

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statsbudget för 2007

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	13
2	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	15
2.1	Omfattning.....	15
2.2	Utgiftsutveckling	15
2.3	Skatteutgifter.....	16
3	Politikområde Hälsa- och sjukvårdspolitik.....	17
3.1	Omfattning.....	17
3.2	Utgiftsutveckling	19
3.3	Skatteutgifter.....	20
3.4	Mål	20
3.5	Verksamhetsområde Hälsa- och sjukvård.....	20
3.5.1	Insatser	20
3.5.2	Resultatredovisning	27
3.6	Verksamhetsområde Tandvård.....	32
3.6.1	Insatser	32
3.6.2	Resultatredovisning	33
3.7	Revisionens iakttagelser.....	38
3.8	Politikens inriktning	39
3.9	Budgetförslag	41
3.9.1	13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	41
3.9.2	13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	42
3.9.3	13:3 Bidrag till hälsa- och sjukvård.....	42
3.9.4	13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	44
3.9.5	13:5 Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	45
3.9.6	13:6 Socialstyrelsen	45
3.9.7	13:7 Läkemedelsförmånsnämnden.....	47
3.9.8	13:8 Sjukvård i internationella förhållanden.....	47
3.9.9	13:9 Bidrag till psykiatri.....	48
3.10	Övrig verksamhet.....	49
3.10.1	Läkemedelsverket.....	49
3.10.2	Apoteket AB	50
4	Politikområde Folkhälsa.....	51
4.1	Omfattning.....	51

4.2	Utgiftsutveckling.....	52
4.3	Mål.....	52
4.4	Insatser.....	52
4.4.1	Insatser inom politikområdet.....	52
4.4.2	Insatser utanför politikområdet.....	56
4.5	Resultatredovisning.....	56
4.5.1	Folkhälsans utveckling.....	56
4.5.2	Alkohol.....	57
4.5.2.1	Mål.....	57
4.5.2.2	Resultat.....	58
4.5.2.3	Analys och slutsatser.....	59
4.5.3	Narkotika.....	59
4.5.3.1	Mål.....	59
4.5.3.2	Resultat.....	59
4.5.3.3	Analys och slutsatser.....	60
4.5.4	Tobak.....	60
4.5.4.1	Mål.....	60
4.5.4.2	Resultat.....	60
4.5.4.3	Analys och slutsatser.....	61
4.5.5	Smittskydd och hälsoskydd.....	61
4.5.5.1	Mål.....	61
4.5.5.2	Resultat.....	61
4.5.5.3	Analys och slutsatser.....	63
4.5.6	Spelberoende.....	63
4.5.6.1	Mål.....	63
4.5.6.2	Resultat.....	63
4.5.6.3	Analys och slutsatser.....	63
4.6	Revisionens iakttagelser.....	64
4.7	Politikens inriktning.....	65
4.8	Budgetförslag.....	67
4.8.1	14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	67
4.8.2	14:2 Bidrag till WHO.....	67
4.8.3	14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.....	68
4.8.4	14:4 Statens folkhälsoinstitut.....	69
4.8.5	14:5 Smittskyddsinstitutet.....	70
4.8.6	14:6 Institutet för psykosocial medicin.....	71
4.8.7	14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	72
4.8.8	14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	72
4.8.9	14:9 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden.....	73
4.9	Övrig verksamhet.....	73
4.9.1	Systembolaget AB.....	73
5	Politikområde Barnpolitik.....	75
5.1	Omfattning.....	75
5.2	Utgiftsutveckling.....	75
5.3	Mål.....	76
5.4	Insatser.....	76
5.4.1	Insatser inom politikområdet.....	76
5.4.2	Insatser utanför politikområdet.....	77
5.5	Resultatredovisning.....	77
5.5.1	Mål.....	77

5.5.2	Resultat.....	78
5.5.3	Analys och slutsatser	79
5.6	Revisionens iakttagelser.....	80
5.7	Politikens inriktning	80
5.8	Budgetförslag	80
5.8.1	15:1 Barnombudsmannen	80
5.8.2	15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	81
5.8.3	15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	82
6	Politikområde Handikappolitik.....	85
6.1	Omfattning.....	85
6.2	Utgiftsutveckling	85
6.3	Mål	86
6.4	Insatser	86
6.4.1	Insatser inom politikområdet.....	86
6.4.2	Insatser utanför politikområdet	91
6.5	Resultatredovisning	93
6.5.1	Mål	93
6.5.2	Resultat.....	93
6.5.3	Analys och slutsatser	101
6.6	Revisionens iakttagelser.....	101
6.7	Politikens inriktning	102
6.8	Budgetförslag	102
6.8.1	16:1 Personligt ombud.....	102
6.8.2	16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	103
6.8.3	16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	103
6.8.4	16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	104
6.8.5	16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	105
6.8.6	16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	106
6.8.7	16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder	106
6.8.8	16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	107
6.8.9	16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning	108
6.8.10	16:10 Handikappombudsmannen	109
7	Politikområde Äldrepolitik.....	111
7.1	Omfattning.....	111
7.2	Utgiftsutveckling	111
7.3	Mål	112
7.4	Insatser	112
7.4.1	Insatser inom politikområdet.....	112
7.4.2	Insatser utanför politikområdet	113
7.5	Resultatredovisning	114
7.5.1	Mål	114
7.5.2	Resultat.....	114
7.5.3	Analys och slutsatser	117
7.6	Politikens inriktning	118
7.7	Budgetförslag	120
7.7.1	17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	120
8	Politikområde Socialtjänstpolitik	123
8.1	Omfattning.....	123

8.2	Utgiftsutveckling.....	123
8.3	Mål.....	124
8.3.1	Mål och villkor.....	124
8.4	Insatser.....	124
8.4.1	Insatser inom politikområdet.....	124
8.4.2	Insatser utanför politikområdet.....	128
8.5	Resultatredovisning.....	128
8.5.1	Mål.....	128
8.5.2	Resultat.....	129
8.5.3	Analys och slutsatser.....	133
8.6	Politikens inriktning.....	134
8.7	Revisionens iakttagelser.....	135
8.8	Budgetförslag.....	135
8.8.1	18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	135
8.8.2	18:2 Statens institutionsstyrelse.....	136
8.8.3	18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	137
9	Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.....	139
9.1	Budgetförslag.....	139
9.1.1	26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	139
9.1.2	26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	140

Tabellförteckning

Anslagsbelopp	14
2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet	15
2.2 Härledning av ramnivån 2007–2009. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	16
2.3 Ramnivå 2007 realekonomiskt fördelade. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	16
2.4 Skatteutgifter	16
3.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader, inkl moms. Andel av BNP, exklusive respektive inklusive kommunernas äldresjukvård	17
3.2 Detaljredovisning av Hälso- och sjukvårdens kostnader, 2004	18
3.3 Utgiftsutveckling inom politikområdet	19
3.4 Skatteutgifter inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik, netto	20
3.5 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2001–2005 (inkl moms)	30
3.6 Andel personer som har egna tänder eller löständer	34
3.7 Tandvårdskostnader de senaste 12 månaderna	35
3.8 Senaste besök hos tandläkare eller tandhygienist 2004 uppdelat på kön och ålder	36
3.9 Tandvårdens totala kostnader, 1999–2004	37
3.10 Anslagsutveckling 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	41
3.11 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	41
3.12 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	42
3.13 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	42
3.14 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	42
3.15 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	44
3.16 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för medicinskt utvärdering	44
3.17 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	44
3.18 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	45
3.19 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	45
3.20 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen	45
3.21 Offentligrättslig verksamhet	46
3.22 Uppdragsverksamhet	46
3.23 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:6 Socialstyrelsen	47
3.24 Anslagsutveckling 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	47
3.25 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	47
3.26 Anslagsutveckling 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	47

3.27	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden.....	48
3.28	Anslagsutveckling 13:9 Bidrag till psykiatri.....	48
3.29	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:9 Bidrag till psykiatri.....	49
3.30	Offentligrättslig verksamhet.....	49
3.31	Ekonomisk översikt för Apoteket AB.....	50
4.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	52
5.2	Anslagsutveckling 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	67
4.3	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14.1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	67
4.4	Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO.....	67
4.5	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:2 Bidrag till WHO.....	68
4.6	Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.....	68
4.7	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:3 Bidrag till * Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.....	68
4.8	Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut.....	69
4.9	Offentligrättslig verksamhet.....	69
4.10	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	69
4.11	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:4 Statens folkhälsoinstitut.....	70
4.12	Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet.....	70
4.13	Uppdragsverksamhet.....	70
4.14	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:5 Smittskyddsinstitutet.....	71
4.15	Anslagsutveckling 14:6 Institutet för psykosocial medicin.....	71
4.16	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:6 Institutet för psykosocial medicin.....	71
4.17	Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	72
4.18	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	72
4.19	Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	72
4.20	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	72
4.21	Anslagsutveckling 14:9 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden.....	73
4.22	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:9 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden.....	73
4.23	Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren.....	74
5.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	75
5.2	Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen.....	80
5.3	Uppdragsverksamhet.....	81
5.4	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 15:1 Barnombudsmannen.....	81
5.5	Anslagsutveckling 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	81
5.6	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	82
5.7	Anslagsutveckling 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige.....	82
5.8	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige.....	83
6.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	86

6.2	Kostnader för kommunala insatser, antal med LSS-insatser och andel kvinnor och män som har insatser samt kommunala LSS-insatser totalt och fördelade på kvinnor och män	94
6.3	Antal kommunala LSS-insatser fördelade per insats.....	95
6.5	Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och andel kvinnor och män som har assistans samt beviljade timmar per vecka.....	96
6.4	Andel som uppger att assistansanordnaren kan erbjuda den personliga assistans som den assistansberättigade vill ha (procent)	97
6.6	Utveckling av personliga ombud (PO).....	97
6.7	Antal som har bilstöd, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper	98
6.8	Kostnader för särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer.....	99
6.9	Antal elever med särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer.....	99
6.10	Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud.....	102
6.11	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:1 Personligt ombud.....	103
6.12	Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	103
6.13	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	103
6.14	Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	103
6.15	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	104
6.16	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	104
6.17	Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	104
6.18	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	105
6.19	Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	105
6.20	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:5 Bidrag till handikapporganisationer.....	106
6.21	Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	106
6.22	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	106
6.23	Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder	106
6.24	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder	107
6.25	Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning.....	107
6.26	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	108
6.27	Anslagsutveckling 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning	108
6.28	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning	108
6.29	Anslagsutveckling 16:10 Handikappombudsmannen	109
6.30	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:10 Handikappombudsmannen.....	109
7.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet.....	111
7.2	Antal kvinnor och män i ordinärt eller särskilt boende, 65 år och äldre, samt i procent av befolkningen.....	114
7.3	Anslagsutveckling 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken...	120

7.4	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden	120
7.5	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	121
8.1	Utgiftsutveckling inom politikområdet	123
8.2	Ungdomsvård.....	127
8.3	Sluten ungdomsvård	127
8.4	Missbrukarvård.....	128
8.5	Biståndshushåll fördelade efter hushållens sammansättning 2005.....	130
8.6	Antalet kvinnor och män med insatser den 1 november 2005	132
8.7	Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	135
8.8	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	135
8.9	Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse	136
8.10	Offentligrättslig verksamhet	136
8.11	Uppdragsverksamhet	136
8.12	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden	136
8.13	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 18:2 Statens institutionsstyrelse.....	137
8.14	Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.....	137
8.15	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	137
9.1	Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	139
9.2	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	139
9.3	Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	140
9.4	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden	140
9.5	Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	141

Diagramförteckning

3.1	Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2005, procentuellt fördelade på verksamhetsområde	18
3.2	Landstingens inkomster år 2005, exklusive försäljning till landsting, procentuellt fördelade efter inkomstlag.....	19
3.3	Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 1991-2005 (exklusive moms)	30
3.4	Andelen kariesfria barn (%)	33
4.1	Medellivslängd 1983–2005	57
4.2	Andel personer 16–84 år som rapporterat att de har dålig eller mycket dålig hälsa 2005.....	57
4.3	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen 2000-2005, per invånare 15 år och äldre.....	58
4.4	Alkoholkonsumtionen 1995, 1996, 1998 och 2000–2005: totalt och per alkoholdryck, registrerad plus skattningar av oregistrerad alkoholkonsumtion	58
4.5	Antal alkoholrelaterade dödsfall 1993–2003.....	59
4.6	Andel elever i årskurs 9 samt andel mönstrande som uppgett att de någon gång använt narkotika 1997–2005	60
4.7	Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder 1992–2005	60
4.8	Antal fall av hiv-infektion som anmälts 1997–2005	62
4.9	Antal fall av klamydiainfektion som anmälts 1997–2005.....	62
4.10	Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokokker som anmälts 2000–2005	62
6.1	Kostnader för och antal beviljade bilstöd under perioden 1996– 2005.....	98
8.1	Ekonomiskt bistånd	129
8.2	Antal biståndsmottagare efter hushållens sammansättning.....	129

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. bemyndigar regeringen att under 2007 för ramanslaget 14:4 *Statens folkhälsoinstitut* ingå ekonomiska förpliktelser avseende beställarstyrda forskningsprojekt som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 10 000 000 kronor efter 2007 (avsnitt 4.8.4),
2. bemyndigar regeringen att under 2007 för ramanslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 83 000 000 kronor efter 2007 (avsnitt 6.8.3),
3. bemyndigar regeringen att under 2007 för ramanslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorde åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 30 000 000 kronor efter 2007 (avsnitt 7.7.1),
4. bemyndigar regeringen att under 2007 för ramanslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse* ingå ekonomiska förpliktelser som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 5 000 000 kronor efter 2007 (avsnitt 8.8.2),
5. bemyndigar regeringen att under 2007 för ramanslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 662 000 000 kronor efter 2007 (avsnitt 9.1.2),
6. för budgetåret 2007 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp*Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	
13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	ramanslag	3 233 000
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	ramanslag	21 367 000
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	ramanslag	399 103
13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	ramanslag	40 695
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	ramanslag	29 099
13:6 Socialstyrelsen	ramanslag	537 989
13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	ramanslag	58 626
13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	ramanslag	368 023
13:9 Bidrag till psykiatri	ramanslag	500 000
14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	ramanslag	151 937
14:2 Bidrag till WHO	ramanslag	35 165
14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	ramanslag	18 288
14:4 Statens folkhälsoinstitut	ramanslag	126 350
14:5 Smittskyddsinstitutet	ramanslag	184 849
14:6 Institutet för psykosocial medicin	ramanslag	15 471
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	ramanslag	111 585
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	ramanslag	248 155
14:9 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden	ramanslag	212
15:1 Barnombudsmannen	ramanslag	17 184
15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	ramanslag	11 473
15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	ramanslag	7 461
16:1 Personligt ombud	ramanslag	109 460
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	ramanslag	273 350
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	ramanslag	177 399
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	ramanslag	79 900
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	ramanslag	163 660
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	ramanslag	23 286
16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder	ramanslag	256 000
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	ramanslag	14 450 000
16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning	ramanslag	19 119
16:10 Handikappombudsmannen	ramanslag	11 993
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	ramanslag	2 117 137
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	ramanslag	613 476
18:2 Statens institutionsstyrelse	ramanslag	773 559
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	ramanslag	32 940
26:1 Forskningsrådet för arbetslivet och socialvetenskap: Förvaltning	ramanslag	23 529
26:2 Forskningsrådet för arbetslivet och socialvetenskap: Forskning	ramanslag	318 966
Summa		46 905 439

2 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Det budgetförslag för 2007 som nu lämnas till riksdagen har utformats under den korta tid som enligt riksdagsordningen står till en ny regerings förfogande. Det har inneburit att en fullständig omarbetning av samtliga delar av budgeten i enlighet med regeringens politik inte har varit möjlig. Regeringen kan därför på tilläggsbudget behöva återkomma till riksdagen med ytterligare förslag som påverkar budgetåret 2007.

2.1 Omfattning

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

2.2 Utgiftsutveckling

Tabell 2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2005	Budget 2006 ¹	Prognos 2006	Förslag 2007	Beräknat 2008	Beräknat 2009
Politikområde Hälsa- och sjukvårdspolitik	23 882	25 081	25 196	26 534	29 539	29 331
Politikområde Folkhälsa	755	1 095	991	892	714	712
Politikområde Barnpolitik	33	38	38	36	37	37
Politikområde Handikappolitik	12 525	14 042	13 886	15 564	17 228	18 856
Politikområde Äldrepolitik	51	772	759	2 117	2 379	2 079
Politikområde Socialtjänstpolitik	920	1 200	1 206	1 420	1 080	969
Politikområde Forskningspolitik	307	319	319	342	369	377
Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	38 473	42 546	42 396	46 905	51 346	52 362

¹ Inklusiv tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

**Tabell 2.2 Härledning av ramnivån 2007–2009.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	41 620	41 620	41 620
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning	20	63	116
Beslut	3 521	6 278	5 572
Övriga makroekonomiska förutsättningar	550	1 154	1 788
Volym	1 195	2 232	3 266
Överföring till/från andra utgiftsområden	0	0	0
Övrigt			
Ny ramnivå	46 905	51 346	52 362

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

**Tabell 2.3 Ramnivå 2007 realekonomiskt fördelade.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2007
Transfereringar ¹	44 068
Verksamhetsutgifter ²	2 829
Investeringar ³	8
Summa ramnivå	46 905

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

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

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

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

2.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom UO 9 redovisas i huvudsak på statsbudgetens

utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finn det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteavvikelser. Avvikelser från en likformig beskattning utgör en skatteförmån om t.ex. en grupp av skattskyldiga omfattas av en skattelättnad och som en skattesanktion om det rör sig om ett ”överuttag” av skatt.

Många av skatteutgifterna har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika politikområden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö-, eller arbetsmarknadspolitik. Dessa avvikelser påverkar statsbudgetens saldo och kan därför jämsställas med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av skatteutgifterna finns i bilaga 2 till 2006 års ekonomiska vårproposition. I det följande redovisas nettoberäknade skatteavvikelser med politikområdesanknytning som är att hänföra till UO 9.

Tabell 2.4 Skatteutgifter

Miljoner kronor

	Prognos 2006	Prognos 2007
Politikområde Hälso- och sjukvård	1440	1570
Totalt för utgiftsområde 9	1440	1570

De enskilda skatteavvikelserna inom politikområdet 13 Hälso- och sjukvårdspolitik redovisas närmare i kapitel 3, avsnitt 3.3, där även en förklaring av respektive skatteutgift ges.

3 Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik

3.1 Omfattning

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

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

Hälso- och sjukvårdens kostnader (inräknat tandvård) uppgick 2005 preliminärt till 222 miljarder kronor, inklusive moms. Detta motsvarar, i löpande priser, en ökning med 3,5 procent jämfört med 2004. I beloppet 222 miljarder kronor (motsvarande 8,3 procent av BNP) ingår inte kostnader för kommunernas hälso- och sjukvård för äldre. Kostnaderna för den verksamheten har beräknats till ca 0,7 procent av BNP. Hälso- och sjukvårdens totala kostnader som andel av BNP uppgick under 2005 därmed preliminärt till ca 9,0 procent.

Tabell 3.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader, inkl moms. Andel av BNP, exklusive respektive inklusive kommunernas äldresjukvård

Miljarder kronor

	2001	2002	2003	2004 ¹	2005 ¹
<i>Inklusive moms</i>					
Hälso- och sjukvårdskostnader	183,4	199,2	209,5	214,3	221,7
Andel av BNP, procent	8,1	8,5	8,6	8,3	8,3
Andel av BNP, procent inkl. kommunal äldrevård	8,8	9,2	9,3	9,0	9,0

¹ Preliminära uppgifter

Källa: Nationalräkenskaperna, SCB

Patienternas kostnader för hälso- och sjukvård i form av patientavgifter, läkemedel (egenavgifter avseende receptbelagda läkemedel samt hela kostnaden för receptfria, ej förskrivna läkemedel) m.m. uppgick under 2004 preliminärt till 32,8 miljarder kronor. Läkemedel kostade hushållen 8,8 miljarder kronor medan kostnaderna avseende tandvård samt patientavgifter avseende hälso- och sjukvård uppgick till 18,6 miljarder kronor. Patienternas andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna uppgick därmed till ca 15 procent.

De offentliga konsumtionsutgifterna, dvs. kostnader för att bedriva den offentliga hälso- och sjukvården reducerat med intäkter från patientavgifter såväl som övriga intäkter, uppgick preliminärt till 172,1 miljarder kronor 2004. Av detta utgjorde kostnader för läkemedelsförmånerna och inkontinensartiklar 20 miljarder kronor. Ersättningar till privatpraktiserande läkare, tandläkare och andra privata vårdgivare uppgick till 2,3 miljarder kronor. Vårdavtal med privata vårdgivare uppgick till ca 19,4 miljarder kronor.

Privata och offentliga investeringar utgjorde preliminärt 9,4 miljarder kronor 2004.

Tabell 3.2 Detaljredovisning av Hälso- och sjukvårdens kostnader, 2004

Miljarder kronor

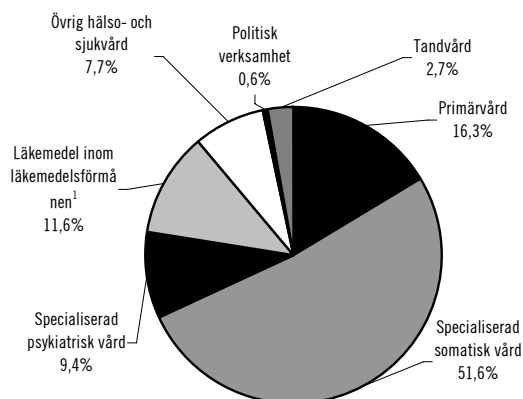
		2004 ¹
Hushållens konsumtionsutgifter, hälso- och sjukvård		32,8
<i>Varav</i>		
Läkemedel	8,8	
Övriga sjukvårdsartiklar	0,3	
Glasögon m.m.	5,1	
Patientavgifter	18,6	
Offentliga konsumtionsutgifter, hälso- och sjukvård		172,1
<i>Varav</i>		
Läkemedelsförmånerna och in-kontinensartiklar	20,0	
Privatpraktiserande läkare och tandläkare	2,3	
Vårdavtal med privata vårdgivare	19,4	
Övrigt	130,4	
Investeringar		9,4
<i>Varav</i>		
Näringslivet	2,4	
Offentliga	7,0	
Summa kostnader		214,3

¹ Preliminära uppgifter

Källa: Nationalräkenskaperna, SCB

Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, uppgick under 2005 till 165,4 miljarder kronor exklusive moms. Kostnaderna fördelades på landstingens verksamhetsområden enligt diagram 3.1.

Diagram 3.1 Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2005, procentuellt fördelade på verksamhetsområde



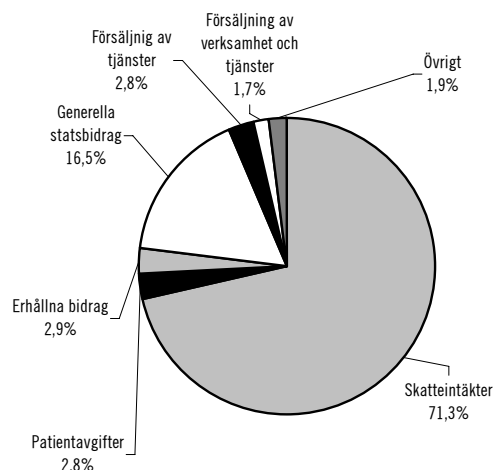
Källa: Sveriges Kommuner och landsting

¹ Läkemedelsbidraget redovisas fr.o.m. 2005 inte i verksamheten utan som generellt statsbidrag.

Kostnaderna för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården utgjorde drygt 60 procent av huvudmännens totala nettokostnader, medan primärvårdens andel uppgick till drygt 16 procent under 2005 (pga redovisningstekniska själ är inte primärvårdens andel för 2005 jämförbar med tidigare års andelar för primärvården).

Av landstingens totala inkomster utgjorde landstingsskatten 71 procent 2005. Statens bidrag till landstingen utgörs av såväl generella som specialdestinerade statsbidrag. De sistnämnda bestod under 2005 inom hälso- och sjukvårdsområdet främst av statsbidraget för läkemedelsförmånerna samt bidrag till psykiatri och social psykiatri. Landstingen får även inkomster från patientavgifter samt från försäljning av tjänster och viss verksamhet. Uppgifterna i diagram 3.2 avser landstingens totala verksamhet där hälso- och sjukvård inklusive tandvård utgör ca 90 procent av landstingens nettokostnader.

Diagram 3.2 Landstingens inkomster år 2005, exklusive försäljning till landsting, procentuellt fördelade efter inkomslag



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005

3.2 Utgiftsutveckling

Tabell 3.3 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Milljoner kronor

	Utfall 2005	Budget 2006 ¹	Prognos 2006	Förslag 2007	Beräknat 2008	Beräknat 2009
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
13:1 Tandvårdsförmåner m.m.	2 438,4	3 026,0	3 133,0	3 233,0	6 199,0	6 213,0
13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna	19 767,0	20 550,0	20 550,0	21 367,0	21 367,0	21 367,0
13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård	260,0	259,0	253,4	399,1	411,6	411,6
13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering	39,4	40,4	39,8	40,7	41,5	42,4
13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	26,6	28,8	28,3	29,1	29,6	30,2
13:6 Socialstyrelsen	476,6	561,6	568,6	538,0	545,3	557,2
13:7 Läkemedelsförmånsnämnden	52,1	58,2	49,1	58,6	59,8	61,1
13:8 Sjukvård i internationella förhållanden	317,5	358,1	387,8	368,0	385,2	398,6
13:9 Bidrag till psykiatri		0,0	0,0	500,0	500,0	250,0
2006 09 13:9 Bidrag till psykiatri och social psykiatri	452,4	198,8	182,6	-	-	-
2005 09 13:9 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.	52,0	-	2,0	-	-	-
2001 09 13:6 Ersättning till steriliserade i vissa fall	0,5	-	1,0	-	-	-
Totalt för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik	23 882,4	25 080,8	25 195,7	26 533,5	29 539	29 331,1

3.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom utgiftsområde 9 redovisas i huvudsak på statsbudgetens utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finns det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteutgifter. Avvikelser från en likformig beskattning utgör en skatteförmån om t.ex. en viss grupp av skattskyldiga omfattas av en skattelättnad i förhållande till en likformig beskattning och som en skattesanktion om det rör sig om ett "överuttag" av skatt. Många av skatteutgifterna har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika politikområden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö- eller arbetsmarknads politik. Dessa skatteutgifter påverkar statsbudgetens saldo och kan därför jämföras med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av redovisningen av skatteutgifterna finns i bilaga 2 till 2006 års ekonomiska vårproposition. I det följande redovisas de nettoberäknade skatteutgifterna med politikområdesanknytning som är att hänföra till politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik.

Tabell 3.4 Skatteutgifter inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik, netto¹

Miljoner kronor

	Prognos 2006	Prognos 2007
Läkemedel	1 440	1 570
Förmån av privat hälso- och sjukvård	–	–
Totalt för politik- område Hälso- och sjukvårdspolitik	1 440	1 570

¹ Ett "–" innebär att skatteutgiften inte kan beräknas

Läkemedel

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

Förmån av privat hälso- och sjukvård

Om arbetsgivaren bekostar offentligt finansierad hälso- och sjukvård i Sverige är detta en skattepliktig förmån. Om arbetsgivaren däremot bekostar privat hälso- och sjukvård för en anställd är detta en skattefri förmån. Detsamma gäller för hälso- och sjukvård utomlands. Arbetsgivaren har ingen avdragsrätt för kostnaden. Det finns dock inget som hindrar att arbetsgivaren efter

överenskommelse gör ett bruttolöneavdrag för den anställda för att kompensera sig för kostnaden. Skatteutgiften avser skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt.

3.4 Mål

Vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

Ovanstående mål är beslutade av riksdagen (prop. 2000/01:1, bet. 2000/01:SoU1, rskr. 96). Resultatbeskrivningen i det följande görs i förhållande till dessa mål. I den mån regeringen bedömer att indelning i politikområden eller mål för dessa bör ändras återkommer regeringen vid ett senare tillfälle.

3.5 Verksamhetsområde Hälso- och sjukvård

3.5.1 Insatser

Insatser inom politikområdet

Kvalitetsutveckling

Begreppet kvalitet inom hälso- och sjukvård måste betraktas ur flera perspektiv. Ett antal kvalitetsområden och uppföljningsperspektiv har definierats såväl internationellt som nationellt och används av flera landsting i Sverige. Socialstyrelsen har i sin rapport God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (2006) delat in dessa områden utifrån att vården skall vara kunskapsbaserad, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och tillhandahållas i rimlig tid.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av den tidigare regeringen att i samråd med Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet utarbeta nationella kvalitetsindikatorer som skall kunna spegla olika aspekter av kvalitet inom hälso- och sjukvården samt att normera användningen av nationella termer och begrepp.

Åren 2001 till 2006 har det s.k. InfoVU-projektet bedrivits i samverkan mellan Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Projektets syfte har varit att utveckla verksamhetsuppföljningen och kvaliteten

inom hälso- och sjukvården. Projektet avslutades den 30 juni 2006.

Internationella organisationer som Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD), genom Health Project och Health Care Quality Indicators Project, har medverkat till att stimulera och påskynda arbetet med att ta fram modeller för verksamhetsuppföljning och indikatorer för att mäta kvalitet.

Prioriteringar

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Patienten skall få upplysningar om detta tillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

Riksdagens socialutskott har ansett att riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården behöver följas upp bättre och att återrapporeringen till riksdagen behöver utvecklas. Vidare har utskottet ansett att ett genusperspektiv bör anläggas på arbetet med att förbättra styrning, uppföljning och återrapporering av riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Den tidigare regeringen beslutade, mot bakgrund av utskottets uttalande, den 8 december 2005 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga på vilket sätt hälso- och sjukvårdens huvudmän arbetar med prioriteringar. Socialstyrelsen skall utvärdera hur detta arbete stämmer överens med intentionerna i riksdagens beslut om prioriteringar och med prioriteringsbegreppet respektive vård på lika villkor enligt hälso- och sjukvårdslagen. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 1 maj 2007.

Medicinsk utvärdering

Grundläggande för en hälso- och sjukvård av hög kvalitet är att ny kunskap ständigt tas in och omsätts i praktiskt handlande. Samtidigt är det lika viktigt att utmönstra gamla och förlegade metoder. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har under verksamhetsåret 2005 publicerat två stora utvärderingar: Behandling av ångestsyndrom samt Bettavvikelse och tandreglering i ett hälsoperspektiv. SBU har under samma period redovisat två regeringsuppdrag: ADHD hos flickor – en inventering av det vetenskapliga underlaget samt Riskbedömningar inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas. Inom området för nya behandlingsmetoder har SBU under 2005 redovisat sju nya s.k. Alert-

rapporter och arbetet har påbörjats med att uppdatera fem tidigare publicerade rapporter.

Jämställd vård

Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården (Dir. 1994:95) presenterade i sitt huvudbetänkande Jämställd vård – olika vård på lika villkor (SOU 1996:133) förslag på åtgärder för att stärka jämställdhetsarbetet inom hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag behandlas nu vidare i Socialstyrelsens rapport Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Rapporten har varit en viktig del i arbetet med att integrera jämställdhetsperspektivet inom hälso- och sjukvårdens verksamhetsområde. Ett konkret exempel på detta är att den tidigare regeringen gav Läkemedelsverket i uppdrag att analysera hur eventuella könsspecifika skillnader bedöms och hanteras vid läkemedelsgodkännanden. Den avrapportering som lämnades i december 2005 visar att kvinnor är väl representerade i kliniska läkemedelsstudier, och att skillnader i läkemedels effekt och biverkningar är mycket ovanliga mellan kvinnor och män. Könsspecifika aspekter värderas alltid inför godkännande av nya läkemedel. Läkemedelsverket kommer som ett resultat av detta uppdrag att öka informationsinsatserna till allmänheten för att korrigera de uppgifter som figurerar i massmedier om att könsrelaterade skillnader finns vid utprovningen av läkemedel.

Socialstyrelsen har tagit på sig uppgiften att tydligare integrera könsspecifika aspekter vid utvecklingen av riktlinjer och föreskrifter samt vid utvärderingar och analyser av vårdens kvalitet. Resultatet av detta arbete kommer att redovisas till regeringen vid utgången av 2006.

Under 2005 initierade den tidigare regeringen en översyn och skärpning av skrivningarna om jämställdhetsarbetet i regleringsbrev för flera av Socialdepartementets myndigheter, bland andra Läkemedelsverket och Läkemedelsförmånsnämnden. Syftet är att ytterligare förstärka kunskapsbasen och det statistiska underlaget kring förekomsten av könsdiskriminering inom hälso- och sjukvården. Den tidigare regeringen har också verkat för att jämställdhetsfrågan skall behandlas inom EU-samarbetet på hälso- och sjukvårdsområdet. EU:s hälsoministrar har under våren 2006 bland annat antagit slutsatser om kvinnor och hälsa, där vikten av jämställdhetsintegrering och ökade forskningsinsatser beto-

nas för att identifiera och fylla nuvarande kunskapsluckor.

Insatser rörande hälso- och sjukvårdspersonal

En översyn som gjorts av Socialstyrelsen har lett till att den förra regeringen beslutade att förändra indelningen av läkarspecialiteterna. Antalet specialiteter har reducerats till 56 stycken (tidigare 62) och har indelats i en ny struktur som består av bas-, gren- och tilläggsspecialiteter. Meriter från forskarutbildning får tillgodoräknas i specialiseringstjänstgöringen enligt de föreskrifter som meddelas av Socialstyrelsen.

Den förra regeringen beslutade i detta sammanhang att även inrätta ett råd inom Socialstyrelsen med uppdrag att följa och höja kvaliteten på läkarnas specialiseringstjänstgöring, Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring. Rådet inrättades den 1 mars 2006 och består av en ordförande och sju andra ledamöter som alla utses av regeringen för en bestämd tid. Till rådets uppgifter hör bl.a. att utarbeta målbeskrivningar för de olika specialiteterna, stödja sjukvårdshuvudmännen för att uppnå hög kvalitet i specialiseringstjänstgöringen och att främja utbildning av handledare.

Den 1 april 2006 trädde nya bestämmelser i kraft som innebär att audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer blir legitimationsyrken, samt att optiker, kiropraktorer och naprapater omfattas av skyddad yrkestitel. Genom ändringen är nu 21 yrken inom vårdområdet legitimationsyrken.

Högspecialiserad vård

I maj 2006 antog riksdagen den tidigare regeringens proposition Nationell samordning av rikssjukvården (prop. 2005/06:73). Detta innebär att Socialstyrelsen kommer att få till uppgift att fatta beslut dels om vilken hälso- och sjukvård som skall betraktas som rikssjukvård, dels om var sådan vård skall få bedrivas.

En särskild nämnd i Socialstyrelsen, Rikssjukvårdsnämnden, kommer att inrättas och vara det organ inom myndigheten som fattar beslut i frågor om rikssjukvård. Nämnden kommer att bestå av sex representanter från landstingen, en representant från Socialstyrelsen, en från Statens beredning för medicinsk utvärdering, en från Vetenskapsrådet och en jurist. Representanten för Socialstyrelsen skall vara ordförande i nämnden.

De nya reglerna om rikssjukvård träder i kraft den 1 januari 2007. Bestämmelserna baserar sig på förslag som lämnades i departementspromemorian Högspecialiserad sjukvård (Ds 2003:56). I promemorian finns även förslag på bestämmelser om regionsjukvården, dvs. sådan högspecialiserad sjukvård som inte är så ovanlig att den kan betraktas som rikssjukvård. Ansvarskommittén (Fi 2003:02) har i uppdrag att utreda frågor som sammanfaller med promemorians förslag. De delar av promemorian som rör högspecialiserad sjukvård kommer därför inte att föranleda några ytterligare åtgärder från regeringen.

Sjukvårdsrådgivning

Regeringen och Landstingsförbundet samarbetar sedan 2003 om utvecklingen av en nationellt samordnad och kvalitetssäkrad sjukvårdsrådgivning per telefon genom projektet Vårdråd per Telefon. Sedan 1999 driver samtliga landsting och Apoteket AB även en gemensam webbplats för information om vård och hälsa via Internet. Dessa båda verksamheter har under våren 2006 samordnats till en enhetlig tjänst för rådgivning via Internet och telefon under namnen Sjukvårdsrådgivningen.se och Sjukvårdsrådgivningen 1177.

Inom projektet har ett specialutvecklat rådgivningsstöd för bedömning, rådgivning och dokumentation tagits fram för att säkerställa en hög kvalitet. Tanken är att bedömning och rådgivning skall vara likvärdig oavsett var i landet den som ringer befinner sig eller när på dygnet samtalet kommer in.

Den 1 juni 2006 togs det nya nationella kortnumret 1177 i bruk i fem landsting och regioner. På samma sätt som det idag finns ett nationellt nödnummer, 112, är målsättningen att det även skall finnas ett enkelt och av alla känt telefonnummer för icke akuta sjukvårdsärenden.

Informations- och kommunikationsteknik

En ändamålsenlig användning av informations- och kommunikationsteknik är en förutsättning för att kunna förbättra patientsäkerheten, vårdkvaliteten och tillgängligheten inom vård och omsorg. Den förra regeringen tillsatte i mars 2005 en nationell ledningsgrupp för IT i vård och omsorg med representanter från Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Apoteket AB och Carelink. Dessa aktörer har gemensamt utarbetat och enats om en nationell IT-

strategi för vård och omsorg (skr. 2005/06:139), som för första gången etablerar ett gemensamt förhållningssätt till hur IT skall användas för att stödja medborgarnas delaktighet i vården och utveckla vårdverksamheten. Strategin pekar ut sex insatsområden som det nationella arbetet skall fokusera på för att skapa förutsättningar för säker och effektiv användning av IT inom vård och omsorg.

eHealth är det internationella samlingsnamnet för användning av informations- och kommunikationsteknik inom hälso- och sjukvården. Ett intensivt internationellt samarbete pågår inom ramen för Nordiska ministerrådet, EU och Världshälsoorganisationen (WHO) och dessa organisationer har pekat ut eHealth som ett av de mest centrala verktygen för att vård- och omsorgssektorerna skall kunna möta framtida utmaningar.

Internationellt

Den ökade gränsöverskridande rörligheten bland EU:s medborgare har under de senaste åren lett till ett antal domar av EG-domstolen som behandlar rätten till ersättning vid vård inom EU. Detta är en fråga som engagerat ansvariga ministrar inom EU och olika samarbeten har initierats. Under våren 2006 beslutades i såväl Europaparlamentet som ministerrådet att hälso- och sjukvården skall undantas från det s.k. tjänstedirektivet. Undantaget har lett till en diskussion om hur hälso- och sjukvårdstjänster och patienters rörlighet på europeisk nivå i stället skall kunna regleras, genom direktiv eller i form av andra instrument.

Sverige deltar i den högnivågrupp som inrättats inom EU för att diskutera, följa och samverka om frågor om patienters rörlighet och genom erfarenhetsutbyte stödja utvecklingen och förnyelsen av hälso- och sjukvårdssektorn inom unionen. Arbetsgrupperna fokuserar på frågor som utbyte av vårdrelaterad information med hjälp av IT, patientsäkerhet, hälso- och sjukvårdspersonalens rörlighet inom EU, tillskapandet av nätverk för europeiska referenscentrum för högspecialiserad vård samt gränsöverskridande vård.

Den förra regeringen lämnade inom ramen för Kommittén för Social Trygghet i maj 2005 en rapport till kommittén om framtida utmaningar och möjligheter för hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen.

Den förra regeringen har under 2006 även fortsatt att ge stöd till The European Observatory on Health Care Systems and Policies som är en medlemsbaserad organisation som genomför omfattande studier och analyser av hälso- och sjukvårdssystemen i Europa, samt stödjer och främjar evidensbaserat beslutsfattande och policyskapande på hälso- och sjukvårdsområdet.

Ersättning för vård i annat EU/EES-land

En promemoria upprättades hösten 2005 inom Socialdepartementet, med förslag till en ny lag om ersättning för hälso- och sjukvård eller tandvård som, med stöd av EG-fördraget, givits i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES). I promemorian föreslås bl.a. att det skall införas ett krav på att en vårdsökande i vissa fall måste ha ansökt om och beviljats förhandstillstånd för att hon eller han skall få sina utgifter ersatta för vård som givits i ett annat land inom EES-området. Promemorian har remissbehandlats under våren 2006.

Patientsäkerhet

Genom lagen (2006:496) om blodsäkerhet och tillhörande förordning (2006:497) genomförs Europaparlamentets och rådets direktiv 2002/98/EG av den 27 januari 2003 om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av humanblod och blodkomponenter och om ändring av direktiv 2001/83/EG (prop. 2005/06:141). Av lagen framgår att det krävs tillstånd för att bedriva blodverksamhet och att sådan verksamhet står under statlig tillsyn. Behöriga myndigheter är Socialstyrelsen och Läkemedelsverket, vilka båda utövar tillsyn inom sina respektive områden. Den nya lagen respektive förordningen trädde i kraft den 1 juli 2006.

Patientdatautredningen (S 2003:03) har i uppdrag att redovisa förslag till sammanhängande lagstiftning för behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten vid utformningen av utredningens förslag skall enligt direktiven vara hur personuppgifter bör hanteras i syfte att öka patientsäkerheten och möjligheterna till patientmedverkan, förbättra möjligheterna till medicinsk och ekonomisk uppföljning, minska den administrativa bördan för vårdpersonalen samt garantera skyddet för den personliga integriteten. Uppdraget skall

redovisas i oktober 2006. Därutöver har utredningen genom tilläggsdirektiv fått i uppdrag att utarbeta förslag till författningsreglering av det nationella register för vaccinationer som idag förs i projektform av Läkemedelverket, Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet. Denna del av uppdraget skall redovisas senast den 31 december 2006.

Medicinsk etik

En proposition med förslag om en ny lag om genetisk integritet m.m. överlämnades till riksdagen i januari 2006. Det är en ny samlad lag för genetiska undersökningar och genetisk information inom hälso- och sjukvården. Enligt lagen skall ingen utan stöd i lag få ställa som villkor för ett avtal att den andra parten genomgår en genetisk undersökning eller lämnar genetisk information om sig själv. Lagen reglerar även befruktning utanför kroppen, insemination samt genterapi. Kommersialisering av humanbiologiskt material regleras också i den nya lagen liksom grundläggande bestämmelser för fosterdiagnostik samt s.k. preimplantatorisk genetisk diagnostik. Propositionen antogs av riksdagen i april 2006. Lagen trädde i kraft den 1 juli 2006.

Att använda stamceller från navelsträngsblod är en möjlighet för att behandla svårt sjuka barn. För detta krävs att sådana stamceller samlas in och sparas i en biobank för framtida användning. I december 2005 avsattes 15 miljoner kronor för inrättande och uppbyggnad av en biobank för stamceller från navelsträngsblod. Biobanken är placerad vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg som har åtagit sig att svara för den fortsatta driften av biobanken.

En lagrådsremiss om kvalitets- och säkerhetsnormer för användning av mänskliga vävnader och celler bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Förslagen är baserade på ett EG-direktiv.

En särskild utredare har haft i uppdrag att se över hur samhällets arbete för att kartlägga fosterskador och missbildningar ser ut. Utredningen om förbättrade kunskaper om missbildningar m.m. överlämnade betänkandet Förbättrad missbildningsövervakning (SOU 2003:126) i januari 2004. Förslagen bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

En särskild utredare har haft i uppdrag att utreda förutsättningarna för och konsekvenserna av att utländska kvinnor, som inte är bosatta i Sverige och som inte är asylsökande, får rätt att

göra abort i Sverige under förutsättning att de själva står för kostnaderna. Betänkandet har remissbehandlats under våren och bereds nu inom Regeringskansliet.

En särskild utredare har i uppdrag att göra en översyn av lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall (S 2006:01). Utredaren skall undersöka hur lagen tillämpas och ta ställning till om lagens krav i olika hänseenden skall finnas kvar och om några nya krav skall införas (dir. 2006:8). Uppdraget skall redovisas senast den 1 februari 2007.

En arbetsgrupp inom Socialdepartementet har fått i uppdrag att överväga och lämna förslag i vissa frågor som rör introduktion av nya diagnos- och behandlingsmetoder med betydelse för människovärde och integritet (S 2006:B). Arbetsgruppen skall avsluta sitt arbete senast den 31 januari 2007.

Socialstyrelsen har sedan maj 2005 i uppdrag att främja utvecklingen av vården i livets slutskede i landsting och kommuner och att till regeringen redovisa en bedömning av denna utveckling. Socialstyrelsen skall senast den 31 december 2006 rapportera om det arbete som genomförts i enlighet med uppdraget.

Socialstyrelsen har sedan februari 2006 i uppdrag att bland annat inventera och sammanställa landstingens rekommendationer, prioriteringar och behandlingspraxis för abort vid tidig graviditet, dvs. medicinsk abort respektive kirurgisk abort. Socialstyrelsen skall senast den 28 februari 2007 redovisa resultatet av uppdraget.

Äldresjukvård

Den del av vård och omsorg om äldre som regleras i hälso- och sjukvårdslagen ingår i politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik. Övriga äldre frågor ingår i politikområdet Äldrepolitik.

En ny bestämmelse förs in i hälso- och sjukvårdslagen den 1 januari 2007 rörande att landstinget skall sluta avtal med kommunerna inom landstinget om omfattningen och formerna för läkarmedverkan i särskilda boenden och i dagverksamheter. Detsamma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för den vården. Vidare får kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från landstinget om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter.

Landstinget och kommunen skall enligt en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som gäller från den 1 januari 2007 samverka om bland

annat habilitering och rehabilitering. Bestämmelsen innebär också samverkan mellan specialistsjukvård och vård och omsorg i hemmet.

Socialstyrelsen har av den tidigare regeringen fått i uppdrag att utveckla ett nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre, med fokus på anhörigfrågor och demensfrågor.

Psykiatri

Riksdagen har efter förslag från förra regeringen under 2004 beslutat att totalt 700 miljoner kronor skall satsas under 2005 och 2006 för att förbättra tillgängligheten till, och stödja och stimulera verksamhetsutveckling inom, vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder.

Socialstyrelsen har den 31 augusti 2006 fått i uppdrag av den tidigare regeringen att på nationell nivå stödja utvecklingen av den psykiatriska hälso- och sjukvården och kommunernas insatser till personer med psykiska funktionshinder. Socialstyrelsen skall redovisa uppdraget i mars 2007.

Socialstyrelsen har vidare den 31 augusti 2006 fått i uppdrag att utreda hur ett nationellt kunskapscentrum för tidiga insatser till barn och unga kan organiseras. Socialstyrelsen skall redovisa uppdraget senast den 31 december 2006.

Socialstyrelsen har på förra regeringens uppdrag följt utvecklingen när det gäller den anmälningskyldighet som åligger läkare enligt 6 kap. 6 § vapenlagen (1996:67). Rapporten bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Den förra regeringen bedömde att särskilda krav kan behöva införas för läkares behörighet att utfärda vårdintyg (prop. 2004/05:89 Behörigheten för läkare i enskild tjänst, m.m.). Socialstyrelsen har i uppdrag att utreda behovet av särskilda krav för läkares behörighet att utfärda vårdintyg. Uppdraget skall redovisas senast den 28 februari 2007.

Statskontoret har på förra regeringens uppdrag utrett hur en telefonjour för personer i psykisk kris kan organiseras och finansieras i framtiden. Statskontorets slutsats är att det finns ett uttalat behov av en nationell telefonjour, att jourcen lämpligen bör drivas av en ideell förening och att verksamheten bör vara offentligt finansierad.

Läkemedel

Statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna har sedan 1997

reglerats genom överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet. Nuvarande överenskommelse gäller för åren 2005 – 2007. Enligt överenskommelsen ersätter staten landstingen för läkemedelsförmånskostnaderna med, 20,7 miljarder kronor för 2006.

Riksdagen beslutade i juni 2006 att avsätta 600 miljoner kronor för 2006 för att förstärka resurserna till kommuner och landsting för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. En del av dessa medel är avsedda att användas till läkemedelsgenomgångar i landsting och kommuner.

Den 1 juli 2005 trädde lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning i kraft. Lagen innebär att Apoteket AB skall utföra automatiserad behandling av personuppgifter genom att samla information om köp av förskrivna läkemedel i ett särskilt register (läkemedelsförteckning).

I budgetpropositionen för 2006 redovisade den förra regeringen de åtgärder som vidtagits med anledning av EG-domstolens dom i mål C-438/02, Allmänna åklagaren mot Krister Hanner. Den förra regeringen tillsatte därefter en utredning om detaljhandel med läkemedel. I avvaktan på en mer omfattande analys av regleringen av detaljhandeln med läkemedel genomfördes en utredning om huruvida detaljhandel med receptfria nikotinläkemedel skall få bedrivas av andra än Apoteket AB. Utredningen som lämnade sitt betänkande den 23 februari 2006 kom fram till att detta skulle vara möjligt.

Den 1 maj 2006 trädde omfattande ändringar i läkemedelslagstiftningen i kraft. Genom ändringarna införlivades tre EG-direktiv inom läkemedelsområdet och det innebar bl.a. att den centrala godkännandeproceduren förstärktes, att Sverige införde en ny procedur för godkännande, den s.k. decentraliserade proceduren, samt att det infördes ett särskilt förenklat registreringsförfarande för traditionella växtbaserade läkemedel. Vidare fick Läkemedelsverket tillsynsansvar över marknadsföringen av läkemedel, även sådan som förekommer i TV och som tidigare övervakades av Konsumentombudsmannen. En EG-förordning om läkemedel för pediatrik användning kommer enligt beräkning att antas under hösten 2006.

Läkemedelsverket har utrett om det finns skillnader mellan Sverige och andra EU-länders praxis att klassificera läkemedel som receptfria respektive receptbelagda. Av Läkemedelsverkets rapport framgår bl.a. att av hela försäljningen av

humanläkemedel, exklusive slutenvårdsläkemedel, är en relativt liten andel receptfri i Sverige.

Alternativmedicin

I april 2004 tillkallade den förra regeringen en särskild utredare med uppdrag att utreda hur ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin skulle utformas och vem som skulle ansvara för registret. Uppdraget redovisades i betänkandet Ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin (SOU 2004:123). Betänkandet remissbehandlades. Vid beredningen av betänkandet framkom behov av att utreda vissa frågor ytterligare och därför beslutade den förra regeringen den 1 juni 2006 att tillsätta en utredning för att analysera behovet av ett register för utövare av alternativ- eller komplementärmedicin (Dir. 2006:64). Utredaren skall dessutom bland annat se över vad som talar för respektive emot att hälso- och sjukvårdspersonal får möjlighet att utöva vissa metoder inom området alternativ- eller komplementärmedicin samt konsekvenserna av detta, om en sådan möjlighet införs.

Insatser utanför politikområdet

Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården

Det utvecklingsavtal som har legat till grund för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) löpte ut vid årsskiftet 2004/2005 och handlingsplanen avslutades därmed.

Staten, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet tecknade under 2005 två nya överenskommelser: en för primärvård och äldreomsorg samt en för psykiatri.

De medel som 2004 tillfördes det generella statsbidraget med hänvisning till den nationella handlingsplanen ligger från och med 2005 kvar under anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämnings*.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av den tidigare regeringen att följa upp hur landstingen arbetar för att nå målsättningarna i överenskommelserna, vilka resultat som uppnåtts samt bedöma hur intentionerna i överenskommelserna uppfyllts i respektive landsting. Socialstyrelsen skall delredovisa uppdraget den 31 oktober 2006

samt lämna slutredovisning senast den 15 februari 2008.

Familjemedicinska institutet (Fammi) är en ideell förening och bildades av staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet 2002 som en följd av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Fammi kommer att avvecklas efter 2006. Fammi har bedrivit en verksamhet som haft stor betydelse för arbetet med att utveckla primärvården. Den har bl.a. skapat utrymme för dialog och kunskapsutbyte mellan och inom primärvårdens olika professioner. I anslutning till att Fammi avvecklas i sin nuvarande form avser regeringen att återkomma med förslag till hur primärvårdsutvecklingen kan finna nya former i framtiden.

Nationell vårdgaranti

Sedan 1997 finns en överenskommelse mellan Landstingsförbundet och staten om en besöksgaranti som innebär att primärvården skall erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Detta är dock inte en rättighet som patienten kan utkräva i domstol. Det finns heller ingen sanktionsmöjlighet gentemot de landsting som inte uppfyller vårdgarantin. Om kontakt med läkare behövs skall väntetiden vara högst 7 dagar och den som fått en remiss bekräftad till den specialiserade vården skall erbjudas sådant besök inom 90 dagar.

Under 2005 utvidgades besöksgarantin till en vårdgaranti som också omfattar väntetid till behandling för den planerade vården. Vårdgarantin innebär ett åtagande för landstingen att erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats. Enligt överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet är intentionerna att garantin skall gälla fullt ut i hela landet från och med den 1 november 2005 och omfatta all behandling inom landstingens planerade vård.

För att täcka de ökade kostnaderna för införande av vårdgarantin tillfördes landstingen 700 miljoner kronor för 2005 och 500 miljoner kronor per år fr.o.m. 2006.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av den förra regeringen att i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting följa upp införandet av den nationella vårdgarantin och den fortsatta satsningen på förbättrad tillgänglighet. Socialstyrelsen skall enligt uppdraget lämna delredo-

visning senast den 1 november 2006 och slutredovisning senast den 1 november 2007.

Hälso- och sjukvårdens insatser för minskad sjukfrånvaro

Socialstyrelsen har deltagit i den förra regeringens satsning på att frånvaron från arbetslivet p.g.a. sjukskrivning skall halveras fram till 2008. Detta arbete bedrivs i samarbete med Arbetsmarknadsverket, Arbetsmiljöverket, Arbetslivsinstitutet, Försäkringskassan och Statens folkhälsoinstitut. Myndigheterna skall inom sina respektive områden bidra till att målet uppfylls. På den regionala och lokala nivån är landsting och kommuner ansvariga inom sina respektive områden.

Den förra regeringen har för 2006 definierat tre områden där myndigheterna genom sina ordinarie politik- och verksamhetsområden kan bidra till att målet uppnås. Dessa är förebyggande insatser, sjukskrivningsprocessen samt kunskaper om insatser och resultat.

Socialstyrelsen fick 2005 i uppdrag att redovisa hur myndighetens arbete bidrar till att det nationella målet för den förra regeringens arbete mot ohälsa uppfylls. Redovisningen skall ske utifrån tidigare fastställda indikatorer och en slutrapportering skall lämnas i årsredovisningen för 2006.

Pågående och planerade åtgärder som har koppling till hälso- och sjukvården och som syftar till att minska sjukfrånvaron i arbetslivet redovisas under utgiftsområde 10, avsnitt 2.

3.5.2 Resultatredovisning

Mål

Målet för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik är att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras. För verksamhetsområde Hälso- och sjukvård finns följande mål för 2006:

- Kunskapsnivån inom hälso- och sjukvården vad gäller patientsäkerhet, kvalitet och effektivitet skall öka. Behandlingsmetoder skall i ökad grad vara evidensbaserade och huvudmännen för hälso- och sjukvården skall stödjas i sitt arbete med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården på ett sätt som tillförsäkrar alla patienter en be-

dömning och att vård ges efter behov och inom rimlig tid.

- Medlen inom läkemedelsförmånerna skall användas på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt.

Resultat

Kvalitetsutveckling

Att mäta hälso- och sjukvårdens prestationer är en komplex uppgift men vikten av att få kunskap gör att flera olika mätningar inom detta område har genomförts. Ett exempel på en redogörelse för hälso- och sjukvårdens kvalitet är ett samarbete mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting som resulterat i rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet (juni 2006). Rapporten är ett första steg mot en nationell modell som skall göra det möjligt att redovisa och jämföra vården mellan olika landsting. Rapporten belyser kvalitetsindikatorer utifrån fyra av de sex kvalitetsområden som definierats som viktiga för att åstadkomma god vård – att den är kunskapsbaserad, patientfokuserad, effektiv och tillhandahålls i rätt tid. Rapporten tar dock inte upp psykiatri, primärvård eller äldreomsorg.

Rapporten visar att det finns regionala skillnader när det gäller hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, effektivitet, kostnader samt befolkningens vårderfarenheter. Dessutom varierar många medicinska resultat mellan landstingen och i vissa fall mellan könen.

Minst variation mellan landstingen är andelen kvinnor som fortfarande lever fem år efter att de fått diagnosen bröstcancer. Andelen är ca 87 % i samtliga landsting. Däremot varierar andelen män som har lokaliserad prostatacancer och som har fått kurativt syftande behandling. Andelen varierar mellan 93 % och 66 % medan riksgenomsnittet ligger på 82 %. Resultaten i rapporten utgör underlag för analys och systematiskt förbättringsarbete i respektive landsting.

Enligt flera internationella rapporter, bl.a. en som OECD lämnade 2005, håller svensk hälso- och sjukvård en hög kvalitet även om det finns få studier som kan användas för jämförelser. Befolkningens hälsa är god i ett internationellt perspektiv. Ett antal studier visar att Sverige utmärker sig med goda medicinska behandlingsresultat för ett antal stora folksjukdomar.

De nationella kvalitetsregistren har en viktig roll för att värdera den medicinska kvaliteten i hälso- och sjukvården. Registren innehåller individbundna data om diagnoser, åtgärder och utfall. Rapporter från ett antal kvalitetsregister visar att tillgången till behandlingsmetoder och resultat har förbättrats de senaste åren. Några av de nationella kvalitetsregistren har efter hand inkluderat indikatorer som speglar olika aspekter av patientfokuserad vård.

Medicinsk utvärdering

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till uppgift att sprida sina kunskaps-sammanställningar på sådant sätt att de får ett genomslag inom den praktiska hälso- och sjukvården. SBU har under 2005 arbetat med att sprida och förankra resultat från pågående och avslutade utvärderingsprojekt i detta syfte. Myndigheten har med hjälp av SCB genomfört en undersökning i målgrupperna om rapporten *Behandling av depressionssjukdomar (2004)* för att se vilket genomslag som rapporten fått hos läkare, verksamhetschefer inom berörda specialiteter, läkemedelskommittéer, landstingsdirektörer och landstingspolitiker. Bland läkare och läkemedelskommittéer ansåg 70–75 procent av dem som kände till rapporten att vårdens handläggning kommer att ändras p.g.a. SBU:s slutsatser. Ännu fler uppgav att rapporten kommer att påverka den egna handläggningen av dessa patienter. Resultaten från 2005 års undersökning stämmer också med flera tidigare SCB-enkäter som har visat att målgruppernas kännedom om SBU:s arbete är god och att rapporterna anses hålla mycket hög kvalitet och trovärdighet.

Tillgänglighet

Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter genomförde våren 2002 och våren 2005 rikstäckande studier om tillgänglighet via telefon och Internet till vårdcentraler i Sverige. Vårdcentralerna använder, enligt undersökningarna, s.k. telefonpassningssystem i ökad utsträckning.

Av Socialstyrelsens befolkningsenkäter inom ramen för uppföljningen av nationella handlingsplanen för 2002–2005 framgår att befolkningen och patienterna tycker att det har blivit lättare att komma fram på telefon till vårdcentralerna. I början av 2005 tyckte 69 procent av befolkningen att det var ganska eller mycket lätt, motsvarande andel 2002 var 59 procent.

Socialstyrelsens mätningar visar att befolkningen inte upplever att det skett några förändringar av väntetiden till besök hos allmänläkare under perioden 2002–2005. Andelen patienter som fick en besökstid inom sju dagar varierade mellan 81 och 82 procent vid mätningar 2005. Det är bara två landsting (Kalmar och Gotland) som har förkortat sina väntetider så att fler invånare fått läkarbesök inom en vecka på vårdcentralen. Av befolkningsenkäten 2005 framgår att 81 procent av befolkningen anser att väntetiden från tidsbeställningen till läkarbesöket var helt eller ganska acceptabel. Detta innebär att det inte skett någon förändring sedan 2002.

Internationella mätningar av tillgänglighet har endast skett i mycket begränsad omfattning. I den mån mått på tillgänglighet finns, varierar dessa mellan olika länder, vilket försvårar jämförelser. En studie som bland annat mätt väntetider till besök hos läkare samt till vissa typer av behandlingar är EuroHealth Consumer Index 2005. Denna visar att väntetiderna i svensk hälso- och sjukvård är bland de längsta i Europa.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i vården är frågor som i hög grad påverkar den enskildes möjligheter att få en god och trygg vård.

Bestämmelserna om Lex Maria innebär att allvarliga skador, sjukdomar och tillbud som inträffar i hälso- och sjukvården skall dokumenteras och rapporteras till Socialstyrelsen. För att brister i vården skall kunna åtgärdas och förebyggas återför Socialstyrelsen information om vad som skett i ärendet till hälso- och sjukvården.

Antalet inkomna Lex Maria-ärenden har varit relativt konstant de senaste tre åren. Fördelningen av Lex Maria-beslut mellan olika verksamhetsområden är också i stort sett oförändrad jämfört med föregående år.

Antalet anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) under 2005 ligger på samma nivå som under tidigare år. En liten ökning av anmälningar från Socialstyrelsen kan noteras. Ett ökat antal yrkesutövare som ålagts disciplinpåföljd kan också konstateras under 2005 jämfört med föregående år. Det gäller även antalet beslutade åtgärder i behörighetsärenden.

Det har inte varit möjligt att redovisa en samlad enhetlig statistik från patientnämnderna för 2005. Det finns dock uppgifter som talar för att

antalet ärenden till patientnämnderna 2005 ligger i nivå med vad som kom in under 2003 och 2004.

En patient som skadas i samband med behandling eller liknande åtgärd inom hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) kan söka ersättning för skadan från patientförsäkringen. Antalet anmälningar till patientförsäkringen har ökat kontinuerligt under lång tid. 2005 kom ca 9 250 skadeanmälningar in. Detta innebär en ökning med ca 1 200 ärenden på åtta år.

Nationell vårdgaranti

Vårdgarantin ställer nya krav på uppföljning av väntetiderna i vården. Nya verktyg och rutiner utvecklas successivt för att sammanställa korrekt information om aktuella och faktiska väntetider. Bland annat har förväntad väntetid bytts ut mot faktisk väntetid. Förändringen innebär betydande svårigheter att göra jämförelser bakåt i tiden. Inrapporteringsfrekvensen har ökat och är nu uppe i 85 procent. Sannolikt har även kvaliteten i inrapporteringen förbättrats, vilket också gör det svårt att jämföra med föregående år. I uppföljningen av väntetider till behandling ingår i dag uppgifter om ett begränsat antal behandlingar, men antalet uppgifter kommer att utökas successivt.

En av SKL framtagen lägesrapport visar att antalet patienter som väntar på någon av de behandlingar som ingår i den nationella databasen successivt har minskat under 2006. Även antalet patienter som väntat mer än 90 dagar på dessa behandlingar har minskat under 2006. Variationerna mellan landstingen och mellan olika specialitetsområden är dock stora. Störst problem att klara vårdgarantin finns enligt rapporten inom ortopedi och ögonsjukvård.

Nationellt planeringsstöd

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att varje år ta fram underlag för bedömningen av hälso- och sjukvårdens behov av läkare och sjuksköterskor m.fl. yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Den rapport som kom in till regeringen i januari 2006, (NPS 2006), beskriver och analyserar tillgång och efterfrågan på barnmorskor, läkare, sjuksköterskor, tandhygienister och tandläkare.

Tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare som är sysselsatta inom hälso- och sjukvården har ökat markant under perioden 1995–2003. Antalet sjuksköterskor och barnmorskor har ökat med 10 procent och antalet

läkare har ökat med 18 procent, vilket motsvarar 4 300 läkare, men den regionala tillgången på dessa yrkesgrupper skiljer sig över landet. Antalet tandhygienister har under perioden 1995–2003 ökat med 900 personer medan antalet tandläkare minskat med drygt 350 personer. Tandläkar- och tandhygienisttätheten varierar mycket över landet.

Efterfrågan definieras i Socialstyrelsens rapport som det sammantagna resultatet av en organisations vilja och ekonomiska möjligheter att rekrytera personal. I rapporten används arbetslöshet, migration och etablering på arbetsmarknaden efter examen som indikatorer på efterfrågan. Utifrån dessa indikatorer bedömer Socialstyrelsen att arbetsmarknaden för barnmorskor, sjuksköterskor och tandhygienister för närvarande är i balans. Socialstyrelsen bedömer däremot att arbetsmarknaden för läkare är i obalans, trots ökningen av antalet läkare i hälso- och sjukvården.

Psykiatri

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp satsningen på vård, sysselsättning, boende och verksamhetsutveckling inom psykiatrin under 2005 och 2006. Uppdraget skall slutredovisas den 1 augusti 2007. Av Socialstyrelsens redovisningar hittills framgår att intresset för satsningen har varit stort. Pågående arbete gäller personer med psykiska funktionshinder i stort. Inom satsningen på verksamhetsutveckling har bland annat prioriterats kompetensutveckling inom alternativa vårdformer, rättspsykiatri, tidiga insatser och brukarinflytande. Totalt 100 miljoner kronor har fördelats som ett särskilt storstadsstöd.

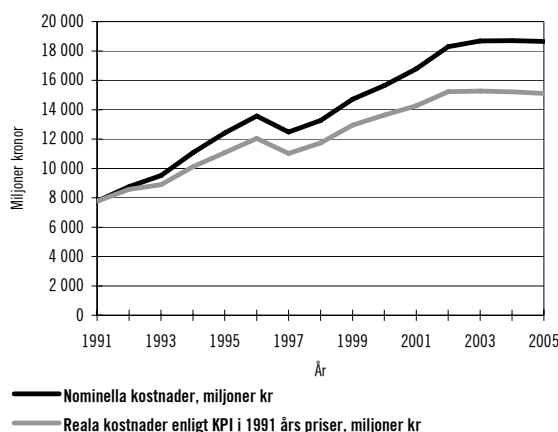
En del av medlen inom ramen för satsningen kommer att förbrukas efter 2006. Det gäller bl.a. totalt 40 miljoner kronor för projekt med inriktning på psykosociala insatser samt 8 miljoner kronor för administration, uppföljning, utvärdering m.m.

Den förra regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att följa upp utvecklingen i landstingen när det gäller efterfrågan på och tillgängligheten till psykiatrins insatser med anledning av flodvågskatastrofen i Sydostasien den 26 december 2004. Av Socialstyrelsens lägesrapporter framgår att landstingens psykiatriska verksamheter i stort klarat av att möta efterfrågan på vård. Socialstyrelsen skall slutredovisa uppdraget senast den 1 december 2006.

Kostnadsutvecklingen på läkemedelsområdet

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna uppgick under 2005 till knappt 19 miljarder kronor.

Diagram 3.3 Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 1991-2005 (exklusive moms)



Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) har jämfört priset på några nya originalläkemedel, som mellan den 1 juli 2004 och den 30 juni 2005 fick priset fastställt av nämnden, med priset på motsvarande läkemedel i 17 andra länder i EU/EES-området. De preparat som ingick i studien var bl.a. läkemedel mot diabetes, reumatism och höga blodfetter. Av undersökningen framgår att de svenska priserna på de undersökta läkemedlen ligger något under genomsnittet i de aktuella länderna. Tio länder har högre prisnivå än Sverige och sju länder har lägre prisnivå på de aktuella preparaten. Om man tar hänsyn till köpkraften i de olika länderna är det bara tre länder – Danmark, Norge och Schweiz – som har lägre priser än Sverige.

Enligt Socialstyrelsens rapport Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos från november 2005 ökade kostnaderna för läkemedelsförmånerna inklusive förbrukningsartiklar åren 1985–2004 med i genomsnitt fem procent per år (fasta priser). Efter ändringarna i reglerna för läkemedelsförmånerna i oktober 2002 har kostnaderna varit nästan oförändrade. Enligt rullande tolv månadersdata för de senaste 30 månaderna tycks kostnaderna ha stabiliserats kring en nivå på ca 18,5 miljarder kronor. Åren 2007–2009 förväntas kostnadsökningen, enligt Socialstyrelsen, variera mellan två och tre procent. En bedömning av kostnaderna för läkemedelsförmånerna för dessa år har gjorts genom att en uppskattad underliggande trend har justerats för kända och förväntade förändringar.

Effekten av patentutgångar och kostnadsökningar p.g.a. introduktion av nya läkemedel har uppskattats. De för förmånerna mest kostsamma läkemedelsgrupperna är immunsuppressiva medel (bl.a. medel mot reumatoid artrit), antidepressiva medel och insulin. Kostnaden för immunsuppressiva medel ökar kraftigt medan kostnaden för antidepressiva medel, magsårsmiddel och blodfettsänkande medel fortsätter att minska. Teststickor för blodglukos är den enskilda vara som kostar mest för läkemedelsförmånerna.

Läkemedelskostnaderna i slutenvården ökar allt snabbare. Orsaken är dels introduktion av nya läkemedel, dels att landstingen för över kostnader från läkemedelsförmånerna till slutenvården där priserna p.g.a. upphandlingsavtal är lägre. Denna överföring bidrar till att hålla förbrukningskostnaderna nere.

Tabell 3.5 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2001–2005 (inkl moms)

Miljoner kronor					
År	2001	2002	2003	2004	2005
Läkemedelsförmånerna	17 043	18 563	18 985	19 015	18 981
Egenavgift	4 886	5 063	4 967	5 013	5 006
Andel egenavgift ¹	22,3%	21,4%	20,7%	20,9%	20,9%
Sluten vård	3 027	3 262	3 615	4 216	4 889
Receptfritt ²	2 413	2 603	2 718	2 883	3 106
Total	27 369	29 491	30 285	31 127	31 982
Andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna ³	14,9%	14,8%	14,5%	14,5%	14,4%

¹ Som andel av förmån + egenavgift

² Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk

³ Preliminära siffror för 2004 och 2005

Källor: Apoteket AB, nationalräkenskaperna SCB

Analys och slutsatser

De satsningar på förbättrad tillgänglighet som genomförts har gett vissa positiva resultat men ännu återstår mycket för att utveckla tillgängligheten till vården.

Tillgängligheten i primärvården har stått i fokus under 2000–2005 vilket hänger samman med genomförandet av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) och den resursförstärkning till pri-

märvården som detta innebar. Tillgängligheten – telefontillgänglighet och möjligheten att få tid på vårdcentralen – har följts upp vid flera tillfällen under denna period. Telefonframkomligheten har enligt de studier som gjorts förbättrats något.

Den evidensbaserade medicinen har blivit en alltmer betydelsefull metod för att nå en effektivare och bättre vård. Den utgör också en av grundförutsättningarna för att rationella beslut om resursanvändning inom vården skall kunna fattas. De utvärderingar som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) genomför har både lett till att effektiva metoder fått ett större genomslag inom vården och till att ineffektiva eller icke kostnadseffektiva metoder kunnat utmönstras. Det samarbete som SBU etablerat med många regioner och landsting har gett förutsättningar för att centralt framtagen kunskap omsätts i lokala förändringsarbeten. Fortfarande finns det dock en tröghet i hälso- och sjukvårdens system när det gäller att tillvarata ny kunskap.

På psykiatrins område visar Socialstyrelsens och den Nationella psykiatrisamordnarens rapporter att det finns fortsatt stora behov av förbättringar av vård och stöd till personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder. Den psykiatriska vården samt stödet och servicen behöver, enligt psykiatrisamordnaren, en omfattande organisationsöversyn och resursförstärkning. Det handlar bl.a. om förbättringar av personalens kompetens, ökad tillgång till psykosocial kompetens samt en ökad kvalitet i och tillgänglighet till vården. Psykiatrisamordnaren har även rapporterat att det föreligger stora kunskapsbrister om verksamma metoder och implementering av ny kunskap inom psykiatrins område.

Avseende barn- och ungdomspsykiatri framstår den bristande tillgängligheten som ett allt större problem. Verksamheterna för barn och unga måste stärkas för att vända denna utveckling och för att förebygga att fler utvecklar psykisk ohälsa och psykosociala svårigheter senare i livet. Psykiatrisamordnaren har i en skrivelse särskilt pekat på att det framför allt finns brister inom primärvården. Detta medför att specialistverksamheterna har svårigheter att prioritera och rikta resurserna på ett effektivt sätt, vilket medfört onödiga väntetider. Det behövs en bredare och stärkt kompetens i primärvården för

att hantera lättare/tidiga former av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.

Mot bakgrund av de behov som finns i den psykiatriska vården avser regeringen därför att genomföra en satsning för att stärka psykiatrin. På anslaget 13:9 *Bidrag till psykiatri* avsätts 500 miljoner kronor per år under åren 2007 och 2008 och därefter 250 miljoner kronor per år.

LFN har genom sitt fortsatta arbete med läkemedelsgenomgångar och genom att pröva om bl.a. nya originalläkemedel skall ingå i förmånssystemet bidragit till att medlen inom läkemedelsförmånerna används på ett mer ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt.

Prisnivån på läkemedel fortsatte att sjunka 2005. Totalt sett föll prisnivån med två till tre procent. Patenterade läkemedel hade en oförändrad prisnivå. Under 2005 gick patentet ut på 22 substanser varav fyra ingår i LFN:s urval av substanser som står för 80 procent av försäljningen inom förmånerna. De läkemedel som förlorat patentet och utsatts för generisk konkurrens minskade mest i pris.

Om hälso- och sjukvården skall få möjlighet att utvecklas och klara sitt åtagande måste lagstiftning och organisation öppna för nytänkande och mångfald. Det behövs åtgärder på statlig, regional/landstings- och kommunal nivå som ökar mångfalden i offentlig sektor och uppmuntrar alternativa vårdgivare och entreprenörer. Vidare krävs en översyn av lagstiftning, regelverk och institutioner så att konkurrensneutralitet skapas mellan vårdens olika aktörer.

Mer än varannan kvinna är anställd i den offentliga sektorn. Genom att öka utrymmet för enskilda initiativ och eget företagande inom välfärdsområdet får fler kvinnor möjlighet att starta företag, och fler får chansen att bidra till nya arbetsformer som kan leda till bättre kvalitet, både för patienter och anställda, och därmed också ökad trivsel och lägre sjukskrivningstal bland kvinnor i offentlig sektor. Med fler arbetsgivare att välja på läggs grunden för bättre arbetsvillkor och bättre löneutveckling i offentlig sektor.

Sammanfattningsvis är bedömningen att hälso- och sjukvården i stort håller god kvalitet även om det är svårt att visa på i vilken utsträckning vården bidrar till att människor mår bra. Tillgängligheten och kvalitetsuppföljningen inom primärvård och psykiatri präglas alltjämt av stora brister. Det är viktigt att fånga upp olika aspekter på kvalitetsbegreppet för att på så sätt åstadkomma helhetsyn och långsiktighet. Fort-

satt arbete med bl.a. elektronisk vårddokumentation och enhetlig terminologi samt utvecklade datakällor och kvalitetsindikatorer är en förutsättning för att kunna styra och synliggöra hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat.

3.6 Verksamhetsområde Tandvård

3.6.1 Insatser

Insatser inom politikområdet

Genom det statliga tandvårdsstödet, som administreras av Försäkringskassan, bidrar staten till att minska den enskildes kostnader och göra tandvården mer tillgänglig. Utgifterna för tandvårdsstödet uppgick 2005 till 2,4 miljarder kronor, varav drygt en miljard kronor avsåg högkostnadsskyddet för protetik för dem som är 65 år eller äldre.

Försäkringskassan har särskilt följt upp högkostnadsskyddet och bl.a. kvartalsvis lämnat rapporter om myndighetens handläggning, vårdgivarnas agerande samt kvalitetshöjande åtgärder.

Försäkringskassan har fortsatt att arbeta med informationsinsatser riktade till allmänheten för att öka kunskapen om de prisvariationer som finns mellan vårdgivare inom tandvården.

I december 2005 tillsattes en särskild utredare med uppdrag att lägga fram förslag till ett nytt tandvårdsstöd för vuxna (tandvårdsutredningen, Dir. 2005:136). Utredningen lade i mars 2006 fram delbetänkandet Stöd till hälsobefrämjande tandvård (SOU 2006:27). Delbetänkandet innehåller bl.a. ett förslag till grundstöd för förebyggande tandvård. I 2006 års ekonomiska vårproposition avsatte den dåvarande regeringen medel för att införa ett grundstöd. I utredningens andra delbetänkande i juni 2006, Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2 (SOU 2006:71), lämnas detaljförslag för grundstödet och ett principförslag om skydd mot höga kostnader.

Den förra regeringen avsatte under åren 2002 och 2003 sammanlagt 35 miljoner kronor för åtgärder för att öka kunskaperna om hälsoproblem relaterade till amalgam och andra dentala material samt för att förbättra omhändertagandet av patienter med sådana problem. Av dessa medel utbetalades 15 miljoner kronor till Stiftelsen Metallbiologiskt Centrum för fortsatt utvärdering av patienter som utretts och behandlats för hälsoproblem som relaterats till amalgam. Stiftelsen Metallbiologiskt Centrum överlämnade sin slutrapport till den förra regeringen våren 2006. Socialstyrelsen fick i mars 2006 i uppdrag att fördela medel till kunskapsutveckling och metodutveckling samt för att förbättra diagnostik, behandling och bemötande av patienter vars hälsoproblem förknippas med amalgam eller andra dentala material. Socialstyrelsen skall också ansvara för att det inrättas ett nationellt register för uppföljning av användningen av olika dentala material. För dessa två uppdrag disponerar Socialstyrelsen sammanlagt 20 miljoner kronor.

Insatser utanför politikområdet

Enligt tandvårdslagen (1985:125) ansvarar landstingen för att barn och ungdomar får regelbunden, fullständig och avgiftsfri tandvård t.o.m. det år då de fyller 19 år. De allra flesta barn och ungdomar behandlas inom folktandvården, men det finns också möjlighet att välja en annan vårdgivare. Barn- och ungdomstandvården kostade under 2005 omkring 2,5 miljarder kronor.

Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen (1985:125) för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade i särskilda boendeformer samt personer som bor i egen bostad men har stort behov av vård och omsorg. I landstingens ansvar ingår också tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Landstingens kostnader för verksamheten uppgick under 2005 till 654 miljoner kronor, vilket innebär att kostnaderna legat på ungefär samma nivå sedan 2002.

Från och med 2005 får landstingen, via anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämnning*, en sammanlagd kompensation som motsvarar en årlig kostnad på ca 800 miljoner kronor.

3.6.2 Resultatredovisning

Mål

Målet för politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik är att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras. För verksamhetsområdet Tandvård har den tidigare regeringen fastställt som mål att tandhälsan skall förbättras för de grupper som är mest eftersatta ur tandhälsosynpunkt. Resultatbeskrivningen i det följande görs i förhållande till dessa mål. Regeringen har för avsikt att se över målformuleringen för tandvård.

Resultat

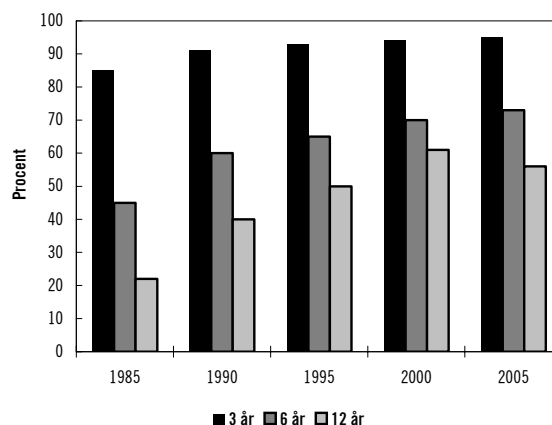
Tandhälsans utveckling

Tandhälsan hos barn följs upp genom att förekomsten av karies registreras. Socialstyrelsen sammanställer statistiken som samlats in från landstingen. De senaste uppgifterna gäller 2005 och är fortfarande preliminära. Förändringarna sedan 2000 har varit relativt små. Bland 3- och 6-åringarna ökade andelen kariesfria barn något mellan 2000 och 2005, men bland 12-åringarna skedde en nedgång med ca fem procentenheter.

I den äldsta åldersgruppen som omfattas av den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården, 19-åringarna, ökade andelen som är kariesfria något mellan 2000 och 2005. Det finns inte några uttalade skillnader mellan pojkar och flickor.

Några landsting redovisar uppgifter om tandhälsan i olika befolkningsområden. De visar att tandhälsan är sämre i områden med en hög andel av socioekonomiskt svaga grupper (bl.a. familjer som har utländsk bakgrund, låg utbildning eller hög arbetslöshet).

Diagram 3.4 Andelen kariesfria barn (%)



Källa: Socialstyrelsen

Uppgifterna för 2005 är preliminära

När det gäller den vuxna befolkningens tandhälsa har det under senare år rått brist på aktuell riksomfattande statistik. Socialstyrelsen och Försäkringskassan har utrett hur statistiken inom tandvårdsområdet skall kunna förbättras och ett bättre underlag för att följa och bedöma tandhälsan erhållas. I samband med detta genomförde myndigheterna en enkätundersökning under 2005. Färre än tre procent av de svarande angav att de bara hade löständer. I undersökningen uppgav sig nio av tio ha endast egna tänder, vilket dock kunde inkludera fasta proteser som kronor, broar och implantat.

Tabell 3.6 Andel personer som har egna tänder eller löständer

			Enbart egna tänder (inkl. bryggor, kro- nor och in- plantat)	Enbart löstän- der	Både löstän- der och egna tänder	Varken löstän- der eller egna tänder	Vet ej	Total
Man	Ålder	20-29 år	96,9%	0,1 %	1,3%		1,7 %	100 %
		30-39 år	96,7 %		2,3 %		1,0 %	100 %
	40-49 år	94,6 %	0,4 %	2,0 %		3,0 %	100 %	
	50-59 år	93,7 %	2,0 %	3,2 %	0,3 %	0,7 %	100 %	
	60-64 år	86,2 %	2,2 %	11 %	0,0 %	0,6 %	100 %	
	65-74 år	79,4 %	5,8 %	13,1 %	0,6 %	1,2 %	100 %	
	75+ år	62,5 %	12,5 %	22,8 %	1,5 %	0,7 %	100 %	
Total		89,1 %	2,7 %	6,6 %	0,3 %	1,3 %	100 %	
Kvinna	Ålder	20-29 år	98,1 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %	0,9 %	100 %
		30-39 år	97,9 %		0,2 %		1,9 %	100 %
	40-49 år	97,0 %	0,4 %	2,0 %	0,4 %	0,2 %	100 %	
	50-59 år	94,4 %	1,2 %	3,2 %	0,6 %	0,6 %	100 %	
	60-64 år	90,1 %	2,9 %	7,0 %			100 %	
	65-74 år	80,5 %	6,0 %	11,4 %	0,3 %	1,7 %	100 %	
	75+ år	61,8 %	16,2 %	20,3 %	0,4 %	1,3 %	100 %	
Total		90,6 %	3,0 %	5,2 %	0,3 %	0,9 %	100 %	

Källa: Försäkringskassan

I Socialstyrelsens och Försäkringskassans enkätundersökning 2005 ansåg sig drygt 80 procent av de som hade egna tänder inte ha några svårigheter att tugga hårda saker. Andelen som uppgav svårigheter ökade från 60 års ålder och uppåt, men totalt var det dock mindre än två procent som inte alls ansåg sig kunna tugga hårda saker. Resultatet var något sämre för den yngsta åldersgruppen, 20–29-åringarna, än i tidigare undersökningar av dåvarande Riksförsäkringsverket 1998 och 2000, medan andelen äldre som ansåg sig ha god tuggförmåga hade ökat under perioden 1998–2004. I de flesta åldersgrupper är det en större andel bland kvinnorna som anser sig ha svårigheter att tugga hårda saker.

Försäkringskassan anser i rapporten Tandvårdsförsäkring, tandvårdskonsumtion och tandhälsa att det är svårt att dra mer långtgående slutsatser om tandhälsans utveckling utifrån det underlag som finns tillgängligt. Det finns en tendens till försämringar i tandhälsan bland de yngre och förbättringar bland de äldre. Bland de medelålders är bilden mer blandad.

Vårdens kvalitet

Socialstyrelsen registrerade under 2005 sammanlagt 194 tillsynsärenden, varav ca hälften föranledde tillsynsbesök. Målgruppen var i många fall privattdandläkare som var i åldern 65 år och äldre eller hade ensampraktik. Socialstyrelsen har publicerat en rapport om implantatförankrad protetik i norra Sverige som bygger på intervjuer med privatpraktiserande tandläkare. Enligt Socialstyrelsens bedömning framstod patientsäkerheten i väsentliga delar som tillfredsställande. Ett problem vid implantatverksamhet kan dock vara att vissa tandläkare behandlar ett relativt litet antal patienter varje år.

Andra erfarenheter från Socialstyrelsens tillsynsarbete är att arbetsbelastningen är fortsatt hög och att det i många fall finns brister i journaldokumentationen. Kvalitetssäkringsarbete saknas också eller är vagt beskrivet.

Antalet lex Maria-ärenden låg under 2005 på ungefär samma nivå som de två föregående åren och liksom tidigare konstaterade Socialstyrelsen att det kom mycket få anmälningar från privattdandvården.

Vårdens tillgänglighet

Tandvårdskostnader och tandvårdskonsumtion

I den enkätundersökning av befolkningens tandhälsa som Socialstyrelsen och Försäkringskassan lät genomföra under 2005 ställdes bl.a. frågor om hur hög tandvårdskostnad de svarande haft under den senaste tolv månadersperioden. Drygt 17 procent uppgav att de hade haft en tandvårdskostnad på 2 000 kronor eller mer. Skillnaderna mellan könen var relativt små men andelen män som inte hade varit hos tandvården var större än andelen kvinnor, 43 procent jämfört med 33,5 procent bland 20–29-åringar. Höga tandvårdskostnader på 10 000 kronor eller mer var betydligt vanligare i åldrarna 50 år och uppåt. Bland kvinnorna är det dock färre som har sådana kostnader i åldern 60–64 år än bland 50–59-åringarna.

Av undersökningen framgår vidare att var fjärde svarande enligt egen uppgift hade tvingats

avstå från tandläkarbesök av ekonomiska orsaker de senaste tolv månaderna. I Försäkringskassans rapport Tandvårdsförsäkring, tandvårdskonsumtion och tandhälsa, från juni 2006, konstateras att patienternas kostnader för tandvård har ökat kraftigt sedan 1974, särskilt från mitten av 1990-talet. Ökningen beror både på höjda arvoden och på neddragningar i försäkringen, men bilden skiftar mellan olika behandlingar. Tandvårdskonsumtionen har minskat mellan 1980/81 och 2004 bland 20–64-åringar, men ökat bland de äldre. Mest markant var minskningen bland de yngsta, dvs. 20–29-åringarna. De som uppger att de inte går regelbundet till tandvården eller inte varit hos tandvården på minst två år tillhör i stor utsträckning socioekonomiskt svaga grupper.

Tabell 3.7 Tandvårdskostnader de senaste 12 månaderna

		Har inte varit hos tandvården	Mindre än 500 kronor	500–1000 kronor	1001–2000 kronor	2001–5000 kronor	5001–7000 kronor	7001–10 000 kronor	10 000 kronor eller mer	Total
Man	Ålder									
	20-29 år	43,0 %	18,0 %	21,2 %	12,6%	4,7 %			0,5 %	100 %
	30-39 år	35,3 %	7,6 %	32,8 %	9,1 %	12,9 %	1,0 %	0,7 %	0,6 %	100 %
	40-49 år	30,6 %	11,2 %	22,0 %	23,7 %	10,4 %	1,1 %	0,6 %	0,5 %	100 %
	50-59 år	14,3 %	15,4 %	33,1 %	27,5 %	12,7 %	3,1 %	0,6 %	3,1 %	100 %
	60-64 år	7,9 %	8,6 %	25,0 %	32,5 %	17,6 %	3,5 %	0,7 %	4,1 %	100 %
	65-74 år	15,2 %	7,0 %	29,3 %	24,5 %	12,1 %	3,0 %	3,1 %	5,9 %	100 %
	75+ år	15,9 %	10,0 %	30,1 %	26,7 %	9,4 %	2,8 %	3,6 %	1,6 %	100 %
Total	23,6 %	9,3 %	28,0 %	22,1 %	11,5 %	2,0 %	1,2 %	2,3 %	100 %	
Kvinna	Ålder									
	20-29 år	33,5 %	24,0 %	25,3 %	11,4 %	4,8 %	0,5 %	0,4 %	0,2 %	100 %
	30-39 år	26,8 %	8,0 %	40,1 %	15,9 %	8,4 %	0,5 %	0,2 %	0,1 %	100 %
	40-49 år	23,1 %	6,5 %	31,6 %	23,2 %	11,6 %	1,2 %	2,4 %	0,5 %	100 %
	50-59 år	15,1 %	6,6 %	30,7 %	21,9 %	15,3 %	2,9 %	2,8 %	4,9 %	100 %
	60-64 år	11,2 %	4,6 %	29,9 %	31,2 %	16,5 %	3,0 %	1,3 %	2,3 %	100 %
	65-74 år	11,2 %	5,9 %	33,3 %	24,6 %	12,0 %	4,5 %	3,7 %	4,9 %	100 %
	75+ år	20,4 %	8,2 %	23,5 %	26,3 %	10,1 %	5,6 %	4,1 %	1,8 %	100 %
Total	20,6 %	9,0 %	31,3 %	21,3 %	11,3 %	2,3 %	2,0 %	2,1 %	100 %	

Källa: Försäkringskassan

Tabell 3.8 Senaste besök hos tandläkare eller tandhygienist 2004 uppdelat på kön och ålder

		För mindre än två år sedan	För minst två år se- dan	Totalt
Man	20-29 år	72,2	27,8	100,0
	30-64 år	82,6	17,4	100,0
	65+ år	84,4	15,6	100,0
Totalt		81,0	19,0	100,0
Kvinna	20-29 år	83,4	16,6	100,0
	30-64 år	90,2	9,8	100,0
	65+ år	89,1	10,9	100,0
Totalt		88,9	11,1	100,0

Källa: Försäkringskassan

I rapporten redovisar Försäkringskassan också att det finns samband mellan att besöka tandvården minst vartannat år och att ha en god tandhälsa samt mellan att kunna klara en oväntad tandvårdsutgift och att ha god tandhälsa.

Högekostnadsskyddet för dem som är 65 år och äldre

Handläggningstiderna för högekostnadsskyddet för dem som är 65 år eller äldre ökade under 2005, vilket resulterade i en minskning av den utbetalda tandvårdsersättningen i förhållande till 2004. Antalet nya förhandsprövningsärenden ökade dock under 2005. En följd av de långa handläggningstiderna har blivit att mindre omfattande protetiska behandlingar utförs utanför högekostnadsskyddet trots att det blir dyrare för patienterna. För vissa vårdgivare har även de långa handläggningstiderna inneburit likviditetsproblem. Efter att Försäkringskassan under hösten 2005 började genomföra en åtgärdsplan, som bl.a. innebar att handläggningen fördelades på tre länsorganisationer, minskade ärendebalanserna. På grund av stor inströmning av nya förhandsprövningar och kompletterande förhandsprövningar i redan beslutade ärenden i kombination med hög personalomsättning, var handläggningstiden i juli 2006 dock lika lång som ett år tidigare. Försäkringskassan har mot den bakgrunden beslutat att förlänga insatserna för att minska handläggningstiderna.

Prisutvecklingen

Försäkringskassans senaste prisrapport från oktober 2005 visar att prisökningstakten inom tandvården avtagit under perioden april 2004 till maj 2005 jämfört med tidigare undersökta perioder.

Mellan januari 2005 och januari 2006 ökade folktandvårdens priser för allmäntandvård med i genomsnitt 3,1 procent vilket var något lägre än prisökningen året innan. Detta framgår av en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting.

Allmänhetens kännedom om prisvariationerna är fortfarande låg enligt en undersökning som Försäkringskassan låtit göra. Undersökningen visar att 67 procent tror att deras tandläkare tar ungefär samma pris som andra gör och att 83 procent inte brukar byta tandläkare på grund av det förtroende de har för tandläkaren.

Väntetider och köer

Det förekommer fortfarande långa väntetider inom folktandvårdens allmäntandvård, men antalet kliniker som kan ta emot nya vuxenpatienter direkt eller inom en relativt kort tid har ökat. En enkät som Socialstyrelsen genomförde under 2004 visade att drygt hälften av de redovisade klinikerna hade möjlighet att direkt ta emot nya vuxenpatienter. Ytterligare tio procent av klinikerna kunde ta emot nya vuxenpatienter inom högst sex månader. Detta innebar en förbättring jämfört med undersökningar 2001 och 2003, men fortfarande var det omkring tio procent av klinikerna som angav att väntetiderna för nya patienter översteg 24 månader. Väntetiderna varierade fortfarande mellan landstingen, men det fanns inte någon klar geografisk fördelning av de längsta väntetiderna. Även många privat-tandläkare hade svårt att ta emot nya patienter.

Socialstyrelsen bedömer varje år, inom ramen för det nationella planeringsstödet, tillgången och efterfrågan på vissa yrkeskategorier som tandläkare och tandhygienister. I januari 2006 bedömde Socialstyrelsen att arbetsmarknaden för tandläkare var i kraftig obalans, eftersom efterfrågan översteg tillgången. Arbetsmarknaden för tandhygienister bedömdes vara i balans.

Landstingens tandvård för särskilda patientgrupper
Under 2005 blev 94 000 personer uppsökta, inom ramen för landstingens ansvar för tandvård för vissa äldre och funktionshindrade. Detta var något fler än de två föregående åren. Antalet uppsökta under 2005 motsvarade ca 58 procent av dem som landstingen hade bedömt kunde komma i fråga för erbjudande om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. För nödvändig tandvård redovisades ungefär samma omfattning och kostnader som föregående år.

Antalet personer som fick tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling sjönk något under 2005 och även den genomsnittliga kostnaden per patient minskade något.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp landstingens ansvar för uppsökande

verksamhet och nödvändig tandvård. Av Socialstyrelsens rapport i december 2005 framgår att de som bor i kommunernas särskilda boendeformer får del av reformen i betydligt större omfattning än de som bor i eget boende. Samverkan mellan landstingen och kommunerna fungerar enligt Socialstyrelsen på många håll inte tillfredsställande.

Den genomsnittliga kostnaden per person för nödvändig tandvård är större för män än för kvinnor. En förklaring till detta kan enligt Socialstyrelsen vara att män besöker tandvården något mer sällan än kvinnor, vilket kan medföra ett ackumulerat tandvårdsbehov som avspeglar sig i högre kostnader när besöken väl sker.

Tabell 3.9 Tandvårdens totala kostnader, 1999–2004

Milljoner kronor, löpande priser

	1999	2000	2001	2002	2003	2004 ¹
Patientavgifter	8 130	9 056	9 862	10 614	11 451	12 466
varav						
Offentlig tandvård	2 388	2 198	2 036	2 156	2 366	2 581
Privat tandvård	5 742	6 858	7 826	8 458	9 085	9 885
Patientavgifter som andel av totala kostnader	59,9 %	61,8 %	63,3 %	63,2 %	61,1 %	61,1 %
Landstingens nettokostnader	3 282	3 411	3 471	4 257	4 354	4 466
Landstingens investeringsutgifter	186	151	147	153	136	175
Tandvårdsförsäkringen	1 426	1 462	1 515	1 604	2 607	3 129
Statsbidrag till landstingen för särskilt tandvårdsstöd	405	405	405	0	0	0
Administrationskostnader för försäkringen	151	163	168	169	204	175
Summa	13 580	14 648	15 568	16 497	18 752	20 411
Årlig förändring av de totala kostnaderna	+6,1%	+7,9%	+6,3%	+7,9%	+11,6%	+8,8%

Källa: Socialstyrelsen, SCB, Sveriges Kommuner och Landsting, Försäkringskassan
¹ Preliminära uppgifter

Analys och slutsatser

Socialstyrelsens och Försäkringskassans rapporter i juni 2006 om befolkningens tandhälsa och tandvårdsförsäkringens betydelse indikerar att tandhälsan generellt är god, men att det finns oroande tendenser, till exempel bland de yngre vuxna. Det tycks också finnas ett samband mellan tandhälsa och tandvårdskonsumtion. Vidare finns det ett samband mellan att tillhöra socioekonomiskt svaga grupper och att gå till tandvården mera sällan och uppfatta sin tandhälsa som sämre.

Prisökningstakten förefaller ha dämpats de senaste två åren, även om den fortfarande är högre än den generella prisutvecklingen. Prismedvetenheten hos allmänheten är fortfarande låg, trots informationsinsatser och ökade möjligheter att jämföra priser.

En utveckling som kan påverka konkurrensen är att nya vårdgivare på senare tid har etablerat sig på tandvårdsmarknaden med affärsidén att erbjuda tandvård till priser som klart understiger den genomsnittliga prisnivån. I många fall sker detta genom att man anlitar tandläkare från andra EU-länder. Principiellt anser regeringen att det är positivt med ökad konkurrens, men en självklar förutsättning är att det sker med godtagbar kvalitet och iakttagande av gällande regler.

Regeringen konstaterar att priserna i tandvården har ökat kraftigt under senare år samtidigt som den offentliga subventionen har urholkats, både på grund av prisuppgången och politiska beslut. I många fall har kostnaderna för enskilda personer blivit orimligt höga.

Regeringen anser mot denna bakgrund att det är nödvändigt att reformera tandvårdsstödet. Resurserna till tandvården bör förstärkas så att de största behoven ges den högsta prioriteten. Den största delen av resurstillskottet bör användas till att skapa ett rimligt högkostnadsskydd. Samtidigt bör det skapas rimliga villkor för den förebyggande tandvården på ett sätt som både främjar kontinuitet, valfrihet och konkurrens.

I samband med att tandvårdsstödet reformeras är det också viktigt att intensifiera insatserna för att stärka konkurrens och prispress inom tandvården genom en fortsatt stor andel privata alternativ, internationell konkurrens, en mer genomskinlig prissättning och en starkare patientmakt.

3.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen (RiR) lämnade i november 2005 in promemorian Skydd mot mutor – Apoteket AB (Dnr 39-2005-0814) i vilken Riksrevisionen granskat åtgärder för skydd mot mutor och otillbörlig påverkan vid Apoteket AB. Apotekets verksamhet med receptbelagda läkemedel har, enligt Riksrevisionen, ett tillfredsställande skydd mot mutor och otillbörlig påverkan. För andra, mindre verksamhetsdelar bedömer Riksrevisionen att skyddet inte står i paritet med den risk-situation som bolaget befinner sig i och att det således finns ett behov av åtgärder.

Apotekets dotterbolag, Adara AB, har i syfte att trygga ett säkert och effektivt urval av produkter utvecklat ett nytt IT-stöd som innehåller tvingande regelverk i sortimentsprocessen. Beslut om huruvida en ny produkt skall tas in i sortimentet eller inte måste motiveras och fattas av minst två personer. Samtliga beslut med motiveringar loggas och lagras i en databas.

I december 2005 lämnade Riksrevisionen rapporten Statliga bolags årsredovisningar (2005:29) till regeringen. Tolv statliga bolags årsredovisningar, däribland Apoteket AB, granskades utifrån hur väl rapporteringen följer gällande lagar, god redovisningssed och regeringens riktlinjer. När det gäller årsredovisningarnas finansiella delar håller, enligt Riksrevisionen, de granskade bolagen en kvalitet väl i nivå med jämförbara noterade bolag. Kvaliteten på bolagens redovisning av sina samhällsuppdrag varierar men Apoteket AB framhålls som ett positivt exempel på hur samhällsuppdraget kan redovisas och följas upp.

Rapporten Skydd mot korruption i statlig verksamhet (2006:8) lämnades i mars 2006. Rapportserien Skydd mot mutor som genomfördes under 2005 och bl.a. avsåg Apoteket AB kompletteras av denna granskning med avseende på vilka åtgärder bl.a. regeringen har vidtagit för att skydda statliga myndigheter och bolag mot korruption. Riksrevisionen rekommenderar regeringen att överväga ett förtydligande av regelverket så att det framgår att ledningen för en statlig verksamhet har ett uttalat ansvar för att skydda verksamheten mot korruption samt att ledningarna för statlig verksamhet får i uppdrag att genomföra riskanalyser.

I rapporten Vad och vem styr de statliga bolagen? (RiR 2006:11) som lämnades i maj 2006 har Riksrevisionen granskat formerna för regering-

ens styrning av 41 av de statliga bolagen, däribland Apoteket AB. Det finns enligt Riksrevisionen betydande variationer i den formella styrningen av de statliga bolagen. Socialdepartementets styrning och förvaltning av Apoteket AB beskrivs i rapporten i positiva ordalag. Bland annat framhålls att Apoteket är ett av få bolag som på sin årsstämma fattat beslut om att anta ägarens styrdokument.

Varje år subventionerar staten läkemedel för ca 20 miljarder kronor. Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) beslutar vilka läkemedel som skall omfattas av subventionen. Med anledning av den stora ekonomiska betydelsen som ett subventionsbeslut innebär för läkemedelsföretagen finns det risk för att mutor och annan otillåten påverkan förekommer i verksamheten. Riksrevisionen har därför granskat skyddet mot mutor hos LFN. Riksrevisionen har granskat om ledningen i myndigheten har säkerställt att LFN har en god intern kontroll för att motverka och upptäcka mutor och otillåten påverkan. Granskningen har inte visat några indikationer på mutor och otillåten påverkan i myndighetens verksamhet men trots detta anser Riksrevisionen att skyddet mot sådana företeelser måste förstärkas. Granskningen är den första i en serie granskningar av statliga myndigheter och bolag där Riksrevisionen bedömer att risken för mutor och otillåten påverkan är väsentlig beroende på verksamhetens art.

Med anledning av resultatet av granskningen har LFN vidtagit en rad åtgärder. Bland annat har myndigheten anlitat en utomstående revisor som fått i uppdrag att göra en riskanalys. Riskanalysen gäller inte bara frågan om mutor och otillbörlig påverkan, utan även skyddet mot brand och datahaveri samt miljörisker. Revisorn har tagit fram en samlad handlingsplan som innehåller åtgärder för att hantera dels Riksrevisionens synpunkter och rekommendationer, dels vad som i övrigt kommer fram i riskanalysen.

Riksrevisionen har granskat högkostnads-skyddet för protetik för personer som är 65 år eller äldre i rapporten Tandvårdsstöd för äldre (RiR 2006:9). Granskningen avsåg främst regeringens beslutsunderlag vid reformens genomförande och huruvida regeringen och myndigheterna vidtagit tillräckliga åtgärder för att kontrollera kostnadsutvecklingen. Enligt Riksrevisionens bedömning hade regeringen inte tagit hänsyn till konsekvenserna av utvidgningen av förmånsgruppen i förhållande till den

utredning som föregick propositionen. Regeringen underskattade vidare efterfrågans och behandlingsinriktningens konsekvenser för kostnaderna.

Beträffande konstruktionen av reformen ansåg Riksrevisionen att blandningen av reglering och en ofullständigt fungerande marknad ledde till en som helhet mycket svårkontrollerad utveckling. Riksrevisionen ansåg vidare att RFV/Försäkringskassan borde ha följt upp reformens kostnader bättre. Den koncentrerade handläggningen vid Försäkringskassan i Skåne hade inte lett till den effektiva och likvärdiga handläggning som avsågs. Informationen till riksdagen om reformens kostnad var enligt Riksrevisionens mening otillräcklig. Riksrevisionen rekommenderade Försäkringskassan att se över sitt ärendehanteringssystem för tandvården, eftersom bristerna hade gjort det svårt att få fram tillförlitlig statistik, samt att överväga åtgärder för att framöver kunna förse regeringen med bättre underlag över vilka inom åldersgruppen 65 år eller äldre som tagit del av reformen och vilka som fortsättningsvis kan antas behöva omfattande protetikbehandling.

Regeringen har aviserat en tandvårdsreform och avser att återkomma med förslag om hur denna ska utformas. När det nya stödet utformas är det viktigt att säkerställa att det kan följas upp på ett effektivt sätt.

Riksrevisionen har vidare granskat årsredovisningarna, räkenskaperna och verksamheten för budgetåret 2005 för samtliga myndigheter inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik. Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för myndigheterna.

Regeringen hänvisar i övrigt i denna del till utgiftsområde 24, avsnittet Regeringens redogörelse med anledning av Riksrevisionens iakttagelser.

3.8 Politikens inriktning

Tillgängligheten till hälso- och sjukvården måste förbättras. Vidare krävs en mer uttalad helhets-syn på patienternas behov. En fortsatt satsning för att ytterligare förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården görs med den nationella vårdgarantin. Regeringen kommer därför att ta initiativ till att utveckla den nationella vårdgarantin och tillföra den mer resurser. Ökade re-

surser skall bland annat användas för att komma till rätta med vårdköerna.

Vårdgarantin skall ge patienterna en laglig rätt till behandling hos annan vårdgivare om sjukvårdshuvudmännen inte kan hålla garantitiden och så länge behandlingen omfattas av det offentliga vårdåtagandet.

För att ytterligare öka tillgängligheten till vården och på ett effektivare sätt utnyttja vårdkapaciteten avser regeringen att verka för att patienterna ges rätt till ett fritt vårdval. Enligt regeringen bör patienten ha rätt att själv välja såväl läkare, vårdenhet som tidpunkt för behandling.

Vårdgivarna bör vidare ha en skyldighet att upplysa patienten om var i landet det är kortast kö och erbjuda vård där. Enligt regeringen är detta särskilt viktigt för patienter som har svårigheter att inhämta information på egen hand.

Genom att hälso- och sjukvården i ökad utsträckning jämför sina prestationer och systematiskt drar lärdom av misstag och framgångar skapas förutsättningar för att höja kvaliteten på vården.

Regeringen kommer därför att göra en satsning för att utveckla öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens prestationer och kvalitet. En åtgärdsplan för mätning av kvalitet och rankning inom hälso- och sjukvården skall utformas i samarbete mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Vidare kommer en oberoende granskningsfunktion att inrättas. Regeringen kommer också att göra en satsning för att utveckla hälso- och sjukvårdens ersättningssystem och förbättra metoderna för klassifikation. Syftet är att skapa administrativa förutsättningar för patientbaserade ersättningssystem inom hälso- och sjukvården.

Regeringen anser att fler alternativa aktörer inom hälso- och sjukvården bidrar till en utveckling av vårdkvaliteten och effektiviteten. För att främja en sådan utveckling skall vårdpersonalens kompetens och erfarenhet tas till vara. Regeringen kommer därför att göra en satsning för att stödja vårdpersonal som vill ta över driften av verksamhet, så kallat avknopningsstöd. Stödet syftar till att göra det möjligt för anställda att förbereda ett övertagande av landstingsdriven verksamhet.

En effektiv informationshantering med hjälp av IT är en förutsättning för att utveckla kvaliteten och förbättra effektiviteten inom hälso- och sjukvården. Regeringen avser därför att in-

tegradera arbetet med att skapa en nationell standard för informationsöverföring. I detta arbete ingår bl.a. utveckling av en nationell informationsstruktur, fastställande av gemensamma kravspecifikationer för vårdens IT-system och fortsatta förbättringar av IT-infrastrukturen.

Den psykiatriska vården samt stödet och servicen behöver en omfattande organisationsöversyn. Därutöver tillför regeringen medel för 2007. Det handlar bl.a. om förbättringar av personalens kompetens, ökad tillgång till psykosocial kompetens samt en ökad kvalitet i och tillgänglighet till vården.

Regeringen avser att verka för att personer som i dag vårdas inom den psykiatriska tvångsvården i ökad utsträckning skall kunna vårdas under öppnare former. En patient skall emellertid snabbt kunna återföras till slutenvården om behandlingen inte följs.

Avseende barn- och ungdomspsykiatri framstår den bristande tillgängligheten som ett allt större problem. Verksamheterna för barn och unga måste stärkas för att vända denna utveckling och för att förebygga att fler utvecklar psykisk ohälsa och psykosociala svårigheter senare i livet. Regeringen avser, med stöd av de medel som avsätts, att genomföra en satsning på kompetens inom första linjens sjukvård och att förbättra vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri.

Priserna för tandvården har ökat under senare år och patienterna får i dag betala en större del av kostnaderna för vården än tidigare. Regeringen avser att utveckla tandvården för att på ett bättre sätt kunna ta hand om de patienter som har de största behoven. Av stor vikt här är att förbättra högkostnadsskyddet. Vidare skall insatser göras för att stärka konkurrensen och prispresen inom tandvården, bland annat genom en fortsatt stor andel privata alternativ, internationell konkurrens och en tydligare prissättning. Regeringen avser att återkomma med förslag för att genomföra en tandvårdsreform som omfattar:

- Införande av ett högkostnadsskydd för individer mellan 20 och 64 år.
- Införande av en tandvårdscheck som kan användas som delbetalning för abonnemangstandvård eller ett förebyggande tandvårdsbesök hos valfri tandläkare vartannat år. Med denna utformning förstärks priskonkurrensen i tandvården.

Regeringen kommer att överväga särskilda insatser för personer som på grund av funktionshinder eller sjukdom har svårt att påverka sin tandstatus och som därför har särskilt stora tandvårdsbehov.

Regeringen avser att göra en översyn av samtliga pågående utredningar inom politikområdet och vid behov föreslå förändringar i enlighet med regeringens politik.

3.9 Budgetförslag

3.9.1 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tabell 3.10 Anslagsutveckling 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

År	Utfall	2 438 426	Anslags-sparande	1 079 574
2005	Utfall	2 438 426	Anslags-sparande	1 079 574
2006	Anslag	3 026 000 ¹	Utgifts-prognos	3 133 000
2007	Förslag	3 233 000		
2008	Beräknat	6 199 000		
2009	Beräknat	6 213 000		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Anslaget finansierar huvudsakligen det statliga tandvårdsstödet som administreras av Försäkringskassan. Från anslaget utbetalas även stöd till kompetenscentrum m.m. på tandvårdsområdet.

Utfallet för anslaget 13:1 *Tandvårdsförmåner m.m.* under 2005 blev totalt 2,4 miljarder kronor, vilket var ungefär 1,1 miljarder kronor lägre än anvisat i statsbudgeten. Avvikelsen från tilldelade medel blev likaså 1,1 miljarder kronor. Enligt regeringens beslut har hela anslagssparandet dragits in, utom 20 miljoner kronor som avsåg åtgärder rörande dentala material. Avvikelsen beror till viss del på att Försäkringskassan under 2005 övergick till en ny bokföringsprincip, vilket innebar att utgifter om 320 miljoner kronor flyttades över till 2006.

Regeringens överväganden

Tandvårdsersättning

Regeringen avser att genomföra en tandvårdsreform som omfattar ett nytt skydd mot höga kostnader för individer mellan 20 och 64 år samt införandet av en tandvårdscheck. Regeringen

bedömer att det inte är praktiskt möjligt att genomföra reformen redan under 2007, även om det hade varit önskvärt. Av det skälet bör den satsning på 500 miljoner kronor som aviserades i 2006 års ekonomiska vårproposition dras tillbaka. Från och med 2008 bör tandvårdsstödet tillföras de 1,7 miljarder kronor som aviserades i vårpropositionen samt ytterligare 1,3 miljarder kronor för att finansiera reformen fullt ut.

Antalet inkommande förhandsprövningsärenden inom högkostnadsskyddet för individer över 65 år var under första halvåret 2006 högre än motsvarande period 2005. Långa handläggningstider medför att utgifter förskjuts till följande år.

Kompetenscentrum på tandvårdsområdet

För 2007 skall 13 miljoner kronor avsättas till kompetenscentrum m.m. på tandvårdsområdet. En del av medlen kan användas för finansieringen av den Nordiska Produktdatabasen för Dentala Biomaterial.

Tabell 3.11 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:1 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	3 026 000	3 026 000	3 026 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut		3 000 000	3 000 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym	207 000	173 000	187 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	3 233 000	6 199 000	6 213 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående beräknar regeringen att 3 233 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:1 *Tandvårdsförmåner m.m.* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 6 199 000 000 kronor respektive 6 213 000 000 kronor.

3.9.2 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tabell 3.12 Anslagsutveckling 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

2005	Utfall	19 767 000	Anslags-sparande	0
2006	Anslag	20 550 000 ¹	Utgifts-prognos	20 550 000
2007	Förslag	21 367 000		
2008	Beräknat	21 367 000		
2009	Beräknat	21 367 000		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

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. Statens ekonomiska ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna har fastställts genom överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet.

Det månatliga beloppet motsvarar en tolfedel av den överenskomna ersättningen och utbetalas två månader i efterhand till landstingen. Från anslaget utbetalas således under 2007 ersättning till landstingen för läkemedelsförmånerna dels under månaderna november och december 2006, dels under månaderna januari t.o.m. oktober 2007. Under 2006 utbetalades från anslaget således ca 20,5 miljarder kronor och för 2007 kommer ca 21,3 miljarder kronor att utbetalas.

Regeringens överväganden

En överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet som reglerar statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna för perioden 2005 t.o.m. 2007 tecknades i september 2004. Enligt överenskommelsen ersätter staten landstingen över avtalsperioden med totalt 62 miljarder kronor. Beloppet fördelas mellan åren med 19,8 miljarder kronor för 2005, 20,7 miljarder kronor för 2006 och 21,5 miljarder kronor för 2007. Fr.o.m. 2008 finns ännu inget avtal, varför beloppet som beräknas på statsbudgeten tills vidare kommer att motsvara beloppet för 2007.

Tabell 3.13 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:2 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	20 550 000	20 550 000	20 550 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	817 000	817 000	817 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	21 367 000	21 367 000	21 367 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående beräknar regeringen att 21 367 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:2 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 21 367 000 000 kronor respektive år.

3.9.3 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tabell 3.14 Anslagsutveckling 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor

2005	Utfall	260 002	Anslags-sparande	28 741
2006	Anslag	259 003 ¹	Utgifts-prognos	253 381
2007	Förslag	399 103		
2008	Beräknat	411 640		
2009	Beräknat	411 640		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Syftet med anslaget är att genom riktade satsningar förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet m.m. Från anslaget utbetalas dessutom vissa statsbidrag i enlighet med den överenskommelse som träffas mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården, den så kallade Dagmaröverenskommelsen.

Regeringens överväganden

Den 15 december 2005 godkände den förra regeringen en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården för 2006. En ny överenskommelse kommer att tecknas för 2007.

Från och med 2006 har anslaget minskats med 7 miljoner kronor årligen för det nationella rådet

för organ- och vävnadsdonation vid Socialstyrelsen. Dessa medel har förts till anslaget 13:6 *Socialstyrelsen* för att därifrån utbetalas till samma verksamhet. Anslaget reducerades vidare med 10 miljoner kronor fr.o.m. 2006 för finansiering av Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA) som tidigare finansierats inom den så kallade Dagmaröverenskommelsen. Dessa medel har flyttats till anslaget 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder*.

Den 1 januari 2006 inrättades Myndigheten för handikappolitisk samordning, Handisam. Vissa verksamheter inom tillgänglighetsområdet som bedrivits av Hjälpmedelsinstitutet, bedrivs nu inom ramen för den nya myndighetens verksamhet. Därför har det statliga bidraget minskats till Hjälpmedelsinstitutet med 3,5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2006.

Anslaget ökas med 30 miljoner kronor 2007 för att utveckla hälso- och sjukvårdens ersättningssystem och förbättra metoderna för klassifikation av utförda åtgärder.

Vidare ökas anslaget med 30 miljoner kronor för att utveckla öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens prestationer och kvalitet och 40 miljoner kronor för att stödja vårdpersonal som vill ta över driften av verksamhet, ett så kallat avknopningsstöd.

Slutligen ökas anslaget med 50 miljoner kronor för arbetet med att skapa en nationell standard för elektronisk informationsöverföring inom hälso- och sjukvården, varav 17 miljoner kronor avsetts för Socialstyrelsens arbete med en nationell informationsstruktur.

Regeringen beräknar vidare för 2007:

- ca 8,8 miljoner kronor för ersättning för vissa kostnader och förluster som uppkommit till följd av myndighetsingripanden för att hindra spridning av smittsam sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168), miljöbalken och livsmedelslagen (2006:804), samt för ersättning till smittbärare enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare.
- ca 1 miljon kronor till statlig ålderspensionsavgift avseende ersättning till smittbärare.
- 424 000 kronor till kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar.

- 5,5 miljoner kronor till Centrum för patientklassificering och Socialstyrelsens projekt Hur mår Sverige.
- 3 miljoner kronor till Vidarkliniken.
- 7 miljoner kronor till Rett center.
- 3 miljoner kronor för Apoteket AB:s drift av läkemedelsförteckning.
- ca 49,3 miljoner kronor till Hjälpmedelsinstitutet.
- 4 miljoner kronor till det nationella Rådet för specialiseringstjänstgöring.
- 10 miljoner kronor till Socialstyrelsens arbete med högspecialiserad vård.
- ca 5,6 miljoner kronor till medicinteknikverksamhet vid Läkemedelsverket.
- 500 000 kronor för Socialstyrelsens tillsyn över blodverksamhet, vilket inkluderar utarbetande av föreskrifter, kartläggning av tillsynsobjekten, utbildning av personal samt arbete med Socialstyrelsens avvikelседatabas.
- 7 miljoner kronor till Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering för kunskapsspridning och utbildningsinsatser.
- 5 miljoner kronor till Läkemedelsverket för producentobunden läkemedelsinformation.
- 2 miljoner kronor till Socialstyrelsen för arbete med prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- 3 miljoner kronor för specialistkompetenskurser.
- 3 miljoner kronor för inventering av utvärderingar av vissa behandlingsmetoder för patienter med långdragna whiplashrelaterade skador samt genomförande av kompletterande utvärderingar.
- ca 6 miljoner kronor till övriga bidrag för utveckling inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Anslaget har minskats med 15 miljoner kronor per år 2006 och 2007 för att finansiera satsningar på framför allt Rikskvinnocentrum och kvinnojourer.

Anslaget minskas fr.o.m. 2007 med 7 miljoner kronor på grund av utfasning av tidigare satsningar på konsumentinstitutet Läkemedel och hälsa (Kilen) och Nationella hjälplinjen. Ett särskilt stöd kommer att utgå till Nationella

hjälpelinjen, se anslag 13:9 *Bidrag till psykiatri*. Anslaget minskas vidare med 2 miljoner kronor på grund av avslutad satsning på drift av nationellt register över alternativ- och komplementärmedicinska utövare.

Anslaget minskas från och med 2007 med 400 000 kronor per år för finansiering av utökade domstolskostnader i samband med att chefsöverläkare inom psykiatrin getts möjlighet att besluta att inskränka patienters rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster och att övervaka försändelser från patienter (prop. 2005/06:195, bet. 2005/06:SoU14, rskr. 2005/06:195).

För genomförande av undersökningar av levnadsförhållanden (ULF och Barn-ULF) under 2007 överförs 500 000 kronor från anslag 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* till anslag 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.*

Tabell 3.15 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	259 003	259 003	259 003
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	140 100	152 637	152 637
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	399 103	411 640	411 640

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående beräknar regeringen att 399 103 000 kronor anvisas under anslaget 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 411 640 000 kronor respektive år.

3.9.4 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tabell 3.16 Anslagsutveckling 13:4 Statens beredning för medicinskt utvärdering

<i>Tusental kronor</i>				
2005	Utfall	39 391	Anslags-sparande	130
2006	Anslag	40 354 ¹	Utgifts-prognos	39 765
2007	Förslag	40 695		
2008	Beräknat	41 457 ²		
2009	Beräknat	42 355 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 40 703 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 40 710 tkr i 2007 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.

Regeringens överväganden

Tabell 3.17 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:4 Statens beredning för medicinsk utvärdering

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	40 354	40 354	40 354
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	356	1 110	2 001
Beslut	-15	-7	0
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	40 695	41 457	42 355

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 40 695 000 kronor anvisas under anslaget 13:4 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 41 457 000 kronor respektive 42 355 000 kronor.

3.9.5 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tabell 3.18 Anslagsutveckling 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor

År	Utfall	2005	Anslags-sparande	256
2005	Utfall	26 568		
2006	Anslag	28 845 ¹	Utgifts-prognos	28 332
2007	Förslag	29 099		
2008	Beräknat	29 565 ²		
2009	Beräknat	30 197 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 29 105 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 29 110 tkr i 2007 års prisnivå.

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

Regeringens överväganden

Tabell 3.19 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006 ¹	28 845	28 845	28 845
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	265	725	1 352
Beslut	-11	-5	0
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	29 099	29 565	30 197

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 29 099 000 kronor anvisas under anslaget 13:5 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 29 565 000 kronor respektive 30 197 000 kronor.

3.9.6 13:6 Socialstyrelsen

Tabell 3.20 Anslagsutveckling 13:6 Socialstyrelsen

Tusental kronor

År	Utfall	2005	Anslags-sparande	23 566
2005	Utfall	476 596		
2006	Anslag	561 562 ¹	Utgifts-prognos	568 586
2007	Förslag	537 989		
2008	Beräknat	545 285 ²		
2009	Beräknat	557 222 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 536 091 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 536 189 tkr i 2007 års prisnivå.

Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst, stöd och service till funktionshindrade, hälsoskydd och smittskydd. Myndigheten har dessutom ett samlat sektorsansvar för handikappolitiken i vård- och omsorgsfrågor. Socialstyrelsen 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

områden beskrivs under utgiftsområde 6 Försvar samt beredskap mot sårbarhet.

Under 2006 uppgår anslaget till ca 562 miljoner kronor, varav 5 miljoner kronor har tillförts via tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition. Socialstyrelsen har under 2006 ingått förlikningsavtal med anledning av en skadeståndspröcess i vilken Socialstyrelsen har varit part. Ersättningarna som behöver betalas ut ryms inte inom anvisade medel. För att finansiera dessa kostnader har regeringen föreslagit att på tilläggsbudget i denna proposition tillföra anslaget 13:6 ytterligare 33 miljoner kronor under 2006. För 2006 beräknas totalt 17,1 miljoner kronor utbetalas till Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS).

Under 2005 utbetalades 12,9 miljoner kronor och under 2006 utbetalas ca 13,1 miljoner kronor från anslaget till Läkemedelsverket för marknadsbevakningen av medicintekniska produkter.

Regeringen ökade anslaget med 9,15 miljoner kronor 2006 till följd av att Socialstyrelsen övertog administrationen av delar av Sisus (Statens institut för särskilt utbildningsstöd) verksamhet i samband med inrättandet av Myndigheten för handikappolitisk samordning, Handisam.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.21 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomstittel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2005	8 830	0	8 830	0
Prognos 2006	16 400	0	16 400	0
Budget 2007	16 200	0	16 200	0

Intäkterna för offentlig-rättslig verksamhet avser till stor del Socialstyrelsens avgifter för utfärdandet av legitimationer. Detta arbete sker inom myndighetens arbete med behörighetsfrågor. Myndigheten disponerar inte någon del av intäkterna för detta.

Socialstyrelsen skall även ta ut avgifter för tillsyn av blodverksamhet. Styrelsen disponerar inte dessa avgifter som beräknas uppgå till 1,8 miljoner kronor årligen från och med 2007.

Tabell 3.22 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

	Intäkter i	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2005	9 083	-5 325	3 758
Prognos 2006	9 200	-5 500	3 700
Budget 2007	9 200	-5 500	3 700

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

Regeringens överväganden

Medlen för tillsynen av sjukskrivningsprocessen uppgår till 2 miljoner kronor 2007. Myndigheten har ett särskilt regeringsuppdrag att bedriva tillsyn som, utifrån ett patientperspektiv, skall bidra till att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen.

Vidare ökas anslaget med 3,6 miljoner kronor årligen från och med 2007 för tillsyn över den blodverksamhet som regleras av lagen (2006:496) om blodsäkerhet. Enligt lagen skall Socialstyrelsen och Läkemedelsverket utöva tillsyn över blodverksamhet, dvs. verksamhet som rör insamling och kontroll av blod och blodkomponenter avsedda att användas vid transfusion eller läkemedelstillverkning, samt framställning, förvaring och distribution av blod och blodkomponenter avsedda att användas vid transfusion. Av dessa 3,6 miljoner kronor skall Läkemedelsverket rekvirera 1,8 miljoner kronor.

I enlighet med vad som angavs i propositionen Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60) inrättades den 1 september 2006 Rådet för samordning av insatser mot hiv/aids vid Socialstyrelsen. Från och med 2007 ökas anslaget med 7,3 miljoner kronor per år. Finansiering sker genom en neddragning av anslaget 14:4 *Statens folkhälsoinstitut* med 5,5 miljoner kronor och genom att anslaget 14:1 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* minskas med 1,8 miljoner kronor per år.

Anslaget ökas med 2 miljoner kronor fr.o.m. 2007 med anledning av propositionen Ingridan-

den mot unga lagöverträdare (prop. 2005/06:165).

Tabell 3.23 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:6 Socialstyrelsen

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	523 562	523 562	523 562
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	4 132	13 183	24 833
Beslut	10 668	8 920	9 216
Överföring till/från andra anslag	-373	-379	-388
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	537 989	545 285	557 222

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 537 989 000 kronor anvisas under anslaget 13:6 *Socialstyrelsen* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 545 285 000 kronor respektive 557 222 000 kronor.

3.9.7 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

Tabell 3.24 Anslagsutveckling 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2005	52 052		14 531
2006	58 196 ¹		49 111
2007	Förslag	58 626	
2008	Beräknat	59 775 ²	
2009	Beräknat	61 077 ³	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 58 636 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 58 647 tkr i 2007 års prisnivå.

Läkemedelsförmånsnämndens (LFN) huvudsakliga uppgifter är att besluta om receptbelagda läkemedel och förbrukningsartiklar skall omfattas av samhällets subvention. För att ett läkemedel skall få subvention måste dess medicinska effekt stå i rimlig proportion till de kostnader det medför i ett brett medicinskt, humanitärt och samhällsekonomiskt perspektiv. Övriga krav som ställs på läkemedel för att de skall subventioneras återfinns i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. På ansökan av den som

marknadsför ett läkemedel eller en vara fastställer LFN även försäljningspriset på produkten. Nämnden kan också på eget initiativ ompröva om ett läkemedel eller en vara skall finnas kvar inom förmånerna.

LFN har i uppdrag att gå igenom hela läkemedelssortimentet och pröva om produkterna uppfyller de krav som i dag ställs på subventionerade läkemedel.

Regeringens överväganden

Tabell 3.25 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:7 Läkemedelsförmånsnämnden

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	58 196	58 196	58 196
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	451	1 590	2 881
Beslut	-21	-11	0
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	58 626	59 775	61 077

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 58 626 000 kronor anvisas under anslaget 13:7 *Läkemedelsförmånsnämnden* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 59 775 000 kronor respektive 61 077 000 kronor.

3.9.8 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tabell 3.26 Anslagsutveckling 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2005	317 484		19 790
2006	358 059 ¹		387 841
2007	Förslag	368 023	
2008	Beräknat	385 176	
2009	Beräknat	398 635	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Anslaget finansierar ersättning för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden och anslaget administreras av Försäkringskassan.

Kostnader för sjukvård i internationella förhållanden har huvudsakligen kopplingar till det svenska medlemskapet i den Europeiska unionen och till sjukvårdsavtal som Sverige tecknat med andra länder. Kostnaderna inom anslaget kan delas upp i de olika områdena – turistvård, pensionärsvård, konventionsvård samt sjukvårdstjänster.

I begreppet turistvård ingår vård för svenska turister som blivit sjuka i samband med tillfällig vistelse i annat EU-land, vård för studerande och utsända samt planerad vård som ges efter det att förhandstillstånd beviljas. I begreppet pensionärsvård ingår vård för svenska pensionärer som valt att bosätta sig i annat medlemsland samt vård för familjemedlemmar. Konventionsvård avser bl.a. kostnader till följd av bilaterala överenskommelser om vårdförmåner med andra länder utanför EU. Sjukvårdstjänster avser kostnader i samband med ersättningar i enlighet med EG-fördragets artiklar 49 och 50 om den fria rörligheten för varor och tjänster.

Regeringens överväganden

Det råder viss svårighet att prognostisera kostnader på detta område eftersom många länder väntar flera år med att skicka sina fakturor till Sverige. EU-utvidgningen har vidare medfört ytterligare osäkerhet i prognoserna och många länder har fortfarande inte skickat sina fakturor. Kostnaden för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden har ökat i och med att allt fler människor i dag reser, bor och arbetar i andra länder. För att finansiera dessa kostnader har regeringen föreslagit att på tilläggsbudget i denna proposition tillföra anslaget ytterligare 25 miljoner kronor under 2006.

Tabell 3.27 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor			
	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	333 059	333 059	333 059
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	7 688	7 979	8 249
Volymer	27 276	44 138	57 327
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	368 023	385 176	398 635

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 368 023 000 kronor anvisas under anslaget 13:8 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 385 176 000 respektive 398 635 000 kronor.

3.9.9 13:9 Bidrag till psykiatri

Tabell 3.28 Anslagsutveckling 13:9 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor			
År	Utfall	Anslags-sparande	0
2005	Utfall		0
2006	Anslag	0 ¹	0
2007	Förslag	500 000	
2008	Beräknat	500 000	
2009	Beräknat	250 000	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Anslaget är nytt och är avsett för bidrag till vuxenpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri.

Regeringens överväganden

För att bättre kunna tillgodose behoven hos personer som lider av psykisk ohälsa behöver hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens förbättras. Det behövs en ökad tillgång till psykologer och kuratorer inom primärvården. Därmed kan arbetsbelastningen för allmänläkare och sjuksköterskor vid vårdcentralerna minska och patienterna kan ges en mer adekvat behandling. Det behövs också en höjning av baspersonalens kompetens inom landstingens verksamheter för

personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder. Psykiatrin behöver också ökade resurser för att stimulera en ökad kvalitet i och tillgänglighet till vården. Bland annat behöver fler platser i vården och omsorgen skapas, t.ex. inom den slutna vården eller i lämpliga former av boenden med stödsatser.

Regeringen bedömer att vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatrin behöver stärkas. Väntetiden till utredning bör aldrig överstiga en månad för de berörda barnen.

Regeringens förslag innebär att 500 miljoner kronor avsätts under 2007. Under 2008 och 2009 bedömer regeringen att det behövs 500 miljoner kronor respektive 250 miljoner kronor. Regeringen avser att återkomma med preciserade förslag inom ramen för satsningen. I detta sammanhang kommer behovet av ökade resurser till personliga ombud att övervägas, se anslag 16:1 *Personligt ombud*. Ett särskilt stöd kommer att utgå till Nationella hjälplinjen. Regeringen avser vidare att konkretisera nödvändiga åtgärder för att förbättra den psykiatriska vården i en handlingsplan under år 2007.

Utöver denna satsning sker även en satsning på psykiatris område via fortsättningen på den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvård (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53).

Tabell 3.29 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 13:9 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor			
	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	0	0	0
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	500 000	500 000	250 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	500 000	500 000	250 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 500 000 000 kronor anvisas under anslaget 13:9 *Bidrag till psykiatri* för 2007. För 2008 beräknas anslaget till 500 000 000 kronor och för år 2009 beräknas anslaget till 250 000 000 kronor.

3.10 Övrig verksamhet

3.10.1 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket skall bidra till att uppfylla målet för politikområdet genom att tillse att läkemedel är effektiva, säkra och av god kvalitet samt genom att verka för att läkemedel används på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Verket skall främja säkerheten och kvaliteten för läkemedelsnära produkter. Läkemedelsverket skall också ansvara för kontroll och tillsyn av medicintekniska produkter. Ett av Läkemedelsverkets mål är att medverka till att läkemedelsförsörjningen utvecklas och blir mer kostnadseffektiv. Läkemedelsverket skall i detta arbete dels utgöra en kontrollerande myndighet, dels arbeta för rationell utveckling och användning av nya och äldre läkemedel.

Tabell 3.30 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor				
Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2005	0	359 691	335 618	24 073
Prognos 2006	900	383 991	384 527	-536
Budget 2007	1 800	384 009	384 545	-536

Under 2005 uppgick verksamhetens intäkter till ca 360 miljoner kronor och kostnaderna till ca 336 miljoner kronor. Läkemedelsverket uppvisade i årsredovisningen för år 2005 ett överskott uppgående till ca 24 miljoner kronor och ett ackumulerat överskott om ca 91 miljoner kronor. Summan av det balanserade resultatet och resultatet år 2005 utgjorde 25,3 procent av omsättningen. Verket redovisade därför i enlighet med kapitalförsörjningsförordningen (1996:1188) ett förslag till regeringen om hur överskottet bör disponeras. I budgetunderlaget angav Läkemedelsverket för år 2007 en beräknad kostnadsbudget om ca 384 miljoner kronor och beräknade intäkter på samma nivå.

Läkemedelsverket redovisade under 2005 regeringsuppdragen om generisk förskrivning, skillnader i antalet receptfria läkemedel jämfört med andra EU-länder, behovet av att förbättra informationen till allmänheten om könsspecifika skillnader vid godkännande av läkemedel samt förbättrad rapportering av läkemedelsbiverkningar.

Läkemedelsverket fick förra regeringens uppdrag att föreslå förbättringar i dagens system för biverkningsrapportering. Myndigheten genomför sedan oktober 2005 ett pilotprojekt där konsumenter av läkemedel och naturläkemedel i Uppsala kommun själva kan rapportera misstänkta biverkningar. Studien skall pågå till dess att Läkemedelsverket har fått in ett tillräckligt stort underlag för utvärdering och beslut. Målet är att se om konsumenternas biverkningsrapportering kan komplettera den information som Läkemedelsverket får från hälso- och sjukvårdens rapportering.

3.10.2 Apoteket AB

Apoteket AB är ett av staten helägt bolag. En beskrivning och bedömning av verksamheten återfinns i regeringens årliga skrivelse till riksdagen, 2006 års redogörelse för företag med statligt ägande (skr. 2005/06:120). Apoteket är det företag som enligt 4 § lagen (1996:1152) om handel med läkemedel har ensamrätt att sälja läkemedel till allmänheten. Apotekets huvudsakliga uppgift är att via ca 800 öppenvårdsapotek verka för en god försörjning och användning av såväl receptbelagda som receptfria läkemedel. Apoteket ansvarar även, via 80 entreprenaddrivna sjukhusapotek, för upphandling och försörjning av läkemedel till den slutna vården. I syfte att säkra läkemedelsförsörjningen också i glest befolkade områden har Apoteket avtal med ca 1 000 apoteksombud. Ombudens uppdrag är

att förmedla förskrivna receptläkemedel samt att sälja ett begränsat sortiment av receptfria läkemedel. I Apotekets uppdrag ingår vidare att erbjuda producentoberoende information och rådgivning till enskilda konsumenter samt producentoberoende information till läkemedelsforskare.

Bolagets intäkter uppgick under 2005 till 35,5 (34,1) miljarder kronor. Försäljningen av läkemedel på recept var i stort sett oförändrad under 2005, såväl avseende volymer som omsättning. Resultat efter finansnetto (före skatt) uppgick till 290 (282) miljoner kr. Det positiva resultatet uppnåddes tack vare en god försäljning under andra halvåret 2005, en dämpad kostnadsutveckling under det sista kvartalet samt ett intensivt effektiviserings- och produktivitetsarbete. Apoteket lämnade för verksamhetsåret 2005 en utdelning på 70 miljoner kronor.

Sverige är det enda land inom OECD som har monopol på apoteksverksamheten. I syfte att garantera en fortsatt säker och trygg läkemedelsförsörjning, öka tillgängligheten och servicegraden samt att öka prispressen på läkemedel har regeringen för avsikt att avveckla apoteksmonopolet och införa nya regler för detaljhandel med läkemedel. Lagen (1996:1152) om handel med läkemedel bör därför ändras så att det görs möjligt för var och en som beviljas tillstånd av Läkemedelsverket att bedriva detaljhandel med såväl receptfria som receptbelagda läkemedel. För detta ändamål avser regeringen att återkomma med förslag.

Tabell 3.31 Ekonomisk översikt för Apoteket AB

Miljoner kronor

	2001	2002	2003	2004	2005
Resultat efter finansiella poster	-144	31	197	282	290
Eget kapital	1 611	1 648	1 855	2 518	2 632
Utdelning	0	100	117	100	70
Räntabilitet på eget kapital, %	neg.	0,7	19,7	9,4	7,8
Medelantalet anställa	10 600	10 827	10 886	10 856	10 914

4 Politikområde Folkhälsa

4.1 Omfattning

Folkhälsopolitikens sektorsövergripande karaktär innebär att ansvaret för de statliga insatserna på folkhälsoområdet är fördelat mellan departementen i Regeringskansliet. Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen är myndigheter som har centrala uppgifter inom folkhälsoområdet genom att vara kunskapscentrum inom området, genom nationell uppföljning och utvärdering såväl av folkhälsans utveckling som av insatser inom folkhälsoområdet och genom tillsyn och epidemiologisk bevakning. Institutet för psykosocial medicin bedriver och främjar forskning inom det psykosociala området. Folkhälsoforskning finansieras bl.a. av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap och av Vetenskapsrådet.

Inom politikområdet ger regeringen bidrag till förebyggande insatser mot hiv/aids, bidrag till frivilligorganisationer och till alkohol- och narkotikapolitiska insatser. Även Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden ingår i politikområdet. Politikområdet omfattar även Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO) och Sveriges bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV). Från 2007 ingår även Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll.

Inom politikområdet finns ett särskilt ansvar för insatser som syftar till att skapa goda förutsättningar för hälsofrämjande levnadsvanor i befolkningen. I budgetpropositionen redovisar regeringen insatser och resultat i första hand inom dessa områden. Hit hör exempelvis insatser för att förhindra alkoholskador och narkotikamissbruk, minska tobaksbruket och skadeverkningarna av överdrivet spelande samt insatser för att främja fysisk aktivitet, goda matvanor samt sexuell och reproduktiv hälsa. Även smittskydd och hälsoskydd ingår i politikområdet samt en rad frågor av betydelse för samhällets beredskap i hälsorelaterade frågor, främst inom smittskyddsområdet.

4.2 Utgiftsutveckling

Tabell 4.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet
Miljoner kronor

	Utfall 2005	Budget 2006 ¹	Prognos 2006	Förslag 2007	Beräknat 2008	Beräknat 2009
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	62,3	153,7	145,1	151,9	151,9	151,9
14:2 Bidrag till WHO	30,4	34,2	35,6	35,2	34,7	34,7
14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	17,8	18,1	17,7	18,3	18,7	19,1
14:4 Statens folkhälsoinstitut	134,9	127,7	141,9	126,4	128,6	131,5
14:5 Smittskyddsinstitutet	179,0	183,6	181,2	184,8	188,2	192,3
14:6 Institutet för psykosocial medicin	14,9	15,3	15,3	15,5	15,7	16,1
14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder	76,9	113,0	111,2	111,6	101,6	91,6
14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	238,4	249,2	244,7	248,2	74,2	74,2
14:9 Alkohol- och läkemedelsortimentsnämnden	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
2006 09 14:10 Vaccinförsörjning		200,0	98,2	-	-	-
Totalt för politikområde Folkhälsa	754,7	1 095,0	991,1	892,0	713,9	711,5

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FIU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

4.3 Mål

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

Ovanstående mål är beslutat av riksdagen (prop. 2004/05:1, utg.omr. 09, bet. 2004/05:SoU1, rskr. 2004/05:114). En omfattande resultatbeskrivning för folkhälsopolitiken presenterades för riksdagen i maj 2006 i den förra regeringens skrivelse Folkhälsopolitik för jämlikhet i hälsa och hållbar tillväxt (skr. 2005/06:205). I budgetpropositionen beskrivs särskilt resultaten inom de områden för vilka särskilda medel har avsatts inom politikområdet: alkohol, narkotika, tobak, smittskydd och spelberoende. I den mån regeringen bedömer att indelning i politikområden eller mål för dessa bör ändras återkommer regeringen vid ett senare tillfälle.

4.4 Insatser

4.4.1 Insatser inom politikområdet

Övergripande insatser

För att nå målet för politikområdet krävs ett sektorsövergripande, långsiktigt och målinriktat arbete. Det förutsätter i sin tur god samordning mellan och inom samhällets olika nivåer. För att främja samordning på nationell, regional och lokal nivå inrättade den förra regeringen i september 2003 en nationell ledningsgrupp för folkhälsofrågor. I ledningsgruppen finns 17 statliga myndigheter representerade genom sina chefer. Den regionala och lokala nivån företräds av Sveriges Kommuner och Landsting. Ledningsgruppens ordförande har varit folkhälso- och socialtjänstministern i den förra regeringen.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har de senaste åren samarbetat med andra berörda myndigheter för att utveckla ett system för den nationella uppföljningen av det nationella målet för folkhälsoarbetet och för att beskriva utvecklingen. I oktober 2005 presenterade FHI en samlad beskrivning av utvecklingen och av de insatser som har vidtagits i den första folkhälsopolitiska rapporten.

FHI har vidare producerat flera kunskaps-sammanställningar och kunskapsunderlag om metoder och strategier för folkhälsoarbetet. Landsting och kommuner är särskilt viktiga målgrupper för FHI:s kunskaps-spridning. Tillgången till regionala och lokala folkhälsodata via Internet, som Kommunala basfakta, har utvecklats ytterligare. FHI har även fortsatt arbetet med att utveckla metoder för hälsokonsekvensbedömningar av politiska beslut och insatser inom olika områden.

Insatser inom alkoholområdet

I februari 2001 antog riksdagen en nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador där delvis nya riktlinjer för det alkoholpolitiska arbetet på nationell och internationell nivå fastställs. Huvudinriktningen för den nationella alkoholpolitiken har varit att stimulera utvecklingen av målinriktade, strukturerade och samordnade förebyggande insatser på lokal nivå. Under våren 2006 antog riksdagen en ny alkoholhandlingsplan för perioden 2006–2010 (prop. 2005/06:30, bet. 2005/06:SoU12, rskr. 2005/06:157). Planen bygger i huvudsak vidare på den förra handlingsplanen, men med större tonvikt på internationella frågor.

Inom ramen för handlingsplanen har ett stort antal myndigheter, intresseorganisationer och forskare bidragit till att stärka det alkoholförebyggande arbetet. Alkoholkommittén har samordnat insatserna på nationell nivå och i samspel med kommuner och landsting stimulerat insatser på regional och lokal nivå. Kommittén har också ansvarat för information och opinionsbildning på nationell nivå.

Kommunala samordnare och länsamordnare, som varit verksamma i hela landet, har bidragit till att utveckla en struktur för det lokala och regionala arbetet med alkohol- och narkotika-prevention. På den nationella nivån har insatser för riskgrupper, som t.ex. barn till föräldrar med

missbruksproblem, stått i fokus liksom insatser för att bekämpa den illegala alkoholhanteringen.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har intensifierat sina insatser för att stärka det alkoholskadeförebyggande arbetet. Möjligheten att via Internet hämta uppgifter om alkoholutvecklingen på nationell, regional och lokal nivå har vidareutvecklats. I samarbete med Alkoholkommittén och länsamordnarna har FHI medverkat i mobiliseringen av de kommunala insatserna. Institutet utvärderar särskilt en satsning i sex försökskommuner på forskningsbaserade alkohol- och narkotikaförebyggande metoder och mobilisering av lokala aktörer.

Inom ramen för den gemensamma nordiska alkoholpolitiska plattform som beslutades av Nordiska ministerrådet 2004, verkade den förra regeringen för höjda minimiskatter på alkohol inom EU. Den Europeiska kommissionen har den 12 september 2006 lämnat ett förslag om inflationsuppräknings av minimiskatterna på alkohol inom EU med 31 procent.

Tillsammans med de övriga nordiska länderna har Sverige under flera år arbetat för att det alkoholskadeförebyggande arbetet skall ges högre prioritet inom EU och internationellt. I EU har Sverige fört diskussioner med kommissionen och medlemsländerna om att formulera en gemensam strategi för frågor om alkohol och folkhälsa. Kommissionen förväntas i oktober 2006 besluta om ett meddelande om att motarbeta alkoholens skadeverkningar. Syftet med strategin är att skapa en gemensam plattform för att minska alkoholskadorna inom EU. Strategin identifierar de områden där åtgärder på EU-nivå har ett mervärde och där EU kan bidra till att stärka medlemsländernas egna alkoholpolitiska insatser.

Inom WHO har de nordiska länderna gemensamt tagit initiativ till ett flertal resolutioner på alkoholområdet med syfte att intensifiera insatserna mot alkoholens skadeverkningar både på global nivå och inom medlemsländerna.

Insatser inom narkotikaområdet

I april 2002 antog riksdagen en nationell narkotikahandlingsplan. Huvudinriktningen för handlingsplanen var att möjliggöra insatser för att minska nyrekryteringen till missbruk, få fler missbrukare att sluta och att minska tillgången på narkotika. De aktörer som varit inblandade i

genomförandet av handlingsplanen var bl.a. kommuner, landsting, länsstyrelser, frivilligorganisationer och den av den dåvarande regeringen tillsatta nationella narkotikasamordnaren. Under våren 2006 antog riksdagen en ny narkotikahandlingsplan för perioden 2006–2010 (prop. 2005/06:30, bet. 2005/06:JuSoU1, rskr. 2005/06:218). Den nya planen bygger i huvudsak vidare på den förra handlingsplanen, med fortsatta insatser för att vidareutveckla narkotikapolitiken.

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

Sverige har under året deltagit aktivt i Förenta nationernas (FN) narkotikakommission och i Europarådets samarbetsgrupp för narkotikafrågor, den s.k. Pompidougruppen. Europeiska rådet antog i december 2004 en strategi för narkotikabekämpning inom EU för perioden 2005–2012. En handlingsplan, på basis av strategin, antogs i juni 2005.

Insatser inom tobaksområdet

För 2005 och 2006 har särskilda medel avsatts till den s.k. Sluta-röka-linjen vid Centrum för tobaksprevention och till organisationer som arbetar med tobaksprevention.

I maj 2005 beslutade riksdagen att nationellt genomföra Världshälsoorganisationens (WHO) ramkonvention om tobakskontroll, direktivet 2003/33/EG samt ministerrådets rekommendation 2003/54/EG om förebyggande av rökning och en effektiv tobakskontroll (prop. 2004/05:118, bet. 2004/05:SoU21, rskr. 2004/05:260).

Efter riksdagens beslut om godkännande av WHO:s ramkonvention anslöt sig Sverige till konventionen den 7 juli och den 7 oktober 2005 trädde den i kraft för Sveriges del.

Den 1 juni 2005 trädde lagändringen om rökfria serveringsmiljöer i kraft i enlighet med

den förra regeringens proposition Rökfria serveringsmiljöer (prop. 2003/04:65, bet. 2003/04:SoU08, rskr. 2003/04:218). Lagändringen innebär ett förbud mot rökning i restauranger och på andra serveringsställen.

Insatser inom smittskydd och hälsoskydd

Under 2005 och 2006 har Socialstyrelsen fortsatt arbetet med att anpassa smittskyddsarbetet till den nya smittskyddslagen. Detta innebär bl.a. att Socialstyrelsen har gått igenom och gallrat bland de föreskrifter som varit knutna till den nya lagen. Under året har Socialstyrelsen bl.a. beslutat om föreskrifter och allmänna råd om smittspårning samt utarbetat ett meddelandeblad om vikten av att förbättra tillgången till testning. Socialstyrelsen har även inlett ett normeringsarbete för att förbättra det svenska barnvaccinationsprogrammet.

I propositionen Skydd mot internationella hot mot människors hälsa (prop. 2005/06:215), som den förra regeringen presenterade i september 2006, föreslås att riksdagen skall godkänna det internationella hälsoreglementet som antogs vid Världshälsoorganisationens beslutande församling i maj 2005 (IHR 2005). I propositionen föreslås också nödvändiga lagändringar för att Sverige skall kunna uppfylla åtagandena i IHR 2005 fullt ut. En ny lag, lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa föreslås ersätta den nuvarande karantänslagen (1989:290).

Hiv/aids

I propositionen Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60) redovisas en samlad strategi för samhällets insatser för att förebygga spridning och minska konsekvenserna av hiv-infektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Strategin tar sin utgångspunkt i de utmaningar som samhället står inför när det gäller hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar och de åtaganden som återfinns i den deklaration som antogs i samband med den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling 2001.

Våren 2006 ingick staten och Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse om de statliga medlen för insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.

Inom EU pågår ett kontinuerligt samarbete i frågor om hiv/aids. Sverige deltar i kommissionens arbetsgrupp för hiv/aids, som bl.a. fungerar som ett stöd för att genomföra kommissionens meddelande om arbetet mot hiv/aids inom EU samt i de omgivande länderna.

Antibiotikaresistens

I den förra regeringens proposition Samlad strategi mot vårdrelaterade sjukdomar och antibiotikaresistens (prop. 2005/06:50) tydliggörs vikten av en god vårdhygienisk standard inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Vidare tydliggörs smittskyddsläkarens uppgifter i fråga om arbetet med vårdrelaterade sjukdomar. Strategin innehåller även insatser inom flera politikområden för att på olika sätt motverka förekomsten av antibiotikaresistenta mikroorganismer. Riksdagen beslutade under våren 2006 i enlighet med regeringens förslag och nu pågår arbetet med att genomföra förslagen.

Beredskap för influensapandemi

I februari 2005 presenterade Socialstyrelsen en nationell handlingsplan för beredskapsplanering för pandemisk influensa. Beredskapsplanen revideras löpande, och för närvarande sker en större revidering som väntas vara klar under hösten 2006. Som en uppföljning av den nationella handlingsplanen presenterade Socialstyrelsen i april 2006 en lägesrapport om landstingens pandemiberedskap. Socialstyrelsen leder en samverkansgrupp, som består av flera av de myndigheter som kan bli berörda vid en eventuell pandemi.

Socialstyrelsen har även fått i uppdrag av den tidigare regeringen att tillförsäkra Sverige tillgång till vaccin mot influensa genom att sluta avtal med någon eller några influensavaccintillverkare om en s.k. pandemigaranti. Vidare har en särskild förhandlare utrett möjligheterna att få till stånd tillverkning av influensavaccin i Sverige. Uppdraget redovisades den 31 mars 2006. En av slutsatserna var att regeringen bör fortsätta förhandlingarna med vissa företag och förhandlaren har därför fått i uppdrag av den tidigare regeringen att fortsätta förhandlingarna.

Under året har den tidigare regeringen avsatt resurser för att det nationella beredskapslaget av antivirala läkemedel skall kunna utökas. Ett förslag till en utökning av beredskapslaget av antivirala läkemedel, med prioriteringar, kostnader

och frågor om lagerhållning, redovisades av Socialstyrelsen i november 2005.

Pandemiberedskap har diskuterats vid flera tillfällen av ansvariga ministrar inom EU, bl.a. frågan om ett eventuellt lager för EU av antivirala läkemedel. En horisontell arbetsgrupp har inrättats i rådet för frågor om fågelinfluensa och pandemiberedskap. Gruppens syfte är att få en överblick över olika sektors insatser inom området. Det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), Europeiska kommissionen och WHO:s europaregion har tillsammans upprättat en plan för att gå igenom de nationella beredskapsplanerna i Europa. Smittskyddsansvariga myndigheter i EU:s medlemsstater möts regelbundet i kommissionens hälsosäkerhetskommitté och diskuterar bl.a. de nationella handlingsplanerna.

Insatser inom spelberoendområdet

Särskilda medel för insatser mot spelberoende har avsatts sedan 1997.

Sedan 1999 har en möjlighet för spelberoende och deras anhöriga att via telefon få omedelbar hjälp funnits genom den nationella stödlinjen. Från den 1 juli 2004 är telefonnumret till stödlinjen tryckt på de lotter som distribueras av ATG och AB Svenska Spel. Under 2005 besvarades närmare 2 300 stöd- och informationsamtal. Till stödlinjen har knutits ett forsknings- och utvecklingsprojektet med Internetbaserad självhjälp.

Stöd har utgått till Spelberoendes riksförbund och några fristående lokala kamratföreningar.

Statens folkhälsoinstitut stödjer projekt i Stockholm, Göteborg och Malmö som utvecklar öppenvård för personer med spelproblem och deras anhöriga.

Insatser för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet

Några exempel på insatser från den förra regeringen, relaterade till Statens folkhälsoinstituts (FHI) och Livsmedelsverkets underlag till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet, har varit ett antal uppdrag till berörda myndigheter. Syftet med underlaget till handlingsplan var att förbättra förutsättningarna för goda matvanor och fysisk aktivitet. Däravande

regeringen har gett FHI, Livsmedelsverket, Socialstyrelsen och Myndigheten för skolutveckling ett antal uppdrag inom områden som rör goda matvanor och fysisk aktivitet.

Arbetet inom EU har varit intensivt med olika aktiviteter bl.a. kopplade till Europeiska kommissionens diskussionsdokument (grönbok) *Främja goda kostvanor och motion: En europeisk dimension i arbetet för att förebygga övervikt, fetma och kroniska sjukdomar*, som presenterades av kommissionen i december 2005. Sverige har sänt sitt yttrande om grönboken till kommissionen och bl.a. lyft fram vikten av tvärspektoriella insatser och att göra insatser tidigt för att påverka den uppväxande generationen. Även EU:s plattform, främst ett forum för industrin, om fetma och övervikt är viktig för att utbyta erfarenheter om övervikt.

WHO planerar att hålla ett ministermöte om övervikt och fetma i november 2006. Även inom Nordiska ministerrådet pågår en process inom området. Ministerrådet har antagit en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet med gemensamma mål och prioriteringar för det fortsatta arbetet. Arbetet kompletterar nationella initiativ i respektive land. Länderna har bl.a. avtalat att samarbeta om tillsyn och forskning och att utbyta erfarenheter.

4.4.2 Insatser utanför politikområdet

I skrivelsen *Folkhälsopolitik för jämlikhet i hälsa och hållbar tillväxt* (skr. 2005/06:205), som överlämnades till riksdagen i maj 2006, har den förra regeringen redovisat statliga och kommunala folkhälsoinsatser som genomförts inom en mängd politikområden i olika samhällssektorer

Det huvudsakliga folkhälsoarbetet bedrivs på regional och lokal nivå av landsting, kommuner och frivilligorganisationer. Landstingens folkhälsoansvar grundar sig bl.a. på hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och smittskyddslagen (2004:168). Kommunernas folkhälsoarbete grundar sig på lagar som rör flera kommunala verksamheter, t.ex. alkohollagen (1994:1738), tobakslagen (1993:581), miljöbalken (1998:808), och livsmedelslagen (1971:511).

När det gäller alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdena har polisen och tullen en nyckelroll för att minska tillgången till narkotika, illegal alkohol, dopningsmedel och smuggelcigaretter.

Bland den förra regeringens insatser för att främja hälsan beträffande goda matvanor och ökad fysisk aktivitet kan nämnas statens stöd till friluftorganisationerna om ca 25 miljoner kronor per år.

Genom en särskild satsning på idrotten, det s.k. Handslaget, tillförde dåvarande regeringen idrottsrörelsen en miljard kronor under fyra år under förutsättning att idrottsrörelsen bl.a. fortsätter och intensifierar sitt arbete för att nå nya grupper av främst barn och ungdomar och även arbetar alkohol- och narkotikaförebyggande.

Inom hälso- och sjukvården har intresset ökat för fysisk aktivitet, mycket tack vare arbetet med fysisk aktivitet på recept och fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Det finns dock stora regionala skillnader. Utvärderingar av fysisk aktivitet på recept är under publicering och resultaten är mycket positiva, bl.a. när det gäller deltagarnas följsamhet och att vårdcentralerna ger allt fler recept på fysisk aktivitet.

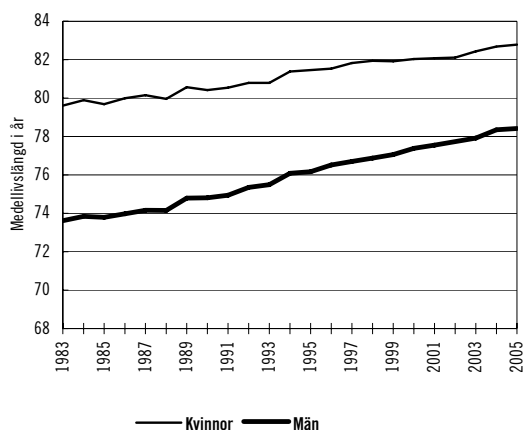
4.5 Resultatredovisning

En omfattande resultatredovisning för folkhälsopolitiken presenterades för riksdagen i maj 2006 i den förra regeringens skrivelse *Folkhälsopolitik för jämlikhet i hälsa och hållbar tillväxt* (skr. 2005/06:205).

4.5.1 Folkhälsans utveckling

Förbättringar i hälsa kan mätas bl.a. genom ökad medellivslängd och minskad risk för en för tidig död.

Diagram 4.1 Medellivslängd 1983–2005



Källa: SCB

Livslängden fortsätter att öka i Sverige. År 2005 kunde en nyfödd pojke förväntas leva 78,4 år och en nyfödd flicka 82,8 år. Mellan 1970 och 2005 har den förväntade medellivslängden vid födel- sen ökat med 5,7 år för kvinnor och 6,2 år för män.

Den stora nedgången i dödlighet i hjärt-kärl- sjukdomar är den främsta förklaringen till ök- ningen av medellivslängden. Även risken för att insjukna i hjärt-kärlsjukdom har minskat under 1990-talet vilket med största sannolikhet kan förklaras av förändrade levnadsvanor, främst minskad rökning och förbättrade kostvanor.

Sedan 1984 har spädbarnsdödligheten halve- rats. År 2005 var den 2,4 döda under första lev- nadsåret av 1 000 levande födda barn under 1 års ålder.

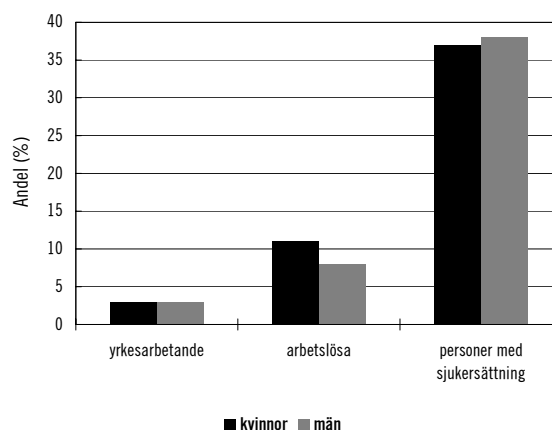
Det finns tecken på sämre hälsoutveckling, t.ex. när det gäller värk och självrapporterad psy- kisk ohälsa. Psykisk ohälsa i form av oro, ångslan och ångest har sedan början av 1990-talet ökat i befolkningen efter en minskning under 1980- talet. År 2005 uppgav 24 procent av kvinnorna och 13 procent av männen att de upplevde sådana besvär. Den största ökningen märks bland kvinnor mellan 16 och 34 år.

Enligt studien Skolbarns hälsovanor kan mot- svarande ökning dessutom ses för skolbarn i åldern 15 år. Andelen flickor som känt sig nere mer än en gång i veckan har ökat från 14 procent 1985 till 37 procent 2005 medan andelen pojkar med motsvarande besvär har ökat från 5 procent 1985 till 15 procent 2005. Ökningen av de psy- kiska besvären har alltså varit snabbast bland barn och unga, speciellt bland flickor och yngre kvinnor. Medan sådana besvär under 1980-talet var mindre förekommande i yngre åldersgrupper

än i äldre är de i dag lika vanligt förekommande i alla åldersgrupper.

Det finns ett samband mellan sysselsättning och hälsa samtidigt som risken är hög för att personer med dålig hälsa skall bli arbetslösa. Statens folkhälsoinstituts enkätundersökning Hälsa på lika villkor och Statistiska Central- byråns Undersökning av levnadsförhållanden visar att personer som är arbetslösa eller har sjukersättning har en sämre självupplevd hälsa än personer som förvärvsarbetar. Eftersom sam- bandet mellan hälsa och sysselsättning är dubbel- riktat är det svårt att avgöra om arbetslösa har en sämre hälsa på grund av att de är arbetslösa eller om de är arbetslösa på grund av att de har en dålig hälsa. Om arbetslöshet leder till sämre hälsa är det angeläget att minska det utanförskap som dessa personer upplever genom att öka syssel- sättningen och därmed förbättra folkhälsan.

Diagram 4.2 Andel personer 16–84 år som rapporterat att de har dålig eller mycket dålig hälsa 2005



Källa: Statens Folkhälsoinstituts undersökning Hälsa på lika villkor 2005

4.5.2 Alkohol

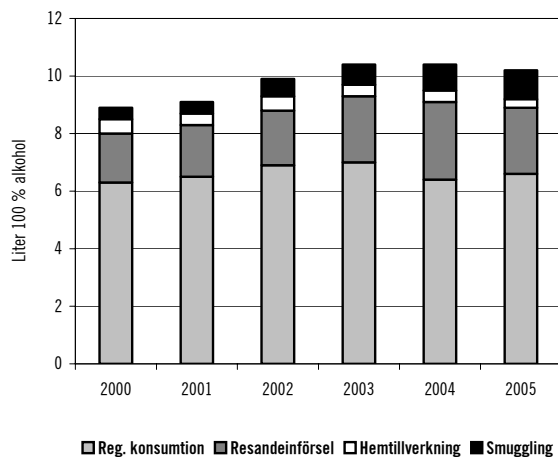
4.5.2.1 Mål

Det övergripande målet för samhällets alkohol- politik är att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverk- ningar. Målet skall nås genom insatser för att minska den totala alkoholkonsumtionen och mot skadligt dryckesbeteende, med hänsyn tagen till skillnader i livsvillkor hos flickor, poj- kar, kvinnor och män (prop. 2005/06:30, bet. 2005/06:SoU12, rskr. 2005/06:157).

Indikatorerna som används för att bedöma resultatet är total alkoholkonsumtion och dödsfall i alkoholrelaterad sjukdom eller skada.

4.5.2.2 Resultat

Diagram 4.3 Skattning av den totala alkoholkonsumtionen 2000–2005, per invånare 15 år och äldre

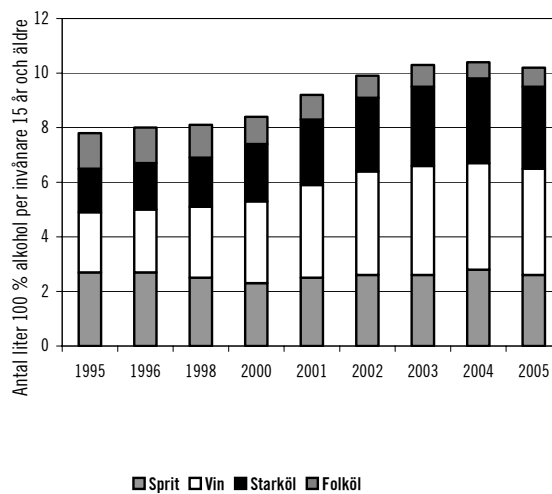


Källa: SoRAD, Stockholms universitet

Under de senaste tio åren (1995–2005) har den årliga alkoholkonsumtionen bland personer som är 15 år eller äldre ökat med 31 procent i Sverige, från 7,8 till 10,2 liter ren alkohol per person. Ökningstakten mattades dock av under 2004 och en viss nedgång noterades för 2005. Under 2006 sker en fortsatt nedgång enligt preliminära siffror.

Ökningen fram till 2004 orsakades främst av oregistrerad alkohol, speciellt resandeförsel och smuggling. Nedgången beror på en minskad resandeförsel, vilket tillsammans med en försäljningsökning på Systembolaget innebär en ökning av den registrerade konsumtionens andel av totalkonsumtionen från 62 till 65 procent. Men fortfarande är andelen betydligt lägre än de 75 procent som förelåg vid 1990-talets mitt.

Diagram 4.4 Alkoholkonsumtionen 1995, 1996, 1998 och 2000–2005: totalt och per alkoholdryck, registrerad plus skattningar av oregistrerad alkoholkonsumtion

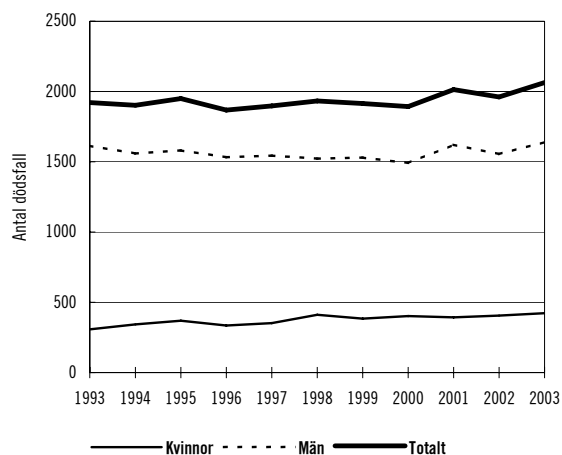


Källa: SoRAD, Stockholms universitet

Det bör också uppmärksammas att den generella ökningen av alkoholkonsumtionen sedan mitten av 1990-talet gäller vin och starköl. Vinkonsumtionen omräknat i hundra procentig alkohol har ökat med nästan 80 procent. Starkölskonsumtionen har i det närmaste fördubblats till en nivå på 3,1 liter per person. Spritkonsumtionen har legat nästan konstant på en nivå på ca 2,6 liter per person. Folkölskonsumtionen är den enda delen av totalkonsumtionen som minskat och ligger i dag på ca 0,7 liter per person.

Intensivkonsumtionen är som störst bland män i åldersgruppen 20–25 år och bland kvinnor i åldersgruppen 18–19 år. Bland 16-åringar har flickornas konsumtion kommit i kapp pojkarnas. En trolig förklaring är att antalet flickor som dricker mycket har blivit fler. Alkoholutvecklingen för unga pojkar har de senaste åren tenderat att vara mer återhållsam. Det finns stora regionala skillnader i Sverige när det gäller genomsnittskonsumtionen av alkohol bland elever i årskurs 9. Alkoholkonsumtionen är större i Skåne län jämfört med övriga landet. Lägst är konsumtionen i norra Sverige. Pojkarnas konsumtion är större än flickornas i alla regioner, men i Skåne dricker flickorna mer än vad pojkarna gör i Stockholms län och i norra Sverige. Undersökningen visar också att det är vanligare med erfarenheter av smuggelsprit i Skåne och av hembränt i de norra och mellersta delarna av Sverige.

Diagram 4.5 Antal alkoholrelaterade dödsfall 1993–2003



Källa: Socialstyrelsen, EpC

De senaste tillgängliga siffrorna över dödligheten (från 2003) återspeglar inte den kraftiga konsumtionsökningen under senare år. Detta kan bero på en eftersläpning i effekterna av alkoholkonsumtionsökningen i samhället, samt att det inte finns några tillgängliga data för de senaste åren.

Konsekvenserna av alkoholmissbruk kan mätas i form av dödsfall med alkoholdiagnos. En fjärdedel av alla dödsfall i åldrarna 20–49 år kan relateras till alkohol.

Under perioden 1992–2003 steg den alkoholrelaterade dödligheten med drygt 21 procent för kvinnor. År 1992 dog 349 kvinnor av alkoholrelaterade skador och 2003 var motsvarande siffra 423 kvinnor. Under samma period har männens alkoholrelaterade dödlighet varit konstant.

4.5.2.3 Analys och slutsatser

Under de senaste åren har en rad förändringar ägt rum i vår omvärld. Spritskatten har successivt sänkts kraftigt i våra närmaste grannländer och den 1 januari 2004 togs införselbegränsningarna på alkohol bort. Den 1 maj 2004 utökades Europeiska unionen (EU) med de nya medlemsländerna. I vår omedelbara närhet har de baltiska länderna och Polen blivit medlemmar i EU. Alkoholpriserna i dessa länder är väsentligt lägre än i Sverige, exempelvis är priset på spritdrycker i Estland ca 60 procent lägre än i Sverige. Konsumtionsökningen de senaste tio åren är både ett resultat av de ovan angivna förändringarna och av svenskarnas närmande till andra länder i vår närhet. Människor och varor rör sig över gränser på ett helt annat sätt än tidigare och den snabba

utvecklingen av kommunikationstekniken har bidragit till att olika länders livsstilar blivit alltmer lika varandra. Det gäller också alkoholvänorna.

Vidare kan nämnas att Europeiska kommissionen stämt Sverige inför EG-domstolen, varvid kommissionen gör gällande att Sverige brutit mot EG-fördraget genom att hindra privatinförsel av alkoholdrycker genom oberoende mellanhänd. I det s.k. Rosengren-målet har Högsta domstolen, i ett mål angående förverkande av beslagttaget vin, funnit det nödvändigt att inhämta ett förhandsavgörande från EG-domstolen i frågan huruvida det svenska principiella förbudet för en privatperson att själv importera alkoholdrycker, i annat fall än då han själv medföljer transporten som resande, står i överensstämmelse med EG-fördraget. Sedan generaladvokaten den 30 mars 2006 meddelade ett förslag till avgörande i målet C-170/04, beslutade EG-domstolen att omfördela målet till domstolens stora avdelning. Muntlig förhandling i målet ägde rum den 19 september 2006. Det är inte känt när generaladvokaten förväntas lämna sitt förslag till avgörande.

4.5.3 Narkotika

4.5.3.1 Mål

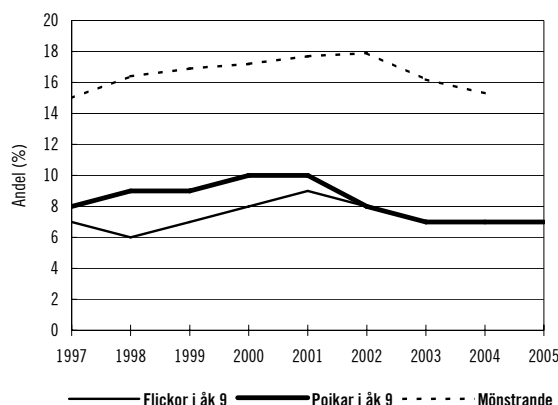
Det övergripande målet för den svenska narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle (prop. 2005/06:30, bet. 2005/06:JuSoU1, rskr. 2005/06:218). Indikatorn som används för att bedöma resultatet är självrapporterad narkotikaanvändning.

4.5.3.2 Resultat

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, som varje år genomför skolvaneundersökningar, har narkotikaanvändningen bland ungdomar i årskurs 9 ökat successivt under andra halvan av 1990-talet och början av 2000-talet, vilket diagram 4.5 visar. Som högst var det år 2001, då 10 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna angav att de använt narkotika. Därefter sjönk narkotikaanvändningen, och sedan 2003 har andelen varit 7 procent för båda könen. Andelen mönstrande 18-åriga män som provat narkotika har, för första gången på 15 år,

minskat och är lägre än föregående år. År 2004 hade 15,3 procent provat narkotika, jämfört med 18 procent 2002. Andelen elever i årskurs 9 och bland mönstrande som någon gång har använt anabola steroider har legat på ca 1 procent sedan 1994. Enligt tillgängliga data kan antalet personer med tunga missbruksproblem beräknas vara 26 000.

Diagram 4.6 Andel elever i årskurs 9 samt andel mönstrande som uppgett att de någon gång använt narkotika 1997–2005



Källa: CAN

Undersökningar visar 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.

Det är förhållandevis få unga människor som experimenterar med narkotika. Det är långt fler som tar avstånd från än som förespråkar användande av droger, åtminstone i jämförelse med de flesta andra EU-länderna. Det gäller dock att få ner andelen ytterligare och att vidmakthålla den avvisande hållningen bland våra unga.

4.5.3.3 Analys och slutsatser

Tillgången på narkotika har ökat i världen, priserna har sjunkit och rörligheten över gränserna har ökat. Detta innebär nya utmaningar för narkotikapolitiken.

Det internationella samarbetet inom FN och Europarådet samt inom EU ger Sverige en möjlighet att förbättra samarbetet mellan olika länders polis- och tullmyndigheter för att bekämpa

den illegala narkotikahandeln. Även när det gäller insatser som syftar till att minska efterfrågan på narkotika samarbetet inom EU och det internationella samarbetet utvecklats. Det är angeläget att Sverige även fortsättningsvis har en framträdande roll i detta samarbete för att kraftfullt driva frågan om ett narkotikafritt samhälle.

4.5.4 Tobak

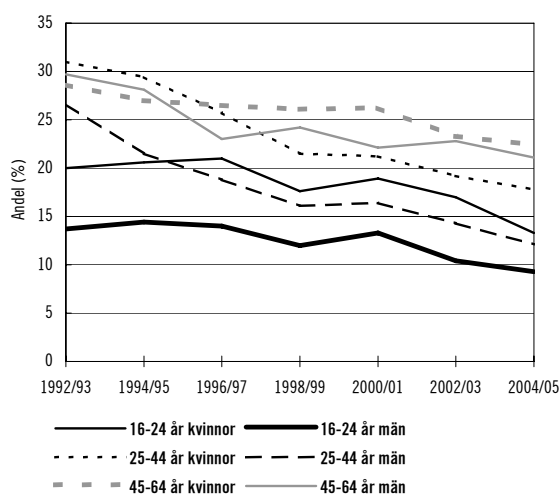
4.5.4.1 Mål

Målet för samhällets insatser inom tobaksområdet är att minska tobaksbruket (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). Indikatorn som används för att bedöma resultatet är självrapporterat tobaksbruk.

4.5.4.2 Resultat

Sverige är ett av få länder i Europa som uppnått Världshälsoorganisationens mål på tobaksområdet att minst 80 procent av befolkningen skulle vara rökfri år 2000. Sedan 1990-talet har rökningen minskat påtagligt i alla grupper.

Diagram 4.7 Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder 1992–2005



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)

Minskningen har varit mer påtaglig hos män än hos kvinnor, vilket visar sig tydligt i såväl åldersgruppen 25–44 år som i åldersgruppen 45–64 år.

Sedan 2001 har andelen rökare bland både pojkar och flickor minskat. Minskningen är tydligast bland pojkar. 30 procent av flickorna som 2004 gick i årskurs 9 uppgav att de rökte i någon utsträckning. Motsvarande andel bland pojkarna var 18 procent. Av flickorna var 15 procent dagligrökare och av pojkarna var motsvarande siffra 9 procent. För pojkar har en minskning skett när det gäller snusning. För flickor har användningen av snus ökat; 2004 uppgav 8 procent av flickorna att de snusat.

Bland kvinnor röker 18 procent och bland män 16 procent. En allt mindre andel av de vuxna männen röker dagligen. Andelen rökare var 2004/05 störst i åldersgruppen 45–64 år, 21 procent, och minst bland 16–24-åringarna, 9 procent. Bland kvinnorna minskar andelen dagligrökare under 45 år, men i åldersgruppen 45–64 år har andelen i stort sett varit oförändrad under de två senaste decennierna. Det finns fortfarande stora skillnader i rökvanor mellan olika sociala grupper. Bland kvinnorna finns en tendens till att dessa skillnader har ökat de senaste åren.

4.5.4.3 Analys och slutsatser

Det svenska tobaksarbetet bygger på ett brett, långsiktigt och strategiskt arbete kombinerat med olika former av begränsande lagstiftning. Den opinionsbildning och samhällsdebatt som har förekommit i anslutning till lagändringar har också bidragit till att påverka förhållningssättet till rökning och till tobak.

Genomförandet av lagändringen om rökfria serveringsmiljöer har enligt kommunerna som lokal tillsynsmyndighet och Statens folkhälsoinstitut (FHI) som nationell tillsynsmyndighet fungerat väl. Kommunerna har inrapporterat få överträdelse och FHI:s bedömning är att efterlevnaden är mycket god. Redan innan rökförbudet infördes hade reformen starkt stöd i den allmänna opinionen. En TEMO-mätning efter genomförandet visar att attityderna till lagändringen blev ännu mer positiva efter att förändringen genomförts. Före införandet instämde 85 procent i påståendet ”att alla restauranger är rökfria är bra” – efter införandet hade siffran ökat till 91 procent. Efterlevnaden är näst intill hundra procent. Av rökarna uppger 98 procent att de alltid respekterar rökförbudet på restauranger.

Utvärderingar av Sluta-Röka-Linjen visar att verksamheten är kostnadseffektiv och att den är ett nationellt tillgängligt stöd för många människor som vill få hjälp att sluta röka.

Tobak är delvis en reglerad vara i EU, där det finns ett antal EG-direktiv. WHO:s ramkonvention om tobakskontroll har också stor betydelse såväl nationellt som internationellt.

4.5.5 Smittskydd och hälsoskydd

4.5.5.1 Mål

Målet för samhällets smittskydd är enligt smittskyddslagen (2004:168) att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar (prop. 2003/04:30, bet. 2003/04:SoU6, rskr. 2003/04:178).

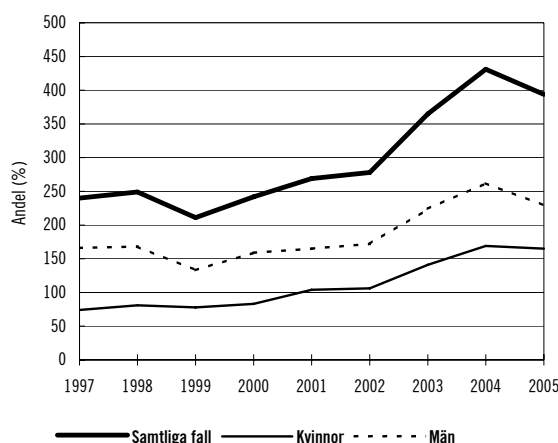
Indikatorerna som används för att bedöma resultatet är antalet fall som varje år upptäcks av hiv-infektion, klamydiainfektion, hepatit B, infektion med meticilinresistenta gula stafylokokker och campylobakter samt den årliga uppföljningen av det nationella barnvaccinationsprogrammet.

Insatserna inom hälsoskyddsområdet faller inom miljöbalkens mål om att främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö.

4.5.5.2 Resultat

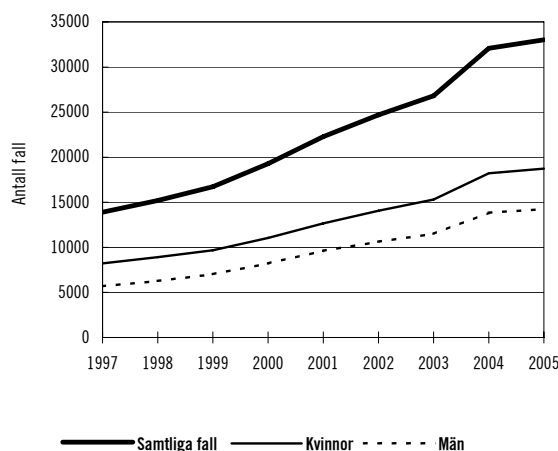
Det epidemiologiska läget för smittsamma sjukdomar följs upp på nationell nivå genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall som görs till Smittskyddsinstitutet enligt smittskyddslagen (2004:168) och genom frivillig rapportering. Anslutningen till det allmänna barnvaccinationsprogrammet övervakas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

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. Under året drabbades Sverige inte av några större utbrott. Den epidemiologiska situationen uppvisar i övrigt inte några avgörande förändringar.

Diagram 4.8 Antal fall av hiv-infektion som anmäls 1997–2005

Källa: Smittskyddsinstitutet

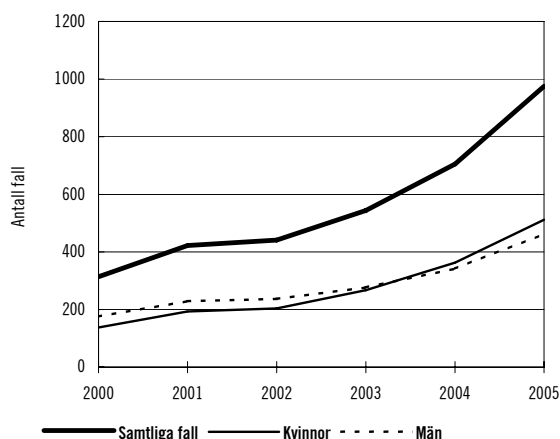
Spridningen av hivinfektion i Sverige har kunnat hållas på en internationellt sett låg nivå. Totalt har 7 099 personer anmäls som smittade med hiv-infektion sedan 1985 (5 065 män och 2 034 kvinnor).

Diagram 4.9 Antal fall av klamydiainfektion som anmäls 1997–2005

Källa: Smittskyddsinstitutet

En uppåtgående trend för flera sexuellt överförbara sjukdomar har under flera år noterats. Förekomsten av syfilis minskade dock 2005 med 42 procent beroende på en minskad inhemsk smittspridning mellan män som har sex med män. Däremot ökade förekomsten av gonorré med 22 procent under 2005 jämfört med 2004. Klamydiainfektion ligger fortfarande på en hög nivå, men ökningstakten har avstannat: antalet nyupptäckta fall under året ökade enbart med 2 procent jämfört med 2004 när antalet fall ökade med ca 20 procent.

Totalt anmäls 217 fall av hepatit B (130 män och 87 kvinnor) 2005 vilket innebär en minskning med ca 150 fall sedan 2003. Intravenöst missbruk och sexuella kontakter är fortfarande de dominerande smittvägarna.

Diagram 4.10 Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker som anmäls 2000–2005

Källa: Smittskyddsinstitutet

Fotnot: Infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) blev anmälningspliktig år 2000.

Bakterier som utvecklat resistens mot antibiotika har blivit ett stort problem runt om i världen. Meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) är en bakterie som kan orsaka svårbehandlade vårdrelaterade sjukdomar. Även om förekomsten av infektioner med MRSA fortfarande är låg i Sverige i jämförelse med andra europeiska länder ökade antalet fall med 30 procent mellan 2004 och 2005, från 709 till 1 010 fall.

Campylobakter är en livsmedelsburen bakterie som kan orsaka kräkningar, diarréer och i allvarliga fall förlamning. Efter fem års uppåtgående trend under perioden 1997–2001 har det totala antalet fall av campylobakter stabiliserats.

Under 2000-talet minskade vaccinationsgraden av mässling, påssjuka och röda hund. Statistiken för de senaste åren tyder dock på att denna trend har brutits och 2005 var täckningsgraden åter ca 95 procent.

Pandemiberedskap

De åtgärder som vidtagits i Sverige med anledning av fågelinfluensan (H5N1) har varit framgångsrika och därmed har risken för smittspridning av fågelinfluensa till människor varit mycket liten. Myndigheterna har samarbetat genom den nationella pandemigruppen. Gruppen har koordinerat beredskapsfrågor samt vid-

tagit en rad åtgärder som gemensam informationstjänst till allmänheten, gemensam webbplats och koordinerade informationsinsatser.

Den kartläggning av beredskapen på lokal och regional nivå som Socialstyrelsen genomfört visar att landstingen har byggt upp sin planering inför en eventuell pandemi och att samtliga landsting har beredskapsplaner inför en pandemi.

Inom EU har aktiviteten varit hög vilket bl.a. har resulterat i en förstärkning av existerande nätverk, samordning av nationella pandemiplaner och koordinering av kommunikationsinsatser. Även på den internationella nivån har arbetet lett till en förstärkt samordning.

4.5.5.3 Analys och slutsatser

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. I nuläget har de statliga aktörerna förmått hantera de utmaningar som funnits på smittskyddsområdet, både nyupptäckta sjukdomar som t.ex. svår akut respiratorisk sjukdom (sars) eller fågelinfluensa och långsiktiga hälsopot som t.ex. resistensutveckling. Det är emellertid nödvändigt att ha en beredskap för förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige. Det finns även tecken på en oroande utveckling i fråga om spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara infektioner samt spridningen av resistenta bakterier inom hälso- och sjukvården och i övriga samhället vilket visar att det är nödvändigt med en beredskap inom smittskyddsområdet.

Spridningen av fågelinfluensa har lett till större uppmärksamhet på frågan om vilka möjligheter Sverige har att vid influensapandemier skydda befolkningen med vacciner och andra läkemedel. Den svenska vaccinn marknaden är liten och är helt beroende av import av influensavaccin. Någon svensk statlig produktion av vacciner finns inte. I avsaknad av vaccin i den svenska epidemins inledning måste förberedelsearbetet fokuseras på de åtgärder som kan vidtas för att lindra effekterna av en eventuell smittspridning i befolkningen och konsekvenserna för viktiga samhällsfunktioner.

4.5.6 Spelberoende

4.5.6.1 Mål

Målet för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningar av överdrivet spelande (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

4.5.6.2 Resultat

Spelandet i Sverige har, sett i relation till disponibel inkomst, legat på en relativt konstant nivå. Tillförlitliga data om utvecklingen av spelproblem för hela befolkningen finns ännu inte. Enligt Statens folkhälsoinstituts (FHI) nationella folkhälsoenkät från 2005 har ca 5 procent av männen och 2 procent av kvinnorna riskabla spelvanor. Riskabla spelvanor var vanligast bland yngre män och äldre kvinnor. De förekom oftare bland personer med kort utbildning och bland dem som varit ekonomiskt utsatta än bland dem med längre utbildning och dem som inte varit ekonomiskt utsatta. En uppföljning av förhållandena i de orter, där det finns kasinon, visar en ökning av personer med spelproblem i Malmö men inte i Sundsvall eller i kontrollorten Karlstad. Effekterna av introduktionen av AB Svenska Spels webbplats för nätpoker följs genom enkätundersökningar varje månad. Den undersökning om befolkningens spelvanor som planeras att genomföras 2007 bedöms kunna ge ökade kunskaper om den senaste utvecklingen.

4.5.6.3 Analys och slutsatser

Det intensifierade arbetet med att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande har visat att det är möjligt att på ett konstruktivt sätt förstärka de sociala och hälsomässiga aspekterna av spel om pengar.

Lotteriutredningen har i sitt slutbetänkande Spel i en föränderlig värld (SOU 2006:11) behandlat frågan om marknadsföringens påverkan på efterfrågan på spel och problemspelandets utveckling, och lämnat vissa förslag till förändringar av regleringen. Betänkandet är under beredning.

De senaste årens förstärkning av resurserna till insatser mot spelberoende har bidragit till att Sverige har förbättrat möjligheterna att låta

sociala skyddshänsyn få en framträdande roll i spelpolitiken. Sverige är ett av de länder i Europa som har kommit längst i ett systematiskt arbete på detta område.

4.6 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen (RiR) har inom politikområdet inte lämnat några effektivitetsrapporter eller revisionsberättelser med invändning. Ingen myndighet inom politikområdet har fått invändningar från RiR, vilket innebär att årsredovisningarna för 2005 i allt väsentligt varit rättvisande och upprättats i enlighet med gällande regler.

RiR har i ett antal effektivitetsrapporter granskat de statliga bolagen. Systembolaget AB omnämns i följande rapporter:

Statliga bolags årsredovisningar (RiR 2005:29)

I rapporten Statliga bolags årsredovisningar (RiR 2005:29) som lämnades till den dåvarande regeringen i december 2005 granskade RiR tolv statliga bolags årsredovisningar, däribland Systembolaget AB. Granskningen avsåg i huvudsak hur väl bolagens rapportering följer gällande lag, god redovisningssed och regeringens riktlinjer. När det gäller årsredovisningarnas finansiella delar håller de granskade bolagen en kvalitet väl i nivå med jämförbara börsnoterade bolag. Kvaliteten på bolagens redovisning av sina samhällsuppdrag varierar dock. Regeringen hänvisar i övrigt i denna del till utgiftsområde 24, avsnitt 3.12.2 Regeringens redogörelse med anledning av Riksrevisionens iakttagelser avseende statligt ägda bolag.

Skydd mot korruption i statlig verksamhet (RiR 2006:8)

RiR lämnade i mars 2006 rapporten Skydd mot korruption i statlig verksamhet (RiR 2006:8). RiR kompletterar med denna rapport rapportserien Skydd mot mutor som överlämnades till den dåvarande regeringen 2005. Granskningen avser vilka åtgärder den förra regeringen och ett antal statliga organisationer hade vidtagit för att skydda statliga myndigheter och bolag mot korruption.

RiR rekommenderar i rapporten att ett förtydligande av regelverket övervägs så att det framgår att ledningen för en statlig verksamhet

har ett uttalat ansvar för att skydda verksamheten mot korruption samt att ledningarna för statlig verksamhet får i uppdrag att genomföra riskanalyser. RiR kommenterar att Systembolaget AB sedan 2000 genomfört riskanalyser på ledningsnivå som också innefattar risk för mutor och annan otillbörlig påverkan. Sedan man efter år 2000 upptäckte misstänkta mutor vid Systembolaget har ledningen genomfört åtskilliga åtgärder för att motverka, upptäcka och förhindra en eventuell förekomst av mutor och annan otillbörlig påverkan. RiR nämner bland de mer väsentliga åtgärderna följande:

- införandet av en internkontrollfunktion,
- införande av en analysgrupp med verktyg för att upptäcka avvikande försäljningsbetenden,
- nya inköpsvillkor för leverantörer som inkluderar regler för kontakter mellan leverantörer och anställda vid Systembolaget,
- inrättande av en funktion med rapportering av riskanalyser till bolagets styrelse,
- permanentning av en s.k. whistle-blowfunktion med möjlighet för anställda till anonym rapportering om misstankar om otillbörlig påverkan.

Flertalet av Systembolagets åtgärder kan enligt RiR ha samma syfte och motsvarar de rekommendationer som RiR har lämnat i sina granskningar av andra statliga bolag och myndigheter. Systembolagets arbete för att ytterligare stärka skyddet mot korruption fortgår. Regeringen hänvisar i övrigt i denna del till utgiftsområde 24, avsnitt 3.12.2 Regeringens redogörelse med anledning av Riksrevisionens iakttagelser avseende statligt ägda bolag.

Vad och vem styr de statliga bolagen? (RiR 2006:11)

I rapporten Vad och vem styr de statliga bolagen? (RiR 2006:11) som lämnades i maj 2006 granskade RiR formerna för regeringens styrning av 41 av de statliga bolagen, däribland Systembolaget AB. Det finns enligt RiR betydande variationer i den formella styrningen av de statliga bolagen. Socialdepartementets styrning och förvaltning av Systembolaget beskrivs i rapporten i positiva ordalag. Bland annat framhåller RiR att Systembolaget är ett av de två statliga bolag med särskilda samhällsintressen som på sin bolagsstämma fattat beslut om att anta ägarens

styrdokument. Stämmobeslutet innebär att styrdokumentet är aktiebolagsrättsligt bindande. Regeringen hänvisar i övrigt i denna del till utgiftsområde 24, avsnitt 3.12.2 Regeringens redogörelse med anledning av Riksrevisionens iakttagelser avseende statligt ägda bolag.

Statliga bolag och offentlig upphandling (RiR 2006:15)

I rapporten Statliga bolag och offentlig upphandling (RiR 2006:15) som lämnades i maj 2006 redovisar RiR sin granskning av om regeringen och tillsynsmyndigheten Nämnden för offentlig upphandling (NOU) har försäkrat sig om att de statliga bolag som omfattas av lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU) genomför sina inköp i konkurrens enligt reglerna.

Systembolaget AB fanns med på listan över de bolag som ingick i NOU:s regeringsuppdrag från 1998 att utreda om och hur statliga bolag tillämpar LOU. NOU tog dock inte ställning till om bolaget var att betrakta som en upphandlande enhet eller inte. Rapporten överlämnades till den dåvarande regeringen 1998. År 1999 fick NOU i uppdrag att göra en ny utredning av de bolag där NOU:s bedömning inte överensstämde med bolagens. NOU gör inte heller i detta uppdrag någon bedömning av Systembolaget. Rapporten överlämnades till den dåvarande regeringen 2000. Regeringen hänvisar i övrigt i denna del till utgiftsområde 24, avsnitt 3.12.2 Regeringens redogörelse med anledning av Riksrevisionens iakttagelser avseende statligt ägda bolag.

4.7 Politikens inriktning

Folkhälsopolitiken skall fokusera på att motverka orsakerna till ohälsa och att stärka faktorer som främjar god hälsa. Det är särskilt angeläget att förbättra medborgarnas möjligheter och motivation att själva ta ett större ansvar för sin hälsa, och att bygga hälsoskapande samhällsstrukturer samt att förebygga ohälsa. Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete och behovet av en väl fungerande primärvård måste lyftas fram. Hälsovinster måste bli synligare. Det blir de bland annat genom ökad samordning av resurserna mellan olika huvudmän. Ett annat sätt att synliggöra hälsovinster är att i förväg bedöma

vilka effekter beslut, insatser m.m. kan få för hälsan.

Det finns ett starkt statistiskt samband mellan sysselsättning och hälsa samtidigt som risken är hög för att personer med dålig hälsa skall bli arbetslösa. Sambandet mellan hälsa och sysselsättning är således dubbelriktat. Det finns också studier som visar att den psykiska hälsan påverkas negativt av en övergång mellan betalt arbete och olika former av arbetsförlust samt positiva effekter vid återgång i arbete.

Arbetslöshet är den aspekt på arbetslivet som studerats mest vad gäller dess samband med såväl kroppslig som psykisk hälsa, hälsovanor samt dödlighet. Särskilt sambanden med ökad psykisk ohälsa är väl kartlagda. En översikt av nordiska studier visar på ett samband mellan försämring av den psykiska hälsan och arbetslöshetens längd. Långvarig arbetslöshet påverkar hälsan negativt på många sätt. Det psykiska välbefinnandet försämras, sjukvårdsutnyttjande och läkemedelskonsumtionen ökar, unga män konsumerar mer alkohol och unga kvinnor röker mer.

Regeringens åtgärder för att öka sysselsättningen bland unga vuxna är viktiga för att minska den psykiska ohälsan.

Det är även viktigt att minska utanförskapet för den del av befolkningen som inte har ett arbete att gå till. Ett meningsfullt arbete är viktigt för individens självbestämmande och upplevelse av livskvalitet och delaktighet.

Alkohol och narkotika

Även om alkoholkonsumtionen inte längre tycks öka har den avstannat på en förhållandevis hög nivå. En fortsatt uppgift för folkhälsopolitiken är därför att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar.

De narkotikapolitiska insatserna skall fokusera på att begränsa både tillgången till och efterfrågan på narkotika.

Regeringen anser att det är angeläget att etablera en långsiktig struktur i det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet. Alkoholkommittén och den nationella narkotikasamordnaren kommer att avvecklas den 1 januari 2008. Regeringen har inte på den korta tid som stått till förfogande hunnit utarbeta en ny struktur och inriktning för verksamheten utan avser att återkomma i frågan.

Tobak

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

Skatten på cigaretter har varit densamma sedan 1998. Skatten på snus och tuggtobak har varit oförändrad sedan 1997. Av folkhälsoskäl är det viktigt att priset på tobaksprodukter inte är för lågt. Regeringen anser därför att det finns skäl att höja skatten på tobaksprodukter från den 1 januari 2007.

Smittskydd

Förekomsten av allvarliga smittsamma sjukdomar har genom förebyggande insatser och ett väl fungerande smittskyddsarbete kunnat hållas på en låg nivå i Sverige i förhållande till många andra länder. Det är emellertid nödvändigt att ha en beredskap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige. Att så är fallet visas inte minst av utbrotten av fågelinfluensa och svår akut respiratorisk sjukdom (sars). På det internationella planet kommer det reviderade internationella hälsoreglementet att fungera som ett regelverk för hur nya allvarliga hälsohot som kan få internationell spridning såsom sars eller fågelinfluensa/pandemisk influensa skall hanteras i framtiden. För att detta skall vara möjligt behöver regelverket genomföras både på nationell och global nivå.

För att möta det hot som en influensapandemi kan innebära är samarbetet inom EU samt det internationella samarbetet av stor vikt. Länders olika begränsningsstrategier och åtgärder kan få återverkningar för andra länder.

Möjligheten att använda antibiotika som ett effektivt läkemedel hotas genom att bakterier i ökande omfattning utvecklar resistens mot antibiotika. För att även i framtiden kunna använda antibiotika som effektiva läkemedel för behandling av bakterieinfektioner hos människor och djur är det viktigt att arbeta mot antibiotikaresistens både nationellt och internationellt.

Den ökade förekomsten och spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar avspeglar dels den globala hiv-epidemins utveckling, dels ett ökat sexuellt risk-

beteende vilket kan göra att även den inhemska spridningen av hivinfektion ökar. Sveriges arbete mot hiv/aids baseras på den deklaration som antogs i samband med den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling 2001.

Spelberoende

Regeringen anser att det spelande som äger rum på den svenska spelmarknaden skall ske på ett säkert och socialt acceptabelt sätt.

Vid ökad tillgänglighet till spel ökar också det totala spelandet i landet och leder därmed till ett ökat antal spelberoende.

Framför allt automatspel och spel på Internet har utvecklats kraftigt under senare år. Genom Internet utsätts de nationella godkända aktörerna för konkurrens från internationellt baserade kommersiella spelföretag. Nya spelformer tillkommer och flertalet av dessa är sådana som innebär stora risker för att fler människor utvecklar ett spelberoende.

Mot denna bakgrund anser regeringen att det är angeläget att öka insatserna mot spelberoende.

Socialutskottet föreslår i sitt betänkande 2005/06:SoU1 ett tillkännagivande till regeringen om spelberoende. Utskottet konstaterar att Statens folkhälsoinstitut (FHI) i sitt förslag till handlingsplan föreslår att särskilda ekonomiska medel avsätts ur överskottet från spelverksamheten för att motverka spelberoende och minska de skadliga effekterna av överdrivet spelande. Utskottet finner det angeläget att regeringen skyndsamt prövar denna modell. Regeringen följer utvecklingen på spelmarknaden och avser att återkomma i frågan.

Samverkan inom EU och internationellt

Folkhälsan i Sverige påverkas av den ökade internationaliseringen. Öppnare gränser medför ett ökat resande och ett ökat utbyte av varor mellan länderna. Folkhälsan påverkas också av de gränsöverskridande trenderna när det gäller t.ex. alkohol, narkotika och tobak. Sverige skall arbeta för en mer restriktiv syn på alkohol inom EU. Sverige driver både inom Världshälsoorganisationen (WHO) och EU att arbetet med att hantera nya allvarliga hälsohot, som sars och fågelinfluensa/pandemisk influensa, skall ges ökad prioritet. Regeringen arbetar även aktivt

internationellt för att främja det globala arbetet mot antibiotikaresistens och kommer att aktivt följa genomförandet av den resolution som på initiativ av Sverige antogs av WHO våren 2005. Ett annat område inom vilket Sverige är aktivt internationellt är hiv/aids.

Översyn av utredningar

Regeringen avser att göra en översyn av samtliga pågående utredningar inom politikområdet och vid behov föreslå förändringar i enlighet med regeringens politik.

4.8 Budgetförslag

4.8.1 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

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

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2005	Utfall	62 263	0
2006	Anslag	153 737 ¹	145 112
2007	Förslag	151 937	
2008	Beräknat	151 937	
2009	Beräknat	151 937	

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen.

Anslagets ändamål är att finansiera insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar med koppling till hiv/aids, t.ex. sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Anslaget är främst avsett användas för bidrag enligt förordningen (2006:93) om statsbidrag till verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar, bidrag till ideella organisationer som bedriver verksamhet riktad till homo- och bisexuella samt transpersoner samt bidrag som fördelas enligt en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet för 2007. Därutöver kan medel användas till finansiering av insatser på nationell nivå och till övergripande samordning och uppföljning m.m.

Regeringens överväganden

Under 2006 har ett särskilt råd för samordning av insatser mot hiv/aids bildats vid Socialstyrelsen. Rådet kommer att ta över en del av de uppgifter som tidigare legat på Statens folkhälsoinstitut. Samtidigt kommer rådet att ges till uppgift att förstärka samordningen och uppföljningen av de insatser som görs under anslaget 14:1. För att möjliggöra en förstärkning av dessa uppgifter inom rådet minskas anslaget med 1 800 000 kronor fr.o.m. 2007.

Tabell 4.3 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14.1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006 ¹	153 737	153 737	153 737
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-1 800	-1 800	-1 800
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	151 937	151 937	151 937

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 151 937 000 kronor anvisas anslaget 14:1 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 151 937 000 kronor per år.

4.8.2 14:2 Bidrag till WHO

Tabell 4.4 Anslagsutveckling 14:2 Bidrag till WHO

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2005	Utfall	30 396	11 044
2006	Anslag	34 165 ¹	35 564
2007	Förslag	35 165	
2008	Beräknat	34 665	
2009	Beräknat	34 665	

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget omfattar Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO).

Medlemsavgiftens storlek baseras på den reguljära budgetens omfattning och påverkas av den amerikanska dollarns valutakurs, som är den valuta som budgeten fastställs i.

WHO:s budget består dels av medlemsavgifterna, dvs. den reguljära budgeten som fastställs av WHO, dels av frivilliga bidrag som medlemsländerna själva beslutar om, och som i Sverige kanaliseras via Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete (Sida).

Fr.o.m. 2007 omfattar anslaget även Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll.

Regeringens överväganden

Riksdagen godkände i maj 2005 WHO:s ramkonvention om tobakskontroll, som antogs av Världshälsoförsamlingen den 21 maj 2003. Konventionen ger stöd till enskilda länder att utveckla sin nationella lagstiftning och politik och är en regelsamling för de områden som påverkar tobakskonsumtionen. För att finansiera Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll ökas anslaget med 1 000 000 kronor 2007 och med 500 000 kronor per år fr.o.m. 2008. År 2007 omfattar ökningen Sveriges andel av kostnaden för två år, åren 2006 och 2007.

Tabell 4.5 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:2 Bidrag till WHO

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	34 165	34 165	34 165
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	1 000	500	500
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	35 165	34 665	34 665

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 35 165 000 kronor anvisas anslaget 14:2 *Bidrag till WHO* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 34 665 000 kronor per år.

4.8.3 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tabell 4.6 Anslagsutveckling 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

2005	Utfall	17 811	Anslags-sparande	1 668
2006	Anslag	18 125 ¹	Utgifts-prognos	17 683
2007	Förslag	18 288		
2008	Beräknat	18 690 ²		
2009	Beräknat	19 139 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 18 288 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 18 288 tkr i 2007 års prisnivå.

Anslaget omfattar Sveriges bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), som är en del av Nordiska ministerrådets organisation.

Nordiska ministerrådets budget för nordiskt samarbete 2007, inklusive NHV, fastställs först i november 2006 och vad respektive land skall betala beslutas kort därefter.

Regeringens överväganden

Tabell 4.7 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:3 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	18 125	18 125	18 125
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	163	565	1 014
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	18 288	18 690	19 139

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 18 288 000 kronor anvisas under anslaget 14:3 *Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap* för 2007. För 2008 beräknas anslaget till 18 690 000 kronor och för 2009 till 19 139 000 kronor.

4.8.4 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tabell 4.8 Anslagsutveckling 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor

År	Utfall	134 949	Anslags- sparande	46 160
2005	Utfall	134 949	Anslags- sparande	46 160
2006	Anslag	127 695 ¹	Utgifts- prognos	141 926
2007	Förslag	126 350		
2008	Beräknat	128 633 ²		
2009	Beräknat	131 456 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 126 376 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 126 400 tkr i 2007 års prisnivå

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

År 2003 tillfördes anslaget särskilda medel för återbetalning av avgifter som tagits ut i enlighet med alkoholförordningen (1994:2046) men som enligt Regeringsrättens domar från december 2002 tagits ut i strid med gemenskapsrätten. Arbetet med återbetalning av avgifter kan förväntas pågå under flera år, bl.a. på grund av domstolsprocesser med anledning av fattade beslut.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.9 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2005	3 114			
Prognos 2006	3 100			
Budget 2007	3 100			

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

Särskilda bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

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 ingå sådana avtal föreslår regeringen att riksdagen ger regeringen ett bemyndigande enligt tabell 4.10.

Tabell 4.10 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2005	Prognos 2006	Förslag 2007	Beräknat 2008	Beräknat 2009–
Ingående åtaganden	20 215	15 190	11 440		
Nya åtaganden	0	0	2 310		
Infriade åtaganden	-5 025	-3 750	-3 750	-3 750	-6250
Utestående åtaganden	15 190	11 440	10 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	25 000	21 000	10 000		

Regeringens överväganden

Som ett led i arbetet med att genomföra lokaliseringar av statliga verksamheter till de lokala arbetsmarknadsregioner som berörs mest av förändringarna inom Försvarsmaktens grundorganisation, beslutade den förra regeringen i juni 2005 att FHI skulle omlokaliseras från Stockholm till Östersund. Omlokaliseringen inleddes hösten 2005 och skall vara fullt genomförd senast den 1 juli 2007.

Regeringen avser att, med anledning av den beslutade omlokaliseringen, noga följa utvecklingen av myndigheternas ekonomiska situation, så att verksamheterna långsiktigt kan fungera med bibehållen kvalitet. Regeringen avser vidare under 2007, som tidigare aviserats, fortsätta att kompensera flertalet myndigheter för den engångspremie som en särskild pensionersättning medför.

Socialstyrelsen har, i enlighet med regeringens bedömning i propositionen Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60) övertagit vissa uppgifter som tidigare har utförts vid FHI. För att bidra till finansieringen av verksamheten vid Socialstyrelsen minskas anslaget med 5 500 000 kronor fr.o.m. 2007.

Tabell 4.11 Härlledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:4 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor			
	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	130 895	130 895	130 895
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 004	3 360	6 280
Beslut	-5 549	-5 622	-5 719
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	126 350	128 633	131 456

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 126 350 000 kronor anvisas under anslaget 14:4 Statens folkhälsoinstitut för 2007. För 2008 beräknas anslaget till 128 633 000 kronor och för 2009 till 131 456 000 kronor.

4.8.5 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tabell 4.12 Anslagsutveckling 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor				
2005	Utfall	178 974	Anslags-sparande	937
2006	Anslag	183 568 ¹	Utgifts-prognos	181 226
2007	Förslag	184 849		
2008	Beräknat	188 248 ²		
2009	Beräknat	192 314 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 184 883 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 184 917 tkr i 2007 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.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.13 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor			
Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2005	28 148	62 939	-34 691
(varav tjänsteexport)	6%		
Prognos 2006	29 000	61 000	-32 000
(varav tjänsteexport)	6%		
Budget 2007	29 000	61 000	-32 000
(varav tjänsteexport)	6%		

SMI bedriver uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och experimentell biomedicin. Inkomsterna disponeras av SMI. Den speciella diagnostiken skall finansieras med avgifter som ger full kostnadstäckning. Målet med full kostnadstäckning för den speciella diagnostiken har inte kunnat uppnås under 2005. Den speciella diagnostiken redovisade under året ett underskott på 169 000 kronor, vilket är en förbättring av resultatet i jämförelse med föregående år. Underskottet beror främst på fluktuationer i antalet utförda analyser. Den experimentella biomedicinen har medgivits undantag från 5 § avgiftsförordningen vilket innebär att avgiftsfinansiering inte krävs. Underskottet för den experimentella biomedicinen uppgår 2005 till 34 622 000 kronor. Prognosen visar dock att

intäkterna beräknas kunna täcka personalkostnader och övriga kostnader under 2006.

Regeringens överväganden

Tabell 4.14 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:5 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006 ¹	183 568	183 568	183 568
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 349	4 715	8 746
Beslut	-68	-34	0
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	184 849	188 248	192 314

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 184 849 000 kronor anvisas under anslaget 14:5 *Smittskyddsinstitutet* för 2007. För 2008 beräknas anslaget till 188 248 000 kronor och för 2009 till 192 314 000 kronor.

4.8.6 14:6 Institutet för psykosocial medicin

Tabell 4.15 Anslagsutveckling 14:6 Institutet för psykosocial medicin

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2005	14 902		255
2006	Anslag	15 335 ¹	15 313
2007	Förslag	15 471	
2008	Beräknat	15 739 ²	
2009	Beräknat	16 075 ³	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 15 471 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 15 471 tkr i 2007 års prisnivå.

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

Regeringens överväganden

I enlighet med intentionerna i den förra regeringens förvaltningspolitiska program om fortsatt renodling av den statliga verksamheten har Statskontoret haft i uppdrag att utreda och föreslå andra organisationsformer än myndighetens för IPM. I uppdraget ingick även att utreda framtida former för en central expertfunktion inom självmordsområdet. Statskontorets rapport, som överlämnades i december 2004, har remissbehandlats. I budgetpropositionen för 2006 (prop. 2005/06:1 utg.omr. 9 anslag 14:6) aviserade den förra regeringen sin avsikt att återkomma med förslag under 2006.

Regeringen anser att IPM bör avvecklas under 2007 och att verksamheten bör föras över till högskoleväsendet. På den korta tid som stått till förfogande har regeringen dock inte haft möjlighet att ta ställning till formen för överförandet av verksamheten och inte heller till formerna för en central expertfunktion inom självmordsområdet och hur verksamheten långsiktigt skall bedrivas. Regeringen avser att så snart som möjligt presentera sitt ställningstagande och förslag till anslagsåtgärder.

Tabell 4.16 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:6 Institutet för psykosocial medicin

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006 ¹	15 335	15 335	15 335
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	136	404	740
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	15 471	15 739	16 075

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 15 471 000 kronor anvisas under anslaget 14:6 *Institutet för psykosocial medicin* för 2007. För 2008 beräknas anslaget till 15 739 000 kronor och för 2009 till 16 075 000 kronor.

4.8.7 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tabell 4.17 Anslagsutveckling 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2005	Utfall	76 944		Anslags-sparande	688
2006	Anslag	112 985 ¹		Utgifts-prognos	111 153
2007	Förslag	111 585			
2008	Beräknat	101 585			
2009	Beräknat	91 585			

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Syftet med anslaget är att med riktade insatser förstärka folkhälsoarbetet inom angelägna områden. Bl.a. fördelas stöd till nykterhetsorganisationer och andra organisationer som arbetar med alkoholskadeförebyggande verksamhet och stöd och hjälp till personer med missbruksproblem.

Regeringens överväganden

Sedan 1997 har staten avsatt särskilda medel till insatser för att förebygga spelberoende, sedan 1999 med ett anslag på 4 miljoner kronor per år. Under den förra mandatperioden avsattes därutöver sammanlagt 50 miljoner kronor för detta ändamål. Fr.o.m. 2007 ökas anslaget till 28 miljoner kronor per år.

Medel från anslaget kommer även bl.a. att fördelas till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, till Sluta-röka-linjen, till organisationer som arbetar med tobaksprevention och till Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.

Tabell 4.18 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	112 985	112 985	112 985
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut		-10 000	-21 400
Överföring till/från andra anslag	-1 400	-1 400	
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	111 585	101 585	91 585

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 111 585 000 kronor anvisas under anslaget 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder* för 2007. För 2008 beräknas anslaget till 101 585 000 kronor och för 2009 till 91 585 000 kronor.

4.8.8 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tabell 4.19 Anslagsutveckling 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2005	Utfall	238 423		Anslags-sparande	32 700
2006	Anslag	249 155 ¹		Utgifts-prognos	244 727
2007	Förslag	248 155			
2008	Beräknat	74 155			
2009	Beräknat	74 155			

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslagets ändamål är statlig finansiering av särskilda alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.

Regeringens överväganden

För genomförande av statistiska undersökningar av levnadsförhållanden (ULF och Barn-ULF) under 2007 minskas anslaget med 1 000 000 kronor.

Tabell 4.20 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:8 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	249 155	249 155	249 155
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-1 000	-175 000	-175 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	248 155	74 155	74 155

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 248 155 000 kronor anvisas under anslaget 14:8 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 74 155 000 kronor per år.

4.8.9 14:9 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden

Tabell 4.21 Anslagsutveckling 14:9 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2005	Utfall	14		788
2006	Anslag	210 ¹	Utgifts-prognos	219
2007	Förslag	212		
2008	Beräknat	216 ²		
2009	Beräknat	221 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 212 tkr i 207 års prisnivå.

³ Motsvarar 212 tkr i 207 års prisnivå.

Alkoholsortimentsnämnden inrättades den 1 januari 1995 för att säkerställa icke-diskriminering i enlighet med de krav som Europeiska kommissionen ställde inför Sveriges inträde i EU för att Sverige skulle kunna behålla detaljhandelsmonopolet på alkohol. Samtidigt avskaffades övriga monopol inom alkoholområdet. Nämnden, som är oberoende, har till uppgift att pröva överklaganden över Systembolagets beslut att avvisa eller avföra viss alkoholhaltig dryck från sortimentet. Nämndens verksamhet utsträcktes den 15 juli 2005 till att även omfatta prövning av överklaganden över Apoteket AB:s beslut om att inte lagerhålla vissa läkemedel på lokala apotek. Därvid ändrades namnet på nämnden till Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden.

Regeringens bedömning

Tabell 4.22 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 14:9 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	210	210	210
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	2	6	11
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	212	216	221

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 212 000 kronor anvisas under anslaget 14:9 *Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden* för 2007. För 2008 beräknas anslaget till 216 000 kronor och för 2009 till 221 000 kronor.

4.9 Övrig verksamhet

4.9.1 Systembolaget AB

Systembolaget AB är ett av staten helägt företag. Systembolaget spelar en viktig roll i den restriktiva alkoholpolitiken. En central uppgift för Systembolaget kommer att vara att uppfylla EU:s krav på objektiv behandling av produkter och leverantörer.

I koncernen ingår förutom moderbolaget Systembolaget också de helägda dotterbolagen Lagena Distribution AB, Systembolaget Fastigheter AB samt IQ-initiativet AB. Verksamheten omfattar detaljhandel med alkoholdrycker. Systembolaget sålde 358,6 (348,3)¹ miljoner liter alkoholdrycker under 2005. Det är en ökning med 2,9 procent jämfört med 2004. Försäljningsvolymen av vin och starköl ökade med 3,1 procent respektive 3,5 procent medan spritförsäljningen minskade med 2,3 procent. Nettoomsättningen ökade under 2005 till 18 083 (17 708) miljoner kronor främst till följd av högre försälj-

¹ Uppgifterna inom parentes avser motsvarande data för år 2004.

ningsvolymen för vin och öl. Resultatet före skatt uppgick till 513 (240) miljoner kronor.

Systembolaget hade vid årsskiftet 411 (417) butiker. Självbetjäningsbutikerna står för 76 procent av Systembolagets omsättning och 76 procent av totala antalet kundbesök.

Tabell 4.23 Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren

Miljoner kronor

	2005	2004	2003	2002	2001
Nettoomsättning	18 083	17 708	18 985	19 132	18 241
Resultat efter finansiella poster	513	240	202	202	197
Eget kapital	1 989	1 749	1 348	1 409	1 348
Räntabilitet på eget kapital ¹	18,9%	11,5%	9,8%	10,8%	11,0%
Antal anställda	2 960	3 139	3 334	3 350	3 403
Arbetsproduktivitet ²	743	708	701	662	659
Lagersomsättningskontroll ³	20,5	19,9	21,9	24,7	27,6
Ålderskontroll ⁴	89%	84%	83%	79%	80%

¹ Resultat efter schablonskatt i procent av justerat eget kapital vid årets början.

² Antal hanterade arbetsenheter (förpackningar efter viktning per varugrupp) per dagsverke (8 timmar).

³ Omsättningen dividerad med genomsnittligt lagervärde till försäljningspris.

⁴ Årlig ålderskontroll, genomförd av oberoende bolag, av ungdomar som var äldre än 20 år men som bedömts se yngre ut än 25 år.

5 Politikområde Barnpolitik

5.1 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.

Barnpolitiken är sektorsövergripande och har till uppgift att genom övergripande strategiska insatser initiera, driva på och samordna arbetet för barns och ungas rättigheter. Målsättningen med det strategiska arbetet är att barnkonventionen, dess anda och intentioner, skall genomgå alla delar av regeringens politik och alla samhällsverksamheter som rör barn.

Inriktningen i barnpolitiken bygger på de grundläggande principerna i barnkonventionen.

Inom politikområdet finns myndigheterna Barnombudsmannen och Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA).

Barnombudsmannen har till uppgift att driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen i myndigheter, landsting och kommuner samt att företräda barns och ungas rättigheter och intressen utifrån Sveriges åtaganden enligt konventionen.

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor beslutar om auktorisation av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner samt utövar tillsyn över dessa sammanslutningar. Vidare ansvarar myndigheten för information i frågor rörande internationella adoptioner.

Vid sidan av politikområdet utgår bidrag till kostnader för internationella adoptioner under utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn.

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2005	Budget 2006 ¹	Prognos 2006	Förslag 2007	Beräknat 2008	Beräknat 2009
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
15:1 Barnombudsmannen	16,5	17,0	17,1	17,2	17,5	17,8
15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	10,4	11,4	11,5	11,5	11,7	11,9
15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	6,2	9,5	9,5	7,5	7,5	7,5
Totalt för politikområde Barnpolitik	33,0	37,8	38,1	36,1	36,6	37,2

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

5.3 Mål

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

Målet är sektorsövergripande och berör flertalet av statsbudgetens politikområden.

Ovanstående mål är beslutat av riksdagen (prop. 2002/03:1 utgiftsområde 9, bet. 2002/03:SoU1, rskr. 2002/03:81). Resultatbeskrivningen i det följande görs i förhållande till detta mål. I den mån regeringen bedömer att indelning i politikområden eller mål för dessa bör ändras återkommer regeringen vid ett senare tillfälle.

5.4 Insatser

De insatser som genomförs för att stärka flickors och pojkars rättigheter och integrera ett barnperspektiv i frågor som rör dem utgår från strategin för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige (prop. 1997/98:182, bet. 1998/99:SoU6, rskr. 1998/99:171), som 2004 har vidareutvecklats i en skrivelse (skr. 2003/04:47) till riksdagen.

Redovisningar om insatser och resultat av barnpolitiken lämnas regelbundet till riksdagen. I maj 2006 överlämnade den tidigare regeringen en skrivelse (skr. 2005/06:206) med en redogörelse för det pågående arbetet.

5.4.1 Insatser inom politikområdet

Inom politikområdet genomförs dels strategiska insatser såsom kunskapsinsamling, informations-spridning och metodutveckling, dels insatser inom olika områden som syftar till att, utifrån barnkonventionen, stärka flickors och pojkars rättigheter. Inom politikområdet ingår även insatser som rör internationella adoptionsfrågor.

Strategiska insatser

För att kunna följa flickors och pojkars levnadsförhållanden och få kunskap om deras villkor utvecklar Statistiska centralbyrån (SCB) sedan några år tillbaka statistiken om barn och deras familjer. Vidare genomför SCB årliga

undersökningar om barns och ungas levnadsförhållanden, Barn-ULF, som bygger på intervjuer med flickor och pojkar i åldern 10–18 år. Dessutom har Barnombudsmannen utifrån metoden *Nöjt Barn Index* frågat flickor och pojkar om deras åsikter inom områden som hälsa, skola och fritid.

Den tidigare regeringen har tillsatt en arbetsgrupp med uppgift att ta fram indikatorer för att följa levnadsvillkoren för flickor och pojkar utifrån ett antal områden som är relevanta för barnpolitikens måluppfyllelse.

Barnombudsmannen är en viktig aktör i att stödja och driva på genomförandet av barnkonventionen i statliga myndigheter, landsting och kommuner. Barnombudsmannen följer och redovisar regelbundet hur arbetet med att integrera ett barnperspektiv fortgår i berörda verksamheter, senast i sin årsrapport för 2006. Myndigheten bedriver också ett metodutvecklingsarbete, och har bl.a. utvecklat sin modell för barnkonsekvensanalyser. Detta arbete har under innevarande år fördjupats. Under 2005 har Barnombudsmannen även kartlagt och följt barns och ungas livsvillkor och deras syn på inflytande inom flera olika områden.

Barn och unga skall få information om sina rättigheter. Barnombudsmannen har därför tilldelats särskilda medel för att ta fram ett informationsmaterial som riktar sig till olika åldersgrupper. Till materialet hör också en handledning för vuxna. En utvärdering av materialet visar bl.a. att det har fått stor spridning och är mycket efterfrågat.

Formerna för Regeringskansliets dialog med barn och unga har fördjupats under året, bl.a. genom möten med en referensgrupp bestående av flickor och pojkar i åldern 13–18 år.

För att öka kunskapen om hur de olika artiklarna i barnkonventionen skall tolkas och nå en ökad samstämmighet om Sveriges åtaganden enligt konventionen har UNICEF Sverige beviljats särskilda medel av den tidigare regeringen för att ta fram en svensk handbok om genomförande av barnkonventionen. Handboken är tänkt att tjäna som ett stöd för politiker, tjänstemän och övriga intresserade.

För att stödja genomförandet av barnkonventionen på lokal och regional nivå har bl.a. ekonomiskt stöd beviljats av den tidigare regeringen till ett partnerskap bestående av tolv kommuner som samarbetar för en effektiv tillämpning av barnkonventionen. Under våren 2006 genom-

förde den tidigare regeringen en seminarierie om framgångsrika arbetsätt för att genomföra barnkonventionen i kommunala verksamheter.

För att garantera varje barn sina rättigheter behöver yrkesgrupper vars arbete rör barn ha goda kunskaper om den praktiska tillämpningen av barnkonventionen. I mars 2006 gav den tidigare regeringen Örebro universitet i uppdrag att närmare precisera förutsättningarna för att bedriva en verksamhet som erbjuder kompetens- och metodutveckling i den praktiska tillämpningen av barnkonventionen för yrkesgrupper som arbetar med och för barn. Uppdraget redovisades i maj 2006.

Internationella adoptionsfrågor

Hos Socialstyrelsen pågår ett arbete med att ta fram en handbok och allmänna råd om socialtjänstens ansvar och uppgifter i samband med internationella och nationella adoptioner. Frågor som avser den särskilda information som behövs i samband med internationella adoptioner, och som skall ingå i handboken, utarbetas efter samråd med Myndigheten för internationella adoptionsfrågor. Handboken och de allmänna råden beräknas vara klara vid slutet av 2007.

Övriga insatser

Socialstyrelsen har i juli 2006 fått i uppdrag av den tidigare regeringen att närmare analysera varför vissa pojkar, företrädesvis pojkar i förskoleåldern, omskars av personer utanför hälso- och sjukvården. Vidare skall Socialstyrelsen lämna förslag på åtgärder som syftar till att förebygga att ingen pojke far illa inom omskärseverksamheten som helhet. Socialstyrelsen skall redovisa sitt uppdrag senast den 30 mars 2007.

Det är viktigt att det finns möjligheter för föräldrar att få olika former av stöd i sitt föräldraskap. Enligt regleringsbrevet för 2006 skall Statens folkhälsoinstitut (FHI) redovisa vilka åtgärder man har vidtagit för att sprida den metodkunskap som myndigheten har sammanställt i rapporten *Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd*. FHI skall också bedöma i vilken utsträckning spridningen av denna metodkunskap har bidragit till att utveckla föräldrautbildning och föräldrastöd i kommuner och landsting. Vidare har FHI i uppdrag, och har

tilldelats särskilda medel för, att ta fram ett video/dvd-baserat material för föräldrastödsgrupper i kommuner och landsting.

5.4.2 Insatser utanför politikområdet

Barnpolitiken är ett sektorsövergripande politikområde vilket innebär att andra politikområden genomför och redovisar huvuddelen av de åtgärder som rör flickor och pojkar. Det innebär också att statliga myndigheter inom flera politikområden ansvarar för insatser och fattar beslut som har konsekvenser för barn och unga. Myndigheternas arbete med att integrera ett barnperspektiv i sina verksamheter följs upp genom uppdrag eller återrapporteringskrav i regleringsbrev. För 2006 skall några myndigheter redovisa bl.a. hur barn och unga kommer till tals, hur deras behov tillgodoses och hur de bemöts inom olika verksamheter. Vidare skall ett antal myndigheter, däribland samtliga länsstyrelser, redogöra för hur man systematiskt beskriver och bedömer vilka konsekvenser beslut och åtgärder får för flickor och pojkar, s.k. barnkonsekvensanalyser.

Kommunerna och landstingen råder över en stor del av de beslut och verksamheter som rör barn och unga. De lokala huvudmännens vilja och förmåga att integrera ett barnperspektiv i sina verksamheter är därför av stor betydelse för att förverkliga barnkonventionen i Sverige.

Även frivilligorganisationerna är viktiga aktörer för att barnkonventionen skall få genomslag i alla delar av samhället. Organisationernas engagemang, kunskap, arbetsätt och erfarenheter är värdefulla komplement till regeringens insatser för barns och ungas rättigheter.

5.5 Resultatredovisning

5.5.1 Mål

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

5.5.2 Resultat

I maj 2006 överlämnade den tidigare regeringen en skrivelse till riksdagen (skr. 2005/06:206) med en redogörelse för barnpolitiken, innefattande det strategiska arbetet för att förverkliga barnkonventionen.

Resultat utifrån strategiska insatser

Barnombudsmannens arbete

Barnombudsmannen har utvärderat de regionala barnkonventionskonferenser som myndigheten i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting under våren 2005 har genomfört i syfte att uppmuntra till och sprida framgångsrika arbetsätt i det lokala barnkonventionsarbetet. Utvärderingen visar bl.a. att innehållet i konferenserna har varit uppskattat och i stor utsträckning har spridits inom berörda organisationer. Samtidigt som relativt många deltagare efter konferensen har sökt mer information om barnkonventionen är det relativt få som uppger att konferensen förändrat deras sätt att arbeta med barnfrågor.

En av Barnombudsmannens huvudstrategier är att verka genom andra. Det kan handla om deltagande i projekt, seminarier, konferenser och utbildningsinsatser som andra aktörer anordnar. Ett exempel där Barnombudsmannen samverkat med andra aktörer är det utbildningsprojekt i att samtala med barn som myndigheten genomfört tillsammans med Migrationsverket och socialtjänsten i Stockholms län.

Barnkonventionen i statliga myndigheter

Statliga myndigheter får återrapporteringskrav och uppdrag i sina regleringsbrev för att integrera ett barnperspektiv i sina verksamheter. Av årsredovisningarna för verksamhetsåret 2005 framgår bl.a. att flera myndigheter arbetar för att inhämta och beakta flickors och pojkers synpunkter i verksamheter som rör barn och unga. Till dessa myndigheter hör bl.a. Statens institutionsstyrelse, Banverket och Vägverket. En viktig del i att integrera ett barnperspektiv är att systematiskt analysera och bedöma vilka konsekvenser olika beslut och åtgärder kan få för barn och unga, s.k. barnkonsekvensanalyser. Inom ett antal myndigheter, däribland Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen och Migrationsverket, pågår ett metodutvecklingsarbete rörande detta.

Kunskap om barnkonventionen inom högre utbildning

Samtliga universitet och högskolor har haft i uppdrag att till den tidigare regeringen redogöra för hur man arbetar med att införliva kunskap om barnkonventionen i utbildningar där sådan kunskap bedöms som betydelsefull. Lärosätenas redovisningar visar att kunskap om barnkonventionen framför allt ingår i kurser och utbildningar där studenterna kommer att arbeta direkt med barn och unga. Dit hör bl.a. utbildningar till lärare, specialpedagog, socionom, sjuksköterska, läkare, barnmorska och psykolog.

Barnrättsforum

Den tidigare regeringen har inrättat ett barnrättsforum för dialog med frivilligorganisationer.

Kompetens- och metodutveckling i tillämpningen av barnkonventionen

Örebro universitet har i maj 2006 redovisat sina förutsättningar för att bedriva en verksamhet som erbjuder kompetens- och metodutveckling i den praktiska tillämpningen av barnkonventionen för berörda yrkesgrupper. Den tidigare regeringen har i juli 2006 gett Örebro universitet i uppdrag att pröva en sådan verksamhet och har beviljat universitetet 1 850 000 kronor för att genomföra uppdraget. Universitetet skall redovisa sitt uppdrag senast den 30 mars 2007.

Internationella adoptionsfrågor

Föräldrautbildning

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor har i samråd med Socialstyrelsen utarbetat ett studiematerial för föräldrautbildning inför adoption. I arbetet har även Sveriges Kommuner och Landsting, de auktoriserade adoptionsanslutningarna, de adopterades organisationer samt ett antal experter inom området deltagit. Socialstyrelsen kommer fortsättningsvis att ansvara för materialet och spridningen av detta. Länsstyrelserna är ansvariga för tillsynen av hur kommunerna lever upp till kravet i socialtjänstlagen om att kommunerna skall anvisa föräldrautbildning inför adoption.

Väntetider för hemutredningar

Väntetiderna för hemutredningar (medgivandeutredningar) vid internationella adoptioner varierar stort mellan kommuner och mellan

ärenden i en och samma kommun. Detta framgår av en kartläggning som Socialstyrelsen har genomfört. Den genomsnittliga tiden från det att de som söker adoption lämnar in sin ansökan till dess att socialtjänsten börjar utreda deras ärende är ca 3 månader. Tiden från ansökan till beslut i socialnämnden är drygt 7 månader.

Resultat av övriga insatser

Könsstämpning av flickor

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att, i enlighet med den nationella handlingsplanen mot kvinnlig könsstämpning, ta tillvara och vidareutveckla det förebyggande arbetet mot könsstämpning. Socialstyrelsen har av den tidigare regeringen tilldelats särskilda medel för att utföra uppdraget som har pågått under perioden december 2003 till juni 2006. Tyngdpunkten i arbetet har varit informations- och utbildningsinsatser.

Ett resultat av Socialstyrelsens insatser är en deklARATION som representanter för Sveriges imamråd, koptiska ortodoxa kyrkan, katolska kyrkan och Sveriges kristna råd har undertecknat. I dokumentet tar man från respektive samfund tydligt avstånd från alla former av könsstämpning och uttalar sitt stöd för den nationella handlingsplanen.

Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen i samarbete med Rikspolisstyrelsen och Åklagarmyndigheten tagit fram och spridit en handledning om könsstämpning till polis och åklagare och genomfört fyra regionala konferenser om förebyggande och stödjande arbete. Myndigheten har också tagit fram ett utbildningsmaterial anpassat för skola, hälso- och sjukvård samt socialtjänst. I samarbete med Myndigheten för skolutveckling har bl.a. en folder som riktar sig till flickor som är eller riskerar att bli könsstämpade distribuerats till grundskolorna. Socialstyrelsen har även skapat en kunskapsbank med fakta och information om könsstämpning.

5.5.3 Analys och slutsatser

Målsättningen med det strategiska arbetet är att barnkonventionen skall genomsyra allt beslutsfattande som rör barn (se prop. 1997/98:182).

Den information och lägesbild som regeringen har om hur barnkonventionsarbetet fort-

skrider på olika nivåer i samhället baserar sig huvudsakligen på de enkätundersökningar som Barnombudsmannen regelbundet genomför bland kommuner, landsting och statliga myndigheter. Dessa undersökningar visar bl.a. att det finns en stark förankring i kommunledningarna för att arbeta med barnkonventionen och att flertalet kommuner har målsättningar om konventionen i sina styrdokument. Detsamma gäller för majoriteten av landstingen. Samtidigt har mindre än en tredjedel av kommunerna en särskild strategi eller handlingsplan för genomförandet av barnkonventionen och bara en tiondel har antagit en utbildningsplan. En stor majoritet av kommunerna och landstingen uppger ett behov av fortsatt kompetensutveckling om barnkonventionen och dess tillämpning, men endast ett fåtal av dem har avsatt resurser för detta.

Av de drygt hundra statliga myndigheter som svarat på Barnombudsmannens senaste enkät uppger mindre än en femtedel att de har en långsiktig strategi för genomförandet av barnkonventionen. Barnombudsmannen konstaterar också att behovet av fortbildning bland statliga myndigheter är större än de resurser som avsatts.

Även Riksrevisionens granskning av den tidigare regeringens och de statliga myndigheternas arbete med strategin för att förverkliga barnkonventionen (RiR 2004:30) bekräftar att det är sällsynt med barnkonsekvensanalyser, att barnets perspektiv inte alltid vägs in i beslut som rör barn och att det är få myndigheter och kommuner som har en strategi för hur barnkonventionen skall genomföras i den egna verksamheten.

Det är enligt regeringen viktigt att skapa möjligheter för återkommande kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte inom den egna kommunen och mellan kommuner. Detsamma torde gälla för de statliga myndigheterna. Det finns ett kontinuerligt behov av kunskaper om barnets rättigheter och hur de omsätts i praktisk handling och insatser för att sprida denna kunskap kommer att behöva fortsätta under en lång tid framöver. Barnombudsmannens stödjande och pådrivande insatser är i sammanhanget mycket viktiga.

FN:s kommitté för barnets rättigheter behandlade i januari 2005 Sveriges tredje periodiska rapport om åtgärder och framsteg för att förverkliga barnkonventionen. Kommittén gjorde överlag en mycket positiv bedömning av det pågående arbetet i Sverige, men framhöll

emellertid att barnkonventionen inte är tillräckligt känd och förstådd av alla yrkesgrupper som arbetar med och för barn samt att en del barn och ungdomar inte känner att de har något verkligt inflytande i frågor som rör dem. Kommitténs slutsatser och rekommendationer utgör ett värdefullt underlag för regeringens fortsatta överväganden kring åtgärder för att genomföra barnkonventionen.

5.6 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för 2005 avseende Barnombudsmannen och Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.

Riksrevisionen har 2004 granskat om den tidigare regeringen och de statliga myndigheterna har följt strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige (RiR 2004:30). Riksdagen har mot bakgrund av granskningen bifallit en framställan (framst. 2004/05:RRS19) från Riksrevisionens styrelse och gett regeringen tillkänna att regeringen skall återkomma med förslag till mer precisa mål knutna till strategin samt att regeringen förbättrar sin redovisning av utfallet i förhållande till strategin (bet. 2005/06:SoU5, rskr. 2005/06:137).

5.7 Politikens inriktning

I varje barns grundläggande rättigheter ingår att få omvårdnad och att i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar få växa upp under goda och trygga förhållanden. Föräldrarna är i regel de viktigaste personerna i barns liv. De har ansvaret för att ge barnet lämplig ledning och råd när barnet, utifrån utveckling och förmåga, utövar sina rättigheter. Det är enligt regeringen angeläget att föräldrar kontinuerligt får stöd i sin föräldraroll under barnets hela uppväxt. Regeringen avser att bistå de lokala huvudmännen i överföringen av erfarenheter och metodkunskaper avseende föräldrastöd genom exempelvis spridning av utbildningsmaterial och modeller för utveckling av verksamheter.

Det är snart 17 år sedan Sverige ratificerade barnkonventionen. Arbetet för att förbättra och fördjupa kunskapen om barnkonventionen, lik-

som arbetet för att förändra attityder och förhållningssätt till barns och ungas rättigheter och intressen måste ständigt fortgå. Behovet av kunskap om barnkonventionen i allmänhet och den praktiska tillämpningen i synnerhet är alltför stort bland beslutsfattare och olika yrkesgrupper i stat, kommun och landsting. Det är i sammanhanget viktigt att öka kunskapen om barnets rättigheter bland såväl yrkesverksamma personer som dem som är under utbildning. Regeringen kommer att stödja kommuner, landsting och statliga myndigheter i deras arbete med att integrera ett barnperspektiv i sina beslut och verksamheter. Barnombudsmannens insatser är viktiga för att driva på och stödja denna utveckling. Insatser för att främja kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyte om barnkonventionen och barns behov till berörda aktörer kommer att prioriteras. Arbetet med att förbättra uppföljning och utvärdering av barnpolitikens insatser fortsätter.

Formerna för dialog och metoder för att inhämta och ta tillvara flickors och pojkars egna åsikter och kunskaper behöver alltför utvecklas och fördjupas. De erfarenheter och goda exempel som finns i bl.a. kommuner och statliga myndigheter att göra barn delaktiga behöver tas tillvara och spridas inom och mellan berörda verksamheter.

Regeringen kommer också att vara uppmärksam på behovet av särskilda insatser i syfte att främja och skydda flickors och pojkars rättigheter inom olika områden som rör deras liv.

5.8 Budgetförslag

5.8.1 15:1 Barnombudsmannen

Tabell 5.2 Anslagsutveckling 15:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

2005	Utfall	16 455	Anslags-sparande	477
2006	Anslag	16 962 ¹	Utgifts-prognos	17 129
2007	Förslag	17 184		
2008	Beräknat	17 461 ²		
2009	Beräknat	17 835 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 17 187 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 17 190 tkr i 2007 års prisnivå.

Barnombudsmannen skall företräda barns och ungas rättigheter och intressen i Sverige och driva på genomförandet av och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. Vidare skall Barnombudsmannen bl.a. särskilt uppmärksamma att lagar och andra författningar samt deras tillämpning stämmer överens med barnkonventionen och vid behov föreslå författningsändringar.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 5.3 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt -kost- nad)
Utfall 2005 (varav tjänsteexport)	875	650	225
Prognos 2006 (varav tjänsteexport)	2 627	2 666	-39
Budget 2007 (varav tjänsteexport)	3 161	3 161	0

Avgiftsintäkterna omfattar främst internationella projekt om barns rättigheter. Barnombudsmannen får disponera intäkterna.

Regeringens överväganden

Barnombudsmannen har ett brett uppdrag som omfattar både strategiska insatser för att öka kunskapen om och tillämpningen av barnkonventionen i olika verksamheter och insatser för att uppmärksamma och stärka flickors och pojkars rättigheter i frågor som rör dem. Under 2005 har myndigheten bedrivit ett aktivt arbete inom båda dessa områden. Barnombudsmannen har bl.a. undersökt hur statliga myndigheter, landsting och kommuner tillämpar barnkonventionen, genomfört utbildningar bland olika yrkesgrupper och bedrivit ett metodutvecklingsarbete avseende bl.a. barnkonsekvensanalyser. Barnombudsmannen har också i olika sammanhang, bl.a. genom egna studier och i undersökningar tillsammans med andra aktörer, uppmärksammat barns och ungas villkor inom olika områden.

En sammantagen bedömning av myndighetens verksamhet är att Barnombudsmannen huvudsakligen har redovisat sin verksamhet i enlighet med mål och återrapporteringskrav i regleringsbrevet.

Tabell 5.4 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 15:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	16 962	16 962	16 962
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	228	502	873
Beslut	-6	-3	0
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	17 184	17 461	17 835

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 17 184 000 kronor anvisas under anslaget 15:1 *Barnombudsmannen* för 2007. För 2008 beräknas anslaget till 17 461 000 kronor och för 2009 beräknas anslaget till 17 835 000 kronor.

5.8.2 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tabell 5.5 Anslagsutveckling 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Notering	Belopp
2005	Utfall	10 384	Anslags-sparande	979
2006	Anslag	11 392 ¹	Utgifts-prognos	11 517
2007	Förslag	11 473		
2008	Beräknat	11 677 ²		
2009	Beräknat	11 928 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 11 475 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 11 477 tkr i 2007 års prisnivå.

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) är central förvaltningsmyndighet för frågor som rör internationella adoptioner och har ansvar för auktorisation och tillsyn av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner. Myndigheten skall också följa den internationella utvecklingen och kostnadsutvecklingen avseende internationella adoptioner. Vidare skall MIA informera och lämna upplysningar om internationella adoptioner samt ge biträde åt myndigheter och organisationer. Mot bakgrund av de nya uppgifter som adoptionsmyndigheten har fått fr.o.m. 2005 har myndigheten också fått förstärkta resurser.

Myndigheten får från sitt anslag betala ut statsbidrag till auktoriserade adoptionsammanslutningar och till de adopterades organisationer.

Regeringens överväganden

Cirka 1 000 barn adopteras årligen till Sverige från andra länder. Regeringens bedömning är att antalet adoptioner kommer att ligga på samma nivå åren 2007–2009.

MIA har under 2005 arbetat aktivt med att förverkliga intentionerna i den nya lagstiftningen och att bygga upp den nya myndigheten. Myndigheten har bl.a. tagit fram nya villkor för sammanslutningar auktoriserade enligt lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling (LIA). I dessa villkor ingår anvisningar för organisationernas ekonomiska rapportering. MIA har också haft särskilda samråd med de auktoriserade adoptionssammanslutningarna angående de nya regler och krav som finns på sammanslutningarnas löpande verksamhet. Fem sammanslutningar har erhållit auktorisation t.o.m. 2007. MIA har också utvidgat kontakterna med utländska myndigheter och organisationer genom besök i Sydafrika och Etiopien, genom att delta i nordiska och europeiska möten samt genom att motta besök av delegationer från olika länder.

En sammantagen bedömning av adoptionsmyndighetens verksamhet är att mål och återrapporteringskrav i regleringsbrevet i allt väsentligt är uppfyllda. Myndigheten arbetar i enlighet med sin instruktion och fullföljer sitt uppdrag på ett tillfredsställande sätt.

Tabell 5.6 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 15:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor			
	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	11 392	11 392	11 392
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	85	287	536
Beslut	-4	-2	0
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	11 473	11 677	11 928

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 11 473 000 kronor anvisas under anslag 15:2 *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor* för 2007. För 2008 beräknas anslaget till 11 677 000 kronor och för 2009 beräknas anslaget till 11 928 000 kronor.

5.8.3 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Tabell 5.7 Anslagsutveckling 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Tusental kronor				
2005	Utfall	6 188	Anslags-sparande	273
2006	Anslag	9 461 ¹	Utgifts-prognos	9 483
2007	Förslag	7 461		
2008	Beräknat	7 461		
2009	Beräknat	7 461		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Regeringen disponerar medlen under anslaget för insatser i syfte att förverkliga barns rättigheter i Sverige med utgångspunkt i barnkonventionen. Medlen använder regeringen för strategiska insatser såsom utbildningar, informations-spridning, kunskapsinsamling och metodutveckling samt uppföljningar och utvärderingar av genomförda insatser inom området. Vidare disponerar regeringen medlen för att med utgångspunkt i barnkonventionen främja och skydda barns och ungas rättigheter inom olika områden. Det innefattar bl.a. åtgärder för att stärka flickors och pojkars delaktighet och inflytande i

verksamheter som rör dem. Medel används också för insatser som rör internationella adoptionsfrågor samt föräldrastöd.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att det finns ett fortsatt behov av kunskap om barnkonventionen samt om metoder och arbetssätt för att integrera ett barnperspektiv i verksamheter som rör barn och unga.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 461 000 kronor anvisas under anslag 15:3 *Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 7 461 000 kronor respektive år.

Tabell 5.8 Härlledning av anslagsnivån 2007–2009, för 15:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	9 461	9 461	9 461
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	–2 000	–2 000	–2 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	7 461	7 461	7 461

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

6 Politikområde Handikappolitik

6.1 Omfattning

Handikappolitiken omfattar insatser för att undanröja hinder för full delaktighet i samhället, insatser för att bekämpa diskriminering samt individuella stödinsatser. Insatserna är sektorsövergripande och ingår i de flesta politikområden.

Ansvar för individuella stödinsatser inom politikområdet Handikappolitik ligger framför allt på kommuner och landsting. Det gäller insatser både enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Staten lämnar ekonomiska bidrag till kommuners verksamhet inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Stöd till landsting lämnas för insatser rådgivning och annat personligt stöd, för tolktjänst samt för inköp av utrustning för elektronisk kommunikation.

Andra individuella stöd inom politikområdet är assistansersättning, bilstöd, särskilt utbildningsstöd och personligt ombud. Politikområdet omfattar dessutom bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättningar och bidrag till handikapporganisationer. Inom politikområdet finns myndigheterna Handikappombudsmannen (HO) och Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam), som fr.o.m. den 1 januari 2006 är en nybildad statlig myndighet.

Socialstyrelsen ansvarar för tillsyn, normering och kunskap av stöd och service till funktionshindrade. Inom Socialstyrelsen finns även ett särskilt beslutsorgan – Socialstyrelsens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) – som bl.a. ansvarar för fördelning av det särskilda utbildningsstödet. Socialstyrelsen finansieras genom anslag 13:6 *Socialstyrelsen*.

Hjälpmedelsinstitutet är ett centralt organ inom hjälpmedelsområdet. Institutet som är en allmännyttig förening drivs av staten samt intresseorganisationen Sveriges Kommuner och Landsting. Institutet finansieras bl.a. genom anslag 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* inom politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik.

År 2007 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till cirka 15,6 miljarder kronor.

6.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2006 till 2009 beräknas utgifterna för politikområdet öka med cirka 5 miljarder kronor, huvudsakligen till följd av ökade utgifter för assistansersättningen. Utgifterna inom politikområdet beräknas 2006 till cirka 13,9 miljarder kronor. Det understiger anvisade medel med cirka 156 miljoner kronor. Utgifterna för 2005 blev cirka 208 miljoner kronor lägre än anvisade medel.

Tabell 6.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2005	Budget 2006 ¹	Prognos 2006	Förslag 2007	Beräknat 2008	Beräknat 2009
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
16:1 Personligt ombud	89,0	89,5	90,0	109,5	109,5	89,5
16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	273,4	273,4	269,7	273,4	273,4	273,4
16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	170,8	175,6	172,5	177,4	182,4	187,4
16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	85,4	81,9	80,4	79,9	79,9	79,9
16:5 Bidrag till handikapporganisationer	163,7	163,7	163,7	163,7	163,7	163,7
16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	13,5	21,1	20,0	23,3	24,1	25,0
16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder ²	347,0	256,0	256,0	256,0	256,0	256,0
16:8 Kostnader för statlig assistansersättning	11 347,8	12 947,0	12 800,0	14 450,0	16 108,0	17 749,0
16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning		18,9	19,2	19,1	19,4	19,9
16:10 Handikappombudsmannen	17,9	14,9	14,6	12,0	12,2	12,5
2005 09 16:9 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	16,5	-		-	-	-
Totalt för politikområde Handikappolitik	12 524,8	14 041,9	13 886,1	15 564,2	17 228,5	18 856,1

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FIU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² I statsbudgeten för 2006 betecknat som anslag 16:7 Bilstöd till handikappade

6.3 Mål

Målen för handikappolitiken är

- en samhällsgemenskap med mångfald som grund,
- att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet,
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.

Det handikappolitiska arbetet ska inriktas särskilt på

- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder,
- att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionshinder,
- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Målen är beslutade av riksdagen (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240). Resultatbeskrivningen i det följande görs i förhållande till dessa mål. I den

mån regeringen bedömer att indelning i politikområden eller mål för dessa bör ändras återkommer regeringen vid ett senare tillfälle.

Handikappolitik är ett sektorsövergripande politikområde, vilket innebär att de handikappolitiska målen ska vara integrerade mål inom andra politikområden under rubriken "Mål".

6.4 Insatser

6.4.1 Insatser inom politikområdet

Insatserna för ökad måluppfyllelse inom politikområdet är åtgärder som ska förverkliga den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000 SoU14, rskr. 1999/2000:240), de behovsprövade stödformerna och åtgärder som leder till att detta stöd är tillgängligt, anpassat och av god kvalitet. I arbetet med att förverkliga handlingsplanen ska insatser prioriteras som syftar till att skapa ett tillgängligt samhälle, att bekämpa diskriminering och att se till att handikapperspektivet genomsyrar alla samhällssektorer. Det är också viktigt att genomförandet av handikappolitiken sker i

nära samverkan med arbetet för mänskliga rättigheter.

Nationella handlingsplanen

Riksdagen beslutade våren 2000 om nationella mål, inriktning och en nationell handlingsplan för handikappolitiken. Handlingsplanen innehåller ett stort antal mål och åtgärder som ska genomföras. Viktiga styrinstrument är bl.a. myndigheters instruktioner, regleringsbrev och särskilda uppdrag till statliga myndigheter. Utvalda sektorsmyndigheter har särskilt stort ansvar att leda arbetet för att förverkliga målen. Handikapprollen har dessutom en viktig opinionsbildande och pådrivande roll.

En ny myndighet ska driva på arbetet

Den nybildade Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) ska främja ett strategiskt och effektivt genomförande av den nationella handikappolitiken på såväl kort som lång sikt. I arbetet ingår att bistå regeringen med underlag för effektiv styrning av det handikappolitiska arbetet. Myndigheten ansvarar också för den övergripande handikappolitiska samordningen. Det innebär att man stödjer, stimulerar och förmår aktörer på olika nivåer att beakta de handikappolitiska målen i sin verksamhet. Handisam ska integrera ett barnperspektiv och ett genusperspektiv i sitt utvärderings- och analysarbete.

Till myndighetens uppgifter hör även att bevaka och rapportera om den internationella utvecklingen och att vara behjälplig i arbetet med att uppfylla Sveriges åtaganden att skydda de mänskliga rättigheterna.

Handisam har också en viktig roll i arbetet med att följa upp och ge en samlad bild av utvecklingen inom hela det handikappolitiska området. Enligt regleringsbrevet för 2006 ska Handisam i samverkan med sektorsmyndigheterna göra en sammanställning av befintliga indikatorer som kan användas för att mäta den handikappolitiska utvecklingen.

Sektorsmyndigheter har ett särskilt ansvar

För att handikapperspektivet ska få genomslag inom olika samhällssektorer finns 14 sektorsmyndigheter som har ett särskilt ansvar inom det handikappolitiska området – Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Banverket, Bo-

verket, Försäkringskassan, Konsumentverket, Luftfartsstyrelsen, Post- och telestyrelsen, Riksantikvarieämbetet, Sjöfartsverket, Statens skolverk, Socialstyrelsen, Statens kulturråd samt Vägverket.

Sektorsmyndigheterna ska samordna, vara pådrivande och aktivt verka för att genomföra handikappolitiken inom respektive samhällssektor. Handisam ska genom stöd och samordning bidra till att utveckla sektorsmyndigheternas arbete. Enligt regleringsbrevet för 2006 ska Handisam bidra till att myndigheternas arbete konkretiseras.

Vilka myndigheter som ska vara sektorsmyndigheter ses fortlöpande över.

Tillgängligheten hos statliga myndigheter ska öka

Myndigheter under regeringen ska beakta de handikappolitiska målen när de utformar och bedriver sin verksamhet. Myndigheterna ska arbeta för att göra lokaler, verksamhet och information tillgänglig för personer med funktionsnedsättningar. För att påskynda arbetet har ett stort antal myndigheter i sina regleringsbrev för 2006 fått i uppdrag att ta fram handlingsplaner för tillgänglighetsskapande åtgärder under innevarande år. Handisam ska följa upp hur många myndigheter som har upprättat handlingsplaner.

Stärkt lagstiftning ska motverka diskriminering

Kvinnor och män med funktionshinder har i dag skydd mot diskriminering i arbetslivet, inom högskolan och i viss kommersiell verksamhet. Handikappombudsmannen (HO) har tillsynsansvar över dessa diskrimineringslagar och kan föra talan i domstol för enskilda som anser sig utsatta för diskriminering.

Sedan april 2006 gäller dessutom en ny lag mot diskriminering. De som skyddas av lagens bestämmelser är barn och elever som omfattas av den utbildning och annan verksamhet som regleras i skollagen. Ändamålet med lagen är, förutom att motverka diskriminering, att förhindra och förebygga kränkande behandling som inte direkt kan hänföras till diskrimineringsgrunderna, t.ex. mobbning.

Antalet anmälningsärenden enligt de olika diskrimineringslagstiftningarna har ökat markant de senaste åren – från 100 under 2003 till 221 under 2005. Anmälningar mot diskriminering kan påverkas av kampanjer. Under 2005 inkom 1 490 anmälningar enligt lagen om Handikapp-

ombudsmannen, vilket kan jämföras med 121 året innan. Ökningen förklaras av en massanmälningsaktion vars avsikt var att anmäla otillgängliga yttre miljöer, till exempel restauranger, affärer och övergångsställen.

Diskrimineringskommittén lämnade sitt slutbetänkande En sammanhållen diskrimineringslagstiftning (SOU 2006:22) i februari 2006. Kommittén föreslår ett skydd mot bristande tillgänglighet för kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionshinder inom olika samhällsområden. Betänkandet har remissbehandlats.

Arbete pågår för att kunna belysa funktionshindrades ekonomiska situation

På Socialdepartementet pågår ett arbete med att närmare belysa ekonomiska konsekvenser av att leva med funktionshinder. Till detta arbete har knutits en referensgrupp med personer från Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån. Arbetet ska successivt avrapporteras till regeringen.

Uppdrag om bemötande

Ett nationellt program för att öka kompetensen om bemötande av kvinnor och män med funktionshinder inom den offentliga sektorn togs fram av Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) 2004. Under 2005 fortsatte myndigheten arbetet med att etablera programmet. Sisus har i samverkan med handikapporganisationerna startat processer som ska leda till ökad kompetens om bemötande. Myndigheten har främst riktat sina insatser till kommuner och landsting. Programmet har sedan 2004 tillämpats i tre pilotprojekt – Stockholms kommun, Västerbottens län och Försäkringskassan.

Frågor om kompetensutveckling i bemötande kommer framöver integreras med det generella arbetet med att utarbeta metoder för antidiskrimineringsstrategier i enlighet med regeringens skrivelse En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009 (Skr. 2005/06:95).

Individuella stödinsatser

För att kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionshinder, som möter betydande svårigheter i sin livsföring, ska kunna uppnå jämlika levnadsvillkor krävs även stöd som är anpassat

efter varje individs förutsättningar och behov. Behovsprövade stödinsatser har därför stor betydelse i välfärdspolitiken som komplement till de generella stödsystemen. Viktiga behovsprövade stöd inom politikområdet är insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL) liksom assistansersättning, särskilt utbildningsstöd, bilstöd och personligt ombud.

LSS och assistansersättning

Insatser enligt LSS och assistansersättningen ska ge möjligheter för kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionshinder att leva som andra. Den enskilde måste därför ha stort inflytande över de insatser som ges och kunna anpassa dessa efter de egna behoven i så stor utsträckning som möjligt. Assistansersättningen är också utformad för att ge stor valfrihet och flexibilitet för individen.

En bred översyn av LSS har nyligen inletts (dir. 2006:68). Uppdraget, som är ett tilläggsuppdrag, ska genomföras av den parlamentariska kommitté (Assistanskommittén) som sedan juli 2004 gör en översyn av insatsen personlig assistans och assistansersättningen (dir. 2004:107, 2004:179 och 2005:66). I översynen av LSS ska kommittén utifrån de handikappolitiska målen och andra aspekter bl.a. analysera för- och nackdelar med dagens reglering av stödet. Kommittén ska även utifrån olika perspektiv analysera för- och nackdelar med tänkbara huvudmannaskap. I översynen av assistansersättningen och insatsen personlig assistans ska kommittén bl.a. kartlägga och analysera hur assistansreformen fungerar i praktiken och undersöka alternativa lösningar till personlig assistans. I uppdraget ingår också att föreslå åtgärder som kan dämpa och stabilisera kostnadsutvecklingen. Kommittén, som ska integrera ett jämställdhetsperspektiv och ett barnperspektiv i sitt arbete, ska slutföra sitt uppdrag senast den 31 mars 2008.

Assistanskommittén har i oktober 2005 redovisat den del av uppdraget som avser tillsyn, tillstånd och regleringen av assistansersättningens timbelopp i betänkandet På den assistansberättigades uppdrag (SOU 2005:100). Regeringskansliet bereder nu betänkandet.

En förordningsändring i februari 2006 innebär att antalet personuppgifter enligt LSS, som kommunerna ska lämna till Socialstyrelsen, utökas. Skälet till ändringen är att få statistik

som bättre svarar mot det behov av information som behövs på kommunal och nationell nivå för att följa upp och utvärdera insatser som ges enligt LSS. Ändringen gäller från april 2006.

Bilstöd

Bilstödet är en viktig insats för kvinnor och män med funktionshinder som inte kan utnyttja allmänna kommunikationer. Tillgång till bil kan medverka till att människor med funktionshinder kan leva aktivt, självständigt och oberoende. Bilstödet har därmed även en rehabiliterande inverkan. Innehav av bil för föräldrar till barn med varaktigt funktionshinder kan dessutom ha avgörande betydelse för att familjen ska kunna göra resor tillsammans. Bidraget är ett komplement till färdtjänst.

Anslaget för bilstöd har de senaste åren både ökat permanent och fått medel på tilläggsbudget. Anslaget ökade permanent 2005 med 60 miljoner kronor till 256 miljoner kronor, vilket ska täcka en normal efterfrågan av stödet. Bilstödet ökade därutöver med ytterligare 85 miljoner kronor på tilläggsbudget 2005 för att ytterligare förkorta väntetiderna för bidrag. Det totala anslaget för 2005 uppgick till 341 miljoner kronor. Med dessa förstärkningar täckte anslaget 2005 års efterfrågan av bilstöd.

Försöksverksamhet med komplement till färdtjänst

Riksdagen har i maj 2006 beslutat om en försöksverksamhet som ska vara ett komplement till färdtjänsten (prop. 2005/06:92, bet. 2005/06SoU:25, rskr. 2005/06:302). En kommun ska kunna ge ekonomiskt stöd för anskaffning och anpassning av motorfordon till kvinnor och män som är berättigade till färdtjänst. Försöksverksamheten ska pågå i tre år, mellan den 1 juli 2007 och den 30 juni 2010, och får bara bedrivas av de kommuner som fått regeringens tillstånd.

Komplement till färdtjänst ska ses som ytterligare ett verktyg i omställningsprocessen för att nå ett tillgängligt transportsystem. Grundtanken med förslaget är att resurserna till färdtjänst ska utnyttjas på ett effektivare sätt. Riksdagen har i tillkännagivande framfört att utvärderingen av försöksverksamheten ska ske i samarbete med handikapporganisationerna. Riksdagen vill även att utvärderingen ska undersöka dels frågan om försöksverksamheten skett på bekostnad av beviljande av färdtjänst, dels frågan om försöks-

verksamheten inneburit att arbetet med att göra kollektivtrafiken tillgänglig för fler har eftersatts.

Personligt ombud

Personliga ombud ska se till att kvinnor och män (18 år och äldre) som lever med omfattande psykiska funktionshinder får sina behov tillgodosedda och att deras insatser planeras, samordnas och genomförs. Kommunerna är huvudmän för ombuden men verksamheten är frivillig. Socialstyrelsen och länsstyrelserna fördelar anslagna medel till kommuner som inrättat ombud.

Socialstyrelsen har följt upp och utvärderat verksamhet med personliga ombud. I utvärderingen, som kom i maj 2005, konstaterar Socialstyrelsen att modellen för att bygga upp verksamheten har varit framgångsrik. Socialstyrelsen anser även att reformen bör följas, stödjas och utvecklas under ytterligare en tid.

Som en följd av detta har Socialstyrelsen och länsstyrelserna i sina respektive regleringsbrev för 2006 fått i uppdrag att även fortsättningsvis fördela medel samt följa, stödja och vid behov utveckla verksamheten med personliga ombud.

Särskilt utbildningsstöd

För att förbättra studiemöjligheterna för kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionshinder lämnas ett särskilt utbildningsstöd. Stödet kan fylla flera olika funktioner, såväl praktisk hjälp som socialt stöd, och utformas utifrån den enskildes behov.

Socialstyrelsens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har i samverkan med universitet och högskolor genomfört en treårig försöksverksamhet med särskilt utbildningsstöd till studenter med psykiska och neuropsykiatriska funktionshinder. Försöksverksamheten har förlängts t.o.m. den 31 december 2006.

Sisus har beviljats medel från den särskilda statliga satsningen på psykiskt funktionshinder (prop. 2005/06:1, utg.omr. 9, anslag 13:9 *Bidrag till psykiatri och social psykiatri*) till att ta fram en guide om studenter med psykiska och neuropsykiatriska funktionshinder samt om olika studiestöd. Guiden syftar till att öka kunskapen hos olika yrkeskategorier som kommer i kontakt med studenterna – främst lärare, studievägledare, studenthälsan, arbetsförmedlingen och CSN.

Anpassade insatser efter behov

För att kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionshinder ska ha förutsättningar att leva ett självständigt liv måste insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (2001:453; SoL) vara individuellt anpassade och av god kvalitet. Insatserna ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Den enskilde ska ha inflytande över insatsen och personalen ska ha den kompetens som krävs för att ge ett gott stöd. Kommunerna ska planera för behovstäckning och ge personer med funktionshinder de insatser som de bedömts vara i behov av. Socialstyrelsen och länsstyrelserna ska följa hur lagarna tillämpas, bedriva tillsyn och verka för att kommunerna planerar för att kunna tillgodose framtida behov. Samverkan och samordnade insatser är grundläggande för att resurser ska användas effektivt.

Bestämmelser om dokumentation och anmälningsplikt har införts i LSS

Ändringar i LSS om att stärka den enskildes rättssäkerhet och ge tydligare ledning för olika myndigheternas tillämpning av lagen gäller från den 1 juli 2005. I och med ändringarna klargörs att LSS-verksamhet ska vara av god kvalitet. Vidare har det införts regler för dokumentation. Handläggning av enskilda ärenden och genomförande av beslut om insatser ska dokumenteras. Dessutom gäller en bestämmelse om anmälningsplikt. Personal som utför uppgifter enligt LSS ska anmäla allvarliga missförhållanden (Lex Sarah). Åtgärdas inte ett missförhållande omgående ska förhållandet anmälas till länsstyrelserna.

Bestämmelser i socialtjänstlagen för att beslut ska verkställas inom skälig tid

Kommuner är fr.o.m. den 1 juli 2006 skyldiga att rapportera beslut enligt SoL som inte verkställts inom tre månader till länsstyrelsen liksom till kommunens revisorer och kommunfullmäktige (prop. 2005/06:115, bet. 2005/06:SoU26, rskr. 2005/06:301). Rapporteringen av besluten ska ske en gång i kvartalet.

Kommuner som inte verkställer beslut inom en skälig tid kan få betala en sanktionsavgift. Avgiften, som ska vara ett yttersta påtryck-

ningsmedel, har samma utformning som den avgift som redan finns för domar som inte verkställs inom en skälig tid. Det innebär att länsstyrelsen kan ansöka hos länsrätten om avgiften och att den kan fastställas till minst 10 000 kronor och högst 1 miljon kronor.

Av propositionen framgår att det inte är förenligt med SoL att avslå ansökningar om den som bedömer ansökan har konstaterat att den enskilde har behov av insatsen.

Satsning på stöd och service till personer med psykiska funktionshinder

En psykiatrisamordnare har sedan hösten 2003 haft i uppgift att bl.a. åstadkomma en bättre samverkan mellan ansvariga huvudmän och en ökad samordning av insatser så att personer med psykiska funktionshinder får ett anpassat stöd när det gäller boende, sysselsättning och rehabilitering. Riksdagen har dessutom beslutet att avsätta 500 miljoner kronor 2005 och 200 miljoner kronor 2006 för att förbättra möjligheterna för personer med psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder att få tillgång till såväl nödvändiga vårdplatser som socialt anpassade stödinsatser. En del av medlen har också gått till att stimulera verksamhetsutveckling. Satsningen, följs upp av Socialstyrelsen.

Tillsyn

Länsstyrelserna ska enligt regleringsbrevet för de senaste åren bl.a. se till att socialtjänstens arbete bedrivs målinriktat, lagenligt samt med god kvalitet och framförhållning i planeringen. Myndigheterna ska också se till att uppmärksammade brister och missförhållanden åtgärdas. Inom ramen för detta arbete ska man bl.a. genomföra insatser för att påverka kommuner att planera för behovstäckning samt för att påverka kommuner och andra att samordna insatser och samverka genom individuella planer, särskilt när det gäller barnfamiljer. I tillsynen ska även myndigheterna beakta ett barn- och jämställdhetsperspektiv.

För att stärka tillsynen av socialtjänsten samt för att göra tillsynen tydligare och få den att fungera samordnat, strukturerat och effektivt har en särskild utredare i uppgift att bl.a. se över organisationen och ansvarsfördelningen (dir. 2004:178 och 2005:87).

Samverkan för stöd till barn

Socialstyrelsen har i regleringsbrevet för 2006 fått i uppdrag att analysera förutsättningarna för samordning av olika individuella planer som barn, unga eller vuxna med omfattande funktionshinder kan ha. Uppdraget, som ska genomföras i samarbete med Skolverket och Specialpedagogiska institutet, ska redovisas senast den 1 december 2006. Insatsen är en fortsättning på en tidigare uppgift att tydliggöra ansvarsfördelningen och effektivisera samverkan mellan olika huvudmän när det gäller stödet till barn och unga med omfattande funktionshinder.

Kompetenshöjande åtgärder

Det behövs en professionell kunskap om det praktiska sociala arbetet för att socialtjänsten ska kunna erbjuda medborgarna insatser som leder till full delaktighet, jämställdhet och jämlikhet i levnadsvillkor. Ett av målen för Socialstyrelsen i regleringsbrevet de senaste åren är att utveckla kvaliteten i stödet och servicen för personer med funktionshinder. Insatserna ska baseras på tillgänglig vetenskap och beprövad erfarenhet samt ett tydligt brukarperspektiv. Arbetet sker inom ramen för Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS). Ett annat mål är att kommunernas kompetensförsörjning ska förbättras. Socialstyrelsen ska även utveckla sin normering inom områden där det finns behov av statlig vägledning.

I den IT-politiska propositionen Från IT-politik för samhället till politik för IT-samhället (prop. 2004/05:175, bet. 2005/06:TU4, rskr 2005/06:142) framhålls att Socialstyrelsen och IMS bör utveckla sitt stöd till kommunerna när det gäller utvecklingen av kvalitetssäkringsregister, metodstöd samt informations- och statistikförsörjning inom socialtjänsten. Detta arbete är av central betydelse för verksamhetens kvalitet.

Internationellt

FN:s generalförsamling beslutade i december 2003 att inleda förhandlingar om en konvention till stöd för funktionshindrades fulla åtnjutande av de mänskliga rättigheterna. Arbetet har bedrivits i en av generalförsamlingen särskilt tillsatt ad hoc-kommitté. I augusti 2006 slutfördes arbetet med ett utkast till en konvention som ska läggas fram för generalförsamlingen. De väg-

ledande principerna för konventionen omfattar autonomi, icke-diskriminering, deltagande, lika möjligheter, tillgänglighet samt hänsyn till variationen av personer med funktionshinder. Sveriges målsättning i FN är att handikapperspektivet stärks även i andra forum som övervakningskommittéerna för redan existerande konventioner för mänskliga rättigheter.

6.4.2 Insatser utanför politikområdet

Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken omfattar de flesta politikområden, bl.a. demokrati-, utbildnings-, miljö-, kultur- och transportpolitik. Insatser inom andra politikområden påverkar också i hög grad möjligheterna att förbättra villkoren för kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionshinder. Viktiga stöd inom andra politikområden är hjälpmedel, rehabilitering och habilitering samt vårdbidrag och handikappersättning. Andra stöd är sjuk- och aktivitetsersättning liksom olika statliga stöd inom arbetsmarknaden och skolan. Här följer några viktiga insatser som genomförs utanför politikområdet för att nå de handikappolitiska målen.

Kollektivtrafiken ska bli tillgänglig

I juni 2006 fick Vägverket och Banverket i uppdrag att ta fram ett nationellt handlingsprogram för kollektivtrafikens långsiktiga utveckling enligt intentioner i propositionen Moderna transporter (prop. 2005/06:160, bet. 2005/06:TU5, rskr. 2005/06:308). Ett högt prioriterat delområde i detta program ska vara att leda en nationell kraftsamling för att göra kollektivtrafiken användbar för personer med funktionshinder. Arbetet med programmet ska bedrivas i etapper. En första lägesrapport ska presenteras den 31 december 2006 och ett heltäckande handlingsprogram inklusive långsiktiga åtgärder ska redovisas senast den 31 december 2007.

Tillämpning av föreskrifter för tillgänglighet ska granskas och informationsinsatser öka

I regleringsbrevet för 2006 har Boverket fått i uppdrag att fortsätta verkets informationsinsatser för att öka kännedomen hos fastighetsägarna och andra viktiga aktörer om reglerna för undanröjande av enkelt avhjälpna hinder. Reglerna finns i Boverkets föreskrifter med krav på undanröjande av enkelt avhjälpna hinder till och i

lokaler dit allmänheten har tillträde och på allmänna platser (BFS 2003:19 HIN 1). Länsstyrelserna har dessutom i regleringsbrevet för 2006 fått uppdrag att särskilt rikta in tillsynen på tillämpningen av dessa föreskrifter.

Barn med funktionshinder löper ofta större risk för att bli begränsade i sin självständighetsprocess. Att få leka och pröva sig fram är en del av utvecklingsprocessen mot att bli självständig. Därför är det viktigt att barns miljöer, t.ex. lekplatser, är tillgängliga för alla. Lekplatser och näridrottsplatser betecknas ofta som allmän plats i kommunernas detaljplaner. Därför innefattar bestämmelserna om enkelt avhjälpna hinder även dessa områden.

Tillgängligheten i grund- och gymnasieskolan

Det saknas idag tillräcklig kunskap om hur den fysiska tillgängligheten ser ut för elever med funktionshinder i grund- och gymnasieskolan. Skolverket ska därför i samverkan med Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) samt i samråd med Boverket, Arbetsmiljöverket, Specialpedagogiska institutet och Handikappombudsmannen göra en inventering av tillgängligheten i grund- och gymnasieskolan. Resultatet av inventeringen ska redovisas senast den 1 oktober 2008.

En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna

En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009 har lagts fram för riksdagen i mars 2006 (skr. 2005/06:95, bet. 2005/06:KU17, rskr. 2005/06: 246). I handlingsplanen är fokus inriktat på bl.a. åtgärder mot diskriminering. De aviserade åtgärderna omfattar diskriminering p.g.a. kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning och ålder.

Arkitektur, form och design

Arkitektur, form och design har stor betydelse för att göra samhället tillgängligt för alla. Vid översynen av examensbeskrivningarna har begreppet funktionsförmåga lagts till i examensbeskrivningen av arkitektexamen. För arkitektexamen krävs enligt en ändring i högskoleförordningen (1993:100) att studenten bl.a. relaterar sitt arbete med hänsyn till samhällets och till alla människors olika behov och funktionsförmåga, liksom till samspelet mellan människor och den fysiska livsmiljön, inbegripet arbets-

miljön. På sikt kan denna kunskap påverka utvecklingen av ett tillgängligare samhälle.

Design för alla har fått alltmer uppmärksamhet de senaste åren. Handisam ska verka för att kunskapen om konceptet Design för alla ökar i samhället. Den definition som Handisam tillämpar är att Design för alla kan ses som en vägledande princip som innebär att man vid all planering och formgivning av produkter, byggnader, miljöer och IT-tjänster tar hänsyn till tillgänglighet och användbarhet för alla så långt det över huvud taget är möjligt.

Bättre möjligheter till arbete

Alla människor har kunskaper, förmågor och erfarenheter som är viktiga för samhället. Att förbättra tillgängligheten, att skapa bättre möjligheter för kvinnor och män med funktionshinder att arbeta samt att bekämpa diskriminering av funktionshindrade är ytterligare sätt att långsiktigt säkra ett högre arbetskraftsutbud. Taket i lönebidraget höjdes från 13 700 kronor till 15 200 kronor i månaden den 1 juli 2005. Syftet var att skapa fler jobb möjligheter för funktionshindrade. Från den 1 juli 2006 sker också en ökning av antalet platser med lönebidrag. Under 2006 infördes även s.k. utvecklings- och trygghetsanställningar för att bredda utbudet av arbetsgivare för funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga.

Skärpta krav på vallokaler

Genom den nya vallagen (2005:837), som gäller fr.o.m. den 1 januari 2006, skärpte riksdagen kraven på tillgängliga vallokaler ytterligare (prop. 2004/05:163, bet. 2005/06:KU9, rskr. 2005/06:33). Lagen innebär att kommunerna ska se till att det finns lämpliga lokaler som kan användas som vallokaler och röstningslokaler. Lokalerna ska ge väljarna goda möjligheter att rösta på valdagen. Valmyndigheten ska redovisa insatser och erfarenheter.

Tillgängliga lokaler för politiskt deltagande

Handisam har fått i uppdrag att sammanställa kunskap om tillgängligheten till kommunala lokaler för politisk verksamhet och hur människor med funktionshinder bemöts i det politiska livet i kommunerna. Handisam ska även där det behövs lämna förslag till åtgärder så att funktionshindrade kan delta i det politiska livet på samma villkor som andra. Uppdraget ska redovisas den 31 december 2007.

Insatser som ska motverka våld

Kunskapen om våld och sexuella övergrepp mot kvinnor och män med funktionshinder är i dag otillräckliga. Beroendet av stöd från andra människor kan leda till kränkningar och övergrepp av personer som utnyttjar människors utsatthet. Samtidigt finns svårigheter att bli trodd och vid vissa funktionshinder även att kunna beskriva vad som har hänt. För att öka kunskapen har Brottsförebyggande rådet fått i uppdrag att i samråd med HO och Handisam kartlägga våld mot funktionshindrade. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2007.

6.5 Resultatredovisning

6.5.1 Mål

Målen för handikappolitiken är

- en samhällsgemenskap med mångfald som grund,
- att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet,
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.

6.5.2 Resultat

Nationella handlingsplanen

Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken har följts upp och en skrivelse lades fram för riksdagen i mars 2006. (skr. 2005/06:110, bet. 2005/06:SoU24, rskr. 2005/06:341). I skrivelsen redogörs för hur arbetet med att genomföra handlingsplanen har fortskridit sedan december 2002 när den första uppföljningen genomfördes (Skr. 2002/03:25).

Uppföljningen visar att det har skapats en ändamålsenlig ansvarsfördelning, vilket har gett handikapperspektivet ökat utrymme inom olika samhällssektorer. Sektorsmyndigheterna har här visat sig vara viktiga verktyg till förändring. Arbetet med att göra samhället tillgängligare för personer med funktionshinder har inom vissa områden gett effekter. Inom andra områden är

det svårt att uttala sig om resultat. Sammantaget går tillgänglighetsarbetet dock för långsamt.

Målet är att kollektivtrafiken bör vara tillgänglig för personer med funktionshinder 2010. De utvärderingar som trafikverken har gjort visar att förbättringar har skett men att arbetet måste gå snabbare för att målet ska nås.

Boverkets föreskrifter med krav på undanröjande av enkelt avhjälpna hinder till och i lokaler dit allmänheten har tillträde och på allmänna platser (BFS 2003:19 HIN 1) började gälla i december 2003. Boverket har i september 2005 lämnat en uppföljning av hur arbetet har gått hittills. Man konstaterar att tillgänglighetsfrågorna generellt har fått ökad uppmärksamhet och att alltfler insatser görs. Men Boverket påpekar att fler insatser behöver göras.

De statliga myndigheternas arbete med att ta fram handlingsplaner för tillgänglighet har påbörjats men behöver intensifieras. Handikappombudsmannen har haft i uppdrag sedan 2003 att genomföra årliga uppföljningar. Vid den senaste uppföljningen som genomfördes 2005 hade 77 av 363 myndigheter svarat att de hade tagit fram en handlingsplan.

Tillgängligheten till film och video har ökat. I 2000 års filmavtal infördes stöd till film och video för syntolkning och textning på svenska. Stödet har använts till bl.a. svensktextning av svensk film på biograf, video och dvd, syntolkade filmvisningar på biograf, utgivning av syntolkad svensk film på video och dvd samt olika tekniska utvecklingsprojekt.

Arbetsmarknadssituationen för människor med funktionshinder har de senaste åren försämrats. Färre kvinnor och män med funktionshinder är i arbete. Arbetskraftsdeltagandet var 2004 lägre för kvinnor än för män. Dessa könsskillnader återfinns såväl bland personer med funktionshinder som bland personer utan funktionshinder. I lägesrapporten 2005 om handikappomsorgen för Socialstyrelsen en diskussion om eventuella skillnader mellan könen. En slutsats är att män i högre grad tycks ha aktiverande insatser inriktade på arbetslivet. Kvinnor har i sin tur oftare insatser som ersätter olika former av sysselsättning och arbete.

Individuella stödinsatser

Insatser enligt LSS och SoL

LSS har betytt mycket för att ge personer med omfattande funktionshinder det stöd och den service de behöver för att kunna leva som alla andra. Självbestämmandet och delaktigheten har ökat och generellt sett har funktionshindrades ställning i samhället stärkts. Insatsen personlig assistans har varit mest betydelsefull för denna utveckling.

Antalet insatser liksom antal personer som beviljas insatser fortsätter att öka. Det innebär att allt fler människor får del av det stöd och den service som LSS erbjuder. Men de brister och tendenser som bl.a. observerats i tillsynen har medfört att det i dag är osäkert om kvinnor och män, flickor och pojkar alltid får just det stöd de behöver för att uppnå full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor.

Kommunernas kostnader för LSS har ökat med cirka 17 procent under åren 2000–2004 sett

ur 2004 års prisnivå. Enligt Socialstyrelsen ökade kostnaderna för personlig assistans mest, med drygt 40 procent.

Både antalet personer som får insatser och antalet insatser har ökat i stor omfattning de senaste åren. Under 2000 till 2005 ökade antalet människor som fick insatser med cirka 8 800 och antalet insatser med cirka 14 700 – eller med cirka 19 respektive 18 procent. Särskilt stor var ökningen av insatser 2003 jämfört med 2002.

Insatser enligt LSS ges i högre utsträckning till män och pojkar än till kvinnor och flickor och skillnaden har ökat. I åldern 0–19 år dominerar de unga männen mer markant än för vuxna, 62 procent pojkar mot 38 procent flickor. Jämför man vuxna över 19 år är skillnaden 55 procent män mot 45 procent kvinnor. Öknings-takten är vidare högre för pojkar än för flickor. Enligt Socialstyrelsen går det inte att bedöma om detta är ett uttryck för diskriminering av flickor eller om behoven faktiskt är olika.

Tabell 6.2 Kostnader för kommunala insatser, antal med LSS-insatser och andel kvinnor och män som har insatser samt kommunala LSS-insatser totalt och fördelade på kvinnor och män

År	Kostnad totalt i 2004 års priser (mdkr)	varav LSS (mdkr)	Antal med insatser LSS	Andel kvinnor med insatser, %	Andel män med insatser, %	Antal insatser LSS	Andel insatser till kvinnor, %	Andel insatser till män, %
2000	28,2	22,7	45 500	44	56	80 600	45	55
2001	29,4	23,6	47 100	44	56	82 400	44	56
2002	30,8	24,7	48 600	44	56	85 000	44	56
2003	31,5	25,6	51 500	44	56	90 300	44	56
2004	32,4	26,4	52 900	43	57	93 100	44	56
2005	–	–	54 300	43	57	95 200	44	56

Källa: Kostnader kommer från Socialstyrelsens lägesrapport 2005. Antalet med insatser och antalet insatser kommer från Socialstyrelsens officiella statistik som mätt förhållandena en särskilt datum varje år. Statistiken anger enbart beslut som fattas av kommunerna. Därför ingår inte uppgifter om råd och stöd eller uppgifter om assistansersättning.

Tabell 6.3 Antal kommunala LSS-insatser fördelade per insats

År	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Daglig verksamhet	20 500	21 100	21 700	23 200	24 100	25 000
Bostad med särskild service, vuxna	16 900	17 500	18 000	19 000	19 900	20 300
Kontaktperson	13 600	14 000	14 500	15 200	16 100	16 700
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	9 800	9 600	9 900	10 400	10 500	10 500
Ledsagarservice	7 800	8 100	8 500	9 200	9 400	9 600
Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	3 000	3 100	3 400	4 000	4 400	4 700
Avlösarservice i hemmet	3 600	3 600	3 500	3 600	3 700	3 600
Särskilt boende för barn	1 100	1 100	1 200	1 300	1 200	1 200
Personlig assistans	4 200	4 300	4 300	4 600	3 900	3 600

Källa: Socialstyrelsens årliga statistik som mätt förhållandena en särskilt datum varje år. Statistiken anger enbart beslut som fattats av kommunerna. Därför ingår inte uppgifter om råd och stöd eller uppgifter om assistansersättning. Siffrorna har avrundats till närmaste 100-tal

Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år har ökat procentuellt mest under perioden 2000–2005. Det är oftast pojkar i åldern 13–22 år som får denna insats. Insatsen har ökat stadigt sedan 1999 men ökningen blir särskilt tydlig från 2002 och framåt. Andra insatser som ökat mer än genomsnittet är ledsagarservice, daglig verksamhet, bostad med särskild service för vuxna och kontaktperson. Sett till antal insatser så är det daglig verksamhet och bostad med särskild service för vuxna som ökat mest – med 4 500 respektive 3 400 insatser.

Cirka 33 procent av alla insatser enligt LSS gavs 2005 till barn och unga som var 22 år eller yngre, cirka 60 procent gällde personer som var i åldrarna 23 år t.o.m. 64 år samt cirka 7 procent gavs till personer som var 65 år eller äldre. Jämfört med 2000 har andelen barn och ungdomar som beviljats stöd ökat sin andel med cirka 3 procentenheter medan vuxna minskat sin andel.

Antal kvinnor och män som får insatser enligt socialtjänstlagen ökar också. Ökningen är markant och högre än för LSS. Cirka 23 700 personer fick stöd enligt SoL 2005 mot 21 700 året innan. Det kan jämföras med att 54 300 fick stöd enligt LSS 2005 mot 52 900 året innan.

Insatser enligt socialtjänstlagen till personer under 65 år, dvs. hemtjänst eller permanent boende i särskilda boendeformer, ges till drygt 50 procent män och drygt 49 procent kvinnor. Fler kvinnor än män får däremot hemtjänst, 52 procent mot 48 procent.

Kostnaderna för insatser enligt socialtjänstlagen var ca 6 miljarder (inklusive insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen) 2004 och 26,4 mil-

jarder för LSS. Men det är stora variationer mellan landets kommuner i kostnader för stöd och service. Räknat per person för både daglig verksamhet och särskilt boende har kostnaderna minskat med cirka 8 procent sedan år 2000. Enligt Socialstyrelsen kan det förklaras av personalminskning och av större deltagargrupper inom daglig verksamhet. Kostnaderna för stöd och service till personer med funktionshinder varierar dock stort mellan landets kommuner.

I lägesrapporten för 2005 konstaterar Socialstyrelsen även att förändringar i kostnader per person mellan åren ser olika ut i kommunerna: de ökar, minskar eller är oförändrade. Det finns samtidigt inget svar på hur detta påverkar livsvillkoren för dem som behöver stödet. Men minskade resurser kan enligt Socialstyrelsen signalera ett hårdare ekonomisk läge för handikappomsorgen. 14 av 21 länsstyrelser anger att verksamheter för personer med funktionshinder påverkats negativt av kommunernas bristande resurser inom området. Detta visar sig bl.a. genom att vissa kommuner infört riktlinjer som begränsar de rättigheter som LSS ger den enskilde. Det kan också visa sig genom minskad personaltäthet, minskad fortbildning av personal och att verksamheter slås ihop till större enheter.

Assistansersättning

Insatsen personlig assistans har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många kvinnor och män, flickor och pojkar med omfattande funktionshinder. Assistansreformen främjar därigenom jämlikhet i levnadsvillkor och delaktighet i samhällslivet.

Tabell 6.5 Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och andel kvinnor och män som har assistans samt beviljade timmar per vecka

År	Kostnad totalt (mdkr)	varav stat (mdkr)	varav kommun (mdkr)	Antal personer med beviljad assistans för dec månad	Andel kvinnor med insatser, %	Andel män med insatser, %	Antal timmar/vecka/ person i genomsnitt
1999	6,0	4,5	1,5	9 100	47	53	83
2000	7,0	5,3	1,7	9 700	47	53	86
2001	8,2	6,3	1,9	10 800	47	53	88
2002	9,8	7,5	2,2	11 600	47	53	92
2003	11,2	8,7	2,5	11 900	47	53	96
2004	12,8	10,0	2,7	12 800	47	53	99
2005	14,3	11,3	3,3	13 600	47	53	101

Källa: Försäkringskassan

Antalet personer med assistansersättning har ökat kraftigt. Mellan december 1999 och december 2005 har antalet ökat med cirka 50 procent. Sedan reformen infördes 1994 har antalet mer än fördubblats. Även antalet beviljade timmar per person har ökat kraftigt. Som en följd av denna utveckling har även kostnaderna för insatsen mer än fördubblats sedan 1999 och utgifterna för assistansersättningen är väsentligt högre än beräknat.

Ökningen av antalet personer beror delvis på att personer som är 65 år och äldre från 2001 får behålla den personliga assistans som de beviljats innan de fyllde 65 år. Det är också den åldersgrupp som ökat mest de senaste åren. Även åldersgruppen 63–64 år har ökat kraftigt. Antalet nybeviljade personer i denna grupp har ökat med cirka 30 procent sedan införandet av de nya reglerna 2001.

Assistansersättning utgår till fler män än kvinnor. Sett över tiden är skillnaderna oförändrade. I den utvärdering som Försäkringskassan genomförde under 2004 konstaterades att skillnaderna mellan andelen kvinnor och män som får assistansersättning samt skillnaderna i antal beviljade timmar inte är stora men systematiskt återkommande (RFV Analyser, 2004:11).

Skillnaderna minskar om man tar hänsyn till ålder. Yngre personer beviljas mer assistans än äldre och andelen män är fler i de yngre åldersgrupperna medan kvinnorna är fler i de äldre.

Jämför man ensamstående med assistansersättning framkommer att ensamstående män får mer assistans än ensamstående kvinnor. Det omvända gäller för sammanboende där kvinnor får mer assistans än män. Det kan tolkas som att handläggarna generellt anser att kvinnor kan ta mer ansvar för sin partner som har funktions-

hinder än vad män kan göra. I undersökningen framkommer också att män och kvinnor tenderar att betona sina behov olika och att handläggaren också kan uppfatta att personerna lägger fram sina behov på olika sätt. Men handläggarna i undersökningen anser också att kvinnor och män i viss utsträckning har olika behov.

Antalet barn och ungdomar i åldern 0 till 19 år med statlig assistansersättning uppgick till drygt 2 900 personer i december 2005. Det motsvarar en andel på 21 procent av samtliga mottagare. Andelen har varit i princip oförändrad under 2000-talet.

Antalet personer som beviljats assistansersättning är flest bland personer som har varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som inte beror på normalt åldrande (personkretsgrupp 3). Personer som har betydande och bestående begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder som orsakats av yttre våld eller kroppslig sjukdom (personkretsgrupp 2) är den minsta gruppen men personerna har flest timmar. Det beror på att funktionshindren inom denna personkretsgrupp ofta leder till ett omfattande behov av stöd och service.

De flesta mottagare av assistansersättning anlitar kommunen som arbetsgivare för sina assistenter (57 procent), även om andelen har minskat. De privata bolagen har ökat sin andel och anlitas av 28 procent. Brukarkooperativens andel har minskat något till 12 procent. Cirka 3 procent är själva arbetsgivare till sina egna assistenter.

Assistanskommittén konstaterar i sitt delbetänkande På den assistansberättigades uppdrag (SOU 2005:100) att den personliga assistansen verkar fungera väl för de allra flesta. Men det finns betydande skillnader som beror på vem

som ordnar assistansen. Av de svarande i kommitténs enkätundersökning som hade kommunen som anordnare angav 48 procent att deras assistansanordnare i stor utsträckning kan erbjuda den personliga assistans som de vill ha. Motsvarande andel för brukarkooperativ och privata företag var 74 respektive 70 procent.

Tabell 6.4 Andel som uppger att assistansanordnaren kan erbjuda den personliga assistans som den assistansberättigade vill ha (procent)

Om assistansanordnaren kan ge den assistans som brukaren vill ha	Kommun	Brukar-kooperativ -	Annan service-organisation	Totalt
Ja, i stor utsträckning	48	74	70	57
Ja, i viss utsträckning	31	16	21	27
Nej	8	5	3	6
Vet inte	13	5	6	10

Källa: SOU 2005:100 (Enkätundersökning med 915 personer)

I princip samma andelar i de olika grupperna går igen i svaren som gällde hur många som har kunnat välja assistenter och hur många som får bestämma över assistenternas arbetsuppgifter. För de svarande som hade brukarkooperativ eller privata företag som anordnare var möjligheten att få stor bestämmanderätt över sin personliga assistans också en viktig orsak till valet av assistansanordnare.

Personligt ombud

Utvärderingar av verksamhet med personliga ombud visar att personer med psykiska funktionshinder har blivit mer delaktiga i samhället. Personernas psykosociala situation har förbättrats och deras ställning i samhället har stärkts.

Reformen har dessutom gett positiva samhälls-ekonomiska effekter genom ekonomiska besparingar hos framför allt landstingen. Verksamheterna har dessutom blivit ett tillgängligt och välkänt komplement till övrig social verksamhet i kommunerna.

Verksamheten skapar förutsättningar för enskilda att kunna påverka sina liv och minskar behovet av vård från samhället. Det bidrar till att skapa både jämlikhet i levnadsvillkor och en samhällsgemenskap med mångfald.

Antalet personliga ombud och antalet människor som har ett personligt ombud har successivt ökat under uppbyggnadsfasen. Fler kvinnor än män har personligt ombud och andelen kvinnor har ökat.

Det finns ingen skyldighet för kommuner att inrätta en verksamhet med personliga ombud. Trots detta har 80 procent av landets kommuner valt att etablera verksamheten. Det finns enligt Socialstyrelsen även en efterfrågan på fler ombud.

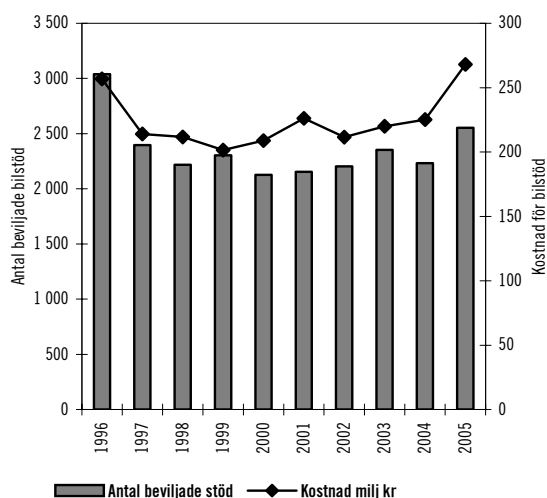
Socialstyrelsen har följt upp och utvärderat ombudsverksamheten. Några slutsatser som dras i rapporten Personligt ombud 2000–2004 är att ombuden fyller ett vakuum i det samhälleliga stödsystemet, en "fristående" instans till vilken personer som har psykiska funktionshinder och stora behov av stödinsatser kan vända sig. Ombudens stöd i personernas kontakter med bl.a. myndigheter och organisationer har varit ett särskilt betydelsefullt inslag.

Enligt Socialstyrelsen efterfrågas idag ytterligare ombud. Det finns knappt 60 kommuner som saknar ombud, huvudsakligen i Skåne och Västra Götaland. En del av dessa kommuner vill starta upp verksamheter.

Tabell 6.6 Utveckling av personliga ombud (PO)

År	Antal kommuner med PO	Andel kommuner som har PO av samtliga, %	Antal verksamheter med PO	Antal PO	Antal aktuella personer med PO	Andel kvinnor med PO, %	Andel män med PO, %	Utbetalt till PO under hela året
2002	213	73 %	80	203	1 200			59,6
2003	235	81 %	98	272	2 600			81,3
2004	231	80 %	101	286	3 200	53	47	85,2
2005	233	80 %	101	295	3 600	56	44	89,0

Bilstöd

Diagram 6.1 Kostnader för och antal beviljade bilstöd under perioden 1996–2005

Källa: Försäkringskassan

Under 2005 beviljades 2 550 bilstöd vilket är en ökning med 320 bilstöd jämfört med 2004. Att antalet blev så högt beror till stor del på att medlen för första gången på flera år räckte hela året ut. Under flera år har medlen tagit slut innan årets slut vilket resulterat i att beslut och utbetalningar har skjutits fram till nästföljande år. Anslaget tillfördes därför ytterligare 123 mil-

joner kronor under 2005 och uppgick därmed till 341 miljoner kronor.

Det utbetalade stödet påverkas inte enbart av antalet stödberättigade utan även av vad stödet ska ersätta. Hälften av bilstödet går till inköp av motorfordon även om andelen minskat så att en allt större del av bilstödet (48 procent) går till anpassningen av motorfordon. Genomsnittskostnaden för anpassning av motorfordon ligger strax under 70 000 kronor per fordon och grundbidraget, som är en schabloniserad ersättning för införskaffande av motorfordon, uppgår till 60 000 kronor per fordon.

Vuxna som har ett funktionshinder och behöver motorfordon för att arbeta eller för att delta i arbetslivsriktad utbildning eller rehabilitering får bilstöd i störst utsträckning. Jämfört med 2000 har de minskat sin andel av stödet. Föräldrar till barn med funktionshinder har, efter en årlig ökning t.o.m. 2002, också minskat sin andel av stödet.

Andelen män som får del av bilstöd är högre än andelen kvinnor. Skillnaderna varierar inom de olika bidragsgrupperna.

Tabell 6.7 Antal som har bilstöd, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper

År	Antal beviljade bilstöd	Andel stöd till kvinnor, %	Andel stöd till män, %	Grupp 1, %	Grupp 2, %	Grupp 3, %	Grupp 4, %	Grupp 5, %
2000	2 130	48	52	40	9	23	1	27
2001	2 150	45	55	36	9	26	1	29
2002	2 200	45	55	34	9	26	1	30
2003	2 350	44	56	37	12	22	1	28
2004	2 230	46	54	37	13	22	1	27
2005	2 550	47	53	37	13	22	2	27

Grupp 1: Funktionshindrad person under 65 år som behöver ett fordon för att kunna försörja sig, genomgå arbetslivsriktad utbildning eller rehabilitering.

Grupp 2: Funktionshindrad person under 65 år som tidigare beviljats bidrag enligt grupp 1 och som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning.

Grupp 3: Annan funktionshindrad person än tillhörande grupperna 1 och 2, som fyllt 18 men inte 50 år.

Grupp 4: Funktionshindrad förälder med barn under 18 år, om föräldern sammanbor med barnet.

Grupp 5: Förälder till funktionshindrat barn, om föräldern sammanbor med barnet.

Särskilt utbildningsstöd

Det särskilda utbildningsstödet främjar studiemöjligheterna för personer med funktionshinder inom folkhögskolor, universitet och högskolor samt inom riksgymnasier som är avsedda för ungdomar med svåra rörelsehinder. Att alltför få del av stödet leder till att levnadsvillkoren för flickor och pojkar, män och kvinnor med funktionshinder blir mer jämlika.

Tabell 6.8 Kostnader för särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer

	2001	2002	2003	2004	2005
Särskilt utb. stöd/assistans vid folkhögskola (mnkr)	84	88	87	89	91
Särskilt utb. stöd inom univ. och högskola (mnkr)	5,9	4,6	3,2	3,6	4,2
Särskilt utb. stöd vid riksgymnasium (mnkr)	80	69	70	69	70

Kostnaderna för särskilt utbildningsstöd till assistans vid universitet och i högskola ökade med drygt 13 procent 2004 och med drygt 15 procent 2005. Mot bakgrund av att antalet studenter ökat i stor omfattning båda åren, bedöms kostnadsökningen som förhållandevis liten.

Antalet elever som utbildar sig vid landets riksgymnasier är i stort sett oförändrat, bortsett från en viss nedgång läsåret 2004/05. Det gäller även kostnaderna. Enligt det betalningssystem som infördes 2001 bidrar även kommuner och landsting till kostnaderna.

Jämfört med andra utbildningsformer har folkhögskolan en hög andel studerande med funktionshinder. Kursdeltagare som behöver assistans ökar stadigt år från år, liksom utbildningsvolymen som mäts i deltagarveckor. Antalet deltagarveckor har ökat – cirka 41 700 läsåret 2003/04, cirka 48 500 läsåret 2004/05 och cirka 51 000 läsåret 2005/06.

Antalet studenter vid universitet och högskolor med assistans genom särskilt utbildningsstöd fortsätter också att öka. Antalet fördubblades 2005 jämfört med 2003. Försöksverksamheten med assistans till studenter med psykiska och neuropsykiatriska funktionshinder har stått för den ojämförligt största uppgången sedan starten 2003, när 37 personer beviljades stöd. Det kan jämföras med 146 studenter 2005, dvs. cirka hälften av samtliga.

Tabell 6.9 Antal elever med särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer

	Läsår			
	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06
Deltagare med särskilt utb. stöd vid folkhögskola	3 100	4 000	4 200	5 300
Andel kvinnor		52	48	49
Andel män		48	52	51
Elever med särskilt utb. stöd vid riksgymnasium	175	178	166	174
Andel unga kvinnor		52	56	56
Andel unga män		48	44	44
	År			
	2002	2003	2004	2005
Studenter med särskilt utb. stöd vid univ. och högskola	109	143	222	296
Andel kvinnor		57	61	60
Andel män		43	39	40

Andelen kvinnor dominerar när särskilt utbildningsstöd fördelas till funktionshindrade som läser på universitet eller högskola. Andelen kvinnor respektive män med särskilt utbildningsstöd stämmer överens med fördelningen mellan kvinnor och män med funktionshinder inom högskolan totalt. De unga kvinnorna dominerar även vid landets riksgymnasier och deras andel har ökat.

Fler elever som antagits vid riksgymnasierna under senare år har ett mer omfattande omvårdnadsbehov än tidigare. Även personer med neuropsykiatriska och psykiska funktionshinder har ökat i riksgymnasierna liksom i skolan i övrigt. Förändringarna har resulterat i att den assistansstab som finns inte alltid täcker de omvårdnadsbehov som enskilda elever har. För att kunna mäta graden av måluppfyllelse av genomförda insatser kommer dessa bl.a. att följas upp.

Skillnader mellan kvinnor och män

Det övergripande målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv (prop. 2005/06:155, bet. 2005/06:AU11, rskr. 2005/06:257). Målet gäller för alla människor i olika livssituationer och skeden i livet, oberoende av ålder, etnicitet, sexuell läggning, funktionshinder eller var i landet man bor.

När stöd och service beviljas människor som har funktionshinder skiljer det sig åt i vilken utsträckning stödet går till kvinnor respektive

män, till flickor respektive pojkar och till barn respektive vuxna. Män får som regel fler stödinsatser än kvinnor. Undantag gäller för personligt ombud samt särskilt utbildningsstöd till universitet, högskola och riksgymnasium. I vilken utsträckning detta beror på kön eller på antal män i förhållande till antal kvinnor som har ett visst funktionshinder är inte känt. Det är däremot sannolikt att kvinnor och män bedöms olika p.g.a. sitt kön när stöd beviljas, dvs. att samma ordning gäller på detta område som i samhället i stort. Det innebär att kvinnor och män inte är delaktiga på samma villkor och att möjligheterna till inflytande inte är desamma för båda könen. För att kunskapen om de skillnader som finns mellan kvinnor och män, flickor och pojkar, ska öka behöver det statistiska underlaget förbättras.

Anpassade insatser efter behov

Personer med psykiska funktionshinder

I bl.a. Socialstyrelsens och länsstyrelsernas rapport Social tillsyn 2005 – resultat av länsstyrelsernas tillsyn, framkommer att personer med psykiska funktionshinder är en grupp som har särskilt svårt att få den hjälp och det stöd de behöver. I rapporten anger över hälften av länsstyrelserna att det råder brist på bostäder för funktionshindrade, framförallt för personer med psykiska funktionshinder men det pågår också en utbyggnad av bostäder som i första hand riktar sig till dessa personer. En uppföljning av den tillsynsatsning som länsstyrelserna tillsammans med Socialstyrelsen har genomfört under tre år har enligt tillsynsrapporten haft tydliga effekter på kommunernas verksamhet för personer med psykiska funktionshinder. En verksamhetsutveckling har inletts och förändringar har gjorts som ligger i linje med lagstiftningens bestämmelser och psykiatireformens intentioner. Exempel på positiva tendenser är enligt rapporten att kommunerna öppnar boenden, startar särskilda boendestödsgrupper och sysselsättningsverksamheter, också med individuellt anpassade lösningar för yngre personer. Några länsstyrelser uppger dock att det kan saknas sysselsättningsverksamheter som riktar sig till psykiskt funktionshindrade, eller att sysselsättningen är dåligt anpassad till målgruppen, i synnerhet yngre personer.

Enligt tillsynsrapporten har förutom tillsynsatsningen även statsbidraget till och utvecklingen av verksamheten med personliga ombud haft betydelse för att målgruppen har uppmärksammats i kommunerna och dess ledning.

Barn med funktionshinder, ofta med neuropsykiatriska diagnoser, som behöver insatser enligt både SoL och LSS är enligt tillsynsrapporten också en grupp som inte alltid får den hjälp de behöver. Grunden till problemen är ofta brister i samverkan mellan olika enheter inom kommunen. Även samverkansproblem mellan kommun och landstingets psykiatriska verksamheter medför att denna grupp inte alltid får lämpliga insatser.

Brister och tendenser i tillsynen

Bristen på bostäder till personer med funktionshinder har i vissa kommuner lett till att man planerar för nya boenden med en institutionslik miljö. Vissa kommuner omdefinierar grupp-bostäder till servicebostäder för att på detta sätt kunna utvidga boendet till fler platser. Bristen på bostäder med särskild service leder i vissa fall till att kommunerna har svårt att verkställa beslut och domar som gäller denna insats, och människor tvingas att vänta alltför länge på den beslutade insatsen. Målen om förbättrat självbestämmande, inflytande, valfrihet och kontinuitet för personer som behöver stöd och service p.g.a. funktionshinder riskerar i dessa fall att inte uppfyllas.

Det finns också kommuner som har en fördömlig planeringsprocess i samband med byggnation och driftstart av bostäder för personer med funktionshinder. Brukare, gode män, olika personalkategorier och anhöriga är involverade från start till mål med möjlighet till individuella lösningar. Bostäder integreras i väl inbodda centrala bostadsområden.

En annan positiv utveckling är att antalet domar som inte har verkställts inom en skälig tid har halverats. Länsstyrelser anser att möjligheten att döma ut en särskild sanktionsavgift har påverkat denna utveckling. Antalet ansökningar om sanktionsavgift till domstolen har också minskat. I sju fall har länsstyrelser ansökt om sanktionsavgift på grund av att en dom inte verkställts inom handikappområdet.

En tredjedel av länsstyrelserna rapporterar att alltfler beslut verkställs i tid. Generellt sett verkar däremot inte antalet ej verkställda beslut minska över tid. Merparten av besluten som inte

verkställs handlar om bostad med särskild service, ledsagare och kontaktperson.

Flera länsstyrelser redovisar att användandet av individuella planer enligt LSS har ökat. Kommunernas medvetenhet om skyldigheten att informera personer med LSS-insatser om möjligheten att begära en individuell plan har också ökat. Detta har lett till att kommunerna tar fram mål och riktlinjer för arbetet med individuella planer. Men det totala antalet personer med LSS-insatser som har en individuell plan är fortfarande för lågt.

Kompetensutveckling

Ett viktigt förbättringsområde är personalens kompetens och fortbildning. Vid tillsynen av socialtjänstens verksamhet för personer med psykiska funktionshinder 2002 uppmärksammade länsstyrelserna att merparten av kommunerna saknade en plan för personalens kompetensutveckling. Vid en uppföljning i december 2005 hade över hälften av kommunerna upprättat sådana planer.

Socialstyrelsen har i januari 2006 presenterat ett förslag på kompetensbeskrivning för omvårdnadsassistenter (en samlingsbeteckning för undersköterskor, vårdbiträden, skötare, vårdare, personliga assistenter, boendestödjare, hemvårdare och personal med andra liknande benämningar). Syftet med en kompetensbeskrivning är att bidra till utvecklingen av kvaliteten i vård- och omsorgstjänsterna genom att beskriva vilken yrkeskompetens omvårdnadsassistenter bör ha. Ett annat syfte är att bidra till en tydligare yrkesidentitet för omvårdnadsassistenter.

Jämställdhetsperspektiv

Socialstyrelsen har varit pådrivande i arbetet med jämställdhetsintegrering i kommuner och för länsstyrelser. De flesta länsstyrelserna redovisar också att de införlivat ett jämställdhetsperspektiv i hela eller delar av tillsynen. Men det kvarstår brister i kommuner när det gäller jämställdhetsintegrering i socialtjänsten. Det finns t.ex. kommuner som redovisar att de inte arbetar utifrån ett jämställdhetsperspektiv.

6.5.3 Analys och slutsatser

Fortfarande har flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder inte samma möjlig-

heter till delaktighet som andra grupper i samhället. Det handlar bl.a. om möjligheten till arbete och utbildning. Tillgång till arbete och egen lön ger ekonomisk trygghet, men personer med funktionshinder har idag inte samma möjligheter att få arbete som andra. Det saknas ett helhetsgrepp.

Att förbättra tillgängligheten är ett centralt mål i handlingsplanen. Även om tillgänglighetsfrågorna har fått allt större genomslag så finns det fortfarande stora brister. Om målen för tillgänglighet ska kunna uppnås kommer arbetet att behöva intensifieras.

Det har under senare tid kommit alltfler signaler om att lagen om stöd och service till personer med vissa funktionshinder (LSS) inte fungerar som det är tänkt. Det råder dessutom en osäkerhet om lagstiftningens styrka och genomslag som ett handikappolitiskt redskap. Detta är bakgrunden till att Assistanskommittén ska genomföra en bred översyn av LSS.

Utvecklingen av stöd och service till personer med psykiska funktionshinder går i positiv riktning. Men eftersom området länge varit eftersatt så återstår det fortfarande en hel del att göra.

Den samlade kunskapen om jämställdhetsperspektivet på handikappfrågorna måste öka. För att statliga och kommunala myndigheter ska kunna planera och prioritera åtgärder för att rätta till brister i verksamheten behöver myndigheterna därför kunskap om skillnader i behovet av insatser som kan finnas mellan könen.

6.6 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen, som granskat årsredovisningarna för Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) och Handikappombudsmannen (HO), har inte haft några invändningar i respektive myndighets revisionsberättelse för 2005.

Riksrevisionen effektivitetsgranskade den statliga assistansersättningen till funktionshindrade 2004 (RiR 2004:7). I slutrapporten rekommenderar Riksrevisionen att det bl.a. görs något åt administrationen, den ekonomiska kontrollen och kontrollen av privata assistansanordnare. Mer långsiktigt förordar Riksrevisionen en utveckling av assistansen och en översyn av finansieringsformer så att valet av stödform inte styrs av hur stödet finansieras.

En parlamentarisk kommitté – Assistanskommittén – har därefter fått i uppdrag att se över insatsen personlig assistans och assistansersättningen. Kommittén redovisade ett delbetänkande i oktober 2005 – På den assistansberättigades uppdrag (SOU 2005:100). Betänkandet har remissbehandlats och bereds nu inom Regeringskansliet. Kommitténs uppdrag, inklusive en översyn av LSS, ska redovisas senast den 31 mars 2008.

6.7 Politikens inriktning

Sverige står inför flera välfärdsutmaningar. Det finns brister särskilt i att värna dem med störst behov och dem som inte alltid kan föra sin egen talan, t.ex. psykiskt sjuka och personer med omfattande funktionshinder. En förbättrad välfärd kräver både kvalitetsförbättrande nytänkande, en mångfald av aktörer och en stor frihet för den enskilde att välja.

Arbetsmarknadsläget ska uppmärksammas mer

Regeringen kommer att prioritera arbetet med att öka sysselsättningen för bl.a. personer med funktionshinder samt att identifiera och undanröja de hinder som finns för deltagande i arbetslivet. Det är särskilt viktigt att unga funktionshindrade får chansen att komma in på arbetsmarknaden.

Regeringen avser även att pröva förut-sättningarna att vidga lönebidragen så att arbets-sökande personer som startar och driver eget företag ska kunna få lönebidrag.

Satsningar på personliga ombud

Regeringen tillför ytterligare medel till verksamhet med personliga ombud. Anslaget utökas med 20 miljoner årligen för 2007 och 2008.

Diskriminering ska bekämpas

Människor med funktionshinder möter diskriminering i olika sammanhang. Att bekämpa diskriminering är centralt i det handikappolitiska arbetet. Den parlamentariska Diskrimineringskommittén har lämnat förslag om bl.a. en gemensam diskrimineringslagstiftning och en gemensam ombudsmannainstitution för de olika diskrimineringsgrunderna. Regeringen avser att återkomma i dessa delar.

Tillgänglighet ska få ökat genomslag

Arbetet med att göra Sverige tillgängligt kräver åtgärder inom många områden. I handlingsplanen finns tydliga mål för tillgängligheten som bör vara uppfyllda under 2010. T.ex. handlar det om mål för en tillgänglig kollektivtrafik och för att enkelt avhjälpta hinder i lokaler och på allmänna platser bör var undanröjda. Det behövs en kraftsamling på olika nivåer för att nå målen senast år 2010.

Översyn av utredningar

Regeringen avser att göra en översyn av samtliga pågående utredningar inom politikområdet och vid behov föreslå förändringar i enlighet med regeringens politik.

6.8 Budgetförslag

6.8.1 16:1 Personligt ombud

Tabell 6.10 Anslagsutveckling 16:1 Personligt ombud

Tusental kronor				
2005	Utfall	88 969	Anslags-sparande	3 996
2006	Anslag	89 460 ¹	Utgifts-prognos	89 972
2007	Förslag	109 460		
2008	Beräknat	109 460		
2009	Beräknat	89 460		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Statsbidraget finansierar verksamhet med personligt ombud för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Statsbidraget fördelas av Socialstyrelsen i samverkan med länsstyrelserna.

Regeringens överväganden

Regeringen avser att återkomma med preciserade förslag inom ramen för den psykiatrisatsning som aviserats, se anslag 13:9 *Bidrag till psykiatri*. I detta sammanhang kommer behovet av ökade resurser för personliga ombud att övervägas.

Enligt 2006 års ekonomiska vårproposition (prop. 2005/06:100, bet. 2005/06:FiU20, rskr. 2005/06:369) ska ytterligare 20 miljoner kronor per år tillföras verksamhet med personligt ombud för 2007 och 2008.

Tabell 6.11 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:1 Personligt ombud

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	89 460	89 460	89 460
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	20 000	20 000	
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	109 460	109 460	89 460

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 109 460 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:1 *Personligt ombud* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 109 460 000 kronor respektive 89 460 000 kronor.

6.8.2 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tabell 6.12 Anslagsutveckling 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags-sparande	Övrigt
2005	Utfall	273 350		1 318
2006	Anslag	273 350 ¹	Utgifts-prognos	269 720
2007	Förslag	273 350		
2008	Beräknat	273 350		
2009	Beräknat	273 350		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Från anslaget lämnas statsbidrag till landsting för insatser inom handikappområdet som avser

- rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) – 199 miljoner kronor
- tolktjänst – 74,35 miljoner kronor

Regeringens överväganden

Tabell 6.13 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	273 350	273 350	273 350
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	273 350	273 350	273 350

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 273 350 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till vardera 273 350 000 kronor.

6.8.3 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tabell 6.14 Anslagsutveckling 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags-sparande	Övrigt
2005	Utfall	170 763		
2006	Anslag	175 625 ¹	Utgifts-prognos	172 504
2007	Förslag	177 399		
2008	Beräknat	182 351 ²		
2009	Beräknat	187 425 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 177 399 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 177 399 tkr i 2007 års prisnivå.

Statsbidraget ska ge studerande med funktionshinder sådant stöd att de kan vistas på studieorten och genomföra studier vid folkhögskola. Motsvarande gäller för studerande med rörelsehinder vid studier på universitet och högskolor. Bidraget gör det också möjligt för ungdomar, som antagits till riksgymnasium för svårt rörelsehinder (rh-anpassad gymnasieutbildning), att genomföra studierna. Socialstyrelsens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) administrerar anslaget.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Socialstyrelsens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) beslutar fr.o.m. 2006 om det särskilda utbildningsstödet till folkhögskolor.

Bidraget beviljas per läsår. Regeringen föreslår att Sisus under 2007 ska ha möjlighet att göra ekonomiska åtaganden som innebär utgifter om högst 83 000 000 kronor efter 2007.

Tabell 6.15 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2005	Prognos 2006	Förslag 2007	Beräknat 2008	Beräknat 2009
Ingående åtaganden	78 586	82 000	82 000		
Nya åtaganden	82 000	82 000	83 000		
Infriade åtaganden	- 78 586	- 82 000	- 82 000	- 83 000	
Utestående åtaganden	76 338	82 000	83 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	82 000	82 000	83 000		

Regeringens överväganden

Tabell 6.16 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:3 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	175 625	175 625	175 625
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 774	6 726	11 800
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	177 399	182 351	187 425

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 177 399 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:3 *Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 182 351 000 kronor respektive 187 425 000 kronor.

6.8.4 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tabell 6.17 Anslagsutveckling 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tusental kronor

	Utfall	85 400	Anslags- sparande
2005			
2006	Anslag	81 900 ¹	Utgifts- prognos 80 445
2007	Förslag	79 900	
2008	Beräknat	79 900	
2009	Beräknat	79 900	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Statsbidraget ska gå till verksamheter av betydelse för personer med funktionshinder. Regeringen fastställer fördelningen av statsbidraget medan Socialstyrelsen ansvarar för administration och uppföljning. Om redovisningen av bidraget visar att det inte förbrukats under budgetåret regleras överskottet vid följande års utbetalning. Organisationerna är skyldiga att på begäran lämna underlag för granskning till Socialstyrelsen.

Regeringens överväganden

Organisationerna svarar genom sina skilda verksamheter för insatser som har betydelse för personer med funktionsnedsättningar.

Under 2006 beviljade den tidigare regeringen följande organisationer bidrag:

- Synskadades Riksförbund (SRF) för Iris Hantverk AB:s sysselsättningsfrämjande verksamhet för synskadade hantverkare.
- SRF för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade, m.m.
- Hjälpmedelsinstitutet (HI) för administration av upphandling av ledarhundar.
- SRF för bl.a. arbetsmarknadsstöd för synskadade, verksamhet för synskadade med ytterligare funktionshinder, utgivning av tidningar på tal och i punktskrift, lästjänst via fax samt produktion av material i punktskrift.
- Föreningen Sveriges Dövblinda (FSDB) och föreningen Fruktträdet för produktion av informationskällor för dövblinda personer, elektronisk nyhetsservice och utveckling av databaser.
- Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) för verksamhet för att stärka teckenspråkets ställning.
- Stiftelsen Rikstolkjänst för att tillhandahålla tolkservice till förtroendevalda i vissa organisationer.
- Naturhistoriska riksmuseet/Palynologiska laboratoriet för prognostisering och rapportering av pollenhalter m.m.
- Föreningen Rekryteringsgruppen Aktiv Rehabilitering för lägerverksamhet och uppsökande verksamhet främst för personer med ryggmärgsskada.
- Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR) för hjälpmedelsutställning.
- Riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper vid Ågrenska.
- Astma- och allergiförbundet, De Handikappades Riksförbund (DHR), NHR, Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (RBU) och SRF för att driva riksomfattande rekreationsanläggningar för personer med funktionshinder.

Möjligheten att ha en ledarhund ökar synskadades oberoende och minskar behovet av stöd och hjälp i andra former. SRF beviljas medel för att bl.a. köpa in, äga och placera ledarhundar. Riksdagen beslutade 2005 att reglera verksamheten och öka utbudet av ledarhundar. De nya reglerna började gälla den 1 januari 2006. För att främja konkurrensen ska inköp av ledarhundar upphandlas. Uppdraget att upphandla sköts av Handikappinstitutet. Regeringen avser att i enlighet med riksdagens tillkännagivande noga följa verksamheten och utvärdera den efter två år samt återkomma till riksdagen med en redovisning (prop. 2004/05:84, bet. 2004/05SoU:17, rskr 2004/05:241).

Tabell 6.18 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	79 900	79 900	79 900
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	79 900	79 900	79 900

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 79 900 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:4 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till vardera 79 900 000 kronor.

6.8.5 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tabell 6.19 Anslagsutveckling 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

		Tusental kronor	
2005	Utfall	163 652	Anslags-sparande
2006	Anslag	163 660 ¹	Utgifts-prognos
2007	Förslag	163 660	163 660
2008	Beräknat	163 660	
2009	Beräknat	163 660	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Statsbidraget ska stödja handikapporganisationerna i deras arbete för full delaktighet och jämlikhet i samhället för personer med funktionshinder. Socialstyrelsen ansvarar för administration och fördelning av bidraget.

Regeringens överväganden

Tabell 6.20 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:5 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	163 660	163 660	163 660
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	163 660	163 660	163 660

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 163 660 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:5 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till vardera 163 660 000 kronor.

6.8.6 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tabell 6.21 Anslagsutveckling 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags-sparande	Utgifter-prognos
2005	Utfall	13 501		10 100
2006	Anslag	21 078 ¹		20 018
2007	Förslag	23 286		
2008	Beräknat	24 124 ²		
2009	Beräknat	25 017 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 23 286 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 23 286 tkr i 2007 års prisnivå.

Statsbidraget till utrustning av elektronisk kommunikation ska ge personer som är döva, har en grav hörselskada, talskada eller språkstörning möjlighet att kommunicera via ett kommunikationsnät. Bidraget går till landstingen för inköp både av den kommunikationsutrustning som användarna behöver och, i de fall utrustningen

ska användas av närstående, den utrustning som de behöver.

Regeringens överväganden

Tabell 6.22 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:6 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	23 078	23 078	23 078
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	208	1 046	1 939
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	23 286	24 124	25 017

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 23 286 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:6 *Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 24 124 000 kronor respektive 25 017 000 kronor.

6.8.7 16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder²

Tabell 6.23 Anslagsutveckling 16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags-sparande	Utgifter-prognos
2005	Utfall	346 953		-12 083
2006	Anslag	256 000 ¹		256 000
2007	Förslag	256 000		
2008	Beräknat	256 000		
2009	Beräknat	256 000		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Inom ramen för de medel som anslagits för bilstöd till personer med funktionshinder ska stödet ge bl.a. personer under 65 år som är bero-

² I statsbudgeten för 2006 betecknat som anslag 16:7 Bilstöd till handikappade

ende av motorfordon för förvärvsarbete eller arbetslivsinriktad utbildning/rehabilitering, föräldrar till barn med funktionshinder och personer i åldern 18–49 år som varken förvärvsarbetar eller genomgår yrkesutbildning möjlighet att anskaffa, anpassa och ändra motorfordon. Stödet kan även omfatta körkortsutbildning i samband med anskaffning av motorfordon. Bidrag kan lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag. Försäkringskassan ansvarar för bilstödet.

Antalet personer som har rätt till bilstöd, omfattningen av fordonets anpassningsbehov, prisutvecklingen på marknaden för anpassning av fordon samt inkomstutvecklingen är de faktorer som framför allt styr utgifterna.

Regeringens överväganden

Bilstödet är en viktig insats för att uppnå målen för handikappolitiken. Stödet ska möjliggöra ett självständigt och oberoende liv med arbete, sociala kontakter, offentlig och kommersiell service etc.

Bilstödet har utretts (SOU 2005:26) och fr.o.m. den 1 januari 2007 gäller nya regler för bilstödet. Dessa innebär bl.a. följande:

- Föräldrar till barn med funktionshinder får 60 000 kronor i stället för 30 000 kronor i grundbidrag för införskaffande av motorfordon.
- Föräldrabegreppet utvidgas till att omfatta även vårdnadshavare som inte är föräldrar samt personer som tagit emot barn för adoption eller för stadigvarande vård och fostran.
- Ett nytt grund- och anskaffningsbidrag kan beviljas tidigast efter nio år, men med möjlighet att få bidrag tidigare om fordonet framförts minst 18 000 mil sedan det senaste bidraget beviljades.

Tabell 6.24 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:7 Bilstöd till personer med funktionshinder

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	256 000	256 000	256 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	256 000	256 000	256 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 256 000 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:7 *Bilstöd till personer med funktionshinder* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till vardera 256 000 000 kronor.

6.8.8 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 6.25 Anslagsutveckling 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2005	Utfall	11 347 829	Anslags-sparande	148 269
2006	Anslag	12 947 000 ¹	Utgifts-prognos	12 800 000
2007	Förslag	14 450 000		
2008	Beräknat	16 108 000		
2009	Beräknat	17 749 000		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Genom den statliga assistansersättningen avlastar staten kommunerna kostnader för mer omfattande insatser i form av personlig assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Assistansersättning lämnas till personer med omfattande funktionshinder som har behov av personlig assistans för sin dagliga livsföring under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka. Personer som innan de fyllt 65 år beviljats assistansersättning får behålla ersättningen efter fyllda 65 år. Antalet assistanstimmar får inte utökas därefter. Kommunen där den ersättningsberättigade är bosatt ska ersätta kostnaderna för de första 20 assistanstimmarna per vecka.

Regeringens överväganden

Den 15 juli 2004 tillsattes en parlamentarisk kommitté med uppdrag att göra en översyn av personlig assistans för vissa personer med funktionshinder (dir. 2004:107, 2004:179, 2005:66). Riksdagen har därefter i ett tillkännagivande (bet. 2005/06:SoU7, rskr. 2005/06:5) framfört att kommittén bör få ett tilläggsdirektiv med uppdrag att analysera och redovisa för- och nackdelar med ett samlat kostnadsansvar och ansvar för en och samma huvudman, staten, avseende personlig assistans. I juni 2006 fick kommittén ett utvidgat uppdrag som omfattar en översyn av hela LSS. Översynen inkluderar en förutsättningslös analys av huvudmannaskapsfrågan. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2008 (dir. 2006:68).

Assistanskommittén överlämnade delbetänkandet På den assistansberättigades uppdrag (SOU 2005:100) i oktober 2005. Delbetänkandet innehåller bl.a. förslag om lämpliga former för tillsyn och tillstånd av enskild verksamhet med personlig assistans samt om ökad uppföljning och kontroll av assistansersättningen. Regeringskansliet bereder för närvarande förslagen.

Tabell 6.26 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:8 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	12 947 000	12 947 000	12 947 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	542 000	1 146 000	1 780 000
Volym	961 000	2 015 000	3 022 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	14 450 000	16 108 000	17 749 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 14 450 000 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:8 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 16 108 000 000 kronor respektive 17 749 000 000 kronor.

6.8.9 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tabell 6.27 Anslagsutveckling 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tusental kronor

2005	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2006	Anslag	18 949 ¹	19 170
2007	Förslag	19 119	
2008	Beräknat	19 441 ²	
2009	Beräknat	19 855 ³	

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 19 121 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 19 123 tkr i 2007 års prisnivå.

Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) inrättades den 1 januari 2006. Myndigheten ska effektivisera och strukturera arbetet med att uppnå de handikappolitiska målen. Huvuduppgiften är att främja ett strategiskt och effektivt genomförande av den nationella handikappolitiken på såväl kort som lång sikt.

Uppgifter som tidigare låg hos Handikappombudsmannen (HO) och Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har förts över till Handisam liksom medel från HO:s och Sisus förvaltningsanslag samt från Hjälpmedelsinstitutets (HI:s) statsbidrag. Därutöver tillfördes anslaget ytterligare 1 miljon kronor som finansierades inom ramen för utgiftsområde 10, anslag 19:6 *Försäkringskassan*.

Regeringens överväganden

Tabell 6.28 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:9 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	18 949	18 949	18 949
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	174	494	906
Beslut	-4	-2	
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	19 119	19 441	19 855

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 19 119 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:9 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 19 441 000 kronor respektive 19 855 000 kronor.

6.8.10 16:10 Handikappombudsmannen

Tabell 6.29 Anslagsutveckling 16:10 Handikappombudsmannen

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Övrigt	Totalt
2005	Utfall	17 856	Anslags-sparande 83	
2006	Anslag	14 892 ¹	Utgifts-prognos	14 627
2007	Förslag	11 993		
2008	Beräknat	12 196 ²		
2009	Beräknat	12 460 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 11 996 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 12 000 tkr i 2007 års prisnivå.

Handikappombudsmannen (HO) ska bevaka frågor som rör rättigheter och intressen för personer med funktionshinder. HO ska motverka diskriminering på grund av funktionshinder. Ytterligare en central uppgift är att bevaka efterlevnaden av FN:s standardregler om delaktighet och jämlikhet för personer med funktionshinder.

HO har i uppgift att bevaka diskrimineringsfrågorna och kan föra talan i domstol för enskilda som anser sig utsatta för diskriminering. HO ska därutöver även handlägga anmälningar om diskriminering av funktionshindrade som inte omfattas av diskrimineringslagstiftningarna.

Regeringens överväganden

Regeringen avser att samordna de olika diskrimineringslagarna till en gemensam lagstiftning samt att slå samman Jämställdhetsombudsmannen, Handikappombudsmannen, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning till en myndighet. Detta ligger i linje med vad diskrimineringskommittén föreslår. Regeringen avser återkomma i frågan under 2007.

Tabell 6.30 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 16:10 Handikappombudsmannen

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	14 892	14 892	14 892
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	135	385	711
Beslut	-3 034	-3 081	-3 143
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	11 993	12 196	12 460

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 11 993 000 kronor ska anvisas under anslaget 16:10 *Handikappombudsmannen* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 12 196 000 kronor respektive 12 460 000 kronor.

7 Politikområde Äldrepolitik

7.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser som syftar till att ge äldre personer förutsättningar att leva ett självständigt liv med god livskvalitet. Många av dessa insatser utförs inom ramen för en generell politik som riktar sig till fler målgrupper än äldre varför de ofta finansieras och redovisas inom andra politikområden än äldrepolitiken. De insatser som i detta sammanhang redovisas som äldrepolitik är huvudsakligen sådana som kommunerna ansvarar för inom ramen för äldre- och handikappomsorgen enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) samt insatser som utförs av myndigheter med ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering, främst Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Staten lämnar ekonomiskt bidrag till kommunernas verksamhet inom ramen för utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommunerna. Inom politikområdet redovisas medel för stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken samt bidrag till vissa pensionärsorganisationer.

År 2007 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till cirka 2,1 miljarder kronor.

7.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2005 till 2009 beräknas utgifterna för politikområdet öka med cirka 2 miljarder kronor, huvudsakligen till följd av regeringens satsning på vård och omsorg om äldre.

Tabell 7.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2005	Budget 2006 ¹	Prognos 2006	Förslag 2007	Beräknat 2008	Beräknat 2009
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	50,9	772,1	759,0	2 117,1	2 379,1	2 079,1
Totalt för politikområde Äldrepolitik	50,9	772,1	759,0	2 117,1	2 379,1	2 079,1

¹ Inklusivt tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

7.3 Mål

Målen för äldrepolitiken är att äldre skall

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

Ovanstående mål är beslutade av riksdagen (prop. 1997/98:113, bet. 1997/97: SoU24, rskr. 1997/98:307). Resultatbeskrivningen i det följande görs i förhållande till dessa mål. I den mån regeringen bedömer att indelning i politikområden eller mål för dessa bör ändras återkommer regeringen vid ett senare tillfälle.

7.4 Insatser

7.4.1 Insatser inom politikområdet

En nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre

I maj 2006 antog riksdagen proposition Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (prop. 2005/06:115). I propositionen föreslås åtgärder för att åstadkomma bättre kvalitet och tillgänglighet inom sex områden som har särskild betydelse för utvecklingen av äldreomsorgen och förverkligandet av målen.

Vården och omsorgen om de mest sjuka äldre

Riksdagen har avsatt drygt 600 miljoner kronor i 2006 års ekonomiska vårproposition (prop. 2005/06:100) för att kommuner och landsting ska förbättra vården av och omsorgen om de mest sjuka äldre. Medlen ska användas till att förbättra rehabiliteringen och nutritionsarbetet, genomföra fler läkemedelsgenomgångar samt förstärka läkarmedverkan såväl i särskilt boende som i hemsjukvården.

I promemorian Huvudmannaskap för hemsjukvård m.m. (S2006/5255/ST) lämnas förslag till hur huvudmannaskapet för bl.a. hemsjukvården kan flyttas över från landsting till kommuner. Promemorian har remissbehandlats.

Servicetjänster för hjälp i vardagslivet

Från och med den 1 juli 2006 har kommunerna genom en ny lag (SFS 2006:492), fått befogenhet att utan föregående individuell behovsprövning tillhandahålla servicetjänster åt personer som fyllt 67 år. Lagändringen syftar till att stärka äldre personers inflytande över sin vardag, deras trygghet och oberoende. De tjänster som avses är sådana som förebygger olycksfall, skada eller ohälsa, t.ex. hjälp med att byta en glödlampa eller att få sällskap på en promenad. I många fall förebygger sådana tjänster att en persons fysiska eller psykiska förmåga försämras och de möjliggör för den äldre att t.ex. kunna bo kvar i hemmet längre än vad som annars hade varit möjligt. Lagändringen ändrar inte kommunens ansvar enligt socialtjänstlagen; de som inte klarar att själva laga mat, städa och handla ska fortfarande erbjudas hemtjänst.

Ökad rättssäkerhet – beslut som inte verkställs

Från och med den 1 juli 2006 är kommunerna skyldiga att rapportera till länsstyrelsen, de kommunala revisorerna och fullmäktige de gynnande beslut enligt socialtjänstlagen som inte verkställts. De kommunala revisorerna har fått vidgade granskningsmöjligheter. Vidare har en sanktionsavgift införts, som ett yttersta påtryckningsmedel för att gynnande beslut enligt socialtjänstlagen skall verkställas inom skäligen tid.

Boende för äldre

En särskild utredare har i maj 2006 tillkallats med uppgift att leda en delegation som skall följa och analysera behoven och utvecklingen av boendefrågor för äldre. Delegationen skall även lämna förslag på åtgärder för att stimulera tillkomsten av fler bostäder som är anpassade för äldre personers behov och som kan bidra till att öka äldres möjligheter till sociala kontakter och aktiviteter.

Genom en ändring i socialtjänstförordningen (2001:937) som gäller fr.o.m. den 1 juni 2006 ska makar, sambor, och registrerade partner som båda har behov av särskilt boende, erbjudas plats i samma särskilda boende om de så önskar. Om båda personerna i ett par behöver plats i särskilt boende och vill fortsätta att bo tillsammans är det i dag inte givet att man erbjuds att bo tillsammans.

Individbaserad statistik och andra åtgärder för bättre kunskap

Genom en förordningsändring finns från den 1 april 2006 möjlighet att även samla in individbaserad statistik inom äldre- och handikappomsorgen i stället för som tidigare endast mängdbaserad statistik. Den individbaserade statistiken kommer bl.a. att ge bättre förutsättningar att följa upp, utvärdera och forska om vården och omsorgen om äldre.

Socialstyrelsen har inlett ett arbete som syftar till att utveckla riktlinjer och annan vägledning för god kvalitet i vård och omsorg om äldre kvinnor och män. I detta arbete ingår att identifiera kvalitetsindikatorer för vården och omsorgen, vilket är en förutsättning för att man ska kunna följa upp kvaliteten i verksamheten.

Socialstyrelsen har i juni 2006 fått i uppdrag att ansvara för att årliga nationella brukarundersökningar genomförs.

Socialstyrelsens statistik redovisas regelmässigt efter kön, när sådana uppgifter är tillgängliga och relevanta. I Socialstyrelsens kunskapsproduktion görs alltid analyser som belyser eventuella könsskillnader där det är relevant.

Anhörigstöd och frivilliga insatser

De statliga stimulansbidragen för stöd till anhöriga som hjälper och vårdar närstående har ökat med 100 miljoner kronor till totalt 125 miljoner kronor 2006. Merparten av medlen går till kommunerna, som med stöd av bidraget skall utveckla varaktiga stödformer för anhöriga, och göra stödet mer lättillgängligt. Inom ramen för denna satsning har bidragen till pensionärsorganisationer ökat med 3 miljoner kronor och till anhörigorganisationer med 2 miljoner kronor. 20 miljoner kronor har avsatts för att stimulera en fördjupad samverkan mellan kommunerna och frivilliga och ideella krafter, dvs. en femtedel av ovanstående medel.

Kost och näring

Socialstyrelsen har i uppdrag att erbjuda kommunerna stöd för kvalitetsutveckling i kost-, närings- och måltidsfrågor. För att förmedla kunskap och goda exempel har Socialstyrelsen publicerat kortfattade artiklar riktade till personer som arbetar i vården och omsorgen om äldre. I Socialstyrelsens uppdrag ingår även att utveckla särskilda bedömningskriterier som kan användas vid tillsyn i kost-, närings- och måltidsfrågor. En första delrapport har lämnats,

med bl.a. en kartläggning av existerande normering för kost och näring inom vård och omsorg om äldre. Arbetet med att ta fram bedömningskriterier för tillsynen fortsätter och en slutrapport kommer i april 2007.

Kompetensstegen

Som ett led i arbetet med att höja kompetensen i äldreomsorgen tillkallades 2004 en kommitté, Kompetensstegen (dir. 2004:162). Kompetensstegens uppgift har syftat till att utveckla principer och utarbeta strategier för stöd till kommunerna för kvalitetsutveckling inom den kommunala vården och omsorgen om äldre genom kompetensutveckling för personalen. Kompetensstegen har fungerat som forum för dialog och samverkan mellan berörda aktörer i frågor om kvalitet och kompetensutveckling inom området äldres vård och omsorg. Drygt en miljard kronor har avsatts för åren 2005–2007. Hittills har drygt 900 miljoner kronor fördelats till 282 kommuner. Kompetensstegen har under 2006 haft ansvar för att genom informationsinsatser och dialog med arbetsgivare främja användandet av utbildningsvikariat samt ge råd och stöd till arbetsgivare i planeringen av utbildningsinsatserna.

7.4.2 Insatser utanför politikområdet

IT-strategi för vård och omsorg

Den tidigare regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting etablerade ett samarbete för att arbeta med att effektivisera och förbättra verksamheter med hjälp av IT. Arbetet har under våren 2006 utmynnat i en nationell IT-strategi för vård och omsorg.

Hemsjukvård

Nya bestämmelser om samverkan införs i hälso- och sjukvårdslagen från och med den 1 januari 2007, se vidare Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik, avsnitt 4.5.1 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.

Nya bestämmelser om läkarmedverkan införs i hälso- och sjukvårdslagen från och med den 1 januari 2007, se vidare Politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik, 4.5.1 Insatser Äldresjukvård.

7.5 Resultatredovisning

7.5.1 Mål

Målen för äldrepolitiken är att äldre skall

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

Ovanstående mål är beslutade av riksdagen (prop. 1997/98:113, bet. 1997/97: SoU24, rskr. 1997/98:307). Resultatbeskrivningen i det följande görs i förhållande till dessa mål. I den mån regeringen bedömer att indelning i politikområden eller mål för dessa bör ändras återkommer regeringen vid ett senare tillfälle.

7.5.2 Resultat

Äldreomsorgens omfattning

I dag är knappt 1,6 miljoner eller drygt 17 procent av befolkningen 65 år eller äldre. De kommande tio åren beräknas antalet personer över 65 år öka med 330 000 och 2020 beräknas antalet personer som är 65 år och äldre överstiga två miljoner. Förändringar i behoven av vård och omsorg om äldre är starkt kopplat till förändringar av antalet personer som är över 80 år. Antalet personer som idag är 80 år och äldre, 489 000 personer, beräknas vara i det närmaste oförändrat även om tio år. Under åren därefter beräknas antalet snabbt öka till 525 000 personer 2020 och 763 000 personer 2030.

Under den senast femårsperioden har antalet personer som är 65 år och äldre i särskilt boende minskat med 18 300 vilket motsvarar en minsk-

ning med 15 procent. Antalet äldre med hemtjänst har under samma period ökat men inte i samma omfattning. Den totala andelen äldre med hemtjänst eller särskilt boende har minskat från 16 procent 2000 till 15 procent 2005. I uppgifterna ingår inte de som enbart hade matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning. Antalet beviljade hemtjänststimmar ökade med 15 procent mellan 2000 och 2005.

Det är betydligt fler kvinnor än män som får del av äldreomsorgens insatser. Av de kvinnor som har hemtjänst är 76 procent över 80 år och motsvarande siffra för männen är 67 procent. 84 procent av kvinnorna i särskilt boende är över 80 år. Motsvarande siffra för männen är 71 procent.

År 2005 fick ca 10 procent av de äldre som beviljats hemtjänst hjälpen utförd av en annan utförare än kommunen. Motsvarande siffra 2000 var 7 procent. Av dem med särskilt boende bodde 13 procent i ett boende som drevs i enskild regi jämfört med 11 procent 2000.

Antalet personer som hade beslut om korttidsvård uppgick den 1 oktober 2005 till 4 800 kvinnor och 3 800 män. Det är ungefär samma antal som för fem år sedan. År 2005 var 7 800 kvinnor och 4 400 män beviljade dagverksamhet som insats enligt socialtjänstlagen, vilket innebär en sammanlagd minskning med 15 procent under den senaste femårsperioden. Det saknas en samlad statistik över omfattningen av öppen dagverksamhet.

Tabell 7.2 Antal kvinnor och män i ordinärt eller särskilt boende, 65 år och äldre, samt i procent av befolkningen

	Vård och omsorg i ordinärt boende				Vård och omsorg i särskilt boende				Totalt			
	Kvinnor	procent	Män	Procent	Kvinnor	procent	Män	procent	Kvinnor	procent	Män	procent
2001	85 700	9,7	36 100	5,5	83 200	9,5	35 500	5,4	168 900	19,2	71 600	10,9
2002	87 700	10,0	37 400	5,7	81 100	9,2	34 400	5,2	168 800	19,2	71 800	10,9
2003	89 700	10,2	38 300	5,8	78 000	8,9	32 900	5,0	167 700	19,1	71 200	10,8
2004	92 400	10,5	39 900	6,0	73 800	8,4	31 000	4,6	166 200	18,9	70 900	10,6
2005	93 900	10,6	41 100	6,1	70 600	8,0	29 800	4,4	164 500	18,6	70 900	10,5

I de 146 kommuner där kommunerna ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende fick drygt 31 400 kvinnor och 16 600 män hemsjukvård 2005.

Majoriteten av männen är gifta eller sammanboende livet ut och får ofta hjälp av maka som också ofta är yngre än mannen. Däremot lever majoriteten av kvinnorna ensamma de sista åren i livet. Det förklarar tillsammans med kvinnors längre medellivslängd varför det är vanligare att kvinnor beviljas hemtjänst eller särskilt boende. Det är vanligare att kvinnan i ett par får hemtjänst än att mannen får det, och det förhållandet består även om hänsyn tas till skillnader i ålder och hälsa. Män har således oftare än kvinnor offentlig omsorg som komplement till sina anhörigsatsar.

Skillnaderna mellan olika kommuners kostnader för de äldres vård och omsorg är stora. Till en del beror skillnaderna mellan olika kommuner på skillnader i andelen ensamboende med hjälpbehov. Det finns även skillnader som beror på olika ambitionsnivå och effektivitet. Andelen personer över 65 år som har hemtjänst varierar mellan 4 och 11 procent mellan olika kommuner. Kommunernas totala kostnader för de äldres vård och omsorg uppgick 2005 till 80,3 miljarder kronor. Kostnaderna fördelades med ca 51,8 miljarder kronor eller 64 procent på särskilt boende, 27,1 miljarder kronor eller ca 34 procent på vård och omsorg i ordinärt boende och 1,4 miljarder kronor eller ca 2 procent på öppen verksamhet. Kostnaderna har, i fasta priser, legat på ungefär samma nivå den senaste femårsperioden. Kostnaderna för särskilt boende har minskat och kostnaderna för hemtjänst har ökat. Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre och landstingens kostnader för hälso- och sjukvård för äldre uppgår tillsammans till ca 160 miljarder kronor. Under den senaste femårsperioden har landstingens kostnader för hälso- och sjukvård för äldre ökat.

Boende för äldre

Socialstyrelsen rapporterade i Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2005 att möjligheterna att erbjuda den enskilda hjälp och stöd i hemmet har utvecklats mycket långt. Det vanliga är att den enskilda kan välja att fortsätta bo kvar i den ordinarie bostaden. För många som inte vill fortsätta bo kvar i det ordinarie boendet står inga andra alternativ till buds, och de kan då bli tvungna att bo kvar. Kvarboende med vård i

hemmet från kommunen och landstinget innebär nästan alltid ett ansvar för anhöriga. Mycket mer kan göras för att stödja äldre personer i ordinärt boende och anhöriga, framför allt i ett tidigt skede.

Särskilda boendeformer förändras och blir färre

Boende i särskild boendeform förutsätter beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453). I två av tre kommuner har antalet bostäder i särskilt boende minskat under de senaste åren. Jämfört med 2001 finns det idag 18 300 färre platser i särskilt boende. Många äldre servicehus och omoderna sjukhem har avvecklats. Skälen för avveckling kan vara att de inte är lämpade för omsorg om personer med demenssjukdom, eller har tillgänglighets- eller arbetsmiljöbrister. Antalet platser där den boende måste dela rum med någon annan än sin maka eller make har minskat. I dag återstår cirka 2 000 sådana platser jämfört med 2 900 år 2002. I andra fall beror nedläggningarna på minskade behov i kommunen eller på minskad efterfrågan. I åter andra fall är skälet till nedläggningarna krav på kostnadsminskningar. Socialstyrelsen har tidigare visat hur boendetiderna blivit allt kortare vilket också påverkar behovet av platser. Målgrupperna för särskilda boendeformer är allt oftare personer med demenssjukdom eller svårt sjuka äldre. Andra personer söker eller erbjuds oftast insatser som innebär att de bor kvar hemma. I kartläggningar av hur kommunerna klarar att genomföra sina beslut om särskilt boende kommer det fram att vissa kommuner har kapacitetsbrist. Enligt redovisningen av Boverkets bostadsmarknadsenkät 2006 bedömer 10 procent av kommunerna att de kommer att ha brist på särskilda boendeformer även med hänsyn tagen till pågående eller beslutad utbyggnad de två närmaste åren.

Seniorbostäderna blir fler

Bostäder som upplåts till personer över en viss ålder kallas seniorbostäder. Seniorbostäder finns både som hyresrätter och bostadsrätter. Ofta ingår någon form av gemensam service som då bekostas via hyran. Vissa av de avvecklade servicehusen omvandlas genom ombyggnad till äldreboende eller seniorbostäder. Antalet seniorbostäder som kommit till genom nybyggnad eller ombyggnad har ökat kraftigt de senaste åren. Boverket redovisade i rapporten från 2006 års bostadsenkät att 147 kommuner har projekt

på gång med seniorbostäder. År 2005 skapades genom nybyggnad 2 364 lägenheter och genom ombyggnad 3 048 lägenheter. I 6 av 10 projekt är byggherren ett allmännyttigt bostadsföretag. Sveriges Kommuner och Landsting har i en undersökning från 2005 beräknat antalet seniorbostäder till närmare 19 500, vilket innebär en ökning från 2002 med närmare 7 500 bostäder. Under 2006 och 2007 förväntas, enligt kommunernas egna uppgifter, över 7 000 seniorbostäder bli byggda. Över 4 000 av dessa tillkommer genom nyproduktion.

Antalet bostadsanpassningar har fortsatt att öka. År 2005 beviljades 64 700 bidrag och under 2000 beviljades 57 800 bidrag.

Avgifter för hemtjänst och mat

Kommunernas avgifter har blivit mer lika varandra sedan nya bestämmelser infördes 2002. Bestämmelserna innehåller bl.a. ett avgiftstak som 2005 var 1 576 kronor per månad. Innan avgift kan tas ut måste den enskilde kunna betala sina boendekostnader, andra levnadsomkostnader och eventuella merkostnader för mat. Detta medför att mellan 20 och 30 procent av de äldre inte betalar någon avgift för hemtjänst. Avgifterna täcker ca 4 procent av kostnaderna för kommunernas vård och omsorg om äldre.

Samtliga kommuner har lagt avgiften för matlåda i ordinärt boende och mat i särskilt boende utanför hemtjänstavgiften. För personer som har låga inkomster och saknar förmögenhet kan det vara ett problem i de fall kommunen väljer att inte minska matavgiften för dem med låga inkomster. År 2005 jämkade 26 procent av kommunerna matavgiften i ordinärt boende och 32 procent matavgiften i särskilt boende för personer med låga inkomster.

Uppbyggnaden av stödet till anhöriga

Socialstyrelsen har i en rapport redovisat sin bedömning av utvecklingsläget 2005. Fler kommuner än tidigare uppger att de arbetar med att utveckla anhörigstöd. Det finns enligt Socialstyrelsen ett stort utbud av olika stödinsatser. Många kommuner har genomfört personalutbildning om bemötande av anhöriga. I rapporten redovisas också brister. Kommuner och landsting brister i samverkan, och det finns brister i kommunernas kunskap om anhörigas situation och behov av stöd. Men vid tidpunkten för Socialstyrelsens rapportering var det för tidigt

för att dra några slutsatser om betydelsen av stimulan-medlen för 2005.

Kvalitet i vård och omsorg om äldre personer

Socialstyrelsen skriver i Lägesrapport 2005 att det inte finns någon nationell bild av hur de äldre och deras anhöriga uppfattar vården och omsorgen. Lokala undersökningar visar dock att både äldre och anhöriga generellt ger vården och omsorgen positiva omdömen. De uppger att olika kvalitetsaspekter ofta infrias, om än inte alltid. Samtidigt kommer kritik från de äldre och deras anhöriga, särskilt mot det stora antalet olika personer som ger hjälpen. De begränsade möjligheterna att kunna påverka hur hjälpen skall utföras kritiserar också. Personliga önskemål och individuell anpassning verkar få stå tillbaka för grundläggande omsorgsuppgifter som mat, hygien och tillsyn.

Länsstyrelsernas tillsyn

Omfattningen av länsstyrelsernas tillsyn utökades kraftigt från 2003 genom införandet av äldre skyddsombuden. Dels handlar tillsynen om individärenden, ofta som en följd av klagomål från brukare eller anhöriga. Dels handlar det om verksamhetstillsyn inom hela eller delar av kommunernas äldreomsorg. Individtillsynen omfattade 650 ärenden 2005. Antalet ärenden har ökat med drygt 30 procent jämfört med 2004. Genom de ökade resurserna har också tillsynsverksamheten blivit mer känd. Tillsyn av verksamhet har ägt rum i 246 av landets 290 kommuner och antalet ärenden uppgick 2005 till nära 1 000. En minskning av antalet redovisade ärenden jämfört med 2004 förklaras av att rutinerna för inrapportering har förändrats. Ett tillsynsärende kan nu även gälla en hel kommun och omfatta flera tillsynsobjekt.

Länsstyrelserna visar upp både positiva och negativa iakttagelser som understryker att utvecklingen i olika delar av landet inte alltid följer samma mönster.

Positivt

- Verkställigheten av domar har förbättrats.
- Sociala aktiviteter och utevistelse har fått ökad uppmärksamhet i utredningarna.
- Bostadsstandarden i särskilt boende har förbättrats.
- Omstruktureringen av äldreomsorgen fortgår men i flera av länen i ett lugnare tempo.

Negativt

- Brister i formell handläggning som att ansökningar inte utreds och att formellt beslut inte fattas eller att det är otydligt vad beslutet innehåller.
- Fortsatta problem med avslag och beslut som inte verkställts trots bedömt behov.
- I några kommuner förlängs handläggningstiderna tills en plats i särskilt boende kan erbjudas.
- Många utredningar tar upp medicinska aspekter men berör sällan sociala aspekter.
- Arbetsledarna har stora ansvarsområden.
- I några kommuner finns fortfarande flerbäddrum där den boende delar rum med någon annan än maka eller make.
- Problemen med bristande kontinuitet leder till att beviljade insatser inte genomförs.
- I flera län har nedläggningar av särskilda boenden lett till blandade målgrupper i kvarvarande särskilda boenden.

7.5.3 Analys och slutsatser

Regeringen är oroad av den snabba nedläggningen av särskilda boenden. Antalet sådana bostäder har minskat med 15 procent eller 18 300 platser mellan 2001 och 2005. Denna nedläggning skapar oro både bland de äldre och deras anhöriga. Äldre måste kunna lita på att deras behov kan tillgodoses inom rimlig tid. Särskilt boende ska inte enbart vara till för dem med de allra största behoven. Tryggheten ökar om det skapas fler valmöjligheter för stöd och hjälp i ordinärt boende och fler möjligheter att välja både särskilt boende och andra former av boenden.

Skillnaderna i kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre är stora. Den kommun som har högst redovisad kostnad räknat per invånare över 65 år har en kostnad som är 2,7 gånger högre än den kommun som har lägst redovisad kostnad. Skillnaderna är större än vad som motiveras med strukturella olikheter och kan bero på skillnader i effektivitet eller i ambitionsnivå. Men det är inte tillräckligt klarlagt vad skillnaderna beror på och hur de påverkar kvaliteten och omfattningen av verksamheten. Lokala riktlinjer, för till exempel biståndsbedömning, följer inte alltid intentionerna i socialtjänstlagen.

Många äldre personer har i dag ett begränsat inflytande över sin egen vardag. Allt för ofta organiseras vardagen efter personalens scheman eller andra rutiner. Allt för många erbjuds inte möjlighet att själva välja den mat de vill äta. Många äldre saknar i dag reellt inflytande över vad som skall göras, hur det skall göras och av vem. Stödet för att vardagen skall få ett innehåll som uppfyller sociala behov upplevs av alltför många äldre som otillräckligt.

Vården om de mest sjuka uppvisar stora brister till följd av oklar ansvarsfördelning och bristande samverkan mellan kommuner och lands-ting. Tillgången till läkare för de allra äldsta och mest sköra äldre blir dålig när det finns för få läkare eller om de inte gör hembesök. Äldre som drabbats av stroke får inte alltid tillräckliga insatser för sin rehabilitering, och många äldre har allvarliga problem till följd av fel och brister i hanteringen av de läkemedel de använder eller behöver. Vården och omsorgen om personer som drabbats av demenssjukdom uppvisar också brister. Kunskaperna behöver öka om bland annat diagnostisering, behandling och bemötande hos vård- och omsorgspersonalen för att höja kvaliteten i demensvården.

7.6 Politikens inriktning

Äldreomsorgen står inför stora utmaningar. Ökningen av antalet personer över 80 år, de som är mest beroende av vård och omsorg, beräknas bli särskilt stor efter 2020. Sammanlagt föreslår regeringen att anslaget ökas med drygt 1,9 miljarder kronor 2007 för åtgärder inom politikområdet. Regeringen avser att öka anslaget med ytterligare 300 miljoner kronor 2008 för att öka valfriheten för äldre i behov av vård och omsorg. Detta arbete påbörjas redan under 2007. De samlade medlen skall bland annat användas för att:

- stimulera byggandet av fler bostäder för äldre,
- öka läkarmedverkan i vården av de mest sjuka,
- genomföra fler läkemedelsgenomgångar,
- utveckla demensvården,
- förbättra det sociala innehållet i äldreomsorgen, samt
- förebygga ohälsa och olyckor.

Ett investeringsstöd för bostäder för äldre införs

Möjligheterna att välja ett bra boende måste utvecklas. Regeringen bedömer att nya boendeformer för äldre och olika former av mellanboenden behövs. Bostäder som är anpassade för äldre personer och med närhet till service och kommunikationer behöver utvecklas under de kommande åren. Regeringen är oroad över den omfattande förändringen av de särskilda boendeformerna där minskningen av platser lett fram till en bristsituation. Bristen på platser i särskilda boenden som medfört att många saknar ett fullgott medicinskt omhändertagande, eller känner sig ensamma och isolerade, måste avhjälpas. I ett första steg kommer ett investeringsstöd att införas för fler platser i särskilda boenden, inom ramen för de avsatta medlen.

Äldre med stora behov av vård och omsorg

Vården och omsorgen om de mest sjuka äldre behöver förbättras. De mest sköra personerna, de som har sammansatta eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg är beroende av att de insatser de behöver både i hemmet och i den slutna sjukvården är samordnade. Det är angeläget att fler demensutredningar görs så att de med begynnande demenssjukdom ges ett bra

stöd så tidigt som möjligt. De äldsta och mest sjuka behöver få ökad tillgång till läkare. Fler läkemedelsgenomgångar bör genomföras för att bidra till förbättrad livskvalitet. Fallolyckor bland äldre måste förebyggas. Regeringen vill verka för att äldre personer med flera samtidiga sjukdomar erbjuds att välja en fast vårdkontakt som har ett helhetsansvar för vårdmottagaren.

Det sociala innehållet i äldreomsorgen behöver förbättras

Regeringen vill att det sociala innehållet i äldreomsorgen förbättras. Sociala insatser medverkar till att den enskilda kan ha en aktiv och meningsfull tillvaro även om personen har uppnått en hög ålder och är beroende av andra personers stöd för att klara sin vardag. Det kan bl.a. handla om hjälp med att komma ut på promenad och få frisk luft, hjälp att hålla kontakt med släkt och vänner och ledsagning till aktiviteter som är meningsfulla för den enskilda, ökat antal mötesplatser. Det kan också handla om en flexiblare hemtjänst, att insatserna kan varieras efter önskemål samt att hemtjänstens personal får möjlighet till en pratstund med den äldre.

Det förebyggande arbetet stärks

Genom aktiva hälsofrämjande och förebyggande insatser kan hälsan stärkas och bevaras långt upp i åldrarna. Risker för skador genom exempelvis fallolyckor kan minskas genom förebyggande hembesök eller hälsosamtal. Vidare kan en utvecklad samverkan med ideella krafter bidra till ökad livskvalitet för äldre.

Det behövs bättre kunskap om äldreomsorgen

Kunskapen om äldreomsorgen behöver öka. Förbättrad statistik och årliga brukarundersökningar kommer att bidra till detta. Ökad kunskap behövs om de insatser som ideella organisationer och anhöriga gör inom vård och omsorg. Det är viktigt att kunna mäta och jämföra kvalitet och tillgänglighet inom äldreomsorgen. Det är också angeläget att följa upp och utvärdera resultaten av de satsningar som görs på både statlig och kommunal nivå.

Forskning och teknikutveckling inom äldreområdet är angelägen och har en strategisk betydelse för den framtida vården och omsorgen om äldre.

Stöd till anhöriga

De anhöriga – som idag tar ett allt större ansvar för de äldres behov av vård och omsorg – skall få ett bättre stöd. För många äldre är det avgörande för deras möjlighet att bo kvar i det ordinarie boendet att någon anhörig ställer upp med stöd och hjälp. Man beräknar anhöriga står för nära 70 procent av det totala stöd som ges till personer som är 75 år och äldre som bor i ordinärt boende. Idag finns olika former av anhörigstöd men stödet är ojämnt fördelat och kommer inte alla till del. Situationen för anhöriga skall prioriteras.

Större valfrihet

Regeringen vill öka valfriheten inom äldreomsorgen. En större valfrihet stärker individens möjligheter till inflytande över den egna vardagen. Men för att valfriheten ska kunna öka måste det finnas fler utförare att välja bland än vad det gör i dag. Därför vill regeringen stimulera en ökad mångfald av utförare inom den offentligt finansierade äldreomsorgen. För detta ändamål avser regeringen att öka anslaget med 300 miljoner kronor 2008. Arbetet med att förbereda Fritt Val för särskilt boende och hemtjänstinsatser påbörjas dock redan 2007.

Individens möjlighet att välja gör att den offentligt finansierade servicen blir mer lyhörd för den enskildas behov och önskemål. Det fria valet blir därmed ett sätt att höja tillgänglighet och kvalitet inom äldreomsorgen. För personer med annat modersmål än svenska kan det innebära större möjlighet att kommunicera på sitt eget modersmål och få rutinerna anpassade efter den egna traditionen.

Med en större mångfald av utförare ökar utrymmet för personalen att själva driva och utveckla verksamheten. Personalens engagemang, kreativitet och nytänkande tas tillvara på ett bättre sätt. Detta bidrar till effektivisering och utveckling. De anställda kommer att kunna välja mellan olika arbetsgivare och det arbetssätt och den organisation de vill jobba i. Det ger dem bättre möjligheter till utveckling och fler karriärvägar. En större mångfald av arbetsgivare kan även förväntas göra det mer attraktivt att arbeta inom äldreomsorgen.

En ökad konkurrens i kombination med ökat brukarinflytande stimulerar både kvalitet och effektivitet. En sådan utveckling är angelägen för att bättre kunna möta de utmaningar som följer av en allt större andel äldre i befolkningen.

Värdighetsgaranti

Äldreomsorgen måste bedrivas på ett sätt som visar respekt för människovärdet. Att få komma ut i friska luften och få hjälp med en grundläggande personlig hygien måste vara en självklarhet. Regeringen avser att initiera införandet av en värdighetsgaranti. Det ska bli klart och tydligt och lättare att följa upp vad äldreomsorgen skall klara av. Värdighetsgarantin handlar bl.a. om att en god vård erbjuds – även när man inte längre själv kan föra sin egen talan.

Stöd för personalens kompetens och engagemang

Personalen behöver erbjudas fler möjligheter till kreativitet och professionell utveckling. Detta kan bland annat ske genom en ökad mångfald av arbetsgivare. De som genom eget företagande vill realisera sina visioner för vården och omsorgen skall ges ökade möjligheter att starta eget, t.ex. genom så kallad avknoppning. Ett särskilt stöd för detta ändamål införs 2007. Stödet fördelas via anslag 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*.

De utbildningsinsatser som påbörjats inom ramen för den statliga kompetenssatsningen inom vården och omsorgen om äldre fortsätter under 2007. Personalen behöver stöd för sitt professionella engagemang och sin fortsatta kompetensutveckling. En grundförutsättning för en bra och tillgänglig vård och omsorg om äldre är att det går att rekrytera tillräckligt många personer som har grundläggande kunskaper och behålla och vidareutveckla dem för de allt mer kunskapskrävande arbetsuppgifter de skall utföra.

De satsningar som sker inom ovanstående områden skall ske inom ramen för de medel som avsatts. Regeringen avser dock att återkomma med ytterligare preciseringar av inriktningen och fördelningen av de på anslaget avsatta och aviserade medlen.

Översyn av utredningar

Regeringen avser att göra en översyn av samtliga pågående utredningar inom politikområdet och vid behov föreslå förändringar i enlighet med regeringens politik.

7.7 Budgetförslag

7.7.1 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tabell 7.3 Anslagsutveckling 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2005	Utfall	50 877		4 388
2006	Anslag	772 137 ¹	Utgifts-prognos	759 000
2007	Förslag	2 117 137		
2008	Beräknat	2 379 137		
2009	Beräknat	2 079 137		

¹Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Anslaget omfattar regeringens satsning på vård och omsorg om äldre. Dessutom innehåller anslaget medel för åtgärder inom äldreområdet såsom bidrag till pensionärsorganisationer, bidrag till anhörigorganisationer, medel utveckling av longitudinella områdesdatabaser, stimulansbidrag för att etablerandet av regionala forsknings- och utvecklingscentra samt medel till utveckling av stödet till anhöriga.

Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Regeringen föreslår att Socialstyrelsen under 2007 skall ha möjlighet att ingå ekonomiska förpliktelser i samband med utvecklandet av ett nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre som medför utgifter om högst 10 000 000 kronor efter 2007.

Regeringen stödjer en långsiktig satsning på utveckling av longitudinella områdesdatabaser. Regeringen bör därför bemyndigas att besluta om tilldelning av medel för detta ändamål som innebär åtagande om högst 10 000 000 kronor efter 2007.

År 2006 beslutade riksdagen i enlighet med bemyndiganden om ekonomiska åtaganden i budgetpropositionen för 2006 om stöd till utveckling av regionala forsknings- och utvecklingscentra på högst 20 000 000 kronor efter 2006. Under 2007 ingås inga nya åtaganden för detta ändamål.

Tabell 7.4 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2005	Prognos 2006	Förslag 2007	Beräknat 2008	Beräknat 2009–
Ingående åtaganden	0	20 000	30 000	30 000	
Nya åtaganden	30 000	20 000	20 000		
Infriade åtaganden	-10 000	-10 000	-20 000	-30 000	
Utestående åtaganden	20 000	30 000	30 000		
Erhållet/förslaget bemyndigande	20 000	30 000	30 000		

Regeringens överväganden

I tilläggsbudget i samband med 2006 års vårproposition ökade anslag 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* med 617 000 000 kronor.

Regeringen föreslår en sammanlagd anslagsökning om ca 2 000 000 000 kronor för 2007. Medlen skall finansiera regeringens satsning på vård och omsorg om äldre. År 2008 ökas anslaget med 300 000 000 kronor för åtgärder för en ökad mångfald av utförare inom äldreomsorgen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 2 117 137 000 kronor anvisas under anslaget 17:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 2 379 137 000 kronor respektive 2 079 137 000 kronor.

Tabell 7.5 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 17:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	155 137	155 137	155 137
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	1 962 000	2 224 000	1 924 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	2 117 137	2 379 137	2 079 137

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

8 Politikområde Socialtjänstpolitik

8.1 Omfattning

Politikområdet omfattar insatser inom verksamhetsområdena Individ- och familjeomsorg samt Statligt bedrivna ungdoms- och missbrukarvård. Det innebär insatser för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället, t.ex. kvinnor och män med behov av ekonomiskt bistånd, flickor och pojkar och familjer i socialt utsatta situationer, hemlösa, personer med missbruksproblem 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. 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). Socialstyrelsen är central expert- och tillsynsmyndighet på socialtjänstens område. De har bl.a., tillsammans med länsstyrelsen, ett tillsynsansvar. Under politikområdet redovisas också bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. samt utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.

År 2007 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till cirka 1,4 miljarder kronor.

8.2 Utgiftsutveckling

Tabell 8.1 Utgiftsutveckling inom politikområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2005	Budget 2006 ¹	Prognos 2006	Förslag 2007	Beräknat 2008	Beräknat 2009
<i>Anslag inom utgiftsområde 9</i>						
18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	160,7	415,1	464,7	613,5	261,0	166,6
18:2 Statens institutionsstyrelse	749,6	774,8	731,8	773,6	786,0	802,8
18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	9,7	9,9	10,0	32,9	33,0	0,0
Totalt för politikområde Socialtjänstpolitik	920,0	1 199,8	1 206,5	1 420,0	1 080,0	969,4

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/06:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

8.3 Mål

Målet för politikområdet är:

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer,
- att stärka skyddet för utsatta barn.

Ovanstående mål är beslutade av riksdagen (prop. 2005/06:1, utg. omr. 09, bet. 2005/06:SoU1, rskr. 2005/06:111). Resultatbeskrivningen i det följande görs i förhållande till dessa mål. I den mån regeringen bedömer att indelning i politikområden eller mål för dessa bör ändras återkommer regeringen vid ett senare tillfälle.

8.3.1 Mål och villkor

Socialtjänstpolitiken är för sin måluppfyllelse i hög grad beroende av måluppfyllelsen inom andra politikområden. Socialtjänsten utgör ett komplement till de generella ekonomiska stödsystemen för flickor och pojkar, kvinnor och män som av olika skäl är i behov av särskilt stöd. Socialtjänsten har utöver sin servicefunktion och sitt ansvar för behovsprövade stöd- och hjälpåtgärder också befogenheter till myndighetsutövning, t.ex. när det gäller att ingripa till skydd för barn i utsatta situationer. Personer utanför arbetsmarknaden skall få stöd för att så snabbt som möjligt komma in på arbetsmarknaden.

8.4 Insatser

8.4.1 Insatser inom politikområdet

Verksamhetsområde Individ- och familjeomsorg

Socialstyrelsen arbetar kontinuerligt för att stimulera och stödja socialtjänstens arbete. En utgångspunkt för Socialstyrelsens insatser är resultatet av länsstyrelsernas tillsyn. Tillsynen skall bidra till att lagstiftningen inom socialtjänstens område och intentionerna i denna efterlevs av kommuner, entreprenörer och enskilda som driver tillståndspliktig verksamhet. Tillsynen skall även stimulera planering samt metodutveckling inom socialtjänsten.

Socialstyrelsen har på olika sätt gjort kunskapen om jämställdhetsintegrering i socialtjänsten mer tillgänglig för personal inom kommunernas socialtjänst och länsstyrelserna. De flesta länsstyrelserna redovisar också att de införlivat ett jämställdhetsperspektiv i hela eller delar av tillsynen.

Socialstyrelsen genomförde i november 2005 konferensen ”Sexuell läggning och bemötande i socialtjänsten”. Ett meddelandeblad redogör för den lagstiftning som finns för att motverka diskriminering på grund av sexuell läggning inom socialtjänstens verksamhetsområden. Syftet var att göra kommunerna uppmärksamma på frågan och vidta åtgärder så att ingen särbehandlas eller känner sig kränkt på grund av sin sexuella läggning i kontakterna med socialtjänsten.

En särskild utredare (dir. 2004:178, dir. 2005:87) har i uppdrag att se över, analysera och överväga förändringar i organisationen av och ansvarsfördelningen när det gäller den statliga tillsynen inom socialtjänstens område. Utredningen lämnade sitt delbetänkande En bättre tillsyn av missbrukarvården (SOU 2006:57) i juli 2006 vilket för närvarande bereds inom Regeringskansliet. Utredaren fick i september 2006 tilläggsdirektiv (dir. 2006:98) för att säkerställa att barns och ungas rättigheter tillgodoses i tillsynen samt lämna förslag till hur barn och unga kan bli delaktiga i tillsynsändamålet och hur barns och ungas synpunkter och klagomål ska hanteras. Utredaren skall redovisa sitt arbete senast den 1 juli 2007.

Under 2005 fördelade länsstyrelserna 15 miljoner kronor till kommunerna för att utveckla öppenvård för ungdomar som riskerar att utveckla eller redan har utvecklat ett missbruk och för vuxna med missbruksproblem.

Med anledning av naturkatastrofen i Sydostasien fick Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med länsstyrelserna bl.a. följa upp hur det psykosociala stödet till barn, ungdomar och vuxna, som drabbats av naturkatastrofen fungerar inom socialtjänstens områden samt hur de kort- och långsiktiga behoven ser ut ur ett antal aspekter. Socialstyrelsen lämnade i maj 2006 en delrapport. Uppdraget skall slutredovisas senast den 1 december 2006.

Under året kom det till den tidigare regeringens kännedom att det under åren 1950-1980 förekom att barn som var placerade vid vissa institutioner inom den sociala barna-

vården för illa p.g.a. övergrepp och vanvård. Med anledning av detta fick Socialstyrelsen i december 2005 i uppdrag att bedöma omfattningen av problemet, undersöka vilken dokumentation som finns tillgänglig samt föreslå åtgärder i syfte att stödja de utsatta samt föreslå hur deras erfarenheter kan dokumenteras. Uppdraget redovisades i mars 2006. Socialstyrelsen konstaterar att det förekommit oacceptabla övergrepp och vanvård inom den sociala barnvården men att det är vanskligt att bedöma omfattningen. Den tidigare regeringen beslutade i juni 2006 om direktiv (dir. 2006:75) till en utredning om dokumentation och stöd till enskilda som utsatts för övergrepp och vanvård inom den sociala barnvården. Uppdraget skall redovisas senast den 1 juni 2008.

Personer i ekonomiskt utsatta situationer

Utredningen Från socialbidrag till arbete (dir. 2005:10) har i uppdrag att föreslå åtgärder som underlättar övergången från socialtjänstens försörjningsstöd till försörjning genom eget arbete. Den tidigare regeringen gav i juni 2006 utredaren tilläggsdirektivet att analysera konsekvenserna av att inte räkna in bl.a. barnbidragshöjningar vid prövningen av rätten till ekonomiskt bistånd (dir. 2006:72). I samband härmed förlängdes utredningstiden till den 25 januari 2007.

Socialstyrelsen har i uppdrag att göra en analys av försörjningsstödet, särskilt för riksnormen. I uppdraget ingår att analysera om det finns möjlighet att förbättra underlaget för fastställandet av riksnormens nivå, så att den blir mer förutsebar och bättre anpassad till samhällsutvecklingen i övrigt. Uppdraget skall redovisas senast den 15 maj 2007.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att undersöka möjligheterna att komplettera den officiella statistiken om ekonomiskt bistånd med uppgifter om biståndets orsaker och ändamål. Uppdraget skall redovisas senast den 31 mars 2007.

Barn i utsatta situationer

Riksdagen har beslutat om lagändringar som innebär att pass kan utfärdas utan föräldrarnas medgivande om ett barn befinner sig i en sådan situation att det finns risk för dess hälsa och utveckling. Socialnämnden skall i sådana ärenden yttra sig till passmyndigheten. Lagändringarna gäller från den 1 juli 2006. Socialstyrelsen har tagit fram ett meddelandeblad till stöd för

kommunernas handläggning av ärenden då barn söker hjälp hos svenska utlandsmyndigheter.

I promemorian Skyddsutredningar avseende barn (S2006/6778/ST) föreslås en ny lag om särskilda barnskyddsutredningar som för närvarande remissbehandlas.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att ta fram ett system för att utifrån patient- och dödsorsaksregistren vart femte år redovisa statistik över avsiktligt våld mot barn. I december 2005 redovisade Socialstyrelsen en rapport för senast tillgängliga femårsperiod.

Projektet Barns Behov I Centrum (BBIC) som Socialstyrelsen drivit är nu i ett genomförandeskede. BBIC är ett konkret exempel på kunskapsbaserat socialt arbete. Nittio kommuner har påbörjat arbete enligt BBIC och samtidigt bildat regionala nätverk. Ytterligare 60 kommuner står i begrepp att börja arbeta enligt BBIC.

Den sociala barn- och ungdomsvårdskommittén lämnade sitt slutbetänkande Källan till en chans (SOU 2005:81) i oktober 2005. Förslagen handlar bl. a. om tidigt stöd till barn, unga och deras föräldrar, utredning och insatser av tillräckligt hög kvalitet samt att den sociala barn- och ungdomsvården i högre utsträckning ska vila på kunskap och beprövad erfarenhet. Betänkandet har remissbehandlats och bereds nu i Regeringskansliet.

Familjerätt

Socialstyrelsen har bidragit till utvecklingsarbetet när det gäller samarbetsamtal där det förekommit hot och våld i relationen. Inom ramen för projektet har metoder utvecklats för samarbetsamtal i trygga, säkra och flexibla former där kvinnans säkerhet noga beaktas.

En förstärkt vårdkedja inom ungdomsvården

Statens institutionsstyrelse fick i juni 2006 uppdrag att utveckla och pröva en förstärkt vårdkedja för de ungdomar som har behov av den specifika vård som de särskilda ungdomshemmen erbjuder. Uppdraget skall genomföras tillsammans med ett antal kommuner under perioden 2006–2008 och beräknas kosta totalt 230 miljoner kronor.

Våldsutsatta kvinnor

Socialstyrelsen fördelar årligen medel till ideella organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor. Under 2006 har 16 miljoner kro-

nor fördelats till de ideella kvinnojourernas två riksorganisationer och 2,5 miljoner kronor till andra frivilligorganisationer som arbetar för samma syfte, bland annat organisationer som arbetar för att våldsbenägna män ska upphöra med våld.

Under 2006 fördelar länsstyrelserna 77,5 miljoner kronor till kvinnojoursverksamhet. Medlen fördelas till kommuner och ideella kvinno-, tjej- och brottsofferjourer som dels tillsammans och dels på egen hand har ansökt om medel för att utveckla omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor och deras barn. Socialstyrelsen skall i samverkan med länsstyrelserna följa upp och utvärdera hur medlen används och skall senast den 1 mars 2007 lämna rapport om detta.

Riksdagen har tillkännagivit (2003/04:SoU5, 2004/05SoU:1) att regeringen dels bör inventera i vilken utsträckning det finns handlingsplaner i kommunerna för arbete med våldsutsatta kvinnor, dels återkomma till riksdagen med förslag om hur kommunerna skall kunna ta ett systematiskt ansvar för arbetet med våldsutsatta kvinnor. Socialstyrelsen redovisade den 30 oktober 2005 att cirka 70 procent av landets kommuner har handlingsplaner. Redovisningen överlämnades till Utredningen om socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor som överlämnade sitt betänkande i juni 2006 (SOU 2006:65). Utredningen föreslår åtgärder i syfte att förstärka kommunernas ansvar samt stärka och tydliggöra socialtjänstens stöd. Ett av utredningens förslag innebär en skärpning av socialtjänstens ansvar för brottsoffer enligt SoL i enlighet med riksdagens tillkännagivande (2005/06:SoU31). Betänkandet har skickats på remiss.

Rikskvinnocentrum ombildas till ett nationellt kunskapscentrum för frågor om mäns våld mot kvinnor vid Uppsala universitet från och med den 1 oktober 2006. Det nationella kunskapscentrumet skall även inrätta och driva en nationell kristelefon för våldsutsatta kvinnor och deras närstående.

Insatser mot hedersrelaterat våld

Under perioden 2003–2007 har 180 miljoner kronor avsatts för att bistå flickor och pojkar, unga kvinnor och unga män som riskerar att utsättas för s.k. hedersrelaterat våld. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att dels göra en nationell kartläggning av förekomsten av hedersrelaterat hot och våld mot ungdomar från nära

anhöriga, dels ta fram en lägesrapport om länsstyrelsernas olika insatser mot hedersrelaterat våld. Lägesrapporten redovisades den 30 april 2006 och den nationella kartläggningen skall redovisas den 30 november 2006.

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) har fått i uppdrag att inventera vilken forskning, uppföljning och utvärdering av arbetsmetoder och arbetsformer som finns internationellt av arbete med ungdomar som utsätts för hedersrelaterat våld. Uppdraget skall redovisas i en delrapport den 31 oktober 2006 och slutredovisas den 30 november 2007.

Missbrukarvårdssatsningen Ett kontrakt för livet
Satsningen innebär riktade statsbidrag till missbrukarvården på 820 miljoner kronor under 2005–2007.

För utvecklingsinsatser i enlighet med betänkandet (SOU 2005:82) Personer med tungt missbruk avsätts totalt 400 miljoner kronor. Av dessa medel fördelade länsstyrelserna år 2005 49,1 miljoner kronor och år 2006 fördelas 100 miljoner kronor till kommunerna. Socialstyrelsen ansvarar för utvärdering.

För att förstärka LVM-vården får de kommuner som åtar sig att aktivt medverka i vårdplanering och eftervård sin avgift väsentligt reducerad under den tid som vård i annan form enligt 27 § LVM pågår. För detta område avsätts 300 miljoner kronor. Statens institutionsstyrelse (SiS) har ansvar för genomförande och utvärdering.

Slutligen avsätts 120 miljoner kronor för att bekämpa drogmisbruk inom kriminalvården (se UO 4).

Övriga insatser mot missbruk

Våren 2006 presenterade Socialstyrelsen ett förslag till riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Efter remissbehandling kommer de slutliga riktlinjerna att publiceras under senhösten 2006. Parallellt har en modell utvecklats för att följa, stödja och utveckla kvaliteten i missbrukarvården utifrån ett antal kvalitetsindikatorer.

Socialstyrelsen har i uppdrag att utreda om gravida kvinnor med missbruk får den vård de behöver för att uppnå en alkohol- och narkotikafri graviditet inklusive frågan om tvångsomhändertagande enligt LVM samt hur det långsiktiga stödet till såväl föräldrar som

barn kan stärkas. Uppdraget skall redovisas senast den 1 oktober 2007.

Den 1 juli 2006 trädde lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler i kraft. Socialstyrelsen avser att under 2006 lämna närmare föreskrifter om sådan verksamhet i enlighet med riksdagens tillkännagivande (2005/06:JuSoU1).

Hemlöshet

Socialstyrelsen har fortsatt att stödja utvecklingen av metoder som motverkar hemlöshet samt kartlägga hemlöshetens omfattning. År 2005 beviljades 13 hemlöshetsprojekt medel för verksamheter som skall bedrivas under 2005-2008. Uppdraget skall slutredovisas senast den 1 juli 2008.

Utredningen om vräkning och hemlöshet bland barnfamiljer överlämnade sitt betänkande (SOU 2005:88) i oktober 2005. Utredaren konstaterar att många barn drabbas eller riskerar att drabbas av hemlöshet och gör bedömningen att sammanlagt minst 1 000 barn vräktes under 2004. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Stärkt brukarperspektiv

I Socialstyrelsens arbete med att utveckla kvaliteten i socialtjänstens verksamhet har brukarorganisationerna deltagit i remissbehandling och i olika former av samråd. Delegationen för brukarinflytande i sociala utvecklingsfrågor har genomfört seminarier i olika delar av landet med fokus på bl.a. hemlöshet och socialt företagande som en väg till arbete för dem som står långt ifrån arbetsmarknaden. Delegationen har även bidragit i arbetet med den nationella handlingsplanen mot fattigdom och social uteslängning för åren 2006–2008 som Sverige har utarbetat inom ramen för EU-samarbetet på det sociala området.

Verksamhetsområde Statligt bedriven ungdoms- och missbrukarvård

Ungdomsvård

Tabell 8.2 Ungdomsvård

Ungdomsvård	År 2004	År 2005
Antal särskilda ungdomshem i drift	35	35
Antal fastställda platser för ungdomsvård	618	611
Antal intagna flickor under året	351	381
Antal intagna pojkar under året	633	603
Totalt antal intagna enskilda ungdomar under året	984	984
Genomsnittligt antal intagna per dygn	542	516

Väntetiderna för de ungdomar som togs in med stöd av LVU ökade under året. Antalet ungdomar som placerades omgående minskade från 80 procent till 79 procent. Närhetsprincipen tillgodosågs i ungefär lika stor omfattning, 62 procent, som året dessförinnan. Pojkarna placerades i enlighet med närhetsprincipen i marginellt större omfattning än flickorna.

Sluten ungdomsvård

Tabell 8.3 Sluten ungdomsvård

Sluten ungdomsvård	År 2004	År 2005
Antal fastställda platser	78	78
Antal intagna flickor under året	7	4
Antal intagna pojkar under året	116	100
Totalt antal intagna under året	123	104
Genomsnittligt antal intagna per dygn	85	82
Genomsnittlig strafftid i månader	8,7 mån	10 mån

Statens institutionsstyrelse hade inte heller under år 2005 några särskilda institutioner för sluten ungdomsvård. Ungdomarna som dömts till sluten ungdomsvård avtjänade sina straff på samma institutioner som de ungdomar som vårdades enligt LVU. I de allra flesta fall vårdades de dömda dock på de avdelningar som SiS särskilt har reserverat för sluten ungdomsvård. De intagna ungdomarnas strafftider varierade mellan två månader och fyra år.

*Missbrukarvård***Tabell 8.4 Missbrukarvård**

Missbrukarvård	År 2004	År 2005
Antal LVM-hem i drift	14	14
Antal fastställda platser vid LVM-hem	331	327
Antal intagna kvinnor under året	326	364
Antal intagna män under året	650	752
Totalt antal intagna enskilda klienter under året	976	1 116
Genomsnittligt antal intagna per dygn	266	280
Andel omedelbart omhändertagna jml. 13 § LVM	83 %	79 %
Placerade i enlighet med närhetsprincipen	65 %	63 %
Kvinnor placerade i enlighet med närhetsprincipen	55 %	53 %
Män placerade i enlighet med närhetsprincipen	69 %	67 %

Statens institutionsstyrelses uppdrag att introducera en del av missbrukarvårdssatsningen Ett kontrakt för livet till landets kommuner kom igång under andra halvåret 2005. Den har inneburit att efterfrågan på LVM-vård har ökat väsentligt och att intresset för vård av missbrukare bedöms vara klart större hos kommunerna än tidigare. För missbrukarvårdens del innebar det nya läget att efterfrågan i slutet av 2005 motsvarar det platsantal som SiS har till sitt förfogande. SiS genomför även sedan 2004 en treårig försöksverksamhet med en förstärkt vårdkedjemodell i LVM.

8.4.2 Insatser utanför politikområdet

Insatser inom andra politikområden påverkar i hög grad välfärdsutvecklingen och socialtjänstens verksamhet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, eftersom socialtjänsten utgör samhällets yttersta skyddsnät. I första hand handlar det om insatser för att skapa fler jobb, öka sysselsättningen så att fler människor kan gå från bidrag till eget arbete. Dessutom kan särskilt nämnas folkhälsopolitiken, hälso- och sjukvårdspolitiken, integrationspolitiken, den ekonomiska familjepolitiken, barnpolitiken, utbildningspolitiken, samt bostadspolitiken. Insatser inom dessa politikområden är viktiga också för att förebygga social utsatthet. Insatser för grupper som står längst bort från arbetsmarknaden och egen

försörjning ingår som en del i de nationella handlingsprogrammen för sysselsättning och tillväxt som utarbetas av EU:s medlemsländer inom ramen för Lissabonstrategin.

Unga lagöverträdare

Riksdagen har beslutat om ett antal ändringar i reglerna om ingripanden mot och behandling av unga lagöverträdare. Bland annat vissa ändringar i påföljden överlämnande till vård inom socialtjänsten samt att påföljden byter beteckning till ungdomsvård. Ungdomstjänst införs som en fristående påföljd. En särskilt kvalificerad kontaktperson skall kunna utses om den unge är i behov av särskilt stöd. Kommunerna skall från och med 2008 sörja för att medling kan erbjudas när brottet har begåtts av någon som är under 21 år.

Översyn av hyreslagen

I juli 2006 beslutade den tidigare regeringen om direktiv för en översyn av hyreslagen (dir 2006:85). I uppdraget ingår att överväga hur barnperspektivet i lagen och lagens karaktär av social skyddslagstiftning lämpligen kan förtydligas. Utredaren skall uppmärksamma de synpunkter som Utredningen om vräkning och hemlöshet bland barnfamiljer har lämnat (SOU 2005:88) samt Ds 2006:9 Rättvisa och jämlika villkor på bostadsmarknaden.

8.5 Resultatredovisning

8.5.1 Mål

Målet för politikområdet är:

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer,
- att stärka skyddet för utsatta barn.

Ovanstående mål är beslutade av riksdagen (prop. 2005/06:1, utg. omr. 09, bet. 2005/06:SoU1, rskr. 2005/06:111). Resultatbeskrivningen i det följande görs i förhållande till dessa mål.

8.5.2 Resultat

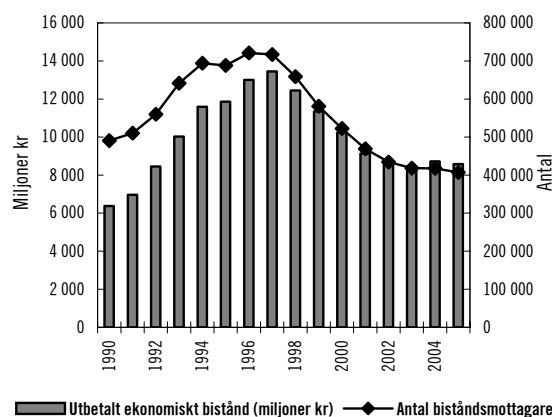
Verksamhetsområde Individ- och familjeomsorg

Socialstyrelsen följer årligen könsfördelningen när det gäller styrelserepresentation och medlemmar i de frivilligorganisationer som får statsbidrag. En analys baserad på uppgifter som lämnats av 64 organisationer på det sociala området inför fördelningen av statsbidrag för 2006 visar en övervikt av män inom styrelserna för organisationer inom missbruksområdet och en övervikt av kvinnor i styrelserna inom organisationer som arbetar för utsatta barn och organisationer som motverkar våld mot kvinnor. Detta speglar att vissa organisationer riktar sig enbart till män och vissa enbart till kvinnor. 52 procent av organisationerna hade kvinno-dominans i styrelsen och 44 procent hade mans-dominans. Endast ett fåtal organisationer hade en jämn könsfördelning i styrelsen. Sammantaget blir könsfördelningen inom styrelserna jämn, 51 procent kvinnor och 49 procent män.

Socialstyrelsens tredje delrapport Det fortsatta stödet efter flodvågskatastrofen beskriver samhällets stöd till drabbade i Sverige efter flodvågskatastrofen inom socialtjänstens område. Sammanfattningsvis visar de hittills gjorda undersökningarna att kommunerna i samverkan med andra lokala krisaktörer, ofta inom ramen för så kallade POSOM-grupper, särskilt under de första månaderna har lagt ner mycket arbete på att nå ut med information om stödinsatser. Det är dock enligt Socialstyrelsen tydligt att många kommuner saknar uppgifter om omfattningen av egna och/eller andra aktörers stödinsatser. Socialstyrelsen planerar därför att, i samverkan med några länsstyrelser och kommuner, ta fram ett förslag till metod för beskrivning och dokumentation av de insatser som ges i samband med allvarliga händelser.

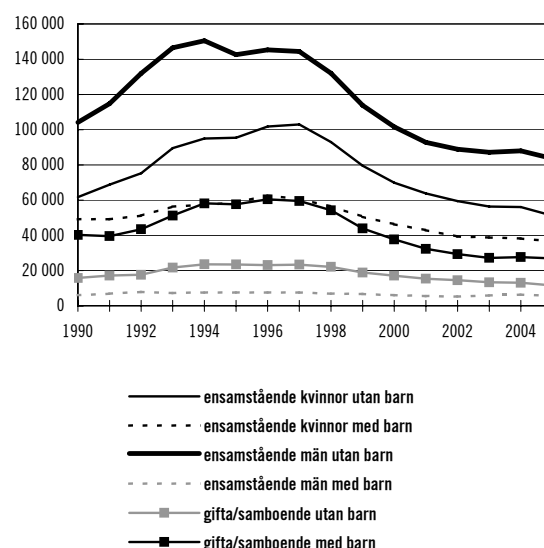
Personer i ekonomiskt utsatta situationer

Diagram 8.1 Ekonomiskt bistånd



Sedan 1997, när kostnaderna för ekonomiskt bistånd var som störst, har kostnaderna minskat med 36 procent i fasta priser. Under de senaste fem åren har minskningstakten avtagit (se diagram 8.1). Under 2005 minskade kostnaderna med knappt 2 procent jämfört med 2004. Under 2005 betalades totalt 8,6 miljarder kronor ut i ekonomiskt bistånd (inklusive introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra invandrare som tagits emot i kommunerna). Variationen mellan kommunerna är mycket stor.

Diagram 8.2 Antal biståndsmottagare efter hushållens sammansättning



Den tidigare regeringens mål att halvera socialbidragsberoendet har inte uppnåtts. Under 2005 fick drygt 225 000 hushåll, bestående av ca 407 000 personer, ekonomiskt bistånd någon gång under året (se diagram 8.1). Dessa hushåll utgör knappt sex procent av hushållen i befolkningen. Ensamstående män utan barn är som grupp räknat flest till antalet (se diagram 8.2). Däremot är ensamstående kvinnor med barn, ungdomar samt utrikes födda personer överrepresenterade. Exempelvis hade 21 procent av alla ensamstående kvinnor med barn ekonomiskt bistånd någon gång under 2005 (se tabell 8.5).

Tabell 8.5 Biståndshushåll fördelade efter hushållens sammansättning 2005

Andel biståndshushåll av samtliga hushåll i befolkningen 18–64 år, procent

Hushåll	Andel i procent
Ensamstående kvinnor med barn	21
Ensamstående kvinnor utan barn	8
Ensamstående män med barn	7
Ensamstående män utan barn	9
Gifta/sammanboende med/utan barn	2
Utrikes födda	12
Ungdomar 20–24 år	11
Samtliga hushåll	6

Enligt Socialstyrelsen är det för män oftare än för kvinnor arbetslöshet eller sociala problem som ligger bakom bistandsberoendet. För kvinnor är det oftare ohälsa som är orsaken. Ungdomar och personer med utländsk bakgrund har särskilt svårt att komma in på arbetsmarknaden och har därför inte heller kvalificerat sig för andra former av ersättningar.

Under 2005 var 36 procent av biståndsmottagarna mellan 18 och 64 år arbetslösa utan arbetslöshetsersättning någon gång under året. För manliga biståndsmottagare var denna andel högst, 41 procent, jämfört med 31 procent för kvinnor.

Det långvariga bistandsberoendet minskade något under 2005 och var i stort sett lika vanligt bland kvinnor som bland män – 31 procent av biståndsmottagarna hade fått ekonomiskt bistånd mer än 10 månader under året. Den genomsnittliga biståndstiden per hushåll var 5,9 månader och det genomsnittliga utbetalda beloppet var 38 100 kronor under året vilket motsvarar 3 175 kronor per månad.

Resultatet av länsstyrelsernas tillsyn 2005 visar att handläggningen av ekonomiskt bistånd fort-

farande är formaliserad och restriktiv, på bekostnad av individuella bedömningar. Enligt länsstyrelserna kan handlingsplaner ofta vara schablonmässiga. Det alltmer standardiserande arbetssättet leder också till brister i barnperspektivet.

Socialstyrelsen konstaterar dock att det skett en långsam men positiv utveckling när det gäller barnperspektivet i handläggningen av det ekonomiska biståndet, t.ex. lyfts barnen fram tydligare i ärenden som rör familjer med långvarigt bistandsberoende, även om det ser olika ut i kommunerna. Handläggningen präglas dock fortfarande av ett vuxenperspektiv och den allt striktare behovsbedömningen ökar risken att barnens behov inte synliggörs och tillgodoses.

Socialstyrelsen har under 2005 analyserat utvecklingen av ekonomiskt bistånd i storstadssatsningens stadsdelar under perioden 1998–2003. Socialstyrelsen konstaterar att det inte går att dra några slutsatser om storstadssatsningens effekter på utvecklingen av ekonomiskt bistånd.

Barn i utsatta situationer

Den 1 november 2005 hade cirka 15 200 barn och unga (0–21 år) heldygnsinsats. Av dessa var 7 200 flickor och 8 000 pojkar. Vid samma tidpunkt hade cirka 28 500 barn och unga någon öppenvårdsinsats. Antalet flickor var 12 800 och antalet pojkar 15 200. Antalet barn och unga med öppenvårdsinsats har varit ganska konstant under de senaste fem åren medan antalet som fått heldygnsvård under samma period har ökat.

Kommunernas kostnader för insatser till barn och unga år 2005 var 11,2 miljarder kronor. Kostnaderna har ökat med cirka 20 procent sedan år 2000. Det är främst kostnaderna för öppenvårdsinsatser som har ökat men även kostnaden för heldygnsvården har ökat.

Enligt Socialstyrelsen är bilden av den sociala barn- och ungdomsvården sammansatt. Generellt sett sker positiva förändringar med tydligare barnperspektiv och struktur i handläggningen, mer individuellt anpassade insatser och en satsning på att nå familjer tidigt med erbjudanden om stöd. Utbudet av insatser för barn, unga och föräldrar har ökat och det pågår utvecklingsarbete. Många kommuner satsar på att erbjuda lättillgänglig service för rådgivning och stöd för föräldrar och på att socialtjänsten ska finnas med i barnens vardagssammanhang, t.ex. i skolan. Ibland ges insatser utan föregående

utredning och biståndsprövning och därmed utan krav på dokumentation och uppföljning. Det görs färre utredningar, men de har bättre kvalitet och barns delaktighet har ökat. Samtidigt finns exempel på neddragningar av både personal och på förebyggande och uppsökande verksamhet.

Av Socialstyrelsens rapport Social tillsyn 2005 framgår att det fortfarande finns brister i handläggningen av anmälningar om barn som far illa. Bristerna har att göra med att de inte handläggs skyndsamt eller att de inte bedöms och handläggs på rätt sätt. När en utredning har öppnats följs inte reglerna om att utredningen ska slutföras inom fyra månader och det fattas inte alltid beslut om förlängd utredningstid.

Familjerätt och familjerådgivning

Under 2005 deltog föräldrar till drygt 19 700 barn i samarbetsamtal för att bli eniga i frågor som rör vårdnad, boende och umgänge. Enligt Socialstyrelsen har utredningar om vårdnad, boende och umgänge blivit mer komplicerade. Skillnaderna mellan kommuner vad gäller väntetider, utredningstider, samtal med barn och uppföljning är stora. Allt fler kommuner erbjuder gruppverksamhet för barn i samband med att föräldrarna separerar.

Länsstyrelserna har lyft fram att många kommuner har långa väntetider för familjerådgivning.

Internationella adoptioner

Under 2005 genomfördes drygt 2 400 medgivandeutredningar, en ökning med drygt 400 jämfört med 2004. Socialstyrelsen redovisade i februari 2006 en kartläggning av väntetiderna för medgivandeutredningar. Utredningstiderna varierar avsevärt mellan kommunerna och mellan ärenden i en och samma kommun.

Våldsutsatta kvinnor

Socialstyrelsens och länsstyrelsernas kartläggning hösten 2005 visar att det fanns handlingsplaner för arbetet med våldsutsatta kvinnor i ca 70 procent av kommunerna, och att sådana var på gång i de flesta övriga. Tre fjärdedelar av handlingsplanerna är politiskt antagna och gäller arbete med såväl våldsutsatta kvinnor och deras barn som männen som utövar våldet. I t.ex. Stockholms län har nästan alla kommuner specialiserade enheter eller socialsekreterare med specialkunskaper på området.

Specialiseringen inom individ- och familjeomsorgen kan enligt Socialstyrelsen göra att det brister i helhetssynen på kvinnans och barnens hjälpbehov vad gäller bostad, ekonomi, eventuellt missbruk etc. Dessutom finns uppgifter om att möjligheten för hotade och misshandlade kvinnor att få ny bostad och hjälp att bosätta sig på annan ort har försämrats. Socialstyrelsen bedömer att orsaken är brister i samverkan och oklarheter om vem som skall ansvara för kostnader och skyddat boende. Även bristen på bostäder försvårar arbetet.

Länsstyrelsernas tillsyn 2005 visar att våldsutsatta kvinnor har svårt att få stöd och hjälp vad det gäller de särskilda behov av ekonomiskt bistånd som kan uppstå som en konsekvens av sin utsatta situation.

De grupper som enligt Socialstyrelsen har särskilt svårt att söka och få skydd och stöd är våldsutsatta kvinnor med missbruk och våldsutsatta kvinnor med psykiska funktionshinder.

Enligt kartläggningen i rapporten Mäns våldsutövande – barns upplevelser från år 2006 finns det idag ett 50-tal verksamheter riktade till män som utövar våld mot kvinnor och barn. Verksamheterna varierar stort och har olika inriktning. Det finns mans- och kriscentra för män både på ideell basis samt i kommunens regi men även inom ramen för kriminalvården och rättspsykiatri.

Resultatet av insatser mot s.k. hedersrelaterat våld

I april 2006 presenterade Socialstyrelsen en lägesrapport av länsstyrelsernas insatser mot hedersrelaterat våld. Lägesrapporten är en uppföljning och avser de medel som tilldelats länsstyrelserna under 2004–2005. Socialstyrelsen konstaterar att det pågår många olika insatser ute i landet. Det finns idag en större medvetenhet när det gäller hedersrelaterade frågor och hedersrelaterat våld. I början av 2006 fanns 105 platser för skyddat boende fördelat i familjehem, HVB (hem för vård eller boende) samt andra skyddade boenden. Det är främst flickor/unga kvinnor (18–24 år) som bor i skyddat boende. På fem skyddade boenden har pojkar och unga män bott under uppföljningsperioden.

Tabell 8.6 Antalet kvinnor och män med insatser den 1 november 2005

	Antal			Könsfördelning	
	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor	Män
Bistånd som avser boende	1 340	4 510	5 850	23 %	77 %
Individuellt behovsprövade öppna insatser	3 680	8 600	12 280	30 %	70 %
Heldygnsvård	810	2 360	3 170	26 %	74 %
- varav tvångsvård	90	145	235	38 %	62 %

Missbruk

Enligt betänkandet (SOU 2005:82) Personer med tungt missbruk finns det ungefär 100 000 personer med tungt alkohol- och/eller narkotikamissbruk. I betänkandet konstateras att många av dessa inte nås eller inte efterfrågar socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser. Den 1 november 2005 hade omkring 21 300 personer någon form av insats mot sitt missbruk. Antalet personer inom missbrukarvården har totalt sett legat på samma nivå under den senaste femårsperioden. Fler får dock öppna insatser och färre får dygnsvård.

Kommunernas kostnader för missbrukarvården var 4,7 miljarder kronor år 2005. Kostnaderna har ökat med cirka tio procent sedan år 2000, vilket beror på ökade kostnader för öppenvårdsinsatser. Kostnaderna för heldygnsvård har däremot minskat.

Av Socialstyrelsens rapport Social tillsyn 2005 framgår att utbyggnaden av öppenvården i kommunerna fortsätter och att kommunerna i större utsträckning än tidigare har olika typer av insatser för olika grupper av personer med missbruksproblem. Samtidigt har vissa grupper svårt att få sina behov tillgodosedda. Det handlar om personer med missbruksproblem som också har psykiska problem, äldre personer med tungt missbruk samt ungdomar och våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem.

Missbrukarvårdssatsningen Ett kontrakt för livet

Under 2005 fördelade länsstyrelserna 49,1 miljoner kronor till kommunerna för utvecklingsinsatser till personer med tungt missbruk. Socialstyrelsens utvärdering visar att kommunerna framför allt har använt dessa medel för att utveckla samverkan och behandlingsprogram samt att utbilda personal. Den del av satsningen som syftar till att utveckla innehållet i och eftervården till vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) har

inneburit att efterfrågan på sådan vård har ökat och att intresset för vård av missbrukare bedöms vara större hos kommunerna än tidigare. De kommuner som åtar sig att aktivt medverka till vårdplanering och eftervård får sin avgift väsentligt reducerad under den tid som vård i annan form enligt 27 § LVM pågår. Under 2005 och första halvåret 2006 slöts överenskommelser för drygt hälften av de placerade enligt 27 § LVM. Fördelningen av kvinnor och män med överenskommelser följer den könsfördelning som finns totalt inom LVM-vården. En effekt av satsningen är en successiv ökning av andelen unga personer (mellan 18 och 30 år) bland dem med överenskommelse. Statens institutionsstyrelses utvärdering visar att berörda socialsekreterare anser att satsningen har haft en positiv inverkan på deras arbete och ökat möjligheterna att välja mer kvalificerade och långsiktiga vårdinsatser. Omkring 70 procent av klienterna med överenskommelse avstod från eller minskade sitt missbruk sex månader efter avslutad LVM-vård och lite mindre än hälften var kvar i någon form av eftervård.

Hemlöshet

I januari 2006 presenterade Socialstyrelsen sin senaste kartläggning av hemlöshetens omfattning. Omkring 17 800 personer var hemlösa under en mätvecka 2005. Rapporten visar att hemlösheten ökat sedan mätningen 1999 med cirka 2000–3000 personer. Tre fjärdedelar av dessa är män och en fjärdedel är kvinnor. Andelen kvinnor och personer födda utanför Norden fortsätter att öka. Jämfört med 1999 bor en större andel av de personer som är hemlösa 2005 på härbärke eller andra akutboenden. I absoluta tal är det en ökning från cirka 550 år 1999 till cirka 1 650 personer år 2005. En stor andel av de hemlösa har missbruksproblem, 62 procent, respektive psykiska problem, 40 pro-

cent. Drygt 30 procent av de hemlösa är också föräldrar till barn under 18 år.

Hösten 2006 presenterade Socialstyrelsen en utvärdering av de lokala hemlöshetsprojekt som genomförts 2002–2005. Utvärderingen visar att en del av de hemlösa personerna uppnått målet om ett eget kontrakt samtidigt som majoriteten befinner sig i olika former av s.k. boendetrappor. För många har situationen på kort sikt förbättrats eller en försämrad boendesituation förhindrats genom vräkningsförebyggande åtgärder.

Verksamhetsområde Statligt bedriven ungdoms- och missbrukarvård

Statens institutionsstyrelse (SiS) har under året fortsatt arbetet med att implementera och befästa metoder som har vetenskapligt stöd. Flera forskningsrapporter som helt eller delvis finansierats av SiS har publicerats. Försök för att på olika sätt ge de intagna ungdomarna och missbrukarna möjlighet att komma till tals och påverka vården pågår. Frågan om hur tillsynen av SiS kan göras ekonomiskt och organisatoriskt oberoende utreds för närvarande av den sociala tillsynsutredningen (dir. 2004:178, dir. 2005:87).

Vård vid särskilda ungdomshem

Den trend inom ungdomsvården som visat sig de senaste åren med en vikande efterfrågan på platser vid särskilda ungdomshem fortsatte under året. Det som främst har karakteriserat ungdomsvården är inte att antalet placeringar har förändrats utan att placeringarnas längd väsentligt har minskat.

Det som särskilt har präglat slutna ungdomsvård under året är några spektakulära avvikelser och därmed säkerhetsfrågorna. Med anledning av avvikelserna lät SiS göra en särskild översyn av säkerheten vid de institutioner som har fasta platser för de dömda ungdomarna. SiS har lämnat förslag i syfte att förbättra säkerheten vid de särskilda ungdomshemmen. Dessa förslag är för närvarande ute på remiss.

Vård vid LVM-hem

Samtliga klienter anvisades plats samma dag som ansökan om plats inkom från kommunen. Under året har en första uppföljning av det särskilda vårdkedjeprojektet inom missbrukarvården redovisats. SiS har undersökt hur det har

gått för 74 klienter från det att institutionsvården inleddes till ett halvår efter det att missbrukarvården upphört. Mer än hälften av klienterna har uppnått mycket goda resultat.

8.5.3 Analys och slutsatser

Den sociala barn- och ungdomsvården behöver utvecklas

På många håll sker positiva förändringar inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det kvarstår dock behov av åtgärder både för att ge socialtjänsten bättre förutsättningar och för att förbättra tillsynen av socialtjänsten. Det brister fortfarande i handläggningen, såväl av anmälningar om barn som far illa som i utredningar. Tidigt stöd till föräldrar och samverkan mellan socialtjänsten och t.ex. skolan måste förbättras.

Från bidrag till arbete

Det långvariga biståndsberoendet är ett stort problem, särskilt för unga och vissa grupper av utrikes födda. Långvarigt biståndsmottagande innebär ett utanförskap som måste brytas. Försörjningsstödet bör utformas på ett sådant sätt att det lönar sig att gå från bidrag till eget arbete.

Fortsatta insatser för våldsutsatta kvinnor och deras barn

Det krävs ett samlat grepp i syfte att minska mäns våld mot kvinnor. Åtgärderna måste omfatta såväl förbättrat stöd till de våldsutsatta kvinnorna som insatser för de män som slår. Kommunernas ansvar måste stärkas och insatserna bli mer enhetliga i landet. Kvinnojourernas värdefulla arbete och kunskap måste stödjas.

Behov av fortsatta insatser mot hemlöshet

Hemlösheten har ökat mellan år 1999 och år 2005. En större andel år 2005 bor på härbärke eller andra akutboenden. Utredningen om vräkning och hemlöshet bland barnfamiljer konstaterar att många barn drabbas eller riskerar att drabbas av hemlöshet.

8.6 Politikens inriktning

Ökad trygghet för utsatta barn

Barnets bästa och barnets rätt att komma till tals skall vara självklara utgångspunkter i alla åtgärder som rör barn inom socialtjänsten. Stödinsatser för barn och ungdom behöver samordnas på ett bättre sätt än i dag. Skolhälsovården har en viktig roll i arbetet med att förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga. Tidiga och tydliga insatser skall prägla samhällets arbete med unga människor som riskerar att påbörja en kriminell bana. Föräldrars kraft och möjlighet skall bättre tas tillvara och deras ansvar för att förmedla normer till sina barn tydliggöras. Alla föräldrar kan behöva stöd i föräldraskapet.

Höga krav måste ställas på insatsernas säkerhet och kvalitet liksom på rättsäkerheten i handläggning och dokumentation inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det är oftast inom dessa områden som socialtjänsten får kritik i samband med länsstyrelsernas tillsyn. Under 2007 och 2008 tillförs ytterligare 10 miljoner kronor per år för tillsyn av den sociala barn- och ungdomsvården.

Barnet drabbas mycket hårt då familjen vräks från sin bostad. Det är därför angeläget att vidta åtgärder för att motverka vräkning och hemlöshet bland barnfamiljer. Samarbetet mellan socialtjänst, kronofogdemyndighet och bostadsföretag måste utökas.

Bryt utanförskapet

Över en miljon människor står idag utanför arbetsmarknaden. Detta utanförskap måste brytas. Den enskilt viktigaste uppgiften för regeringen är att skapa förutsättningar för fler jobb så att fler människor kan gå från bidrag till eget arbete. Arbetslinjen och arbetets värde ska återupprättas. Sänkta skatter genom jobbavdraget för låginkomsttagare ökar möjligheterna att leva på eget arbete. Nystartsjobb ökar möjligheterna för dem som under mer än ett år inte har arbetat att komma tillbaka till arbete.

Personer som inte fått ett arbete trots att de sökt under lång tid behöver mer aktiv hjälp från arbetsförmedlingen. Alla långtidsarbetslösa föreslås därför få rätt till en jobb- och utvecklingsgaranti. Syftet med garantin är att med hjälp av individuellt utformade åtgärder så snabbt som möjligt hjälpa deltagarna in på den reguljära arbetsmarknaden. Tyngdpunkten i jobbgarantin

är att förbereda deltagarna för arbetslivet genom olika jobbsökande aktiviteter. Aktiviteterna ska kunna ordnas av en mångfald auktoriserade anordnare. Därmed kan människor som annars riskerar att hamna i passivt bidragsberoende och utanförskap ges en möjlighet till arbetsträning och anpassning till arbetsmarknaden.

Förstärkt skydd och stöd till våldsutsatta kvinnor

Arbetet med att förbättra och utveckla insatserna för våldsutsatta kvinnor och deras barn måste ske på bred front. Regeringen avser att lägga fram en handlingsplan för att bekämpa våldet mot kvinnor. Den skall bland annat omfatta förbättrat stöd till kvinnor som utsatts för våld samt insatser för de män som slår. Kommunernas arbete på området måste stärkas och utvecklas. Insatserna måste bli mer likvärdiga och inte påverkas av vilken kommun man söker hjälp i. När en våldsutsatt kvinna behöver skydd och stöd måste det finnas en kvinnojour att vända sig till. Därför tillför regeringen ytterligare 20 miljoner kronor till kvinnojourns verksamhet. Därutöver tillförs tre miljoner kronor till insatser för de män som slår.

Brottsofferjour för HBT-personer

Trakasserier, hot eller våld mot någon som är homosexuell, bisexuell eller transperson (HBT) är ett angrepp mot den personens identitet och livsstil. HBT-personer vill eller vågar inte alltid söka sig till de ordinarie brottsofferjourerna. Liksom när det gäller kvinnojourn finns det ett behov av en eller flera specialiserade brottsofferjourer med särskild kompetens som komplement. För år 2007 satsas ytterligare medel för att på olika sätt förstärka och utveckla brottsofferverksamheten för denna grupp.

Mer resurser för insatser mot hemlöshet

Hemlöshet har tidigare huvudsakligen varit ett storstadsproblem, men problemet förekommer även på mindre orter. Bland de hemlösa finns en växande andel med psykisk sjukdom. Alkohol- och narkotikaberoende är också vanligt. Livssituationen för drogberoende personer försvåras ytterligare av hemlöshet. Behandlingen bör därför kopplas till tillgång till bostad. Det är viktigt att kommunerna samverkar med ideella aktörer på detta område för att åstadkomma bästa tänkbara resultat. För fortsatta insatser mot hemlöshet avsätts totalt 33 miljoner kronor 2007 och lika mycket 2008.

Regeringen avser att göra en översyn av samtliga pågående utredningar inom politikområdet och vid behov föreslå förändringar i enlighet med regeringens politik.

8.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar i Statens institutionsstyrels årsredovisning år 2005.

8.8 Budgetförslag

8.8.1 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tabell 8.7 Anslagsutveckling 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

År	Utfall	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2005	Utfall	160 693	60 502	
2006	Anslag	415 076 ¹		464 717
2007	Förslag	613 476		
2008	Beräknat	260 976		
2009	Beräknat	166 576		

¹Inklusive tillägsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tillägsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Anslaget omfattar medel till utveckling av socialt arbete, 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.

Regeringens överväganden

För det sista året av den treåriga satsningen Ett kontrakt för livet avsätts under 2007 100 000 000 kronor till Statens institutionsstyrelse för en förstärkt vårdkedja och 250 000 000 kronor till länsstyrelserna att fördela till kommunerna för att utveckla och stärka missbrukarvården.

Under 2006 har anslaget ökat med 50 000 000 kronor för att finansiera uppdraget till Statens institutionsstyrelse att utveckla och pröva en förstärkt vårdkedja inom ungdomsvården. Under 2007 och 2008 ökas anslaget med

90 000 000 kronor vardera året för detta ändamål.

För att öka stödet till kvinnojoursverksamhet ökas anslaget med 20 000 000 kronor under 2007. Rikskvinnocentrum ombildas den 1 oktober 2006 till ett nationellt kunskapscentrum för frågor om mäns våld mot kvinnor vid Uppsala universitet. Medel om 24 000 000 kronor som är avsatta för centrumets verksamhet överförs från och med 2007 till Utgiftsområde 16, anslag 25:18 *Uppsala universitet, forskning och forskarutbildning*.

Stödet till brottsofferjour för homo- och bisexuella samt transpersoner förstärks. Anslaget ökas därför med 1 400 000 kronor för att finansiera utvecklingen av brottsofferverksamhet för HBT-personer. 400 000 kronor av dessa medel överförs från Utgiftsområde 9, anslag 14:7 *Folkhälsopolitiska åtgärder*.

Anslaget ökas med 3 000 000 kronor per år under 2007 och 2008 för insatser för de män som slår.

Anslaget ökas med 1 500 000 kronor under 2007 för genomförande av undersökningar av statistik gällande levnadsförhållanden (ULF och Barn-ULF).

Tabell 8.8 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	365 076	365 076	365 076
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	247 000	-105 500	-198 500
Överföring till/från andra anslag	1 400	1 400	
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	613 476	260 976	166 576

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tillägsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 613 476 000 kronor anvisas under anslaget 18:1 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2006. För 2007 och 2008 beräknas anslaget till 260 976 000 kronor respektive 166 576 000 kronor.

8.8.2 18:2 Statens institutionsstyrelse**Tabell 8.9 Anslagsutveckling 18:2 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor

			Anslags- sparande	
2005	Utfall	749 634		-12 137
2006	Anslag	774 805 ¹	Utgifts- prognos	731 761
2007	Förslag	773 559		
2008	Beräknat	786 003 ²		
2009	Beräknat	802 819 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 773 704 tkr i 2007 års prishivå.

³ Motsvarar 773 845 tkr i 2007 års prishivå.

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 med avgifter, medan slutna ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet**Tabell 8.10 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt -kost- nad)
Offentlig- rättslig verksamhet			
Utfall 2005	1 017 575	1 771 820	- 754 245
Prognos 2006	1 085 000	1 831 400	- 746 400
Budget 2007	1 100 000	1 870 000	- 770 000

Tabell 8.11 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt -kost- nad)
Uppdragsverksamhet			
Utfall 2005	27 000	27 000	0
Prognos 2006	27 000	27 000	0
Budget 2007	15 000	15 000	0

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringen föreslår att Statens institutionsstyrelse under 2007 skall ha möjlighet att kunna göra ekonomiska åtaganden om högst 5 000 000 kronor.

Tabell 8.12 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2005	Prognos 2006	Förslag 2007	Beräknat 2008	Beräknat 2009–
Ingående åtaganden	477	677	2 500	3 000	
Nya åtaganden	677	2 500	3 000		
Infriade åtaganden	-477	-677	-2 500	-2 000	-1 000
Utestående åtaganden	677	2 500	3 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	18 000	5 000	5 000		

Regeringens överväganden

Tabell 8.13 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 18:2 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	774 805	774 805	774 805
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	7 113	19 543	36 389
Beslut	–8 359	–8 345	–8 375
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	773 559	786 003	802 819

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 773 559 000 kronor anvisas under anslaget 18:2 *Statens institutionsstyrelse* för 2007. För 2008 och 2009 beräknas anslaget till 786 003 000 kronor respektive 802 819 000 kronor.

8.8.3 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tabell 8.14 Anslagsutveckling 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Övrigt	Totalt
2005	Utfall	9 670	Anslags-sparande	398
2006	Anslag	9 940 ¹	Utgifts-prognos	10 019
2007	Förslag	32 940		
2008	Beräknat	33 000		
2009	Beräknat	0		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

Anslaget omfattar utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.

Regeringens överväganden

I vårpropositionen för 2006 aviserades ytterligare resurser för att motverka hemlöshet. Anslaget ökas därför med 23 000 000 kronor under 2007 och med 33 000 000 kronor under 2008.

Tabell 8.15 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 18:3 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	9 940	9 940	9 940
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	23 000	23 060	–9 940
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	32 940	33 000	0

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 32 940 000 kronor anvisas under anslaget 18:3 *Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa*. För 2008 beräknas anslaget till 33 000 000 kronor. Medlen skall användas för ett fortsatt arbete mot hemlöshet samt för att motverka vräkning och hemlöshet bland barn.

9 Politikområde Forskningspolitik under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning

9.1 Budgetförslag³

9.1.1 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tabell 9.1 Anslagsutveckling 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

År	Slagslag	Utval	Anslags-sparande	Utgifter-prognos
2005	Utfall	21 051	1 840	
2006	Anslag	23 496 ¹		23 573
2007	Förslag	23 529		
2008	Beräknat	23 921 ²		
2009	Beräknat	24 432 ³		

¹ Inklusiv tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FiU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 23 534 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 23 538 tkr i 2007 års prisnivå.

Ändamålet med anslaget är att finansiera administrationen för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS). Tyngdpunkten i kansliets arbete ligger på förberedelser och organisation av bedömning och urval av forskningsansökningar, forskningsinformation samt strategi och analys.

Regeringens överväganden

Rådet motsvarar väl de krav och mål som finns för myndigheten. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap har en väl fungerande organisation för bedömning och urval av forskningsansökningar och man försöker på olika sätt sprida resultaten av den forskning som finansieras. De kommande åren kommer att innebära ett betydande antal pensionsavgångar från rådets kansli. Det är viktigt att FAS långsiktigt planerar för detta generationsskifte så att den kompetens som byggts upp kan föras vidare. Vid nyrekrytering är det viktigt att beakta aspekter som ålder, kön, funktionshinder och etnisk och kulturell mångfald.

Tabell 9.2 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 26:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

	2007	2008	2009
Anvisat 2006 ¹	23 496	23 496	23 496
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	42	429	936
Beslut	-9	-4	0
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	23 529	23 921	24 432

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

³ Verksamhetsdel med resultatbedömning m.m. återfinns under utgiftsområde 16 Forskningspolitik.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 23 529 000 kronor anvisas år 2007 under anslaget 26:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning*. För åren 2008 och 2009 beräknas anslaget till 23 921 000 kronor respektive 24 432 000 kronor.

9.1.2 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tabell 9.3 Anslagsutveckling 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor

År	Utfall	286 336	Anslags-sparande	3 400
2005	Utfall	286 336	Anslags-sparande	3 400
2006	Anslag	295 396 ¹	Utgifts-prognos	295 651
2007	Förslag	318 966		
2008	Beräknat	345 468 ²		
2009	Beräknat	353 006 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget i samband med 2006 års ekonomiska vårproposition (bet. 2005/2006:FIU21) och förslag på tilläggsbudget i samband med budgetpropositionen för 2007.

² Motsvarar 339 610 tkr i 2007 års prisnivå.

³ Motsvarar 339 610 tkr i 2007 års prisnivå.

Ändamålet med anslaget är att stödja forskning och forskningsinformation om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap. Anslaget skall användas till forskningsbidrag, anställningar, informationsinsatser samt projektrelaterade kostnader såsom utvärderingar, beredningsarbete, konferenser, vissa resor och seminarier.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Den forskningsverksamhet som Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap finansierar strävar framförallt efter resultat på lång sikt och stöd ges därför oftast i form av fleråriga projekt. Rådets bemyndigande syftar till att möjliggöra sådana satsningar. Regeringen föreslår därför ett bemyndigande för 2007 om 662 000 000 kronor.

Tabell 9.4 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2005	Prognos 2006	Förslag 2007	Beräknat 2008	Beräknat 2009–
Ingående åtaganden	457 000	577 000	577 000		
Nya åtaganden	287 000	300 000	400 000		
Infriade åtaganden	-167 000	-300 000	-315 000	-325 000	-337 000
Utestående åtaganden	577 000	577 000	662 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	633 000	640 000	662 000		

Regeringens överväganden

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap är ett sektorsforskningsråd som tillkommit för att möta de särskilda kunskapsbehov som finns inom välfärds- och arbetslivsområdena. Rådet skall fördela forskningsmedel inom sina områden med utgångspunkt i vetenskaplig kvalitet, men man skall samtidigt göra strategiska satsningar inom områden där särskilda behov föreligger. Regeringen ser positivt på de samarbeten som genomförs med andra finansiärer inom områden av gemensamt intresse.

I proposition Forskning för ett bättre liv (prop. 2004/05:80) aviserades en tillförsel till FAS för vissa strategiska satsningar om 40 000 000 kronor för perioden 2006–2008. År 2006 tillfördes rådet 3 000 000 kronor för stöd till starka forskningsmiljöer. År 2007 tillförs 2 000 000 kronor och 2008 ytterligare 5 000 000 kronor för ändamålet. För utlysning av tjänster tillförs FAS 2 000 000 kronor år 2007 och 3 000 000 kronor 2008. För satsningar på forskarskolor tillförs 2 000 000 kronor 2007 och 3 000 000 kronor 2008. Forskningspropositionen aviserade även satsningar på vissa särskilt angelägna områden. För forskning om barns hälsa i ett samhällsperspektiv tillförs rådet 10 000 000 kronor år 2007. För forskning om hälsa relaterad till övervikt, kost och motion tillförs 5 000 000 kronor år 2008. För försäkrings-

medicinsk forskning om ohälsa och sjukfrånvaro tillförs 5 000 000 kronor år 2008.

För att förstärka forskning inom det försäkringsmedicinska området tillförs FAS 5 000 000 kronor från Försäkringskassans anslag 19:6 *Försäkringskassan*, ap.1 Förvaltningsmedel.

Tabell 9.5 Härledning av anslagsnivån 2007–2009, för 26:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor			
	2007	2008	2009
Anvisat 2006¹	295 396	295 396	295 396
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	2 570	7 710	14 323
Beslut	21 000	42 362	43 287
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	318 966	345 468	353 006

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2005 (bet. 2005/06:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2006 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 318 966 000 kronor anvisas år 2007 under anslaget 26:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning*. För åren 2008 och 2009 beräknas anslaget till 345 468 000 kronor respektive 353 006 000 kronor.