidens slut.

Anhörigas roll och betydelse som vårdgivare till äldre och personer med funktionshinder är väl dokumenterad och erkänd. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag kartlagt utvecklingen i kommunerna ett år efter det att det statliga

stimulansbidraget på området upphört. I maj 2003 redovisade myndigheten rapporten *Ett år efter Anhörig 300*. Socialstyrelsen konstaterar att det har skett en påtaglig utveckling inom området men att det inte säkert kan avgöras i vilken utsträckning anhörigstödet verkligen når dem som behöver stöd. Det beror bl.a. på brister i den officiella statistiken. Socialstyrelsens bedömning är att det återstår mycket arbete, bl.a. med att utveckla kvaliteten på stödinsatserna, innan utbudet av stöd till anhöriga motsvarar de faktiska behoven.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt utvecklingen av insatser som syftar till att öka äldres inflytande inom vård och omsorg. Med brukarinflytande avses i första hand den enskilde äldres möjligheter att påverka omfattning, innehåll etc. i den vård och omsorg som han eller hon erhåller. En redovisning av resultatet lämnades till regeringen i december 2002, *Avrapportering av Socialstyrelsens projekt om brukarinflytande i vård och omsorg om äldre*. Resultatet visar bl.a. att flertalet kommuner aktivt arbetar med att öka brukarinflytandet, även om ambitionsnivåer och metoder skiftar mellan kommunerna. Socialstyrelsen anser att frågor om brukarinflytande bör utgöra en del i kommunernas och de privata vårdföretagens långsiktiga planering och att arbetet med att utveckla brukarinflytandet bör utvärderas så att positiva och negativa erfarenheter kan tas tillvara.

8.6.2 Analys och slutsatser

Ett flertal insatser av betydelse för äldre personer har under senare år genomförts inom såväl äldrepolitiken som inom angränsande politikområden. Regeringens bedömning är att insatserna har bidragit till en utveckling av bl.a. kvaliteten och tillgängligheten i vård och omsorg samt enskildas rättssäkerhet, ekonomi och möjligheter att påverka innehållet i vård och omsorg. Flera av insatserna ligger tydligt i linje med de mål som riksdagen har lagt fast för äldrepolitiken. Emellertid kan konstateras att det alltså finns problem och brister på många områden inom främst vård och omsorg. I det perspektivet framstår det angeläget med fortsatta insatser.

Den äldre befolkningen ökar

I dag är ungefär 1,5 miljoner personer äldre än 65 år och 450 000 är 80 år eller äldre. Cirka 265 000 personer är beviljade insatser inom äldreomsorgen. År 2020 beräknas drygt 2 miljoner personer vara 65 år eller äldre medan antalet personer äldre än 80 år beräknas uppgå till drygt en halv miljon. Stora förändringar sker i befolkningens civilstånd. Drygt 40 procent av alla män och 80 procent av alla kvinnor 80 år och äldre lever i ensamhushåll vilket belyser de skilda förutsättningarna mellan män och kvinnor vad gäller möjligheterna att få hjälp och stöd från en sammanboende. Den snabba ökningen av den äldre befolkningen kommer att medföra ett successivt ökat vård- och omsorgsbehov. De förväntningar som finns om ett fortsatt förbättrat hälsotillstånd bland äldre kommer endast i begränsad utsträckning att kunna bromsa denna utveckling. Hur samhället kan möta de förväntade ökade vård- och omsorgsbehoven beror i hög utsträckning på den fortsatta ekonomiska utvecklingen.

Efter ett antal relativt gynnsamma år har kommunernas ekonomi försämrats på många håll samtidigt som kostnaderna för vård och omsorg snabbt ökar. Kommunernas samlade kostnader för äldreomsorg uppgår i dag till drygt 71 miljarder kronor (2001), en ökning med närmare 23 procent jämfört med 1995 (fasta priser). Kostnaderna varierar kraftigt mellan olika kommuner. Skillnaden i kronor per invånare var cirka 2,5 gånger större i den kommun där äldreomsorgen kostade mest jämfört med den kommun där den kostade minst. För att förbättra kommuners och landstings möjligheter att bibehålla och utveckla tillgängligheten och kvaliteten inom vissa kommunala verksamheter, bl.a. vård och omsorg, har staten mellan åren 1996 och 2002 tillfört kommun- och landstingssektorn cirka 24 miljarder kronor i generella statsbidrag. Härutöver har två miljarder kronor tillförts det generella statsbidraget fr.o.m. 2003 inom ramen för den särskilda satsning som gjorts på vård och omsorg. I samma syfte kommer ytterligare en miljard kronor att tillföras det generella statsbidraget fr.o.m. 2004.

Kvalitet

Under den senaste 10-årsperioden har det skett en ökad koncentration av äldreomsorgens insatser till personer med mer omfattande vård- och omsorgsbehov, delvis på bekostnad av personer med behov av enklare omsorgs- eller serviceinsatser. Insatserna har allt mer koncentrerats till de allra äldsta och mest hjälpbehövande. En konsekvens av detta är att anhöriga i allt större utsträckning får ta ansvar för att tillgodose närståendes behov av främst omsorg och service. Det är naturligt att anhöriga vill hjälpa och stödja sina föräldrar, släktingar eller andra närstående. Det förekommer dock att anhöriga känner sig mer eller mindre tvingade att bistå med hjälp därför att kommunen i deras tycke är alltför restriktiv med att bevilja hemtjänstinsatser. Regeringen anser att kommunerna har ett mycket långtgående ansvar enligt socialtjänstlagen att tillgodose äldres behov av vård, omsorg men också service, särskilt om insatserna kan bidra till att fördröja behovet av mer omfattande insatser senare i livet. Även begränsad hjälp med enklare vardagsbestyr kan vara av stor betydelse för äldre och många gånger också fungera förebyggande genom att behovet av mer omfattande insatser därmed skjuts på framtiden. Några kommuner har infört möjligheter för äldre att erhålla hemtjänstinsatser utan föregående biståndsbedömning, bl.a. i syfte att förebygga och fördröja vård- och omsorgsbehov senare i livet. Regeringen följer noga utvecklingen i dessa kommuner.

Kommunerna har ett ansvar enligt socialtjänstlagen att stödja och på olika sätt hjälpa anhöriga som vårdar och hjälper en närstående. Det arbete med att utveckla olika stödformer för anhöriga som genomförts i kommunerna under senare år inom ramen för det statliga stimulansbidraget har – enligt Socialstyrelsen som följt satsningen – varit mycket framgångsrikt. Det är angeläget att detta utvecklingsarbete nu kan fortsätta i mer etablerade former i kommunerna. En annan fråga som regeringen anser behöver övervägas är anhörigas rättsliga ställning. Frågan bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

En av förutsättningarna för att uppnå god kvalitet inom äldreomsorgen är att det finns tillräckligt med personal och att personalen har rätt kompetens. Stat, kommuner och landsting vidtar en rad åtgärder för att främja personalrekryteringen. Syftet med insatserna i den gemensamma plan som tio myndigheter skall ta fram är att

skapa bättre förutsättningar för kommuner och företag att fullgöra sitt ansvar som huvudmän för och/eller utförare av vård och omsorg. Den höga sjukfrånvaron inom bl.a. vård och omsorg försvårar möjligheterna för kommunerna att upprätthålla en god personalbemanning. Regering och riksdag har under senare år vidtagit ett flertal åtgärder i syfte att minska sjukfrånvaron bl.a. inom ramen för det s.k. 11-punktsprogrammet.

Ej verkställda beslut

Regeringen har vid flera tillfällen kritiserat kommuner som inte i rimlig tid verkställer beslut eller domar som ger enskilda rätt till insatser inom socialtjänsten. Även riksdagen har uppmärksammat problemet i ett tillkännagivande till regeringen. Förvaltningsdomstolar har sedan den 1 juli 2002 möjlighet att utdöma en s.k. sanktionsavgift till kommuner som inte verkställer domstolsbeslut enligt SoL eller LSS. Som tidigare redovisats har regeringen nyligen via direktiv riktade till dels en statlig kommitté, dels Socialstyrelsen och Boverket inom ramen för ett regeringsuppdrag, begärt in analyser och förslag för att få underlag för fortsatta åtgärder på området. Regeringen avser att återkomma till riksdagen i frågan.

Rehabilitering

Regeringen har vid ett flertal tillfällen och i olika sammanhang pekat på betydelsen av en väl fungerande rehabilitering inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård för att kunna upprätthålla och stärka äldres egenvårdsförmåga samt för att så långt möjligt kunna återskapa kroppsliga funktioner som gått förlorade i samband med sjukdom. Emellertid finns i dag i många kommuner och landsting hinder och begränsningar av olika slag som försvårar möjligheterna att bedriva en god rehabilitering. Det handlar bl.a. om en hög personalomsättning som försämrar kontinuiteten, bristfällig handledning samt även i vissa fall kompetensbrister. Vidare är tillgängligheten till sjukgymnaster, arbetsterapeuter och annan rehabiliteringspersonal på många håll begränsad. Det handlar i vissa fall också om informations- och samarbetsproblem i rehabiliteringsfrågor mellan personal inom äldreomsorg, hemsjukvård och hälso- och sjukvård. Regeringen anser att frågan om hur rehabiliteringsverksamheten för äldre skall kunna förbättras bör ges hög prioritet i det fortsatta

arbetet inom både kommuner och landsting. Som tidigare redovisats har riksdagen i maj 2003 beslutat en ny lag (2003:192) om gemensamma nämnder. Den ger huvudmännen utökade möjligheter att utveckla samarbetet i rehabilieringsfrågor och andra frågor av gemensamt intresse. Den mer övergripande frågeställningen om hur ansvaret för äldres rehabilitering skall organiseras mellan olika huvudmän utreds för närvarande inom ramen för den av regeringen nyligen tillsatta utredningen om översyn av vård och omsorg – tio år efter Ädelreformen (S2003:04).

Uppsökande verksamhet

Många äldre, bl.a. personer med utländsk bakgrund, känner sig osäkra på vad samhället kan erbjuda den dag de själva behöver hjälp med insatser av olika slag. Resultaten av Socialstyrelsens uppföljning av försöksverksamheten med uppsökande verksamhet bland äldre som ett antal kommuner och landsting bedrivit, är överlag mycket goda. De långsiktiga effekterna är emellertid svårbedömda. Erfarenheter från Danmark visar dock att förebyggande hembesök kan förbättra hälsa och välbefinnande hos äldre och därigenom minska behoven av bl.a. läkarbesök. Mot bakgrund av de redovisade resultaten anser regeringen att det finns skäl att fördjupa de kvalitativa utvärderingarna av försöksverksamheterna samt även genomföra utvärderingar och analyser av ekonomisk karaktär. Om ett hembesök kan ersätta ett eller flera besök vid vårdcentral eller på sjukhus eller andra insatser inom vård och omsorg finns en betydande potential för kostnadsbesparingar som skulle kunna frigöra resurser för att utveckla andra delar av vård och omsorg.

Utveckling av avgiftsreformen

De nya bestämmelserna om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen har gett ett ökat skydd mot höga avgifter för personer i olika inkomstnivåer. Socialstyrelsens uppföljningar har dock visat att vissa kommuner i samband med ikraftträdandet av bestämmelserna har beslutat upphöra med att jämka kostnader för bl.a. mat vilket främst drabbat personer med låga inkomster och lågt eller inget bostadstillägg. Frågan bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Tillsynen

Tillsynen inom äldreomsorgen har förstärkts under senare år, bl.a. genom införandet av

bestämmelser om anmälningsplikt för personal inom äldreomsorgen samt de nyligen inrättade äldreskyddsombuden vid länsstyrelserna. Länsstyrelserna kommer i december 2003 att lämna en första redovisning av äldreskyddsombudens verksamhet under 2003. Det är av betydelse att antalet tillsynsinsatser kan öka genom äldreskyddsombudens verksamhet. Lika viktigt är dock att länsstyrelserna och Socialstyrelsen genom äldreskyddsombudens verksamhet eller på annat sätt arbetar med att utveckla kvaliteten och innehållet i tillsynsarbetet, t.ex. genom en ökad samverkan mellan myndigheterna. Det gäller särskilt den tillsyn som inriktar sig mot verksamheter som innehåller inslag av både vård och omsorg.

För att kunna följa upp och beskriva utvecklingen av kostnader, prestationer och resultat inom äldre- och handikappomsorgen är det angeläget att den nationella officiella statistiken innehåller relevanta uppgifter av hög kvalitet. Emellertid finns idag brister i befintlig statistik vad gäller såväl innehåll som kvalitet. Det är därför angeläget att det sker en utveckling på området. Frågan bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Fortsatta insatser

De särskilda satsningar som genomförts inom ramen för regeringens nationella handlingsplan för äldrepolitiken under åren 1999–2001 har enligt Socialstyrelsen gett upphov till många positiva effekter. Fortfarande finns dock brister och tillkortakommanden inom vård och omsorg som behöver rättas till. Regeringen har initierat ett flertal åtgärder för att få underlag för fortsatta insatser på området. Den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005, som tillsattes i slutet av 1998, lämnar sitt slutbetänkande i november 2003. I december i år lämnar Utredningen med uppdrag att se över strukturen och uppgiftsfördelningen inom samhällsorganisationen, Ansvarsutredningen (Dir. 2003:10), ett första delbetänkande. I början av 2004 lämnar utredningen med uppdrag att analysera och överväga hur vården och omsorgen för äldre människor skall organiseras i framtiden, Äldrevårdsutredningen (S2003:04), sitt slutbetänkande. Nämnas bör också att regeringens s.k. Demensarbetsgrupp lämnar en slutredovisning av sitt arbete under hösten 2003. Regeringen har i början av 2003 redovisat inriktningen på äldrepolitiken under innevarande mandatperiod. Med

utgångspunkt från denna redovisning samt de underlag som inom kort kommer att redovisas har regeringen inlett diskussioner med företrädare för Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet om möjligheterna att utveckla bl.a. kvaliteten och tillgängligheten i vård och omsorg. Målsättningen är att etablera ett långsiktigt samarbete kring angelägna frågor.

8.7 Budgetförslag

8.7.1 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tabell 8.2. Anslagsutveckling 17.1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

2002	Utfall	29 030	Anslags- sparande	9 691
2003	Anslag	36 446 ¹	Utgifts- prognos	44 250
2004	Förslag	29 946		
2005	Beräknat	26 446		
2006	Beräknat	26 446		

¹ Inklusivt av riksdagen redan beslutade anslag på tilläggsbudget och förslag på tilläggsbudget i samband med BP för 2004.

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. 1997/98SoU24 rskr. 1997/98:307). Fr.o.m. år 2001 omfattar anslaget även bidrag till pensionärsorganisationer.

Den övervägande delen av anslaget har förbrukats. Det anslagssparande som finns avser främst verksamheten med uppbyggnad av regionala forsknings- och utvecklingscentra i enlighet med riksdagens beslut. Etableringen av verksamheterna har tagit något längre tid än beräknat. Socialstyrelsen, som administrerar bidraget, bedömer att anslagssparandet kommer att förbrukas under innevarande budgetår.

Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Tabell 8.3 Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	2002 Utfall	2003 Prognos	2004 Budget	2005 Beräknat	2006 – Beräknat
Utestående åtaganden vid årets början	0	38 840	19 350	–	–
Nya åtaganden	38 840	0	10 000	–	–
Infriade åtaganden*	0	–19 490	–19 350	–10 000	–
Utestående åtaganden vid årets slut	38 840	19 350	10 000	–	–
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam	40 000	20 000	10 000	–	–

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Regeringens överväganden

Inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken som genomfördes under perioden 1999–2001, beviljades stimulansbidrag bl.a. för uppbyggnad och utveckling av 15 regionala forsknings- och utvecklingscentra. Därefter har ytterligare tre FoU-centra etablerats. Fortsatt stöd utgår till verksamheten fr.o.m. 2002–2004 med 20 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 tiden följa de äldres hälsa, funktionsförmåga och behov av vård och omsorg. Fyra huvudmän har beviljats medel för uppbyggnad av longitudinella databaser. Under 2004 kommer verksamheten inom ramen för denna satsning att begränsas till de mest nödvändiga åtgärderna beroende på att medel till de fyra huvudmännen tillfälligtvis minskas till 3,5 miljoner kronor.

Pensionärsorganisationer kan erhålla statsbidrag i enlighet med förordningen (1994:316) om statsbidrag till pensionärsorganisationer. Under år 2003 har fem rikstäckande pensionärsorganisationer erhållit bidrag. Från anslaget fördelar regeringen också bidrag till vissa andra organisationer som företräder äldres intressen. Fr.o.m. år 2003 har ytterligare 1 miljon kronor tillförts anslaget för stöd till organisationer inom äldreområdet.

Tabell 8.4 Härledning av anslagsnivå för 2004–2006, för 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	35 446	35 446	35 446
Förändring till följd av:			
Beslut	-6 500	-10 000	-10 000
Överföring till/från andra anslag	1 000	1 000	1 000
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	29 946	26 446	26 446

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 29 946 000 kronor anvisas under anslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till vardera 26 446 000 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 socialbidrag, flickor och pojkar och familjer i socialt utsatta situationer, hemlösa, missbrukare, 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 socialbidrag, vård av barn och unga, vård av missbrukare 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 sluten ungdomsvård (LSU). Under politikområdet redovisas också bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. samt utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.

9.2 Utgiftsutveckling

Tabell 9.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2002	Anslag 2003	Utgifts- prognos 2003	Förslag anslag 2004	Beräknat anslag 2005	Beräknat anslag 2006
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	80,9	77,6	92,9	72,4	72,4	72,4
18:2 Statens institutionsstyrelse	678,6	735,3	719,6	743,5	763,0	775,8
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	12,0	10,0	9,8	10,0		
Totalt för politikområde Socialtjänstpolitik	771,5	822,9	822,2	825,9	835,4	848,2

9.3 Mål

Målet för socialtjänstpolitiken är

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer
- att stärka skyddet för utsatta barn.

9.4 Politikens inriktning

Socialtjänsten spelar en viktig roll i välfärdspolitiken genom att utgöra ett komplement till de generella ekonomiska stödsystemen för kvinnor och män som av olika skäl är i behov av särskilt stöd. Socialtjänsten svarar för behovsprövade stöd- och hjälpinsatser till utsatta grupper. Socialtjänsten har utöver sin servicefunktion också befogenheter till myndighetsutövning som ingen annan instans har, t.ex. när det gäller att ingripa till skydd för flickor och pojkar i utsatta situationer. Grundläggande för socialtjänsten är principerna om helhetssyn och frivillighet, ett förebyggande perspektiv samt att den enskildes egna resurser skall tas tillvara. Principerna ger vägledning både för socialtjänstens praktiska verksamhet och för den människosyn som skall prägla verksamheten. 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. Allt socialt arbete måste utgå ifrån brukarnas perspektiv och egna erfarenheter. Ambitionen är att brukarperspektivet lika självklart skall genomsyra alla beslut och alla insatser som rör enskilda människor som att ett barnperspektiv skall prägla alla insatser som på något sätt rör barn och unga. Socialtjänstens insatser ger de människor som av olika anledningar utsätts för ekonomiska och sociala påfrestningar möjlighet att leva ett värdigt och självständigt liv. Regeringens arbete för ökad rättvisa och välfärd, som manifesterades i det mål som sattes upp i 2001 års ekonomiska vårproposition (prop. 2000/01:100) om att halvera antalet socialbidragsberoende mellan 1999 och 2004, fortsätter. Avstämningen av målet presenteras i bilagan ”Avstämning av målet om ett halverat socialbidragsberoende” (bilaga 3 i volym 1).

Trots förstärkningar inom vård, skola, omsorg och de generella ekonomiska stödsystemen

under senare år finns det fortfarande grupper av människor som inte har nåtts av dessa satsningar eller som har behov av ytterligare insatser. Arbetet med att förbättra villkoren för de mest utsatta grupperna skall därför fortsätta. Det handlar bland annat om att utveckla kvaliteten i det sociala arbetet, att stärka tillsynen, att utveckla kunskapen om vilka resultat olika åtgärder leder till samt att i större utsträckning än idag tillvarata brukarnas egna erfarenheter. Social och ekonomisk utsatthet har många och komplexa dimensioner, bl.a. beroende på ojämställdhet mellan könen, vilket leder till insatser inom en rad politikområden. Kommuner och landsting har en central roll, eftersom de ansvarar för funktioner som är centrala för människors välfärd. 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. Sverige har inom ramen för EU-samarbetet under första halvåret 2003 utarbetat en nationell handlingsplan mot fattigdom och social utestängning 2003–2005. I handlingsplanen slås fast att det krävs insatser på lokal nivå, i lokalt partnerskap, för att åstadkomma ett långsiktigt hållbart utvecklingsarbete mot ekonomisk och social utsatthet, samt att brukarnas eget deltagande är centralt.

9.5 Insatser

9.5.1 Insatser inom politikområdet

Verksamhetsområde Individ- och familjeomsorg

Socialtjänstens insatser bör i betydligt högre utsträckning än idag vara baserade på kunskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen har därför regeringens uppdrag att ge nationellt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten. Socialstyrelsen har under året fortsatt arbetet i ett antal delprojekt inom ramen för detta stöd. Det är bland annat fråga om stöd till forskning, försök med systematisk koppling mellan socialtjänsten, lärosäten och forskning, utveckling av organisation och ledarskap samt utveckling av

instrument för att bedöma brukarnas behov och insatsernas effekt. Under 2002 har Socialstyrelsen dessutom publicerat ett antal kartläggningar, rapporter, utbildningsmaterial och andra skrifter för att bidra till utvecklingen inom individ- och familjeomsorgen. På flera områden saknas det dock betydelsefull kunskap om medborgarnas välfärd, trots en väl utbyggd verksamhetsstatistik, befolkningsregister samt regelbundna stora intervjubaserade undersökningar om människors levnadsförhållanden. Det gäller t.ex. välfärdens fördelning bland kvinnor och män, flickor och pojkar. Ett arbete med att utveckla statistiken samt andra instrument för att följa upp samhällets insatser pågår därför i Regeringskansliet.

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 lagar inom socialtjänstens område och intentionerna i dessa efterlevs av kommuner, entreprenörer och enskilda som driver tillståndspliktig verksamhet. Tillsynen skall även stimulera planering samt vidare- och metodutveckling av socialtjänsten. Under 2002 har länsstyrelserna granskat delar av socialtjänsten i samtliga kommuner och omkring en fjärdedel av de enskilda (tillståndspliktiga) verksamheterna. Länsstyrelserna har också granskat och bedömt klagomål från enskilda individer. Ansvaret för förbättringar av socialtjänstens verksamhet vilar främst på kommunerna. Socialstyrelsen och länsstyrelserna har emellertid också ett ansvar för att bidra till att kvaliteten förbättras. För att avhjälpa iakttagna brister har olika åtgärder vidtagits. Dessa gäller såväl normering som kunskapsutveckling och andra myndighetsuppgifter. Som exempel kan nämnas Socialstyrelsens och länsstyrelsernas särskilda satsning inom kvalitetsområdet, som bidragit till att öka kommunernas intresse för kvalitetsarbetet. Regionala FoU-enheter har spelat en pådrivande roll i många kvalitetsutvecklingsprojekt. Enheterna har med något undantag etablerats med ekonomiskt stöd från Socialstyrelsen under de tre första åren.

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 missbrukare. Under året har 142 projekt fått ekonomiskt stöd. Av dessa avsåg 68 ungdomsvård, 45 miss-

brukarvård, sju personalutbildning samt 22 dokumentation och utvärdering. Sju projekt var inriktade på specifika etniska grupper eller arbetade med integrationsfrågor. Tolv projekt hade specifik inriktning på kvinnor/flickor och sex projekt på män/pojkar. Övriga projekt hade inte någon specifik könsinriktning. Sammanlagt fördelades nästan 30 miljoner kronor.

Stärkt skydd för barn i utsatta situationer

I syfte att stärka skyddet för barn i utsatta situationer har ett antal lagändringar skett från den 1 juli 2003 (prop. 2002/03:53, bet. 2002/03:SoU, rskr 2002/03:225). LVU har förstärkts med ett tydligt barnperspektiv. Anmälningsskyldigheten enligt SoL utvidgas till att omfatta myndigheterna inom kriminalvården och rättspsykiatriska avdelningar inom Rättsmedicinalverket samt anställda inom dessa myndigheter. För att ytterligare understryka vikten av att anmälningsskyldigheten fullföljs av alla berörda grupper införs hänvisningar till anmälningsskyldigheten enligt SoL i de lagar som berör verksamheter som regelbundet kommer i kontakt med barn. Socialtjänsten skall aktivt verka för att samverkan sker med samhällsorgan, organisationer och andra i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. I enskilda ärenden skall socialtjänsten inom ramen för gällande sekretesslagstiftning samverka med andra berörda med utgångspunkt i den enskilda flickans eller pojakens behov. Sådan samverkan kan inte väljas bort eller prioriteras bort av någon berörd. Socialstyrelsen kommer att få regeringens uppdrag att tillsammans med Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen ta fram en strategi för hur berörda myndigheter och organisationer kan utforma samverkan. För att lösa de tvister som emellanåt uppstår mellan kommuner bl.a. när en flicka eller pojke byter vistelseort under en pågående utredning eller ett pågående ärende införs en bestämmelse i SoL som reglerar förfarandet i sådana situationer.

Inom Socialstyrelsen pågår ett kontinuerligt arbete med att utveckla nya metoder inom barn- och ungdomsvården.

Regeringen har beslutat att avsätta 20 miljoner kronor på tilläggsbudget i samband med 2003 års ekonomiska vårproposition för att stimulera inrättande av skyddat boende m.m. för flickor och unga kvinnor som har utsatts för eller riskerar att utsättas för s.k. hedersrelaterat våld. Andra åtgärder syftar till att höja kunskapen och

medvetenheten kring problemet på statlig, regional och kommunal nivå. Också pojkar och unga mäns situation skall uppmärksammas.

Insatser för personer i ekonomiskt utsatta situationer

Inom Socialstyrelsen pågår insatser för att stödja socialtjänstens arbete med att stärka möjligheten för människor som uppburit försörjningsstöd under lång tid att kunna leva ett självständigt liv. Syftet är bl.a. att undersöka vilka arbetsmetoder som tillämpas i arbetet med långvarigt mottagande av ekonomiskt bistånd och hur de kan beskrivas.

Socialtjänsten medverkar på olika sätt i de lokala utvecklingsavtal som staten har tecknat med sju storstadskommuner inom ramen för storstadspolitiken. Ett mål som särskilt lyfts fram i dessa avtal är att behovet av ekonomiskt bistånd bör minska i de aktuella stadsdelarna.

Insatser för personer i socialt utsatta situationer

Socialstyrelsen leder på regeringens uppdrag ett utvecklingsarbete under 2002–2004 för att utveckla metoder för att långsiktigt komma tillrätta med problem som är kopplade till hemlöshet bland kvinnor och män. Socialstyrelsen disponerar för detta ändamål 30 miljoner kronor till projekt under tre år. Arbetet sker utåtriktat och i nära samverkan med kommuner och frivilligorganisationer med ambitionen att fortlöpande sprida kunskap och erfarenheter om hemlöshetsproblematiken. Inom ramen för uppdraget utvecklar Socialstyrelsen en standardiserad metodik för inventering av hemlöshet som erbjuds kommuner och andra berörda. Samtliga projekt som får stöd skall utvärderas och goda exempel skall dokumenteras och spridas.

Inom Socialstyrelsen pågår ett omfattande utvecklingsarbete för att stärka missbrukarvården. Som ett led i detta utarbetar Socialstyrelsen nationella riktlinjer för missbrukarvården. Riktlinjerna baseras på vetenskapligt grundad kunskap. Arbetet, som sker utifrån de principer för riktlinjearbete som Socialstyrelsen tillämpar inom hälso- och sjukvårdsområdet, bygger på olika kunskapsöversikter inom området. Ett huvuddokument är den rapport som publicerades av Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) 2001 rörande behandling av personer med alkohol- och narkotikaproblem.

Parallellt med riktlinjearbetet pågår ett projekt för att utveckla kvalitetsindikatorer som gör det

möjligt att följa, stödja och utveckla kvaliteten i missbrukarvården. Vid Socialstyrelsen pågår vidare utvecklingen av ett nationellt informationssystem med basuppgifter om personer som påbörjar behandling för alkohol- eller narkotikaproblem. Arbetet är initierat av Sveriges åtaganden i EU att årligen rapportera in (anonyma) mängduppgifter om missbrukare som söker vård. Dessa data är en av fem indikatorer som används inom EU för att följa utvecklingen inom narkotikaområdet. Socialstyrelsen har under året fortsatt att stödja införandet av den strukturerade intervjumetodiken Addiction Severity Index (ASI), som ett led i arbetet med att systematiskt samla in data rörande klienter i behandling. Stöd har också lämnats till ett tiotal andra metodutvecklingsprojekt som stödjer en kunskapsbaserad utveckling av socialtjänsten. På initiativ av Mobilisering mot narkotika genomförde Socialstyrelsen under 2003 en närmare granskning av missbrukarvården ur ett nationellt perspektiv. Granskningen består bl.a. av en undersökning av missbrukarvårdens organisation, resurser och insatser samt en brukarundersökning.

Förstärkning av missbrukarvården är också en viktig utgångspunkt för regeringens narkotikapolitiska samordnare Mobilisering mot narkotika, som har i uppdrag att genomföra den narkotikapolitiska handlingsplan som riksdagen beslutade 2002. Det är bland annat fråga om att höja kompetensen och kvaliteten i vården. Sammanlagt 20 miljoner kronor har avsatts under perioden 2002–2004 för att förstärka metodutveckling, nätverksuppbyggnad samt utveckling av ett rapporteringssystem inom vården. En satsning på vården görs också inom ramen för den storstadssatsning som Mobilisering mot narkotika genomför i partnerskap med Stockholm, Göteborg och Malmö. Inom olika delprojekt skall verksamma metoder utvecklas, prövas och utvärderas. Regeringen har avsatt 40 miljoner kronor för projektet mellan 2002 och 2004. De tre städerna bidrar därutöver till finansieringen inom respektive stad.

Socialstyrelsen har, tillsammans med andra berörda myndigheter, genomfört uppdrag som den fick i samband med Kvinnofridsreformen 1998. Uppdragen avslutades 2002. Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag har åtta olika rapporter publicerats, bland annat innehållande redovisningar av metodutvecklingsprojekt. Resultaten från projekten genomförs gradvis.

Myndigheternas arbete med anledning av uppdragen kommer att följas upp av en särskild utredare under 2003–2004. Utredaren skall också lägga förslag om finansiering och drift av en nationell kristelefon för kvinnor som utsätts för hot eller våld. Staten stöder ekonomiskt kvinnojourer och andra organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor, främst kvinnojourernas två riksorganisationer. Under 2002 har sju miljoner kronor i engångsanslag fördelats till kvinnojourer för projekt riktade till kvinnor med invandrarbakgrund, kvinnor med missbruksproblem och kvinnor med funktionshinder. Regeringen beslutade våren 2003 om ekonomiskt stöd till ett projekt inom handikapprörelsen för att öka kunskapen och medvetenheten om våld mot kvinnor och män med funktionshinder. Regeringen har sedan tillkomsten av Rikskvinnocentrum lämnat stöd till verksamheten där. År 2003 uppgick stödet till sammanlagt 3,2 miljoner kronor.

I Socialstyrelsens uppdrag ligger också att följa prostitutionens omfattning och utveckling samt att ge stöd till utveckling och förbättring. Socialstyrelsen genomförde 1999, ett år efter lagen om förbud mot köp av sexuella tjänster, en kartläggning av prostitutionens omfattning i Sverige. Arbetet med en uppföljning av kartläggningen pågår för närvarande.

Verksamhetsområde Statligt bedriven ungdoms- och missbrukarvård

Den statliga ungdomsvården har tillförts nya resurser de senaste åren i syfte att tillskapa nya platser på de särskilda ungdomshemmen och inom den slutna ungdomsvården.

I Statens institutionsstyrelses (SiS) uppdrag ingår satsningar på forskning och utveckling av ungdoms- och missbrukarvården och cirka 30 miljoner kronor har årligen använts i detta syfte. En prioriterad uppgift har varit att genomföra strukturerade klientintervjuer som i dag utgör viktiga instrument för behandlings- och uppföljningsarbetet.

SiS finansierar allt fler forskningsprojekt som syftar till långsiktig resultatuppföljning och utvärdering av vården. Exempelvis en femårsuppföljning av psykiskt störda missbrukare, en studie av LVM-vårdens effektivitet, utvärdering av behandling av pojkar på särskilda ungdomshem samt utvärdering av slutna ungdomsvård.

Ungdomsvård

Efterfrågan på ungdomsvård fortsatte att vara hög under året. SiS mötte denna efterfrågan med nya platser och ett bättre utnyttjande av befintliga platser. Antalet fastställda platser vid de särskilda ungdomshemmen var 635 den 31 december 2002. Under året tillkom 24 nya platser vid de särskilda ungdomshemmen. Kapacitetsutnyttjandet förbättrades också och gav en beläggning för den samlade ungdomsvården på 89 procent. Det genomsnittliga antalet intagna under året var 562. I fokus för diskussionerna avseende ungdomsvården var utveckling av behandlingsmetoder och omfattande resurser lades på utbildning av de anställda. SiS gjorde en utredning om flickornas situation, deras behov av platser och utveckling av behandlingsmetoder för denna grupp. SiS har aktivt följt forskningen när det gäller behandling av ungdomar med allvarliga beteendeproblem och medverkat i flera kunskapsöversikter.

Att förbättra vården för flickor och unga kvinnor framstår som särskilt angeläget. Under 2003 görs därför en satsning för att ytterligare utveckla och anpassa vården för flickor och unga kvinnor med missbruksproblem.

SiS har 2002 slutit avtal med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet om en gemensam projektverksamhet med målsättning att förbättra och fördjupa samarbetet kring ungdomsgruppen med psykiatrisk problematik som vårdas hos SiS.

Sluten ungdomsvård

Antalet fastställda platser för slutna ungdomsvård var 74 den 31 december 2002, det genomsnittliga antalet inskrivna ungdomar var 68. Inom slutna ungdomsvård stabiliserades efterfrågan under året. Antalet vårddygn var i stort sett oförändrat. Flertalet av de intagna ungdomarna fick tillgång till programverksamhet riktad mot kriminalitet.

Missbrukarvård

Antalet fastställda platser vid LVM-hemmen var 349 den 31 december 2002. Efterfrågan på vård sjönk under 2002 efter en mindre uppgång under 2001. Det genomsnittliga antalet intagna var 300 år 2002, jämfört med 315 år 2001. Detta innebär att den långsiktiga trenden med ett minskat antal klienter inom missbrukarvården fortsätter. Orsakerna till denna utveckling utreds (dir.

2002:10) av en särskild utredare. Uppdraget skall redovisas senast den 30 november 2003.

SiS finansierar både genomförande och utvärdering av ett projekt för eftervård av missbrukare som tvångsomhändertagits. Syftet med forskningsprojektet är att se hur det går för missbrukare som får intensiva eftervårdsinsatser efter tvångsvården i jämförelse med dem som inte erbjuds någon specialhjälp efter institutionsvistelsen.

9.5.2 Insatser utanför politikområdet

Insatser inom andra politikområden påverkar i hög grad välfärdsutvecklingen för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer. Här kan särskilt nämnas arbetsmarknadspolitiken, folkhälsopolitiken, hälso- och sjukvårdspolitiken, jämställdhetspolitiken, integrationspolitiken, den ekonomiska familjepolitiken, barnpolitiken, utbildningspolitiken, bostadspolitiken samt storstadspolitiken. Insatser inom dessa politikområden är viktiga också för att förebygga social utsatthet.

I juni 2003 överlämnade regeringen propositionen Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (prop. 2002/03:132) till riksdagen. I propositionen lämnas förslag till ett system för finansiell samordning mellan olika huvudmän inom rehabiliteringsområdet fr.o.m. den 1 januari 2004. Syftet med den finansiella samordningen är att underlätta för människor som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna att bli självförsörjande.

En grupp som fortfarande har långvarigt behov av socialtjänstens försörjningsstöd i högre grad än andra är personer som invandrat. Regeringen har avsatt 100 miljoner kronor årligen under perioden 2001–2003 för riktade insatser för att öka sysselsättningen bland invandrare. Medlen används bl.a. för kompletterande utbildningar inom olika bristyrken samt för arbetslösa invandrare med relevanta språkkunskaper i syfte att tillgodose behovet av tvåspråkig vårdpersonal. Även om nyanlända flyktingar erbjuds särskilda introduktionsprogram under den första tiden i Sverige riskerar många att få uppbära försörjningsstöd under en lång tid.

År 2001 gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av mottagande av och introduktion för flyktingar med inriktningen att identifiera och analysera hinder för

egenförsörjning, delaktighet och en långsiktigt hållbar integration. Parallellt med denna utredning görs även en översyn av hur skolformen svenskundervisning för invandrare (sfi) kan förnyas och organiseras i syfte att stärka språkinläringen. Båda uppdragen skall redovisas inom kort.

Alltsedan den första världskongressen mot kommersiell sexuell exploatering av barn i Stockholm 1996 har frågor om sexuell exploatering av barn prioriterats. En särskild utredare (dir. 2003:54) har regeringens uppdrag att fullfölja det arbete som bedrivits i Arbetsgruppen med uppgift att inventera kunskaper om sexuell exploatering av barn m.m. (S 2002:B). Bland annat skall den svenska handlingsplanen mot kommersiell sexuell exploatering av barn följas upp och behovet av ytterligare åtgärder skall övervägas.

I propositionen Arbetsmarknaden förstärks (prop. 2002/03:44) föreslår regeringen att en försöksverksamhet med arbetsplatsintroduktion för vissa invandrare skall bedrivas från och med den 1 september 2003 till och med den 31 december 2005 vid arbetsförmedlingen. Specialutbildade arbetsförmedlare skall med hjälp av särskild arbetsmetodik förmedla kontakt med lämplig arbetsgivare och ansvara för bl.a. introduktion och uppföljning på arbetsplatsen. Sammanlagt beräknas kostnaden för denna försöksverksamhet uppgå till 300 miljoner kronor.

I propositionen 2002/03:122 Gemensamt ansvar, Sveriges politik för global utveckling, föreslår regeringen att Sverige bör verka för att hållbar utveckling präglas av rättvis fördelning och att svenska erfarenheter av en politik för social trygghet bör tas tillvara i politiken för global utveckling.

Skyddet mot diskriminering har stärkts genom en ny lag, lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering, som gäller från och med den 1 juli 2003. I lagen anges ett förbud mot diskriminering som har samband med etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning i fråga om bl.a. insatser inom socialtjänsten. Den som diskriminerar någon enligt lagen skall betala skadestånd för den kränkning som diskrimineringen innebär. Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO) har tillsynsansvar över lagen. Frågan om att införa lagstadgat skydd mot diskriminering p.g.a. sexuell läggning och funktionshinder inom socialtjänsten bereds för

närvarande vidare. Genom den nya lagen genomförs bl.a. EU:s direktiv (2000/43/EG) om genomförandet av principen om likabehandling av personer oavsett deras etniska ursprung.

9.6 Resultatbedömning

9.6.1 Resultat

Verksamhetsområde Individ- och familjeomsorg

Socialstyrelsen har genomfört en rad olika insatser för att informera om och förankra det nationella programmet till stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Informationsinsatser har bland annat riktats till chefer och politiker på lokal och regional nivå, till utbildare och forskare samt till personal i FoU-miljöer. I samband med fördelning av medel för att starta försöksverksamhet med systematisk koppling mellan socialtjänst, högre utbildning och forskning genomfördes särskilda informationsinsatser. Dessa resulterade i ansökningar från 70 kommuner och samtliga universitets- och högskolor med socio- och social omsorgsutbildning. Beviljade ansökningar har haft en bred inriktning mot bland annat individ- och familjeomsorg. Drygt 35 miljoner kronor fördelades bland de sökande.

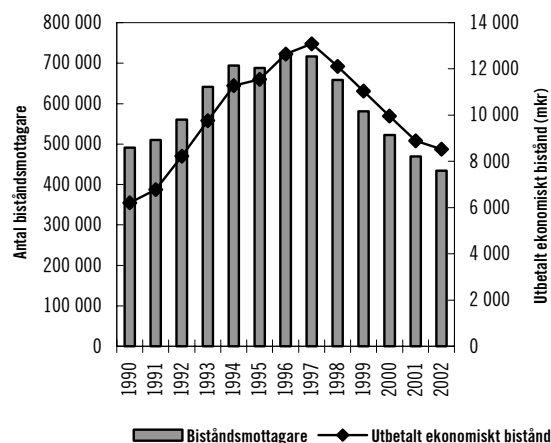
I länsstyrelsernas tillsyn (Social tillsyn 2002, Socialstyrelsen 2003) framkommer att socialtjänsten påverkas av en hög personalomsättning bland socialsekreterare.

Under en följd av år har många kommuner med hjälp av statliga projektbidrag utvecklat öppna vård- och behandlingsformer för ungdomar och missbrukare. 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, men 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 börjat genomföra utvärderingar för att mäta effekterna av den bedrivna projektverksamheten. Under senare år har regeringen särskilt efterfrågat projekt för att

utveckla socialtjänstens vårdkedja i relation till den vård som bedrivs av SiS. Enligt Socialstyrelsens uppföljning har anmärkningsvärt få sådana projekt kommit till stånd.

Utveckling av behovet av ekonomiskt bistånd

Diagram 9.1 Socialbidragsutveckling



Källa: Socialstyrelsen, Sveriges officiella statistik, 2002 års priser

Under 2002 utbetalades cirka 8,5 miljarder kronor i ekonomiskt bistånd, inklusive introduktionsersättning för flyktingar, vilket var en minskning med fyra procent i fasta priser jämfört med 2001. Kostnaderna för 2002 var de lägsta sedan 1992. Cirka 434 000 personer fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2002. Detta utgör 4,9 procent av befolkningen. Antalet biståndsmottagare har minskat med drygt 7 procent sedan 2001. Jämfört med 1996 då antalet biståndsmottagare var som högst har antalet minskat med knappt 40 procent. Antalet personer och hushåll som fick ekonomiskt bistånd under 2002 var det lägsta under den senaste 20-årsperioden. Ensamstående kvinnor med barn var den vanligaste hushållstypen bland biståndshushållen i förhållande till befolkningen i denna grupp. Knappt en fjärdedel i denna grupp fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2002. De största minskningarna mellan 2001 och 2002 stod ensamstående kvinnor med barn och sammanboende par med barn för (9 procent vardera). Den minsta minskningen återfanns bland ensamstående män utan barn.

Den genomsnittliga biståndstiden per hushåll var 5,8 månader, vilket var samma genomsnittstid som de senaste åren. Uppgången 1983–1996 har därmed mattats av. Nästan en tredjedel av

biståndsmottagarna som är 18 år eller äldre har fått ekonomiskt bistånd i minst 10 månader under året och definieras därmed som långvariga biståndsmottagare. Andelen ligger ungefär på samma nivå som tidigare år. Utrikes födda var under 2002 långvariga biståndsmottagare i större utsträckning (48 procent) än inrikes födda (17 procent) men andelen långvariga biståndsmottagare bland de utrikes födda avtar med ökad vistelsetid i landet.

Nästan sju av tio biståndsmottagare bor i någon av de tre storstäderna eller deras förortskommuner samt i större städer. De lokala utvecklingsavtal som staten har tecknat med sju storstadskommuner inom ramen för storstadspolitiken har stimulerat till ökad samverkan mellan kommuner och de statliga myndigheter som är verksamma på lokal nivå, främst arbetsförmedlingar och försäkringskassor. I flera stadsdelar har denna samverkan lett till att andelen långvariga socialbidragstagare halverats under perioden 1998–2001. Fortfarande är dock nivåerna relativt höga i jämförelse med landet i övrigt.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har i ett gemensamt projekt (Rapport 2003, Barnperspektiv vid handläggning av ekonomiskt bistånd) studerat barnperspektivet i handläggningen av ekonomiskt bistånd. Resultatet visar att barnperspektivet generellt inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning i handläggningen av ekonomiskt bistånd. Det finns till exempel sällan några beskrivningar av barnens situation i socialtjänstens dokumentation och inte heller några bedömningar av hur olika beslut och omständigheter kan påverka barnen.

Barn i utsatta situationer

Socialtjänsten är skyldig att utreda och vid behov besluta om och genomföra olika öppenvårdsinsatser och i vissa fall placering i dygnsvård. Ungefär 28 600 barn och unga hade en eller flera öppenvårdsinsatser den 1 november 2002. Detta är en ökning med ungefär 600 personer jämfört med föregående år. Under den senaste femårsperioden har andelen barn och unga med öppenvårdsinsatser ökat från cirka 10 till 13 per 1000 i befolkningen. Kontaktperson/-familj var den insats som flest barn och unga berördes av 2002. Cirka 22 000 barn och unga fick sådan insats någon gång under året. Ungefär 18 700 barn och unga fick behovsprövat personligt stöd och cirka 5 100 ingick någon gång under 2002 i strukturerade öppenvårdsprogram.

Av de barn och unga som fick kontaktperson och de som fick personligt stöd någon gång under 2002 var cirka 55 procent pojkar och 45 procent flickor. Av de som någon gång under 2002 hade insatsen strukturerade öppenvårdprogram var 59 procent pojkar och 41 procent flickor.

Ungefär 14 500 barn och unga var den 1 november 2002 föremål för heldygnsinsatser. Andelen barn och unga med heldygnsinsatser (den 1 november respektive år) har under den senaste femårsperioden ökat från ungefär 5,5 till drygt 6 per 1000 i befolkningen. Av dem som den 1 november 2002 var föremål för heldygnsinsats hade 70 procent vård med stöd av SoL och 30 procent med stöd av LVU. Ungefär 54 procent var pojkar och 46 procent flickor.

Att följa lagar och bestämmelser och att öka rättssäkerheten har enligt Socialstyrelsen haft hög prioritet i kommunerna under 1990-talet. Inrättande av s.k. familjecentraler har medfört långtgående förändringar i både syn- och arbetsätt inom barnavården och i landets kommuner pågår olika projekt för att förbättra och utveckla socialtjänstens insatser för barn och unga.

Det finns dock få utvärderingar av socialtjänstens samlade insatser för barn och unga. Det är okänt hur många anmälningar/ansökningar som årligen görs till socialnämnden och vad de leder till. Det saknas i stor utsträckning samlad kunskap om barnavårdens utredningar, institutionsvårdens innehåll, vilka metoder barnavården använder sig av och vilka insatser man erbjuder inom den öppna vården. Under senare år har ett fåtal forskningsresultat presenterats som på olika sätt ger en bild av dygnsvårdens resultat. En av undersökningarna visar (Vinnerljung m.fl. 2001) att mellan 30–37 procent av de undersökta placeringarna i dygnsvård avbröts. Pågående studier indikerar att avslutad dygnsvård ofta leder till återintagning, att barn i samhällsvård har sämre fysisk hälsa och utbildningsnivå än andra barn.

Länsstyrelserna har i sin tillsyn ofta kritiserat handläggning och dokumentation inom den sociala barnavården. Man redovisar också att kommunerna ofta har problem med att rekrytera kompetent personal till verksamhetsområdet.

Kvinnor i utsatta situationer

Utbildning och kompetensutveckling är viktigt för att öka kunskapen om våld i nära relationer och hur man bemöter kvinnor som behöver stöd. En uppföljning av Socialstyrelsens fort-

bildningssatsning för personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård visar att ett stort antal anställda har genomgått utbildning samt att personalen genomgående tycks ha fått större kunskap, ökad kompetens och bättre beredskap att möta problemen. Utbildningen har på många håll i landet resulterat i nätverk, handlingsplaner och bättre rutiner. I över en tredjedel av länen finns länsövergripande samverkansgrupper. Många kommuner har tagit fram strategier och/eller handlingsplaner för arbetet med våldsutsatta kvinnor. I flera kommuner finns också lokala samverkansgrupper. Fortfarande kvarstår dock brister inom fler områden.

Missbrukarvården

Rehabilitering är grunden för att hjälpa missbrukare att komma ifrån ett beroende. Vård och behandling är därför en viktig del i en sammanhållen alkohol- och narkotikapolitik. På många håll i landet pågår ett arbete med att utveckla vårdformer för missbrukare, t.ex. boende för hemlösa och olika former av öppenvård. Många kommuner har också tagit fram alkohol- och drogpolitiska dokument och program. Socialstyrelsen har på initiativ av Mobilisering mot narkotika granskat missbrukarvårdens organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård. Undersökningen (ORION) visar att missbrukarvården i relativt hög grad är specialiserad. Det gäller framför allt i större kommuner och landsting, där verksamheten till mer än två tredjedelar är organiserad i särskilda enheter. Det finns en mycket stor variation i personalbemanningen vid dessa enheter samt antalet tjänster totalt sett, något som varken kan förklaras av befolkningstal eller arbetsbelastning. Resursutbudet förefaller vara relativt gott, med några tydliga undantag. Resursbristen märks framför allt genom avsaknaden av särskilda boenden för kvinnor och ett relativt lågt utbud av inackorderingshem i många kommuner. I en jämförelse mellan större och mindre kommuner framstår de större kommunerna i allt väsentligt som resursmässigt mer gynnade. Större kommuner och landsting har också bättre möjlighet att anlita ett relativt diversifierat utbud av verksamheter, från verksamheter i egen regi till verksamheter som bedrivs av privata företag, ideella organisationer och stiftelser. Vidare framkommer i undersökningen att endast omkring hälften av kommunerna och en tredjedel av landstingen använder systematiska bedömnings-

instrument. I drygt en tredjedel av kommunerna förekommer projekt riktade till särskilda målgrupper.

Den 1 november 2002 hade omkring 5 900 personer en insats inom socialtjänsten som avsåg bistånd till boende. Knappt en fjärdedel av dessa var kvinnor. Omkring 10 900 personer fick individuellt behovsprövad öppenvård (25 procent kvinnor) och omkring 3 700 personer befann sig i heldygnsvård (30 procent kvinnor). 92 procent av heldygnsvården avsåg frivillig vård och 8 procent tvångsvård. Jämfört med året innan innebär utvecklingen att insatserna boende som bistånd samt individuellt behovsprövad öppenvård ökade med 5 respektive 7 procent, medan heldygnsvården minskade med 3 procent i frivillig vård och 6 procent i tvångsvård.

Insatser mot hemlöshet

Kommuner, landsting och organisationer har visat stort intresse att delta i det utvecklingsarbete mot hemlöshet som Socialstyrelsen bedriver under 2002–2004. År 2002 fördelades 8,7 miljoner kronor till 12 projekt för att prova olika metoder att utveckla boende och boendestöd för utsatta grupper. Ansökningarna, som ger en relativt bra bild av hur situationen ser ut i landet samt vad man vill göra, visar att många vill ta ett helhetsgrepp. Det är fråga om åtgärder som syftar till allt ifrån att förebygga vräkning, till hjälp att ordna bostad med stöd i hemmet. I både små och stora kommuner vill man satsa på stöd i boendet, samt i storstäderna också på hemlöshet bland invandrargrupper och barnfamiljer, vilket är grupper som inte tillhör de traditionella hemlöshetsgrupperna med psykiska och/eller missbruksproblem. Ansökningarna visar också på en trend mot kategoriboende, utifrån inställningen att människor som behöver vård först måste ha en ordentlig bostad.

Verksamhetsområde Statligt bedriven ungdoms- och missbrukarvård

SiS verksamhet granskades under året både av Riksdagens revisorer och av Riksrevisionsverket. Dessa två utredningar ger både positiv och negativ kritik avseende verksamheten, men visar också på verksamhetens svårigheter. Av de slutsatser och påpekanden som gjordes kan särskilt nämnas vikten av en tydligare styrning och att myndigheten i en högre grad bör arbeta utifrån

behandlingsmål och behandlingsmetoder som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vikten av en förbättrad dokumentation och möjligheter till en god differentiering av vård och behandling är också faktorer som lyfts fram i utredningarna. Dessutom bör frågan om hur SiS tillsyn kan göras ekonomiskt och organisatoriskt oberoende från SiS utredas.

Vård vid särskilda ungdomshem

Under flera år har det förekommit köer vid de särskilda ungdomshemmen avsedda för vård med stöd av LVU. Till stor del har detta berott på att antalet unga som dömts till slutna ungdomsvård blivit avsevärt högre än vad som förväntades då LSU trädde i kraft 1999. SiS har under senare år byggt ut antalet platser och detta, i kombination med bl.a. utvecklat samarbete med kommunerna och ett effektivare resursutnyttjande, har gjort att köerna i princip försvann under år 2003.

SiS har under 2002 ökat differentieringen vid de särskilda ungdomshemmen bl.a. för att bättre kunna tillgodose pojkars och flickors behov.

Vård vid LVM-hem

I likhet med 2001 kunde SiS, utom i något enstaka fall, omgående tillgodose ansökningar om plats vid LVM-hemmen. Medelåldern för intagna har ökat jämfört med 2001. För kvinnor ökade den med ett år till 37 år och för män med två år till 43 år. Mot bakgrund av klienternas svåra missbruk, våldsbenägenhet och psykiska ohälsa bedömer SiS att behovet av slutna platser med en högre omhändertagandenivå ökar, även om den totala efterfrågan skulle minska. Det fortsatta behovet av LVM-vård är dock svårbedömt. De senaste årens trend mot minskad efterfrågan av vård fortsätter dock.

LVM-vårdens huvudsyfte är att motivera till fortsatt vård i frivilliga former. Det saknas i dag tillförlitliga mått på LVM-vårdens effekter. Ett mått på hur väl LVM-vården fullgör sitt uppdrag är dock hur många klienter som skrivs ut till vård i frivilliga former enligt 27 § LVM. Andelen klienter som inom tre månader skrevs ut till vård i annan form enligt 27 § LVM var 58 procent. Motsvarande andel år 2001 var 56 procent. Inom ramen för frivilligvården förekommer såväl institutionsplaceringar som öppenvårdsinsatser på klientens hemort.

9.6.2 Analys och slutsatser

Behov av ökad kunskap om välfärdens utveckling

Den svenska samhällsstrukturen och befolkningens levnadsförhållanden genomgick stora förändringar under 1990-talet. Befolkningens sammansättning ändrades, både åldersmässigt och i fråga om födelseland. Arbetsliv och arbetsmarknad förändrades samtidigt som det skedde avregleringar i ekonomin. Ökad decentralisering, nya driftsformer samt privatisering av finansiering och drift innebar vidare betydande förändringar av välfärdstjänsternas organisation. Trots en väl utbyggd verksamhetsstatistik, befolkningsregister samt regelbundna stora intervjubaserade undersökningar om människors levnadsförhållanden saknas det på flera områden betydelsefull kunskap om välfärden och dess fördelning hos kvinnor och män, flickor och pojkar. Det gäller inte minst frågan om vad utvecklingen har betytt för brukarna. Det är därför viktigt att fortsätta arbetet med att utveckla statistiken samt andra instrument för att följa upp samhällets insatser. En viktig uppgift vilar också på tillsynsmyndigheterna för att fördjupa kunskapen om dels insatsernas kvalitet, effekt och tillgänglighet, dels brukarnas uppfattning av dem.

Stärkt brukarperspektiv

Ambitionen är att brukarperspektivet lika självklart skall genomsyra alla beslut och alla insatser som rör enskilda människor som att barnperspektivet skall präglade alla insatser som på något sätt rör barn och unga. För att stärka brukarinflytandet i genomförandet av den nationella handlingsplanen mot fattigdom och social utestängning, som har utarbetats inom ramen för EU-samarbetet, har regeringen beslutat att inrätta en delegation för brukarinflytande i sociala utvecklingsfrågor med brett deltagande från brukarna och deras organisationer. Delegationen skall utgöra ett samrådsorgan mellan den offentliga sektorn och frivillig- och brukarorganisationerna i syfte att mobilisera samtliga aktörer i arbetet mot ekonomisk och social utsatthet. Delegationen skall dels fungera som ett forum för samråd och informationsutbyte i samband med genomförandet av den nationella handlingsplanen, dels stå modell för, och ge legitimitet till, samrådsformer på lokal och regional nivå. Brukarperspektivet och brukarinflytande är också en viktig utgångspunkt i Socialstyrelsens

arbete med att stödja utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst.

Fortsatt utveckling av den sociala barnvården

I rapporten Familjehemsvården (Förs. 2001/02:RR16) påpekar Riksdagens revisor att det saknas statligt engagemang för att utveckla och kontrollera familjehemsvården. Revisorerna anser bl.a. att staten bör ta initiativ till att utarbeta en nationell strategi för familjehemsvården. Det krävs ett helhetsgrepp för att kunna genomföra nödvändiga förändringar inom den sociala barn- och ungdomsvården. Regeringen har beslutat om direktiv (dir. 2003:76) till en parlamentarisk kommitté som får i uppdrag att ta fram underlag till en nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. Utredningen skall genomföra en analys av läget inom den sociala barn- och ungdomsvården, eventuellt föreslå förändringar i mål och innehåll samt hur vården bäst bör organiseras för att kunna uppnå dessa mål. Utredningen skall även ange hur kompetens och kvalitet skall bibehållas och utvecklas. Uppdraget skall redovisas den 1 juli 2005.

Åtgärder för att minska långvarigt behov av försörjningsstöd

För att komma till rätta med det långvariga behovet av försörjningsstöd krävs insatser inom flera olika politikområden. Det är bland annat fråga om insatser för förbättrad rehabilitering samt mottagande, introduktion och integration av invandrare och flyktingar. Arbetsformer och metoder inom socialtjänsten är också av betydelse för att öka sysselsättningen och minska långvarigt behov av försörjningsstöd. Inriktningen bör även fortsättningsvis vara att öka arbetskraftsdeltagandet hos personer som står långt från arbetsmarknaden. Den i juni överlämnade propositionen Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (2002/03:132) bedöms bidra till att höja sysselsättningen för personer som i dag är i långvarigt behov av försörjningsstöd. Den utökade möjligheten till finansiell samordning mellan olika huvudmän inom rehabiliteringsområdet bedöms även kunna bidra till att vidareutveckla den samverkan om i dag sker på lokal nivå i de kommuner där staten tecknat lokala utvecklingsavtal inom ramen för storstadspolitiken. Även om strukturella förhållanden är en viktig orsak till långvariga försörjningssvårigheter, är socialtjänstens, försäkringskassans

hälso- och sjukvårdens och arbetsförmedlingens arbetssätt och bedömningar också betydelsefulla. Intensivt arbete, mer tid för utredning och samtal och täta kontakter med klienter samt samverkan framhålls av personer inom socialtjänsten som framgångsrika arbetssätt för att hjälpa långvariga biståndstagare till annan försörjning.

Insatser inom storstadspolitiken pågår löpande där ett särskilt målområde är att reducera långvarigt behov av försörjningsstöd i aktuella stadsdelar.

Åtgärder för barn och unga i familjer som är i långvarigt behov av försörjningsstöd

Både Socialstyrelsen och länsstyrelserna har konstaterat att barnen inte har uppmärksamats i tillräckligt hög grad i ärenden som rör ekonomiskt bistånd. Regeringen avser därför att även fortsättningsvis noga följa i vilken mån barnperspektivet får genomslag i dessa ärenden.

För att få ökad kunskap om levnadsförhållanden för barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer har regeringen även beslutat att tillsätta en interdepartemental arbetsgrupp. Arbetsgruppen skall göra en samlad analys av situationen för dessa barn samt identifiera de samhällsområden som är viktiga för regeringens fortsatta arbete med att stödja barn och unga som lever i familjer med svag ekonomi samt föreslå åtgärder för att minska långvarigt behov av försörjningsstöd. Arbetsgruppen skall redovisa sitt arbete senast den 1 juni 2004.

Personal- och kompetensförsörjning

Under senare år har individ- och familjeomsorgen haft problem när det gäller att rekrytera och behålla kompetent personal, vilket bland annat framkommit i länsstyrelsernas tillsynsverksamhet. Det kommer därför att behövas statliga insatser för att säkra personalförsörjningen i socialtjänsten. Regeringen har givit Högskoleverket i uppdrag att i samråd och samverkan med Socialstyrelsen göra en översyn av den sociala omsorgsutbildningen och socionomutbildningen så att dessa bättre svarar mot de kompetensbehov som finns inom området. Ett flertal av de delprojekt som Socialstyrelsen bedriver inom ramen för uppdraget om nationellt stöd till kunskapsutveckling inom socialtjänsten syftar också till att utveckla bl.a. kompetensbeskrivningar och organisation och ledarskap inom socialtjänsten, vilket på sikt bör medverka till att möj-

ligheterna 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 personalför-sörjningen i socialtjänsten. Det är därför viktigt att utvecklingsarbetet fortsätter.

Fortsatta insatser mot kvinnovåld och prostitution

Insatser för att bekämpa hot och våld mot kvinnor måste kontinuerligt utvecklas. Socialstyrelsens uppdrag med anledning av Kvinnofridsreformen är avslutat, men arbetet med att förstärka insatserna måste fortsätta. Det kan bland annat ske inom ramen för den myndighetssamverkan för kvinnofrid som Socialstyrelsen initierat. Den webbplats som har utvecklats inom ramen för myndighetssamarbetet 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, kvinnor som är dubbelt utsatta, till exempel kvinnor med missbruksproblem och funktionshindrade kvinnor. För att långsiktigt förebygga mäns våld mot kvinnor behövs förebyggande och rehabiliterande insatser också för män som slår. Frivilligorganisationer har en viktig uppgift att fylla både när det gäller att förebygga våld och att skydda utsatta kvinnor. Regeringen avsätter ytterligare 9 miljoner kronor till kvinno- och mansjourernas verksamhet fr.o.m. 2004. Den utvärdering som skall göras av myndighetsuppdragen i samband med Kvinnofridsreformen kommer enligt regeringens bedömning utgöra ett viktigt underlag för fortsatta överväganden om åtgärder för att ytterligare stärka insatserna för utsatta kvinnor. Under budgetåret skall den långsiktiga finansieringen av en nationell kristelefon för utsatta kvinnor utredas. Regeringen aviserade i sin skrivelse om jämställdhetspolitik med handlingsplan för mandatperioden (2002/03:140) att en utredare skall se över formerna för en ombildning av Rikskvinnocentrum till ett nationellt institut för att sprida kunskap och utveckla metoder när det gäller att motverka våld mot kvinnor. Regeringen avsätter för budgetåret 2004 9,2 miljoner kronor till Rikskvinnocentrums verksamhet. Utredningens skall bedrivas med målsättningen att Rikskvinnocentrum skall kunna omvandlas till ett institut under budgetåret 2004. Ytterligare insatser kan

behöva genomföras för att stimulera och intensifiera kommunernas arbete för våldsutsatta kvinnor.

Ungdomar som riskerar att utsättas för s.k. hedersrelaterat våld

Regeringen kommer att fortsätta att noga följa situationen för ungdomar, framför allt flickor och unga kvinnor, som riskerar att utsättas för hot och våld från sina nära anhöriga. Även pojkar och unga män skall uppmärksammas.

För åren 2004-2006 avsätter regeringen 100 miljoner kronor för fortsatta insatser för skyddat boende för ungdomar m.m. som hotas av sina anhöriga av hedersrelaterade orsaker (se Utgiftsområde 8, avsnitt 3.8).

Behov av fortsatta insatser mot missbruk och hemlöshet

Läget i missbrukarvården är svårbedömt. Samtidigt som Socialstyrelsens kartläggning 2003 visar ett relativt diversifierat resursutbud och en tämligen hög grad av specialisering i de kommunala och landstingskommunala verksamheterna, kommer andra signaler som tyder på att tunga missbrukare inte i tillräcklig grad får sina vårdbehov tillgodosedda. Livssituationen för människor med omfattande sociala problem i form av t.ex. missbruk och hemlöshet präglas av bristen på resurser inom samtliga välfärdsområden – arbete, social trygghet, ordnat boende, hälsa. Flera uppgifter pekar på att de inte får den vård, omsorg eller stöd de behöver för att kunna leva ett drägligt liv. Ett uttryck för de tunga narkotikamissbrukarnas utsatthet är en relativt kraftig ökning sedan 1989/90 av den narkotikarelaterade dödligheten.

Missbruk av narkotika har ökat kraftigt under 1990-talet. Erfarenheten av narkotika bland elever i årskurs nio har fördubblats sedan 1989–1990 samtidigt som antalet tunga narkotikamissbrukare⁴ har ökat från omkring 15 000 år 1979 till omkring 26 000 år 1998. Till detta kommer en kraftigt ökad alkoholkonsumtion under senare år. Det ökade behovet av insatser mot missbruk har dock inte åtföljts av en motsvarande ökning av resurser. Medan socialtjänstens samlade kostnader för individ- och familje-

⁴ Injektionsmissbruk vid något tillfälle det senaste året eller annat dagligt eller så gott som dagligt narkotikamissbruk.

omsorgen har ökat under senare delen av 1990-talet har missbrukarvårdens andel av kostnaderna minskat, från 21 procent 1995 till 15 procent 2000. Kostnadsutvecklingen beror enligt Socialstyrelsen på ändringar i volymerna, inte på löne- och prisutveckling. Utvecklingen bekräftas av intresse- och klientorganisationer som upprepade gånger har påtalat att socialtjänstens insatser inte svarar mot de tunga missbrukarnas behov av mer ingripande insatser för att kunna leva ett drägligt liv. Ett särskilt problem i sammanhanget utgör brister i eftervård efter institutionsvård. Om inte institutionsvården följs upp på hemmaplan med psykosocialt stöd, arbete och bostad är risken för återfall i missbruk påtaglig. Mobilisering mot narkotika har en viktig uppgift att i samarbete med kommuner och organisationer arbeta för att få till stånd en utveckling av insatser anpassade för de mest utsatta missbrukarnas behov, samt förbättrad tillgänglighet, effektivitet och kvalitet i vården. Också Socialstyrelsens utvecklingsarbete mot hemlöshet är väsentligt i det sammanhanget, eftersom problem med hemlöshet och missbruk inte sällan har täta samband. Regeringen anser att ytterligare åtgärder kan behöva vidtas under de närmaste åren för att stärka insatserna för de mest utsatta grupperna, som hemlösa och tunga missbrukare.

Statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvård

Mycket talar för att utvecklingen inom ungdomsvården och den slutna ungdomsvården stabiliserats under de senaste åren. Det är angeläget med fortsatta insatser för att höja kvaliteten i vården. Brottsförebyggande rådet, Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse har under året redovisat sitt uppdrag att bl.a. följa upp och utvärdera slutna ungdomsvård såväl inom ramen för det straffrättsliga systemet som verkställigheten. Se även Uo 4, avsnitt 3.4.1. Uppföljningen utgör ett viktigt underlag för SiS fortsatta utvecklingsarbete av den slutna ungdomsvården.

Som nämnts tidigare är utvecklingen inom missbrukarvården svårbedömd. I enlighet med de alkohol- och narkotikapolitiska målen anser dock regeringen att det är viktigt med en fortsatt hög tillgänglighet till LVM-vården.

Regeringen har tidigare aviserat en fortsatt satsning mot narkotikamissbruket. SiS har en viktig roll i denna satsning då den snabbt skall 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. De klienter som tas in vid LVM-hemmen är i dåligt skick både fysiskt och psykiskt och behovet av sjukvård är stort. En särskild utredare ser f.n. över tillämpningen av LVM för att bl.a. klargöra orsakerna till den minskade efterfrågan på LVM-vård. Regeringen har för avsikt att ge SiS i uppdrag att prova en försöksverksamhet inom missbrukarvården i syfte att förbättra vårdkedjan och kvaliteten på den vård som ges både före och efter LVM-vården.

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. Regeringen anser att detta område bör bli föremål för särskilda insatser under 2004. Bl.a. bör SiS på ett tydligare sätt redovisa vilka insatser och åtgärder man vidtar inom området.

9.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionsverket har inte haft några invändningar i revisionsberättelsen för 2002 avseende Statens institutionsstyrelsens verksamhet.

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				
2002	Utfall	80 861	Anslags-sparande	20 728
2003	Anslag	77 578	Utgifts-prognos	92 860
2004	Förslag	72 378		
2005	Beräknat	72 378		
2006	Beräknat	72 378		

Anslaget omfattar medel till utveckling av ungdoms- och missbrukarvården och till kunskaps-

utveckling 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.

Insatser för att förverkliga FN:s barnkonvention

Anslaget omfattar även medel till insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige. Insatserna rör åtgärder för att genomföra regeringens strategi för att förverkliga barnkonventionen i Sverige, såsom kunskapsinhämtning, metodutveckling, uppföljning och utvärdering, erfarenhetsutbyte och idéspredning, åtgärder för att stärka barns och ungas inflytande och delaktighet samt för uppföljningsarbetet när det gäller sexuell exploatering av barn.

Regeringens överväganden

Under närmare tio 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 2003 fördelades 30 miljoner kronor. Socialstyrelsen följer i nära samarbete med länsstyrelserna upp hur medlen fördelas och anser att medlen bidragit till positiv utveckling och samverkan inom området. Efter att ha bidragit till att starta och pröva nya vårdformer anser regeringen att det är angeläget att verka för att den kunskap som genererats lokalt också bidrar till en mer långsiktig nationell kunskapsutveckling inom området. Därutöver finns ett behov av att specifikt utveckla socialtjänstens samverkan med den vård som ges vid SiS institutioner. Regeringen anser att det finns skäl att ändra inriktningen av detta stöd till socialtjänstens utvecklingsarbete. För 2004 minskas de aktuella utvecklingsmedlen med 15 miljoner kronor. Resterande 15 miljoner kronor avsätts för att utveckla en sammanhållen vårdkedja inom missbrukarvården samt för en fortsatt satsning på kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten.

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 samhällseliga insatserna.

Anslaget minskas med 5,2 miljoner kronor fr.o.m. 2004. Bakgrunden är att Socialstyrelsen under perioden 2001–2003 fått särskilda medel för kunskapsutveckling inom socialtjänsten. För detta ändamål utgick 10 miljoner kronor 2001 och 20 miljoner kronor per år under 2002 och 2003. Under 2003 tillfördes också 2,2 miljoner kronor engångsvis för att bidra till finansieringen av Rikskvinnocentrums verksamhet samt för en nationell telefonjour. Från och med 2004 tillförs anslaget 9 miljoner kronor för ytterligare stöd till kvinno- och mansjourer samt 8 miljoner kronor för verksamheten vid Rikskvinnocentrum.

Tabell 9.3 Härledning av anslagsnivå för 2004–2006, för 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	77 578	77 578	77 578
Förändring till följd av:			
Beslut	–5 200	–5 200	–5 200
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	72 378	72 378	72 378

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 72 378 000 kronor anvisas under anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till vardera 72 378 000 kronor.

9.8.2 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tabell 9.4 Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2002	Utfall	678 631	2002	Anslags-sparande	-8 311
2003	Anslag	735 346	2003	Utgifts-prognos	719 616
2004	Förslag	743 479			
2005	Beräknat	762 995 ¹			
2006	Beräknat	775 775 ²			

¹ Motsvarar 745 433 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 745 434 tkr i 2004 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 omkring 60 procent respektive två tredjedelar med avgifter, medan slutna ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag. Intäkterna beräknas enligt SiS till 975 miljoner kronor för 2003 och 1 014 miljoner kronor för 2004.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

En del av SiS uppdrag är att initiera och stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet inom SiS verksamhetsområde. SiS har inga egna forskningsresurser utan engagerar forskare vid olika universitet och högskolor. Med hänsyn till den karaktär både verksamhet och forskning har är de flesta projekt mer än ettåriga. Detta innebär att planeringen måste sträcka sig över flera år, vilket i sin tur medför att även utfästelser om framtida finansiering måste göras. Regeringen föreslår att SiS under 2004 skall kunna ingå ekonomiska åtaganden inom SiS verksamhetsområde som innebär utgifter om högst 18 miljoner kronor efter 2004.

Tabell 9.5 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2002	Prognos 2003	Budget 2004	Beräknat 2005	Beräknat 2006–
Utestående åtaganden vid årets början	0	250	2 000	–	–
Nya åtaganden	250	5 750	7 000	–	–
Infriade åtaganden*	0	-4 000	-5 000	-10 000	-8 000
Utestående åtaganden vid årets slut	250	2 000	4 000	–	–
Erhållet/föreslaget bemyndigande	18 000	18 000	18 000	–	–

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Regeringens överväganden

När den straffrättsliga påföljden slutna 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. Under de senaste åren har antalet dömda stabiliserats och det råder i dag balans mellan behovet och antalet platser. SiS bedöms fr.o.m. 2003 behöva 80 årsplatser i slutna ungdomsvård. I samband med 2002 års budgetproposition tillfördes anslaget ytterligare 50 miljoner kronor fr.o.m. 2002 och 60 miljoner kronor per år fr.o.m. 2003 och framåt. I tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2003 tillfördes SiS ytterligare 6 miljoner kronor för finansiering av den slutna ungdomsvården. Med anledning av den nu aktuella utvecklingen, och som ett led i regeringens narkotikapolitiska satsning, tillfördes SiS 50 miljoner kronor under 2003. Från och med 2004 tillförs anslaget 35 miljoner kronor. Anslaget minskas engångsvis under 2004 med 2 miljoner kronor.

Att komma tillrätta med ohälsan och sjukfrånvaron är en prioriterad fråga för regeringen. Statens institutionsstyrelse har en hög sjukfrånvaro som enligt myndigheten bl.a. kan förklaras av personalens ålderssammansättning och arbetsförhållanden med stort inslag av obekväma arbetstid. Som en viktig åtgärd för att förbättra arbetsvillkoren träffade SiS under förra året ett nytt arbetstidsavtal. Under 2003 genomförs en försöksverksamhet för samverkan och SiS avser att 2004 träffa ett myndighetsövergripande samverkansavtal. Enligt den senaste arbetsmiljöenkäten upplever de anställda att deras arbetsvillkor har förbättrats. Regeringen avser att även fortsatt följa sjukfrånvaron vid myndigheten.

Tabell 9.6 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	735 346	735 346	735 346
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	26 238	44 181	57 237
Beslut	-18 105	-16 532	-16 808
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	743 479	762 995	775 775

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 743 479 000 kronor anvisas under anslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse* för 2004. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 762 995 000 kronor respektive 775 775 000 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	Slagsnamn	Belopp	Reservations- tilläggsbudget	Belopp
2002	Utfall	11 990	Reservations- tilläggsbudget	1 067
2003	Anslag	10 000	Utgifts- prognos	9 750
2004	Förslag	10 000 ¹		
2005	Beräknat	–		
2006	Beräknat	–		

¹ Anslaget var tidigare ett reservationsanslag. Fr.o.m. budgetåret 2004 förs anslaget upp som ett ramanslag. Behållningen på reservationsanslaget vid utgången av 2003 förs upp som anslagssparande på ramanslaget.

Anslaget disponeras av Socialstyrelsen som har fått regeringens uppdrag att utveckla metoder för att långsiktigt komma tillrätta med problem som är kopplade till hemlöshet. Socialstyrelsen disponerar sammanlagt 30 miljoner kronor under åren 2002–2004. Socialstyrelsen skall bl.a. medverka till att utveckla metoder för lokala kartläggningar av hemlöshetens omfattning och utveckling samt stimulera tillkomsten av lokala verksamheter som syftar till att förebygga hemlöshet och förbättra situationen för hemlösa

Tabell 9.8 Härledning av anslagsnivå för 2004–2006, för 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget ¹	10 000		
Förändring till följd av:			
Beslut		-10 000	-10 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	10 000		

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 10 000 000 kronor anvisas under anslaget 18:3 *Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa* för 2004.

10 Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 9

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: Förvaltning

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags- sparande	Belopp
2002	Utfall	22 631		819
2003	Anslag	21 807	Utgifts- prognos	21 955
2004	Förslag	22 851		
2005	Beräknat	23 380 ¹		
2006	Beräknat	23 757 ²		

¹ Motsvarar 22 851 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 22 851 tkr i 2004 års prisnivå.

Anslaget används till 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. Fr.o.m. den 1 januari 2004 leds rådets verksamhet av en ny huvudsekreterare.

Regeringens överväganden

Sedan 2002 har en arbetsgrupp inom FAS arbetat med förberedelser för att möjliggöra ansökningar om forskningsstöd via Internet. Rege-

ringen ser positivt på att informationsteknik används för att underlätta och effektivisera arbetet med forskningsansökningar.

FAS har under 2002 arbetet intensivt inom verksamhetsgrenen strategi och analys, bl.a. har man redovisat flera forskningsutvärderingar. Regeringen ser mycket positivt på rådets arbete inom detta område samt bedömer att verksamhetsgrenen strategi och analys kommer att vara av fortsatt stor betydelse de närmaste åren. Det finns därför skäl att undersöka om den metodik och det arbetssätt som rådet hittills har använt kan utvecklas ytterligare.

Tabell 10.2 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	21 807	21 807	21 087
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	587	1 105	1 475
Beslut ³	457	468	475
Överföring till/från andra anslag	–	–	–
Övrigt	–	–	–
Förslag/beräknat anslag	22 851	23 380	23 757

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget.

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

³ Avser medel för revision, se avsnitt 3.2.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 22 851 000 kronor anvisas år 2004 under anslaget 26:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning*. För åren 2005

⁵ Verksamhetsdel med resultatbedömning m.m. återfinns under utgiftsområde 16 Forskningspolitik.

och 2006 beräknas anslaget till 23 380 000 kronor respektive 23 757 000 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

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2002	Utfall	284 199	2002	Anslags-sparande	1 991
2003	Anslag	283 891	2003	Utgifts-prognos	277 903
2004	Förslag	288 376			
2005	Beräknat	295 044 ¹			
2006	Beräknat	299 851 ²			

¹ Motsvarar 288 376 tkr i 2004 års prisnivå.

² Motsvarar 288 376 tkr i 2004 års prisnivå.

Ändamålet med anslaget är att stödja forskning och forskningsinformation om arbetsliv, social-

vetenskap och folkhälsovetenskap. Anslaget skall användas till forskningsbidrag, anställningar, informationsinsatser samt projektrelaterade kostnader såsom utvärderingar, beredningsarbete, konferenser, vissa resor och seminarier.

Under 2003 disponerar FAS 10 miljoner kronor från anslag 19:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* för interventionsforskning om långvarig sjukskrivning. Syftet är att erbjuda kunskap om vilka interventioner som kan minska sjukfrånvaron i arbetslivet.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Den forskningsverksamhet som FAS finansierar strävar framförallt efter resultat på lång sikt och stöd ges därför ofta i form av fleråriga projekt. Rådets bemyndigande syftar till att möjliggöra sådana satsningar. Regeringen föreslår därför ett bemyndigande för 2004 om 640 000 000 kronor.

Tabell 10.4 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2002	Prognos 2003	Budget 2004	Beräknat 2005	Beräknat 2006–
Utestående åtaganden vid årets början	457 000	545 000	600 000	–	–
Nya åtaganden	365 000	311 000	330 000	–	–
Infriade åtaganden *	–277 000	–256 000	–290 000	–300 000	–340 000
Utestående åtaganden vid årets slut	545 000	600 000	640 000	–	–
Erhållen/föreslagen bemyndiganderam	550 000	600 000	640 000	–	–

* Utgiftsutfall till följd av ingångna förpliktelser.

Tabell 10.5 Härledning av anslagsnivån 2004–2006, för 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor

	2004	2005	2006
Anvisat 2003 i 2003 års statsbudget¹	283 891	283 891	283 891
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	4 485	11 153	15 960
Beslut	–	–	–
Överföring till/från andra anslag	–	–	–
Övrigt	–	–	–
Förslag/beräknat anslag	288 376	295 044	299 851

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2002, (bet. 2002/03:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2003 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Regeringens överväganden

Den forskning som bedrivs inom FAS ansvarsområden bedöms generellt sett hålla en hög kvalitet. Detta visas bl.a. i de utvärderingar som utförts av internationellt ledande forskare. Även fortsättningsvis skall vetenskaplig kvalitet vara det viktigaste kriteriet vid fördelningen av forskningsstöd.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att anslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* för år 2004 uppgår till 288 376 000 kronor. För 2005 och 2006 beräknas anslaget till 295 044 000 kronor respektive 299 851 000 kronor.